

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
RESIDENTES EN LA CASA HOGAR PADRE IRIARTE,
UBICADA EN EL MUNICIPIO ZAMORA-GUATIRE ESTADO MIRANDA**

Trabajo Especial de Grado Presentado en la Universidad Central de Venezuela
para optar al Título de Licenciada en Trabajo Social

Tutora:

Profesora Margarita Rojas de Duarte

Autora:

Marbella L. Travieso M.

Caracas, Octubre de 2005

DEDICATORIA

A mi Abuela Delia por las enseñanzas de vida que me dejó y por haber sido una gran fuente de amor e inspiración para la consecución de mis metas en la vida.

A Celina mi mamá por el cariño y afecto incondicional otorgado en todos los momentos de mi vida lo cual ha sido fundamental en este camino lleno de retos, que es la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Virgen por haberme dado la salud, la fortaleza y la constancia para lograr mis metas en la vida.

A la profesora, tutora y guía Margarita Rojas de Duarte, por su apoyo incondicional, para la realización de mi Trabajo Especial de Grado, y por las enseñanzas transmitidas tanto a nivel intelectual como espiritual.

A las Administradoras y abuelos de la Casa Hogar Padre Iriarte por la colaboración prestada para la realización de la presente investigación.

Agradezco a Angelo Catenaro Martínez por su valiosa colaboración y compañía, la cual ha sido muy especial e importante en el desarrollo de mi vida.

INDICE

CAPITULO I PROBLEMA

1.1.Título.....	17
1.2.Planteamiento Del Problema.....	17
1.3.Objetivo.....	27
1.31.Objetivo General.....	27
1.32.Objetivos Específicos.....	27
1.4.Justificación.....	28
1.5.Referencias Metodológicas.....	30
1.6.)Tipo de Estudio o Investigación.....	31
1.7.)Tipo de Diseño.....	31
1.8.)Población Universo de Estudio.....	32
19.)Fuentes Técnica e Instrumentos Para la Recolección de Información.....	33

CAPITULO II ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

2.1.Caracterización del Envejecimiento en América Latina y el Caribe.....	40
2.2.Proyecciones Acerca de la Población Adulta Mayor en América Latina y el Caribe.....	48
2.3.Caracterización Socio-Demográfica de Venezuela.....	53
2.4.Efectos del Envejecimiento.....	60
2.41.Efectos Sociales.....	60
2.42.Efectos en Materia de Salud.....	62
2.43.Efectos en Materia Económica.....	64

CAPITULO III REFERENCIAS TEÓRICAS ACERCA DE LA SITUACIÓN DE LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

3.1.Acercamiento a las Principales Líneas Teóricas.....	69
3.2.Teorías que explican la relación del Individuo y la Sociedad.....	71
3.21.Teoría de la Sub. Cultura.....	71
3.22.Teoría de la Estratificación Social.....	71
3.23.Teoría del Medio Social.....	72
3.3.Teorías que Explican la Adaptación del Individuo a su Vejez.....	74
3.31.Teoría de la Separación, Retraimiento o Desarraigo.....	74
3.32.Teoría de la Actividad.....	75
3.33.Teoría de la Continuidad.....	76
3.33.Teoría de Roles.....	77
3.34.Teoría de la Modernidad.....	78
3.35.Concepto del Ciclo de Vida.....	80
3.4.Los Distintos Significados de la Edad.....	84
3.5.Enfoque la Desigualdad, Dependencia y Vulnerabilidad.....	86
3.51.Enfoque de la Desigualdad.....	86
3.52.Enfoque de la Dependencia.....	88
3.53.Enfoque de la Vulnerabilidad.....	91

CAPITULO IV EVENTOS Y SITUACIONES CAMBIANTES DE LA VIDA QUE AFECTAN A LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

4.1.Cambios que Ocurren con el Envejecimiento.....	96
4.2.Retiro o Jubilación.....	100
4.21.Esferas de la Vida Que Resultan Afectadas con el Retiro o Jubilación.....	101
4.3.Cambios en el Ciclo de Vida Familiar.....	102
4.32.Cambio de Vivienda, Relocalización e Institucionalización.....	104

CAPITULO V LA CALIDAD DE VIDA Y ADULTO MAYOR

5.1.Antecedentes del Concepto de Calidad de Vida.....	109
5.2.Aspectos Conceptuales Sobre Los Indicadores De Calidad De Vida.....	114
5.21.Amartya Sen y su Enfoque Sobre Calidad de Vida.....	117

5.3.La Calidad de Vida de los Adultos y Adultas Mayores.....	119
5.4.Las Relaciones Interpersonales y el Apoyo Social para Los Adultos y Adultas Mayores.....	125
5.41. Relaciones Afectivas.....	126
5.5.El Estado de Salud y su Influencia en la Calidad de Vida de los Adultos y Adultas Mayores.....	132
5.51.La Alimentación y la Nutrición como Factores que Determinan Una Adecuada Calidad de Vida.....	138
5.6.El Ingreso Económico y la Calidad de Vida de los Adultos Mayores y Adultas Mayores.....	139
5.7.El Grado de Satisfacción con el Uso del Tiempo en Actividades de Esparcimiento y Recreación.....	142
5.8. La Calidad de Vida Relacionada con el Espacio Físico Ambiental.....	146
5.9.La Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado.....	147

CAPITULO VI POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

6.1. Rol del Estado y Políticas para la Atención del Adulto Mayor en América Latina y el Caribe.....	156
6.2.El Rol del Estado Venezolano en lo Correspondiente a la Protección Social y al Mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor.....	161
6.3.Políticas de Protección a la Vejez.....	166
6.4.Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología.....	167
6.5.La Seguridad Social y Los Sistemas Protectivos del Adulto Mayor en Venezuela.....	170

CAPITULO VII ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES E INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN VENEZUELA

7.1. Organizaciones No Gubernamentales Sin Fines de Lucro.....	179
7.12.La Esfera Corporativa: Filantropía y Responsabilidad Social.....	181
7.2.Fundaciones Religiosas.....	182
7.21.Acción Social de La Iglesia Católica en Venezuela.....	183
7.22.Acción Social de la Iglesia Católica en la Atención del Adulto Mayor en Venezuela.....	188
7.3.Sociedad San Vicente de Paúl.....	190
7.4.Casa Hogar Padre Iriarte.....	192
7.41.Referentes Históricos.....	192
7.42.Organización Estructura y Funcionamiento de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	193

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación de los resultados.....	197
Conclusiones.....	248
Recomendaciones.....	253
BIBLIOGRAFÍA.....	256
ANEXOS.....	264

LISTA DE CUADROS

ÍNDICE DE CUADROS

Nº 1.Esperanza de Vida Por Cada 1000 Nacimientos en América Latina.....	43
Nº 2.Países Seleccionados de América Latina y el Caribe: Proporción y tasas de crecimiento de la población de 60 años y mas 2000-2050.....	49
Nº 3.Países Seleccionados de América Latina: Población Total de 60 años y más en el año 2000 e incrementos poblacionales en los períodos 2000-2025 y 2025-2050.....	50
Nº 4.Esperanza de Vida al Nacer.....	55
Nº 5.Índice de Natalidad por Cada mil Habitantes.....	56
Nº 6.Distribución de la Población Por Cada 1000 Habitantes.....	58
Nº7.Aportes de las Teorías Que Explican la Relación del Individuo a la Sociedad.....	73
Nº 8.Aportes de las Teorías que Explican la Adaptación del Individuo a su Vejez.....	82
Nº 9.Supuestos Básicos de los Enfoques en Relación a la Vejez.....	93
Nº 10.Métodos de Medición del Desarrollo Pobreza y Calidad de Vida.....	115
Nº 11.Aspectos que Garantizan la Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado.....	150

Nº 12.Aspectos que Afectan la Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado.....	152
Nº 13.Programas Llevados a Cabo por el Instituto Nacional de Geriátria.....	168
Nº 14.Distribución de la Población adulta Mayor Según la Edad.....	198
Nº 15.Distribución de la Población adulta Mayor Según su Sexo.....	199
Nº 16. Distribución de la Población adulta Mayor Según Nivel de Instrucción..	200
Nº 17. Distribución de la Población adulta Mayor Según Estado Civil.....	202
Nº 18. Distribución de la Población adulta Mayor Según su Forma de Ingreso a la Casa Hogar Padre Iriarte.....	203
Nº 19. Distribución de la Población adulta Mayor Según Última Profesión u Oficio.....	205
Nº 20.Distribución de la Población Adulta Mayor con Familia.....	207
Nº 21. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a si Recibe Visitas.....	208
Nº 22. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Frecuencia de las Visitas.....	210
Nº 23. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Satisfacción Producida por las Visitas.....	211
Nº 24.Distribución del Parentesco de Quien Recibe Visita el Adulto Mayor.....	212
Nº 25.Opinión de la Población acerca del trato recibido por la Familia.....	213
Nº 26.Relaciones de los Adultos Mayores con Amigos Fuera de la Institución..	214
Nº27.Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Relación que Mantiene con los Otros Residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	215
Nº 28. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Tenencia de Compañeros de Cuarto.....	217
Nº 29. Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a si Mantiene Relaciones de Amistad con los Compañeros de Cuarto.....	218
Nº 30.Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a las Relaciones que Mantienen con los Empleados de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	219
Nº 31. Opinión de la población Adulta Mayor con Respecto a como se Sienten Físicamente.....	221
Nº 32. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Capacidad que Presentan para Realizar Actividades que Impliquen Movilizarse.....	222
Nº 33. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto al uso del Servicio Médico Sólo en Estado de Salud Desfavorable.....	224
Nº34.Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Atención Ofrecida por el Médico.....	226
Nº 35. Opinión de la Población adulta Mayor Acerca de la Atención Ofrecida por la Enfermera	227
Nº36.Uso Del Servicio de Rehabilitación en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	229
Nº 37.Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de Cómo se Sienten Luego de Realizar las Terapias de Rehabilitación.....	230
Nº 38.Opinión de los Adultos y Adultas Mayores Acerca de Cómo se Sienten Emocionalmente.....	231

Nº 39.Reacción de los Adultos y Adultas Mayores Cuando las Personas con Quienes Se Relacionan no Comparten sus Ideas.....	233
Nº 40.Frecuencia de la Satisfacción Producida por los Alimentos que le Son Proporcionados en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	234
Nº 41.Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Cantidad de Comida Servida en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	235
Nº 42.Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto al Sabor de las Comidas.....	236
Nº 43.Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a si Perciben Ingresos Económicos.....	237
Nº 44.Procedencia de los Recursos Económicos.....	238
Nº 45.Uso de los Ingresos Económicos.....	239
Nº 46.Opinión de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto al Interés en Realizar Actividades Recreativas y de Esparcimiento.....	241
Nº 47.Actividades de Recreación y Esparcimiento Realizadas por los Adultos y Adultas Mayores.....	242
Nº 48.Recomendaciones de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto a las Actividades de Recreación y Esparcimiento que les Gustaría se Realizasen en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	244
Nº 49.Opinión de los Adultos y Adultas Mayores Acerca de Cómo se Sienten Viviendo en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	245
Nº 50.Opinión Acerca de la Comodidad de las Instalaciones de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	246

INDICE DE GRÁFICOS

Nº 1. Esperanza de Vida al Nacer.....	44
Nº 2. Venezuela Tasa de Mortalidad General, 1940-2003.....	54
Nº 3.Distribución de la Población Adulta Mayor Según la Edad.....	198
Nº 4.Distribución de la Población Adulta Mayor Según su Sexo.....	199
Nº 5. Distribución de la Población Adulta Mayor Según Nivel de Instrucción...	201
Nº 6. Distribución de la Población Adulta Mayor Según Estado Civil.....	202
Nº 7. Distribución de la Población Adulta Mayor según su forma de ingreso a la Casa Hogar Padre Iriarte.....	203
Nº 8.Distribución de la Población Adulta Mayor Según Última Profesión u Oficio.....	206
Nº 9.Distribución de la Población Adulta Mayor con Familia.....	207
Nº 10. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a si Recibe Visitas.....	209
Nº 11. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Frecuencia de las Visitas.....	211
Nº 12.Distribución del Parentesco de Quien recibe Visita el Adulto Mayor.....	212
Nº 13.Opinión de la Población Acerca del Trato Recibido por la Familia.....	213
Nº 14.Relaciones de los Adultos Mayores con Amigos Fuera de la Institución..	214
Nº 15.Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Relación que Mantiene con los Otros Residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	216

Nº 16. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Tenencia de Compañeros de Cuarto.....	217
Nº 17. Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a si Mantiene Relaciones de Amistad con los Compañeros de Cuarto.....	218
Nº 18. Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a las Relaciones que Mantienen con los Empleados de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	220
Nº 19. Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a Como se Sienten Físicamente.....	221
Nº 20. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Capacidad que Presentan para Realizar Actividades que Impliquen Movilizarse.....	223
Nº 21. Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto al uso del Servicio Médico solo en Estado de Salud Desfavorable.....	225
Nº 22. Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Atención Ofrecida por el Médico.....	226
Nº 23. Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Atención Ofrecida por la Enfermera	227
Nº 24. Uso del Servicio de Rehabilitación en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	229
Nº 25. Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de Cómo se Sienten Luego de Realizar las Terapias de Rehabilitación.....	230
Nº 26. Opinión de los Adultos Mayores Acerca de Cómo se Sienten Emocionalmente.....	232
Nº 27. Reacción de los Adultos y Adultas Mayores Cuando las Personas con Quienes se Relacionan no Comparten sus Ideas.....	233
Nº 28. Frecuencia de la Satisfacción Producida por los Alimentos que le son Proporcionados en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	235
Nº 29. Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Cantidad de Comida Servida en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	236
Nº 30. Opinión de Población Adulta Mayor con Respecto al Sabor de las Comidas.....	237
Nº 31. Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a si Perciben Ingresos Económicos.....	238
Nº 32. Procedencia de los Recursos Económicos.....	239
Nº 33. Uso de los Ingresos Económicos.....	240
Nº 34. Opinión de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto al Interés en Realizar Actividades Recreativas y de Esparcimiento.....	241
Nº. 35. Actividades de Recreación y Esparcimiento Realizadas por los Adultos y Adultas Mayores.....	243
Nº 36. Recomendaciones de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto a las Actividades de Recreación y Esparcimiento que les Gustarían se realizasen en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	244
Nº 37. Opinión de los Adultos y Adultas Mayores Acerca de Cómo se Sienten Viviendo en la Casa Hogar Padre Iriarte.....	246

Nº 38.Opinión Acerca de la Comodidad de las Instalaciones de la Casa Hogar Padre Iriarte.....	
	.247

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
RESIDENTES EN LA CASA HOGAR PADRE IRIARTE.
UBICADA EN EL MUNICIPIO ZAMORA-GUATIRE ESTADO MIRANDA**

Trabajo Especial de Grado Presentado en la Universidad Central de Venezuela para optar al Título de Licenciada en Trabajo Social

Tutora:

Profesora Margarita Rojas de Duarte

Cursante:

Marbella L. Travieso M.

Caracas, Octubre de 2005

RESUMEN

La presente es una investigación de tipo descriptiva cuyos objetivos consistieron en caracterizar algunos factores que inciden en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores que residen en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-Guatire, Estado Miranda. Entre los factores estudiados para el estudio de la calidad de vida se consideraron: las relaciones familiares e interpersonales, el estado de salud, la alimentación y nutrición, el ingreso económico, el uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento, y las condiciones del espacio físico-ambiental. Para lo cuál se aplicaron una serie de técnicas en correspondencia con los objetivos, entre ellas, la técnica de la

observación directa no participante y sistemática en la realidad objeto de estudio, la técnica de la encuesta, las cuales fueron aplicadas al cien por ciento (100%) de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, y la técnica de la entrevista, aplicadas a las personas que laboran en la Casa Hogar Padre Iriarte, permitiéndonos obtener la información sobre la medición en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-Guatire, Estado Miranda.

Palabras Claves: Adulto /a Mayor, Calidad de Vida, Casa Hogar Padre Iriarte.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos con mayor impacto en nuestro tiempo. Se ha presentado más temprano en los países industrializados que en los países en vías de desarrollo, y según las proyecciones el crecimiento será con mayor rapidez en estos últimos. El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y funcionamiento de las sociedades y también sobre el bienestar relativo no sólo de los adultos /as mayores, sino de los grupos más jóvenes. Esta situación no escapa de la realidad de nuestro país en donde ya existen claras evidencias del crecimiento de la población adulta mayor, por lo que las demandas de atención de la población adulta mayor y de sus familias también se encuentran en franco aumento, esto aunado a los cambios en el sistema productivo, que han influido notoriamente en la dinámica familiar, y en el status o rol que anteriormente era asumido por los /as adultos /as mayores. En este contexto, las familias buscan alternativas de solución para la atención de su familiar adulto /a mayor, entre las que encuentran la institucionalización. De allí que la presente investigación tenga como fin el describir algunos factores que garantizan y afectan la calidad de vida de los adultos /as mayores institucionalizados.

Específicamente el propósito general de la investigación, es el dar a conocer y describir los factores que inciden en la calidad de vida de los /as adultos /as

mayores institucionalizados en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda.

Cabe destacar que la calidad de vida de los /as adultos /as mayores institucionalizados resulta afectada por muchos factores entre los que podemos destacar la separación del grupo familiar, lo que genera en algunos una sensación de abandono, un sentimiento de desarraigo, depresión estrés e inclusive enfermedades físicas y mentales ya que muchas veces las familias llevan a su familiar adulto /a mayor a Casas Hogares y los dejan o “depositan” allí y prontamente se olvidan de él.

Los /as adultos /as mayores cuando ingresan a una Casa Hogar, o residencia geriátrica deben integrarse a un nuevo grupo social, el cual se maneja con sus propias reglas y formas de relación, por lo que, aparte de la dificultad que implica el relacionarse con personas desconocidas, se suma la necesidad de adaptarse a un nuevo ambiente con características particulares, caracterizado por reglas y normativas que de una forma u otra dificultan la autonomía física y psicológica de los /as adultos /as mayores. El uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento representa otro factor que incide en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores institucionalizados. Muchas veces su calidad de vida resulta afectada, sobre todo cuando este tiempo se emplea en actividades que no son planificadas, carentes de significado.

Lo que ocurre con los /as adultos /as mayores y en especial con los que habitan en Casas Hogares o residencias geriátricas, es que experimentan un sentimiento de distanciamiento en relación con la corriente de la vida de su propio grupo de pertenencia, entonces si se les priva de los estímulos adecuados se tendrá la impresión de que el tiempo es más largo y que transcurre a un ritmo mucho más lento, generándoles una sensación de tedio, aburrimiento, apatía y pérdida progresiva de la identidad.

Así como los mencionados anteriormente muchos son los factores que inciden en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores institucionalizados.

Entre las principales motivaciones para la escogencia del tema se encuentra el hecho de que la investigación realizada contribuye a profundizar el conocimiento que se tiene acerca de la calidad de vida de los adultos/ as mayores institucionalizados, específicamente de los que se encuentran internados en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda; a la vez que el estudio representa un aporte teórico y empírico para la comprensión de la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, además de que provee las bases para futuras investigaciones empíricas.

La presente investigación se encuentra estructurada en dos partes. En la primera nos encontramos los componentes teóricos que sustentan la investigación, los cuales se encuentran estructurados en capítulos: en el primer capítulo se plantea el problema de investigación, sus objetivos, la importancia y justificación de la investigación así como también las referencias metodológicas.

En el segundo capítulo se contextualiza cómo ha venido presentándose el envejecimiento demográfico, a nivel mundial y en Latinoamérica y el Caribe, y cómo esta situación repercute y repercutirá -según las proyecciones- en la calidad de vida de la población y específicamente en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores.

En el tercer capítulo se abordan las diversas teorías sociales y enfoques que intentan explicar la etapa de la vejez desde un punto de vista psicológico y social, profundizando más allá de los cambios físicos y biológicos que se experimentan en esta etapa de la vida humana. Tomando en cuenta que estas teorías y enfoques permiten una mayor comprensión de la población adulta mayor sujeto de estudio.

En el cuarto capítulo se destacan algunos eventos y situaciones cambiantes de la vida que afectan a todos los seres humanos, pero específicamente de las situaciones cambiantes que afectan considerablemente la calidad de vida de los /as

adultos /as mayores. tales como lo es la estabilidad laboral, el matrimonio, la capacidad funcional y mental, entre otros.

En el quinto capítulo se presentan algunos aspectos teóricos y conceptuales que buscan explicar lo que se entiende por calidad de vida, la evolución del concepto, algunos indicadores de calidad de vida y en particular los factores que inciden significativamente en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores.

En el sexto capítulo se realiza un breve resumen de las políticas y programas tendientes a mejorar la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, se contextualiza el rol que ha cumplido el Estado en materia de protección a la vejez tanto en Latinoamérica como en nuestro país.

El séptimo capítulo hace referencia a las Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones Católicas encargadas de la atención del adulto /a mayor en Venezuela, de forma tal que sirva de contexto para conocer el rol que han tenido las organizaciones privadas, y más específicamente las católicas en materia de atención al adulto /a mayor, así como también se presenta todo lo referente a la organización, estructura y funcionamiento de la Casa Hogar Padre Iriarte Ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda a fin de tener una percepción general de la institución objeto de estudio.

Ahora bien, en la segunda parte del Trabajo Especial de Grado, nos encontramos con los resultados arrojados en la investigación descriptiva realizada en la Casa Hogar Padre Iriarte a fin de presentar cómo es la calidad de vida de los /a adultos /a mayores, allí institucionalizados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Título: La Calidad de Vida de los Adultos /as Mayores Residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte. Ubicada en el Municipio Zamora Guatire- Estado Miranda.

Planteamiento del Problema

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo, el cual ha generado profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y, si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas

circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso.

En primer lugar, el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos, América Latina lo ha alcanzado en apenas cincuenta años, lo que significa que la región tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez (Ham Chande, 2001).

Por otra parte, muchos de los logros sociales, económicos y educativos que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad en nuestros países, vienen de la incorporación de patrones económicos y culturales de los países desarrollados, que van “desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta los cambios en las actitudes sociales y culturales” (IDEM).

Hoy en día en las Américas, las personas viven más años que en ningún otro momento de nuestra historia. Sin embargo, reducir aun más las muertes prematuras de adultos /as mayores implica grandes esfuerzos paralelos a los que se hacen a escala mundial por cumplir con las metas del milenio y trazar juntos un futuro en que todos puedan gozar de buena salud y calidad de vida.

De esta manera, la región vive un proceso de envejecimiento ligado a elementos físicos e ideológicos, a causa de un cambio más acelerado en la fecundidad y en la mortalidad; resultando entonces, que además, de la ya apremiante lista de problemas sin resolver, como la pobreza y la exclusión de vastos sectores de su población, se suman ahora los costos sociales y económicos del envejecimiento, todo en el contexto del pleno posicionamiento de un patrón de desarrollo que, con algunos matices, privilegia la estabilidad macroeconómica sobre el bienestar social de las personas.

En América Latina y el Caribe, según datos de la CEPAL (2004) la mitad de la población mayor de 60 años no tiene ingresos. Ser viejo es casi sinónimo de ser pobre, ya que la vejez se da en un contexto de mucha pobreza, persistente desigualdad social y baja cobertura de la seguridad social.

América Latina y el Caribe envejece paulatina pero inexorablemente, en un proceso que ocurre a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. Ahora los /as adultos /as mayores suman "...poco más de 41 millones de personas, pero su proporción se triplicará entre los años 2000 y 2050, cuando serán un cuarto de la población. Dentro de 25 años llegarán a 98 millones y en 2050 ascenderán a 184 millones." (CEPAL, 2004). Para entonces habrá más adultos mayores que niños en la región.

Este punto es de gran importancia en el diseño y puesta en marcha de políticas públicas, ya que en este campo se suelen adoptar –y a veces adaptar– modelos de políticas e intervención aplicados con relativo éxito en países que han tenido diferentes trayectorias demográficas y socioeconómicas.

En Europa, los programas sociales dirigidos a la vejez que comenzaron en la década de los años setenta no tenían como objeto otorgar una futura seguridad económica (que ya estaba garantizada mediante la amplitud de las políticas de protección social típicas del llamado "Estado de bienestar"), sino por el contrario, la tendencia de las políticas y programas sociales era la de mantener la inserción de los /as adultos /as mayores en el entorno de vida habitual y prevenir su pérdida de autonomía.

Se trataba de políticas que buscaban actuar sobre el modo de vida¹ de las personas mayores, antes que sobre su nivel de vida². Es evidente la importancia de

¹ El modo de vida incluye toda actividad socializada, sistemática y necesaria (vital) que vincula de forma activa los grupos humanos al modo de producción. El modo de vida está integrado por actividades, tales como trabajo, estudio, nutrición, actividades físicas, recreativas, religiosas, relaciones humanas, etc. (Quintero:1997, Cit. p. Nusbaum y Sen 1996 p. 120).

² El Nivel de Vida es el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, equipamiento, vivienda y otros por medio de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida. (Johansson:1970, Cit. p. Nusbaum y Sen 1996 p. 125)

esas acciones como una forma de incrementar el bienestar de esta parte de la población, pero es muy distinto hacerlo en la década de los años setenta que en la de los noventa –los parámetros de bienestar han variado radicalmente en tres décadas– y en contextos totalmente diferenciados, ya que en el caso Europeo la mayoría de la población adulta mayor goza de una estabilidad económica, por su parte en el contexto Latinoamericano, más de la mitad de los adultos mayores no recibe jubilaciones y pensiones –lo que refuerza la necesidad de obtener ingresos con su participación laboral– “y donde entre el 40% y el 60% de los adultos mayores no tiene ingresos de ninguna de estas dos fuentes.”(CEPAL, Panorama Social, 2000).

Si los parámetros para medir el bienestar social han variado en la última década del siglo pasado, en los inicios del presente siglo, han variado mucho más, los cambios son más acelerados y los indicadores del bienestar social son más sofisticados.

El hecho de que no se tomaran en cuenta ésta y otras diferencias dadas por el contexto histórico, social y económico, condujo a una serie de iniciativas estériles en ambos extremos: desde considerar sólo la asistencia directa en insumos básicos (asistencialismo) hasta la paradoja de enseñar repostería a los /as adultos /as mayores cuando los mismos ni siquiera, cuentan con los ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

La situación actual de la vejez en América Latina revela todo un catálogo de discriminación a lo largo y ancho de la región. la pobreza, el abuso y el maltrato, la discriminación, la negación de derechos civiles, económicos y sociales los derechos básicos a alimentación, vivienda, atención de salud y seguridad material no están siendo atendidos debidamente. “Los esfuerzos de los adultos mayores por mejorar la inclusión social se ven mermados por la falta de derecho a servicios que supuestamente debe proporcionar el Estado.” (Guzmán, 2002)

Estudios recientes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (1998) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) demuestran que “Los adultos mayores tienen menos capacidad para acceder a alimentos, conseguir empleo, acceder a servicios, obtener créditos y generar ingresos.” (CEPAL, 1998)

Además de las limitaciones de los /as adultos/ as mayores para acceder a los requerimientos, conducentes a elevar su calidad de vida, se suman las condiciones socio-económicas, en tanto el medio ambiente económico. El medio ambiente económico y social no está preparado para enfrentar los vertiginosos cambios demográficos que se están produciendo en América Latina; existen altos niveles de pobreza, sistemas de justicia inadecuados, una baja cobertura de pensiones, protección social insuficiente y estructuras tradicionales de apoyo familiar en deterioro. Muchos adultos /as mayores aseguran ser objeto de discriminación, abuso y maltrato, y la mayoría no está organizada ni representada.

Dentro de un mismo país, la salud, la situación económica, social y familiar y sus implicaciones para el bienestar del adulto /a mayor son claramente diferenciales según clase socioeconómica, género, etnia y lugar de residencia. En las edades avanzadas, los tiempos y causas de muerte y la presencia de enfermedades, sus formas y efectos, variarán según la clase social y el género.

Los cuidados en la salud, el acceso y el uso de servicios médicos, la capacidad de prevención y atención, las formas de nutrición y también los excesos, obedecen todos a niveles educativos, patrones culturales y disponibilidad de recursos. De la misma manera, también se determinan la capacidad y las formas de respuesta ante los problemas (Chirinos, 1993, p. 65).

El reciente incremento de la vulnerabilidad social, la pobreza y la desigualdad en la región ha llevado a los /as adultos /as mayores a invocar el principio de la universalidad de las políticas sociales, incluyendo protección mínima garantizada por el Estado; el establecimiento de una nueva alianza entre el sector público y la sociedad civil; y el redimensionamiento de las instituciones y estructuras sociales acorde con los cambios en la política de desarrollo.

Se han elaborado algunas leyes, políticas públicas y planes nacionales sobre el envejecimiento, pero sus disposiciones adolecen en su mayor parte de falta de financiamiento o simplemente no se cumplen. Las políticas públicas a favor de los adultos /as mayores varían de un país a otro país. “Chile es uno de los países más avanzados en ese sentido, mientras que otros países, como Argentina, Bolivia, Brasil, México y Perú, revelan algunos progresos en los últimos años.” (Guzmán, 2002)

Con lo que se puede afirmar la falta de coherencia entre políticas y acciones prácticas, conducentes a materializar los lineamientos, políticas, planes y programas a favor de la población adulta mayor; sin embargo cada país de la región tiene sus propias peculiaridades. Los países de la región pueden presentar diferencias en la forma de experimentar el envejecimiento, todo esto en función de la etapa en la transición demográfica en que se encuentren, de la expresión social de este proceso, del nivel de desarrollo, las circunstancias históricas específicas, los cuáles son indicadores que nos permiten determinar la esperanza de vida de una población. En el plano colectivo, reducir la mortalidad, la fecundidad y aumentar la esperanza de vida son logros asociados a un mayor desarrollo económico y social, pero su efecto combinado genera efectos no siempre favorables.

Es importante tener en cuenta que en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre como son actualmente los /as adultos /as mayores y que significa exactamente envejecer en nuestra sociedad, las personas, las sociedades y el Estado podrán tomar medidas y desarrollar cursos de acción adecuados, pertinentes y oportunos para lograr una sociedad para todas las edades, donde los principios de equidad y trato justo pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad concreta. Aquí juega un papel importante la familia, quién a través del proceso de socialización debe inculcar valores e información sobre las personas de la tercera edad.

En Venezuela por su parte la situación en que se encuentran los /as adultos /as mayores no dista de ser muy diferente a lo que ocurre en América Latina, ya que

al igual que en la región, la población adulta mayor ha tendido a aumentar por lo que ha surgido la necesidad de crear políticas y programas tendientes a la atención de esta población vulnerable.

Paralelo a los cambios demográficos que se han venido suscitando se han incrementado un sin número de consecuencias que afectan a la dinámica familiar en general y al adulto mayor en particular.

La situación económica y social del país ha obligado a muchas familias a delegar en las instituciones públicas y privadas una responsabilidad que anteriormente era asumida en su totalidad por ella; además de estas razones existen otras que han obligado a la familia a internar a sus familiares mayores en instituciones geriátricas entre las que podemos mencionar las siguientes:

Las políticas de vivienda, en donde observamos que la construcción de las mismas están dispuestas en espacios reducidos que imposibilitan la convivencia de la familia extendida, las políticas de empleo, la insolvencia económica, específicamente la crisis económica que numerosas familias presentan, por lo que éstas, observan -como se afirmó anteriormente- que el ingresar a los adultos mayores en instituciones públicas o instituciones privadas, representa una solución, que los ayudara a aliviar la responsabilidad económica y social que el adulto /a mayor demanda. Hay que tomar en cuenta que otra de las causales de la institucionalización es lo referente a la crisis de valores, los cambios en la sociedad influyen notoriamente en los valores de la familia y en la apreciación de ésta hacia el adulto /a mayor; si anteriormente se tenía la imagen del abuelo /a como miembro importante y especial de la estructura familiar, ahora para numerosas familias resulta una especie de incomodidad el convivir con sus familiares mayores; entre otras razones por las demandas requeridas por este grupo poblacional.

En el contexto citado, surgen respuestas para la atención integral del adulto mayor de iniciativa pública y privada con y sin fines de lucro, en referencia a lo público, el Estado Venezolano, fundamenta su política de atención a través del Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología, el cual es definido como:

...un Instituto Autónomo que tiene como función diseñar, ejecutar y evaluar las políticas, planes y programas de atención integral de la población de 60 (Sesenta) años y más, con la participación solidaria de la familia y la sociedad, en concordancia con los lineamientos del Ejecutivo Nacional a fin de garantizar una calidad de vida digna para los adultos y adultas mayores. (Instituto Nacional de Geriátrica , 2005)

Por otro lado encontramos la existencia de instituciones privadas con y sin fines de lucro tendientes a la atención del adulto /a mayor, las cuales comparten la responsabilidad del Estado y de las familias, tal es el caso de las instituciones religiosas como la Casa Hogar Padre Iriarte, la cual es una casa hogar privada, sin fines de lucro, fundada por una organización denominada las Damas de San Vicente de Paúl, para la atención de los /as adultos /as mayores.

Las unidades gerontológicas, casas hogares o residencias geriátricas, resultan entonces, una ayuda y una solución para las familias que no pueden atender a sus adultos /as mayores. Ahora bien, es importante denotar, si esta alternativa que encuentran numerosas familias, resulta de igual modo una situación favorable para el adulto /a mayor, que procure una mejora en su calidad de vida.

Es importante destacar que la permanencia en instituciones en la edad avanzada supone una experiencia fuerte. Con la institucionalización la persona cesa de tener un estilo de vida independiente y en muchas ocasiones esta decisión es involuntaria; “Estudios producidos en Estados Unidos han demostrado que mover a una persona a una institución en contra de su voluntad y cuando ella esta mentalmente alerta tiene efectos nocivos en la misma” (Sánchez:2000,157)

La institucionalización implica un desafío adaptativo para los /as adultos /as mayores ya que esta situación puede vulnerar seriamente la vida de estas personas e incluso acelerar la muerte. Para muchas personas la institucionalización es percibida como una medida deshumanizante, que conlleva

a la pérdida de control, y somete al adulto /a mayor a la autoridad no deseada de algún extraño.

Investigaciones acerca de los posibles efectos de la institucionalización documentan numerosas consecuencias entre las que se encuentran:

...el amor propio se afecta considerablemente y la persona se valora poco, disminuye la capacidad de adaptación debido a la desaparición de muchas funciones sociales, otras pesquisas han puesto de manifiesto un estado de ánimo negativo, depresión y poca orientación en tiempo y espacio como secuela de estar internado (IDEM)

La problemática descrita anteriormente ha hecho surgir la preocupación por la calidad de vida de los adultos mayores y más específicamente de los /as adultos /as mayores institucionalizados, lo que ha promovido la realización de numerosos estudios, tendientes a enfatizar que mas allá de la longevidad que presente la población, importa sobremanera su calidad de vida en la vejez. Entendiendo la calidad de vida como un concepto multidimensional:

...que no sólo abarca las necesidades materiales, sino también de otro tipo, las que nos aseguran un desarrollo espiritual y físico conveniente. Podemos incluir en este concepto ciertas **necesidades materiales**, como: alimentación, vivienda, ingresos económicos, salud, seguridad social, educación, trabajo estable, entre otras y la **no materiales**: autorrealización personal, participación social. **calidad del medio ambiente**, libertad y los derechos humanos, igualdad de oportunidades educativas, respeto por las diferencias religiosas, seguridad personal. En él confluyen condiciones históricas, culturales y económicas particulares de cada país y región, con la escala subjetiva de sus propios habitantes. (Gómez y Sabeth, 1998)

Si bien es cierto que la calidad de vida contempla los aspectos materiales y los no materiales, también es cierto que la misma se expresa de manera diferente en cada sujeto de allí que resulte importante tomar en consideración que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. En la etapa de la vejez los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida de

los /as adultos /as mayores institucionalizados, las actividades de ocio y tiempo libre, la salud física, y los servicios que reciben.

Los elementos que se relacionan con la calidad de vida de los /as adultos /as mayores institucionalizados contemplan distintas dimensiones tales como, la conservación de la autonomía física y /o psicológica el mayor tiempo posible, la atención para el cuidado de la salud, la alimentación, la utilización del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento que contribuyan a su desarrollo integral, los contactos sociales como fuente de apoyo y bienestar, una atención esmerada apegada a los derechos y necesidades del adulto /a mayor. Así como también se plantea la necesidad de que el ambiente del hogar contribuya positivamente para que sus residentes superen las crisis en lo referente a la pérdida de autonomía, la crisis de identidad, y la crisis de pertenencia, de modo que puedan sentirse en un verdadero hogar.

De allí el interés de la presente investigación, de indagar y describir algunos aspectos que nos den una aproximación de como es la Calidad de vida de los /as adultos /as mayores específicamente de los /as adultos /as mayores que se encuentran residenciados en la Casa Hogar Padre Iriarte. Determinando el bienestar de los mismos mediante el conocimiento de aspectos tales como, las relaciones interpersonales, el estado de salud, las condiciones de alimentación y nutrición, el ingreso económico, el uso que hacen del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento, el espacio físico-ambiental de la Casa Hogar Padre Iriarte, ya que allí es en donde viven y se desenvuelven.

La Casa Hogar Padre Iriarte se fundó en 1976 en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda, fue construida específicamente bajo el precepto de que allí residirían adultos /as mayores, funciona, a base de donaciones de particulares y es administrada desde su creación por una Congregación Católica dedicada a la atención de los /as adultos /as mayores, llamada “Hermanitas Pobres de San Pedro de Clavel”. Esta congregación surge con la misión de atender a aquellas personas que presentan un mayor grado de vulnerabilidad en nuestra sociedad,

como son los enfermos, los niños abandonados y los /as adultos /as mayores. En este caso nos referiremos a éstos últimos.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

1.-Describir los factores que determinan la calidad de vida de los adultos y adultas mayores residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire- Estado Miranda.

Objetivos Específicos:

1.1-Identificar las relaciones familiares e interpersonales de los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire- Estado Miranda.

1.2-Indagar el estado de Salud de los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire- Estado Miranda.

1.3-Precisar las condiciones de alimentación y nutrición de los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire- Estado Miranda.

1.4-Identificar si los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora-Guatire, Estado Miranda, reciben algún tipo de ingreso económico, la procedencia de éste y la utilización del mismo

1.5- Determinar las actividades de recreación y esparcimiento realizadas por los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora-Guatire, Estado Miranda.

1.6-Describir el espacio físico-ambiental en donde se desenvuelven los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Existen una multiplicidad de factores que inciden o propician la institucionalización de los /as adultos /as mayores en centros geriátricos o casas hogares, etc., entre las que se pueden mencionar la carencia de vínculos o las situaciones familiares conflictivas, el nivel de ingreso disminuido o inexistente, la falta o pérdida de la vivienda, el aumento del índice de dependencia, el descenso del nivel de empleo, y la problemática previsional asociada a las crisis del sistema de seguridad social, entre otras; e igualmente muchas son las causas que

determinan la existencia de residencia para mayores, resultando una necesidad para las familias, la comunidad y la sociedad en general.

En este contexto, surge el interés de la investigación, ya que se hace necesario conocer y profundizar sobre la situación en que se encuentran la creciente población de adultos mayores institucionalizados en nuestro país, específicamente los /as adultos/ as mayores residenciados en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora-Guatire, Estado Miranda.

Entre las motivaciones que surgieron para la realización de esta investigación, se encuentran la necesidad de conocer la situación en que se encuentran los /as adultos /as mayores institucionalizados en la Casa Hogar Padre Iriarte, específicamente algunos aspectos que puedan indicarnos cómo es la calidad de vida de los mismos, aspectos tales como, las relaciones sociales y familiares, el estado de salud, los servicios médicos que reciben, la alimentación y nutrición, el uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento, el ingreso económico y la influencia del espacio físico-ambiental en su calidad de vida.

Asimismo, el interés por conocer y describir el funcionamiento de la institución, y de esta manera construir una serie de recomendaciones (a las que haya lugar) para el mejoramiento del servicio prestado, lo cual propiciaría una mejora en la calidad de vida de los /as adultos / as mayores que residen en la misma.

La investigación resulta fundamental puesto que contribuye a profundizar el conocimiento que se tiene acerca de la calidad de vida de los /as adultos/ as mayores institucionalizados, específicamente de los que se encuentran internados en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda.

Por ser una problemática que ha calado en la sociedad, el presente estudio representará un aporte teórico y empírico, desde el punto de vista teórico sugiere la necesidad de crear una mayor sistematización sobre los aspectos que

garantizan y afectan, la calidad de vida del adulto /a mayor institucionalizado, y desde el punto de vista empírico provee las bases para futuras investigaciones interesadas en esta temática.

De igual forma el presente estudio busca llamar la atención acerca de la necesidad de un mayor acercamiento y una mejor intervención por parte del Estado y la Sociedad Civil en lo que respecta al mejoramiento de la calidad de vida de los /as adultos /as mayores institucionalizados, ya que es una realidad que repercute e interesa a todos.

REFERENCIAS METODOLÓGICAS

Según el autor Carlos Méndez “Aquí se hace necesario responder al nivel de profundidad al que se quiere llegar en el conocimiento propuesto, también el método como las técnicas que han de utilizarse en la recolección de información.” (Méndez:1988;87)

Los aspectos metodológicos abarcan los siguientes puntos:

Tipo De Estudio o investigación.

Tipo de Diseño

Técnicas para la Recolección de información.

Procesamiento y Análisis De La Información.

En el marco metodológico de la presente investigación se estudiaron algunos factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, a continuación se presentarán todos los aspectos teóricos y operacionales que caracterizaron a todo el proceso de investigación, específicamente el conjunto de técnicas, métodos y procedimientos utilizados para recopilar, presentar, y analizar los datos requeridos en la investigación propuesta en función de las características del problema investigado y de los objetivos delimitados al inicio de la misma.

En tal sentido el siguiente capítulo sobre los aspectos metodológicos se desarrollan los aspectos relativos al tipo de estudio y a su diseño de investigación, incorporados en relación a los objetivos establecidos, el universo o población estudiada, así como el número total de sujetos que lo integran, las características esenciales de los mismos, las formas de codificación, la presentación análisis e interpretación de los datos, lo que nos permitió destacar las evidencias más significativas encontradas en relación a la calidad de vida de los /as adultos /as mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte.

Tipo de Estudio o Investigación

Al definirse el tipo de estudio deben tomarse en cuenta los objetivos, el tipo de estudio esta relacionado con el nivel de conocimiento científico al que espera llegar el investigador, el propósito es el de señalar el tipo de información que se necesita así como el nivel de análisis que el investigador deberá realizar (Méndez1988;87)

En base al problema planteado de analizar algunos factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte y en función de los objetivos planteados, la presente es una investigación descriptiva, caracterizada por destacar "...las características de un tipo de gestión, conducta de un individuo o conductas grupales, de la comunidad, de un grupo religioso, electoral, etc...(...) así como la descripción de las características de una determinada comunidad o situación."(Balestrini:2000;6)

Por ser un estudio descriptivo se desarrollaron un conjunto de acciones que tuvieron como fin, conocer cómo es la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, partiendo de la descripción de algunos factores que inciden en la calidad de vida de esta población y de la forma como repercuten los mismos.

Tipo de Diseño

El tipo de diseño de la investigación es el diseño de campo el cual permite recoger la información directamente de la realidad, en este diseño se estudian los fenómenos sociales en su ambiente natural y busca el análisis sistemático de los problemas en la realidad a fin de describirlos interpretarlos y/o explicarlos.

El diseño de campo utilizado es el estudio de casos el cual consiste en un estudio profundo y exhaustivo de uno o varios objetos de investigación lo cual permite obtener un conocimiento amplio y detallado. El estudio de casos permite la utilización de varias técnicas de recolección de datos y el mismo va a depender de las características de la investigación, teniendo en cuenta que no siempre es posible generalizar los datos obtenidos con unidades similares.

Este diseño permite no sólo observar sino recolectar los datos directamente de la realidad objeto de estudio, en su ambiente cotidiano para posteriormente analizar e interpretar los resultados de estas indagaciones.

El estudio propuesto se adecúa a lo que se entiende por investigación descriptiva, a su vez el diseño de investigación en función de su dimensión temporal es de tipo descriptivo transeccional “...Tal como lo plantean Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio en su obra metodología de la investigación “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado” (Cit p. Balestrini, 1997, p. 137)

Población Universo de Estudio

En la presente investigación las unidades de análisis sujetos a la observación o estudio fueron la totalidad de los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, todos ellos constituyeron la población universo de estudio para la investigación planteada, para los cuales se generalizaron los resultados.

Entendiendo que el universo o población está formado por todo el conjunto de unidades que se quiere estudiar y que podrían ser observadas individualmente en el estudio.

La población o Universo de estudio en la presente investigación está conformada por 64 adultos mayores que residen en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Estado Miranda. El Universo objeto de estudio, lo constituye una población de tipo finita, en la medida que esta constituida por un determinado número de elementos que con relación a este estudio se encuentra limitada por 64 adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora Guatire Estado Miranda, lo que representa el total como ya se hizo mención anteriormente, por consiguiente, en esta investigación no se aplicaron criterios muestrales, a objeto de extraer una muestra reducida del universo, ni se extendió la indagación a alguna muestra, por lo que no se realizaron inferencias o generalizaciones en el universo estudiado.

Fuentes, Técnicas e Instrumentos Para La Recolección de la Información

Para el autor Carlos Méndez “La información es la materia prima por la cual puede llegarse a explorar, describir y explicar hechos o fenómenos que definen un problema de investigación.”(Méndez:1988;104).

En función de los objetivos definidos en el presente estudio, donde se plantea describir los factores que determinan la calidad de vida de los /as adultos /as mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire Estado-Miranda, se emplearon una serie de instrumentos y técnicas de recolección de la información orientados de manera esencial a alcanzar los fines propuestos.

El presente estudio se desarrolló en dos etapas la primera de ellas tiene como referencia la delimitación de todos los aspectos teóricos de la investigación, es decir, la utilización de fuentes primarias y de fuentes secundarias.

Las fuentes secundarias son indispensables, teniendo en cuenta que toda investigación implica acudir a este tipo de fuentes que son por las que se obtiene información básica, las cuales corresponden a libros, periódicos, trabajos de grado, revistas especializadas, documentos, enciclopedias, diccionarios e Internet.

El grado de facilidad que presenta este tipo de recolección es que la misma esta disponible en bibliotecas, las cuales son de fácil acceso al igual que Internet, la dificultad que presentó este tipo de investigación es que la misma no se encuentra en su totalidad actualizada por lo que deben buscarse medios alternativos para encontrar información reciente, como visitas a instituciones para solicitar documentos o fuentes vivas que suministren la información pertinente, toda la información que logramos obtener representan la base y el fundamento necesario, para la formulación y delimitación del problema objeto de estudio, la elaboración del marco teórico, etc.,

En esta fase del estudio, se emplearon las técnicas y los procedimientos de la investigación documental como lo es la revisión documental, el resumen analítico y análisis crítico, dentro de estos procedimientos se emplearon una serie de técnicas útiles para manejar las fuentes documentales como lo son: el subrayado, el fichaje bibliográfico, de citas y de notas y referencias bibliográficas, la construcción y presentación de índices, la presentación de cuadros, gráficos e ilustraciones, la presentación del trabajo escrito, etc.

De igual forma resultó necesario para el desarrollo de la segunda etapa de la investigación el consultar las fuentes primarias, las cuales, son las que se deben recoger de forma directa de la realidad, sin manipular variable alguna, mediante el trabajo concreto del investigador.

Para la recolección de las fuentes primarias se emplearon la técnica de la observación directa no participante y sistemática en la realidad sujeto de estudio, también se empleó la técnica de la encuesta, las cuales fueron aplicadas a los /as adultos /as mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire- Estado Miranda, y la técnica de la entrevista las cuales fueron aplicadas a las personas que laboran en la Casa Hogar Padre Iriarte, permitiéndonos obtener la información sobre las variables en estudio.

La recolección de las fuentes secundarias, su revisión y posterior análisis fue realizado, mediante una lectura general de textos, y documentos electrónicos, etc, de los cuales, mediante una evaluación interna fueron extraídos los datos útiles para la investigación planteada.

Por su parte en lo que respecta a las técnicas de recolección de las fuentes primarias, la observación nos permitió la percepción de la realidad orientada a la recolección de la información, a los fines de la investigación la observación fue sistemática, planificada, controlada, organizada y estructurada y estuvo sujeta a la comprobación de validez y confiabilidad.

Con la técnica de la observación se pudo conocer cómo se encuentran administrados los espacios en la Casa Hogar Padre Iriarte, las condiciones físicas del ambiente, la cantidad de ventilación e iluminación, entre otras cosas, a fin de determinar, si cumple con las características necesarias y específicas requeridas por la población adulta mayor que reside en la mencionada Casa Hogar.

Otra técnica empleada fue la encuesta la cuál consiste según Carlos Sabino “...en requerir información a un grupo social de personas acerca de los problemas en estudio para luego, mediante un análisis de tipo cuantitativo, sacar las conclusiones que correspondan con los datos recogidos.” (Sabino: 1987; 69)

La recolección de la información por la encuesta se hace a través de formularios, la encuesta permite el conocimiento de las motivaciones, actitudes, y opiniones de los individuos con relación a los objetivos de la investigación. Al respecto Balestrini (1997) afirma que la encuesta es:

“...un medio de comunicación básico entre el encuestador y el encuestado facilita traducir los objetivos y las variables de la investigación, a través de una serie de preguntas muy particulares, previamente preparadas de forma muy cuidadosa, susceptible de analizarse en relación con el problema estudiado.” (p.155)

En el presente estudio el uso de la técnica de la encuesta permitió a los /as adultos /as mayores (residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte) entrevistados, expresar sus opiniones, pensamientos e impresiones acerca de las diferentes variables o factores influyentes en su calidad de vida.

Otra técnica empleada fue la entrevista, la entrevista es la técnica que permite la interacción cara a cara entre el investigador y el investigado, a través de la cual éste último proporciona información de interés para el estudio, para el logro de los objetivos planteados, la entrevista realizada en la presente investigación se caracterizó por ser de preguntas abiertas, con un orden preciso y lógico, en relación a las cuestiones de interés objeto del estudio, a través del diálogo directo,

espontáneo y confidencial, la entrevista fue realizada al personal que labora en la Casa Hogar Padre Iriarte, específicamente, al médico, a la enfermera, a la encargada del área de nutrición, a las administradoras de la Casa Hogar y a las bedeles.

Procesamiento y Análisis De La Información

Una vez recogida la información se determinaron los procedimientos para la codificación, clasificación y tabulación de la información. La investigación realizada presenta aspectos cuantitativos y cualitativos, con respecto a la información recogida mediante procedimientos cuantitativos esta se tabuló y se sometió a técnicas matemáticas de tipo estadístico descriptivo, como lo es el agrupar los datos en forma numérica (codificación), la elaboración de tablas, listado de datos para facilitar su agrupamiento y contabilización (tabulación), la elaboración de cuadros y la realización de cálculos. Con respecto a la información de carácter cualitativa esta fué categorizada y sometida a técnicas de análisis de contenido.

Una vez definido el objetivo de la encuesta y delimitadas las variables en estudio, la problemática general y específica fue abordada, y los datos se recogieron , en función de los objetivos de la investigación por lo que se procedió a diseñar el instrumento.

La encuesta para los fines de la presente investigación, y de lo que se desea obtener fue de preguntas cerradas, de hecho, de opinión, y en abánicos de respuestas. A cada una de estas preguntas les fue incorporado un código, el cuál se le específico un número, en cada una de las posibles alternativas que se introdujeron en el cuestionario. La codificación facilitó la tabulación, presentación y posterior análisis.

Como estrategia para el diseño del instrumento, al inicio del mismo se presentaron los datos de identificación de la persona encuestada, y posteriormente se encuentran contempladas las preguntas necesarias para la consecución de los objetivos de la investigación, las cuales se clasifican en: datos de identificación,

aspectos referentes a las relaciones familiares e interpersonales, aspectos referentes al estado de salud, la cual comprende los servicios médicos, la alimentación y la nutrición, aspectos referentes a las actividades de recreación y esparcimiento y aspectos referentes al espacio físico-ambiental.

Ahora bien, para que los datos recolectados tuvieran algún significado dentro de la presente investigación se hizo necesaria la introducción de un conjunto de operaciones en la fase de análisis e interpretación de los resultados con el propósito de organizarlos, e intentar dar respuestas a los objetivos planteados en el estudio.

Todo el procesamiento de este estudio se realizó de manera manual, y en este sentido se ajustaron un conjunto de actividades relacionadas entre sí, que permitieron organizar los datos mediante este procedimiento, los datos fueron transformados en símbolos numéricos para poder ser contados y tabulados. Dentro del proceso de tabulación se realizó un recuento de la información a fin de determinar el número de casos que se ubicaron en las distintas categorías.

Técnicas de Presentación de los Datos

La información recopilada se encuentra presentada en forma gráfica y escrita.

CAPITULO II
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU DESARROLLO
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

CAPITULO II
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU DESARROLLO EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El presente capítulo resulta de vital importancia para contextualizar como ha venido presentándose el envejecimiento demográfico, a nivel mundial y específicamente en Latinoamérica y el Caribe, lo cual ha generado un sin número de efectos que repercuten en lo social, lo económico y en materia de salud, entre otras. Al conocer la situación actual y ubicarnos en la problemática podremos identificar cómo esta realidad repercute y repercutirá -según las proyecciones- en la calidad de vida de la población y más específicamente en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, surgiendo por ende, la necesidad de problematizar en

cómo se ha venido presentando y específicamente cómo se ha ido desarrollando en nuestro país.

Caracterización Del Envejecimiento En América Latina Y El Caribe

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de adultos /as mayores, hoy por hoy el número de adultos /as mayores supera a la niñez de las regiones desarrolladas, cada mes, un millón de personas llega a los 60 años, y el 80% de ellas vive en los países en desarrollo.

Sánchez (2002) realiza las siguientes proyecciones en lo que se refiere al aumento de la población adulta mayor, afirmando que:

Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De éste total, el 72% vivirá en los países en desarrollo. Existe una clara tendencia de que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025. Dentro de 50 años se podrá contar con una cifra aproximada de 2.000 millones de adultos mayores, en todo el planeta y el 22% de los habitantes tendrá más de 60 años.

Cuando se dice que una población está envejecida, es decir que tiene una proporción elevada de personas de 65 y más años, no estamos afirmando tanto un elemento cuantitativo, (hay mucha gente mayor) como un desequilibrio en la proporción de edades de la población. La llamada Pirámide de Población, una figura básica de la ciencia demográfica, recibe este nombre porque la distribución normal de la población se encuentra ordenada de menos a más años, formando pisos por edades, la misma nos dibuja una figura geométrica triangular, donde la base y los pisos inferiores son más amplios porque abundan los jóvenes, y va reduciéndose paulatinamente a medida que ascendemos con la edad, hasta finalizar en el vértice de gente que supera los 85 años.

Esta mayor longevidad conlleva a la necesidad de realizar profundas modificaciones sociales en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de

los / as adultos /as mayores en aspectos como la salud, la integración, la protección social, el envejecimiento activo y la provisión de mejores cuidados y más servicios.

El envejecimiento demográfico, es definido según el aumento de la proporción de adultos /as mayores con respecto a la población total. Este concepto es distinto al del envejecimiento de una persona, que aumenta en función del tiempo. En términos cronológicos, la población puede envejecer o rejuvenecer según cómo varíen las proporciones de los diversos grupos de edad. A partir de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, llevada a cabo en (1982) por las Naciones Unidas, se ha adoptado la definición operativa de envejecimiento de la población “como un proceso de cambio de la estructura por edades de una población, caracterizado por el aumento en la proporción de las personas mayores de sesenta años.”

Entre los indicadores que contribuyen a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas encontramos: la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; si bien esto implica la ampliación del tamaño de las cohortes que irán avanzando por los sucesivos peldaños de la pirámide de edades, el descenso de la mortalidad no siempre impulsa el envejecimiento de la población.

En efecto, la transición hacia menores niveles de mortalidad se inicia típicamente con una reducción más acentuada de las muertes en la infancia y la niñez temprana, redundando en un rejuvenecimiento de la población un efecto similar al que se desprendería de un aumento de la fecundidad. Tal sesgo se asocia con la adopción de tecnologías médicas y programas de atención de la salud de bajo costo y de aplicación relativamente fácil. Sólo después de haber conseguido progresos importantes en las etapas iniciales de la vida, las intervenciones dirigidas a aminorar la mortalidad tienden a distribuirse de manera más equilibrada entre las distintas edades.

Sánchez (2002) afirma, que la reducción de la mortalidad comienza a rendir frutos por el creciente desarrollo de los programas de atención en materia de

salud, aumentando por ende, la probabilidad de sobrevivencia después de los 60 años, impulsando, de modo directo, el envejecimiento de la población.

La disminución de la mortalidad fue, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en América Latina y el Caribe durante el último medio siglo. Pero en los actuales momentos existe consenso, en que el factor más trascendental es el referente a la drástica reducción de la fecundidad, acaecida en la mayoría de los países a contar de mediados de los años sesenta y comienzos de los setenta.

Una modificación tan profunda de la conducta reproductiva es una consecuencia producida por una sucesión de cambios sociodemográficos y culturales. El inicio de este fenómeno se remonta al término del primer cuarto del siglo XX, “...entre comienzos del decenio de 1950 y fines del de 1990, la esperanza de vida se extendió, en promedio, 18 años, aumentando de 51.4 a 69.2 años, sólo cinco años menos que el promedio de las regiones desarrolladas.” (Guzmán, 2002)

Según las proyecciones vigentes, la tendencia convergente se hará más marcada en el futuro:

...en el año 2025 la esperanza de vida media de la población de la región será de casi 75 años y, salvo una excepción, en todos los países superará los 70 años; a mediados del siglo XXI el indicador regional se acercaría a los 78 años. La evolución de la esperanza de vida presenta también una persistente especificidad de género, expresada en la mayor probabilidad de sobrevivir de las mujeres: la diferencia con relación a los hombres aumentó sostenidamente de 3.4 a 6.5 años entre el comienzo del decenio de 1950 y el de 1990; posteriormente, y según las proyecciones, tendería a atenuarse, llegando a 6 años en el quinquenio 2045–2050. (CELADE/BID, 2000).

Diversos estudios reconocen que el componente más importante de la disminución de la mortalidad en América Latina y el Caribe, ha sido el infantil (CELADE/BID, 2000). En el siguiente cuadro pueden observarse las variaciones.

Cuadro N° 1

Esperanza de Vida por cada 1000 Nacimientos en Latinoamérica	
Fecha	Mortalidad
1950	120 x 1000 nacidos
2000	36 x 1000 nacidos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2003)

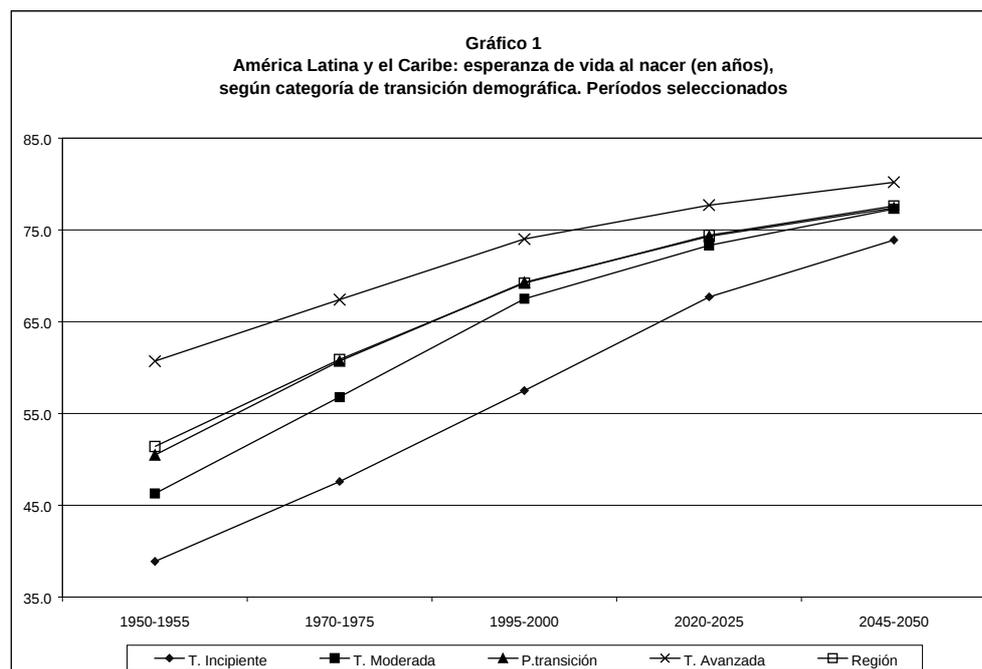
En el cuadro N° 1 podemos observar que para el año de 1950 había una mortalidad de 120 niños por cada 1000 nacidos, reducida considerablemente para el año 2000 presentándose una cifra de 36 niños fallecidos por cada 1000 nacidos.

La ampliación de la cobertura de la atención materno-infantil y de los servicios de saneamiento básico, la escolaridad de las madres y el descenso de la fecundidad son algunos de los factores que han influido en la esperanza de vida. (Benítez, 2000).

Benítez, (2000) estima que aproximadamente un 80% del aumento experimentado por el valor del indicador regional entre 1950 y 2000 corresponde al incremento de la probabilidad de sobrevivir hasta los 60 años; aún cuando se espera que en el futuro se haga más ostensible la disminución de la mortalidad después de aquella edad, es probable que durante los próximos cincuenta años su efecto no represente más del 30% del incremento de la esperanza de vida.

Por cierto, las situaciones nacionales varían en torno a esta visión de conjunto, dependiendo tanto del momento de inicio del tránsito hacia una menor mortalidad y de la estructura por edades de la población, como de la intensidad del cambio y del grado de avance de la transición epidemiológica.

Gráfico N° 1



Fuente: CELADE, 2000.

Dado que la fecundidad es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria de la población, sus alteraciones han provocado un impacto sobre el envejecimiento que según las cifras, ha sido mayor y más directo que los cambios acontecidos por la disminución de la mortalidad. Como apunta la CEPAL (2000) “el resultado inmediato, de un acentuado descenso de la fecundidad que se genera de la mortalidad es el envejecimiento por la base, es decir, la disminución de la proporción de niños respecto de la población total.”

Según datos de la CEPAL (1998) al comenzar la segunda mitad del siglo XX, la elevada fecundidad de las naciones de América Latina y el Caribe con las excepciones de Argentina y Uruguay reflejaban en un promedio regional de 6 hijos por mujer; más aún, en 18 de los 31 países para los que se dispone de información excedía esa magnitud. Sin embargo, esta situación comenzó a cambiar poco después, en consonancia con la evolución socioeconómica de la región.

Durante los decenios comprendidos entre los años 1950 a 1980, la economía regional (dinamizada por el proceso de sustitución de importaciones) experimentó transformaciones de sus estructuras productivas, las que resituaron en un aumento del producto per-cápita y propiciaron un conjunto de cambios sociales, tales como el fortalecimiento de los estratos medios y asalariados, la expansión de la escolaridad y la urbanización acelerada.

Estas nuevas condiciones objetivas fueron alterando, de manera gradual, las bases materiales de sustentación de algunas pautas culturales, como las relativas al ideal del tamaño de familia. La inserción creciente de la mujer en el mundo del trabajo, la necesidad de proporcionar una educación regular a los hijos y la mayor sobrevivencia de los niños, entre otros factores, contribuyeron a que las aspiraciones en materia reproductiva se encaminaran hacia una descendencia menos numerosa que en el pasado.

La materialización de las nuevas aspiraciones reproductivas se vio facilitada por la puesta en práctica de los programas de planificación familiar y el acceso a anticonceptivos modernos, que permitieron postergar el calendario de la fecundidad y reducir el tamaño final de la descendencia.

Guzmán (2002) afirma que en el último quinquenio del siglo XX la tasa global de fecundidad llegó a un promedio regional de 2.7 y si bien todavía se observa una importante variabilidad entre los valores de los diversos países, todos ellos registran tasas inferiores a 5. Las proyecciones para los próximos veinticinco años indican que el descenso continuará y que la heterogeneidad de situaciones nacionales se abatirá considerablemente. Desde el año 2025 en adelante las hipótesis apuntan a una virtual convergencia en torno a 2.1 hijos por mujer, lo que equivale al nivel de remplazo demográfico.

Otro factor que afecta las tendencias del envejecimiento de las poblaciones nacionales es la migración internacional. Dado que las personas que se desplazan son, en su gran mayoría, adultos jóvenes, algunos de los cuales migran con sus

hijos de corta edad, la migración tiende, a corto plazo, a dinamizar los estratos juveniles de las poblaciones receptoras y a envejecer a las de origen. Las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y varían según el momento histórico en que se producen.

Si bien la totalidad de los países de la región experimenta movimientos migratorios, el examen de sus efectos sobre el proceso de envejecimiento se ve dificultado por la falta de estudios sistemáticos que permitan su comparación a escala regional. Además, el carácter variable y reversible de muchas corrientes algunas de ellas con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino parece restringir su papel en la remodelación de las estructuras etarias.

En Argentina y Uruguay, “...el acceso masivo —aunque fluctuante— de inmigrantes entre el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX ha ejercido un efecto fundamental en el envejecimiento de las respectivas poblaciones.” (CEPAL, 1998). Estas migraciones significaron una profunda modificación de las estructuras por edad de estos países; tal vez aún más importante sea el efecto indirecto de esta inmigración, principalmente por su papel inductor de la temprana transición de la fecundidad en Argentina y Uruguay. La emigración, a su vez, modificó los patrones de crecimiento y las estructuras etarias de la población de los países del Caribe.

Además de su impacto directo, según lo afirma Guzmán (2002) la emigración caribeña prolongada en el tiempo y selectiva según género ha incidido en el descenso de la fecundidad, propiciando el envejecimiento por la base.

En relación con las tendencias migratorias de los países caribeños cabe agregar un rasgo peculiar: a la corriente de emigración de adultos jóvenes se opone otra de inmigración de adultos mayores, principalmente personas retiradas de la actividad laboral, muchos antiguos emigrantes que retornan a sus países de origen y otros nativos de las naciones de América del Norte que hacen uso de sus pensiones en el Caribe (Solari, 1987).

El índice de envejecimiento, a escala regional, CEPAL (1998) ha presentado una evolución ascendente durante la segunda mitad del siglo XX; su aumento, que fue mínimo hasta 1975 — derivado del descenso de la mortalidad—, se aceleró en los siguientes veinticinco años —a raíz de la baja de la fecundidad— y en el 2000 llegó a una razón de una persona de edad por cuatro menores de 15 años, los cambios fluctúan alrededor de valores bastante bajos (poco más de un adulto mayor por cada diez niños y jóvenes.)

Los antecedentes proporcionados permiten concluir que durante la segunda mitad del siglo XX el envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña comenzó a insinuarse: esto puede evidenciarse tanto en las proporciones de los grandes grupos etarios y sus tasas de crecimiento, como en los indicadores empleados, los cuales ponen de relieve que este proceso es fruto de una transición demográfica reciente, por lo que aún no se evidencia en toda su intensidad.

En general podría decirse que gran parte de la población regional sigue manteniendo rasgos juveniles, una reserva celosamente custodiada por el factor de inercia demográfica. Esta situación (CELADE/BID,2000) resulta de un rejuvenecimiento inicial (1950–1975), impulsado por el descenso de la mortalidad y el aumento de la natalidad, que posteriormente (1975–2000) encuentra su contrapartida en un asomo de envejecimiento, motivado por la declinación de la fecundidad; la operación de estas fuerzas con direcciones opuestas ocasiona fluctuaciones de la proporción de personas activas, que primero desciende y después aumenta. Tal vez la tendencia más clara es la de la proporción de personas de edad, que asciende durante todo el período.

De esta somera descripción de los factores del envejecimiento de la población y de sus cambios puede inferirse que América Latina y el Caribe transita hacia nuevos escenarios demográficos. En rigor, esta afirmación, es válida para el conjunto de la región, pero no se puede aplicar por igual a todos los países que la componen, por la especificidad de cada país. Por ello, para examinar la evolución

del proceso de envejecimiento, y como una aproximación a la heterogeneidad de casos nacionales, resulta conveniente el identificar grupos de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en un período determinado.

Proyecciones Acerca del Crecimiento de la Población Adulto Mayor en América Latina y el Caribe.

Son al menos tres, los hechos de importancia que caracterizan el proceso de envejecimiento actual de la estructura demográfica en América Latina y el Caribe y también sus tendencias para el futuro. En primer lugar, se trata de un proceso generalizado. En todos los países de la región, la población de 60 años y más muestran un incremento sustancial, tanto en términos absolutos como relativos.

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (1999)

La proporción de población de 60 años y más aumentará desde un 8% en el año 2000 a 14.1% en 2025 y a 22.6% en 2050. Cabe destacar que este porcentaje será más alto en las mujeres que en los hombres, particularmente en el área urbana, puesto que para el 2025, el 15.4% de las mujeres de la región tendrán 60 años o más, contra 12.6% de los hombres, y la diferencia en el área urbana 15.8% contra 12.5% será mayor que en el área rural 13.6% contra 12.9%

La variación entre los países tiene relación directa con la etapa actual de transición demográfica de cada país; así, la proporción de personas de 60 años y más es menos del 5% en los países en situación inicial o intermedia frente a un 9.1% en aquellos países en una etapa más avanzada de este proceso.

Cuadro N° 2

Países Seleccionados de América Latina y el Caribe: Proporción y Tasas de Crecimiento de la Población de 60 años y más. 2000-2050

País	Población de 60 años y mas de edad (%)			Tasa de Crecimiento	
	2000	2025	2050	2020-2025	2025-2050
Uruguay	17.2	19.6	24.5	1.2	1.3
Argentina	13.3	16.6	23.4	1.9	1.9
Cuba	13.7	25.0	33.3	2.6	0.9
Barbados	13.4	25.2	25.4	2.8	1.0
Chile	10.2	18.2	23.5	3.3	1.5
Brasil	7.9	15.4	24.1	3.7	2.3
México	6.9	13.5	24.4	3.8	2.8
República Dominicana	6.5	13.3	22.6	3.9	2.8
Bolivia	6.2	8.9	16.4	3.3	3.4
Paraguay	5.3	9.4	16.0	4.4	3.3
Honduras	5.3	8.6	17.4	4.0	3.9
Total América Latina y el Caribe	8.0	14.1	22.6	3.5	2.5

Fuente: CELADE (2000)

Como podemos observar en la tabla el envejecimiento demográfico está más avanzado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en países del Caribe (Trinidad y Tobago y Barbados), donde más de un 10% de la población es mayor de 60 años. En el otro extremo se ubican países que se encuentran menos adelantados en su transición demográfica (Bolivia, Paraguay, Honduras, entre otros), donde un porcentaje inferior al 6.5% de la población sobrepasa los 60 años.

Hay un grupo de países en situación intermedia –con una transición demográfica bastante avanzada– que experimentarán los mayores aumentos de sus mayores de 60 años en las próximas décadas. Entre estos se encuentran Brasil, México, Colombia, Costa Rica y Panamá.

Guzmán (2002) afirma que otro indicador de la estructura demográfica por edad, es el índice de envejecimiento demográfico (cociente entre los mayores de 60 años y los menores de 15 años), que muestra el mismo patrón de cambio y

llega a 15 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en países menos avanzados en su transición demográfica, contra 50 en los más avanzados.

Las cifras del cuadro 2 muestran que los mayores incrementos relativos se darán en países que actualmente no registran los altos porcentajes de adultos mayores de 60 años, como Brasil, México y República Dominicana e incluso en Honduras y Paraguay, ese grupo crecerá a tasas superiores a 4% entre 2000 y 2025. Para 2025 –y especialmente para 2050– se observan proporciones de adultos mayores que superan 15% en todos los países y 30% en varios de ellos. (Guzmán, 2002)

Cuadro N° 3

Países Seleccionados de América Latina: Población Total de 60 años y más en el año 2000 e incrementos poblacionales en los períodos 2000-2025 y 2025-2050.

País	Año 2000: Población de 60 y más años (millones)	Incremento 2000-2025 (millones)	Incremento 2025-2050 (millones)
Brasil	13.4	20.5	26.2
México	6.8	10.7	18.2
Colombia	2.9	5.1	7.4
Argentina	4.9	2.9	4.9
Venezuela	1.6	3.0	4.4
Perú	1.8	2.6	4.0
Total América Latina y el Caribe	41.3	47.0	86.0

Fuente: CELADE (2000)

El envejecimiento demográfico es más notorio si se analizan los cambios en los valores absolutos y esas cifras son las claves para definir políticas públicas (cuadro 3).

Por su gran tamaño de población, Brasil y México tendrán los mayores incrementos en las próximas décadas. Colombia, Venezuela, Argentina y Perú también registrarán aumentos sustanciales.

En segundo lugar, el ritmo del envejecimiento en la región es más rápido de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Así, en los Estados Unidos, el porcentaje de personas con 65 o más años aumentó de 5.4% en 1930 a 12.8% en el 2000; en Holanda, de 6.0% en 1900 a 13.8% en el 2000, y en Finlandia de 5.3% a 12.9% en el mismo período. Pero en Brasil, la proporción actual de 5.1% llegará a 14.5% en 2040, se trata de un aumento que es 2.1 veces más rápido que en los Estados Unidos y 3.1 veces más rápido que en Holanda. (CELADE, 1999).

En América Latina y el Caribe como un todo, se espera un cambio similar en la proporción de adultos mayores (de 5.4% en 2000 a 14.0% en el 2040) e incluso que países menos avanzados en su transición demográfica tendrán incrementos significativos.

Las proyecciones de población indican que al finalizar los próximos veinticinco años la mortalidad infantil llegará a 19 por mil y que en la gran mayoría de países no superará los 20 por mil; se espera que en el quinquenio 2045–2050 el indicador regional se reduzca a 10 por mil y que siga atenuándose la dispersión entre los valores nacionales. (Guzmán, 2002).

En tercer lugar, los posibles impactos negativos del envejecimiento no sólo guardan relación con su faceta cuantitativa, sino también cualitativa puesto en evidencia en el escenario social, económico y cultural en que el proceso está teniendo lugar, caracterizado por la alta incidencia de la pobreza, la persistente y aguda inequidad social, la baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor. Se ha postulado, además, la probabilidad de que las cohortes que se incorporan al grupo de adultos mayores puedan ser en el futuro más frágiles desde el punto de vista de su salud.

El bajo nivel de fecundidad y el envejecimiento de la población están ocurriendo actualmente en sociedades que presentan un menor desarrollo económico, lo que

trae como consecuencia problemas en la prestación de ayuda a los /as adultos /as mayores y específicamente a aquellos que se encuentran en situación de pobreza.

Guzmán (2002) considera que la sobrevivencia de las nuevas cohortes de adultos mayores está más relacionada con los cambios en la tecnología médica que con los del estado nutricional o el mejoramiento de la salud, por lo que puede afirmarse que su demanda por servicios de salud seguirá en aumento.

En este contexto económico y social descrito, se suman cambios institucionales cuyo impacto no ha sido aún suficientemente analizado y ese es el caso de la reforma de los sistemas de seguridad social y las leyes laborales, que en la mayoría de los países han sido acompañados del traslado de responsabilidades que antes eran consideradas de bien social, desde el Estado al sector privado. En tal contexto, la correspondencia de los /as adultos /as mayores con sus familiares podría convertirse en una de las pocas alternativas que les permitiría asegurar alguna calidad de vida.

En tales condiciones, es fácil comprender por qué la mayoría de los países de la región han sido incapaces de crear condiciones propicias para transferir riquezas que aseguren y consoliden el bienestar de los adultos mayores. El principal reto está entonces en la forma en que los países afrontarán el aumento continuo de una población de adultos mayores, cuya calidad de vida no ha sido mejorada significativamente, en momentos en que todavía constituyen una pequeña proporción de la población total.

En este contexto de envejecimiento demográfico, caracterizado por la alta incidencia de pobreza y la desigualdad y el escaso desarrollo institucional, es poco probable, esperar que los sistemas de organización familiar se mantengan como espacios privilegiados en que los /as adultos /as mayores convivan junto a sus familiares, se vean protegidos, dispongan de alimentación adecuada y accedan a una atención de salud y convivencia humana mínimas.

Caracterización Socio-Demográfica de Venezuela

A partir de 1936, se inicia en nuestro país una expansión demográfica rápida, debido fundamentalmente a la incrustación de la actividad petrolera en la Venezuela agraria y atrasada de entonces. Este proceso estuvo caracterizado por el descenso progresivo de la tasa de mortalidad y por la persistencia de la natalidad de tasas elevadas. El desarrollo de la población venezolana se identifica, por tanto, en este período al menos hasta 1960, con el de las poblaciones cuasi estables.

El cambio de la mortalidad hacia niveles mucho más bajos se explica por los efectos inmediatos que tuvo la creación de una moderna infraestructura médico-sanitaria que cubrió casi todo el territorio, gracias a los recursos financieros derivados del petróleo. Esos recursos permitieron también modificaciones en la estructura del empleo que determinaron la concentración de los habitantes en las ciudades.

Este hecho facilitó la acción médico-sanitaria, que para esa época, resultaba de difícil realización en la población dispersa del campo. Estos recursos también facilitaron el surgimiento de una infraestructura vial, de cierta eficiencia y la adopción de reformas sociales que contribuyeron y contribuyen a proteger la salud de amplios sectores populares.

(Bidegain 1987, p. 52) afirma que estas acciones eliminaron en el país el paludismo, la viruela, las pestes, como causas de muerte, reduciéndose a niveles mínimos la mortalidad por tuberculosis, sífilis, bilharzia, sarampión, etc. Aquella evolución se hizo posible sólo a partir de 1945, con la introducción del DDT en la lucha antimalárica y con la utilización masiva de los antibióticos contra las enfermedades infectocontagiosas. Las tasas de mortalidad variaron en la forma siguiente:

Grafico N° 2



Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Dirección de Información Social y Estadística
Instituto Nacional de Estadísticas

Por lo que puede observarse en el gráfico (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2003) la Tasa de Mortalidad General ha experimentado un decrecimiento continuo desde 1940 hasta 2002, período en el cuál decrece en 73 por ciento. En 1940 presentaba un valor de 16,3 y en el año 2002 de 4,4 por 1000 habitantes.

Por su parte también podemos observar que en los subsiguientes períodos las cifras varían de la siguiente manera: 1940 (16,3 por mil hab.) a 1962 (6,9 por mil hab.), en este lapso de 23 años, la tasa disminuye en 58%, en promedio, desciende por año 0,48 puntos. Mientras que, en el período desde 1963 (7,1 por 1000 hab.) hasta 1982 (4,9 por mil hab.), disminuye en 31%, en promedio decrece en 0,10 puntos por año. En el lapso de 20 años a partir de 1983 hasta 2002, la tasa presenta un comportamiento de poca fluctuación

Venezuela salía, así, del campo de la mortalidad catastrófica e incluso, de la llamada ordinaria, para entrar aparentemente a un ciclo moderno, en el que no predominaron las enfermedades infectocontagiosas, como causales de muerte.

Las deficiencias económico-sociales que padece la población venezolana hacen que se viva en un ciclo de mortalidad muy peculiar, donde las causas epidémicas y endémicas de muerte se combinan en forma atenuada con las causas típicas de

sociedades más avanzadas por lo que se puede afirmar que la tendencia de la población venezolana es hacia una reducción lenta de las generaciones.

Los datos reflejan la incidencia de los avances en materia tecnológica, científica, social y económica, trayendo consigo un aumento poblacional y más específicamente del grupo que concentra a personas mayores de 65 años de edad, Esta afirmación puede evidenciarse con otra variable como lo es el aumento en la esperanza de vida al nacer.

Cuadro N° 4

Esperanza de Vida al Nacer	
Fecha	Numero de Años
1937/38/39	44,23
1941	43,2
1950	53,88
1961	57
1971	66,23
1980-1985	68
1985-1990	69,67
1997/1998/1999	72,77
2000/2002	73,53
2003	72,98
2004	74

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (2004)

Según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (2004) expuestas en el cuadro, podemos observar que la tendencia de la esperanza de vida al nacer, está en constante aumento, con una ligera variación para el año 2003, la cual disminuyó al 72,9 volviendo la tendencia al aumento en el año 2004 representada en 74.

Por su parte “...la natalidad permaneció con valores muy altos por la ausencia casi absoluta durante las 4 décadas que siguieron a 1920, de cambios fundamentales en la estructura productiva del país” (Aguilera,1980, p. 90)

cambios estos que fueron capaces de modificar las características sociales del trabajo, la participación de la mujer en la producción colectiva, el funcionamiento tradicional del hogar, las relaciones de aprendizaje y otros aspectos que incidieron en el comportamiento de las personas ante la procreación.

Después de 1960, la natalidad muestra cierto descenso, debido a muchos factores, tecnológicos, médicos, científicos comunicacionales, económicos, sociales, y a los efectos de las migraciones, esto lo podemos evidenciar por acciones tales como: la estrategia de desarrollo basada en la sustitución de importaciones y al enorme crecimiento de las actividades terciarias. El resultado final fue según lo afirma Aguilera (1980) “...que para 1960 más del 83% de la fuerza de trabajo se concentrara en los empleos de los sectores terciario y secundario.”(p. 83) Este tipo de conformación de la mano de obra impulsó el surgimiento en Venezuela de aquellos aspectos que, como los señalados, hicieron variar la fecundidad. Por ello las tasas de natalidad que se presentaron en las últimas décadas demuestran lo siguiente:

Cuadro N° 5

Índice de Natalidad por Cada mil Habitantes	
Año	(por mil habitantes)
1920	40,5
1935	42,8
1955	47,0
1960	45,9
Índice de Natalidad por Cada mil Habitantes	
1970	38,0
1980	34,3
1990	29,9
2000	26,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (2004)

Ahora bien, es necesario destacar que la pauta que ha regido por mucho tiempo en el comportamiento de los venezolanos con respecto a la fecundidad, es la de la procreación sin una planificación familiar. Esta situación ha venido cambiando pudiéndose afirmar que ha comenzado a evolucionar, teniendo en cuenta los diferentes aspectos que han influido en estos cambios, entre los que encontramos las políticas de planificación familiar, y los otros factores (culturales, económicos, políticos) anteriormente mencionados.

(Bidegain 1987, p. 73) reportó el hecho de que en 1970 una mujer dejaba 6 hijos al salir de su vida fecunda, mientras que para 1980 sólo dejaba 4, es una buena muestra para pensar que si se profundizan los cambios descritos anteriormente, la ley que regirá dentro de pocos años en la fecundidad de los venezolanos será la del espaciamiento voluntario de los nacimientos. El crecimiento natural de la población después de 1936, con los valores de natalidad y mortalidad citados, se aceleró en forma vertiginosa, hasta alcanzar tasas superiores a 3,5% anual después de 1955, lo que ha sido considerado como una verdadera «explosión demográfica» por sus repercusiones económicas y sociales.

Si se toma en cuenta, además, que después de 1948 el país ha recibido el aporte de una inmigración de cierta importancia cuantitativa, tanto europea como Latinoamericana, hay que admitir que las tasas de crecimiento anual medio de la población se situaron después de 1950 alrededor del 4%.

Las tendencias o comportamiento de la fecundidad y, en menor grado, de la mortalidad y la migración, determinan la estructura de la población por edad y sexo. Esto resulta fundamental ya que partiendo de estos datos se pueden conocer según los distintos grupos de edad, el carácter diferencial de la demanda de los servicios. Con respecto a la edad, se sabe que las poblaciones con elevada natalidad muestran un predominio de los jóvenes (0-19 años) sobre los adultos (20-59 años) y los adultos mayores (60 y más años). Esto se ha comprobado en Venezuela desde que existen datos de cierta precisión, como se aprecia en las siguientes proporciones de jóvenes, adultos y adultos mayores por 100 h:

Cuadro N° 6

Distribución de la Población por cada 100 habitantes			
Año	Jóvenes	Adultos	Viejos
1926	48,6	47,0	4,4
1936	50,8	44,8	4,4
1950	51,8	43,7	4,5
1971	56,4	38,9	4,7
1981	51,8	43,2	5,1
1990	47,9	46,0	6,1
2000	44	49	7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (2000)

Como podemos observar en la tabla la población de jóvenes presenta una clara tendencia hacia la disminución, y por otro lado una clara tendencia hacia el aumento de los adultos mayores, aunque se debe afirmar que en nuestro país, la estructura por edad es todavía joven. Esto puede corroborarse si tomamos en consideración que la población total nacional es de 25.229.705 millones de habitantes para el año 2002, de los cuales 1.943.523 son adultos mayores, 1.045.742 mujeres y 897.781 hombres, representando el 7,7 % de la población total. De los cuales 658.849 pertenecen al grupo de 60 a 64 años, 474.030 al grupo de 65 a 69 años, 359.612 al grupo de 70 a 74 años, y 451.032 pertenecen al grupo de 75 años y mas. (Instituto Nacional de Estadística, 2004)

La evolución de la dinámica y la morfología de la población venezolana, en los últimos 55 años han hecho surgir comportamientos demográficos diferentes a los que se habían observado en las centurias pasadas. Por lo que podemos afirmar que actualmente se están inaugurando tendencias que habrán de plantear las realidades demográficas del país en otras perspectivas.

Ahora bien del total nacional de 1.943.523 adultos mayores, al Estado Miranda le corresponde un total de 233.476 adultos mayores, y más específicamente en el Municipio Zamora, nos encontramos con un total de 8.479 adultos mayores lo que

representa el 3,63%, del total de la población adulta mayor (Instituto Nacional de Estadística, 2004)

Cabe destacar que esta es la zona geográfica en donde se encuentra ubicada la Casa Hogar Padre Iriarte, en la que se aplicará el estudio de caso de la presente investigación.

De lo contextualizado anteriormente podemos advertir como la población venezolana ha venido envejeciendo de manera paulatina, y como el porcentaje de jóvenes ha venido decreciendo, en relación con la población adulta mayor por lo que resulta fundamental que se comiencen a realizar políticas de atención a los /as adultos /as mayores, a fin de que este fenómeno del envejecimiento socio-demográfico que se ha venido manifestando en el mundo y específicamente en Latinoamérica y el Caribe, no represente una sorpresa como ha pasado en otros países, afectando a varios de sus sistemas de seguridad social, empleados para brindar seguridad económica y protección social a los /as adultos /as mayores, incluyendo a las familias como modelo tradicional de cobertura social, a las sociedades de ayuda mutua y a otros mecanismos formales e informales de apoyo social para los /as adultos /as mayores.

Efectos del Envejecimiento

Ya se ha señalado reiteradamente que el envejecimiento de la población es, sin duda, un indicador de progreso económico y social. El hecho de que la mayoría de la población tenga la esperanza de alcanzar una edad avanzada y que en casi todo el mundo se haya registrado una disminución significativa del crecimiento demográfico, como consecuencia de una caída de las tasas de fecundidad y de la tasa de mortalidad, es uno de los logros más importantes de este último siglo. Sin embargo, el envejecimiento de la población también ha generado una serie de consecuencias o efectos importantes en la vida económica, y social de los países.

A continuación encontramos una serie de factores económicos, sociales y en materia de salud que se han generado con el envejecimiento poblacional.

Efectos Sociales

Los descensos en la mortalidad y la fecundidad no sólo han llevado a un envejecimiento de la población y a un aumento en el número de personas en edades avanzadas, sino que también ha cambiado el carácter de la vida familiar, y por tanto en la vida de la sociedad. El peso de la familia en cuanto a miembros jóvenes se ha invertido, siendo las generaciones de adultos mayores las que más se observan. Con el aumento de las expectativas de vida, al nacer habrá mas prevalencia de familias de cuatro y hasta cinco generaciones. El envejecimiento de la población ha resultado en un aumento significativo en la probabilidad de que un adulto de mediana edad tenga un padre o madre que sobrevive. Así, que al patrón de la mayoría podría ser tener un padre o madre vivo cuando se tiene 50 años y aún más común conservarlos a los 60 años de edad.

Un fenómeno asociado es la posibilidad creciente de que los jóvenes adultos tengan un abuelo /a vivo /a. Toda esta situación genera consecuencias eminentes para la familia, la sociedad y para los propios adultos /as mayores, por lo que la sociedad comienza a demandar, al menos, la intervención pública en algunos sistemas de servicios claves necesarios e indispensables para la calidad de vida de los adultos mayores tales como: seguridad social, salud, educación, vivienda, empleo y servicios sociales personales; al mismo tiempo toma fuerza creciente el concepto de “ciudadanía plena”, noción que debe permitir una redefinición sociocultural de los adultos mayores.

La condición socioeconómica de los adultos mayores de la región está deteriorada por la falta de sistemas de seguridad social de amplia cobertura al momento del retiro, por la debilidad y fragilidad de los sistemas de salud para enfrentar sus necesidades y por la falta de una política de vivienda y de mecanismos de integración social e intergeneracional (CEPAL 2000).

Esta situación conlleva a la exclusión social, aleja a los adultos mayores de la vida regular de su sociedad, limitando sus posibilidades de participar en la toma

de decisiones y en la planificación en sus comunidades. Son menos susceptibles de ser considerados en la distribución de los recursos y más propensas a perder la autoestima y la dignidad inherentes al hecho de tener un rol reconocido.

La exclusión social de los adultos mayores también tiene consecuencias para las generaciones más jóvenes. Estas incluyen la pérdida de conocimientos, experiencia y destrezas valiosas, particularmente acerca del medio ambiente, la cultura y estrategias de manejo en épocas de crisis, como también la pérdida de modelos a imitar para el mantenimiento de las familias y los medios de vida. A menudo se argumenta que los adultos mayores sufren menos de exclusión social porque tienen un estatus asegurado y respetado en los hogares y comunidades que los apoyan, pero esto siempre ha dependido de factores como el género, la cultura y las circunstancias materiales más que de la edad.

Algunos autores afirman que otra de las consecuencias sociales del envejecimiento demográfico es que el aumento poblacional de adultos /as mayores tiende a bajar el nivel de vida en los países altamente industrializados debido a que se registra un aumento en la relación de dependencia de las personas de 65 años o más. Tal aumento en la razón de dependencia en la población de edad avanzada demanda un costo mayor respecto a los de otro grupo menor de edad. (Sánchez: 1990, p. 87)

Desde el punto de vista político, el sector poblacional de 65 años o más se ha constituido en una fuerza electoral. La presión que ejercen mediante el voto promueve la promulgación y aprobación de la legislación en su beneficio.

Efectos en Materia de Salud

Los cambios demográficos a nivel mundial a que hacemos referencia se producen simultáneamente con transformaciones de gran amplitud en los patrones de mortalidad y morbilidad, a veces conocidos como la transición epidemiológica. (Guzmán, 2002)

En los últimos 25 años, la proporción de muertes provocadas por las enfermedades del sistema circulatorio en el mundo en desarrollo, aumentó del 16% al 25% y es indudable que en los próximos decenios esta tendencia habrá de mantenerse. En los países desarrollados, la epidemia de muertes por afecciones cardíacas está en declinación y las enfermedades del sistema circulatorio dieron cuenta del 45% de las muertes en 1997, lo que representa una disminución con respecto al 52% registrado en 1985 (OMS, 1998).

Si bien el cáncer sigue siendo la causa del 21% de las muertes en los países desarrollados, existen indicios muy sólidos de que en el próximo siglo se convertirá en la causa de fallecimientos más importante en los países con mayor proporción de personas de edad (Guzmán, 2002).

Todas las hipótesis de cambio analizadas por López (1996) de aquí a 2020 permiten pronosticar, en todas las regiones, un desplazamiento significativo de la mortalidad a edades más avanzadas, como resultado de una declinación de las muertes provocadas por enfermedades transmisibles, partos, afecciones perinatales y problemas de nutrición. En casi todas las regiones se registrará un aumento de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares y otras enfermedades crónicas y accidentes.

Según estudios Guzmán (2002) reportó el crecimiento acelerado del número de personas de más de 80 años de edad, este aumento en la posibilidad de número de años vividos tiene una tendencia a provocar de igual manera un aumento en los problemas de demencia que, en los países desarrollados, pueden afectar al 40% de las personas de entre 80 y 84 años de edad. La prevalencia de estas afecciones crece aún más en las edades más avanzadas pero parece estabilizarse a los 95 años de edad.

Los individuos que han cumplido 60 años durante la última década del siglo XX serán los /as adultos /as mayores más viejos del 2010-2020 y por lo tanto serán la población más envejecida y vulnerable cuando la región experimente el mayor impacto del envejecimiento poblacional. (Guzmán, 2002)

Los avances en la investigación biomédica básica y de la conducta están conduciendo a la posibilidad de nuevos tratamientos y de intervenciones que puedan demorar el comienzo de enfermedades crónicas.

En la medida en que las nuevas tecnologías médicas eficaces se difundan más ampliamente, los adultos mayores empezarán a demandar mayor acceso a ellas. El conocimiento de los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas que causan discapacidad, pero que no matan, se ha incrementado. “Esta información ha conducido a la posibilidad de tener intervenciones más tempranas en las condiciones músculo-esqueléticas (por ejemplo, reemplazo de articulaciones), en la vista (por ejemplo reemplazo de cristalino en operaciones de cataratas) e incluso en algunas formas de demencia.” (CEPAL, 2002)

Muchas de estas intervenciones están en su etapa temprana de desarrollo y la tecnología continuará perfeccionándose. Si los países de la región realizaran una inversión en tecnología médica apropiada para evitar las consecuencias discapacitantes de las enfermedades relacionadas con la edad, se generarían mayores ganancias en la esperanza de vida activa en las próximas décadas. Estos logros requerirán aumentos en los presupuestos de salud, reorganización de los servicios sociales y de salud, y ajustes en el reclutamiento, el entrenamiento y la distribución de los trabajadores en las profesiones de atención a la salud.

También es necesario mencionar que muchas personas con limitaciones funcionales pueden mantener su independencia con el reacondicionamiento de sus entornos familiares, con nuevos modelos de atención residencial, sistemas de transporte adaptados y toda una variedad de tecnologías asistenciales que le puedan ayudar a vencer las limitaciones funcionales y a promover una mayor autonomía. Por último, diferentes modalidades de centros comunitarios, centros de atención diurna, centros de convivencia o de viviendas asistidas, pueden contribuir a la disminución de la institucionalización innecesaria y aumentar significativamente la calidad de vida del adulto mayor y de su familia.

Efectos Económicos

Uno de los principales efectos es lo que tiene que ver con el inverso del índice de dependencia de la vejez —es decir, el número de personas de entre 15 y 64 años de edad por cada persona de 65 años de edad o más— es una medida de la carga de dependencia que recae sobre la población de trabajadores potenciales. (Guzmán, 2002)

Este índice está disminuyendo tanto en las regiones en desarrollo como en las desarrolladas. Dicho índice tiene repercusiones importantes para los regímenes de seguridad social, especialmente para los sistemas de reparto tradicionales en los que las personas en actividad sufragan las prestaciones de los jubilados.

Benítez, (2000) ha señalado que en la bibliografía sobre la economía del proceso de envejecimiento predominan estimaciones alarmantes como:

- En el futuro, cada trabajador deberá sostener a demasiados jubilados.
- A menos que se proceda a abolir o modificar radicalmente los programas de seguridad social, éstos irán a la quiebra y cuando los trabajadores más jóvenes alcancen la edad de la jubilación quedarán sin protección alguna.
- Existe el riesgo cierto de que, en última instancia, muchos países deban destinar la totalidad de su presupuesto para sufragar las prestaciones de vejez.
- Hoy día, la mayoría de las personas de edad reciben una asistencia generosa a expensas de sus hijos.
- Los índices de dependencia constituyen un instrumento con el que se pretende medir la relación entre las personas que no generan recursos económicos y los integrantes de la fuerza de trabajo que sí lo hacen. El índice de dependencia de los /as adultos /as mayores es la relación entre el número de personas de más de 60 o 65 años de edad —que probablemente no tienen empleo remunerado— y el número de personas pertenecientes al grupo de edad que tienen más posibilidades de realizar aportes al sistema de seguridad social en razón de su participación en la fuerza de trabajo.

Cuando se examina el número de personas que trabajan y no trabajan en todos los grupos de edad —niños, jóvenes, personas de mediana edad y personas de edad— el aumento del número de adultos mayores que no trabajan se compensa en gran medida por una disminución en los demás grupos de edad.

Muchos autores consideran que el envejecimiento de la población tiende a disminuir la tasa de ahorro, debido a que muchos adultos mayores viven de los ahorros acumulados y de los servicios prestados por la comunidad. Esta situación influye también en la seguridad social, servicios de salud, provisión de servicios recreación y esparcimiento y otros beneficios para los /as adultos /as mayores. (Sánchez, 1990, p. 86)

Otra de los efectos generados por el envejecimiento de la población es que se comenzaran a ejercer presiones insostenibles sobre la previsión social formal. Con frecuencia se presenta esta situación no sólo como un problema de los países más ricos, sino también como un fenómeno mundial. Resulta de mayor utilidad identificar los diferentes escenarios de desafíos en diferentes partes del mundo.

En los países desarrollados se ha registrado un rápido crecimiento del gasto público en las necesidades de los /as adultos /as mayores, lo cual ha generado preocupación en torno a la sostenibilidad fiscal y se han hecho llamados en pro de la adopción de un enfoque más pluralista ante el financiamiento y la prestación de servicios. Sin embargo, el vínculo entre el envejecimiento de la población y el gasto en previsión social formal no siempre resulta tan sólido como se dice. “Por ejemplo, los gastos en atención a la salud reciben un impacto importante de la forma en que se organizan y financian estos servicios, independientemente del contexto demográfico.” (Guzmán, 2002)

En la mayoría de los países de bajos ingresos, las políticas sociales tienden a concentrarse en las necesidades de otros grupos, como las madres, los niños y los “trabajadores”. En lugar de mantener los programas existentes, el principal

desafío que enfrentan estos países es el de incluir al adulto /a mayor en las políticas sociales por primera vez. Entre los países de medianos ingresos, la escala de la previsión social formal para los /as adultos /as mayores es extremadamente variada: extendiéndose desde políticas de protección mínima hasta esquemas que compiten con los del norte. (Cordero,2003)

En muchos países de medianos ingresos, la previsión social formal se ha visto amenazada por el ajuste estructural, los cambios en los paradigmas de bienestar social y el rápido crecimiento de los servicios privados en entornos regulatorios frecuentemente débiles. Habida cuenta de esta diversidad, sería erróneo hablar de las repercusiones inevitables del envejecimiento de la población sobre los programas formales de bienestar social. No obstante, los debates sobre las políticas continúan caracterizándose por un enfoque “talla única”. Por ejemplo, las discusiones sobre la reforma de las pensiones siguen muy de cerca los esquemas mundiales, y en ocasiones parecerían preocuparse más por el desempeño de los mercados de capital que de las necesidades de los /as adultos /as mayores.

Igualmente, la reforma del sector salud se adhiere a un modelo cada vez más mundializado de apertura de mercados, recuperación de costos y descentralización, reforma que puede implicar graves amenazas para los /as adultos /as mayores.

La economía del cuidado ha recibido escasa atención de parte de los responsables de la formulación de las políticas. En el sur se sigue suponiendo que las estructuras tradicionales de la familia y la comunidad pueden satisfacer las necesidades de cuidados. Sin embargo, las familias, normas y valores están sufriendo cambios sin precedentes, por lo que podría resultar riesgoso suponer que constituyen una verdadera garantía de cuidado.

Para concluir, Sánchez, R (2002) enfatizó nuevamente la diversidad de las experiencias del envejecimiento. Sugiriendo que no se debe concebir a los /as adultos /as mayores como un grupo de interés especial cuyas preocupaciones son

diferentes de otros grupos etáreos. Los /as adultos /as mayores no viven aisladamente, por lo que su bienestar está estrechamente vinculado al de la sociedad en general. Las políticas deben reconocer tanto las diferencias como la interdependencia.

Es importante tener en cuenta que existe una clara tendencia hacia el crecimiento de la población adulta mayor, según los datos analizados y la información suministrada, por lo que resulta fundamental que tanto el Estado como la Sociedad Civil, activen mecanismos de atención tanto para el adulto /a mayor como para las familias que tienen entre sus parientes a adultos /as mayores y de esta manera contribuir con la atención y el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y de sus familiares. Así como también resulta fundamental ajustar los sistemas de protección de la vejez y de seguridad social hacia modelos que sean solidarios y que represente los ideales bajo los cuales fueron creados.

CAPITULO III

REFERENCIAS TEÓRICAS ACERCA DE LA SITUACIÓN DE LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

CAPITULO III

REFERENCIAS TEÓRICAS ACERCA DE LA SITUACIÓN DE LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

En el presente capítulo se abordarán las diversas teorías sociales y enfoques que intentan explicar la etapa de la vejez desde un punto de vista psicológico y social, orientándonos más allá de los cambios físicos y biológicos que todos experimentamos en esta etapa de la vida humana; lo que resulta de vital importancia para la presente investigación, ya que estas teorías y enfoques nos permiten una mayor comprensión de la población adulta mayor sujeto de estudio y de los factores que inciden en su calidad de vida y por ende un mejor acercamiento; a la vez que estas teorías y enfoques representan un punto de referencia para el abordaje, de la población adulta mayor que se encuentra

residenciada en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-Guatire, Estado Miranda.

Acercamiento a las Principales Líneas Teóricas

El interés científico en los aspectos sociales de la vejez puede considerarse como un fenómeno casi exclusivo del presente siglo. Puede decirse que los trabajos sobre adultos /as mayores fueron iniciados en su mayoría por científicos sociales norteamericanos y han sido limitadamente aplicados a otras culturas. Sin embargo, a pesar de que muchas de estas teorías surgen dentro del contexto de una sociedad altamente desarrollada e industrializada, las mismas han hecho contribuciones importantes al campo de la Gerontología y mas específicamente en la Gerontología Social.

En otras sociedades industrializadas este tipo de población también se convierte en objeto de estudio, no sólo porque emerge como un grupo numéricamente considerable sino también porque como grupo sus problemas sociales son lo suficientemente serios como para requerir la atención de la sociedad. La base fundamental para el desarrollo de las principales teorías sociales es el descubrimiento de que las pérdidas de la vejez no eran resultado único de variables físicas y materiales sino que también el proceso de envejecimiento es producto de una serie de variables psicológicas y sociales tales como el status el rol y la personalidad.

El interés de las ciencias sociales y específicamente de la sociología para el estudio del envejecimiento no es nuevo y ha dado lugar a una serie de construcciones teóricas de mayor o menor alcance. La tarea de sistematizarlas y ofrecer una visión compacta de las más relevantes ha sido abordada por diferentes autores.

Existen varias teorías sociológicas que intentan explicar las relaciones sociales entre los adultos mayores. Estas teorías pueden ubicarse en dos grandes grupos: aquellas que pretenden explicar la relación entre el sistema social y los adultos

mayores y las que buscan explicar como se adapta el individuo a su propio proceso de envejecimiento, esta clasificación en dos grandes grupos también pueden explicarse desde la perspectiva de Ortiz 1999, p. 21 (Cit. por Aranibar 2001, p. 11) esta autora afirma que por un lado se encuentra la edad la cual es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas que son las que imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez.

Tomando como referencia la clasificación realizada por Sánchez (2002, p.80) para la exposición de las principales líneas teóricas en el primer grupo se destacan la teoría de la subcultura, la teoría del medio social y la teoría de la estratificación social. Por su parte en el segundo grupo se incluyen las teorías de separación o retraimiento, la teoría de la actividad, teoría de la continuidad, teoría de los roles y la teoría de modernización.

Es imprescindible revisar las principales perspectivas desde las cuales se ha pretendido dar cuenta o explicar el fenómeno de la vejez, ya que las ideas, creencias e imágenes científicas o populares que la sociedad, los políticos, los especialistas y las personas tienen de los adultos /as mayores en un tiempo y espacio determinado, determinarán en muchas dimensiones el significado de la vejez y de las acciones destinadas a asegurar y / o incrementar su bienestar y por consiguiente su calidad de Vida.

Teorías Que Explican La Relación Del Individuo y La Sociedad.

Teoría de la Subcultura

La teoría de la Subcultura es una teoría que privilegia los factores culturales y el criterio de la sociedad. Fue desarrollada por Arnold Rose, 1965, este autor sostenía, que se podía generar una sub. cultura cuando miembros de una categoría de edad particular interaccionan más entre sí que con miembros de otra categoría de edad. Esta interacción está también motivada por la discriminación que excluye

a este mismo grupo de edad (adultos /as mayores) de relacionarse más con otras generaciones. Según Sánchez (1990)

Ejemplo de estas agrupaciones la podemos encontrar en países industrializados como Estados Unidos, Suecia, y Alemania en los cuales han proliferado comunidades exclusivas para adultos mayores y estos a su vez se han convertido en grupos de poder que demandan servicios y reclaman derechos influyendo en la política pública de esos países. (p . 65).

Mientras más se excluye a los /a adultos /as mayores de la participación social, más y más se desarrollaría una conciencia de grupo de pares relacionado con el ajuste al proceso de envejecimiento.

Teoría De La Estratificación Social

Esta teoría fue elaborada por Matilda Riley (1971) provee una base para explicar las formas y niveles de desigualdad que existen entre adultos /as mayores y jóvenes, en cualquier sociedad dada. Establece que el escalafón de edad y el curso de vida se combinan para producir ciertos estratos por edad o generaciones reconocidas y que la interacción de las personas dentro de las mismas, estaría determinada por lo que consideren propio de sus generaciones. (Aranibar, 2001, p.14)

La teoría examina el movimiento de generaciones (cohorte) a través del tiempo. Una cohorte de nacimiento es un grupo de personas que nacieron en el mismo tiempo en la historia y envejecieron juntos. Cada grupo es único porque tiene sus propias características y cada uno experimenta eventos históricos particulares los cuales afectan las actitudes y el comportamiento de sus miembros.

De acuerdo a la teoría, de la desigualdad relativa el adulto mayor en cualquier tiempo y contexto cultural dependía según Sánchez (2000) de dos tipos de experiencia: 1) las experiencias típicas de su curso de vida, debido principalmente

a cambios físicos y mentales. 2) las experiencias del momento histórico, íntegramente del grupo de edad particular al que pertenecen. (p. 90)

La teoría no asumía, que las condiciones de la vejez no son necesariamente siempre las mismas. Podrían diferir de una sociedad a otra y cambiar de tiempo en tiempo en una sociedad particular. Al fijar su atención sólo en las características estructurales, demográficas e históricas, la teoría de la estratificación no es útil para aclarar el comportamiento del individuo según envejece. Sin embargo, ella puede ayudar a entender las formas en que la sociedad usa la edad para encajar a la gente en nichos estructurales del mundo social y para observar que la estructura de edad cambia al pasar del tiempo. (Sánchez, 1990, p. 67)

Teoría Del Medio Social

Esta teoría, elaborada por J. Gubrium (1973), plantea que el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad donde viva, de su condición física, y de los recursos con que cuenta para satisfacer sus necesidades. “El medio ambiente en que se encuentra la persona de edad avanzada incluye no sólo el contexto social con sus normas sino también los bienes de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.” (Sánchez, 1990, p.66). El nivel de actividad de los adultos mayores se encuentra influenciado por tres factores importantes: salud, dinero, y apoyos sociales. En conjunto, los factores procedentes del medio ambiente social que pueden incidir en el grupo de actividad de la persona van a resultar favorables o desfavorables en su adaptación a la vejez.

La teoría del medio social resulta fundamental para el desarrollo de la presente investigación, puesto que nos explica como el comportamiento del adulto mayor y su adaptación a la vejez, se encuentra influenciada por el medio ambiente en que se desenvuelve, lo que incluye no solo el contexto social, sino también los bienes materiales, su condición física y el apoyo social recibido por familiares o amigos, factores que serán tomados en cuenta, para indagar cómo es la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el

municipio Zamora Guatire Estado Miranda, teniendo como base entre otras, esta teoría para su comprobación en la practica.

Cuadro N° 7

Aportes de las Teorías Que Explican La Relación Del Individuo Y La Sociedad.			
Teoría	Autor	Fecha	Aportes Significativos Para la Comprensión de la Vejez
Teoría de la Subcultura	Arnold Rose		La teoría de la Sub. Cultura resulta muy reduccionista para la comprensión del comportamiento de la vejez, pero se puede afirmar que la misma ha sido útil para hacerle una crítica a la sociedad, que culturalmente se encuentra orientada hacia la juventud y una crítica al Estado por las políticas discriminatorias que suelen limitar los derechos, los servicios y la participación social del adulto /a mayor

Cuadro N° 7 Continuación			
Teoría	Autor	Fecha	Aportes Significativos para la Comprensión de la Vejez
Teoría De La Estratificación Social o por Edad	Matilde Riley	1971	Analiza muy estrechamente la edad, define a los /as adultos /as mayores, en términos de edad cronológica, ignorando la dimensión subjetiva. El aporte que realiza a la comprensión de la vejez es que ayuda a entender como la sociedad encasilla a los /as adultos /as mayores olvidando los aspectos que individualmente los caracteriza, otro aporte es que permite el darse cuenta de que la estructura de edad cambia con el tiempo.
Teoría Del Medio Social	J.Gubrium	1973	El principal aporte es la explicación de que los factores: biológicos, sociales y materiales, imperantes en el medio ambiente influyen en el comportamiento y en la adaptación a la vejez.

Fuente: Elaboración Propia

Teorías que Explican la Adaptación del Individuo a su Vejez

Teoría de Separación Retraimiento o Desarraigo

La Teoría de la Separación, Retraimiento o Desarraigo se centra en el debate de la adaptación social de los sujetos envejecidos (abordando fundamentalmente las teorías derivadas de enfoques funcionalistas y conductistas) sugiere que es imperativo que las personas de edad avanzada se separen de la sociedad porque eventualmente morirán. Esta separación es funcionalmente necesaria para que las instituciones sociales sobrevivan y se mantenga una estabilidad y un funcionamiento social cohesivo.

Los máximos exponentes de esta teoría lo fueron Elaine Cummings y William Henry (1961) . Los autores aplicaron el termino separación o retraimiento al proceso en el que los /as adultos /as mayores se separan o se retiran gradualmente de los roles y actividades que han ocupado en la sociedad . Según la persona envejece, de acuerdo a esta teoría, sus necesidades psicosociales básicas cambian desde una participación activa a una contemplación inactiva acerca del significado de la vida ante la muerte cercana. “La teoría establece que el retraimiento o separación es un retiro mutuo entre la sociedad y el individuo que ocasiona una disminución de interacción entre la persona de edad avanzada y otros en el sistema social al cual pertenecen.” (Sánchez, 1990, p. 68)

Esta posición teórica ha sido objeto de muchas criticas, entre las que se encuentran las que afirman, que la separación no ocurre en todos los individuos, cuestión que es muy razonable, ya que no siempre existe acuerdo sobre si el retraimiento es frecuente o si es beneficioso, tanto para la sociedad como para el individuo.

Teoría De La Actividad.

Esta teoría también se deriva de un enfoque conductista y funcionalista, surge como respuesta a las lagunas de la teoría del retraimiento. Fue propuesta originalmente por Robert Havighurst (1963) y elaborada más tarde por George Maddos (1974) . Contrariamente a la teoría del retraimiento establece que para que un adulto mayor logre enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, preservar la moral y aumentar la autoestima, debe haber una restitución de roles o actividades perdidas. Asume que los /as adultos /as mayores, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos.

La tesis central de esta teoría puede resumirse según lo afirma Sánchez (1990) como sigue:

“cuanto mayor número de roles o actividades opcionales posea la persona según entra en la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios a los que ordinariamente se les da prioridad en la vida adulta.” (p. 70)

La clave para la vejez exitosa será mantener unos niveles óptimos de actividad. Obviamente, esto dependerá de la disponibilidad de roles o actividades y de la capacidad de la persona para llevarlos a cabo. Esta teoría, opuesta a la teoría de retraimiento o separación, enfatiza la interacción e integración social para explicar mayores niveles de satisfacción de vida. Sin embargo, otros expertos objetan la idea de que todas las personas de mayor edad necesitan y desean niveles altos de actividad y que no se tengan presentes las variaciones en el significado de las actividades particulares en la vida de los adultos mayores.

Entre las limitaciones que presenta esta teoría es que no reconoce la influencia de la personalidad en la conducta humana, la teoría no ofrece una explicación al hecho de que algunas personas pueden ser felices estando pasivas, mientras que otras prefieren disminuir su nivel de actividad según avanzan en edad. (Aranibar, 2001, p. 16)

La teoría de la actividad es muy importante ya que nos permite comprender, que el uso del tiempo en actividades gratificantes, en donde se asuman distintos roles, permite tener una mayor interacción e integración social, lo que influye en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que esta es una etapa de la vida en la cual las personas disponen del mayor tiempo libre, teniendo en cuenta que estas actividades deben ser estimulantes con la intención de combatir la soledad y cultivar afectos no se trata de ocupar el tiempo en cualquier actividad sin un fin último, y por otro lado deben estar adaptada a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los adultos mayores. Por lo que la presente teoría resulta fundamental para contrastarla con la realidad en la que se encuentran los adultos mayores de la Casa Hogar Padre Iriarte, al conocer la importancia que le otorgan ellos a la realización de actividades, formales, informales o solitarias para sentirse mejor con la vida.

Teoría De La Continuidad

Esta teoría que se asocia a Bernice Neugarten (1964) se basa en la premisa de que los individuos en las etapas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos que retienen en cierta medida en la vejez.

Sostiene la teoría que la edad avanzada no implica un cambio drástico en la vida de las personas. Según se entra en años existe una tendencia a mantener continuidad. Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten y se mantienen en la vejez. (Sánchez, 1990. p.71)

El mejor índice de predicción del comportamiento de una persona en una determinada situación sigue siendo su conducta anterior (Barreira, 1992) En este contexto, la continuidad significa que la relación del individuo a su vejez puede explicarse si se examinan las interrelaciones complejas entre los cambios

biológicos y psicológicos, los hábitos de la personas, preferencias y asociaciones, las oportunidades situacionales y la experiencia actual. La experiencia de vida creara ciertas predisposiciones que el individuo mantendrá si le es posible. Esto incluye estilos de vida y preferencias personales.

Teoría De Roles

Esta teoría, cuyo exponente principal fue Irving Rosow (1967), establecía que debido a una serie de cambios especialmente asociados a la tecnología y a la modernización a que se exponían los (a) adultos /as mayores, se iba afectando su posición en la sociedad y se arriesgaban a una pérdida de roles.

Los exponentes de esta teoría consideraban que el proceso de socialización, mediante el cual la sociedad asignaba posiciones a las personas, especificaba los roles y status de estas posiciones. (Aranibar, 2001, p. 17)

Las personas durante diferentes etapas de su vida van asumiendo unos roles más que otros que a su vez van disminuyendo en la edad avanzada, roles como padre o madre, trabajador o trabajadora, entre otros.

Rosow identificó una serie de cambios a los cuales se enfrentan las personas de edad avanzada que influyen en la pérdida de roles. Entre estos cambios se encuentran: cambios en el control de propiedad, cambios en la productividad, como la automatización, cambios en la tecnología o conocimientos estratégicos, cambios en los patrones de dependencia, cambios en lazos de parentesco: familia extendida por nuclear.” (Barreira, 1992)

Los defensores de la teoría de roles desafiaron los postulados básicos de la teoría de separación en el sentido de que el retraining social era un proceso natural de la vejez y básicamente satisfactorio para los que incurrieran en el mismo. La debilidad de la teoría de roles se hace clara cuando se aplica a otras culturas. Por ejemplo, la pérdida de roles importantes que ocurre en la India con el adulto mayor, no parece resultar en retraining o pérdidas personales.

La teoría de roles resulta fundamental para explicar como los diversos cambios en el aparato productivo, los cambios en la sociedad y los cambios en la dinámica familiar influyen en la pérdida de roles o de la posición social que tenían los /as adultos /as mayores.

La teoría de roles también nos permite comprender el porque ha aumentado de manera significativa el fenómeno de la institucionalización de los adultos mayores en las casas-hogares, residencias geriátricas, etc. La institucionalización, hoy en día, se ha ido convirtiendo en algo común, puesto que al modificarse los roles, el adulto /a mayor va adquiriendo otra posición social.

Teoría de la Modernidad

Para fines de la década del 70 comienza a enfatizarse otra perspectiva dentro de la Gerontología Social la cual se caracteriza por su posición crítica ante las posiciones teóricas existentes hasta entonces. La teoría de la Modernidad tiene como principal argumento la búsqueda en la historia y el pasado las claves para entender el sentido actual del envejecimiento, de igual manera surge como un intento de explicar la adaptación al proceso de la vejez.

Desarrollada principalmente por Donald Cowgill y Lowell Holmes (1972) se basa en la presunción de que la vejez es una experiencia negativa aplicable universalmente. La teoría postula la pérdida inevitable de poder y status de los /as adultos /as mayores según se moderniza una sociedad tradicional .

Sus postulados son bastante conocidos y pueden resumirse Según lo expone Aranibar (2001, p. 13)

en la existencia de factores que acompañan al proceso de modernización, como el aumento de la proporción de población adulta mayor sobre el total, el cambio en el tipo de conocimiento dominante, la extensión de la educación, la sustitución del modelo de familia extensa por el modelo nuclear en virtud al proceso de urbanización,

etc., producen un efecto combinado cuyo resultado es la disminución de la valoración social de la vejez.

La conclusión es que, a medida que aumenta el grado de modernización de las sociedades, disminuye la importancia del adulto /a mayor para la sociedad, y por ende para las familias.

Entre las críticas a esta teoría encontramos el corto alcance explicativo más allá de la conducta de los individuos. Se critica que al hacer de la vejez un asunto dicotómico de adaptación o inadaptación a un conjunto de normas y pautas predefinidas por el sistema social dominante, donde la relación de ajuste es unidireccional –son los adultos mayores los que deben ajustarse al sistema– se propicia una mirada acrítica a las estructuras que definen dichas normas y pautas.

No obstante, la validez de estas observaciones y considerando muchas otras que fueron formuladas desde el ámbito teórico y el empírico, es indudable que los enfoques funcionalistas y conductistas que dieron pie a una primera aproximación a la vejez como fenómeno social han sido de gran trascendencia.

La teoría de la modernidad al igual que la teoría de roles nos permite entender como el proceso de modernización ha generado cambios en la vida familiar, específicamente, el acelerado urbanismo, los cambios tecnológicos, etc. han impulsado entre otras cosas, cambios en la convivencia familiar, pasando de la familia extendida en donde podían convivir varias generaciones a la familia nuclear, que separa al trabajador del hogar y a los adultos mayores de los miembros mas jóvenes de la familia, afectando notablemente al adulto /a mayor el cual observa como su posición en la sociedad comienza a devaluarse al no poder cumplir los roles. Lo que se traduce muchas veces en la institucionalización en geriátricos, porque los familiares mas jóvenes al estar insertos en el aparato productivo (mercado laboral) no pueden ocuparse de atender al adulto mayor.

Concepto del Ciclo De Vida

La perspectiva de ciclo de vida introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Es decir, la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí misma) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores.

Así como en otras etapas del ciclo de vida (niñez, juventud, adultez), la vejez posee, por una parte, su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y es la sociedad la que establece una pauta social sobre la edad que corresponde a este ciclo.

La perspectiva de ciclo de vida nos permite entender la situación actual de los /as adultos /as mayores recurriendo al análisis de etapas anteriores de su vida. Sin embargo, su aporte más importante ha sido el establecer que

“...al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social. Otro aporte importante derivado de esta perspectiva es la idea de la interacción de los ciclos de vida, que pone de manifiesto que los ciclos de vida de los individuos se relacionan entre sí, fundamentalmente a través de las relaciones familiares.” (Aranibar, 2001, p. 18)

La teoría del ciclo de vida, en la actualidad ha perdido mucho su poder teórico explicativo por la carencia de enlaces explícitos entre el concepto de ciclo de vida y las teorías sociológicas

Es importante destacar que ninguna de las teorías mencionadas, puede ser totalmente rechazada puesto que indudablemente han contribuido a enriquecer el conocimiento acerca del proceso del envejecimiento, claro está, que tampoco pueden ser totalmente aceptadas, ya que hasta los momentos no existe un modelo unitario o universal que explique las múltiples dimensiones de la vejez, “...dada que las condiciones que afectan a los /as adultos /as mayores varían de individuo a

individuo, de sociedad en sociedad y de generación en generación...” (Sánchez, 2000, p. 84)

Cuadro N° 8

Aportes de las Teorías Que Explican La Adaptación Del Individuo A Su Vejez			
Teoría	Autor	Fecha	Aportes Significativos Para la Comprensión de la Vejez
Teoría de Separación Retraimiento o Desarraigo	Elaine Cummings y William Henry	1961	Esta teoría se caracteriza más por las críticas a la que es sometida que a los aportes que realiza para la comprensión de la vejez, pero podemos afirmar que entre sus aportes está el poder confirmar que la dinámica familiar o comportamiento de los /as adultos /as mayores no puede explicarse, bajo la óptica de un sólo modelo o cultura en particular como lo quisieron dar a entender los defensores de esta teoría, puesto que los valores difieren según la sociedad en la que nos encontremos. Para ejemplificar lo anterior: Los norteamericanos son socializados a través de su autorrealización, independencia e individualismo, lo que los conlleva especialmente en la vejez al aislamiento o separación, pero por otro

			lado los yugoslavos se socializan con valores tales como: reciprocidad, simbiosis familiar y la interdependencia lo cual tiende a asegurar relaciones continuas e intergeneracionales a través de la vida. Simic (1977) (Cit. p Sánchez, 1990, p.66)
Teoría De La Actividad	Robert Havighurst y George Maddos	1974	El principal aporte de esta teoría es la propuesta que hacen a los /as adultos /as mayores de la importancia de mantenerse activos y lograr una interacción e integración social para obtener de esta manera una adaptación satisfactoria a la vejez, que genere por ende una mayor satisfacción hacia la vida.
Teoría de la Continuidad	Bernice Neugarten	1964	El aporte significativo de esta teoría para la comprensión de la vejez es la afirmación de que la vejez, (apartando los cambios físicos biológicos y materiales) no debe significar un cambio drástico, sino que es una extensión de la vida los hábitos, gustos y estilos adquiridos, la predisposición psicológica interna, la continuidad externa del comportamiento y las circunstancias sociales se mantienen en la vejez y esta continuidad juega un rol fundamental para la adaptación de las personas a esta etapa de la vida.
Cuadro N° 8 Continuación			
Teoría de Roles	Irving Rosow	1967	El aporte de la teoría es el identificar que a medida que pasa el tiempo los /as adultos /as mayores pierden sus roles o posición en la sociedad debido a numerosos cambios en el proceso de modernización y más específicamente los cambios a nivel tecnológico, social, familiar y en la productividad, generando consecuencias que influyen en su calidad de vida.
Teoría de la Modernidad	Donald Cowgill y Lowell Holmes	1972	El principal aporte de esta teoría es la explicación detallada de los efectos que ha producido la modernización en la vida de los /as adultos /as mayores. Entre la que destaca: la disminución de la valoración social.
Concepto del Ciclo Vital	Gungill Hagestad y Bernice Neugarten	1985	El principal aporte del concepto del ciclo vital es el reconocimiento de que la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí mismo) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores, teniendo en cuenta que la dificultad o facilidad del diálogo dependerá en mayor proporción de la

			sociedad misma y no del adulto mayor.
--	--	--	---------------------------------------

Fuente: Elaboración Propia

Los Distintos Significados de la Edad

Es preciso establecer una distinción precisa entre el **envejecimiento biológico**, que guarda una estrecha relación con la edad cronológica, y los conceptos sociales del envejecimiento, representada en la edad de la jubilación.(Polacco, 2000). La definición oficial de envejecimiento individual está vinculada con la edad habitual de la jubilación, que oscila entre los 55 y los 65 años de edad. Sin embargo, la jubilación oficial no es equivalente a un retiro. El período durante el cual las personas pueden seguir trabajando normalmente, cumplir con su función social y seguir siendo productivas excede con mucho la edad de la jubilación.

Por su parte Barreira (1992) afirma que **La edad funcional** depende de las capacidades físicas y mentales, que están determinadas por factores genéticos y del entorno. Estos factores afectan a las personas de distintas maneras y pueden ser una de las causas por las cuales la edad de la jubilación varía de un país a otro y de la carencia de un límite común para los senescentes. Los más habituales son los 60 y los 65 años de edad.

El envejecimiento poblacional se ha convertido en una problemática que no sólo afecta a los países más desarrollados, sino también, mas recientemente a los países en vías de desarrollo. Toda esta situación alude a un cambio de la estructura poblacional donde a la vez que se prolonga la esperanza de vida, aumenta el número de longevos. Este es un fenómeno que se observa también a nivel mundial. Si bien es posible vivir mucho más, esto no se traduce necesariamente en el bienestar de las personas mayores, ni en la mejora de su calidad de vida.

Algunos transitan la vejez rodeados de cuidados y sistemas de apoyo social, pero para la mayoría, envejecer representa una odisea de desafíos que afrontar.

Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso estará siempre sujeta a arbitrariedades. El umbral de la vejez se ha retrasado a lo largo de la historia. Solari (1987) sostiene que la edad de la vejez, auto-percibida o socialmente asignada, ha venido aumentando.

Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos. Desde luego, existe una **edad biológica**, mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, que regula los parámetros básicos de la vida; su incidencia se ve afectada, al menos en parte, por una **edad psicológica o subjetiva**, que remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo y de ajustarse a sus entornos. (Morales, 1997)

Hay también una **edad social**, definida por García (2003) que refleja los efectos tanto de las normas que rigen los comportamientos de los individuos, como de los factores estructurales referidos a sus posibilidades de inserción y participación en las esferas sociales; los alcances de esta edad social dependen, a su vez, de la cultura dominante y de la posición socioeconómica de las personas.

Dado que las diversas nociones de edad varían con distinto ritmo y temporalidad, resulta difícil elegir aquella que con mayor propiedad marca el umbral del envejecimiento; esta dificultad se acrecienta porque dichas variaciones difieren también entre los individuos.

Por ello, para examinar las dimensiones demográficas del proceso, que conciernen al colectivo de personas, habitualmente se recurre a la acepción más corriente del vocablo: **la edad cronológica**. De acuerdo a una práctica tradicional de la División de Población de las Naciones Unidas —adoptada en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (United Nations, 1982) y en los estudios de alcance regional sobre la materia la edad umbral puede situarse en los 60 años. Con el objeto de prestar atención a algunos aspectos de la heterogeneidad intrínseca del grupo mayor de esa edad, es frecuente subdividirlo en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años.

Por cierto, el empleo de límites etarios se justifica sólo para propósitos analíticos y no implica desconocer que el envejecimiento demográfico afecta a toda la población, hecho patente al comparar las magnitudes de las sucesivas generaciones (análogamente, el envejecimiento de los individuos se desarrolla a lo largo de toda la vida).

De lo anteriormente mencionado podemos afirmar entonces que el envejecimiento suele describirse sintéticamente como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población total, lo que resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades.

Enfoque sobre la Desigualdad, Dependencia y Vulnerabilidad

Los enfoques a diferencia de las teorías son tendencias o aproximaciones que intentan ofrecer una mayor explicación o comprensión de la vejez. Tradicionalmente, la literatura especializada ha aplicado los conceptos de pobreza, marginación, exclusión, desigualdad, dependencia y vulnerabilidad para ilustrar las condiciones de vida de los /as adultos /as mayores en países subdesarrollados.

Muchos autores afirman que conceptos como la desigualdad, dependencia y vulnerabilidad, son los que en la actualidad poseen suficiente potencia para el análisis de la situación y condiciones de vida de los /as adultos /as mayores latinoamericanos.

El Enfoque de la Desigualdad

En términos generales y para todos los grupos etarios, la ampliación de las desigualdades se asocia a la persistencia de la pobreza y se vincula muy específicamente al ajuste y las reformas económicas de los años ochenta y luego a la consolidación del patrón de desarrollo capitalista actualmente vigente.

Si las desigualdades se asocian con la pobreza es importante entonces, conocer como resultan afectados los /as adultos mayores frente al resto de la población.

En once de los quince países para los que se dispone información sobre el área urbana, la incidencia de la pobreza es menor entre los /as adultos /as mayores respecto a las personas de entre 10 y 59 años. República Dominicana, es el único país en que los /as adultos /as mayores son relativamente más pobres y en Costa Rica, El Salvador y Honduras los niveles son similares al promedio del grupo etario. Las zonas rurales muestran, a pesar de sus niveles superiores, una situación también favorable a las personas de edad, excepto en el caso de Costa Rica. (Aranibar, 2001, p.31)

El examen estadístico de los datos de los adultos mayores según sexo es relevante, las estimaciones más recientes permiten afirmar que en las zonas urbanas la incidencia de la pobreza afecta tanto a hombres como mujeres, sin un patrón diferencial según género. Por otra parte, en las áreas rurales es evidente que la pobreza afecta relativamente más a las mujeres que a los hombres mayores.

Al examinar datos a nivel de hogares se comprueba que, en más de la mitad de los países, los que tienen adultos mayores están relativamente mejor que aquellos que no los tienen.

Costa Rica es la excepción, tanto para las zonas urbanas como rurales, y El Salvador, República Dominicana y Honduras para las áreas urbanas (en las zonas rurales muestran igual o mejor situación). Algunas estimaciones para 1990 arrojaban, para varios países de la región (siete de trece), una tasa de pobreza menor entre los hogares que cuentan con adultos mayores. En Bolivia, Brasil y Venezuela, la disminución de la pobreza fue muy superior en estos hogares: en 1997 se registraba una mejor situación en aquellos que tienen adultos mayores. (Aranibar, 2001, p.31)

Por otra parte el enfoque de la desigualdad aplicado a los adultos mayores presenta cierta tendencia a considerar la vejez como un tiempo de “estanco”, estático, que no coincide con la concepción de la vejez como un proceso durante el cual el individuo continúa dialogando con las estructuras sociales y económicas.

El Enfoque de la Dependencia

Definimos a una persona dependiente como aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse...), resulta evidente que siempre han existido individuos dependientes; no obstante, la evidencia empírica disponible muestra, tanto en el ámbito nacional como internacional, la estrecha relación existente entre dependencia y edad: esto es, el porcentaje de individuos que soportan limitaciones en su capacidad funcional, lo cual aumenta conforme consideramos cohortes poblacionales de mayor edad.

Asimismo, ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos etarios no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. Por ello, si a la irrevocabilidad de la vejez le añadimos el escenario de futuro que plantean las proyecciones

demográficas, “caracterizado por un notable incremento en el número de personas mayores, es cierto es que entre los individuos dependientes, las personas mayores constituyen el grupo más numeroso.” (López, 2001, 23)

A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece generalmente por dos motivos: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de vejez.

En el primer caso, por ejemplo, cabría situar a todos aquellos individuos cuya incapacidad funcional deriva de procesos crónicos fuertemente asociados a la edad: enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc. El segundo motivo, por su parte, tiene que ver con la pérdida de vitalidad que experimentan la mayoría de organismos con la edad.

No obstante, independientemente de que el origen de la incapacidad funcional de un individuo concreto sea uno u otro, lo importante es comprender que ambos tipos de motivos bien sea las enfermedades crónicas y el proceso de envejecimiento sólo aparecen y provocan problemas de dependencia en algunos adultos mayores. El porqué de este fenómeno reside en el hecho de que existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí.

La dependencia es un concepto poderoso para analizar el bienestar social de los adultos mayores, que puede depender del Estado si la disponibilidad económica de los mismos está sujeta fundamentalmente a las prestaciones monetarias o de servicios. También existe riesgo de dependencia si los recursos propios de los adultos mayores (generados por trabajo, jubilaciones, pensiones u otros) no cubren sus necesidades básicas.

Tradicionalmente, este tipo de dependencia se relaciona con la dependencia de los /as adultos /as mayores con respecto a generaciones más jóvenes, generalmente hijos adultos. Sin embargo, este enfoque no considera el hecho de que en muchas oportunidades los /as adultos /as mayores juegan un papel activo en la provisión de servicios y recursos financieros que favorecen a las generaciones más jóvenes. El desempleo juvenil, la tardía emancipación de los hijos, el allegamiento en la casa paterna /materna, el apoyo a la formación de los nietos, pueden aminorar e incluso invertir la relación de dependencia en el ámbito familiar o privado.

La dependencia hacia el Estado ha sido muy analizada en los países desarrollados (sobre todo desde el repliegue del Estado benefactor) y se refiere principalmente a la cobertura en prestaciones y servicios básicos a los que, sin subvención del Estado, los adultos mayores no podrían acceder. Los teóricos de la "Dependencia Estructurada" o "Gerontología Crítica" (Aranibar, 2001, p. 34) ponen el acento en la forma en que esta relación de dependencia produce una conciencia de marginación o segregación, de la cual sólo están exentos los adultos mayores que disponen de otros y más cuantiosos recursos.

Corresponde dar una breve mirada a la llamada teoría de la "dependencia estructurada". Desde ella, los problemas de la dependencia y el envejecimiento se sitúan en relación directa con la estructura social. Este enfoque aporta líneas de análisis en cuestiones importantes, como las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de los /as adultos /as mayores; además, actúa como correctivo del individualismo de anteriores enfoques del envejecimiento especialmente los que, desde una óptica relativamente positiva, enfatizan en la adaptación del adulto mayor a una estructura social desventajosa.

Entre las limitaciones del enfoque de la dependencia estructurada, encontramos que en su análisis no logra integrar la dimensión de género, aunque algunos autores como López (2001) afirman que "la falta de reconocimiento de género

como característica fundamental de la jerarquía social y de los modelos de dominación” obstaculizan los análisis de esta teoría.” (p. 40)

Estas limitaciones para Jerrome y Williams (1990) (Cit. p. López, 2001, p.56) no invalidan a la teoría de la dependencia como un instrumento relevante para entender la realidad de los adultos mayores; sin embargo, la integración de alguno de los elementos antes mencionados no sólo llevaría a una explicación sociológica más adecuada, sino que evitaría también la paradoja de reforzar las imágenes negativas que pretende eliminar.

Los autores antes mencionados utilizaron este enfoque mejorado de la teoría de la dependencia estructurada, para resaltar el carácter activo de la amistad y el apoyo social en la vejez.

El Enfoque De La Vulnerabilidad

La noción de vulnerabilidad social se relaciona con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: la existencia de algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal (grupos “en riesgo social”), el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo o condición étnica) que se supone les origina riesgos o problemas comunes. (CEPAL, 2002, p. 3)

La identificación de grupos vulnerables tiene inobjetable méritos y es de frecuente empleo en las políticas públicas, preferentemente en las intersectoriales como las de corte generacional o las relativas a las condiciones de género. La CEPAL (2002) define la vulnerabilidad:

como un fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población. (p. 4)

La vulnerabilidad está directamente asociada con la cantidad y calidad de los recursos o activos que controlan los individuos y familias en el momento del cambio, así como con la posibilidad de utilizarlos en nuevas circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que van definiendo este proceso. En tal sentido, se refiere a los recursos “cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar o mantenerlo durante situaciones que lo amenazan” . (Aranibar, 2001, p.35)

El creciente interés en la noción de vulnerabilidad social se explica porque es útil para caracterizar condiciones objetivas y subjetivas de incertidumbre y desprotección y para entender las oscilaciones de la movilidad social de comunidades, hogares y personas; además, ofrece una mirada alternativa, aunque complementaria, a otros enfoques o conceptos que retratan situaciones de desventaja social, como pobreza y exclusión.

La vulnerabilidad tiene actualmente expresiones a escala macro, meso y micro sociales. Las perspectivas macro sociales subrayan el hecho de que la vulnerabilidad social se generaliza en el modelo de desarrollo basado en la apertura y la liberalización, pues el Estado deja de amparar a los grupos medios y a ciertos segmentos organizados del proletariado urbano y focaliza su acción sólo en los grupos de extrema pobreza.(Aranibar, 2001, P.35)

En suma, los cambios en el modelo de desarrollo generan un quiebre social cuya expresión más clara está en la vulnerabilidad que afecta a la mayor parte de la población y que es experimentada como un futuro impredecible, lleno de riesgos, frente al cual ya no hay instancias de apoyo ni tampoco caminos institucionales que reduzcan la incertidumbre.

La escala Meso Social Aranibar (2001, p.35) hace referencia a las comunidades y al apoyo social, los cuales son definidos de manera amplia como la red de vínculos de solidaridad, de trabajo conjunto, de apoyo mutuo y de conocimiento recíproco constituyéndose en uno de los mecanismos para enfrentar la

vulnerabilidad. A escala Micro social hace referencia a los hogares e individuos destacando la disponibilidad y manejo de activos (por ejemplo, la vivienda o el entorno inmediato), la acumulación de capital humano (en particular, salud, educación y el acceso al empleo).

Como contrapartida, se deduce que el debilitamiento del capital social y la ausencia o incapacidad de manejo de los activos, son elementos que constituyen la vulnerabilidad de comunidades, los hogares, los individuos, y por ende lo que acrecienta la vulnerabilidad de los adultos mayores. Si bien es cierto que los adultos mayores, son considerados uno más de los colectivos humanos denominados “grupos vulnerables”; una revisión de la literatura especializada lleva a concluir que no es posible referirse con propiedad a un enfoque de la vulnerabilidad sistemáticamente aplicado para analizar el fenómeno social de la vejez y el envejecimiento o alguna de sus múltiples facetas.

Cuadro N° 9

Supuestos Básicos de los Enfoques en Relación a la Vejez.			
Enfoque	Económica	Social	Física y Psicológica
Desigualdad	<p>-La ampliación de la desigualdad de los /as adultos /as mayores se asocia a la pobreza.</p> <p>-Existe una mayor probabilidad de que las mujeres adultas mayores sean más pobres que los hombres del mismo grupo de edad, esto debido a factores culturales y a las diferencias de ingresos.</p>	<p>-En las zonas rurales la incidencia de la pobreza afecta relativamente más a las mujeres que a los hombres adultos mayores.</p> <p>-Las Políticas Sociales realizadas en muchos países no contemplan como sujetos de atención a los adultos mayores.</p>	<p>-Las mujeres adultas mayores tienen una mayor probabilidad de sufrir enfermedades físicas o mentales, debido a la excesiva carga de trabajo, todo esto, aunado a la tarea reproductiva. Lo que representa una desigualdad en materia de género encontrándose más propensas a sufrir enfermedades.</p>

<p>Dependencia</p>	<p>-Existe dependencia económica, cuando los recursos propios de los /as adultos /as mayores (generados por trabajo, jubilaciones, pensiones u otros) no cubren sus necesidades básicas.</p> <p>-Una gran proporción de adultos /as mayores dependen económicamente del Estado en lo que se refiere principalmente a la cobertura en prestaciones y servicios básicos(salud, ayudas económicas, etc.) a los que, sin subvención del Estado, los /as adultos /as mayores no podrían acceder.</p>	<p>- Los defensores de este enfoque argumentan que la “dependencia” se experimenta en términos de imperativos morales, y la misma resulta configurada y establecida de formas diferentes por las distintas generaciones, a su vez, que la dependencia muchas veces es socialmente creada.</p> <p>-El desempleo juvenil, la tardía emancipación de los hijos, el allegamiento en la casa paterna/ materna, el apoyo a la formación de los nietos, pueden aminorar e incluso invertir la relación de dependencia de los adultos mayores en el ámbito familiar o privado</p>	<p>-La dependencia física tiene su origen en una o varias enfermedades crónicas; que son el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuibles al proceso global de senescencia, así como a la pérdida de la vitalidad que experimentan la mayoría de organismos en el ciclo de vida.</p>
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro N° 9 Continuación

	Económica	Social	Física y Psicológica
Vulnerabilidad	<p>-Los /as adultos /as mayores son muy vulnerables a la pobreza, ya sea por la reducción de los ingresos, la jubilación o la discriminación laboral.</p> <p>-Los /as adultos /as mayores son un grupo que presenta vulnerabilidad económica por las deficiencias o ausencias de políticas por parte del Estado para atenderlos o porque siempre han vivido en la pobreza, y para los mismos no existen o son escasas las ofertas de empleo.</p>	<p>-Los /as adultos /as mayores, son considerados /as uno más de los colectivos humanos denominados socialmente como grupos vulnerables, cuando se alude a grupos vulnerables se hace referencia a segmentos de la población que tienen un amplio abanico de requerimientos y que no pueden ser atendidos sectorialmente.</p> <p>-Los /as adultos /as mayores son un grupo propenso y vulnerable a la marginación social esto debido entre otras cosas, a la disminución del flujo de relaciones sociales.</p>	<p>- Los /as adultos /as mayores experimentan vulnerabilidad al estar más expuestas que otros grupos de edades a enfermedades (declive fisiológico, biológico y limitaciones en su capacidad funcional).</p>

Fuente: Elaboración Propia

Los enfoques de la desigualdad, la dependencia y la vulnerabilidad han sido aportes importantes para la comprensión sociológica de la vejez, pues permiten entender las variables estructurales al contextualizar el fenómeno de la vejez dentro de un patrón de desarrollo específico a escala macrosocial y microsocia (comunidades, familias e individuos) y hace posible identificar elementos que pueden ser modificados por las personas mayores, sus familias y comunidades, para satisfacer sus necesidades y requerimientos específicos. Lo que permite visualizar a los /as adultos /as mayores como “sujetos de su propio desarrollo” en vez de “objetos de políticas” dirigidas a ellos.

CAPITULO IV
EVENTOS Y SITUACIONES CAMBIANTES DE LA VIDA
QUE AFECTAN A LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

CAPITULO IV

EVENTOS Y SITUACIONES CAMBIANTES DE LA VIDA QUE AFECTAN A LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

En este capítulo se destacan algunos eventos y situaciones cambiantes que influyen en la calidad de vida de los seres humanos y más específicamente en la etapa de la vejez, donde los cambios que se suscitan alteran considerablemente el ritmo de vida acostumbrado por muchos años, como lo es la estabilidad laboral, el matrimonio, la capacidad funcional y mental, entre otros.

El estudio de estos eventos y situaciones cambiantes se realiza con la finalidad de tener una mejor comprensión de las situaciones a las que deben enfrentarse los /as adultos /as mayores y por ende un mayor acercamiento a la población sujeto de estudio.

Cambios que Ocurren con el Envejecimiento

El envejecimiento es un período que se encuentra marcado por los cambios que se producen con la persona, no sólo por un determinado número de años, sino también, por los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos que atañen a los /as adultos /as mayores en particular.

Los cambios **Biológicos** son todos aquellos que tienen que ver con los cambios en el organismo, adaptación, identificación, disminución de los órganos sensoriales, problemas de salud, entre otros. Biológicamente la vejez es un proceso en el cual las capacidades físicas del sujeto decrecen. El envejecimiento como proceso biológico “...se inicia al comenzar el desgaste del complejo somático que integra y configura el ser humano como lógica culminación del proceso de desarrollo completo.” (Ramírez, 1999, p. 85)

Según la afirmación anterior, estos cambios biológicos no deben ser entendidos como enfermedad, sino como la secuencia de un proceso que es inherente al curso vital de todo ser viviente.

El envejecimiento biológico, puede ser definido como el conjunto de cambios estructurales y funcionales que experimenta un organismo, como resultado del transcurrir del tiempo. Estos cambios que son dependientes de la edad, irreversiblemente conducen a una disminución en la eficiencia funcional del organismo.

Entre los principales cambios biológicos que se experimentan en la vejez encontramos:

- La fortaleza y resistencia física disminuyen lentamente. El sistema locomotor es menos efectivo y menos eficiente. La masa muscular disminuye y el tejido adiposo aumenta.
- Hay una reducción en la habilidad de ajustarse a alteraciones en la temperatura ambiental y la temperatura normal del cuerpo es más difícil de mantener.
- La eficiencia respiratoria se reduce. Hay debilitamiento de los músculos costales externos e internos y reducción en la flexibilidad y expansibilidad del pulmón.
- Cambios en el esqueleto, específicamente en la pérdida de hueso compacto y aumento en la susceptibilidad de fracturas.
- Incidencia y en algunos casos severidad mayor de problemas periodontales, Entre los envejecientes las enfermedades de las encías son la mayor causa de la pérdida de dientes.
- Hay alteraciones no patológicas en el sistema cardiovascular. La eficiencia cardiaca se reduce (el corazón trabaja más para lograr menos).
- La función renal pierde eficiencia con la edad, y su capacidad de concentrar orina se reduce.

- El sistema digestivo continua funcionando relativamente bien. La capacidad de digestión no se afecta drásticamente a pesar de la reducción en el volumen de jugos digestivos y en ritmo peristáltico.
- La respuesta inmune es menos eficiente, y la vigilancia inmunológica disminuye.
- Cambios hormonales, específicamente la disminución en la actividad y concentración de las hormonas sexuales y la disminución en la efectividad de la insulina.
- En el sistema nervioso surgen alteraciones químicas y anatómicas, lo que tiende a disminuir su eficiencia.

Entre los cambios **Psicológicos** encontramos los cambios en las facultades intelectuales y mentales, en el modo de encarar el proceso de envejecer. Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

a.)El deterioro progresivo de las propias funciones físicas, b.)el declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales, c.)la transformación del medio familiar y de la vida profesional, d.)las reacciones del sujeto ante estos diversos factores. (Gómez,1997, p.16)

Santagostino (2003) afirma que los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento. En lo que se refiere al declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales, existe un aumento en la incidencia de demencia después de los 65 años. Esta suele manifestarse en confusión, pérdida de memoria y de facultades mentales, estos síntomas pueden ser producidos por varias condiciones patológicas tales como la enfermedad de parkinson, arteriosclerosis, enfermedad de Alzheimer, etc

El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior.

Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la **evolución** psicológica de los /as adultos /as mayores. Para muchas personas, la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, pero para otras, la vejez o el envejecimiento es una etapa que psicológicamente le produce sentimientos de minusvalía, dependencia, soledad, pesimismo, sensaciones de inseguridad, entre otros sentimientos.

De allí que resulte importante las relaciones con los demás y las posibilidades reales de intercambiar opiniones y de mantenerse activo. Dentro de esta demanda aparecen las actividades recreo-formativas, como una alternativa válida para ofrecer el conjunto de condiciones que facilitarían el mantenimiento de conductas sanas.

Entre los cambios **Sociológicos** encontramos aquellos cambios que configuran determinadas oportunidades y condiciones de vida para la categoría de adultos /as mayores. Seguidamente se enuncian algunos eventos y situaciones que afectan a nivel social la vida de los /as adultos /as mayores.

Retiro o Jubilación.

Cuando se habla del retiro o jubilación hay que tener en cuenta que este proceso no es vivido ni asumido de igual forma por todos los individuos. Probablemente haya personas que se retiran a la vida descansada, sin albergar propósitos ni perspectivas adicionales, a disfrutar tranquila y sosegadamente de los años postreros de la vida, sin que les perturben ansiedades y zozobras. Pero también hay personas que habiendo forjado grandes ilusiones, se dan cuenta que al entrar al retiro, no existe aquello de lo que habían soñado.

En la planificación para la vejez (Gómez, 1997) afirma que los individuos no deben quedarse en el nivel de la mera actividad. El retiro exige, como una condición esencial, la preparación psicológica anticipada. La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprendan las estrecheces económicas. Condición esencial además es, que se disfrute de una razonable salud física y mental.

El retiro o Jubilación, tal como indica la situación actual, constituye un problema psicológico y social para muchas personas. Probablemente, ante la presión de las nuevas generaciones, la sociedad ha descuidado la planificación de los años de la vejez.

En el momento de retirarse, con frecuencia, la persona encuentra que ya sus hijos se han independizado. En numerosos casos existe una condición de viudez. Si la persona ha sido obligada a retirarse a una edad en que todavía tiene suficientes recursos físicos y mentales para desempeñar adecuadamente tareas significativas desde el punto de vista social, y si no ha sabido planear debidamente su jubilación, lo más probable es que ella se encuentre abocada a tremendas crisis psicológicas. Un retiro inesperado, como a veces ocurre, puede provocar un colapso total.

No hay duda de que hay personas que aceptan el retiro como una liberación de las exigencias sociales, sin embargo, hay otras que rehuyen tenazmente tal situación, dado que el retiro constituye para ellas una admisión de derrota, de dejar de ser, de cesar en sus funciones como miembro útil del cuerpo social.

El retiro positivo y exitoso empieza con un estado mental, con el reconocimiento de que es una oportunidad para comenzar una nueva vida en muchos sentidos.

Esferas de la Vida Que Resultan Afectadas con el Retiro o Jubilación

Santagostino (2003) hace referencia a un número de esferas que resultan afectadas por el retiro o jubilación las cuales se mencionan de forma resumida a continuación:

En la vida afectiva. El retiro hace pasar al ser humano del estadio de la vida profesional durante el cual el trabajo se concibe y se exalta como la virtud cardinal, al estadio del descanso obligatorio libremente consentido o impuesto. Ello produce una perturbación del equilibrio mental y fisiológico.

En la organización de la jornada. Repentinamente, los horarios de trabajo, de descanso, de sueño, entre otros, que habían llegado a un alto grado de automatismo después de años de vida idénticos a sí mismos, resultan inadaptados, no corresponden ya a la situación objetiva.

En las condiciones de la vida social. Se produce a la vez una ruptura de las relaciones profesionales (no se ve ya a los compañeros de empresa o fábrica), un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones (ya no se puede hablar del trabajo) y una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge (se pasa de doce a quince horas de vida en común, a veinticuatro; de donde se desencadena una perturbación en los equilibrios afectivos).

En las condiciones de vida financiera: La pérdida de una parte de los recursos tiene por efecto la perturbación del equilibrio general del presupuesto y sus repercusiones psicológicas y fisiológicas.

En la vida cultural y el ocio: El retirado va a pasar de una situación, con poco tiempo que dedicar a las distracciones, a una situación con mucho mas tiempo libre, trayendo una nueva perturbación en el equilibrio del individuo.

Sin duda todos los que han tenido la oportunidad de encontrar en su trabajo todas las satisfacciones deseables considerarán su retiro como una prolongación natural, aunque en su status más liberal, de su vida de trabajo; los que han soportado durante decenas de años un trabajo que no les gustaba pueden esperar del retiro las satisfacciones que no han tenido: el retiro puede permitirles así hacer lo que siempre han deseado.

Cambios en el Ciclo de Vida Familiar

Ausencia del Rol

Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen sus roles perfectamente establecidos, pero no existe una definición socio-cultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y cuyo desempeño los haría sentirse útiles, consiguiendo reconocimiento social, o elevando su autoestima.

Cada adulto mayor según lo recomienda Gómez, (1997) debe buscar que hacer, ver tareas más o menos valiosas para él, pero sin garantía que serán reconocidas socialmente, esto hace que unos pocos logren su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar donde viven un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, sin horizontes.

Teniendo en cuenta que esta situación varia y depende de muchas condiciones que son las que van a determinar el nivel de relaciones del adulto mayor bien sea con sus familiares o amistades.

Viudez

La pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos que repercute significativamente en la vida de las personas y este proceso se agudiza más cuando se trata del esposo o pareja con quien se ha compartido por largos años y en mucho de los casos cuando esta resulta ser la única compañía, en los casos en que los hijos ya se han ido y construido su propia familia. La pérdida es seguida de un período de luto y de aflicción por la persona fallecida. El proceso de duelo puede durar un breve período o no terminar nunca. El evento de la muerte por viudez es uno de los que afecta considerablemente la vida de las personas independientemente de cuán satisfactoria haya sido o no la relación.

Santagostino (2003) afirma que las reacciones al duelo se presentan en cuatro niveles estos son:

- **Reacciones Físicas.** El duelo es acompañado por una amplia gama de reacciones físicas que pueden incluir al insomnio, la falta de apetito o el comer en exceso, las molestias estomacales, diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria, sudoración excesiva y mareos.
- **Reacciones Emocionales.** Estas incluyen la depresión, abatimiento, llanto, conmoción e incredulidad, enojo, ansiedad, irritabilidad, preocupación y pensamientos del fallecido, sentimientos de desamparo, dificultad para concentrarse, olvidos, apatía, indecisión y aislamiento o sentimientos de soledad.
- **Reacciones Intelectuales.** Estas incluyen los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona y en ocasiones de racionalizar o tratar de comprender las razones de la muerte. La gente desea saber que fue lo que sucedió y por qué pasó. Una reacción intelectual común al duelo es la idealización, es decir, el intento por purificar la memoria del fallecido disminuyendo mentalmente sus características negativas.
- **Reacciones Sociológicas.** Las reacciones sociológicas al duelo incluyen los esfuerzos de la familia y los amigos para unirse y compartir la experiencia y ofrecerse apoyo y comprensión. La reacción sociológica también incluye los esfuerzos por reorganizar la vida después de la pérdida: los reajustes

financieros, la reorientación de los roles familiares y comunitarios, el regreso al trabajo, la reanudación de actividades sociales y comunitarias, entre otras.

Al igual que en el retiro existen variables que afectan el ajuste a la viudez “...entre éstas se pueden mencionar: Edad (a mayor edad mayor efecto de la pérdida y más difícil el ajuste) sexo (se ha encontrado que el reajuste emocional es más difícil para los hombres y el ajuste económico más difícil para las mujeres. De igual forma los sistemas de apoyo, nivel educativo, recursos económicos y personalidad son variables que influyen en la adaptación del evento de la viudez.” (Sánchez, 2000, p.84)

Cambio de Vivienda, Relocalización e Institucionalización.

Los cambios de residencia son otra fuente de inquietud en la adaptación a la vejez. El cambio residencial es impuesto por diferentes circunstancias. Algunas personas se mudan voluntariamente sin presión exterior, por muchas razones entre las que encontramos: la residencia que se había construido en un primer momento para una familia completa ya resulta demasiado grande, poco práctica y costosa, una vez que se han mudado los hijos o ha muerto el esposo la pérdida del cónyuge pudo haber traído una merma en los ingresos y por ende se hace imperativo moverse de vivienda por no poder absorber los gastos que supone mantener una residencia, o simplemente la preferencia de habitar en un ambiente más tranquilo.

Según un estudio realizado por Janeth Wilmoth (1998) (Cit. p. Sánchez, 2000, p. 86) existen cuatro modalidades a través de las cuales un adulto mayor que vive solo puede cambiar de domicilio:

casándose, compartiendo vivienda con un hijo o hija; moviéndose a una institución o mediante la muerte. El casarse o mudarse ocurre a edades más tempranas en la vejez y declina con la edad. Según dicho estudio, vivir solos es la situación más estable de alojamiento entre las personas de 55 y 65 años. Luego de esta edad se observa como imperativo el trasladarse a vivir con algún hijo o hija.

Los cambios de vivienda en la edad avanzada no son estáticos, ocurren transiciones que tienden a aumentar con la edad. Estas transiciones son mayores si el cambio residencial es a una institución. La mudanza a otra residencia en la edad avanzada supone una experiencia fuerte, sobre todo cuando ciertos impedimentos físicos exigen una adaptación especial a una nueva vivienda. Cuando por ejemplo el bajar o subir escaleras ya no es posible o se necesita ayuda en las tareas del diario vivir.

La institucionalización es más frecuente en las edades más avanzadas (85) y en las mujeres por el hecho de que sobreviven más que los hombres. Los /as adultos /as mayores constituyen el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo entero. En los países desarrollados y en muchos en desarrollo, el número de adultos /as mayores institucionalizados se encuentra en constante crecimiento, y aun cuando son todavía minoría dentro de la población sus necesidades de atención son grandes. La gran mayoría de adultos /as mayores son funcionales e independientes; sin embargo, los /as adultos /as mayores dependientes, aún cuando son minoría, absorben una porción significativa de los gastos en salud y requieren frecuentemente de cuidados prolongados administrados por personal experimentado.

Gómez, (1997) argumenta que entre las principales razones que motivan la institucionalización de los /as adultos /as mayores encontramos:

El fallecimiento o internación aguda del cónyuge cuidador en un matrimonio añoso, quedando el paciente sin soporte de ninguna especie. Si es otro familiar el que lo tiene a su cuidado puede ocurrir que: aparezcan dificultades en el cuidado y control del adulto /a mayor, por falta de tiempo para cumplir esta tarea; por enfermedad del familiar, o por necesitar vacaciones de respiro frente al agotamiento físico y psíquico que a veces produce esta tarea.

Entre otras motivaciones podemos encontrarlos con aspectos emotivos que afecten el núcleo familiar frente al deterioro del adulto mayor, también pueden existir aspectos económicos o de otra naturaleza, no confesables. Sea cual fuere la causa, en la mayoría de los casos, es la familia la que toma la decisión de que su familiar adulto mayor deba ser internado en una institución geriátrica.

En los geriátricos o casas hogares de estancia prolongada, las condiciones óptimas son difícilmente alcanzadas y por tanto la adaptación de los /as adultos /as mayores suele ser desfavorable. Gutiérrez, (1996) afirma que los primeros geriátricos fundados en nuestro país correspondieron a la actividad privada y generosa de distintos benefactores.

Estas instituciones, así como aquellas que han ido conformándose en fechas más recientes, responden a las necesidades esenciales de un grupo de adultos mayores, cada vez más numeroso, que carece de servicios básicos o acceso a seguridad social, que no tiene un entorno familiar que le brinde apoyo suficiente y que padece alguna enfermedad crónica que requiere tratamiento médico continuo y muchas veces especializado. Sin embargo, aún no existe una definición adecuada de las características y los objetivos que estas instituciones deben ofrecer para resolver las necesidades de sus residentes y, por tanto, permitir su adecuado cuidado.

Las necesidades asistenciales que presenta esta población son complejas y de diferentes orígenes. Esencialmente se trata de un grupo con aislamiento social, de limitados recursos económicos y con bajo nivel cultural, donde la presencia frecuente de multipatología, la presentación atípica o silenciosa de enfermedades, el deterioro más rápido en la enfermedad y una menor capacidad de respuesta ante situaciones de estrés, determinan una mayor vulnerabilidad, aunado a una mayor frecuencia de complicaciones, en la evolución de las enfermedades.

A mayor edad, mayor necesidad de asistencia y mayor probabilidad de institucionalización, aún más para el sexo femenino. En favor de la

institucionalización, cabe señalar que son numerosos los estudios que han demostrado que la atención del adulto mayor por un equipo multidisciplinario, conformado por un trabajador social, por un terapeuta, enfermera y médicos geriatras, disminuye las complicaciones en los adultos mayores, permitiendo su rehabilitación y disminuyendo el costo de la atención médica; asimismo, eventualmente, favorece el retorno a su domicilio.

CAPITULO V
LA CALIDAD DE VIDA Y ADULTO MAYOR

CAPITULO V

LA CALIDAD DE VIDA Y ADULTO MAYOR

En el presente capítulo se presentarán algunos aspectos teóricos y conceptuales que buscan explicar lo que se entiende por calidad de vida, la evolución del concepto, algunos indicadores de calidad de vida y en particular los factores que inciden significativamente en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, como: las relaciones interpersonales, afectivas, de apoyo; el estado de salud; la alimentación y nutrición; el ingreso económico; uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento y condiciones del espacio físico-ambiental. Se cierra el capítulo señalando los aspectos fundamentales que garantizan y afectan al adulto /a mayor institucionalizado.

Antecedentes Del Concepto De Calidad De Vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Según Gómez y Sabeth (2000) en 1930 se realiza la primera evaluación de bienestar material y en los años 50 aparece por primera vez el término calidad de vida, término, que comenzó a ser empleado en aquel entonces por influyentes políticos de la época.

Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, entre las que continúan centrándose en indicadores objetivos, y las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de estas líneas, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a ámbitos específicos de la vida.

En el transcurso de la investigación se pudo encontrar que los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos,

científicos sociales y políticos, incluyen las siguientes categorías de necesidades a pesar de sus diferencias teóricas:

- 1.) Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.
- 2.) Necesidad de relación emocional con otras personas.
- 3.) Necesidad de aceptación social.
- 4.) Necesidad de realización y de sentido.

Ya en la década de los 60 la noción de calidad de vida comenzó a popularizarse; hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como lo son la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de la población.

Estos indicadores fueron evolucionando, en un primer momento, se hacía referencia a las condiciones objetivas, de tipo económico y social, y en un segundo momento comienzan a contemplarse elementos subjetivos.

Los países nórdicos, desde los años sesenta, han ido construyendo indicadores que miden el bienestar, basados en la premisa de que estos no sólo deben fundamentarse en medidas monetarias, sino que también deben contemplar varios componentes diferentes que conformen la calidad de vida.

El pionero en la construcción de estos indicadores fue el gobierno de Suecia, el cual según los autores Nusbaum y Sen, (1996) :

...comisionó a un grupo de sociólogos en 1968 a hacer un informe sobre el nivel de vida de sus habitantes. Se analizaron 9 áreas, las cuales a su vez contenían múltiples indicadores. Las áreas eran: Salud y acceso al cuidado de la misma, empleo y condiciones de trabajo, recursos económicos, educación y capacitaciones, familia e integración social, vivienda, seguridad de la vida y de la propiedad, recreación y cultura y recursos políticos. (p.126)

El nivel de vida, en la tradición europea, parece estar fundamentado en las necesidades de las personas o en sus recursos. En tal sentido si las necesidades son lo más importante, entonces, lo que interesa es el grado de satisfacción de las necesidades. Por otro lado, si se da mayor importancia a los recursos, entonces lo que interesa es más bien la capacidad del individuo para satisfacer esas necesidades o, expresado más generalmente, para “controlar” y dirigir consistentemente sus condiciones de vida.

La experiencia de los países escandinavos años más tarde se traduce en encuestas más completas. Es así, como se introducen las palabras Tener, Amar y Ser las cuales surgieron como indicadores para llamar la atención sobre las condiciones centrales del desarrollo y la existencia humana. Suponiendo como lo afirman los autores Nusbaum y Sen (1996) que hay necesidades humanas básicas tanto materiales como no materiales, y que es necesario considerar ambos tipos en un sistema de indicadores diseñado para medir el nivel actual de bienestar en una sociedad. (p.128)

Los autores Gómez y Sabeth (2000) realizan una breve explicación de estos indicadores partiendo del estudio realizado en Suecia por tanto afirman que el indicador “Tener” se refiere a las condiciones materiales indispensables para la supervivencia. El “Amar” representa las necesidades de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales y por ultimo, el “Ser” da cuenta de la necesidad de integrarse a las sociedades y vivir en armonía con la naturaleza. Estos indicadores fueron medidos de manera objetiva y subjetiva. Los primeros

fueron de tipo cuantitativo y se basaron en la observación externa. Los segundos fueron cualitativos y respondieron a las propias apreciaciones de los encuestados sobre su calidad de vida.

A partir de estos estudios, se fueron desarrollando y perfeccionando los indicadores sociales y a mediados de los 70 y a comienzos de los 80 se dió un proceso de diferenciación entre los indicadores sociales y la calidad de vida. Por lo que la expresión comenzó a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. “La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, *Social Indicators Research*, en 1974 y en *Sociological Abstracts* en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica...” (Maya, 1997), ocurriendo en la década de los 80 un despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Cabe destacar que históricamente han existido dos aproximaciones básicas, aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios. A los fines de la presente investigación el autor concibe a la calidad de vida como un constructo compuesto por una serie de dominios.

La calidad de vida ha sido definida de muchas maneras, entre las que nos encontramos, la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir:

La calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y por último, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (Gómez, y Sabeth, 2000)

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: **enfoques cuantitativos**, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida, por lo que se han estudiado y se han empleado diferentes indicadores: **sociales**, los cuales hacen referencia a las condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc; **psicológicos** que son los que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales; y **ecológicos** que son los que miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente y, los **enfoques cualitativos** que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. (Maya, 1997)

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de políticas y programas durante los últimos años.

El término calidad se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales.

El concepto calidad de vida es relativo, y por tanto, difícil de definir, ya que inciden varios aspectos: la forma de experimentarlo, el propio ambiente que rodea a la persona en un momento determinado, etc. Se hace evidente que el concepto puede ser utilizado desde diferentes perspectivas y significados; es decir, tiene una interpretación polisémica, con una gran riqueza en la variabilidad de interpretaciones.

De lo expuesto se deduce, que la mejor conceptualización de la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos. Su estudio significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran, implica conocer como viven los sujetos, sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de éstas condiciones desean, evaluando el grado de satisfacción que se consigue.

Aspectos Conceptuales Sobre los Indicadores de Calidad de Vida

El bienestar de una sociedad y la forma de evaluar la misma no debe medirse solamente mediante el aumento del ingreso esto es algo importante que no se puede omitir, pero es preciso entender que esta no es la única forma de entender y evaluar el bienestar de una sociedad, es simple y llanamente un medio que va influir de cierta forma según el uso que se le dé.

Seguidamente encontraremos los métodos de medición de calidad de vida desarrollo y pobreza más utilizados universalmente, los cuales se utilizaron en la presente investigación como referencia para determinar en algunos aspectos, la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora Guatire-Estado Miranda.

Cuadro N° 10

Métodos de Medición del Desarrollo, Pobreza y Calidad de Vida			
Indicadores	Definición Operacional	Supuestos Básicos	Críticas
Ingreso	Es un indicador indirecto de medición de la pobreza y del bienestar de la población, que examina el potencial de consumo de las familias a partir de su ingreso corriente.	Este indicador se enmarca en el enfoque bienestarista, que supone que con el ingreso percibido las familias adquieren una combinación de bienes y servicios, que les permite maximizar su utilidad de acuerdo a sus preferencias. (Delgado y Salcedo, 2003) Se considera como pobres a las familias que tienen un nivel de ingreso insuficiente para satisfacer las necesidades básicas, los gastos básicos en alimentación y servicios mínimos. (CEPAL/PNUD, 1989, p.23).	Varios organismos, entre ellos el PNUD (1989), afirman que el ingreso como indicador del desarrollo humano resulta insuficiente esto lo argumentan a partir de dos criterios principales: el primero, de tipo teórico, señalan que el bienestar de un país no depende del ingreso en sí mismo, sino del uso que se dé a éste. El segundo argumento se basa en la constatación empírica de que un alto nivel de desarrollo humano puede lograrse con un ingreso per. capita moderado, y de que un ingreso per-capita elevado no garantiza el desarrollo humano adecuado. En resumen, se concluye que el crecimiento del ingreso no asegura el desarrollo humano.
El Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo y su Índice sobre el Desarrollo Humano (IDH).	<p>El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medición elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un índice estadístico compuesto por tres parámetros: una vida larga y saludable medido según la esperanza de vida al nacer, la educación, medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria; y el nivel de vida digno, medido por el PIB per Capita. (Delgado y Salcedo, 2003)</p> <p>El IDH mide el logro general de un país respecto de tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la longevidad, los conocimientos y un nivel decente de vida. Se mide por la esperanza de vida, el logro educacional (alfabetización de adultos y matriculación primaria, secundaria y terciaria combinadas) y el ingreso.</p>	<p>El desarrollo humano según PNUD (1994), se basa en el universalismo, porque reconoce las reivindicaciones vitales, y plantea la necesidad de avalar, la posibilidad de que todas las personas aumenten su capacidad, para que de acuerdo a sus expectativas y necesidades, puedan darle a esas capacidades el mejor uso posible.</p> <p>Apunta alrededor de la creación de un ambiente favorable, en el que las personas tengan la posibilidad de alcanzar una vida prolongada, saludable y creativa. Según este índice las personas apreciamos otros aspectos que están fuera de la dinámica económica como la participación política, la aceptación social, la seguridad social, etc.</p>	<p>A pesar de la extensa difusión de este Informe, se le cuestionan sus aspectos metodológicos (variables consideradas, ponderadores utilizados, irrelevancia de resultados, etc.), así como a las fuentes de información utilizadas y sus implicaciones empíricas. (Delgado y Salcedo, 2003.)</p>



Métodos de Medición del Desarrollo, Pobreza y Calidad de Vida			
Indicadores	Definición Operacional	Supuestos Básicos	Críticas
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	<p>Este enfoque es considerado como un método directo de medición de pobreza y del bienestar. “Este identifica como pobres a todas aquellas personas cuyo consumo efectivo de bienes no permite satisfacer alguna necesidad básica lo cual les dificulta su calidad de vida.” (CEPAL/PNUD, 1989, p.23)</p> <p>La medición de la pobreza a través de este indicador, requiere la elección de características de los hogares que presenten alguna dimensión importante de privación, a partir de encuestas a los hogares, se permite encontrar las características que se relacionan frecuentemente con la pobreza en términos de ingreso, utilizada como aproximación a la probabilidad de existencia de otros tipos de privación.</p> <p>El indicador del NBI se constituye en una herramienta para la caracterización de la pobreza, que debe ser combinada con otros métodos de medición, para así ofrecer una información más completa sobre las necesidades de las personas en situación de pobreza.</p> <p>Es un indicador fundamentalmente estructural, pues considera variables que cambian muy lentamente a lo largo del tiempo.</p>	<p>Según la CEPAL (1989) Dependiendo de la situación de cada país, se evalúa el mejor indicador. Sin embargo, existen carencias que se han constituido en el común denominador de este método; ellas son: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencias de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores de edad escolar; y, f) un indicador indirecto de capacidad económica.</p> <p>El acceso a una vivienda adecuada se caracteriza a partir de las carencias de una vivienda adecuada y estas se vinculan con la necesidad de las personas de protegerse del medio ambiente, así como con aspectos de privacidad e higiene, cuya ausencia deteriora considerablemente la calidad de vida. “La condición de hacinamiento se mide a partir del número de personas por cuarto, mientras que la calidad de la vivienda se determina en función de los materiales de construcción utilizados en piso, paredes y techo” (CEPAL/PNUD, 1989).</p> <p>La disponibilidad de agua y el acceso a servicios sanitarios básicos y las inconveniencias de servicios sanitarios para el desecho de excretas constituyen un segundo grupo de indicadores. Este segundo grupo de indicadores se mide “...a partir de dos características, la potabilidad del agua y la forma en que es suministrada a la vivienda.” En el acceso a servicios sanitarios también se distinguen dos características (...) “...por un lado, la disponibilidad de servicios higiénicos y, por otro, el sistema de eliminación de aguas servidas.” (CEPAL/PNUD, 1989).</p> <p>La educación básica constituye un requerimiento mínimo para que las personas puedan incorporarse adecuadamente a la vida productiva y social, por lo que se la considera una necesidad básica. El último de los indicadores mencionados, el de capacidad económica, no mide una necesidad básica propiamente, sino que intenta reflejar la probabilidad que tiene el hogar de obtener recursos suficientes y su capacidad de consumo. Este indicador toma en cuenta, el nivel educacional del jefe de hogar, como una aproximación a los recursos que éste puede generar, y considera el número de personas que dependen de quienes aportan recursos, para dar cuenta así de las necesidades a cubrir con el ingreso.</p>	<p>Este índice ha sido objeto de críticas, la principal se relaciona con la arbitrariedad en la selección de las cinco necesidades básicas, que abre la posibilidad a que puedan ser reemplazadas por otras con base en distintos juicios de valor. “Además, no permite medir ni el incremento necesario en el ingreso para superar la pobreza (la brecha de ingresos), ni las diferencias entre los niveles de pobreza de los individuos (la distribución de los ingresos).” (Delgado y Salcedo, 2003.)</p> <p>Esto se debe, a que no existe una forma única y establecida de relacionar el número de necesidades básicas insatisfechas con la condición de pobreza, lo que implica que la clasificación final en pobres y no pobres es arbitraria y es tomada a criterio del investigador.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Amartya Sen y su Enfoque sobre la Calidad de Vida

El aporte central de Sen a la Teoría del Desarrollo tiene que ver con cómo mira el autor el bienestar, es decir, las cuestiones acerca de qué es el bienestar y quién es el sujeto del bienestar. Respondiendo a estas preguntas, el autor redescubre que el sujeto del bienestar es el ser humano y que el bienestar es el cómo este ser humano se encuentra.

Según los autores Delgado y Salcedo (2003) este punto, que parece obvio, le conduce de forma inmediata a Amartya Sen a realizar un cuestionamiento de la forma de entender, concebir y medir el bienestar que ha venido manejando la teoría del Desarrollo. Amartya Sen se plantea que la calidad de vida de una persona debe valorarse en términos de sus capacidades, buscando que las capacidades de las personas sean iguales o por lo menos en sus capacidades básicas.

El enfoque se basa en una visión de la vida en tanto combinación de varios quehaceres y seres, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr los funcionamientos valiosos, entendiendo por funcionamiento las cosas que logra hacer una persona o que logra ser al vivir, por ende los funcionamientos son de diversa índole, van desde estar bien nutrido hasta la autorrealización personal. La apreciación de cada uno de los funcionamientos varía de acuerdo a los intereses personales de cada cual y la evaluación de su bienestar debe tomar la forma de valorización de estos elementos constituidos. Delgado y Salcedo (2003)

Para el economista Amartya Sen según los autores Delgado y Salcedo (2003) los bienes materiales son sólo un medio, lo realmente importante, son los fines que se logran con ellos. De hecho, no sólo de los fines que consigue sino de todos aquellos que está en disposición de conseguir independientemente de que al final, y bajo su propia voluntad los realice o no.

En otras palabras, la calidad de vida que disfruta una persona no es únicamente cuestión de lo que logra, sino también de cuales eran las opciones entre las que una persona tuvo la oportunidad de elegir. La idea principal que el autor resalta es que no sólo se debe ampliar la dotación de bienes iniciales con que cuenta la población, sino que es necesario, igualmente, aumentar las condiciones que convierten dicho conjunto de bienes en capacidades de realización, por lo que las instituciones en este contexto juegan un rol importante en lo que se refiere a asegurar un mayor bienestar a la sociedad.

Para los fines de la presente investigación, considero de suma importancia la experiencia escandinava específicamente en lo que respecta al uso de las palabras, Tener, Amar y Ser como condiciones necesarias y centrales para el desarrollo y la existencia humana. Estas variables tienen sus indicadores los cuales señalan claramente la existencia de necesidades humanas tanto materiales como no materiales las cuales resultan indispensables para medir el nivel actual de bienestar en una sociedad.

Como fue mencionado anteriormente el indicador Tener se refiere a las condiciones materiales indispensables para la supervivencia. El Amar representa las necesidades de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales. Por ultimo, el Ser da cuenta de la necesidad de integrarse a las sociedades y vivir en armonía con la naturaleza. Los primeros son de tipo cuantitativo y se basan en la observación externa. Los segundos son cualitativos y responden a las propias apreciaciones de los encuestados sobre los diversos aspectos que hacen que los mismos tengan una adecuada calidad de vida.

En la realización del presente trabajo de investigación se tomaron en consideración los indicadores de las variables tener amar y ser ya que los mismos nos permitieron alcanzar los objetivos planteados.

La Calidad de Vida de los Adultos y Adultas Mayores.

Por lo que pudimos apreciar con los indicadores anteriormente expuestos en el trabajo, los mismos nos aportan características importantes para tener un mayor acercamiento de lo que comprendemos por la calidad de vida, y de esta manera conocer los factores o algunos de los factores que en primera instancia afectan o garantizan la calidad de vida de las personas y específicamente de los adultos mayores.

El envejecimiento es en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

Una vida con calidad significa para el adulto mayor, un encuentro entre el reconocimiento de sus necesidades y la búsqueda eficaz de su satisfacción. Las necesidades humanas son tanto las materiales básicas como el conjunto de necesidades no materiales tales como las de participación, creación, reflexión y todas constituyen un sistema de modo que la satisfacción de unas y otras están mutuamente condicionadas. Esta afirmación nos lleva a concluir que en la medida en que las necesidades de las personas se encuentran satisfechas su calidad de vida tiende a mejorar

Todas estas necesidades se consideran necesidades objetivas; las necesidades subjetivas corresponde a la percepción a lo sentido por las personas. Esta diferencia entre necesidades objetivas y subjetivas permite decir que puede haber un estado de carencia o de necesidad no satisfecho, aún cuando las personas afectadas no sientan esta carencia. La satisfacción de las necesidades de la especie

humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

Según los autores Delgado y Salcedo (2003) el bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o salarios con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos.

Es usual que el término bienestar se asocie al ámbito subjetivo del concepto de calidad de vida, y es utilizado con especial interés por la Psicología y la Gerontología Social. De esta forma, bienestar, desde una perspectiva subjetiva, se ha definido como la satisfacción por la vida, felicidad moral, y se conceptualiza como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función a criterios propios.

Según la autora Maya (1997) para algunos investigadores, la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, y esa satisfacción se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas. Para otros, el tono emocional es el núcleo de la satisfacción del sujeto con su vida presente al compararla con su ajuste en el pasado.

El concepto de bienestar subjetivo adolece de falta de teorización, lo que ha influido en que los instrumentos diseñados para su medición presenten imprecisiones y generalidad conceptual. No obstante, la abundante investigación especializada indica, sin mayor precisión, que el componente subjetivo es parte integrante de la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, constituye un

indicador importante en el proceso de envejecimiento y no debe dejarse de lado al considerar la situación real de los /as adultos /as mayores.

Subsiguientemente de realizar una revisión bibliográfica de numerosos autores que intentan explicar los indicadores que resultan esenciales para determinar la calidad de vida y más específicamente en la vejez podemos sintetizarlos de la siguiente manera:

- Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
- Elementos del ambiente social, se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “ sociedades de tipo humano “ que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad.
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva.
- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias.

De esta forma, numerosos autores han incursionado un poco en la temática, sobre las características que se presentan en esta etapa de la vida, y así dilucidar las diferencias de la calidad de vida durante la vejez tanto en su conceptualización como en su medición.

La autora Maya (1997) considera el envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece definiendo dos tipos de aspectos subjetivos que son pertinentes: **los cognitivos** referidos a los significados que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación y los **afectivo–volitivos** referidos a los sentimientos que motivan a los individuos a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo que las encaran y a su disposición para actuar sobre ellas.

En el componente cognitivo se pueden dar tres situaciones: la resignación, la adaptación y la aceptación y búsqueda de vivir la vejez del mejor modo. En esta última las personas descubren su sentido positivo de vida en la reflexión y la comprensión y descubren su compromiso con lo que pasa alrededor, al asumir que, independiente de la edad se sigue siendo un ser en el mundo.

Para Delgado y Salcedo (2003), la satisfacción de vida de los envejecientes se define según los siguientes criterios: satisfacción en las actividades diarias, significado de la vida haciéndose responsable de la misma, percepción del logro de las metas en la vida, autoimagen y actitud hacia la vida.

Muchos autores enfatizan teóricamente y con aplicación en la práctica en la especificidad del concepto de calidad de vida para los adultos mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden en los mismos como lo es la autonomía. Algunos autores rechazan la igualdad que han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo, por lo que resulta necesario concretar este concepto desde la multidimensionalidad de factores que se ha venido discutiendo anteriormente.

Ahora bien es importante tener en cuenta que al caracterizar la calidad de vida, la operacionalización de la misma, depende necesariamente del contexto de referencia, por lo que es muy difícil establecer una definición operativa general de calidad de vida en la vejez en América Latina o incluso calidad de vida en la vejez de “algún país” que permita ser empíricamente contrastada, sin contar previamente con antecedentes válidos que den cuenta, entre otras cosas, del modo

de vida, el nivel de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida de los /as adultos /as mayores en interrelación con variables económicas, sociales, de género, culturales y espaciales.

Por lo anteriormente mencionado se hace imperioso avanzar hacia un mayor conocimiento y entendimiento de la vejez y más específicamente de la situación de los /as adultos /as mayores latinoamericanos , y eso se logrará sólo mediante el desarrollo de un cuerpo teórico y conceptual basado en investigación empírica y que a mediano y largo plazo permita prever los escenarios futuros y emprender las acciones adecuadas, pertinentes y oportunas en beneficio tanto de los /as adultos /as mayores como de las sociedades.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2000) se cuenta con la ventaja de tener elaboraciones conceptuales y teóricas e investigaciones empíricas realizadas en los países que están mucho mas adelantados en investigaciones sobre el tema del envejecimiento. Por lo que resulta necesario considerar que si bien es posible obtener algunas de estas herramientas, no es posible homologar el proceso de envejecimiento de los países desarrollados con el que se produce en los países subdesarrollados, específicamente en América Latina.

Según un estudio realizado por la CEPAL (2000) existen algunos consensos que pueden ser de utilidad; en primer lugar, se parte de la especificidad del concepto de calidad de vida en adultos mayores y aunque esta, cualquiera sea el contexto de referencia, tiene aspectos comunes con la de otros grupos de edad, tiene un perfil específico en que no intervienen factores que son importantes en otros grupos etarios. La especificidad dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta –social e individualmente– la vejez.

En los últimos años puede preverse según el análisis de las lecturas realizada, que existe consenso sobre el concepto de calidad de vida en su condición de

concepto multidimensional, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta insuficiente o inadmisible. Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales, también deben considerarse factores socio-ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada a los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los /as adultos /as mayores.

Y por último también existe consenso en que un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Por lo que deben considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones (por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y con respecto a la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales, entre otras). Cabe destacar que estos indicadores resultan fundamentales para el desarrollo de la presente investigación.

Entre las limitaciones del concepto de calidad de vida (en su actual grado de desarrollo teórico y conceptual) es su falta de alcance para analizar la influencia que los factores estructurales, (como la clase social, el género, la etnia, el lugar de residencia e inclusive la edad,) ejercen sobre la definición y jerarquización de los factores de calidad de vida que hacen los propios adultos /as mayores.

Es posible que un adulto mayor considere relevante la preservación de la identidad cultural de su pueblo, mientras que para otro adulto mayor de un ambiente urbano, este mismo factor, no es considerado dentro de los parámetros que conforman la calidad de vida.

Las Relaciones Interpersonales y el Apoyo Social Para Los Adultos Mayores

Las relaciones interpersonales y el apoyo social constituyen ejes fundamentales para la calidad de vida de los seres humanos y más específicamente de los /as adultos /as mayores partiendo del hecho, que como seres sociales que somos nos resulta indispensable para nuestra salud física y emocional, satisfacer las necesidades de relacionarnos con otras personas y de formar identidades sociales.

La preocupación por estudiar los apoyos sociales de los adultos mayores se debe ubicar en dos contextos fundamentales. Por un lado, en los países desarrollados existe la preocupación por la incapacidad estatal para financiar políticas y programas dedicadas al mantenimiento físico y material de la población adulta mayor. La histórica organización que asiste a la población y los recursos económicos para mantenerla se ven amenazados por los cambios en la estructura productiva de las sociedades. De ahí que sean la familia y las redes sociales provistas en la comunidad, las áreas de investigación estratégicamente relevantes al analizar el bienestar de ésta población.

Por otro lado, en los países en desarrollo donde el proceso de envejecimiento ha sido más rápido y reciente, las históricas condiciones socioeconómicas no han permitido instaurar medidas suficientes para cubrir las necesidades de esa población. En muchos países la escasez en los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensión, la exclusión del mercado laboral formal advierten la existencia de un segmento de la población envejecida que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que “aparentemente” depende de su familia en la sobrevivencia cotidiana pero también de otras expresiones de las redes sociales de apoyo para mantener vínculos afectivos, conservar información estratégica en la cotidianidad, entre otros, y en conjunto preservar cierta calidad de vida

Relaciones afectivas

A medida que el progreso del envejecimiento continúa, a través del tiempo, las dificultades que confronta la población adulta mayor se acentúan. Generalmente estos problemas pueden clasificarse dentro de cuatro categorías principales: salud, vivienda o arreglos de vivienda, ingreso y empleo, y relaciones interpersonales.

Los problemas de salud se inclinan a aumentar según se avanza en edad. La probabilidad de padecer enfermedades degenerativas, tales como: condiciones cardiovasculares, derrames cerebrales y diabetes, se incrementan en las últimas décadas del ciclo de vida como resultado del desgaste de los órganos del cuerpo.

Los procesos mentales también sufren cambios. La presencia de las enfermedades múltiples se convierte en algo muy frecuente a medida que se avanza en edad. Gran parte del ingreso limitado de las personas en esta edad se invierte en el cuidado médico y los medicamentos. Los arreglos de vivienda pueden ameritar cambios cuando se envejece. Muchas personas adultas mayores no poseen la capacidad para llevar una vida independiente y consideran necesario mudarse con familiares, a un hogar grupal o a instituciones para adultos mayores.

En la esfera de las relaciones interpersonales también se comprueban transformaciones según la persona envejece. Sus padres mueren, los hijos e hijas maduran y se independizan. Nacen nietos y surge la misión de abuela o abuelo. Muere el cónyuge y varias amistades. La jubilación aparta o limita los lazos con los grupos de compañeros del trabajo. En el transcurso de esta edad se produce un notable descenso en la actividad social.

Se hace necesario buscar nuevos intereses o involucrarse en diversos quehaceres, junto a una limitación de ingresos que hace el ajuste más difícil. Todo esto va unido a los inconvenientes crecientes que restringen que las personas de mayor edad desempeñen una vida independiente, por causas de tipo económico y otras disfunciones físicas. Sin embargo, una merma en los contactos sociales no debe identificarse con la inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo.

Los cambios demográficos correlacionados al aumento de la población adulto mayor y los problemas a los que muchas personas de edad avanzada se enfrentan, apuntan hacia la necesidad de examinar los sistemas sociales de apoyo con que cuenta este sector poblacional, en particular los sistemas informales. La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Por estas razones es necesario destacar los sistemas sociales de apoyo en la vida de las personas de mayor edad y se resalta la pertinencia de éstos para garantizar un bienestar tanto físico como emocional a este sector poblacional.

Para Urizar (2004) el término sistema de apoyo se refiere:

...a la relación que envuelve el dar y recibir ayuda, la cual es considerada tanto por el receptor como por el que la ofrece como algo significativo para mantener la integridad social, psicológica y física del que recibe la ayuda. Las redes o sistemas de apoyo se agrupan en dos grandes categorías: Formal e Informal. Las redes sociales indican las características estructurales (tamaño o número de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, y densidad) las relaciones humanas mantenidas por una persona. El apoyo social constituye la asistencia (emocional o material) que la persona deriva de una determinada organización social.

El sistema de apoyo social se puede conceptualizar de manera amplia, como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona en este caso específicamente la persona adulto mayor ocupa un lugar central. Estos subsistemas aunque funcionan de forma independiente, en ocasiones se mezclan.

El apoyo social corresponde unos elementos que protegen a las personas de la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades mentales o físicas. El apoyo social juega un papel muy importante en prevenir la enfermedad y mantener un estado adecuado de salud y de bienestar personal. Esto no quiere decir que es similar a una vacuna contra una enfermedad, pero es una realidad ya que una vez que la

persona se enferma, los apoyos sociales actúan como amortiguadores de los efectos nocivos de la enfermedad.

El apoyo social puede ser entendido como unas transacciones interpersonales que incluyen uno o más de los elementos claves siguientes: afecto, afirmación y ayuda. Comprendiéndolo así, está claro que las personas que carecen de estas transacciones de vida son aquellas que están más vulnerables o susceptibles a alguna forma de trastorno físico, mental o social.

El supuesto de que el apoyo social puede jugar un papel relevante en el mantenimiento de la salud y la disminución de la probabilidad de ocurrencia de enfermedades entre la población adulta mayor ha sido sostenida por investigadores en el campo de la salud.

Según Maya (1997) la presencia de una persona de confianza en la red social está asociada a una buena salud mental y una moral elevada, además parece actuar como un mecanismo protector que reduce la ansiedad y la tensión que producen ciertos eventos vitales. Si los sucesos vitales ocurren cuando se posee un sistema adecuado de apoyo social, se producen menos consecuencias negativas que cuando ellos se presentan y se carece de un amparo social. En síntesis, las personas que no disfrutan de una protección social son más vulnerables a los cambios vitales, especialmente a aquellos que son perturbadores.

Caplan 1974 (cit. p. Maya 1997) define los sistemas de apoyo como “...un patrón continuo e intermitente de lazos que juegan un papel significativo en mantener la integridad física y psicológica de los individuos a través del tiempo.”

El apoyo social engloba los componentes siguientes: ayuda material en forma de dinero u otros objetos, asistencia física o el compartir tareas, interacción íntima que posibilita la expresión de sentimientos o preocupaciones personales, ofrecer consejo y guía, comunicación que permite a las personas entender que hay individuos que se enfrentan a circunstancias similares y que su comportamiento es

muchas veces apropiado debido a la tensión que se enfrentan, y, participación social que significa involucrarse en una interacción social para entretenerse relajarse y divertirse. La colaboración de los otros se caracteriza por mutualidad y la ayuda a si mismo y esta enmarcada en la necesidad humana de afiliación e identidad social, la necesidad de apego conexión y de unión entre los seres humanos.

Ahora bien como se menciona anteriormente existen sistemas de apoyo formal y sistemas de apoyo informal para los adultos mayores, los mismos serán explicados a continuación.

Las organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a los adultos mayores constituyen el sistema de apoyo formal y por ende el menos cercano al adulto mayor. Según Sánchez (2000)

Ellas adjudican la política pública y social que concierne a la población adulta mayor. Esta política afecta significativamente el bienestar de esta población en asuntos, tales como: seguridad económica, vivienda, salud y educación, destacándose de igual forma los sistemas de seguridad social. Luego de este sistema se encuentran las agencias gubernamentales y las privadas que implantan las políticas sociales y ofrecen los servicios establecidos por la ley. Estas agencias son la parte formal del sistema de apoyo social de los adultos mayores.(p.168)

Las organizaciones llamadas semi-informales desempeñan una función de ayuda con respecto a los /as adultos /as mayores a través de servicios menos burocratizados. Ellas comprenden los organismos religiosos y comunitarios no gubernamentales.

Finalmente, más cerca de la vida diaria de los adultos mayores, se encuentran los apoyos informales los cuales pueden ser definidos como la familia, amigos, vecinos y otras redes sociales Las ONG's pueden ser consideradas formales o no, lo cual depende del grado de organización o su reconocimiento. (Martínez, 2002)

Los sistemas informales se diferencian del apoyo formal en que sus funciones no son gobernadas por procedimientos burocráticos, formales o técnicos, y no requieren necesariamente un pago o dinero.

El sistema informal de apoyo se distingue del organizacional por el hecho de que los miembros de la red informal de apoyo son seleccionados por el adulto mayor entre su familia, amigos y vecinos compañeros de trabajo entre otros. Los sistemas de apoyo informal son a los que acuden inicialmente los /as adultos /as mayores cuando necesitan algún tipo de ayuda. Sin embargo, en el pasado, se insistía exclusivamente en el uso de los sistemas formales para atender las necesidades de esta población.

Según Urízar (2004) el interés por los apoyos sociales informales "...debe estar ligado a la percepción derivada de la experiencia cotidiana actual, en la cual los seres humanos nos sentimos dependientes unos de otros, tanto que sin el contacto humano, la vida de las personas no tendría significado". Esto no es menos verdadero para los adultos mayores que para los individuos más jóvenes.

El énfasis reciente hacia los apoyos *informales* entre los adultos mayores se debe a que en la vejez se experimenta un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la cual hay mayor probabilidad de experimentar un debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. La primera situación se debe a la progresiva exclusión social que sufre la población a partir de la acumulación de años de vida, esto es evidente con el retiro temprano del mercado de trabajo y en general por la salida vía planes de pensión cuyos ingresos son muy bajos.

Entre los componentes de los apoyos informales, en primer lugar, encontramos a *La Familia* la cual destaca por ser la principal proveedora de apoyo de la población adulta mayor. Una aproximación a esta dimensión ha sido la numerosa investigación sobre los hogares y específicamente sobre los arreglos de vida que tiene la población en su etapa de vejez. (Maya, 1997)

En un segundo término se encuentra el papel de los *no familiares* con quienes se tienen vínculos de amistad, compañerismo, entre otros. Algunas investigaciones han destacado la importancia de estos lazos y la necesidad de profundizar sobre su análisis con relación a los /as adultos /as mayores. Algunos trabajos distinguen entre amigos íntimos, amigos, conocidos y amigos de amigos y las distancias sociales horizontales y verticales.

Según Martínez (2002) Los tipos de apoyo también representan un tema que ha creado cierta controversia. Por lo que en la literatura gerontológica el apoyo social se refiere a tres conjuntos de actividades relevantes para la independencia y para la sobrevivencia. Entre los que encontramos:

a.)Apoyo Instrumental: Donde están las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que aglutinan tareas relacionadas con el mantenimiento del ambiente directo donde reside el adulto mayor. Las actividades instrumentales pueden ser: realizar trabajos domésticos, la preparación de alimentos, el mantenimiento del hogar, transporte, compras, transacciones monetarias, entre otras.

b.)Apoyo en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Las cuales tienen impacto directo en la sobrevivencia e incluyen actividades físicas, actividades de cuidado personal (habilidad para caminar y movilidad personal), comer, lavarse o bañarse, ir al baño.

c.)Apoyo Emocional: Al expresar emociones y recibir cobijo, consuelo y aliento, dar afecto y simpatía, amar y apoyar a otro sentirse amado, tranquilizar, alentar y dar consuelo. Facilita al individuo enfrentar las circunstancias de la vida al recibir consejo e información.

El desarrollo reciente de organizaciones no gubernamentales y de la sociedad en general en el plano comunitario ofrece un marco nuevo para crear mecanismos de protección social, apoyo y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor; no obstante, debe quedar claro que la cobertura actual de estas organizaciones es limitada.

El Estado de Salud y su Influencia en la Calidad de Vida de los Adultos y Adultas Mayores.

La Salud puede definirse como un estado completo de bienestar físico, mental y social. La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, significa el estado de equilibrio de la persona o del conjunto de la sociedad, en donde los aspectos psicológicos son tenidos cada vez más en cuenta. La salud depende del cuidado que se dé el individuo a sí mismo, de la prevención y tratamiento de los problemas que pueden afectarle. Pero la salud depende también de sistemas sociales de apoyo positivo y cambio o adaptación del medio que nos rodea.

La salud es un estado de equilibrio dinámico entre las personas y poblaciones, por una parte, y el ambiente y condiciones en que viven, por otra y según la definición de la Organización Mundial de la Salud, en su nivel óptimo, “la salud es el máximo bienestar físico, mental y social, unido al pleno desarrollo de las potencialidades personales y sociales.” (OMS, 1994)

El disfrutar de un buen estado de salud es indudablemente una dimensión de la calidad de vida en cualquier edad. Pero se advierte que el concepto de salud y de bienestar varía significativamente en los adultos mayores. La salud desde el punto de vista del envejecimiento no puede conceptualizarse como un estado completo de bienestar físico, mental y social, debido a que un alto porcentaje de adultos mayores padecen una o más enfermedades. De aquí la importancia y el valor que se confiere a la atención que se brinda al cuidado de ésta.

El envejecimiento de los individuos es un proceso que consiste en un deterioro progresivo del organismo, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez están relacionados a las acciones y omisiones que desarrolla cada persona durante su vida. Las posibilidades de alcanzar o de sobrepasar los niveles proyectados de esperanza de vida, durante ese período, dependen de las

oportunidades y privaciones que se tuvieron durante la vida, de los ambientes en que se creció, del capital social y económico adquirido, en síntesis, del cúmulo de experiencias vividas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Existen diversos estados que definen la situación de salud que puede presentar un adulto mayor. Una persona de edad x puede ocupar uno de tres estados: a.)saludable, b.)con enfermedad crónica c.)con discapacidad funcional.

Si bien la gran mayoría de los /as adultos /as mayores sufre de al menos una enfermedad crónica no todos viven limitados por ella y muchos llevan una vida perfectamente normal, con la enfermedad controlada y una satisfacción manifiesta por su calidad de vida. Un adulto /a mayor que sufre una o más enfermedades crónicas, puede considerarse saludable si se la compara con otra, aquejada por la misma enfermedad o enfermedades pero que no está en tratamiento y sufre las secuelas y las discapacidades concomitantes.

En tal sentido, el concepto clásico de salud resulta inadecuado para describir el universo de la salud de los /as adultos /as mayores ya que la carencia de enfermedades es privilegio de unos pocos y muchos pueden lograr una buena calidad de vida, independientemente de las enfermedades que los afectan (Ramos, 2001).

Por lo tanto, la capacidad funcional surge como un concepto nuevo de salud especialmente pertinente para los /as adultos /as mayores. Según Ramos (2001) desde esta nueva óptica, la salud pasa a ser la resultante de las interacciones multidimensionales entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida cotidiana, la integración social, el apoyo familiar y la independencia económica. (p. 218)

Si se compromete alguna de esas dimensiones la capacidad funcional del adulto mayor puede verse afectada. La pérdida de un ser querido, las dificultades económicas, una enfermedad discapacitante, una afección mental o un accidente,

son acontecimientos que pueden, juntos o en forma aislada, comprometer la capacidad funcional de una persona.

El bienestar en la vejez, o la salud en sentido amplio, sería el resultado del equilibrio entre varias dimensiones de la capacidad funcional de las personas de edad, sin que ello signifique, necesariamente, la carencia de problemas en todas las dimensiones.

Según Trinidad Le febre (cit p. Ramírez, 2000), “...investigadora en el campo de la gerontología, plantea que las necesidades de salud en los adultos mayores tiende a cobrar mayor importancia por las declinaciones propias de la edad, que originan afecciones, no siempre manejables de manera sencilla.” (p.62)

Un buen estado de salud es la aspiración de todo ser humano. Cuando las personas se sienten enfermas esta situación suele generar reacciones variadas, en todos los niveles a pesar de que han habido importantes avances en la ciencia y la tecnología estos muchas veces no garantizan calidad de vida a los adultos mayores

Cabe destacar que el estado de salud en los adultos mayores no sólo esta determinado por el proceso biológico del envejecimiento sino también por los factores exógenos de carácter físico-ambiental y los socio-culturales.

Los niveles de salud dependen también de una compleja interacción entre pobreza, acceso a alimentación, abastecimiento de agua y saneamiento básico, niveles de educación y el tipo de apoyo y cuidados familiares recibidos. El mal estado de salud es el principal obstáculo que impide a los adultos mayores intentar generar un ingreso, cuidar de sí mismas y a sus familias, así como también les niega la posibilidad de contribuir con sus comunidades.

La atención y la asistencia médica para el adulto mayor es otro de los factores determinantes para un óptimo estado de salud, sobre todo la atención preventiva

en las patologías que suelen ser las más frecuentes, con el fin de lograr una reducción en la posibilidad de padecerlas.

Teniendo en cuenta como lo afirma Ramírez (2000) que esto también va a depender de la capacidad económica de los adultos mayores para la adquisición de los medicamentos. La atención médica debe comprender la realización de exámenes periódicos, los cuales deben hacerse en forma completa para el posible despistaje de afecciones y el posible control de indicadores de riesgo. La mejoría de la calidad de vida de los pacientes es uno de los objetivos principales de la atención médica, y a su vez, del desarrollo técnico relacionado con su atención.

Uno de los mayores problemas para la salud que causalmente enfrentan los /as adultos /as mayores es el costo de los servicios de atención de salud y el acceso a los mismos. Las barreras van desde la falta de conocimiento sobre prevención y tratamiento de enfermedades comunes hasta la negación de tratamiento, lo que incide evidentemente en la calidad de vida de los mismos.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde hace tiempo según lo hemos venido estudiando, la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90. Desde comienzos de la década de los 90, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.

La calidad de vida relacionada con la salud, es una estructura compleja y multidimensional. Esta estructura comprende una lista parcial de variables conocidas la cual según lo afirma Schwartzmann (2000) incluye aspectos muy disímiles como: la supervivencia y la esperanza de vida; varios estados sintomáticos (dolor y náuseas); estados fisiológicos (tensión arterial o la glicemia); la función física (la movilidad y la deambulación); la función sensorial y la sexual, incapacidades relativas a la minusvalidez; las funciones emocionales y cognoscitivas (ansiedad, depresión); percepciones sobre la salud presente y futura y la satisfacción con su cuidado.

Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico, considerándolos como datos objetivos. Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente a los cuales se les consideraban como datos subjetivos. En la actualidad se intenta dejar de lado el debate objetivo versus subjetivo revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

Dickey y Wagenar en 1966 (Cit. p. Schwartzmann, 2000) propusieron cambiar el enfoque objetivo versus subjetivo, hacia el enfoque informacional. Éste supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, como al reporte del paciente acerca de su padecimiento y a la percepción familiar de la sobrecarga que la situación implica.

De lo anteriormente expuesto podemos entender a la calidad de vida relacionada con la salud como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud retoma el tema de la calidad de vida relacionada con la salud, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de calidad de vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad.

Estos puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-100), que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar su pertinencia en los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación.

La OMS (1998) define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994). El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores. (OMS, 1998)

Puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995)

Las medidas de CVRS deben ser:

- **Subjetivas:** Recoger la percepción de la persona involucrada.
- **Multidimensionales:** Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físicos, emocionales, sociales, interpersonales etc.
- **Incluir sentimientos positivos y negativos.**
- **Registrar la variabilidad en el tiempo:** La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia de la auto-evaluación de los factores culturales. tanto los indicadores subjetivos (percepción), como los llamados objetivos (ingresos, empleo, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación.

Cuando nos referimos exclusivamente al individuo, y aún más específicamente al individuo viviendo con su enfermedad, es válido evaluar la *percepción* que tiene la persona de su nivel de bienestar o malestar y tomarlo como base para decisiones significativas. Por otro lado, cuando se piensa en términos sociales más amplios o de políticas de Estado, la percepción puede resultar significativa en determinados casos, ya que si alguien vive en la pobreza y se siente satisfecho de esta situación en la vida es una situación que depende de las expectativas de las personas las cuales se encuentra determinada muchas veces por el desconocimiento de otra realidad y de la falta de oportunidades por lo que resulta necesario, la responsabilidad del Estado y de la sociedad para la modificación de estas situaciones.

La Alimentación y la Nutrición como Factores que Determinan una Adecuada Calidad de Vida

Una alimentación adecuada y un buen nivel de actividad física a lo largo de toda la vida, constituyen los recursos mas valiosos para disminuir la velocidad con que suceden los cambios degenerativos.

La ingesta adecuada de los alimentos, así como las cantidades de los nutrientes básicos, es imprescindible para que el adulto mayor pueda tener el aporte energético necesario para, sentirse vital y prevenir procesos de enfermedad que son frecuentes en la esta población.

Entre los factores de riesgo más comunes que afectan el nivel de nutrición de los /as adultos /as mayores encontramos: la pobreza, la responsabilidad de mantener a

los nietos, la vida solitaria y la discapacidad (por ejemplo, inmovilidad, ceguera y pérdida de la dentadura). Los factores culturales también tienen un impacto.

La desnutrición genera enfermedades y la pérdida de independencia. Algunas de las causas de la desnutrición están relacionadas con cambios fisiológicos, por ejemplo, cambios en el metabolismo, absorción deficiente de nutrientes, problemas dentales, el mayor número de enfermedades crónicas que padecen, cambios en el gusto y restricciones de movilidad, lo que dificulta a las personas tener acceso a las comidas y a su preparación en casos de que se encuentre sola. En muchos casos, el impacto de estos cambios puede ser minimizado mediante pequeños cambios en los hábitos alimenticios.

Por otro lado existen un importante número de factores psicosociales que contribuyen a la aparición de problemas en la alimentación entre los que encontramos la elección de dietas monótonas, y en ocasiones aparición de alteraciones del comportamiento alimentario con presencia de [anorexia](#) ó falta de apetito. Algunos de estos factores según lo afirma Castillo (2001) se encuentran relacionados con las internaciones en hospitales o instituciones geriátricas, el aislamiento, la soledad, en muchos casos la [depresión](#) y otras alteraciones psiquiátricas, el bajo apoyo social, los bajos recursos económicos, la mayor incapacidad física y psíquica que el adulto mayor presenta y la pérdida de autonomía social y personal.

Por todo lo anterior es importante garantizar una dieta equilibrada con el aporte de líquidos que se corresponda con el envejecimiento. Al ser esta necesidad también de vital importancia para la supervivencia del individuo, requiere por parte del adulto mayor, sus familiares o de quien este a cargo del mismo una intervención y un seguimiento continuado. La mayoría de las veces es necesario cambiar hábitos: es este aspecto precisamente el más complejo. El adulto mayor tiene hábitos, costumbres y tradiciones adquiridos de muchos años que, a su vez, están contextualizados en su entorno. Encontrándose esto muy arraigado en los /as adultos /as mayores ya que es lo que le da sentido a su identidad.

El Ingreso Económico y la Calidad de Vida de los Adultos Mayores

Los /as adultos /as mayores dependen de una combinación de fuentes de ingreso: transferencias de protección social, incluyendo pensiones, seguro de salud y beneficios por incapacidad; empleo, ya sea formal o informal; y transferencias familiares en forma de apoyo económico, material y emocional, en las que la cohabitación constituye una de las modalidades más importantes de transferencia interfamiliar. Sin embargo, todas esas fuentes algunas veces soportan severas presiones, como una oferta de pensiones inadecuada, la cobertura baja, falta de apoyo social familiar entre otros.

La falta de ingresos impide a los /as adultos /as mayores comprar los artículos que necesita lo que hace que las personas se sientan aisladas y excluidas de los eventos que marcan a la sociedad en general. El ingreso es un factor que influye en la capacidad de los /as adultos /as mayores para mantener un buen estado de salud y mantenerse a sí mismas, el ingreso o situación económica determina las posibilidades reales, que el adulto /a mayor tiene para satisfacer sus necesidades de recreación, alimentación adecuada, vivienda acorde a las características que lo identifican como adulto mayor y las posibilidades de acceso y de atención médica especializada en sus fases preventivas, clínica o de rehabilitación. De allí la importancia del bienestar económico para la calidad de vida de los adultos mayores.

Cuando un análisis considera el bienestar económico en su sentido amplio, es posible utilizar todos los recursos disponibles para enfrentar el problema social de la vejez en una forma que llegue más allá de los ingresos económicos, sea cual fuere su origen, para atender a otro tipo de recursos disponibles, específicamente los humanos. Si tomamos en cuenta que la mayoría de los servicios que reciben los adultos mayores se canalizan a través de la ayuda informal y de las redes primarias en que está inserto, se aprecia que su bienestar no depende sólo de su

capacidad de pago sino también de la naturaleza, calidad y cuantía de las redes primarias.

Ahora bien, es importante destacar que existe un número considerable de adultos mayores que carecen de estas redes primarias o ayudas informales, porque en muchas ocasiones también se encuentran sumidas en la pobreza. Por lo que el adulto mayor debe enfrentar un escenario en donde los ingresos económicos que obtiene no le permite satisfacer sus necesidades, entre las razones que inciden en lo insuficiente de los ingresos económicos o la carencia de los mismos encontramos: La inexistencia de instrumentos de ahorros adecuados, la existencia de fallas en el mercado de seguros, por lo general no existe cobertura privada voluntaria para muchos riesgos, las deficiencias de información, ya que las personas no poseen acceso en igualdad de oportunidades a la información para tomar las decisiones óptimas de inversión.

Según Santander (2000) otra de las razones de la disminución de los ingresos tiene que ver con la jubilación, al jubilarse, los adultos mayores ven reducidas sus entradas en al menos 30%. En sectores acomodados y de clase media implica un cambio en el estándar de vida y muchas veces surge una pobreza encubierta. Las personas viven en casas grandes, con buenos muebles, pero sin dinero para sus necesidades básicas.

Otra de las razones es que muchos adultos y adultas mayores se han venido desempeñando en el transcurso de sus vidas en actividades informales, lo que les ha imposibilitado bien sea por falta de información o por ineficacia del Estado, el tener acceso a la seguridad social por lo que no podrán disfrutar de una jubilación, por ende al no continuar en el mercado laboral, por los condicionamientos que les impone la edad, dejan de percibir los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades, desmejorando su bienestar económico y afectando indudablemente su calidad de vida.

Según estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2004) sólo dos de cada cinco personas mayores latinoamericanas reciben ingresos provenientes de la seguridad social en el área urbana, y una de cada cinco en las zonas rurales. Esto obliga a muchos adultos /as mayores a seguir trabajando, contrario a lo que acontece en los países desarrollados. Durante los años noventa las tasas de ocupación aumentaron debido al monto modesto de las pensiones, al no tener acceso a una pensión por no haber aportado cotizaciones, o por la necesidad de compensar los ingresos familiares durante las crisis.

El estudio revela que las personas mayores se insertan en empleos informales de baja calidad y que el ingreso que perciben es inferior al logrado por el grupo de 50 a 59 años por el mismo trabajo, por lo que la familia representa el principal sostén de los /as adultos /as mayores, ya sea a través de aportes directos en dinero o de cuidados.

Esta situación es importante para la reflexión ya que exige de la sociedad y del Estado la elaboración de políticas y programas tendientes a mejorar las condiciones económicas del adulto mayor con el fin de que los mismos puedan satisfacer sus necesidades básicas y en cierta medida mejorar su calidad de vida, y la del entorno familiar. Teniendo en cuenta que el ingreso también influye en la independencia y autonomía del adulto mayor.

El Grado de Satisfacción con el Uso del Tiempo en Actividades de Recreación y Esparcimiento.

Una de las necesidades básicas del ser humano en todas las edades, y muy especialmente en la edad avanzada es la necesidad de actividades creadoras en el tiempo libre, por lo que puede afirmarse que la inactividad hace pobre el valor del tiempo libre. Para el adulto /a mayor, el ocio es aún más peligroso, por lo que aquellos cuyas fuerzas están en franco decaimiento se les deben asignar labores adecuadas u ofrecer una serie de alternativas.

La vejez marca el ingreso al mundo del tiempo libre como ruptura de las obligaciones. El tema se puede abordar desde una perspectiva múltiple: por el lado de las posibilidades y dificultades.

Posibilidades, en cuanto uno piensa que la persona está en condiciones de hacer aquéllas actividades que deseó toda su vida pero que no tuvo oportunidades de concretar y dificultades en tanto todo toma valor a partir de lo que uno produce económicamente. Si antes faltó tiempo, ahora sobra. Si antes sobró actividad, ahora falta. Detrás de cada conducta siempre hay una necesidad. Las necesidades mueven las conductas y son los aspectos dinámicos de la personalidad.

La calidad de vida se puede obtener a través de factores internos los cuales no van a depender únicamente del ambiente en que nos desenvolvamos sino también de la conducta que el *adulto mayor* tiene para sí mismo y para con la comunidad. El tiempo libre como calidad de vida depende en gran medida de las actitudes asumidas por los /as adultos /as mayores, manifestada en los conocimientos, los hábitos o las habilidades, aprendidas y las que se desean aprender, entendiendo que el aprendizaje con la vejez no decrece si el estado de salud es bueno.

La mayoría de los autores consultados no logra ponerse de acuerdo sobre una distinción clara entre tiempo libre, ocio, recreación, esparcimiento, descanso, asueto y demás términos que el lenguaje común utiliza. La consulta de algunos textos clásicos parten del ocio como el concepto fundante, del cual se ramifican las nociones de tiempo libre, asueto, recreación, descanso.

A diferencia del ocio, y como concepto contemporáneo, “...el tiempo libre como construcción capitalista supone la existencia de un programa, de un sistema que tiende a uniformar actividades, metas y objetivos” (Rodríguez, 2001). Anárquico por naturaleza, el ocio no contiene ni utilidad ni metas prácticas o inmediatas y por tanto no es cuantificable.

El tiempo libre y su institucionalización nace como producto de una lucha y reivindicación del trabajador asalariado; mientras que el ocio, en su concepción griega, nace con el estado de privilegio otorgado a las élites, cuya ociosidad es sostenida por el trabajo de otros menos afortunados, los esclavos.

Según Rodríguez (2001) a mediados del siglo XX se pone en boga el concepto de recreación, por la misma época, el Grupo Internacional de Ciencias Sociales, coordinado por Joffre Dumazedier, uno de los autores más reconocidos entre los estudiosos del ocio /tiempo libre, adoptó en 1957 una definición sobre la recreación que es la más socorrida en los libros que tratan sobre el tema la cual es definida por el autor Joffre Dumazedier (Cit. p. Rodríguez, 2001) de la siguiente manera:

La recreación es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse con pleno consentimiento, ya sea para descansar, divertirse, desarrollar su participación social voluntaria, su información o formación desinteresada, después de haberse liberado de toda obligación profesional, familiar y social.

La palabra recreación nos da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante un involucramiento en actividades estimulantes, creativas y de mucho significado.

Por su parte el tiempo libre es definido por Fanger (1999) como: “Actividades a las cuales el individuo se entrega con plena aceptación para descansar, divertirse, acrecentar su información personal y participar voluntariamente en la sociedad después de haber cumplido con sus obligaciones laborales”.(p. 127) Sin poderse desligar del vínculo trabajo del tiempo libre, estas definiciones no sólo parten de la dicotomía tiempo obligatorio/ tiempo libre, dando prioridad al primero, sino que, además, suponen que el tiempo libre se circunscribe al ámbito de las actividades únicamente.

En general, estas definiciones y otras dan paso a la satisfacción que el tiempo libre proporciona al ser humano en sí y se limitan a verlo como tiempo residual y

como medio para lograr un fin —descansar del trabajo, recuperar fuerzas para el trabajo, recuperarse para poder realizar mejor la labor del día siguiente— y no como fin en sí mismo.

Según Munné, 1980 (cit. p. Fanger, 1999) “El tiempo libre consiste en un modo de darse el tiempo social, personalmente sentido como libre y por que el hombre se autocondiciona para compensarse, y en último término afirmarse individual y socialmente.” Es decir, el tiempo libre es un tiempo de libertad para la consecución de actividades igualmente libres. (p. 104).

Investigadores gerontólogos coinciden en señalar que la tercera edad es la edad del tiempo libre. Por lo que “Se insiste en reconocer la edad de la vejez, como una etapa en la vida en la cual las personas disponen de mayor tiempo libre.” (Ramírez, 1999, p.65), por lo anterior podemos afirmar que en ninguna otra etapa de la vida, el ser humano esta tan necesitado de tener acceso a una programación recreacional, adaptada a las condiciones Biológicas, psicológicas y sociales, (que caracterizan a la vejez) que les permita a esta población de adultos mayores el incorporarse a un atractivo y placentero uso del tiempo libre.

La recreación en la tercera edad cumple una función social y cultural, ya que permite sentir el placer de compartir juntos una actividad común, satisfacer los ideales de expresión y de socialización. También conlleva a la obtención de placer y bienestar corporal y mental.

Además la actividad físico - recreativa se ha identificado constantemente según lo afirma Santos (2002) como una de las intervenciones de salud más significativas de los adultos mayores. Dentro de sus beneficios inmediatos en el aspecto físico se pueden citar: mayores niveles de auto - eficacia, control interno, mejoría en los patrones de sueño, relajación muscular entre otros.

De lo anterior puede afirmarse que las actividades de recreación y de esparcimiento, en la tercera edad, representan un importante agente socializador, que permite la interacción con los otros, disfrutar de actividades grupales y

motivar el actuar de cada uno, representando una alternativa en la adaptación del proceso de envejecimiento.

Podemos concluir entonces diciendo que el uso que hagan o hacen los /as adultos /as mayores en su tiempo libre específicamente en actividades de esparcimiento y recreación y el grado de satisfacción con el mismo, es fundamental para su calidad de vida, sobre todo, en una etapa en la cuál los /as adultos /as mayores necesitan de actividades que contribuyan a enfrentar o combatir el tedio, la soledad y los críticos estados de animo, que disminuyen el deseo de seguir viviendo.

Calidad de Vida Relacionada con el Espacio Físico Ambiental

Dentro de las necesidades básicas no materiales, tenemos la Calidad del Medio Ambiente. En una situación de buena calidad de vida, el individuo normal puede vivir en satisfactoria armonía material y espiritual con su medio ambiente, el paisaje, el sentido de pertenencia, el aire puro, la ausencia de ruido o contaminación en general, estructurarían orgánicamente una aproximación a lo que és el bienestar bien entendido.

En el informe anual del FNUAP correspondiente al año 1990, titulado “Estado de la Población Mundial” se afirma que “la calidad de vida humana es inseparable de la calidad del medio ambiente...”

Las necesidades de vivienda que tienen los seres humanos no pueden entenderse aisladas de una concepción amplia de lo que se entiende por hábitat, esto implica considerar el conjunto de condiciones que aunadas a la vivienda conforman el medio de desenvolvimiento de las personas y más específicamente de los /as adultos /as mayores.

El hábitat para los seres humanos representa un ente facilitador para el cumplimiento de un conjunto de funciones específicas del individuo y su familia: proveer abrigo ante el intemperismo, garantizar la seguridad y protección, facilitar

el descanso, permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de la cultura, implementar el almacenamiento, procesamiento, y consumo de alimentos, suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento, favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los /as adultos /as mayores y minusválidos, promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar. (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

Gamez José (cit. p. Ramírez, 1999, p.72), para facilitar la comprensión con respecto al hábitat del adulto mayor en Venezuela, divide en dos grandes grupos lo que considera que constituye las posibilidades de vivienda de este grupo poblacional: 1.)Individual o Familiar 2.)Comunal: representada por albergues, unidades geriátricas, convencionales, hospitalarias y hogares de cuidados.

Crear y alcanzar un hábitat saludable es materializar una vivienda adecuada que brinde protección contra enfermedades transmisibles, lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos.

Una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico, mientras que inadecuada conduce a la insatisfacción, que acarrea sensación de inseguridad y pueden generar también una serie de trastornos de la conducta tales como: depresiones, fobias, pérdida de identidad, trastornos de personalidad, y reacciones de adaptación, esto sobre todo es una situación característica de las unidades geriátricas.

Entre los impactos positivos de un hábitat adecuado se destacan el despliegue de satisfacciones biológicas, estéticas, de la información y la comunicación, así como la facilitación de las relaciones, y el desarrollo de la familia, la promoción de la salud, en fin un ambiente adecuado promueve una mejora en la calidad de vida.

La Calidad de Vida y el Adulto Mayor Institucionalizado

Se denomina adulto mayor institucionalizado a aquella persona que ingresa a vivir en una unidad gerontológica, casa hogar, institución geriátrica, etc. se le llama también adultos mayores residentes, muchos de ellos son reclusos en los centros especializados ya sea por solicitud de los familiares o simplemente por iniciativa propia.

Los centros geriátricos o residencias son alternativas que ofrecen soluciones próximas al principio de normalización y de integración, están en consonancia con las exigencias de convivencialidad y de participación en la vida de los /as adultos /as mayores.(Betancourt, 1995, p. 64)

La cultura actual en muchos países desarrollados y otros países en desarrollo, está condicionada por la producción y la competencia, en este contexto el adulto mayor ha ido perdiendo poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creando una serie de estereotipos negativos de persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al adulto mayor y en la mayoría de los casos a la familia a buscar alternativas como la institucionalización, la cual muchas veces se presenta en forma negativa, no permitiendo que el adulto mayor tenga una adecuada calidad de vida y por ende unas satisfactorias condiciones de bienestar.

La existencia de hogares para adultos mayores no se plantean como ideal, especialmente si se considera el papel protagónico que desempeña la familia y la comunidad en la calidad de vida de los adultos mayores.

Podemos afirmar que entre los condicionantes que afectan la calidad de vida de los adultos mayores en las casas hogares, instituciones geriátricas, o unidades gerontológicas; se encuentran la falta de claridad en sus objetivos, la escasez de

recursos económicos, técnicos o profesionales para brindar los servicios, los mitos y estereotipos sobre la vejez los cuales influyen en el servicio que se les ofrece y presta a los adultos mayores, la desvinculación o poca integración de las comunidades con las casas hogares, instituciones geriátricas o unidades gerontológicas, un ambiente físico, organizativo y social impregnado de normas y disposiciones que limitan las libertades humanas.

Para los adultos mayores la vivienda es parte de su propia existencia. Algunos adultos mayores nacieron en la misma y la ocuparon como padres, abuelos o bisabuelos. Sus muebles, su jardín, etc. se transforman en parte de su propio ser. El cambio de vivienda, las internaciones, la institucionalización generan siempre consecuencias psicológicas que pueden ser sumamente graves.

Para evitar o disminuir el llamado “efecto traslado” se debe tener en cuenta, que el traslado sea voluntario y a un entorno más adecuado, si esto así, se puede relacionar a la institucionalización con la mejoría de la salud y del estado de ánimo del adulto /a mayor.

Cuadro N° 11

Aspectos que Garantizan la Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado	
Sociales e Institucionales	<p>-Un aspecto que garantiza la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, está estrechamente relacionada con la internalización del personal que labora en las instituciones geriátricas de los derechos de los adultos mayores como humanos que son por lo que resulta necesario la adecuada preparación del personal que labora en la institución sobre aspectos básicos de la vejez, y de los derechos que ellos tienen independientemente de su capacidad funcional</p> <p>-Los /as adultos /as mayores que mantienen una relación estrecha con sus hijos y que están satisfechos con el ser padre o madre, abuelo o abuela son los que adoptan una actitud mas positiva respecto a la residencia de adultos mayores.</p> <p>-La familia, los amigos y en general los afectos son fundamentales para los /as adultos mayores, como fuente de apoyo, los que se encuentran institucionalizados remplazan muchas veces las relaciones familiares y las amistosas por las que se establecen en el geriátrico, independientemente de esta situación, lo idóneo es que se conciben políticas con acciones puntuales que procuren esa permanente vinculación con la familia y la comunidad, para que los mismos continúen siendo fuente de soporte, tanto afectivo como instrumental para el adulto mayor.</p>

<p>Estado de Salud y La Atención Médica</p>	<p>-En las instituciones gerontológicas la atención de la salud no debe centrarse exclusivamente en el control de la enfermedad, sino que debe incluir acciones en los distintos niveles de intervención tales como: prevención, curación hasta la rehabilitación. En procura de asegurar la calidad de vida del adulto mayor es fundamental, que el ambiente sea estimulante y confortable, adecuando espacios para la atención de emergencias y el traslado expedito a algún centro hospitalario cercano, si fuere necesario. Los servicios de enfermería y el personal debe de estar atento las 24 horas con el fin de ofrecer sensación de seguridad y de protección para los residentes.</p> <p>-Se han realizado estudios que comprueban que sí la decisión de ingresar a un centro geriátrico es compartida, la mortalidad disminuye y aumenta la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, por ser mejor su proceso de adaptación.</p> <p>-La conservación de la capacidad funcional y emocional en los adultos mayores, es una dimensión de la calidad de vida, esto porque guarda relación directa con la oportunidad de ejercer autonomía e independencia. La opción de poder satisfacer la necesidad de auto-cuidado como son las actividades de la vida diaria (AVD), tanto básicas como instrumentales, apunta positivamente en su autoestima. Esta dimensión cobra un significado distinto en las instituciones gerontológicas, debido a que según sea la estructura física, organizativa y social de la institución, a los residentes de las mismas se les promoverá o limitará su autonomía.</p> <p>-Otra de las características fundamentales para el mantenimiento de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados aparte de su capacidad funcional, es lo que tiene que ver con su autonomía psicológica, por lo que resulta fundamental el abrir espacios para que ellos participen activa y críticamente en el diario quehacer de las institución gerontológica donde residen, lo cual facilitará el sentimiento de arraigo y “posesionamiento” tan necesario para el desarrollo de su identidad como para el mejoramiento y mantenimiento de su calidad de vida.</p>
<p>Cuadro N° 11 Continuación</p>	
<p>Alimentación</p>	<p>-La alimentación y la nutrición son aspectos de gran importancia para todos los seres humanos, en el caso específico de la alimentación suministrada a los adultos mayores institucionalizados, es aconsejable que los menús sean diseñados por un nutricionista especialista en la alimentación de adultos mayores, así como también se debe tomar en cuenta las preferencias y costumbres culinarias predominantes del grupo, utilizando alimentos que permitan asegurar un adecuado aporte nutricional, de buena calidad .</p> <p>-Otro de los aspectos que deben tomarse en cuenta en la alimentación y la nutrición es el elegir alimentos de consistencia que faciliten la masticación y la manipulación con las manos o con un solo cubierto (si existen alteraciones motoras). Así como el establecer por parte de los empleados que suministran los alimentos un entorno favorable y un tiempo suficiente para las distintas tomas.</p>

Aspectos Económicos	-El ingreso económico resulta fundamental para todas la personas ya que con el mismo es que pueden cubrirse todas las necesidades, (alimentación, salud, vivienda, recreación, entre otras) necesidades, que resultan indispensables para la calidad de vida de los seres humanos. Por lo que es de suma importancia que los /as adultos /as mayores residenciados en instituciones geriátricas, independientemente de que posean o no algún ingreso, puedan sentir que los servicios ofrecidos y prestados en la institución le satisfacen todas sus necesidades.
Uso del Tiempo en actividades de esparcimiento	-Los programas que se ofrezcan como alternativas para utilizar el tiempo libre deberían de partir de las motivaciones e intereses de cada adulto mayor, de forma tal que puedan integrarse con mayor facilidad a la realización de las mismas. -Las actividades recreacionales o de esparcimiento que se realicen en las unidades geriátricas deben tener como objetivos fundamentales, el alimentar la creatividad de algún quehacer, rodeándolas de una solidaria convivencia que propicie, cultive y acreciente los afectos, con el esfuerzo de contribuir a que los adultos mayores puedan incorporarse, compartir y participar evitando el aislamiento y por ende la depresión y la soledad, en que incurrn muchas veces los /as adultos /as mayores institucionalizados.
Espacio Físico Ambiental	- Para mantener la calidad de vida, resulta primordial un espacio físico ambiental adecuado, que bajo las distintas circunstancias, se promuevan condiciones para una vida digna, y de esta manera los /as adultos /as mayores puedan conservar en el mayor tiempo posible su autonomía física, mediante la adecuación de la planta física, aditivos de movilización y orientación, presencia de intervinientes como la iluminación y la ventilación, así como pisos antirresbalantes, pasamanos, agarraderos para tener apoyo y mayor seguridad.

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro N° 12

Aspectos que Afectan la Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado	
Sociales e Institucionales	<p>-Los mitos y estereotipos sobre la vejez influyen en las normativas de la institución (sumisión, represión), y de los servicios que se les ofrece y presta a los /as adultos /as mayores.</p> <p>-La limitación que tienen los /as adultos /as mayores para reconocer sus derechos bien sea por condicionantes personales, o por el asumir y creer los mitos y estereotipos que tiene la sociedad sobre ellos, hasta el punto de llegar a auto-percibirse, sin derechos prefiriendo callar y conservar una actitud sumisa y derrotista, actitud que resulta fortalecida muchas veces por las normativas institucionales.</p> <p>- Estudios producidos han demostrado que trasladar a un adulto mayor a una institución en contra de su voluntad y cuando ella esta mentalmente alerta, tiene efectos nocivos en la misma.</p> <p>- A las mujeres se les hace mas difícil la adaptación a una residencia para adultos mayores porque para muchas significa renunciar al domicilio propio y temen a la separación de la familia y al debilitamiento de las relaciones familiares.</p>
Estado de Salud	<p>-La dependencia física limita a los adultos mayores para tomar decisiones, sugerir, argumentar, oponerse, en fin, todas las posibilidades de asumirse como persona, el que depende físicamente se le limita mucho la autonomía psicológica. Este aspecto se convierte en un componente que genera mucha reflexión entre cuidadores y familiares, por dos razones. En primer lugar, bajo un concepto mal entendido de afecto o protección se fomentan conductas de dependencia, igualmente se incide negativamente sobre la autoestima de los /as adultos /as mayores cuando en aras de la ayuda física que se le proporciona, se violan los derechos humanos de decisión y expresión.</p> <p>-Los adultos mayores son más propensos a enfermar cuando, se les institucionaliza sin una preparación adecuada, cuando la decisión es ajena a ellos o cuando no han escogido libremente el traslado.</p>
Alimentación y nutrición	<p>-Una inadecuada alimentación y nutrición produce numerosas consecuencias en los /as adultos /as mayores, lo que disminuye su calidad de vida, entre las consecuencias podemos mencionar, alteraciones visuales como consecuencia de déficit vitamínicos. Heridas que tardan en cicatrizar y aparición de úlceras localizadas en zonas de presión (pacientes que permanecen durante mucho tiempo encamados y presentan niveles bajos de proteínas en plasma).</p>

Cuadro N° 12 Continuación	
Aspecto Económico	<p>-El aspecto económico es un componente fundamental que afecta a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado. Este aspecto depende del tipo de institución en donde se encuentre el adulto mayor ya que según numerosos estudios, las instituciones geriátricas son las encargadas de dispensar y satisfacer las necesidades de los adultos mayores por lo que resulta poco común que los mismos manejen cantidades de dinero para cubrir sus requerimientos diarios, estos requerimientos resultan satisfechos por los administradores de la institución, los sucesos que afectarían la calidad de vida de los adultos mayores varían dependiendo del carácter público o privado de la institución, si la institución es de carácter publico: Un factor seria la escasez de recursos económicos y técnicos destinados a los hogares, lo que genera inestabilidad. Si es una institución sin fines de lucro: El factor seria que a la misma no le lleguen los recursos provenientes de las donaciones, o por cualquier otro medio lo que produciría de igual forma inestabilidad lo que se traduce en una desmejora en el servicio prestado, y por ende en la calidad de vida del adulto mayor.</p>
Uso Del Tiempo En Actividades De Esparcimiento	<p>-El tiempo libre sin utilizar, comúnmente conduce a los /as adultos /as mayores a la apatía, aburrimiento con una perdida progresiva de la identidad, baja autoestima y auto- concepto. Específicamente, los adultos mayores que habitan en unidades gerontologicas experimentan un distanciamiento en relación con la corriente de vida de su propio grupo de pertenencia, por lo que en las instituciones se sienten privados de los estímulos adecuados, y tienen la impresión de que el tiempo es mas largo y que transcurre a un ritmo mucho mas lento.</p> <p>-Esta sensación de hastío puede eventualmente conducir tanto a los administradores de los hogares como a los mismos adultos mayores a buscar alternativas para matar el tiempo lo cual no deja de ser peligroso por la carencia de significado que ciertos estímulos pueden tener para los residentes. Se comprende que el esparcimiento es necesario en todas las épocas de la vida pero es importante detenerse a analizar que tan significativos son esos estímulos para las persona, dado al valor subjetivo que adquiere para cada uno o una.</p> <p>-Un elemento destacable es que por lo general, los programas para la utilización del tiempo libre, se centran especialmente en aquellas personas con capacidad física y emocional conservada, lo cual establece una barrera importante, en donde los residentes que conservan su autonomía, pueden elegir si lo desean por participar en varias opciones, mientras que los residentes con minusvalía y con dependencia física, no lo pueden hacer.</p>
Espacio Físico Ambiental	<p>-Las instituciones geriátricas que tienen un espacio físico ambiental inadecuado para los adultos mayores es aquella que tiende a atentar contra la seguridad de sus residentes, específicamente es aquella que carece de la iluminación, de una adecuada ventilación, de una estructura física adaptada para el adulto mayor, (pasamanos, pisos antiresbaladizos, etc) y las condiciones de higiene y saneamiento necesarias para mantener una apropiada calidad de vida.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Esta síntesis de la matriz da cuenta de los aspectos más significativos, que garantizan o afectan la calidad de vida de los /as adultos /as mayores institucionalizados nos pareció relevante en tanto constituyen insumos importantes para el estudio y análisis de la población adulta mayor residente en la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda.

CAPITULO VI
POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA EL
MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

CAPITULO VI
POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA EL
MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.

El siguiente capítulo busca dar a conocer las políticas y programas tendientes a mejorar la calidad de vida de los /as adultos /as mayores, teniendo en cuenta que para ello resulta fundamental contextualizar el rol que el Estado ha ejercido en materia de protección social para la población adulta mayor, por lo que se presentara una breve reseña del rol del Estado en América Latina y el Caribe en materia de atención al adulto mayor. Para luego abordar el Estado en nuestro país.

Esta contextualización resulta fundamental para el desarrollo de la presente investigación, por cuanto al conocer las políticas y programas que existen en el país en materia gerontológica se podrán dar a conocer las eficiencias y limitaciones de las mismas y de esta manera proponer las posibles recomendaciones, para las subsiguientes mejoras en lo que se refiere a la atención de esta población que se encuentra en franco aumento y que necesita respuestas factibles y oportunas para la atención de sus múltiples necesidades.

Rol del Estado y Políticas para la atención del Adulto Mayor en América Latina y el Caribe.

A principios de la década de 1990 e incluso antes, la mayoría de los países de América Latina iniciaron un acelerado proceso de replanteamiento del patrón de desarrollo que los caracterizó por más de cuarenta años.

La apertura hacia el mercado mundial, el retiro del Estado de la actividad productiva y el papel predominante del mercado en la asignación de recursos se convirtieron en los ejes de desarrollo de los países de la región. En el plano macroeconómico, el sector público otorgó prioridad al manejo equilibrado de las cuentas fiscales y al control riguroso de la oferta monetaria. En el plano social, las políticas de atención universal, abrieron paso a la focalización de los recursos

públicos en los grupos con mas carencias y, además, el sector privado extendió sus inversiones hacia la educación, la salud y la previsión social. (Aranibar, 2001, p. 50)

La focalización se convirtió en la principal estrategia de acción pública para enfrentar la pobreza de los grupos más desfavorecidos. Según Aranibar (2001) es un error entender la focalización como resultado del avance técnico alcanzado por la modernización de la acción pública en materia social. Su posicionamiento más bien sería una “consecuencia del tipo de desarrollo vigente en la región, el que ha producido segmentación y diferenciación social, convirtiendo la selectividad en un hecho insoslayable” (p.50)

De lo anterior puede afirmarse que existen distintos tipos de políticas públicas o sociales, según formas del Estado y su relación con la sociedad. Partiendo de la idea general de que las políticas sociales en su sentido más amplio, son formas de intervención del Estado en la sociedad. Varios autores han tipificado estas intervenciones de acuerdo a las características del sistema político.

Es así, como en una economía de corte neoliberal, las políticas sociales se caracterizarán por ser de carácter asistencial. Las preocupaciones distributivas tendrían un papel marginal y de carácter distinto al de la producción. Como contraparte encontramos el Estado solidario o de bienestar, caracterizado por ser distributivo, en el cual el Estado es el principal agente distribuidor. La preocupación es por la legitimación, por maximizar los principios de equidad en los procesos de distribución de bienes y servicios y la satisfacción de las necesidades básicas. “El Estado en este modelo, juega un papel importante, porque a través de las políticas sociales se producen o podrían producirse alteraciones significativas en el patrón vigente de la acumulación de distribución”. (Ramírez, 1999, p. 32)

Es importante destacar que las cuestiones de importancia escapan del análisis o la acción de los especialistas, y sólo empiezan a tomarse en consideración cuando el impacto de estos problemas sobre los patrones de desarrollo resultan

inevitables. En un mundo acostumbrado a planificar en términos de explosiones de natalidad, ha resultado difícil reconocer y ajustarse a las nuevas condiciones impuestas por una población en rápido proceso de envejecimiento.

Este parece ser el marco en que se han desarrollado las incipientes políticas de servicios dirigidas a los /as adultos /as mayores. Lamentablemente no se tiene información, sobre las características y magnitudes de las políticas, programas y servicios dirigidos específicamente a la población adulta mayor de la región. Una comprensión adecuada de la situación de los adultos mayores en América Latina requiere necesariamente al menos dos insumos.

En primer lugar, un catastro o investigación descriptiva de las políticas, programas y servicios públicos y privados disponibles para los /as adultos /as mayores en cada país, que permita establecer un enfoque común para adaptar datos comparables en el plano regional. Y el segundo punto requiere de un esfuerzo de más largo aliento, y se refiere al análisis y seguimiento comparativo de las políticas de vejez que comienzan a ponerse en marcha. Si hay algo importante que deba ser aprendido en lo sucedido en los países industrializados, específicamente los europeos, es la necesidad de contar con estos insumos antes que el envejecimiento se desarrolle plenamente.

Entre los años 1990 y 1997, la situación socioeconómica de los adultos mayores presentó mejorías, principalmente a causa del efecto positivo que en esos años tuvo el crecimiento económico. Esa mejoría fue particularmente importante en Brasil y Uruguay, los cuales agregaron reformas constitucionales que repercutieron en sus sistemas de seguridad social. (CEPAL, 2002, p. 78)

En algunos países, según Madariaga (2001) la reducción de la pobreza en hogares con adultos mayores se logró gracias al aumento (moderado) de la cobertura del sistema provisional y de la proporción de adultos mayores que trabajan; en otros, fue consecuencia de ambos factores y de las mejoras reales de los montos recibidos. (p. 38)

Al impacto de las reformas constitucionales ya mencionadas se sumó el del crecimiento económico registrado en los primeros años de la década, lo que facilitó la más alta incorporación de adultos mayores al mercado de trabajo; esta situación, a falta de protección social, resultó preferible a la carencia total de ingresos.

Según cifras manejada por Aranibar (2001, p. 53) Las áreas urbanas de Brasil, Chile, Costa Rica y Panamá registraron aumentos en todos o casi todos los conceptos que contribuyen a la mejoría socioeconómica: cobertura previsional, participación laboral, monto de las prestaciones previsionales y de los ingresos por trabajo. El comportamiento de esos cuatro factores fue disímil en Colombia, Ecuador, México y Paraguay. En términos de evolución de la pobreza, entre 1990 y 1997, ésta se redujo en los dos primeros países, mientras que aumentó en los dos últimos.

El distinto efecto de la crisis que ha venido afectando el crecimiento económico, permite conjeturar que el impacto negativo sobre el bienestar de los /as adultos /as mayores habría sido más adverso en los países con menor cobertura previsional, por cuanto su sustento depende principalmente de sus ingresos provenientes del trabajo y de los recursos de los hogares en que residen con otros miembros. En un contexto de aumento del desempleo y de reducción general de los ingresos, es probable un mayor deterioro de las condiciones de vida de los /as adultos /as mayores que no tienen protección social.

En cambio, en los países con mayor cobertura previsional el resultado neto en bienestar depende de la evolución en términos reales de las jubilaciones y pensiones, cuyos montos están sujetos a la inflación y al gasto público en seguridad social.

En lo que se refiere a la protección a la vejez en la región coexisten patrones de desarrollo que marcan diferencias y similitudes de importancia Según lo señalado por Jorge Tapia (1994) La percepción del adulto mayor, su entorno, sus

necesidades y la propia definición de quién es responsable por su atención es influenciada por la ideología y los valores en que se inspiran los mandos político-administrativos; hay semejanzas importantes derivadas de la situación general de subdesarrollo, que impide el establecimiento y mejoramiento de políticas de atención inspirados en valores de justicia y equidad social.

Los servicios públicos exhiben diferencias en sus niveles de profesionalización y capacidad para operar efectivamente. Estas diferencias condicionan el acceso a servicios –cuyo número y calidad varía de país en país– y de la capacidad potencial del sistema de servicios para responder oportunamente a las presiones derivadas de cambios demográficos rápidos y profundos.

La percepción es que la población adulta mayor se ve afectada por problemas que exigen establecer o expandir servicios sociales de apoyo que aseguren al individuo un alto grado de adaptabilidad e independencia funcional. La forma de satisfacer estas necesidades en condiciones socioeconómicas adversas se caracteriza por altos niveles de conflictos intersectoriales e intergeneracionales.

Los cambios en el patrón de desarrollo –específicamente en cuanto nuevos roles y restricciones del Estado– tienen una alta incidencia en las condiciones de vida del adulto mayor, y de los servicios que le son suministrados a los mismos, adoptando las siguientes características:

En la mayoría de los países, más de la mitad de la población adulta mayor no recibe jubilación, una importante proporción de ellos está inserto en el mercado laboral y, tanto en el caso rural como en el urbano, todos los de 65 años que permanecen en el mercado laboral formal son ocupados plenos, es decir, trabajan no menos de 30 horas semanales:

duración que equivale a 80% o 90% de la desempeñada por asalariados entre 50 y 59 años. En la mayoría de los países, esta participación laboral genera ingresos mensuales cercanos o inferiores a una línea de pobreza y representan, en promedio, entre 10% y 30% del

ingreso obtenido durante los últimos años de vida activa (Panorama Social, 2001-2002).

En la mayoría de los países latinoamericanos según reporta el Informe del Panorama Social, (2001-2002) los ingresos por jubilaciones o pensiones superan, en promedio, el valor de la línea de la pobreza; no obstante, entre un 50% y 80% de la población adulta mayor cubierta por los sistemas previsionales obtiene beneficios muy exiguos, situación que los mantiene en situación de alta vulnerabilidad.

A pesar de ello, estos ingresos atenúan y en muchos casos contribuyen a reducir en forma importante la desigualdad en la distribución del ingreso y la incidencia de la pobreza

Este escenario indica, que si bien en términos comparativos y de su situación socioeconómica, la población adulta mayor latinoamericana ha sido más favorecida que otros grupos etarios, se está lejos de una tercera edad dorada, económica y socialmente protegida, dedicada al esparcimiento, al descanso y al crecimiento personal.

El Rol del Estado Venezolano en lo Correspondiente a la Protección Social y al Mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

El estudio e investigación del Estado en Venezuela resulta fundamental para poder entender su influencia en el logro de bienestar en la población, a través de que políticas públicas, y en especial conocer cual ha sido su participación en la implantación de políticas sociales dirigidas a la atención del adulto /a mayor tendientes al mejoramiento de su calidad de vida.

En el año de 1958 se instaura en Venezuela el régimen democrático con el apoyo de todos los sectores que para el momento conformaban la escena política y económica del país, así como también se institucionaliza el sistema de planificación en Venezuela, por esta razón se crean las instituciones y un marco

jurídico y procedimental, que permitiese, a través del desarrollo de las políticas públicas dirigidas a alcanzar el bienestar de la población y con ello consolidar un sistema democrático. El consenso que permitió la instalación de este nuevo régimen democrático, no fue sólo sobre el modelo de la participación política, sino también sobre la orientación básica del desarrollo económico y social del país en el largo plazo y sobre la forma en la que debía intervenir el Estado para impulsar dicho proceso.

Para Absalón Méndez (1992) El Estado Venezolano ha cumplido y cumple todas y cada una de las funciones en que se desagrega del accionar en los campos políticos, económico y social. En la realidad, en la práctica diaria el Estado Venezolano luce autoritario, imperfecto en el cumplimiento de sus funciones con graves y grandes fallas y deficiencias tanto de carácter organizativo como funcional.(p. 78)

En este sentido se puede afirmar que el Estado Venezolano ha cumplido con sus funciones en el accionar político, económico, y social a través de las políticas públicas entendiendo por políticas públicas o estatales como“... aquel proceso a través del cual una política es formulada e instrumentada por el Estado y cuyo impacto está dirigido a un segmento mayoritario de la población.”(Ramírez:1999;28)

Otra definición de política pública es la realizada por Maingon, (1993) (Cit. p. Ramírez 1999, p. 28) la cual define a la política estatal o pública

como un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que sea de interés para otros actores de la sociedad civil. El estudio y análisis de la direccionalidad y normativa de la intervención del Estado a través de las políticas públicas entendidas así, es importante porque contribuye a mejorar y profundizar el conocimiento sobre el Estado. (p. 84)

El Estado ha tenido a su cargo, por razones diversas, la dirección y conducción del proceso de desarrollo nacional y el “...grado de progreso de las fuerzas productivas y las condiciones materiales de vida alcanzadas por el país es, en mucho atribuible a la intervención estatal’’. (Méndez:1992, p.79)

A partir de la afirmación de Absalón Méndez podemos deducir que el Estado si ha tenido su cuota de participación importante para el progreso y desarrollo del país, pero es significativo destacar que en este progreso, ha tenido un papel primordial, la estabilidad económica que por mucho tiempo desde que comenzó la explotación petrolera, fue experimentando el país.

El Estado Venezolano se inserta en una dinámica capitalista, pero más allá de toda consideración sobre el particular importa destacar que en Venezuela la *planificación quinquenal* señalaba el grado de intervención del Estado en la conducción del país. “ Un Estado que en un primer momento respondía a las clases dominantes, al capital nacional y extranjero, pero también por contradicciones del mismo sistema social, y en menor medida, a las aspiraciones sociales de los venezolanos”. (Méndez;1992,78)

Al hacer referencia a una menor medida a las aspiraciones sociales de los venezolanos, es en el sentido que de lo mucho que percibía el país, no era bien administrado y lo poco que se destinaba a la población era precisamente para evitar estallidos o explosiones sociales.

Eliz Freitez (2000, p. 103) afirma que en los últimos treinta años la actuación social del Estado venezolano estuvo reflejada en el gasto público, los egresos sociales de ese período permitieron el crecimiento de los sectores medios y el mejoramiento de las condiciones de vida aunque en forma inequitativa de grandes grupos poblacionales.

De modo que la sociedad venezolana en ese entonces disfrutó relativamente de salarios estables que se complementaban con el acceso parcial y fragmentado a servicios públicos y sociales, que al ser cubiertos por la renta petrolera, otorgaron una relativa estabilidad, a la situación social, política y económica del país.

Esta visión de Estado Benefactor no se mantuvo por mucho tiempo, ya que debido a muchos factores el Estado se inserto en una economía de mercado fundamentalmente capitalista.

Y esto lo afirma Eliz Freitez (2000) cuando expone que:

.. en el Estado contemporáneo Venezolano hay una redefinición del Estado – Mercado, cuya consecuencia más visible es que amplios segmentos de la población venezolana han quedado al margen del acceso a los recursos, al bienestar y a opciones de futuro; mientras que la elite financiera local trasnacionalizada, con la protección absoluta del Estado, se ha erigido en el actor fundamental e impone el sentido de la inserción en el nuevo orden, aceptando las condiciones de subordinación que devienen de la reconfiguración de la economía mundial. (p. 102)

Hay que destacar que el principal determinante del gasto público en Venezuela, es el ingreso petrolero que proporciona al país la mayor proporción de su ingreso fiscal, la creciente tendencia de los ingresos petroleros se tradujo hasta muy recientemente, en el crecimiento impositivo del gasto publico.

El tipo de gasto público que presentó mayor crecimiento en Venezuela desde 1958 hasta 1970 fue el gasto social Contreras (1991) señala que:

A partir de 1958 la preocupación gubernamental se orientó hacia los programas que mejorarían los niveles educacionales y de salud en la población los gastos dedicados a las funciones sociales aumentaron desde 10 % por ciento del gasto total en 1958 hasta 26,4 % por ciento en 1963, alcanzando su mayor importancia relativa en 1967, cuando llegaron a representar el 35,4% descendiendo a un 26.4% el bienio 1968 - 1969 recuperándose en los años siguientes hasta alcanzar el 33% en 1973, (p. 151.)

Luego de este periodo se empezó a denotar una disminución de los recursos destinados para el gasto social y esto debido al mal manejo por parte del Estado de los recursos de la nación, si anteriormente se podía administrar mal y aportar para el gasto social, esto fue imposible continuarlo con la crisis económica y por ende social que empezó a acentuarse para 1970.

Posteriormente, la agobiante deuda externa y sus consecuencias fiscales condujeron a un replanteamiento del sistema económico, tras la crisis de los años ochenta, cuando se incrementan los niveles de pobreza, se presenta una desaceleración y hasta un estancamiento en los principales indicadores sociales y un deterioro en todos los servicios básicos tanto en calidad como en cantidad. Trayendo consigo, un desmejoramiento en las condiciones de vida de vastos sectores de la población.

El costo social del primer ajuste fue significativo y no pudo ser compensado por los programas sociales diseñados en 1989 para aminorar sus efectos adversos sobre los sectores más pobres, no sólo porque su implantación fue en algunos casos tardía, sino porque no atacaron los problemas estructurales de la pobreza y los pocos años de crecimiento económico no lograron beneficiar a las grandes mayorías, y la implantación de un segundo ajuste pasados siete años (1996) y sin que en el tiempo transcurrido se hubieran sentido los efectos del crecimiento sobre la mayoría de la población, han profundizado la crisis social hasta los actuales momentos alcanzando no solamente a los sectores más pobres del país sino también la clase media.

Ante el agotamiento del viejo modelo, (Estado de Bienestar) se presentó como propuesta para América Latina, una reforma estructural de corte “neoliberal”. Dentro de este contexto, el papel del Estado en la economía era cuestionado, criticando así su carácter de benefactor. Rodríguez, B. (2000) al referirse a la corriente neoliberal, señala:

El pensamiento neoliberal, asigna a la capacidad de autorregulación del mercado, las condiciones básicas de funcionamiento de la economía, en este orden de ideas la acción pública debe sólo atender aquellos aspectos normativos y operativos que garanticen un clima de estabilidad social y política a los diferentes agentes económicos. (p. 328)

Con el ajuste estructural, en la región, se proponía un modelo que buscara lograr la modernización económica, para ello era necesario seguir un conjunto de políticas, dentro de las cuales se planteaban la racionalización del Estado y la

privatización para reducir el gasto público. Ahora bien a partir de 1999 cuando asume el poder en Venezuela el actual mandatario Hugo Rafael Chávez Frías, este conjunto de políticas de ajuste estructural que comprendían la privatización y el desplazamiento del Estado, son dejadas a un lado y comienza a perfilarse nuevamente, la visión de Estado benefactor o Estado de Bienestar, caracterizado por una amplia participación del Estado en todos los aspectos del acontecer nacional.

Políticas de Protección a la Vejez

Ahora bien cabe destacar que en nuestro país las políticas tendientes a la atención de los adultos mayores se han concretado en los planes de la nación los cuales han registrado de manera muy genérica lo que corresponde a la protección de la vejez.

Desde el III plan de la Nación, se contemplan algunas acciones dirigidas a la población adulta mayor, los principales planteamientos se basaron en la creación de nuevas fuentes de empleo pero estos planteamientos no reforzaron ni permitieron acciones para la atención de los adultos mayores. (Ramírez, 1999, p. 47)

Por lo que es en el IX Plan de la Nación en donde se incorpora enunciados macros, y específicamente se dictamina lo siguiente:

La política dirigida a ancianos desprotegidos, tiene carácter integral y articulará en las residencias geriátricas, programas de complementación alimentaria, distribución de medicamentos y ayudas económicas, bajo la coordinación del INAGER. (Instituto Nacional de Geriatria) (CORDIPLAN)

Cabe destacar que las políticas para atender a la vejez tenían como directrices lo contemplado en la ley del Seguro Social, en lo referente a las pensiones de vejez, determinadas por el numero de cotizaciones, y por años de edad, las pensiones jubilatorias se determinaban por la acumulación de un número de años de servicios, también se encontraron las ayudas económicas en cantidades fijas otorgadas por el INAGER, y las iniciativas en su momento de varias

gubernaciones y /o alcaldías de programas de atención a los adultos mayores. (Ramírez, 1999, p.48)

Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología (INAGER)

El Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología, Denominado "INAGER", fue creado hace mas de treinta años, es un instituto autónomo que tiene como función diseñar, ejecutar y evaluar las política, planes y programas de atención integral de la población de 60 (sesenta) años y más (tal y como fue establecido en el IX plan de la nación), con la participación solidaria de la familia y la sociedad, en concordancia y de acuerdo a los planes que establezca el Ejecutivo Nacional, por otra parte Las instituciones públicas o privadas que se dediquen a la protección y asistencia del adulto mayor , deberán obtener para su funcionamiento autorización del Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología. Dichas instituciones estarán sometidas a su control y vigilancia en los términos establecidos en la Ley de Servicios Sociales.

Los beneficiarios de los servicios del INAGER no son otros que los venezolanos y los extranjeros con residencia permanente en el país, que sean mayores de 60 años, que presenten insolvencia económica, la cual se determinara mediante estudio socio-económico, en el cual se tomaran en cuenta como causas determinantes, la avanzada edad, el desamparo familiar y cualquier otro familiar u otro similar sin que esto menoscabe el derecho de cualquier otro adulto mayor de 60 años o más, que requiera asistencia. (INAGER, 2004)

El INAGER tiene como **misión** garantizar el bienestar integral de los adultos mayores, incorporando e integrando a la familia, la comunidad, organizaciones publicas y privadas, internacionales, regionales y locales, con intereses y competencias en la problemática de los adultos mayores en Venezuela. Y tiene como **visión** consolidarse como un organismo capaz de satisfacer las demandas de la población de 60 años y más con requerimientos de los programas sociales del Estado, basados en los principios de eficacia, excelencia, corresponsabilidad

y Justicia Social, para la autorrealización, autonomía, productividad, respeto y dignificación de los adultos y adultas mayores.

Para la atención de los adultos y adultas mayores El INAGER emprende varios programas entre los que se encuentran :

Cuadro N° 13

Programas Llevados a Cabo por el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología		
Programa	Objetivo	Población
Programa de Aldeas de Atención Integral al Adulto Mayor	Proporcionar al anciano, un programa de actividades que estimulen su intereses y habilidades y a su vez los mantengan incorporados de una forma diaria en su círculo familiar y social, retardando el posible proceso de deterioro que en ocasiones se produce por el aislamiento de la sociedad en que viven.	Personas a partir de 60 años y más, previamente calificadas mediante estudio socio-económico, que demuestren la insolvencia económica.
El Programa Gerogranjas	Brindar atención integral a los adultos y adultas mayores de las áreas urbanas y rurales del país, mediante su participación en actividades: agropecuarias, artesanales y recreativas, a través de la aplicación de técnicas de laborterapia.	Adultos de sesenta años (60) y más, que manifiesten voluntariamente el deseo de participar en las actividades que ofrece el Programa Gerogranjas y que estén física y mentalmente sanos.
Programa de Ayudas Económicas	Conceder ayudas económicas a personas previamente calificadas mediante estudio socio-económico, a partir de 60 años y más, que presenten insolvencia económica y desamparo familiar.	Personas a partir de 60 años y más, previamente calificadas mediante estudio socio-económico, que demuestren la insolvencia económica y el desamparo familiar.

Programa de Salud Integral	Satisfacer las necesidades de la población de adultos mayores desde el punto de vista multidisciplinario de salud. Personas a partir de 60 años y más, previamente calificadas mediante estudio socio-económico, que demuestren la insolvencia económica.	
Programa	Objetivo	Población
Programa de Asistencia Jurídica	Dar cumplimiento al Art.1° y 30 de la Ley de Creación del Instituto Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria Nro. 2303 de fecha 1 de septiembre de 1978 y reformada posteriormente según Gaceta Oficial Nro. 36.527 del 28 de Agosto de 1998.	<ul style="list-style-type: none"> · Venezolanos y extranjeros con residencias permanente en el país. · Mayores de sesenta años.
Programa Atención Social	Brindar atención y protección Integral a la población Adulta mayor, en articulación con la familia y la comunidad; orientados al mejoramiento de su calidad de vida.	Adultos y adultas de sesenta años (60) y más, que manifiesten voluntariamente el deseo de participar en los programas y actividades que ofrece el programa.

Fuente: Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (2005)

Por lo que podemos observar el Estado a través del INAGER y sus programas atiende y otorga protección social a los adultos y adultas mayores pero resulta importante destacar que todavía nos encontramos con un grupo significativo de adultos mayores que no tuvieron y no tienen acceso a estas políticas sociales tendientes a mejorar su calidad de vida.

Venezuela ha presentado un gran crecimiento, la población de adultos mayores de 60 años se estimó en 1,66 millones de personas para el año 2001. Por efecto del aumento de la esperanza de vida, las tendencias demográficas permitieron proyectar un rápido crecimiento de la población adulta mayor de 60 años, la cual debería alcanzar aproximadamente 2,5 millones de personas en el año 2010, elevándose a casi 4,7 millones en el 2025, para alcanzar un poco más de 9 millones en el 2050. (Instituto Nacional de Estadística, 2004)

Las cifras anteriormente mencionadas significan según estimaciones del INE, un crecimiento anual en los próximos 50 años proyectado de más de 3,43% en la población adulta mayor de 60 años. Tomando en cuenta que esta es una población con necesidades, problemas y con unas débiles políticas de seguridad y asistencia social que dificultan una adecuada calidad de vida. (Instituto Nacional de Estadística, 2004)

Una investigación realizada por Reyes y Sánchez (2002) de la Universidad Francisco de Miranda de la ciudad de Coro, sobre la correspondencia y pertinencia entre las políticas y programas sociales para la tercera edad implementadas por los organismos gubernamentales del país y las necesidades reales del adulto mayor, arrojó como resultado la existencia de una baja correspondencia entre las políticas y programas y las necesidades y problemas reportados por la investigación gerontológica.

Los programas, actividades y acciones desarrollados por los organismos gubernamentales para la atención integral del adulto mayor, se polarizan a satisfacer las necesidades fisiológicas (salud y alimentación), minimizando la satisfacción de otras necesidades básicas de igual importancia para el bienestar social del adulto mayor (afectivas, recreativas, educativas, de trabajo y seguridad económica).

La Seguridad Social y los Sistemas Protectivos al Adulto Mayor en Venezuela

La seguridad social, comprende todas las formas de acción social públicas y privadas, orientadas a la protección de la sociedad. La protección social se garantiza con el desarrollo de los principios de universalidad, integridad, solidaridad y unidad. Las formas de acción social que históricamente el ser humano ha ideado para su protección social, tales como, la calidad, la filantropía, la beneficencia, la asistencia social, los subsidios familiares, los seguros sociales,

se integran con carácter de instituciones e instrumentos en un solo sistema protectorio: La seguridad social.

El IVSS se convirtió en el principal instrumento o centro de la seguridad social en Venezuela por mucho tiempo. Existe una diferencia entre el término seguridad social y el seguro social, una relación de género a especie, como ya se explicó. La seguridad social en los actuales momentos según lo establecido en la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela, y en la Ley Orgánica de Sistemas de Seguridad Social, es integral, de carácter universal, mientras los seguros sociales son parciales, cubren sólo a una parte de la población, los trabajadores en relación de dependencia y por tanto los que pertenecen al sector formal de la economía. (Gutiérrez, 2004, p.125)

El modelo venezolano adoptó los principios de solidaridad, universalidad e irrenunciabilidad de las prestaciones de seguridad social. En este sentido, la seguridad social abarca renglones no cubiertos por el Seguro Social, para ello el Estado ha sostenido paralelamente un programa de asistencia a la población a través del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (de carácter universal, no tomando en cuenta la capacidad contributiva del ciudadano). Este programa está enfocado a la salud y a las pensiones mínimas de la población carente de recursos. En lo referente a las pensiones mínimas, éstas son otorgadas a la población indigente, mayor de 65 años.

Desde el mismo nacimiento de la seguridad social en Venezuela se presentaron problemas de orden interno, propios del modelo escogido que hicieron difícil una viabilidad sostenida. El problema para implementar al seguro social fue la nota resaltante. La Ley establecía teóricamente unos presupuestos y en la práctica el desempeño era muy distante.

Con respecto a la caracterización general del marco que permitió la creación de políticas iniciales para la protección de la vejez en Venezuela, nos encontramos con la existencia en el país de una práctica común y generalizada: la de crear leyes

que no pueden aplicarse tal como han sido concebidas o que nunca entran en vigencia. Se trata de un rasgo cultural del país, dar respuestas cortoplacistas a problemas coyunturales, a través de la formulación de políticas programas o leyes, que después resultan de escasa o ninguna aplicabilidad.

Resulta fundamental comentar de forma breve cuales fueron los inicios de las políticas de atención al adulto mayor, al respecto Gutiérrez (2004,) afirma que merece especial atención la Ley del Trabajo de 1936 y la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral de 1997. (p. 138)

Si bien es cierto que la Ley del Trabajo de 1936 en sus artículos 127 y 130 se refiere al Seguro Social Obligatorio, no es sino hasta 1945 cuando se crea el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. En 1940 se promulga la Ley del Seguro Social Obligatorio, la cual comienza su actividad en 1944, siendo objeto posteriormente de algunas reformas. El Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio, promulgado en 1951, se considera realmente como el punto de partida del sistema de seguridad social en Venezuela. (Gutiérrez, 2004, p. 139)

Al comienzo IVSS atendía: el seguro de enfermedad, maternidad, las indemnizaciones diarias, los accidentes laborales y las enfermedades profesionales. La primera ley que incorpora los riesgos de vejez, invalidez, muerte, supervivencia, además de los ya expresados, se promulga en 1967. La reforma de 1991 adecua la regulación de estos seguros a la Ley Orgánica del Trabajo.

Tal y como se señala, la creación del Seguro Social en Venezuela no condujo a la creación de las pensiones de vejez en forma automática. El Instituto en sus inicios se dedicó exclusivamente a la prestación de salud, Afirma Ferrer (1984) “...que fue en 1968 cuando crea el sistema de pensiones de vejez. **Este vacío en materia de protección ante la vejez trajo consigo la aparición de una cantidad de instituciones y duplicidad de regímenes.**” (p. 76)

Después de muchos años de marchas y contramarchas en materia de seguridad social se da en un primer momento 1989 – 1.993. un conjunto de Programas de ajuste macro-económico

Posteriormente de 1993 a 1998 se dan una serie de cambios como lo fue la reforma de la Ley Orgánica del Trabajo.

Posteriormente se logra un acuerdo nacional para reformar al sistema en general y con ello al sistema de pensiones de vejez. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSSI) fue promulgada el 30 de diciembre de 1997 y las leyes especiales de los sub.-sistemas con la consecuente propuesta de eliminación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSSI) fue concebida como un instrumento jurídico marco, destinado a trazar los grandes lineamientos de un nuevo sistema de seguridad social en Venezuela. (Méndez, 2002, p.29)

Esta reforma estuvo inspirada por el paradigma neoliberal, las recomendaciones de los organismos multilaterales (Banco Mundial y FMI) y siguió el ejemplo de las reformas llevadas a cabo en el resto de los países de América Latina. En este caso, se observa la influencia directa de los factores externos para cristalizar la reforma, obviando los tan importantes factores internos.

Si bien la reforma de 1997 estuvo inscrita en el contexto de las reformas estructurales propuestas para América Latina, recomendadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional; la reforma del 2002 obedece al cambio del modelo político venezolano.

La reforma del 1997 obedeció a factores externos, donde el predominio de lo económico y financiero fue la nota resaltante. En el caso de la nueva reforma del 2002, aunque no se prescinde del factor económico, el factor político se superpone. La LOSSI fue derogada por la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSS) publicada en gaceta oficial el 30 de diciembre de 2002 se inspira en la Constitución de 1999, específicamente en su artículo 86:

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo; que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales y bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una Ley orgánica especial. (Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela)

Es importante señalar que la seguridad social tanto en Latinoamérica como en Venezuela, está atravesando una situación de financiamiento deficitario y de escasa cobertura. Un déficit que se atribuye a la falta de crecimiento económico, los bajos salarios, evasión, mora, excesivos gastos administrativos, generosas prestaciones, e inadecuados manejos administrativos.

Por lo que puede afirmarse que, los sistemas que se emplean para dar seguridad económica a los adultos y adultas mayores, se encuentran en una situación cada vez más difícil, y esta situación tiende a agravarse aún más con la rápida transición demográfica causada por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, lo que ha hecho que la proporción de adultos /as mayores en la población venezolana este aumentando aceleradamente.

La tendencia hacia la longevidad representa un factor real que incide sobre las instituciones de la seguridad social, pero Méndez (2002) afirma que no debe utilizarse como justificación la tendencia hacia el envejecimiento de la población para la introducción de cambios en las estructuras de los sistemas de seguridad social;

porque paradójicamente la seguridad social fue pensada para eso para atender una masa importante de la población vieja. ¿cuál es el efecto que tiene el envejecimiento de la población en la seguridad social?, indudablemente disminuyen los ingresos y se incrementan los egresos, puesto que la población envejecida se desincorpora de la fuerza de trabajo y deja de cotizar a la seguridad social y, a cambio, comienza a ser un sujeto pasivo totalmente dependiente de las instituciones de la seguridad social. (p. 28)

En Venezuela la nueva reforma se plantea dentro del modelo público y bajo la modalidad de financiamiento colectivo. En otras palabras, no se reforma el modelo de financiamiento, lo que se reforma es la institucionalidad, se amplía la cobertura y se plantean nuevos parámetros para el acceso y disfrute de los beneficios.

En lo que se refiere al papel que tienen los adultos mayores en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, encontramos la existencia de seis regímenes prestacionales, en lo que respecta a la materia de protección a la vejez esta el régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, y el régimen Prestacional de pensiones y otras asignaciones económicas. (Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social).

El régimen prestacional de pensiones y otras asignaciones económicas comprende por un lado las **prestaciones**, estas se corresponden con las pensiones por vejez o jubilación, discapacidad parcial permanente, discapacidad total permanente, gran discapacidad, viudedad, orfandad, indemnizaciones por ausencia laboral, asignaciones familiares y subsidio, pensión por vejez o jubilación

Por otro lado la pensión por vejez o jubilación será de financiamiento solidario, cotizaciones obligatorias, beneficio definido, aseguramiento colectivo, régimen financiero de prima media general (capitalización colectiva), base contributiva entre 1 y 10 salarios mínimos urbanos, con una administración pública de los recursos.(Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social)

Ley De Servicios Sociales

La ley de Servicios Sociales es otra de las leyes realizadas para la protección de los adultos y adultas mayores la cuál fue aprobada en Septiembre de 2005, tiene por objeto definir y regular el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, su rectoría, organización, funcionamiento, financiamiento, determinación de las prestaciones, requisitos para su obtención y gestión, de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela.

En el marco de lo previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, se reestructurará el Instituto Nacional de Geriatria y Gerontología (INAGER) creado por la Ley publicada en la Gaceta Oficial número 2303 de fecha 01 de Septiembre de 1978, a fin de reelaborar su misión y visión, y dotarlo de una estructura organizativa, competencias, funciones y cargos capaces de poner en ejecución las nuevas competencias que le asigna esta Ley y la Ley Orgánica de Seguridad Social, así mismo se procederá a cambiarle el nombre por el de Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS).

Ahora bien es importante mencionar que un estudio presentado por la subcomisión de seguridad social de la propia Asamblea Nacional, prevé primeramente un envejecimiento acelerado de la población venezolana, y posteriormente, un deterioro en la capacidad de generación de empleo en la economía, factores estos que incidirán directamente en la iniciación del nuevo sistema de seguridad social. (Gutiérrez, 2002, p. 170)

Según lo afirmado en el párrafo nos encontramos con una seguridad social que a corto plazo será insuficiente para la atención, y para la mejora de la calidad de vida de los adultos y adultas mayores que se encuentran en el país, entendiendo que la seguridad social es uno de los mecanismos que tiene el Estado para garantizar un mayor bienestar en la población.

Podemos observar que con la nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, una reconsideración de los niveles de compromiso que, asume el Estado y la Sociedad Civil para con el adulto /a mayor, ahora bien, apartando las buenas intenciones se hace necesario aumentar la cobertura de la seguridad social y buscar mecanismos para la plena aplicación de la ley, y de esta forma evitar que se debiliten los principios que la han identificado y no dar pasos hacia nuevas formas sustentadas en el individualismo y en los sistemas de capitalización individual, formas que no contribuyen a afirmar el compromiso humano solidario, reforzando la pérdida de valores que afectan los derechos de los adultos y adultas mayores.

CAPITULO VII
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES E
INSTITUCIONES CATÓLICAS ENCARGADAS DE LA
ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN VENEZUELA

CAPITULO VII
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES E INSTITUCIONES
CATÓLICAS ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN DEL ADULTO
MAYOR EN VENEZUELA

En el presente capítulo se hace referencia a las Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones Católicas encargadas de la atención del adulto /a mayor en Venezuela, por lo que se ahondará en los orígenes de las mismas y sus principales características. Este capítulo resulta de vital importancia para la presente investigación, ya que de esta manera se podrá contextualizar como se han venido creando las diferentes Casas Hogares en nuestro país para la atención de la población adulta mayor.

Organizaciones No Gubernamentales Sin Fines de Lucro

En Latinoamérica, y más específicamente en Venezuela existen múltiples tradiciones de voluntariado y de caridad, así como de ayuda mutua y de solidaridad con los menos favorecidos. Tales tradiciones están presentes en las diversas culturas indígenas, en las diversas confesiones religiosas, y entre las múltiples asociaciones de inmigrantes que llegaron a estas tierras en busca de mejores oportunidades.

La caridad y la solidaridad han sido elementos fundamentales para las sociedades de ayuda mutua, sindicatos y gremios que surgieron en los siglos XIX y XX, y para los diversos movimientos sociales que emergieron en la segunda mitad de este último siglo. (Sanborn, 2004, p. 10)

Estas múltiples expresiones de solidaridad hacia los excluidos, necesitados y desposeídos, se encuentran en su mayoría bajo la forma de fundaciones y organizaciones sin fines de lucro, muchas de ellas se identifican principalmente con las actividades caritativas de la iglesia católica y de las elites económicas, actividades estas que se han orientado históricamente a aliviar la situación de selectos grupos de pobres y marginados, pero sin aspirar a transformar un *status quo* desigual e injusto.

Entre las principales instituciones o grupos organizados dedicados a la atención de los grupos más vulnerables o desposeídos de la sociedad (adultos mayores, niños, personas con discapacidades, etc.) encontramos:

Las instituciones organizadas por la sociedad civil, bien sea en el contexto empresarial o aquellas surgidas desde el seno de las comunidades, han registrado un incremento significativo en la región durante la última década, si por ello consideramos el número de nuevas fundaciones y de programas de filantropía corporativa directa que han aparecido en las sociedades latinoamericanas.

En términos de las **fundaciones latinoamericanas**, existe una gran heterogeneidad detrás de esta figura legal, pero hasta ahora según estudios se han identificado relativamente pocas (346 en siete países) que son privadas, autónomas en su gestión, y que poseen algún patrimonio propio. De este grupo, el 76% (264 fundaciones) hacen donaciones a terceros como parte de sus actividades. (Sanborn, 2004, p.18)

La educación y la capacitación es una de las prioridades de la mayoría de las fundaciones y empresas de esta región, aunque también figuran entre sus objetivos

la asistencia social, el desarrollo comunitario, la promoción del arte y la cultura, la salud y la protección del medio ambiente.

En términos de beneficiarios, los *niños y jóvenes* figuran como los principales beneficiarios de las fundaciones u Organizaciones No Gubernamentales, seguidos por los pobres y vulnerables en general y la población residentes de localidades específicas. En la práctica, sin embargo, mucha de las nuevas *Organizaciones no parece tener un efecto social redistributivo*, y una parte importante termina reforzando las grandes brechas sociales de esta región.

En términos de objetivos, la asistencia social, la caridad y la reafirmación de la fe religiosa siguen siendo las motivaciones de la mayor parte de las fundaciones en América Latina.

La Esfera Corporativa: Filantropía y Responsabilidad Social

Durante la última década, la mayor cantidad de recursos de las Organizaciones No Gubernamentales con o sin fines de lucro, Fundaciones, etc. Que están constituidas en América Latina, provienen del mundo empresarial.

Rubio (2000) afirma que “Encuestas realizadas en Argentina, Brasil, Chile, Perú y Colombia muestran que entre el 80% y el 95% por ciento de las grandes corporaciones cumplen un gran rol en materia de responsabilidad social”, las cuales se manifiestan en donaciones financieras o en especie, programas de voluntariado entre sus empleados, operación directa de programas sociales, la creación de fundaciones etc.

Estudios realizados en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú revelan que las empresas y sus líderes son los principales promotores de las nuevas fundaciones en la región. En este contexto, los empresarios en Brasil y Colombia parecen ser los más dinámicos en cuanto a su inversión en lo social.

Si se dirige la mirada hacia otras sociedades de la región, se encontrará que los empresarios han asumido un mayor protagonismo también en Argentina, México, y específicamente en Venezuela y algunos países de Centroamérica: la creación de nuevas fundaciones, su conversión en líderes de asociaciones, el auspicio de ONG para la promoción de las diversas formas, como el caso pionero del Centro Mexicano para la Filantropía (CEMEFI), dan cuenta de este renovado impulso filantrópico en América Latina. (Sanborn, 2004, p.30)

En cada país, este protagonismo en el terreno social está ligado a importantes cambios de naturaleza más amplia que se están produciendo en las relaciones generales entre el Estado y la sociedad. Aunque estos cambios varían según el país al cual se esté haciendo referencia.

Fundaciones Religiosas

En medio de las dramáticas crisis y transformaciones sociales experimentadas por los países latinoamericanos, la función social de la Iglesia católica parece ser la característica más resaltante en lo que respecta a fundaciones o instituciones de carácter filantrópico o de asistencia a los más necesitados. Las parroquias, los colegios católicos, las casas-hogares para adultos /a mayores y otras organizaciones caritativas siguen siendo los principales beneficiarios de las donaciones individuales y del trabajo voluntario en esta región, así como también de diversas formas de subsidio público y de las donaciones organizadas.

Es importante destacar que las instituciones asistenciales de inspiración católica se mantienen entre las iniciativas filantrópicas más grandes en la región, tanto en términos de la movilización de recursos implicada, como de la cobertura geográfica y social alcanzada.

Un ejemplo de ello es según lo reporta Rubio (2000):

El Nacional Monte de Piedad (NMP) en México, organización fundada hace 228 años, la cual aporta aproximadamente el 40% del valor de

todas las donaciones hechas por fundaciones privadas en su país y atiende a más de ocho millones de personas al año a través de 80 sucursales.

De un origen más contemporáneo Rubio (2000) se encuentra

El Hogar de Cristo en Chile, fundado en 1944 por el Padre Alberto Hurtado. En el año 2001, el Hogar ofreció 848 programas de ayuda social, ayudando a más de 28,000 personas pobres y marginados, con la movilización de 112,000 voluntarios y 568,327 socios donantes.

Además de su amplia cobertura, el Hogar de Cristo chileno expresa una visión del desarrollo que claramente va más allá de la caridad tradicional, pues sus programas enfatizan el desarrollo comunitario y la superación de la pobreza a través de la educación y el trabajo.

Las parroquias y entidades asistenciales asociadas a la Iglesia católica continúan siendo las receptoras más importantes de las donaciones así como también del trabajo voluntario.

Acción Social de la Iglesia Católica en Venezuela

La Iglesia, institución fundamental del proceso de la dominación española en América, constituyó un factor de gran relevancia que cohesionó las estructuras en donde obtuvo su apoyo el sistema monárquico, pudiendo mantener por más de 3 siglos su hegemonía sobre las colonias americanas. La tradición de la Iglesia católica española, unida a la pujanza temporal adquirida a través de la legislación y la realidad americana, permitieron que el elemento religioso tuviese un enorme poder decisivo en América.

Esa temporalidad se manifestó en 2 vertientes: en la intervención financiera de la Iglesia, y en la actividad de beneficencia que ella realizó, como resultado de lo primero.

Mora (1985) reporta que es en el siglo XVII cuando se inicia en forma sistemática la creación de centros poblados con una mayor organización y por ende, los requerimientos de la población se hacen mayores en cuanto a hospitales, hospicios, escuelas, etc.

En 1695 se emite una real cédula sobre hospitales, para que los obispos se encargasen de la labor cumplida por los mayordomos de los hospitales en toda América y de supervisar la parte económica de esos institutos a fin de utilizar las rentas de los mismos en beneficio de los enfermos. (p. 60)

A pesar de la precaria situación económica de los habitantes de las ciudades, muchas personas en trance de muerte, deseando lograr la salvación de su alma, hicieron donaciones para ciertas obras pías. Varios de los servicios sociales de las comunidades hispanoamericanas estaban dirigidos o fiscalizados por el clero. Este fundaba y mantenía escuelas, hospitales y asilos, los cuales soportaban su carga económica con los fondos piadosos donados por eclesiásticos y laicos.

“...estas donaciones mas que un acto de filantropía se entregaban con un fin de tipo personal la salvación del alma del donante y sus allegados. Siendo éste el origen de las obras pías”. (Zúñiga, 1963, p. 73)

Estas obras de carácter piadoso, caritativo o filantrópico tienen la administración y vigilancia permanente de la Iglesia, la cual disponía para su sostenimiento de las rentas, pero no del capital; cumplían una función caritativa y esos bienes no podían ser utilizados para fines distintos a los establecidos por el donante, manteniéndose así la perpetuidad de los bienes.

En el siglo XVIII aumentaron considerablemente las obras sociales realizadas por la Iglesia, pues la bonanza económica de las provincias, basadas en la economía del cacao, producto que lograba excelentes precios tanto en Europa como en América, estimuló a los donantes, en su mayoría pertenecientes a la clase de los criollos (dueños de fincas y esclavos) a destinar parte de sus bienes a la fundación de obras de carácter social.

La religiosidad de esa época influyó en forma notable en el comportamiento de la sociedad colonial y se hicieron muy frecuentes los donativos para ayudar al culto. Misas, procesiones y demás fiestas religiosas eran sufragadas por los feligreses. Pero a la vez se daba dinero para establecer obras destinadas a un bien social; como el caso de los hospitales. Mora acota (1985) que:

Los fundados por los poderes públicos fueron muy pocos; la mayoría debieron su origen a donaciones hechas por particulares a la Iglesia, y ésta los administraba; eran sostenidos por la caridad pública y por las rentas obtenidas de diezmos, peleas de gallos, juego de naipes, corridas de toros y venta de guarapo, entre otros. (p. 60)

Muchas haciendas fueron donadas (en vida o por testamento) para beneficencia. En términos generales los hospitales coloniales sufragaban sus gastos, en parte, con el producto de las haciendas que habían dejado sus propietarios para tales fines. “Como los hospitales, hospicios e institutos religiosos y educacionales cumplían funciones de préstamos de dinero a interés, lo cual se denominaba censo; casi siempre este dinero colocado a censo, que cobraba un interés no mayor del 5% anual, era utilizado en obras de beneficencia.” (Rodríguez, 1953, p.163)

Una de éstas era el otorgamiento de dotes a jóvenes del sexo femenino que desearan contraer matrimonio o ingresar a un convento, únicos destinos de la mujer de entonces. En algunos testamentos se fijaban personas de la familia para optar a las dotes, pero en otros eran legados abiertos, de verdadero contenido social, que prestaban ayuda a cualquier persona que realmente la necesitara y así pudiera comprobarlo. (Rodríguez, 1953, p. 170)

Entre los hospitales coloniales en cuyo sostenimiento colaboraban las fincas de obras sociales, se encuentran: 1) el Santo Hospital y Hospicio de Nuestra Señora de la Caridad, de Caracas, que se mantenía con los bienes de la hacienda-obra pía de San Nicolás, en Cocorote, jurisdicción de San Felipe; 2) el hospital de San Pablo, en Caracas, el cual recibía la ayuda de la hacienda obra-pía de Cata; 3) el Hospital San Juan de Dios, de La Guaira, fundado por Josefa de Gorlis, contaba

con las rentas de la hacienda Todasana, en el litoral central; 4) el hospital de Guanare se sostenía del producto de unas casas-tiendas (combinación de casa de vivienda y negocio) construidas en terrenos del mismo hospital. (Mora, 1985, p. 100)

En cuanto a conventos, el de la Purísima Concepción, de Caracas, recibía el aporte de 3 haciendas: una situada en los valles de Ocumare, otra en los de Santa Lucía y la tercera en el valle de San Nicolás, jurisdicción de Barquisimeto. Las cofradías por su parte cumplían amplias actividades de beneficencia.

A través de las cofradías se crearon y funcionaron escuelas, cumpliendo una labor social en la comunidad, como fue el caso de las cofradías del Montón, en Carora. Por ser esa una zona eminentemente ganadera caracterizada por tener hatos de ganado mayor, en las ordenanzas relativas a la creación de esas escuelas en Carora se establecía que la cofradía que allí fundara una escuela debía tener un determinado número de yeguas, con el fin de poder garantizar el pago de maestros y otros gastos. (Rodríguez, 1953, p.175)

No sólo se establecían escuelas públicas con los bienes de las obras sociales y cofradías, sino que organizaciones solicitaron ayuda para fundar institutos educacionales. Parte del usufructo de la obra pía de Cumanibare, hacienda situada en jurisdicción de Barquisimeto, se utilizó para préstamos a la Compañía de Jesús, con el fin de edificar un colegio en un solar propiedad de los jesuitas. Algunas de esas obras pías se destinaban a fundar capellanías, para lo cual se utilizaba una suma cuya renta pasaba a manos del eclesiástico que estuviere ejerciendo el cargo de capellán en el sitio escogido por el donante. (Zúñiga, 1963, p. 73)

Las personas que fundaban iglesias, monasterios, ermitas, hospitales, escuelas o colegios en América y mas específicamente en Venezuela, por iniciativa propia pero con autorización real, tenían el derecho de ejercer el patronato, bajo la jurisdicción del obispo, consistiendo dicho patronato en un cúmulo de deberes, derechos y privilegios otorgados al fundador.

La actividad agropecuaria de los años de 1800 específicamente la exitosa producción de cacao, fue la principal representante de las donaciones de obras de beneficencia. Los blancos criollos, detentadores del poder económico de esa época, trataban de unir a su prosperidad material su seguridad espiritual y por ello se desprendían de cierta cantidad de dinero con el fin de que fuera utilizado en obras benéficas.

A medida que transcurría el tiempo no sólo los blancos criollos hacían estos donativos: también los pardos, que habían ido escalando mejores posiciones en el ámbito económico, se vanagloriaban de ello y la materializaban en la entrega de limosnas y donativos destinados a alguna obra piadosa o de beneficencia. Aparte de la función financiera y la labor de canalización de ciertas obras de tipo social que fiscalizaba la Iglesia, ésta también se vio involucrada de alguna manera en una actividad de gran contenido social: la instrucción colonial; “no sólo por cuanto fundaba escuelas y se ocupaba de su progreso, sino porque inició el sistema de becas de estudio, que funcionaba bajo la denominación jurídica de obra patrimonial, es decir, obra sostenida con el patrimonio o herencia de una persona o familia.” (Rodríguez, 1953, p. 185)

En la época de 1900 las luchas armadas y las convulsiones políticas que fueron una constante en todo ese período, entorpecieron las obras de beneficencia. igualmente, el malestar económico general, como resultante de la situación planteada, incidió en forma negativa al no permitir los donativos de los particulares, tal como se había venido haciendo en épocas anteriores.

Actualmente las circunstancias han cambiado, lo que ha hecho variar de igual manera las formas de determinadas instituciones: las organizaciones benéficas se encuentran divididas en públicas y privadas y estas últimas, a su vez, en seculares, religiosas y mixtas. Las instituciones privadas son de 3 clases: seculares, religiosas y mixtas.

Entre las seculares estarían aquellas establecidas mediante el aporte monetario de una persona, un grupo familiar y empresas que contribuyen con cierta cantidad de dinero para actividades de variada índole, las cuales pueden ser administradas por representantes de la iglesia.

En estas categorías podría situarse la actividad de las fundaciones privadas, la cual se inicia en el país en 1942 con la creación de la Fundación Venezolana contra la Parálisis Infantil, pero es a partir de 1952 cuando se produce la expansión de este tipo de instituciones, y en 1977 se crea la Federación Venezolana de Fundaciones Privadas. (Federación Venezolana de Fundaciones Privadas).

Los programas de las fundaciones privadas pueden estar orientadas hacia una sola actividad o abarcar varias áreas; bien sea la educación, lo cultural, de desarrollo económico y agrícola, la salud, la vivienda, la investigación científica, la beneficencia social y a conservación del medio ambiente entre otras.

Ciertos bancos estatales y comerciales, aunque no funcionan como fundaciones, propician labores culturales y cooperan económicamente con obras de divulgación. Las religiosas, como son las diversas cofradías que aún existen en el seno de la Iglesia, son los que mantienen entre sus objetivos acciones de beneficencia.

Existen organizaciones que podríamos denominar mixtas, ya que no son organismos religiosos pero en su mayoría tienen el apoyo de la Iglesia y muchos de sus integrantes son eclesiásticos; éstas cumplen una labor benéfica en la colectividad y se mantienen con la ayuda del Estado, del sector privado y de la misma Iglesia

La Iglesia católica ha jugado desde hace mucho tiempo un rol muy importante en lo que se refiere a la atención de los adultos mayores, y, en menor medida, otras confesiones religiosas, siguen cumpliendo un papel importante en la

atención de las poblaciones vulnerables, aún cuando su antiguo peso parece haber disminuido en comparación con otras épocas.

Acción Social de la Iglesia Católica en la Atención del Adulto Mayor en Venezuela

La religión como forma de conciencia social, ha influido de manera decisiva en la dinámica de las acciones de solidaridad con el prójimo. Las instituciones creadas para cumplir esta función, están regidas por determinadas concepciones del cristianismo y ordenadas por normas adecuadas que constituían una súper estructura. Es necesario resaltar, la función social que ha tenido y tiene la iglesia católica venezolana con respecto a su labor benéfico asistencial en pro de las personas necesitadas particularmente de los adultos mayores

En Venezuela las instituciones privadas con o sin fines de lucro de previsión social (Empresas Privadas) y las de orden religioso, han jugado un papel importante en la atención del adulto mayor, las de tipo religioso constituyen el tema central de la investigación.

Es importante resaltar el papel que han jugado y juegan algunas instituciones privadas como las “Casas Hogares” residencias y congregaciones religiosas, que brindan su apoyo, atención y asistencia a los adultos mayores. Sin embargo, hay que destacar que las mismas resultan insuficientes, ya que según lo afirmado por Osorio (1991) “...no se ha logrado concientizar a los integrantes de la sociedad en lo concerniente a la llegada de la vejez y el respeto y consideración que se merecen dentro del contexto social en el que se desenvuelven.” (p.56)

Por otra parte las acciones implementadas por el Estado no llegan a cubrir a todos los establecimientos religiosos que brindan en cierta forma asistencia y protección a los adultos mayores residentes debido a que no se establece una comunicación, coordinación e integración, de ambos, que permitan de alguna manera mejorar las condiciones de vida de este grupo etareo.

Generalmente en nuestra sociedad las instituciones tanto públicas como privadas poseen sistemas de atención que pueden ser consideradas deficientes, como consecuencia de la crisis que se refleja en todos los órdenes. (social, económico, político, cultural, otros.) afectando las condiciones de vida de todos los sectores, particularmente a los de escasos recursos y a la población adulta mayor, quienes han visto disminuir su protección, todo esto aunado, a que en el país solo existe un número limitado de instituciones geriátricas que resultan insuficientes para atender a la gran cantidad de adultos mayores a nivel nacional.

Particularmente en Venezuela funcionan numerosas instituciones geriátricas religiosas encargadas de atender y cuidar a los adultos mayores, ahora bien la institución objeto de investigación del presente estudio es la Casa Hogar Padre Iriarte.

Sociedad San Vicente de Paúl

La Casa Hogar Padre Iriarte fue Fundada por la Sociedad San Vicente de Paúl en el año 1976. Cabe destacar que la Sociedad San Vicente de Paúl es una asociación católica, internacional, benéfico-social, fundada en 1833 en París por Federico Ozanam joven estudiante de la Universidad de la Sorbona. Instituida en España en 1848, la cual fue declarada como una institución de beneficencia particular y de Utilidad pública el 23 de abril de 1972. (Sociedad San Vicente de Paúl, s /f)

Su objetivo primordial es la ayuda a los más necesitados haciéndolo por medio del compromiso personal y voluntario. La Sociedad de San Vicente de Paúl se organiza para su funcionamiento en grupos de personas a los que denomina conferencias En ellas cada socio trata de vivir el espíritu de la sociedad, consagrando su vocación al servicio de los demás.

Su acción consiste en toda clase de ayuda. En la actualidad, trabaja en 132 países, con alrededor de 850.000 de socios, dando respuesta a las necesidades sociales y humanas. En España, el número de socios es de 3.546 personas, 1.562 hombres y 1.984 mujeres. la sede principal denominada Consejo General Internacional tiene su sede en París. (Sociedad San Vicente de Paúl, s /f)

La población que recibe atención por parte de la Sociedad San Vicente de Paúl se clasifica de la siguiente manera:

- Tercera Edad
- Infancia y Juventud
- Drogodependencias y Sida
- Familias.
- Enfermos.
- Reclusos.
- Inmigrantes y Minorías Étnicas.

El voluntariado social de la Sociedad San Vicente de Paúl cuenta con el apoyo y la colaboración en algunos casos, de otras instituciones, tanto a nivel de la administración pública, local, como institutos religiosos y Organizaciones No Gubernamentales.

En Venezuela se estableció desde el 26 de julio de 1885 siendo su fundador Guillermo Tell Villegas. Actualmente la Sociedad San Vicente de Paúl funciona en 6 Estados y en la capital donde mantiene o colabora directa o indirectamente con casas hogares para adultos y adultas mayores con escuelas y centros de salud, que se encuentran escasos de recursos o sin recursos.

Entre las obras administradas en colaboración directa o indirectamente por la sociedad San Vicente de Paúl, a nivel nacional encontramos:

Caracas: Casa Hogar San Vicente de Paúl (Los Chorros), Hogar Mansión del Sagrado Corazón (La Castellana), Hogar Residencia Doña Clara (La Castellana) Dispensario Médico San Vicente de Paúl (Santa. Eduvigis) Diversas obras en la Parroquia Prado de María.

Estado Miranda: Centro Médico Asistencial Federico Ozanam (Guatire), Escuela San Vicente de Paúl (Guatire), Escuela San José (Guatire), Hogar Padre Iriarte (Guatire), Escuela artesanal San Vicente de Paúl (Tapipa), Escuela artesanal CEPA (Guarenas) Diversas obras y colaboración en un ancianato de los Teques.

Estado Sucre: Hospital San Vicente de Paúl (Cumaná), Casa hogar San Vicente de Paúl (Cumaná), Capilla Río Caribe. En proyecto de construcción la Casa Hogar, Río Caribe Finca San Javier (Guiria).Diversas obras sociales en Mariguitar, y Carúpano.

Estado Anzoategui: Ayuda a granja hogar para niños abandonados(El Tigre).

Estado Táchira: Casa Hogar San Cristóbal

Estado Mérida: Diversas obras en Mérida y colaboración con la Casa Hogar en ZEA.

Estado Nueva Esparta: En anteproyecto construcción de un dispensario y diversas obras sociales en Porlamar e Isla de Coche.

Estado Carabobo: En proyecto Casa Hogar y ayuda a numerosas familias.

Estas casas-hogares son administradas por religiosas y cumplen funciones benéficas asistenciales y sociales en pro del bienestar individual y colectivo de los residentes.

Seguidamente se hará referencia a una de estas como es la Casa Hogar Padre Iriarte.

CASA HOGAR PADRE IRIARTE

A continuación se presentara todo lo referente a la organización, estructura y funcionamiento de la Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-

Guatire Estado Miranda a fin de tener una percepción general de la institución objeto de estudio, teniendo en cuenta que al conocer la organización estructura y funcionamiento podemos caer en cuenta si la misma presenta las condiciones necesarias para brindar un adecuado servicio que pueda proporcionar bienestar y calidad de vida a los adultos mayores residentes.

Referentes Históricos

La Casa Hogar Padre Iriarte, es una casa hogar fundada en 1976 por la sociedad San Vicente de Paúl. Desde su fundación ha sido administrada por religiosas de la congregación de las Hermanitas Pobres de San Pedro de Clavel, esta congregación surge en Barranquilla bajo la iniciativa de la Madre Marcelina de nacionalidad venezolana, el 11 de febrero de 1912. La congregación tiene como fin el servicio social a los niños, los jóvenes y a los adultos y adultas mayores más necesitados.

Brindan atención a los niños y jóvenes: en guarderías, casas hogares, escuelas, colegios, etc, teniendo en cuenta lo que el niño o joven necesite. La atención que brindan a los /as adultos /as mayores, es prestada en casas hogares, donde cubren la mayor parte de sus necesidades, tendientes a mejorar su calidad de vida. La congregación también trabaja en misiones a nivel diocesano, parroquial y en pequeña escala en sectores indígenas. En el mundo tienen 82 casas hogares en su mayoría para la atención de adultos /as mayores, la obra se encuentra específicamente en 13 países: España, Suiza, Bélgica, Italia, Costa de Marfil, Brasil, el Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Venezuela, Ecuador y Colombia donde se inició.

En Venezuela, la congregación es propietaria de dos casas hogares para la atención de los adultos mayores, una se encuentra en Catia y la otra en proceso de construcción en el Paraíso, mientras culminan la construcción, la misma se encuentra funcionando en una locación arrendada en Cumbres de Curumo. La Casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado

Miranda, es administrada por la congregación ya que los propietarios son miembros pertenecientes a la Sociedad San Vicente de Paúl.

Organización, Estructura y Funcionamiento de la Casa Hogar Padre Iriarte

La Casa Hogar Padre Iriarte funciona a base de donativos los cuales son realizados por miembros de la Sociedad San Vicente de Paúl, específicamente las Damas San Vicente de Paúl, y de particulares. Cabe destacar que las compras de las medicinas son realizadas por el valioso de una sola persona.

La Casa Hogar Padre Iriarte, es administrada por tres religiosas de nacionalidad colombiana, que cumplen las siguientes funciones.

Directora de la Casa Hogar Padre Iriarte: La directora es la Hermana Maura, la misma se encarga de recibir los donativos, las mensualidades y la colaboración de una parte de la población de adultos mayores que residen en la Casa Hogar.

Los cuales destina para el pago de los servicios públicos (electricidad, agua, gas) el pago de los salarios de los empleados de la Casa Hogar, la compra de todo lo referente a los artículos de limpieza, y de las medicinas de los adultos mayores, así como la administración del dinero correspondiente a los gastos de alimentación. Así como también se encarga de autorizar el ingreso de los adultos y adultas mayores a la institución.

Encargada del área de Alimentación y Nutrición: La hermana Virginia es la responsable en todo lo referente a la compra de los alimentos, la supervisión y las variaciones del menú. Dicho menú fue realizado bajo las indicaciones de un nutricionista quien dispuso dicho menú según los requerimientos de los adultos y adultas mayores.

Encargada del Área de Enfermería: La Hermana Fabiola es la encargada de esta área la misma es auxiliar de enfermería , trabaja en forma conjunta con una enfermera, se encarga de la administración de los medicamentos a cada uno de los /as adultos /as mayores según la orden tramitada por el médico. De igual forma se

encarga de la supervisión del estado de la ropa, (estado de deterioro, de limpieza), supervisa la limpieza de los cuartos, y de los diferentes espacios de la Casa Hogar.

Personal que Labora en la Casa Hogar Padre Iriarte

La Casa Hogar Padre Iriarte cuenta con los siguientes **Profesionales**: Una Enfermera, dos Fisioterapeutas, un Médico. Los horarios que cumplen dichos profesionales son variados. La enfermera trabaja de forma permanente, teniendo como día libre los días domingos. Las fisioterapeutas laboran de lunes a viernes de 7:00am a 12:00am. El médico visita a los residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte los días jueves de 5:00pm a 7:00pm. Cabe destacar que cuando los /as adultos /as mayores se les presenta algún cuadro complicado en su salud, son trasladados de forma inmediata a las clínicas mas cercanas de la localidad.

Personal Obrero: Entre el personal obrero por área se encuentran:

Área del Comedor: Tres empleadas, una encargada de la cocina la cual cumple un horario de 5:00am a 5:00pm, una ayudante de la cocina la cual cumple un horario de 5:00am a 5:00pm, y una encargada del área del comedor cuya función es la de servir los alimentos, fregar los platos, y la limpieza del área dispuesta para el consumo de los alimentos.

Área de Seguridad: Dos Vigilantes, los cuales laboran de forma permanente.

Área de jardines: Dos Jardineros, cumpliendo un horario de 8:00 am a 5:00 pm

Bedeles: En el área de limpieza se encuentran laborando ocho empleadas, las cuales tienen un horario de 7:00am a 5:00pm y un día de descanso. Cabe destacar que siempre son rotadas de los espacios en donde les toca hacer la limpieza.

Peluquería: Una empleada

Lavandería: Personal bedel que se rota para el área de lavandería.

Personal especial de acompañamiento y Asistencia de los adultos mayores:

Quince empleadas. Es importante la función que realiza el personal especial de acompañamiento y asistencia de los /as adultos /as mayores ya que son empleadas cuya única función es la de atender de forma personal a tres o más adultos

mayores en lo que respecta a su aseo personal (cuando fuese necesario), la limpieza y mantenimiento de la ropa, el acompañamiento al adulto mayor en las distintas áreas de la Casa Hogar Padre Iriarte, el traslado al comedor en las horas de las comidas.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados que se presentan a continuación se encuentran organizados en base a los objetivos de la investigación, por lo que el contenido se encuentra estructurado de la siguiente manera:

I.) Datos de Identificación.

III.) Aspectos Referentes a las Relaciones Familiares e Interpersonales

III.) Aspectos Referentes al estado de Salud.

IV.) Aspectos Referentes a la Alimentación y Nutrición

V.) Aspectos Referentes al Ingreso Económico.

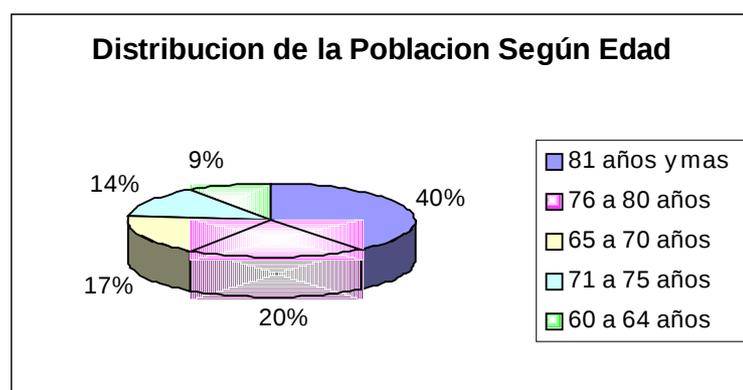
VI.) Aspectos Referentes a las Actividades de Recreación y Esparcimiento.

VII.) Aspectos Referentes al Espacio Físico-Ambiental.

I.)DATOS GENERALES**Cuadro N° 14****Distribución de la Población Adulta Mayor Según La Edad**

Edades	Valor Absoluto	Valor Porcentual
81 años y más.	25	40%
76 a 80 años	13	20%
65 a 70 años	11	17%
71 a 75 años	9	14%
60 a 64 años	6	9%
Total	64	100 %

Gráfico N° 3

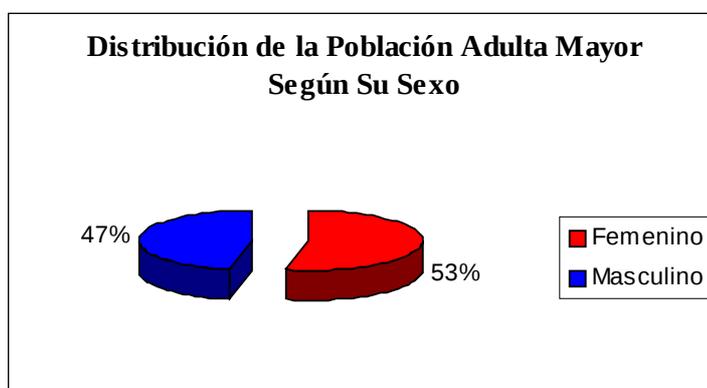


El presente resultado nos muestra que el 40 % de la población adulta mayor que habita en la Casa Hogar Padre Iriarte tiene más de 81 años seguidos de aquellos que tienen entre 76 y 80 años de edad, representado en un 20%. Estos datos reflejan una mayor proporción de adultos mayores en el intervalo de 81 años y más por lo que podemos afirmar la clara tendencia de que en la Casa Hogar Padre Iriarte hay una proporción considerable de adultos y adultas mayores que sufren y otros que pueden llegar a sufrir de problemas de demencia. Tomando en consideración que según el autor Guzmán (2002) la prevalencia de estas afecciones crece aún más en las edades avanzadas pero parece estabilizarse a los 95 años de edad.

Cuadro N° 15

Distribución de la Población Adulta Mayor Según su Sexo

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Femenino	34	53%
Masculino	30	47%
Total	64	100%

Gráfico N° 4

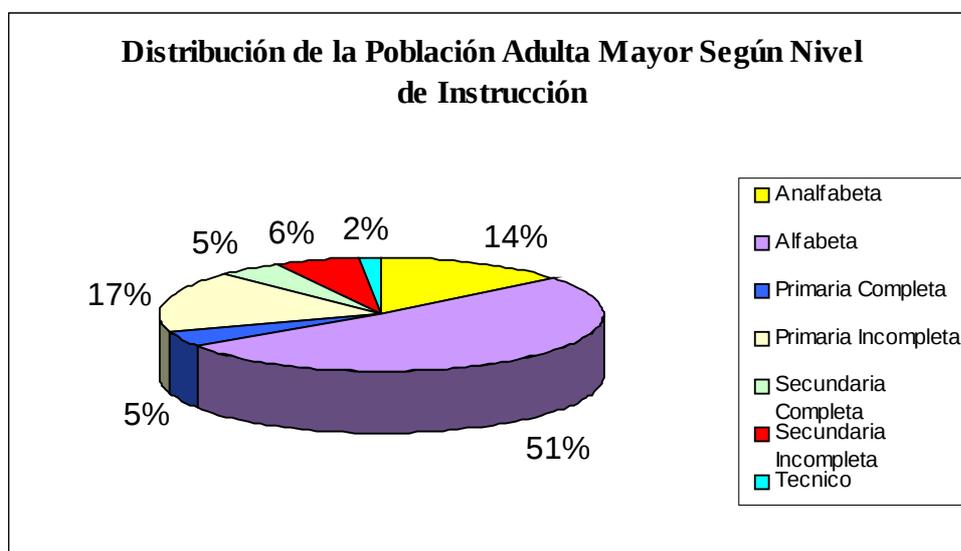
El presente resultado nos muestra que la distribución de la población adulta mayor según sexo es muy pareja y esto se evidencia en que el 53% de la población adulta mayor esta representada por el sexo femenino y el 47% por el sexo masculino, porcentajes que resultan muy cercanos entre sí. De igual forma es importante destacar que la institucionalización es más frecuente en las edades más avanzadas y en las mujeres por el hecho de que sobreviven más que los hombres.

Cuadro N° 16**Distribución de la Población Adulta Mayor Según Nivel de Instrucción**

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Analfabeta	9	14%
Alfabeto	33	51%
Primaria Completa	3	5%
Primaria Incompleta	11	17%
Secundaria Completa	3	5%

Secundaria Incompleta	4	6%
Superior Completa	-	-
Superior Incompleta	-	-
Técnico	1	2%
Total	64	100%

Gráfico N° 5



Como podemos observar en el cuadro N° 16 y gráfico N° 5 respectivamente la mayoría de la población adulta mayor es decir, el 51% es Alfabetada, seguida de un 17% que cursó la primaria incompleta, cabe destacar que ninguna persona de la población encuestada, realizó estudios universitarios, esto debido entre otras cosas a que las edades comprendidas de la población adulta mayor de la Casa Hogar

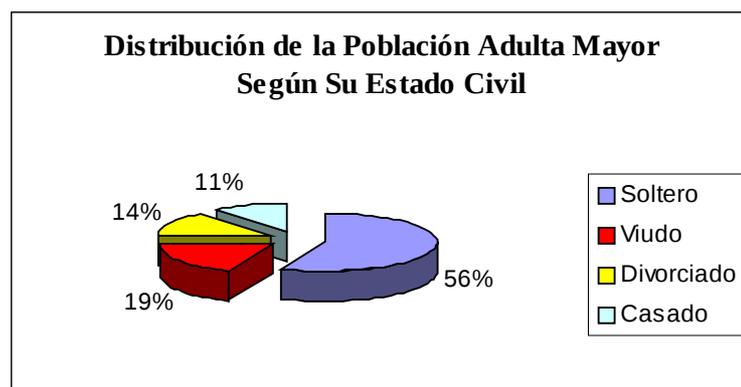
oscilan entre 81 años y más por lo que podemos afirmar que se les dificultó el estudiar y específicamente realizar estudios superiores debido a las condiciones socio-económicas de nuestro país a principios del siglo pasado. De igual manera podemos destacar que estos resultados nos muestran que la mayoría de la población adulta mayor de la Casa Hogar Padre Iriarte presentan nula y poca escolaridad lo que repercutió y repercute en su calidad de vida ya que, los cuidados en la salud, el acceso y el uso de servicios médicos, la capacidad de prevención y atención, las formas de nutrición y también los excesos, obedecen en gran medida a niveles educativos, patrones culturales y disponibilidad de recursos. De la misma manera los niveles educativos, determinan muchas veces la capacidad y las formas de respuesta ante los problemas. La educación influye además en la capacidad de los /as adultos /as mayores de tener control sobre lo que les ocurre. Por tanto, las personas que poseen una mayor escolaridad (por lo general) adoptan un rol activo frente a su proceso de envejecimiento.

Cuadro N° 17

Distribución de la Población Adulta Mayor Según Su Estado Civil

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Soltero	36	56%
Viudo	12	19%
Divorciado	9	14%
Casado	7	11%
Total	64	100%

Gráfico N° 6



El presente resultado nos muestra que el 56% de la población adulta mayor que habita en la Casa Hogar Padre Iriarte, es soltera. Lo cual no implicó que esta población en su adultez no haya formado un hogar o que no hubiese tenido hijos.

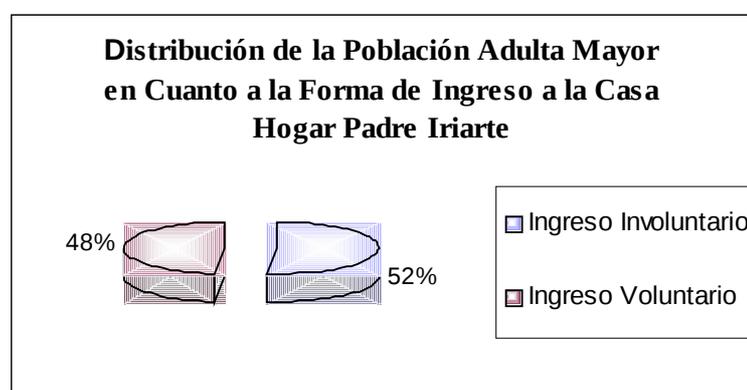
En segundo lugar el estado civil que tiene una mayor proporción en la población de adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte es el de viudo (a), representado en un 19% esta situación puede explicarse si tomamos en cuenta que la pérdida del cónyuge pudo haber traído una merma en los ingresos y por ende se hizo imperativo moverse de vivienda entre otras cosas por no poder absorber los gastos que supone mantener una residencia, o simplemente la preferencia de habitar en un ambiente más tranquilo, en donde se pueda gozar de compañía en caso de no vivir con los hijos o algún otro familiar. Resulta importante mencionar que el estado civil con menor porcentaje es el de aquellos adultos y adultas mayores que resultaron estar casados representado en un 11% cabe destacar que esta población no convive con su esposo (a) en la institución.

Cuadro N° 18

Distribución de la Población Adulta Mayor en Cuanto a la Forma de Ingreso a la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Ingreso Involuntario	33	52%
Ingreso Voluntario	31	48%
Total	64	100%

Gráfico N° 7



Los resultados del cuadro N° 18 y gráfico N° 7 nos muestran que la proporción de adultos mayores que ingresó de manera voluntaria a la Casa Hogar Padre Iriarte esta representada en un 48%, mientras que en un 52% encontramos aquellos que ingresaron de manera involuntaria. Estos resultados nos indican que las proporciones con respecto al ingreso a la institución son simétricas. No obstante resulta significativo mencionar el hecho de que 33 personas hayan ingresado a la Casa Hogar Padre Iriarte en contra de su voluntad. Es decir, como se hizo referencia anteriormente el 52% de la población total lo que representa un porcentaje elevado, ya que los mismos pueden sentir de muchas formas como resulta afectada su calidad de vida, teniendo en cuenta que estudios realizados han demostrado que trasladar a un adulto mayor a una institución en contra de su voluntad y cuando la persona se encuentra mentalmente alerta, tiene efectos

nocivos en la misma, entre los efectos se encuentran un estado de ánimo negativo, depresión y poca orientación en tiempo y espacio como secuela de estar internado.

Existen adultos y adultas mayores que encuentran en la resignación, la mejor opción para continuar viviendo ya que a pesar de que los mismos hicieron saber a sus familiares la negativa de ingresar a la institución, estos de igual forma lo trasladaron a la Casa Hogar.

Por otro lado se encuentran los /as adultos /as mayores que ingresaron de forma voluntaria entre las motivaciones se encuentran el no querer molestar o incomodar a sus familiares, y el no tener un sitio donde vivir por no tener familia o haber sido abandonado por la misma. El haber ingresado de forma voluntaria los hace más receptivos para el establecimiento de relaciones, y según la información suministrada por el médico de la Casa Hogar Padre Iriarte en entrevista realizada, los mismos se encuentran menos propensos de sufrir trastornos emocionales a diferencia de los adultos y adultas mayores que ingresaron de forma involuntaria.

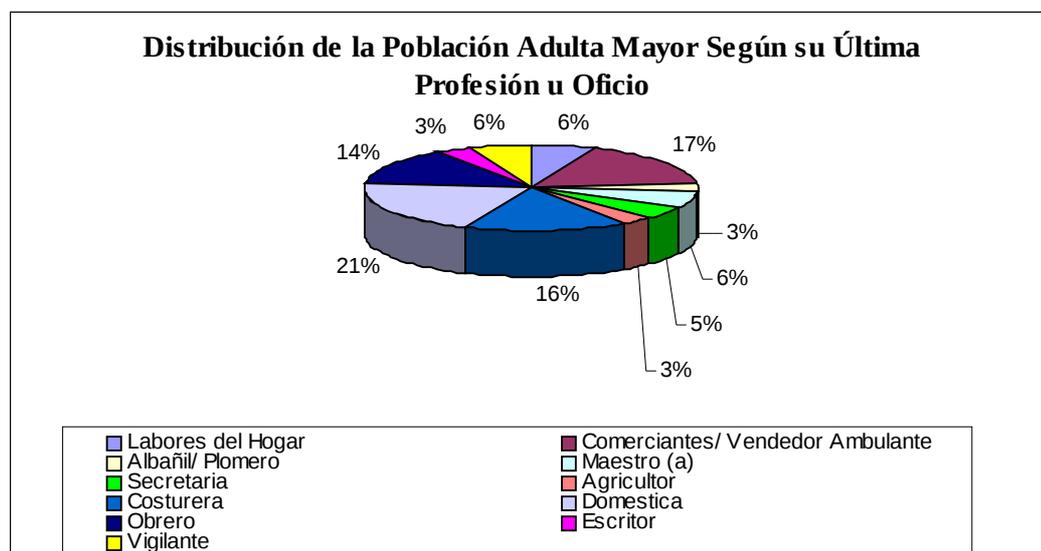
Cuadro N° 19

Distribución de la Población Adulta Mayor Según su Última Profesión u Oficio

Oficio o Profesión	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Doméstica	13	21%
Comerciante Informal	11	17%
Costurera	10	16%

Obrero	9	14%
Labores del Hogar	4	6%
Maestro(a)	4	6%
Vigilante	4	6%
Secretaria	3	5%
Albañil / Plomero	2	3%
Agricultor	2	3%
Escritor	2	3%
Total	64	100 %

Gráfico N° 8



En el cuadro N° 19 y gráfico N° 8 podemos observar que los oficios de doméstica 21%, comerciante informal 17% y costurera 16% representan los

valores más elevados de los oficios desempeñados por los adultos mayores que habitan en la Casa Hogar Padre Iriarte. Como se puede apreciar la mayoría de los residentes han realizado algún oficio remunerado en el transcurso de su vida; sin embargo, se conoció que en la Casa Hogar Padre Iriarte, no realizan ningún oficio, en este sentido valdría la pena que se buscasen los mecanismos necesarios para que aquellos que pudiesen desempeñar algún oficio dentro de la institución (costurera, albañil, etc) lo pudiesen realizar, con la finalidad de que los mismos puedan sentir que son personas útiles y capaces de colaborar con el entorno lo que repercute considerablemente en su calidad de vida. En este sentido podemos argumentar según lo afirmado por Sánchez (1990) en la teoría de la actividad que el uso del tiempo en actividades gratificantes, en donde se asuman distintos roles, permite tener una mayor interacción e integración social. Estudios serios realizados sobre grupos de personas mayores han comprobado que los adultos mayores que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren mas jóvenes que los que se mantienen dinámicos.(Gómez ,1997)

De igual manera resulta necesario tomar en consideración el significado que tienen para los adultos mayores las actividades a realizar, ya que muchos pueden preferir el realizar el menor número de actividades o simplemente mantener en esta etapa de su vida una actitud pasiva.

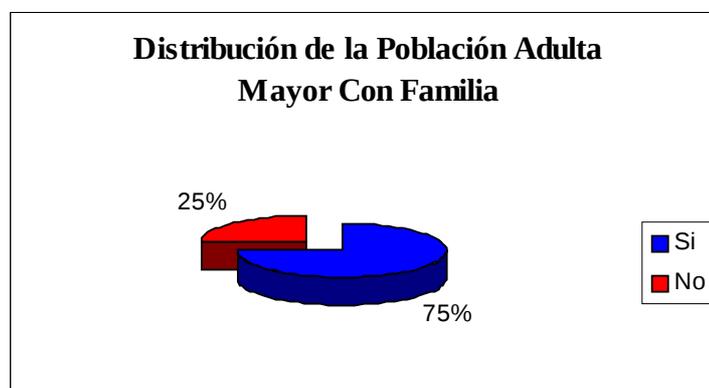
II.) RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES

Cuadro N° 20

Distribución de la Población Adulta Mayor con Familia

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	48	75%
No	16	25%
Total	64	100%

Gráfico N° 9



Los resultados del cuadro N° 20 y del gráfico N° 9 nos muestran que un 75% de la población adulta mayor tiene familia en contraste a un 25% que no tiene. Es decir, la mayoría de los adultos mayores tienen familia, pero las mismas no pueden ocuparse de su familiar adulto mayor, motivado entre otras cosas por estar inmersos en el aparato productivo según la información suministrada por la encargada de la Casa Hogar Padre Iriarte, en entrevista realizada, lo que les dificulta cumplir con la responsabilidad de atenderlos, de forma tal que observan en la Casa Hogar Padre Iriarte una alternativa, que permite delegar la responsabilidad de cuidar a su familiar mayor. Cabe destacar que esta situación también se presenta por la pérdida del rol social que anteriormente tenían los /as adultos/ as mayores en el núcleo familiar, esto debido entre otras cosas según Cowgill (1972) por la extensión de la educación, la sustitución del modelo de familia extensa por el modelo nuclear en virtud al proceso de urbanización, etc., que produce un efecto combinado cuyo resultado es la disminución de la valoración social de la vejez. Por otro lado, a pesar de ser un 25% el porcentaje de la población adulta mayor que no tiene familia esto representa un porcentaje significativo ya que las encargadas de la Casa Hogar Padre Iriarte se hacen responsable de sufragar todos los gastos indispensables para satisfacer las necesidades de esta población, tales como la alimentación, las medicinas, el servicio médico, la ropa y el calzado. Lo que implica un gasto considerable tomando en consideración que esta es una organización sin fines de lucro que

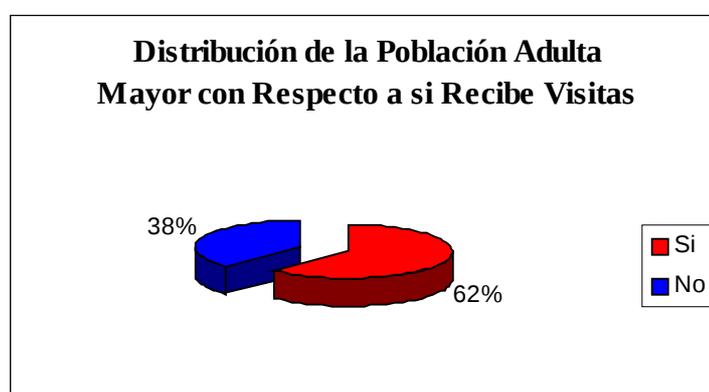
funciona a base de donaciones y contribuciones; realizadas por un grupo reducido de personas.

Cuadro N° 21

Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a sí recibe Visitas

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	40	62%
No	24	38%
Total	64	100%

Gráfico N° 10



Los resultados del cuadro N° 21 y del gráfico N° 10 nos muestran que el 62% de la población adulta mayor recibe visitas, es decir la mayoría de la población de la Casa Hogar Padre Iriarte, en contraste a un 38% que no recibe visitas. El papel que desempeñan las relaciones familiares e interpersonales en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores es incuestionable, por lo que resulta imperioso que se mantengan los vínculos afectivos con la comunidad y la familia, ya que la

pérdida de la familia como fuente de apoyo para el adulto mayor resulta irremplazable. El apoyo familiar y social apunta positivamente en la salud física y mental de los adultos y adultas mayores, este apoyo resulta indispensable tanto en la prevención de las enfermedades, como en las recaídas ya que según lo afirmado por la enfermera de la Casa Hogar Padre Iriarte el adulto mayor que tiene apoyo familiar y social en momentos de enfermedad suele recuperarse más rápido que aquellos que no lo tienen.

En la Casa Hogar Padre Iriarte cuando los adultos mayores presentan una recaída muy fuerte, si tiene familia, la misma es avisada inmediatamente para que se apersona a la Casa Hogar y se le pide que lleven a su familiar adulto mayor con ellos para que lo atiendan y velen por él hasta que tenga una mejoría y pueda ingresar nuevamente a la Casa Hogar, muchas veces las recaídas sufridas por los adultos y adultas mayores, según la opinión del médico, se debe a la depresión que sienten al estar separado de su familia y del entorno al que estaban acostumbrados a convivir, esta situación se presenta en la Casa Hogar sobre todo en aquellos adultos /as mayores que ingresan de forma involuntaria.

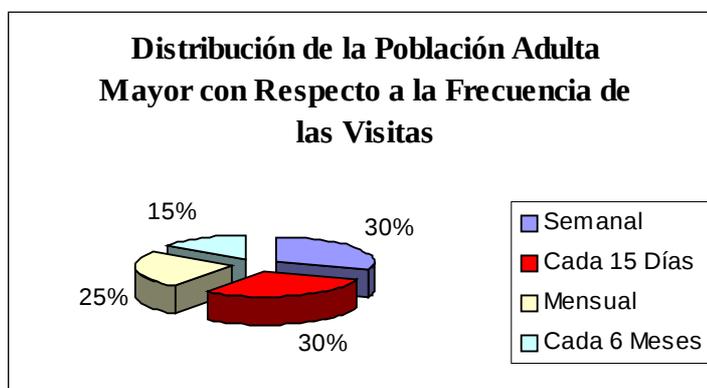
Por otra parte, cabe destacar que por el hecho de recibir visitas, el adulto mayor no va a dejar de sentirse abandonado, de allí la importancia de la frecuencia de las mismas, ya que no es lo mismo recibir visitas semanalmente que cada mes o cada 6 meses, por lo que resulta fundamental conocer la frecuencia de las mismas, lo que puede observarse en los resultados que siguen a continuación.

Cuadro N° 22

Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Frecuencia de las Visitas

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Diario	-	-
Semanal	12	30%
Cada 15 días	12	30%
Cada mes	10	25%
Cada 6 meses	6	15%
Mas de 6 meses	-	-
Total	40	100%

Gráfico N° 11



Con respecto a la frecuencia de las visitas los resultados mostraron que la mayoría de la población adulta mayor recibe visita, en una proporción del 30% tanto semanal como cada 15 días. Seguidas de mensual en un 25% y cada 6 meses representadas en un 15%. Las visitas contribuyen con el bienestar en el estado emocional y psicológico del adulto mayor, siempre que éstas sean visitas positivas llenas de afecto para con su familiar adulto /a mayor.

Cuadro N° 23
Satisfacción de la Población Adulta Mayor con Respecto a las Visitas

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	40	100%
Un Poco	-	-
No	-	-
Total	40	100%

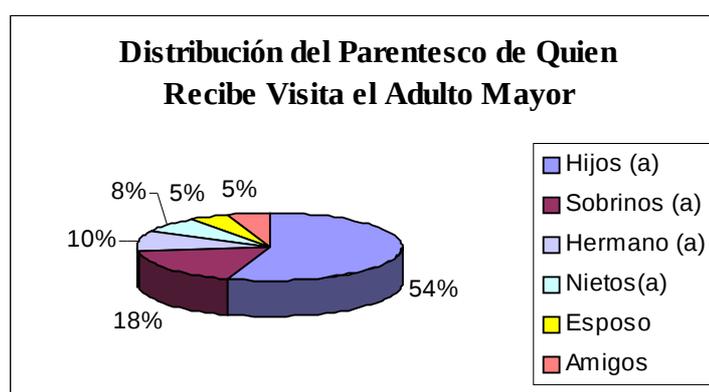
El presente cuadro nos muestra que en lo que se refiere a la satisfacción que les producen las visita el 100% de los encuestados que reciben visitas expresan sentir mucha satisfacción, no sintiéndose abandonados ya que muchas familias suelen depositar en las casas hogares la responsabilidad de cuidar a su familiar mayor y prontamente se olvidan de el, generándoles según los estudios ya citados (Gutiérrez,1996) depresión, estrés e inclusive enfermedades físicas y mentales. Por lo que puede afirmarse que el contacto frecuente de los adultos y adultas mayores con sus familiares les producirá bienestar y les generará situaciones positivas lo que redundara en su calidad de vida.

Cuadro N° 24
Distribución del Parentesco de Quien Recibe Visita el Adulto Mayor

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Hijos (a)	22	54%
Sobrinos (a)	7	18%
Hermanos (a)	4	10%

Nietos (a)	3	8%
Esposo (a)	2	5%
Amigos	2	5%
Total	40	100%

Gráfico N° 12



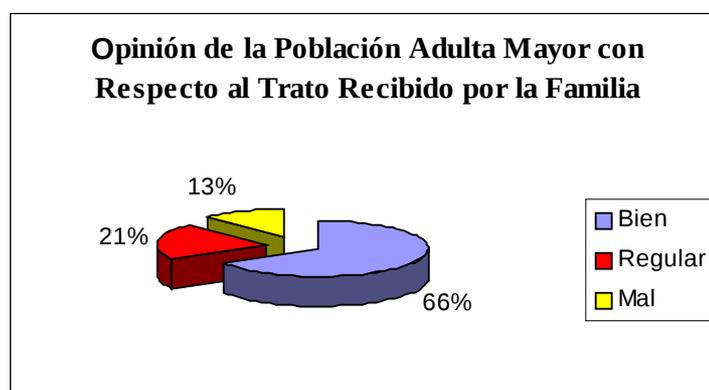
Los resultados del cuadro N° 24 y el gráfico N° 12 nos muestran que los adultos y adultas mayores reciben visita de forma mayoritaria por sus hijos, representado en un 54%, seguida de la realizada por los sobrinos representada en un 18%. Cabe destacar que aquellos adultos mayores específicamente las mujeres que son solteras y no tuvieron hijos son las que reciben visitas de sus sobrinos y sobrinas, y son las que sienten una mayor resignación y aceptación de vivir en la Casa Hogar, en contraste con aquellos adultos /as mayores que tienen hijos (a), y cuya visita es realizada por los mismos. Es importante mencionar, que muchos de los adultos y adultas mayores que se encuentran institucionalizados en la Casa Hogar Padre Iriarte, lo están por la iniciativa de los hijos, acción que muchas veces es realizada sin el consentimiento de los padres.

Cuadro N° 25

Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto al Trato Recibido por la Familia.

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Bien	32	66%
Regular	10	21%
Mal	6	13%
Total	48	100%

Gráfico N° 13



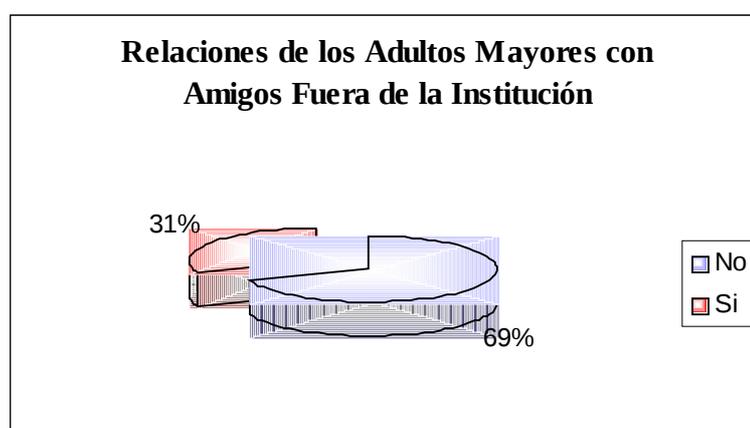
Los resultados presentados en el cuadro N° 25 y el gráfico N° 13 nos muestran que el 66% de la población adulta mayor opina que el trato recibido por la familia es bueno en contraste a un 21% y 13% los cuales argumentan que el trato recibido es regular y malo respectivamente. Podemos argumentar que aquellos que piensan que el trato recibido por su familiar es regular y malo puede deberse entre otras cosas, por el abandono que sienten por parte de sus familiares al no recibir visitas o cuando la frecuencia entre una y otra visita es muy distante tal es el caso de aquellos que reciben visita cada 6 meses, así como también podemos argumentar que esta opinión puede deberse a que estos adultos y adultas mayores no desean estar en la institución y sus familiares no toman en consideración sus argumentos, cabe destacar que a pesar de que el 75% tiene familia sólo el 62% recibe visitas.

Cuadro N° 26

Relaciones de los Adultos Mayores con Amigos Fuera de La Institución

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
No	44	69%
Si	20	31%
Total	64	100%

Gráfico N° 14



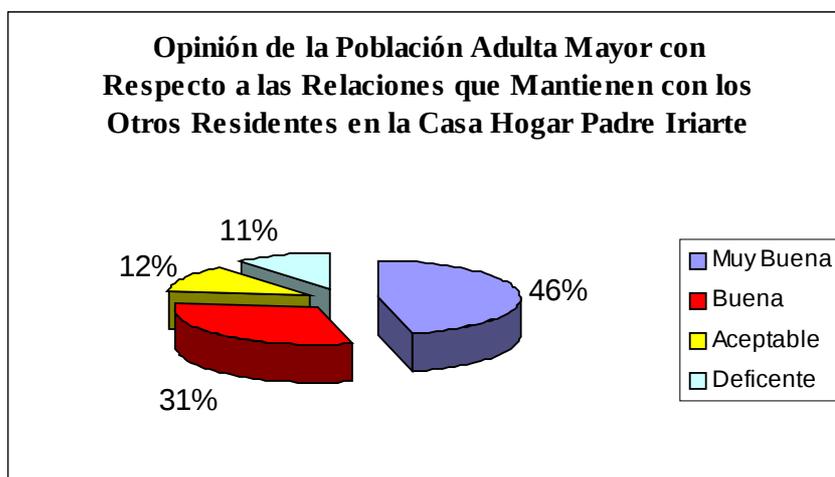
Los resultados presentados en el cuadro N° 26 y el gráfico N° 14 nos muestran que el 69% de la población adulta mayor, no mantiene relaciones con amigos fuera de la institución, mientras que un 31% afirma el mantener relaciones de amistad con personas fuera de la institución. Como podemos observar la mayoría de la población encuestada no mantiene relaciones de amistad con amigos fuera de la institución ya que los mismos afirman que las amistades que tenían eran aquellas establecidas con los vecinos y con los compañeros de trabajo, al no estar laborando los lazos de amistad tienden a desaparecer o a mitigarse, y con respecto a las relaciones establecidas con los vecinos los mismos opinan que desde que están institucionalizados esas relaciones de amistad se perdieron. Muchos adultos y adultas mayores replazan esas relaciones de amistad por las que se establecen en la Casa Hogar, creando vínculos muy efectivos de afecto y solidaridad.

Cuadro N° 27

Opinión de la Población Adulta Mayor con Respecto a las Relaciones que Mantienen con los Otros Residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Muy Buena	30	46%
Buena	20	31%
Aceptable	7	12%
Deficiente	7	11%
Otra	64	100%

Gráfico N° 15



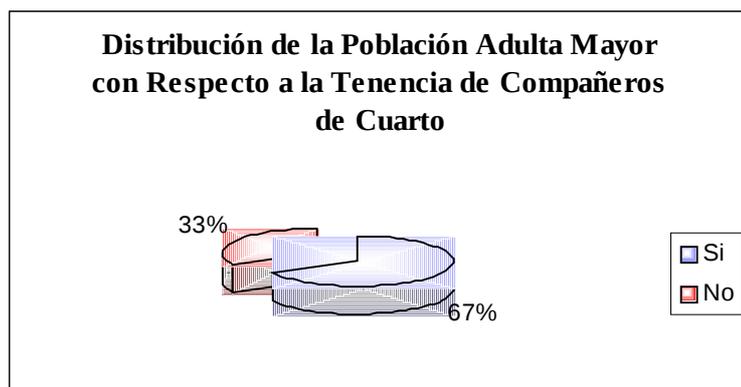
Según los resultados arrojados y presentados en el cuadro N° 27 y gráfico N° 15 la mayoría de la población adulta mayor afirma tener muy buena 46% y buenas 31% relaciones de amistad con los otros adultos mayores residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte. Las relaciones de amistad resultan de vital importancia para los adultos y adultas mayores institucionalizados /as ya que la misma comprende la asistencia física, el compartir tareas, la interacción íntima que posibilita la

expresión de sentimientos o preocupaciones personales, el ofrecer consejo y guía, la comunicación que permite a los adultos mayores entender que hay individuos que se enfrentan a circunstancias similares y que su comportamiento es muchas veces apropiado debido a la tensión a la que se enfrentan, así como también la participación social entre los adultos mayores significa involucrarse en una interacción para entretenerse relajarse y divertirse, lo que redundará en su calidad de vida.

Cuadro N° 28

Distribución de la Población Adulta Mayor con Respecto a la Tenencia de Compañeros de Cuarto

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	43	67%
No	21	33%
Total	64	100%

Gráfico N° 16

Los resultados presentados en el cuadro N° 28 y gráfico N° 16 nos muestran que el 67% de la población adulta mayor de la Casa Hogar Padre Iriarte no tiene compañeros de cuarto en contraste a un 33% que si tiene. Según la observación realizada los /as adultas /as mayores que no tienen compañeros de cuarto presentan mayor comodidad y privacidad que aquellos que tienen compañeros de cuarto, lo que redundaría en su calidad de vida. Los dormitorios tanto de uso individual como aquellos en los cuales pernoctan varios adultos /as mayores son amplios, poseen una adecuada ventilación -ventiladores de techo- e iluminación tanto de la luz natural por los ventanales de la habitación como de la luz eléctrica; disponen de camas en buenas condiciones, tienen clósets para colocar sus vestidos, calzados, y artículos de uso personal.

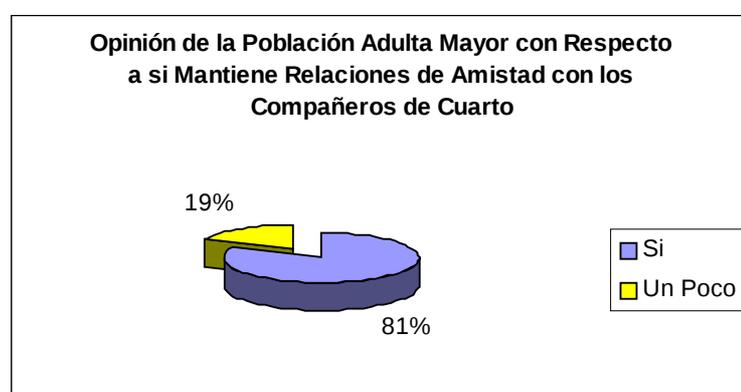
Las habitaciones tanto de uso individual como las habitaciones utilizadas por varios adultos /as mayores poseen el baño incorporado los mismos son amplios y acordes con las condiciones de los /as adultos/ as mayores, ya que tienen pisos antirresbalantes, calentadores de agua, y agarraderos de tal forma que le facilita a la población adulta mayor su aseo personal.

Cuadro N° 29

Opinión de La población Adulta Mayor con Respecto a sí Mantiene Relaciones de Amistad con los Compañeros de Cuarto

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	35	81%
Un Poco	8	19%
No	-	-
Total	43	100%

Gráfico N° 17



Los /as adultos /as mayores de la Casa Hogar Padre Iriarte pasan la mayor parte del tiempo en sus habitaciones de allí la importancia de que existan relaciones de amistad con sus compañeros de cuarto, la buena convivencia y el respeto resultan fundamental para el bienestar de las personas y más específicamente de los /as adultos /as mayores que se encuentran institucionalizados, ya que los mismos necesitan de un ambiente agradable en el que puedan adaptarse y sentir bienestar tomando en consideración que la salud del adulto mayor también va a depender de la adaptación al medio que les rodea. Los resultados de la investigación arrojaron que el 81% de la población adulta mayor mantiene relaciones de amistad con sus compañeros de cuarto, es importante resaltar que estas relaciones de amistad resultan muchas veces indispensables ya que los adultos mayores que presentan alguna discapacidad encuentran en su compañero de cuarto un apoyo fundamental para un mejor desenvolvimiento en su entorno. Por otro lado encontramos que un 19% de la población que tiene compañeros de cuarto no mantiene relaciones de

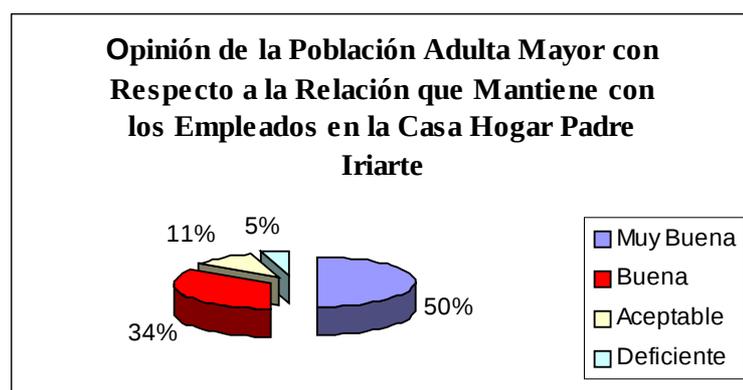
amistad, entre las razones argumentadas por estos adultos mayores se encuentra, el comportamiento desordenado, antihigiénico e irrespetuoso de sus compañeros.

Cuadro N° 30

Opinión de La población Adulta Mayor Acerca de la Relación Que Mantiene con los Empleados de la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Muy Buena	32	50%
Buena	22	34%
Aceptable	7	11%
Deficiente	3	5%
Total	64	100%

Gráfico N° 18



Los resultados del cuadro N° 30 y el gráfico N° 18 muestran que los /as adultos /as mayores opinan que la relación con los empleados de la Casa Hogar

Padre Iriarte, específicamente, los vigilantes, las camareras, y las señoras de limpieza es muy buena representada en un 50% y buena representada en un 34%. Como se puede observar la mayoría de la población adulta mayor mantiene buenas relaciones con los empleados de la Casa Hogar Padre Iriarte, y por las observaciones y afirmaciones realizadas por los /as adultos /as mayores el trato que reciben de los empleados es un trato amistoso y respetuoso, lo que redundará en su calidad de vida.

III.) SALUD

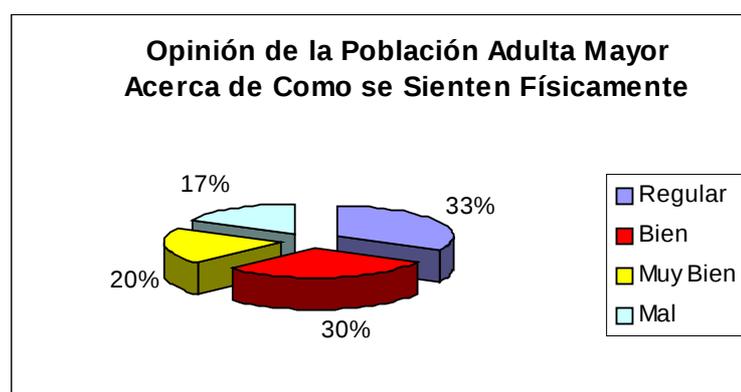
Cuadro N° 31

Opinión de La población Adulta Mayor Acerca de Como se Siente Físicamente

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Regular	21	33%
Bien	19	30%

Muy Bien	13	20%
Mal	11	17%
Total	64	100%

Gráfico N° 19



En el cuadro N° 31 y gráfico N° 19, podemos observar que de los 64 adultos /as mayores encuestados 21 se sienten regular lo que representa un 33%, resultado que se encuentra cercano con respecto a aquellos que dicen sentirse bien, representado en un 30%, es decir, 19 adultos /as mayores, seguido de los que dicen sentirse muy bien representado en un 20% y mal representado en un 17%.

Cabe destacar que la percepción que tiene el individuo, acerca de su nivel de bienestar o malestar, resulta válido para evaluar la calidad de vida y para tomar decisiones y conclusiones significativas; es por esta razón que podemos afirmar que aquellos adultos /as mayores que dicen sentirse regular y mal, presentan una disminución en su calidad de vida. Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico, considerándolos como datos objetivos. Posteriormente ha tomado mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente a los cuales se les consideraban como datos subjetivos. En la actualidad se ha comenzado a revalorizar los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas

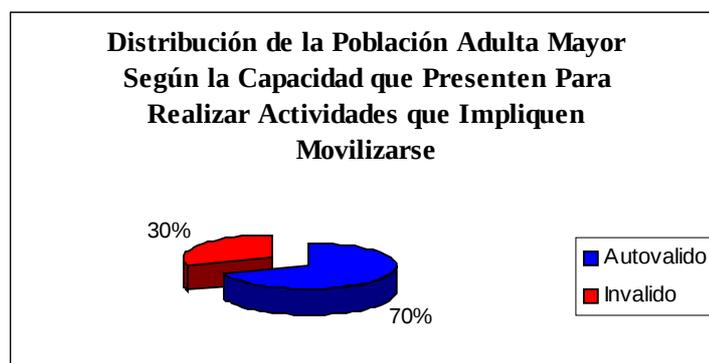
del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida, atribuyéndole igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, como al reporte del paciente acerca de su padecimiento.

Cuadro N° 32

Distribución de la Población Adulta Mayor Según la Capacidad que Presentan para Realizar Actividades que Impliquen Movilizarse

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Autovalido	45	70%
Invalido	19	30%
Total	64	100%

Gráfico N° 20



El cuadro N° 32 y el gráfico N° 20 respectivamente nos muestran que un 70% de los adultos /as mayores tienen capacidad para realizar actividades que requieren

movilización lo que representa en valor absoluto un total de 45 adultos /as mayores, es decir, la mayoría de la población adulta mayor que se encuentra residenciada en la Casa Hogar Padre Iriarte, en contraste con un 30% de adultos /as mayores que requieren de ayuda para realizar las actividades que ameriten moverse, estas actividades que implican moverse están relacionadas con la capacidad funcional de los individuos y en este caso específicamente de los /as adultos /as mayores residenciados en la Casa Hogar Padre Iriarte.

El disfrutar de un buen estado de salud es indudablemente una dimensión de la calidad de vida en cualquier edad, cabe destacar que en la etapa de la vejez, la mayoría de los /as adultos /as mayores padecen una o más enfermedades, de allí la importancia que cobra el concepto de capacidad funcional y emocional del adulto /a mayor, y la necesidad de conservar esta capacidad, ya que la misma, es una dimensión de su calidad de vida, que guarda relación directa con la oportunidad de ejercer la autonomía e independencia, es la opción de poder satisfacer la necesidad de autocuidado, como lo son las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, (bañarse, vestirse, comer, caminar, etc); Las cuales apuntan positivamente en su autoestima.

En la Casa Hogar Padre Iriarte, 45 adultos /as mayores, que vendrían representando la mayoría de la población adulta mayor, conservan la capacidad para moverse, es decir, conservan su capacidad funcional, lo que redundaría en su calidad de vida, en contraste a los 19 adultos /as mayores que necesitan de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, tales como: comer, bañarse, vestirse, caminar, etc. según lo que se pudo observar los /as adultos /as mayores que necesitan ayuda para moverse presentan problemas de la visión, (invidentes), tienen problemas de locomoción y de circulación, las personas que presentan estos problemas tienen posesión permanente de sillas de ruedas. Cabe destacar que estos problemas de salud, fueron adquiridos en el transcurso de su estadía en la Casa Hogar, ya que la directiva tiene como requisitos, el que sólo pueden ingresar adultos /as mayores que sean autovalidos, claro está, que una vez

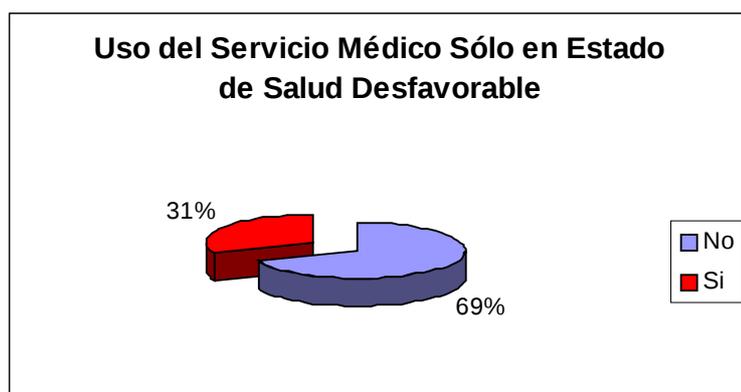
surgida la enfermedad, no son rechazados ni devueltos donde sus familiares, sino que los mismos continúan siendo atendidos en la institución.

Cuadro N° 33

Uso del Servicio Médico Sólo en Estado de Salud Desfavorable

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
No	44	69%
Si	20	31%
Total	64	100%

Gráfico N° 21



Los resultados que muestran el cuadro N° 33 y el gráfico N° 21 nos indican que un 69% de la población adulta mayor utiliza el servicio médico sin necesidad de tener un estado de salud desfavorable, en contraste a un 31% de adultos /as

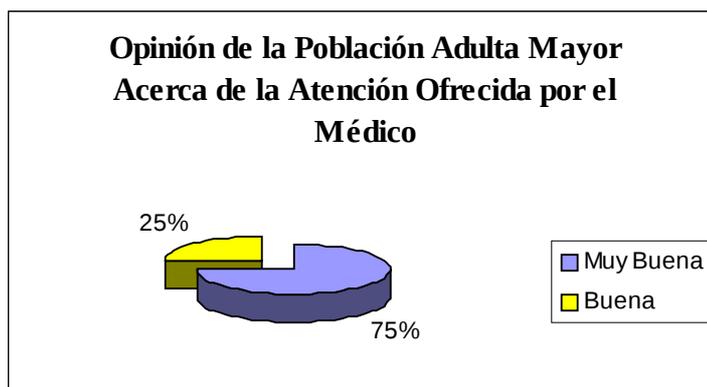
mayores que asisten a las consultas con el médico sólo cuando su estado de salud es desfavorable. Los resultados nos muestran que la población adulta mayor tiene la tendencia a utilizar los servicios médicos desde una perspectiva preventiva, el carácter preventivo se manifiesta al utilizar el servicio médico sin tener necesariamente que estar enfermo, tomando en cuenta que la calidad de vida de los /as adultos /as mayores dependerá de actividades que partan de la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación.

Cuadro N° 34

Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Atención Ofrecida por el Médico

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Muy Buena	48	75%
Buena	16	25%
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	64	100%

Gráfico N° 22



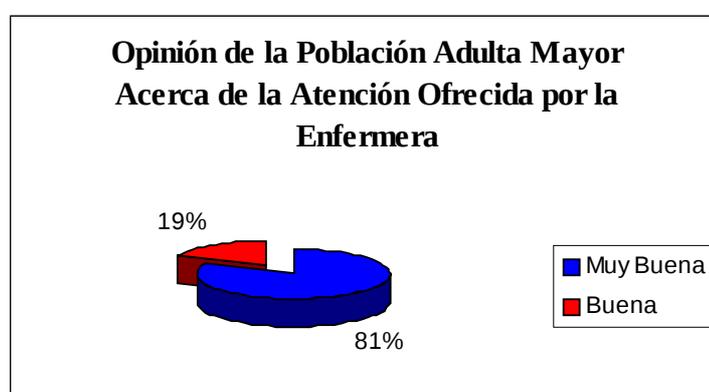
Los resultados que nos muestra el cuadro N° 34 y el gráfico N° 22 respectivamente refieren a la atención ofrecida por el médico indicándonos que un 75% de los encuestados refieren que la atención es muy buena, y buena representada en un 25%. En la Casa Hogar Padre Iriarte sólo existe un médico el cuál asiste semanalmente a la unidad a realizar el respectivo chequeo, los días de asistencia del médico son los jueves en las horas de la tarde; según la información suministrada por el médico las enfermedades más frecuentes que presentan los /as adultos /as mayores en la Casa Hogar Padre Iriarte son las enfermedades propias que se manifiestan con la edad tales como: las enfermedades del corazón, la hipertensión y la diabetes. Los /as adultos /as mayores al opinar en su mayoría que la atención del médico es muy buena, y buena sumando un total del 100% podemos afirmar que por la atención recibida los mismos continuarán con la tendencia de asistir a las consultas sin necesidad de estar enfermos por lo que se estará fortaleciendo el carácter preventivo en materia de salud lo que redundará en su calidad de vida.

Cuadro N° 35

**Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de la Atención Ofrecida por la
Enfermera**

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Muy Buena	52	81%
Buena	12	19%
Regular	-	
Mala	-	
Total	64	100%

Gráfico N° 23



De acuerdo al cuadro N° 35 y al gráfico N° 23 relacionado con la atención ofrecida por la enfermera los resultados arrojaron que un 81% afirma que la atención es muy buena en este resultado podemos observar un porcentaje mayor que el otorgado al médico, por otro lado encontramos que 12 adultos y adultas mayores consideran que la atención ofrecida por la enfermera es buena representada en un 19%, a diferencia del médico los /as adultos /as mayores tienen un mayor contacto con las enfermera de la Casa Hogar Padre Iriarte, tanto en las horas diurnas como en las nocturnas, de allí la importancia de que se establezcan buenas relaciones, ya que la enfermera es la encargada de suministrarle los medicamentos a los /as adultos /as mayores y de atenderlos cuando se presente una situación que aqueje su salud y que pueda ser enfrentado con los recursos disponibles en la institución.

Es importante hacer referencia de que en los casos en que un adulto /a mayor presente un estado de salud grave que no pueda ser atendido en la institución el mismo es trasladado al centro médico privado más cercano a la institución y si el adulto /as mayor tiene familia a la misma se le avisa para que atiendan a su familiar mientras se produce la mejoría, y pueda ser llevado nuevamente a la Casa Hogar, en caso de que esta sea su decisión.

Las buenas relaciones con la enfermera influyen notablemente según la información suministrada en la pronta recuperación de los /as adultos /as mayores ya que de esto depende que reciban de una manera positiva los medicamentos suministrados.

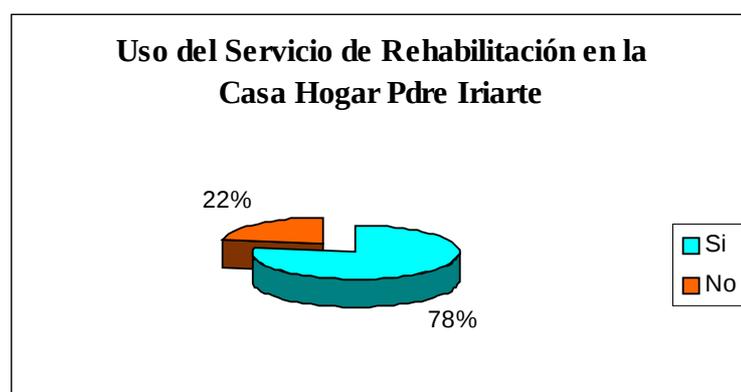
Cabe destacar que los medicamentos que reciben los /as adultos /as mayores provienen de dos fuentes, el adulto mayor que no tiene familia le son suministrados los medicamentos por la Casa Hogar, los cuales son comprados a base de donaciones, y por otra parte los /as adultos /as mayores que tienen familia, estas se hacen responsable de la compra de dichos medicamentos.

Cuando las familias no cumplen con la compra mensual de los medicamentos, de igual forma se le continúan suministrando a sus familiares mayores por cuenta de la Casa Hogar, de forma tal que no resultan perjudicados por no disponer de sus medicamentos. De igual manera la encargada de la institución mantiene de forma permanente contacto con los familiares de la población adulta mayor para que cumplan puntualmente con el suministro de los medicamento, y para que se pongan al día, aquellos que no han cumplido por una u otra circunstancia con su responsabilidad.

Cuadro N° 36

Uso del Servicio de Rehabilitación en la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	50	78%
No	14	22%
Total	64	100%

Gráfico N° 24

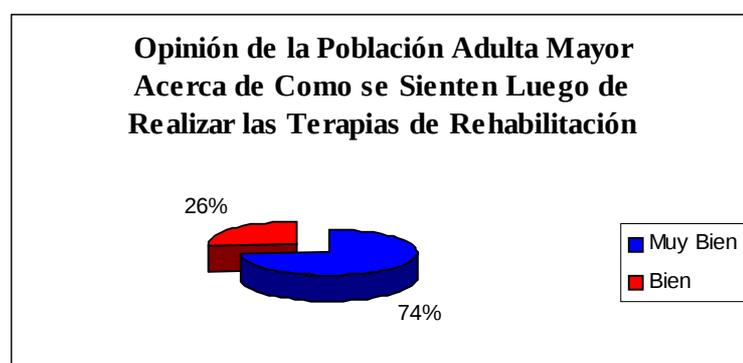
Los resultados representados en el cuadro N° 36 y en el gráfico N° 24, nos muestran que un 78% de los encuestados utilizan los servicios de rehabilitación es decir, 50 adultos y adultas mayores en contraste a un 22% representado por 14 adultos y adultas mayores que no realizan terapias de rehabilitación. Como podemos observar la mayoría de la población adulta mayor que reside en la Casa Hogar Padre Iriarte utiliza los servicios de rehabilitación lo que influye considerablemente en su calidad de vida tomando en cuenta que la atención médica debe ser preventiva, curativa y de rehabilitación.

Cuadro N° 37

Opinión de la Población Adulta Mayor Acerca de cómo se Sienten Luego de Realizar las Terapias de Rehabilitación

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Muy Bien	37	74%
Bien	13	26%
Regular	-	-
Mal	-	-
Total	50	100%

Gráfico N° 25



Los siguientes resultados que se encuentran representados en el cuadro N° 37 y gráfico N° 25 nos muestran que de los 50 adultos y adultas que realizan terapias de rehabilitación, el 74% afirmó sentirse muy bien y bien respectivamente representados en un 26%. Los /as adultos /as mayores al realizar terapias de rehabilitación no se encuentran exclusivamente realizando terapias para su bienestar físico sino que también, están realizando actividades que los ayudan emocional y psicológicamente, muchos de los /as adultos /as mayores que realizan terapias no presentan una dolencia o malestar específico sino que asisten a las terapias de rehabilitación para realizar ejercicios físicos y ejercicios de habilidad mental, y para compartir con los /as otros /as residentes de la Casa Hogar, es decir, aparte de sentir una mejoría física (aquellos que padecen algún malestar) también sienten una satisfacción emocional lo que influye notoriamente en su

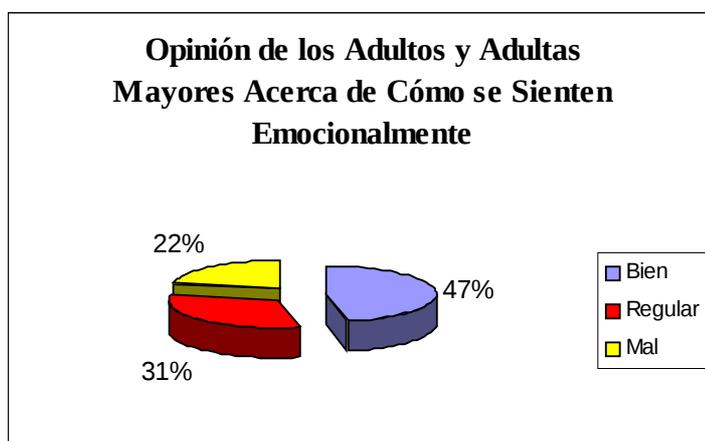
bienestar. Las terapias de rehabilitación son impartidas por dos terapeutas de lunes a viernes en horas de la mañana.

Cuadro N° 38

Opinión de los Adultos y Adultas Mayores Acerca de Cómo se Sienten Emocionalmente

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Bien	30	47%
Regular	20	31%
Mal	14	22%
Total	64	100%

Gráfico N° 26



El cuadro N° 38 y el gráfico N° 26 respectivamente nos muestra que el 47% de los adultos /as mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte se sienten emocionalmente bien, cifra que resulta significativa y de la cual podemos inferir que el sentirse bien emocionalmente, incidirá de forma positiva en su calidad de vida. Ahora bien por otra parte nos encontramos que un 31% afirma sentirse regular y un 22% afirma sentirse mal, por lo que podemos afirmar que la mayoría de la población adulta mayor de la Casa Hogar no se encuentra muy bien emocionalmente, por ende, su estado de salud se encuentra comprometido si tomamos en consideración que el concepto de salud va mucho más allá del bienestar físico, entendiendo por salud un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, significa el estado de equilibrio de la persona o del conjunto de la sociedad, en donde los aspectos psicológicos son tenidos cada vez más en cuenta. En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos y de los problemas emocionales que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo.

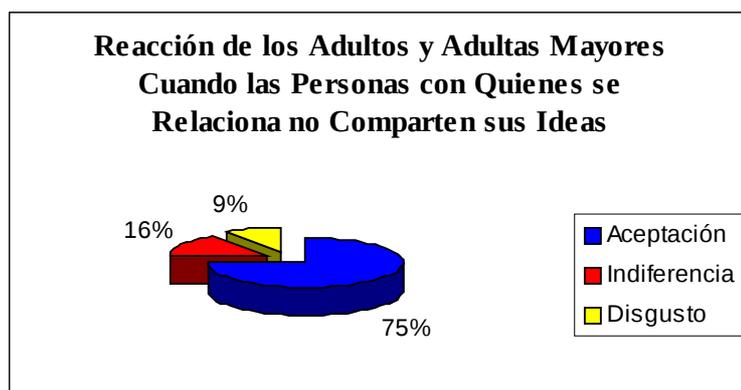
Por lo que es importante reconocer que la **personalidad** humana es una integración, una totalidad indivisible. De allí que resulte indispensable el hacer referencia de que los problemas emocionales tales como: depresión, ansiedad, tedio, etc. pueden desencadenar problemas físicos. Podemos destacar que entre las razones por las cuales los adultos y adultas mayores no se encuentran muy bien emocionalmente en la Casa Hogar Padre Iriarte según la información suministrada por la encargada nos encontramos, el distanciamiento que sienten por parte de sus familiares y amistades, el haber ingresado de manera involuntaria a la institución, el aburrimiento y el sentirse solos, entre otras, lo que repercute significativamente en su calidad de vida.

Cuadro N° 39

Reacción de los Adultos y Adultas Mayores Cuando las Personas con Quienes se Relaciona no Comparten sus Ideas

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Aceptación de Otras Ideas	48	75%
Indiferencia	10	16%
Disgusto	6	9%
Total	64	100%

Gráfico N° 27



Los resultados presentes en el cuadro N° 39 y el gráfico N° 27 nos muestran que el 75 % de los adultos /as mayores aceptan las ideas contraria a sus opiniones, un 16% afirma sentir indiferencia y un 9% afirma disgustarse cuando las personas con quienes se relaciona no comparten sus ideas. De los resultados obtenidos podemos observar que la mayoría de la población adulta mayor de la Casa Hogar Padre Iriarte es tolerante y acepta las opiniones que difieren de la de ellos, esto nos permite apreciar el grado de convivencia que existe entre los /as adultos /as mayores, cabe destacar que aquellos que sostuvieron sentir indiferencia, es decir 10 adultos /as mayores y los que expresaron sentir disgusto, 6 adultos /as mayores representan una minoría, pero es importante mencionar que aquellos que expresan sentir indiferencia y disgusto, se les dificulta establecer relaciones interpersonales

y tienen una clara tendencia hacia la soledad, lo que afecta su calidad de vida puesto que al no establecer relaciones interpersonales y al escoger la soledad estarán más propensos a sufrir problemas emocionales, como la depresión y la ansiedad.

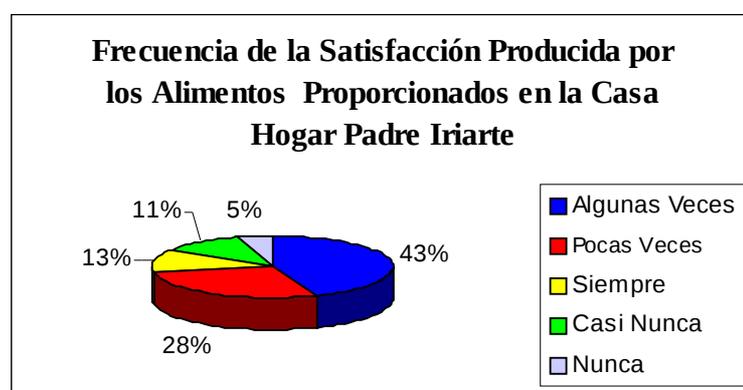
IV.) ALIMENTACIÓN

Cuadro N° 40

Frecuencia de la Satisfacción Producida por los Alimentos Proporcionados en la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Algunas Veces	28	43%
Pocas Veces	18	28%
Siempre	8	13%
Casi Nunca	7	11%
Nunca	3	5%
Total	64	100%

Gráfico N° 28

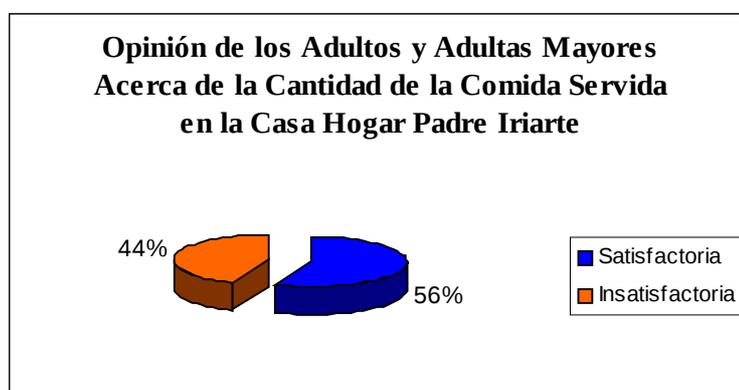


En el cuadro N° 40 y el gráfico N° 28 podemos observar la satisfacción que sienten los adultos /as mayores en relación a los alimentos que le son proporcionados en la Casa Hogar Padre Iriarte encontrándonos que un 43% afirma que algunas veces siente satisfacción seguido de un 28% de la población adulta mayor la cual afirma que pocas veces siente satisfacción con los alimentos que le son proporcionados, por lo que podemos afirmar que la calidad de vida de los /as adultos /as mayores en relación a la alimentación resulta afectada ya que los mismos en su mayoría sienten muy poca satisfacción con los alimentos que le son proporcionados, ahora bien para conocer un poco más los motivos de esta insatisfacción se consideró fundamental preguntarles por aspectos tales como, la cantidad, y el sabor de la comida.

Cuadro N° 41
Opinión de los Adultos y Adultas Mayores Acerca de la Cantidad de la Comida Servida en la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Satisfactoria	36	56%
Insatisfactoria	28	44%
Total	64	100%

Gráfico N° 29



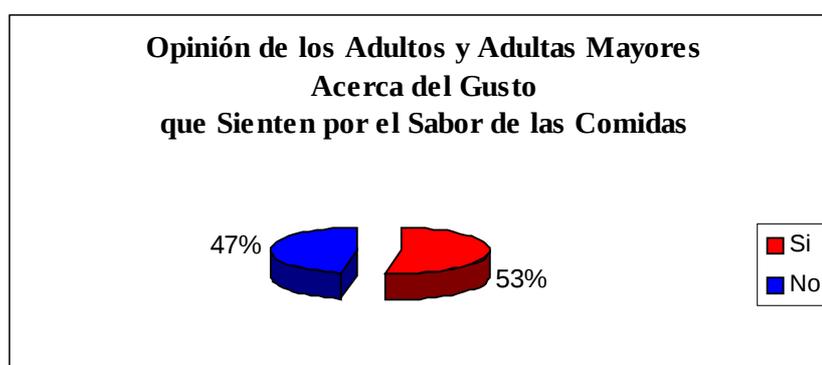
Según los resultados obtenidos en el cuadro N° 41 y el gráfico N° 29 la mayoría de la población adulta mayor es decir, el 56% opina sentir satisfacción con la cantidad de comida que le es proporcionada en la Casa Hogar Padre Iriarte, cabe destacar que la diferencia que existe en relación con aquellos que opinan sentirse insatisfechos, es decir, el 44% es poco significativa, por lo que podemos afirmar que un número considerable de adultos /as mayores, específicamente 28 adultos y adultas mayores, les resulta afectada su calidad de vida puesto que la cantidad de alimentos que reciben les resulta insuficiente, teniendo en cuenta que la alimentación adecuada se presenta como una de las necesidades básicas que tenemos los seres humanos, la cual adquiere un matiz especial en la etapa de la vejez por los requerimientos implícitos en este proceso.

Cuadro N° 42

Opinión de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto al Gusto que sienten por el Sabor de las Comidas

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	34	53%
No	30	47%
Total	64	100%

Gráfico N° 30



Lo resultados del Cuadro N° 42 y el gráfico N° 30 nos muestran que la diferencia entre los que les gusta el sabor de la comida y los que no les gusta es

poco significativa, por lo que se puede afirmar que un porcentaje importante de adultos /as mayores el 47% no sienten agrado por los alimentos, es importante destacar que según la información suministrada por la nutricionista los alimentos que le son proporcionados a los adultos mayores en la Casa Hogar Padre Iriarte son balanceados, y el menú (los alimentos que les proporcionan)de los mismos esta ajustado a las características específicas de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, y según la enfermedad más frecuentes que presenta la población.

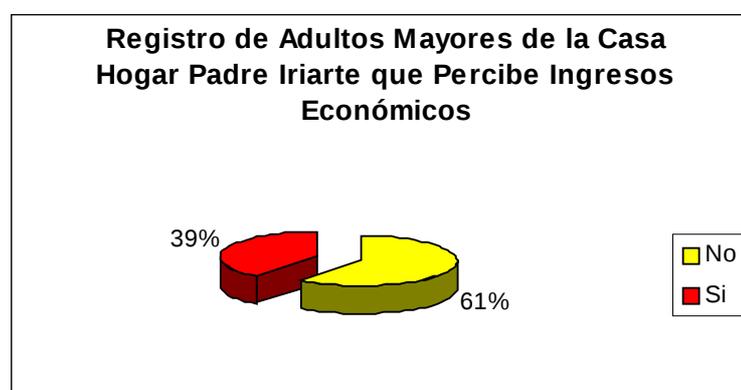
V.)INGRESOS ECONÓMICOS

Cuadro N° 43

Registro de Adultos Mayores de la Casa Hogar Padre Iriarte que Percibe Ingresos Económicos

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
No	39	61%
Si	25	39%
Total	64	100%

Gráfico N° 31



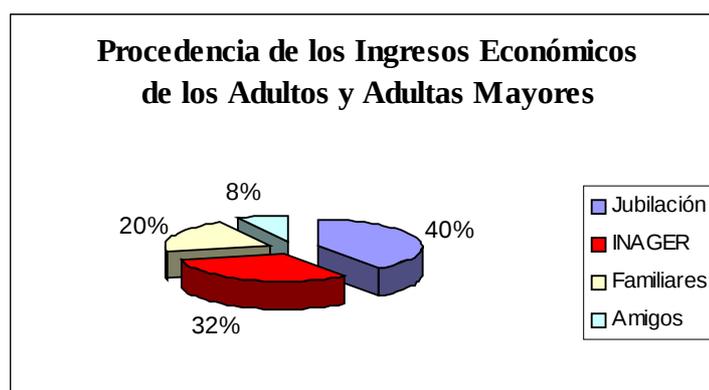
Los resultados en relación a los ingresos económicos percibidos, nos indican que un 61% de los encuestados no percibe ingresos económicos es decir, la mayoría de la población adulta mayor que reside en la Casa Hogar Padre Iriarte, mientras que un 39% de los /as adultos /as mayores afirmaron tener ingresos económicos.

Cuadro N° 44

Procedencia de los Ingresos Económicos de los Adultos y Adultas Mayores

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Jubilación	10	40%
INAGER	8	32%
Familiares	5	20%
Amigos	2	8%
Total	25	100%

Gráfico N° 32



Los resultados presentados en el cuadro N° 44 y el gráfico N° 32, en relación a la procedencia de los ingresos económicos de los /as adultos /as mayores, nos muestran que el 40% de dichos ingresos proviene de la jubilación seguido de un 32% que percibe sus ingresos por el programa de ayudas económicas que presta el Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología. Por su parte un 20% de los adultos y adultas mayores percibe sus ingresos económicos, gracias al aporte de sus familiares y un 20% de amistades. Cabe destacar que la Hermana Maura como directora de la Casa Hogar Padre Iriarte, se encarga de realizar las diligencias para solicitar las ayudas económicas que otorga el Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología, a fin de ayudar a aquellos adultos y adultas mayores de la Casa Hogar Padre Iriarte que no tienen familia ni recursos.

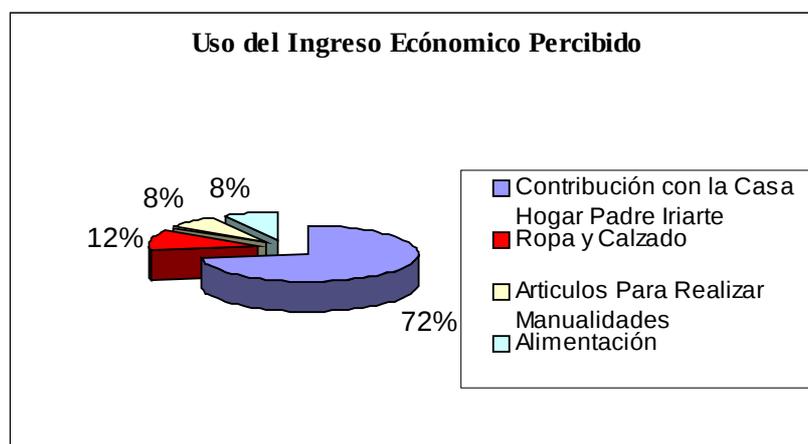
Cuadro N° 45

Uso del Ingreso Económico Percibido

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Contribución con la Casa Hogar Padre Iriarte	18	72%
Ropa y Calzado	3	12%
Artículos Para Realizar Manualidades	2	8%
Alimentación	2	8%

Total	25	100%
-------	----	------

Gráfico N° 33



El cuadro N° 45 y el gráfico N° 33 nos muestran el uso que le dan los /as adultos /as mayores a los ingresos recibidos, arrojando como resultado que el 72% de la población adulta mayor emplea sus ingresos dando una contribución a la Casa Hogar Padre Iriarte, seguida de un 12% que los emplea en ropa y calzado un 8% en artículos para realizar manualidades y el restante 8% en gastos de alimentación. Como pudimos observar, la mayoría de la población adulta mayor que percibe ingresos es decir, 18 adultos /as mayores, emplean sus ingresos contribuyendo económicamente con la Casa Hogar Padre Iriarte, el resto de los /as adultos /as mayores emplean el dinero en la compra de artículos personales, en artículos para realizar manualidades para distraerse, y en la compra de alimentos, en caso de que no queden satisfechos con los alimentos que le son proporcionados en la Casa Hogar. Por lo que pudimos observar los ingresos económicos son importantes para los /as adultos /as mayores, aunque las necesidades básicas les resulten satisfechas, muchos de los /as adultos /as mayores que no perciben ingresos afirmaron que los necesitaban ya que al no quedar satisfechos con los alimentos que les eran proporcionados podrían optar por comprarlos afuera de la institución, otra de las razones por las cuales plantearon el necesitar ingresos es que muchos de ellos tienen dificultad en la vista y necesitan usar lentes, y los

mismos no le pueden ser proporcionados por la Casa Hogar, debido a las dificultades económicas que presenta la institución.

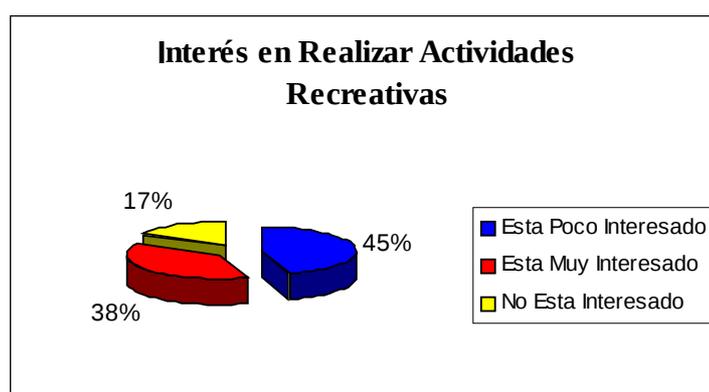
VI.)ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO

Cuadro N° 46

Opinión de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto al Interés de Realizar Actividades Recreativas

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Esta Poco Interesado	29	45%
Esta Muy Interesado	24	38%
No Esta Interesado	11	17%
Total	64	100%

Gráfico N° 34



Los resultados que encontramos en el cuadro N° 46 y el gráfico N° 34 muestran que un 45% de la población adulta mayor que reside en la Casa Hogar Padre Iriarte no está interesada en realizar actividades recreativas, un 38% afirma estar

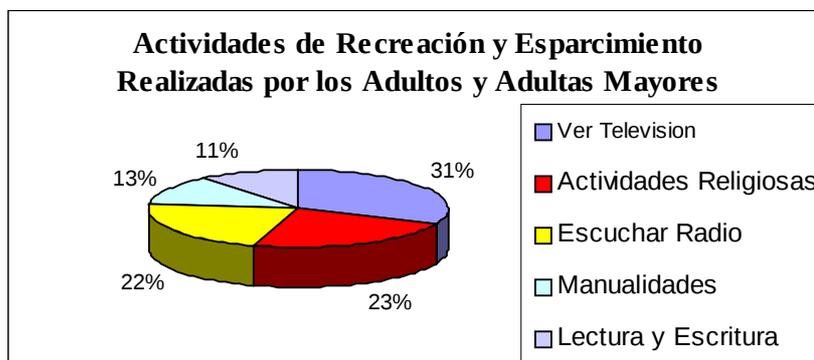
muy interesada, mientras que el 17% restante afirma no estar interesada. Según podemos observar existe una proporción significativa de adultos /as mayores que manifiestan sentirse interesados en realizar actividades recreativas, pudimos denotar que aquellos que manifestaron no estar interesados eran los que más se sentían quebrantados de salud, por lo que no presentaron motivación alguna por las actividades de recreación y esparcimiento, también podemos afirmar que muchas personas no se encuentran interesadas en realizar actividades recreativas o se encuentran poco interesadas, porque cabe la posibilidad de que nunca incorporaron durante su vida pasada a la recreación como un derecho, y se culpan por no poder trabajar o perder el tiempo en actividades no productivas económicamente.

Cuadro N° 47

Actividades de Recreación y Esparcimiento Realizadas por los Adultos y Adultas Mayores

Actividades	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Ver Televisión	20	31%
Actividades Religiosas	15	23%
Escuchar Radio	14	22%
Manualidades	8	13%
Lectura y Escritura	7	11%
Total	64	100%

Gráfico N° 35



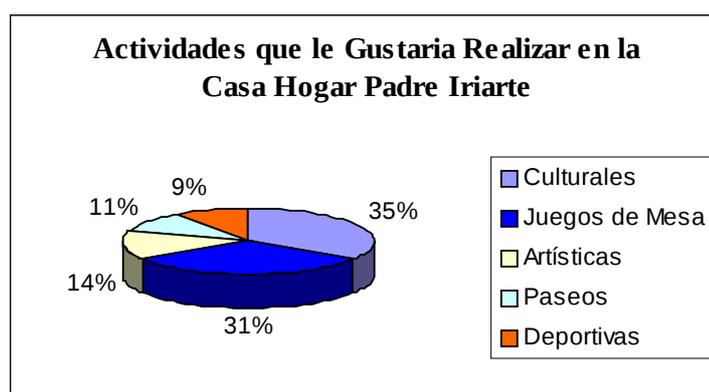
Los resultados en cuanto a las actividades de recreación y esparcimiento realizadas por los /as adultos/ as mayores nos muestran que entre las actividades que son realizadas, por un mayor porcentaje de adultos mayores se encuentran el ver televisión con un 31% las actividades religiosas con un 23% y el escuchar radio con un 22%. Estos resultados nos muestran que en la Casa Hogar Padre Iriarte no se planifican actividades concretas para la recreación y el esparcimiento, (con excepción de las actividades religiosas) por lo que los /as adultos mayores deben procurarse opciones personales ajustadas a sus recursos o disponibilidades económicas, bien sea mirando la televisión, de la Casa Hogar o el de su propiedad, escuchando radio, leyendo un libro, realizando manualidades, y en actividades religiosas las cuales son realizadas de forma individual y otras son organizadas por las hermanas o monjas de la institución. Esta situación afecta en la calidad de vida de los /as adultos /as mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, puesto que numerosos estudios han comprobado que si las personas y más específicamente los /as adultos /as mayores no utilizan adecuadamente el tiempo, esto puede dar lugar a situaciones de aislamiento, desarraigo, apatía, pérdida progresiva de la identidad y baja autoestima. De igual forma se ha planteado la repercusión negativa que sobre la salud y el bienestar de los adultos /as mayores tiene el disponer de mucho tiempo de ocio sin utilidad alguna.

Cuadro N° 48

Recomendaciones de los Adultos y Adultas Mayores con Respecto a las Actividades que le Gustaría se Realizasen en la Casa Hogar Padre Iriarte

Actividades	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Culturales,(danzas folklóricas, exposiciones, etc.)	22	35%
Juegos de Mesa (Juego de barajas, bingo, domino)	20	31%
Artísticas (pintura, teatro, etc.)	9	14%
Paseos	7	11%
Deportivas (bailoterapia, caminatas)	6	9%
Total	64	100%

Gráfico N° 36



Los resultados arrojados en cuanto a las actividades que a los adultos y adultas mayores le gustaría que se realizasen, encontramos, que un 35% de la población adulta mayor le gustaría que se realizasen actividades culturales, un 31% juegos

de mesa, seguidas de las actividades artísticas, los paseos con un 14% y en menor medida las actividades deportivas con un 9%. Cabe destacar que los administradores de las Casas Hogares al organizar actividades de recreación y esparcimiento deben tomar en consideración aparte de los intereses de los /as adultos /as mayores, la necesidad de que estas actividades faciliten la expansión, la creación libre del adulto /a mayor, en fin actividades estimulantes que contribuyan al desarrollo de actividades positivas, alimentadas por la creatividad de algún quehacer, que propicien y cultiven los afectos y la solidaridad. Es importante resaltar que a pesar de que 40 adultos y adultas mayores afirmaron estar poco interesados y no estar interesado en realizar actividades de recreación y esparcimiento, los mismos fueron muy receptivos al momento de preguntarles que actividades les gustaría que se realizasen en la Casa Hogar Padre Iriarte por lo que podemos afirmar que el poco o nulo interés se debe más al contexto en el que se encuentran, es decir, a la falta de programas de esparcimiento y recreación, que a la falta de motivación de la población adulta mayor de realizar dichas actividades en su tiempo libre.

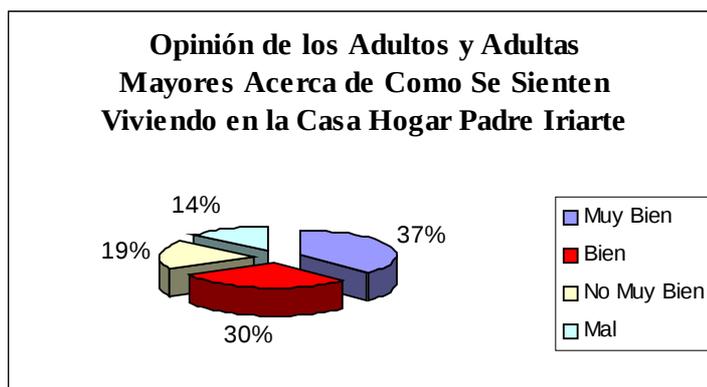
VII.)ESPACIO FÍSICO AMBIENTAL

Cuadro N° 49

Opinión de los Adultos y Adultas Mayores Acerca de Cómo se Siente Viviendo en la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Muy Bien	24	37%
Bien	19	30%
No Muy Bien	12	19%
Mal	9	14%
Total	64	100%

Gráfico N° 37



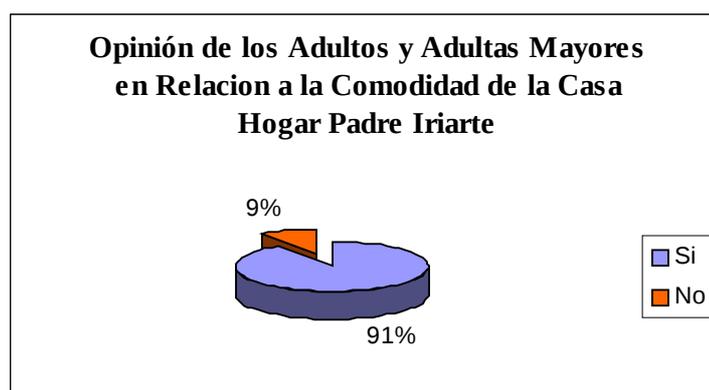
Los resultados presentes en el cuadro N° 49 y el gráfico N° 37 nos muestran que el 37% de los adultos y adultas mayores afirman sentirse muy bien viviendo en la Casa Hogar Padre Iriarte, por su parte un 30% opina sentirse bien, mientras que un 19% afirma sentirse no muy bien y un 14% opina sentirse mal. Los adultos y adultas mayores que afirmaron sentirse bien con el entorno que les rodea y en el que se desenvuelven, les trae como consecuencia un sentimiento de bienestar general que redundará en su calidad de vida, cabe destacar que aquellos /as adultos /a mayores que expresan sentirse no muy bien 12 personas y mal 9 personas, ingresaron a la Casa Hogar Padre Iriarte de forma involuntaria, de allí que inferimos que el malestar por estar viviendo en la institución puede ser ocasionado por esta forma de ingreso, lo que disminuye su calidad de vida a la vez que esta situación le produce sentimientos de depresión, resultando afectados emocionalmente.

Cuadro N° 50

Opinión de los Adultos y Adultas Mayores en Relación a la Comodidad de las Instalaciones de la Casa Hogar Padre Iriarte

Alternativas	Valor Absoluto	Valor Porcentual
Si	60	91%
No	4	9%
Total	100%	100%

Gráfico N° 38



Los resultados en relación a la opinión que tienen los adultos /as mayores de la comodidad de la Casa Hogar Padre Iriarte, arrojaron que un 91 % afirma que las instalaciones de la Casa Hogar Padre Iriarte son cómodas, mientras que sólo un 9% afirma lo contrario. Según lo que se pudo observar la Casa Hogar cuenta con unas instalaciones óptimas para el albergue de adultos/ as mayores. Se encuentra totalmente construida sin deterioro, se encuentra parcialmente techado ya que posee un extenso jardín.

Los espacios son amplios, existe suficiente iluminación y ventilación, posee amplios ventanales, barras de sostén y apoyo en las pasillos, una cantidad suficiente de sillas en las diferentes áreas de la Casa Hogar lo que resulta cómodo tanto para las visitas como para los/ as adultos /as mayores, las áreas de recreación y esparcimiento son amplias. por lo que puede afirmarse que resulta un espacio físico ambiental adecuado, que bajo las distintas circunstancias, se promueven las condiciones para una vida digna, siendo un lugar en donde los /as adultos /as mayores pueden conservar el mayor tiempo posible su autonomía física. Estas condiciones repercuten de una manera positiva en la calidad de vida de los adultos y adultas mayores puesto que una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico, facilita las relaciones, la comunicación y promueve la salud.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos permitieron conocer las condiciones en la que se encuentran los adultos mayores en la Casa Hogar Padre Iriarte Ubicada en el Municipio Zamora Guatire-Estado Miranda, específicamente la calidad de vida en función de la adecuada satisfacción de sus necesidades básicas, tales como las relaciones familiares e interpersonales, el estado de salud, las condiciones de alimentación y nutrición, los ingresos económicos, el uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento y las condiciones del espacio físico-ambiental en el que se desenvuelven.

Las relaciones familiares e interpersonales para los /as adultos mayores representan un factor indispensable para su calidad de vida, los resultados de la investigación demostraron que la mayoría de los /as adultos/ as mayores que se encuentran residenciados en la Casa Hogar Padre Iriarte mantienen muy buenas y buenas relaciones de amistad con los compañeros de la institución, con los empleados de la Casa Hogar Padre Iriarte con la enfermera y el médico que los atiende, lo que repercute de forma positiva en su calidad de vida, partiendo del hecho, de que como seres sociales, resulta fundamental para nuestra salud física y emocional el poder satisfacer las necesidades de relacionarnos con otras personas y de formar identidades sociales.

Si bien es importante el mantener adecuadas relaciones con nuestro entorno también resulta fundamental para los adultos y adultas mayores institucionalizados el no perder contacto con las relaciones que se establecieron antes de ingresar a la institución cómo lo es la familia y los amigos, puesto que independientemente de las óptimas relaciones que puedan establecerse en la Casa Hogar Padre Iriarte, las relaciones familiares, bien sea con hijos /a hermanos /as esposo /a, sobrinos /as, etc; resultan irremplazables y constituyen un valioso soporte para los adultos y adultas mayores, con los resultados obtenidos en la Casa Hogar Padre Iriarte se pudo evidenciar la necesidad del contacto con la familia, así cómo también la necesidad de las visitas y que las mismas sean con

una mayor frecuencia, ya que el contacto con la familia les producía a los adultos y adultas mayores un 100% de satisfacción.

Con respecto al estado de salud, la mayoría de los adultos y adultas mayores afirmaron sentirse muy bien físicamente, pero en lo que se refiere al aspecto emocional un gran número afirmó no sentirse muy bien, por ende, entre otras razones su estado de salud se encuentra comprometido.

Lo cual resultó evidente en el estudio al considerar a la salud bajo una concepción integral, es decir, la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social. Cabe destacar que resulta válido para determinar la calidad de vida de una persona la percepción que tiene la misma sobre su estado de salud. Por otra parte pudimos observar según los resultados arrojados que la mayoría de la población adulta mayor conserva su capacidad funcional es decir conserva su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, etc), lo que influye notablemente en su calidad de vida puesto que esto guarda relación directa con la oportunidad de ejercer la autonomía e independencia.

Por otro lado el servicio y la atención médica de la casa hogar también proporciona una elevada calidad de vida a los adultos y adultas mayores residentes, ya que parten del cuidado de la salud en sus cuatro niveles, como lo son: la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación, servicios que son utilizados por la mayoría de la población adulta mayor.

Podemos afirmar que en lo que respecta a la alimentación y la nutrición recibida por los adultos y adultas mayores en la Casa Hogar Padre Iriarte, ésta no resulta del total agrado para los mismos, evidenciado en los resultados obtenidos los cuáles nos muestran que la mayoría de la población adulta mayor siente muy pocas veces satisfacción por la comida, lo que afecta de forma considerable la calidad de vida de los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte.

En lo que se refiere al ingreso económico, la mayoría de la población adulta mayor, no percibe ingresos económicos, cabe destacar que los ingresos son de suma importancia, ya que los mismos nos permiten satisfacer nuestras necesidades básicas, por otra parte es importante resaltar que los adultos y adultas mayores que residen en la Casa Hogar Padre Iriarte cuentan con todos los recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas, por lo que las entradas económicas no representan un recurso indispensable para su bienestar.

En lo referente a las actividades de recreación y esparcimiento las que se realizan no son organizadas por las encargadas de la Casa Hogar Padre Iriarte por lo que muchos adultos y adultas mayores se sienten aburridos, y con una sensación de hastío, esta situación afecta en la calidad de vida de los adultos y adultas mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, puesto que numerosos estudios han comprobado que si las personas y más específicamente la población adulta mayor no utiliza de forma adecuada el tiempo, esto puede dar lugar a situaciones de aislamiento, desarraigo, apatía, pérdida progresiva de la identidad y baja autoestima.

En lo que respecta a la comodidad de las instalaciones la mayoría de la población adulta mayor afirmó sentirse cómoda, cabe destacar que las instalaciones de la Casa Hogar Padre Iriarte cuenta con las instalaciones adecuadas para la atención de la población adulta mayor lo que influye de forma positiva en la calidad de vida de los / as adultos mayores. De igual manera resulta oportuno destacar que a pesar de que la mayoría de los adultos mayores aprecian que las instalaciones son cómodas hay un número considerable de esta población que no desea vivir en la institución, puesto que independientemente de las adecuadas condiciones de una institución geriátrica si el adulto mayor no ingreso de manera voluntaria resultará muy difícil que sienta dicha institución como un hogar en donde desee vivir de forma permanente.

Es importante destacar a manera de conclusión que la atención al adulto mayor requiere de mayores conocimientos y de múltiples habilidades por parte de aquellos que otorgan dicha atención.

Si tomamos en consideración que la calidad de vida es un concepto multidimensional que no sólo abarca las necesidades materiales, sino también de otro tipo, las que nos aseguran un desarrollo espiritual y físico conveniente, podemos concluir entonces que los adultos y adultas mayores institucionalizados en la Casa Hogar Padre Iriarte no presentan una adecuada calidad de vida, lo que si podemos afirmar es que sienten bienestar en algunos aspectos relacionados con su estadía en la institución, pero es necesario resaltar que el sólo hecho de que una proporción considerable de adultos y adultas mayores haya ingresado de forma involuntaria y no desee vivir en la institución es un factor que atenta contra su bienestar y por ende en su calidad de vida.

Es importante mencionar que se deben tomar las medidas necesarias para mejorar la satisfacción con respecto a los alimentos proporcionados y desarrollar estrategias para una mejor utilización del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento, de forma tal que se estimule la comunicación, se cultiven los afectos, la solidaridad e integración social entre los residentes de la Casa Hogar Padre Iriarte.

Para el logro de bienestar social y la calidad de vida de los individuos, El Estado debe diseñar y ejecutar políticas sociales, que a través de las instituciones de la seguridad social, y a través de las instituciones privadas sin fines de lucro proporcionen al adulto mayor, todas aquellas condiciones necesarias e indispensables para satisfacer sus necesidades y de esta manera puedan alcanzar una mejor calidad de vida.

Cabe destacar que las instituciones religiosas han realizado un gran aporte en materia de atención al adulto mayor, ya que en la mayoría de ellas se atienden a adultos mayores de escasos recursos, y en muchos de los casos los adultos y

adultas mayores que son atendidos en estas instituciones llegan a las mismas en estado de mendicidad. Tal es el caso de la Casa Hogar Padre Iriarte la cuál ha realizado y realiza un gran aporte en materia de atención al adulto mayor, y sobre todo a aquellos que no cuentan con los recursos para satisfacer necesidades tan básicas como la alimentación y un hogar donde vivir.

RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones podemos mencionar que resulta necesario crear alternativas para que los adultos /as mayores que se encuentran institucionalizados, conserven su vinculación con la comunidad. Para ello es oportuno dotar de poder a las comunidades, mediante asesoría, colaboración y enseñanza, y que se mejore el aporte económico para la Casa Hogar Padre Iriarte buscando mecanismos para conseguir financiamiento por parte del Gobierno Estatal y Municipal.

Igualmente otra manera de contribuir con la calidad de vida de los residentes de los hogares, es la incorporación de un equipo interdisciplinario, constituido por profesionales de Gerontología, Sociología, Trabajo Social, Nutricionista y Enfermería, Psicólogos entre otros, con el fin último de que trabajen mancomunadamente para la atención del adulto / a mayor residente en la Casa Hogar Padre Iriarte. Es importante mencionar que en la Casa Hogar Padre Iriarte no cuentan con más profesionales por la escasez de recursos, según lo afirmado por la encargada, de igual forma se pudo evidenciar el interés y la necesidad de que estos profesionales desempeñen su labor en la institución.

Cómo quiera que la vejez y la pérdida de autonomía, no van siempre de la mano, y esto muchas veces es percibido como una realidad en los centros geriátricos, por parte de las personas que atienden a los /as adultos /as mayores, sería importante, realizar una campaña informativa y de concientización para que se cambie esa percepción.

De aquí, la importancia de integrar equipos de rehabilitación en los centros geriátricos para la búsqueda del fortalecimiento y la prolongación de las capacidades funcionales y de la autonomía de los adultos y adultas mayores el mayor tiempo posible.

Esta situación podría materializarse en la Casa Hogar Padre Iriarte si se buscan los mecanismos necesarios para integrar a los adultos y adultas mayores en las actividades cotidianas que se realicen en la misma, tomando como base la profesión u oficio ejercida por el adulto mayor en el transcurso de su vida lo que ayudará a que los mismos se sientan útiles, y con un sentimiento de arraigo y pertenencia en el lugar donde viven.

Resulta necesario garantizar y propiciar la capacidad funcional y emocional de los adultos mayores ya que este es un factor importante que incide en su calidad de vida. Esto porque guarda relación directa con la oportunidad de ejercer la autonomía e independencia. La opción de poder satisfacer la necesidad de autocuidado como son las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, apuntan positivamente hacia su autoestima, lo que cobra un gran significado en los hogares para adultos mayores, por lo que debe promoverse las condiciones para una vida digna en donde se le conserve al adulto mayor su autonomía física el mayor tiempo posible.

Resulta indispensable que el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología, cómo institución responsable de la formulación y ejecución de las políticas dirigidas a la población adulta mayor, (hasta tanto se ponga en funcionamiento el Instituto Nacional de los Servicios Sociales) asuma con mayor compromiso y responsabilidad, lo referente a la dotación de equipamiento médico de los centros geriátricos, de igual forma debe buscar los mecanismos para cumplir con lo establecido en la recién aprobada Ley de Servicios Sociales. (septiembre de 2005)

Adaptar los programas, según la capacidad física y mental de los residentes ya que por lo general, los programas de los centros geriátricos para la utilización del tiempo libre, se centran especialmente en aquellas personas con capacidad física y emocional conservada, lo cuál establece una barrera importante, en donde los residentes que conservan su autonomía, pueden elegir si lo desean el participar en varias actividades de recreación y esparcimiento, mientras que los residentes con minusvalía y con dependencia física no lo pueden hacer, con lo cual se corre el

riesgo de la discriminación acentuando las desventajas de quienes sufren alguna discapacidad.

Crear mecanismos para que los /as adultos /as mayores, que se integran a los centros geriátricos puedan adaptarse a los mismos de forma positiva ya que de lo efectivo de la transición, de un núcleo familiar (en la mayoría de los casos), a un centro geriátrico, van a depender diversos factores en donde intervienen tanto los esfuerzos personales como los institucionales.

BIBLIOGRAFIA

Aguilera, J.(1980). La población de Venezuela: dinámica histórica, socioeconómica y geográfica. Caracas: 2ª edición, Universidad Central de Venezuela.

Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Boletín de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Balestrini, M. (1997). Como Se Elabora Un Proyecto De Investigación. Caracas: Consultores Asociados BL.

Barreira, H. (1992). La Problemática de la Tercera Edad. Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología. (Revista en línea). Disponible: <http://www.latinsalud.com/articulos/00808.asp>. (Consulta: 2005, Mayo 6)

Benítez, R. (2000). El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: “Una expresión de la transición demográfica.” Boletín de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Bidegain, G. (1987). comp. Estado Actual de los Estudios de Población en Venezuela. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Bravo, S. (1998). Técnicas De Investigación Social. Editorial Universitaria: México.

Castillo, R. (2001). Nutrición en la Vejez. Unidad de Nutrición y Dietética Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Disponible: <http://www.nacom.es/> (Consulta: 2005, Mayo 6)

CELADE (1999). América Latina: proyecciones de población urbana y rural 1970-2025. Boletín Demográfico 63.

CELADE/ BID (2000). (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1998), Boletín Demográfico, No 62 (LC/ DEM /G.180), Santiago de Chile.

CEPAL (2000). La Situación Socioeconómica De La Población Adulta Mayor: Un Grupo Vulnerable. Seminarios Y Conferencias. Santiago De Chile.

CEPAL (2002). Vulnerabilidad Sociodemográfica: Viejos Y Nuevos Riesgos Para Comunidades, Hogares Y Personas. Brasil

Chirinos, M.(1993). La calidad de vida de los ancianos residentes en unidades gerontológicas. Trabajo Especial de Grado. FACES, Escuela de Trabajo Social. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Contreras, J. (1991). El Gasto Publico en Venezuela. Caracas: Editorial Trillas.

Cordero, L. (2003) . Trabajo Social Con Adultos Mayores. Argentina: Editorial Espacio.

Delgado y Salcedo (2003).Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. (Articulo en línea) Disponible en: http://www.iadb.org/regions/re2/indicadoresgroup/groups/ecology_workshop_6esp.htm (Consulta: 2005, Mayo 16)

Fanger, E. (1999) El Tiempo Libre Y La Autonomía: Psicología y Psicopedagogía Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible: <http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n56p143.pdf>. (Consulta: 2005, Mayo 15)

Ferrer, M. (1984) La Atención Del Anciano En Venezuela. Trabajo Especial de Grado. FACES, Escuela de Sociología. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Gamarra, P. (2003).Atención Del Anciano En El Centro Del Adulto Mayor Essalud – Tacna. Trabajo Especial de Grado. Universidad Nacional del Centro. Disponible:<http://www.adolfotaylhardat.net/proyectosobreladultomayor.htm>. (Consulta: 2005, Junio23)

García, M. (2003) .Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad Pastorita. Revista Cubana de Enfermería. Ciudad de la Habana. (Revista en Línea) Disponible: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_calid_vida.htm. (Consulta: 2005, Abril 26)

Gómez Y. (1997).Factores Psicológicos Intervinientes en La Calidad de Vida de Personas en la Etapa de la Vejez. (Documento en Línea)Disponible en: <http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n56p143.pdf>. (Consulta: 2005, Junio 19)

Gómez, V. Sabeth, M. (1998). Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en La Investigación y la Práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://www.Universidaddesalamanca.calidaddevida.com> (Consulta:2005, Mayo 6)

Gutiérrez,(1996) R. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal de México. Una visión crítica. Salud Publica. Disponible en: <http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n56p143.pdf> (Consulta: 2005, Junio 19)

Gutiérrez, C. (2004). Reforma de las Pensiones de Vejez en Venezuela en el Marco de las Reformas Estructurales En América Latina: Antecedentes, Crisis y Perspectivas. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos24/venezuela/venezuela.shtml>. (Consulta: 2005, Mayo 28)

Guzmán, J.(2002) Envejecimiento Y Desarrollo En América Latina Y El Caribe. Centro Latinoamericano Y Caribeño De Demografía. CELADE. Santiago de Chile.

Ham C. (2001) Vejez y dependencia. Disponible en: <http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n56p143.pdf> (Consulta: 2005, Mayo 15)

INE (2004). Resumen Estadístico: Población Total por sexo y edad. 2000-20004. (Datos en línea). En INE: Proyecciones de Población. Disponible en: <http://www.ine.com.ve> (Consulta:2005, Mayo 6)

INE (2005) Índice y Entorno del Desarrollo Humano. Disponible en: <http://www.gobiernoenlinea.gob.ve/misc/interna.html?categoria=5479> (Datos en línea) (Consulta: 2005, Abril 23)

Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (2005). (Artículo en Línea) Disponible en: <http://www.inager.gob.ve>. (Consulta: 2005, Julio 14)

López, G. (2001) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales. Disponible en: <http://www.binass.sa.cr/>. (Consulta: 2005, Mayo 16)

Madariaga, A. (Diciembre,2001) Envejecimiento y Vejez en América Latina y el Caribe: Políticas Públicas y las Acciones de la Sociedad Proyecto Regional de

Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Santiago de Chile.

Maya, E. (1997) Adultos Mayores.(Revista en Línea) Disponible en: <http://www.org/analisis/%09%09%09cgi-bin/getprod.asp>. (Consulta: 2005, Julio 14)

Martínez, I. (2002). Comunicación Personal. (Artículo en línea) Disponible en: http://www.abcmedicus.com/articulo/id/300/pagina/1/perspectivas_adulto.html. (Consulta: 2005, Mayo 16)

Méndez, C. (1991). Metodología. Guía Para Elaborar Diseños de Investigación en Ciencias Sociales. Caracas: Editorial Mc Graw Hill.

Méndez , A. (1992). Estado Política Social y Trabajo Social en la Venezuela Actual. Caracas: Edición FACES / UCV.

Méndez, A. (2002). La Seguridad Social en Venezuela una Política Publica Inconclusa. Caracas: Edición FACES / UCV.

Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (2003). (Datos en Línea) Disponible en: <http://www.gobiernoenlinea.gob.ve/misc/interna.html?categoria=5479>. (Consulta: 2005, Junio 19)

Morales, L. (1997) El cambio y los Adultos Mayores. (Documento en línea) Disponible en: <http://77portaltercera.com.ar7sections.php?.op=viewarticleartid=21.9/06/03>. (Consulta: 2005 Junio 15)

Mora, O. (1978) Seguridad social y/o bienestar social o fortaleza estatal. Caracas: Editorial Lisbona.

Nusbaum, C. y Sen, A. (Comps.) (1998). La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica.

Organización Mundial de la Salud, (1998)

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), Informe sobre la salud en el mundo, Ginebra.

Osorio, B. y Páez, N. (1991). La Atención Al Anciano en los Institutos Geriátricos Religiosos Del Área Metropolitana De Caracas. Trabajo Especial de Grado. FACES, Escuela de Trabajo Social. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Panorama Social de América Latina 2001-2002. Disponible en: <http://www.eclac.org>. Año. (Consulta: 2005, Abril 26)

Polacco, (2000) A. Seguir Siendo Protagonistas. Trabajo monográfico para el 2° Curso Virtual Educación para el Envejecimiento <http://psicomundo.com/tiempo/cvepe2/index.htm>

Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. (1982)

Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. (1994)

Proyección de la Población de Adultos Mayores por Municipio, Sexo y Grupos de Edades Año 2005. (Datos en línea) Disponible en: <http://www.zulia.infoagro.info.ve/INFORMACION%20ZULIA/IndSociales.htm>. (Consulta: 2005, Julio 14)

Ramos, L. (2001). La Salud del Adulto Mayor. Santiago, Chile: Revista de la CEPAL.

Ramírez, Arelis. (1999). *Política Social y Vejez*. Caracas: Fondo Editorial Tropikos.

Reyes, A. (1991). Calidad de vida de un grupo de ancianos institucionalizados en la Unidad Gerontológica Dr. Joaquín Quintero Quintero. Trabajo Especial de Grado. FACES, Escuela de Trabajo Social. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Rodríguez, H. (1953). *Historia de la Beneficencia y Asistencia Social En El Estado Zulia*. Maracaibo: Sociedad De Beneficencia.

Rodríguez, C. (2001) *Influencia De Los Cambios Del Proceso De Envejecimiento En La Satisfacción De Las Necesidades Del Anciano*.

Rubio, A. (2000) *Algunas Precisiones Acerca De La Deuda Social*.

Sabino, C. (1987). *Cómo Hacer una Tesis*, Guía para Elaborar y Redactar Trabajos Científicos. Caracas: Editorial Panapo.

Sanborn, C. (2004). La filantropía ‘realmente existente’ en América Latina. Departamento de Ciencias Sociales y Políticas Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) Presentación realizada en Bogotá, Colombia.

Sánchez, C. (1990). *Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención*.. Buenos Aires: Editorial Humanitas

Sánchez, R. (2002, Marzo). Envejecimiento Limite. (Revista en línea), Disponible en <http://www.Psicologia.com>. (Consulta: 2005, junio 26)

Santos, S. (2002). La Recreación en la Tercera Edad. (Revista en Línea) Disponible en: <http://gerenciasalud.com/art.50.htm>. (Consulta: 2005, Julio 23)

Schwartzmann, L. (2000) Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. (Documento en línea) Disponible en: <http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n56p143.pdf> (Consulta: 2005, junio 23)

Santander, W. (2000) Mejoramiento De La Calidad De Vida Del Adulto Mayor : Una Responsabilidad De Todos. (Revista en línea) http://Www.Ced.Ucn.Cl/Ucnvirtual/_Ws.Htm. (Consulta: 2005, Mayo 6)

Santagostino, L. (2003). Cambios en La Vejez. (Revista en línea) Disponible en: <http://www.boticasfasa.com.pe/> (Consulta: 2005, Junio 23)

Solari, A. (1987), "El Envejecimiento de la población uruguaya, treinta años después", Cuadernos del CLAEH, Revista Uruguaya de Ciencias Sociales, 2a. Serie, Año 12, No. 43, Montevideo, Centro Latinoamericano de Economía Humana.

Sociedad San Vicente de Paúl, <http://www.sociedad-sanvicente-de-paul.com>. (s/ f)

Urizar, C. (2004) Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de Vida El Mercurio. (Documento en línea) Disponible en: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2004/quality.htm>. (Consulta: 2005, Abril 15)

Zúñiga, M. (1963) Seguridad social y su historia. Caracas: Edime.

Constitución Nacional de la Republica Bolivariana de Venezuela (1999)

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002)

Ley Orgánica del Adulto Mayor o Personas de la Tercera Edad.

Ley de Servicios Sociales (2005)

ANEXOS

ENTREVISTAS

Sujeto de Aplicación

Encargada de la Casa Hogar Padre Iriarte

¿Que tiempo tiene en la institución?

¿Cuáles son los requisitos para ingresar a la unidad?

¿Cuántos adultos mayores residen en la unidad?

¿La institución recibe alguna colaboración por parte de los adultos mayores residentes?

¿Como ve el funcionamiento individualizado del personal?

¿Cree usted que el espacio físico esta acorde con la vida cotidiana del adulto Mayor?

¿Considera usted que la atención que se brinda al adulto mayor es rigurosa e integral?

¿Usted cree que el adulto mayor se siente bien con la atención que le brinda el equipo que labora en la institución?

¿Qué tipo de limitación ha tenido como director para el desempeño de su trabajo?

¿La institución recibe alguna colaboración por parte de los familiares de los adultos mayores y si recibe en que contribuye a la recuperación del adulto mayor?

¿Que programa ofrece la institución?

¿Los adultos mayores reciben algún ingreso por parte de la institución?

¿Ha trabajado en el área de gerontología?

¿Usted cree que la institución cuenta con un equipo profesional?

¿Cuántos adultos mayores residen en la unidad?

Sujeto de Aplicación:

Médico

Especialidad

¿Ha trabajado anteriormente en el área de gerontología?

¿Cuánto tiempo tiene trabajando?

¿Cómo considera la atención médica dentro de la institución?

¿Considera que la atención médica es la necesaria y suficiente dentro de la institución?

Dotación de equipos

¿Con que frecuencia tienen chequeos médicos los adultos mayores?

Sujeto de Aplicación:

Enfermera:

¿Ha trabajado anteriormente en el área de gerontología?

¿Cuánto tiempo tiene trabajando en la Casa Hogar Padre Iriarte?

¿Cómo considera la atención medica dentro de la institución?

¿Considera que la atención medica es la necesaria y suficiente dentro de la institución?

Dotación de equipos

¿Usted les administra los medicamentos directamente?

¿Cuál es su horario de trabajo?

Sujeto de Aplicación:

Fisioterapeutas:

¿En que consiste la terapia.?

¿Cuántos días a la semana reciben terapia?

¿Cuántos pacientes de la institución reciben terapia?

Sujeto de Aplicación

Encargada del Área de Nutrición

¿Qué funciones realiza en la unidad?

¿Usted es especialista en el área de nutrición geriátrica?

¿Usted prepara la alimentación de acuerdo a las necesidades del adulto mayor?

¿Cuenta usted con los recursos necesarios para la preparación de la alimentación de los adultos mayores.?

¿Cómo considera usted la calidad y cantidad de la alimentación para el adulto mayor?

¿Considera usted que el número de adultos mayores influyen en la distancia de la comida?

¿Ha tenido alguna limitación dentro de la institución?

Horario de alimentación

Sujeto de Aplicación:

Encargada del Área de limpieza.

¿Cuáles son sus funciones dentro de la institución?

¿Cuenta con todos los utensilios?

¿Se mantiene un buen régimen de limpieza, ¿cuántos días limpian?

Rutina: turnos

¿Usted considera que hoy existe suficiente personal para la atención del adulto mayor residente?

¿Qué tipo de limitaciones ha tenido para desempeñar su labor?

¿Qué tiempo tiene en la institución?

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

INSTRUMENTO

Encuesta N° _____

TITULO: La calidad de vida de los adultos mayores residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, ubicada en el Municipio Zamora Guatire Estado Miranda.

I.) DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

1.) Edad: _____

2.) Sexo: 2.1.) Masculino__ 2.2.) Femenino__

3.) Grado De Instrucción : 3.1.) Analfabeta 3.2.) Alfabeta__ 3.3.) Primaria Completa__ 3.4.) Primaria Incompleta__ 3.5.) Secundaria Completa__ 3.6.) Secundaria Incompleta__ 3.7.) Superior Completa__ 3.8.) Superior Incompleta__ 3.9.) Otra__ 3.9.1.) Indique__

4.) Estado Civil: 4.1.) Soltero__ 4.2.) Casado__ 4.3.) Viudo__ 4.4.) Divorciado. __

5.) Indique por cual de las opciones abajo mencionadas usted se encuentra residenciado en la institución: 5.1.) Ingreso Voluntario__ 5.2.) Ingreso Involuntario__

6.)Cuál fue su última profesión u oficio: 6.1.) Labores de la Casa__ 6.2.) Comerciante Informal__ 6.3.) Doméstica__ 6.4.) Vigilante__ 6.5.) Costurera__ 6.6.) Chofer__ 6.7.) Obrero__ 6.8.) Maestro__ 6.9.) Otros__

II.)RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES:

7.)**Tiene Familia:** 7.1.) Si__ 7.2.) No__

8.)**Recibe Visita:** 8.1.) Si__ 8.2.)No__

9.) **Cuál es la frecuencia de las visitas:** 9.1.) Diario__9.2.)Semanal__9.3.)Cada 15 Días__9.4.)Cada Mes__9.5.)Cada 6 Meses__ 9.6.) Mas De 6 Meses__

10.) **Recibir visita le produce satisfacción:** 10.1.) Si__10.2.)Un Poco__10.3.)No__

11.)**Quienes lo visitan con más frecuencia:**11.1.)Hijos__11.2.)Hijas__11.3.)Esposo(A)__11.4.)Hermanos(A)__11.5.)Amigos__11.6.)Otro__11.7)Indique____11.8.)Nadie__

12.)**Cómo lo Trata Su Familia:** 12.1.)Bien__ 12.2.)Mal__ 12.3.)Regular__ 12.4.)No Tiene Contacto Con Su Familia__

13.)**Mantiene relación con amigos fuera de la institución:** 13.1.)Si__13.2.)No__

14.)**Cómo es la relación que mantiene con los otros residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte:** 14.1.)Muy Buena__ 14.2.)Buena__ 14.3.)Aceptable__ 14.4.)Deficiente__ 14.5.)Otra__ 14.6.)Indique____

15.)**Tiene compañeros de cuarto:** 15.1.)Si__15.2.)No__

16.) **En caso de tener compañeros de cuarto mantiene relaciones de amistad con los mismos:** 15.1.)Si__15.2.)Un Poco__15.3.)No__

17.)**Cómo es la relación que mantiene con los empleados en la Casa Hogar Padre Iriarte:** 17.1.)Muy Buena__17.2.) Buena__17.3.) Aceptable__17.4.) Deficiente__ 17.5.)Otra__ 17.6.)Indique

III.)SALUD

18.)**Cómo se siente físicamente:** 18.1.) Muy Bien__18.2.) Bien__18.3.)Regular__18.4.)Mal__

19.) **Necesita ayuda para realizar actividades que impliquen movilizarse:** 19.1.)Si__ 19.2.) No__

20.)**Usted utiliza el servicio médico sólo cuando su estado de salud es desfavorable:** 20.1.) Si__ 20.2.) No__

21.)Cómo califica usted la atención ofrecida por el médico: 21.1.)Muy buena__
21.2.)Buena__21.3.) Regular__21.4.) Mala__

22.)Cuál es su opinión acerca de la atención ofrecida por la enfermera:
22.1.)Muy buena__ 22.2.)Buena__22.3.) Regular__22.4.) Mala__

23.)Usted utiliza el servicio de rehabilitación de la Casa Hogar Padre Iriarte:
23.1.) Si__23.2.)No__

24.) Cómo se siente luego de realizar las terapias de rehabilitación:24.1.) Muy bien__24.2.)Bien__24.3.)Regular__24.4) Mal__

25.)Como se siente usted emocionalmente: 25.1.) Bien__25.2.) Regular__ 25.3.) Mal__

26.)Cuál es su reacción cuando las personas con quienes se relaciona no comparten sus ideas:26.1.)Indiferencia__26.2.)Aceptación de otras ideas__26.3.)Disgusto__26.4.)Otra__26.5.)Indique____

IV.)ALIMENTACIÓN:

27.)Con que frecuencia se siente satisfecho con los alimentos que le son proporcionados en la Casa Hogar Padre Iriarte:27.1.)Siempre__27.2.)Algunas veces__ 27.3.) Pocas Veces__ 27.4.)Casi Nunca__ 27.5.) Nunca__ IV.) Ingresos Económicos

28.)Se siente satisfecho con la cantidad de comida que le es proporcionada en la Casa Hogar Padre Iriarte: 28.1.) Si__28.2.)No__

29.)Le gusta el sabor de la comida que le es proporcionada en la Casa Hogar Padre Iriarte: 29.1.)Si__29.2.)No__

V.)INGRESOS ECONÓMICOS:

30.)Percibe algún ingreso económico: 30.1.)Si__30.2.)NO__

31.)De donde proviene su Ingreso: 31.1.)Familiares__ 31.2.)Amigos__
31.3.)Pensión__ 31.4.)jubilación__29.5.)Otra__29.6.)Indique____

32.)En que utiliza o gasta su dinero: 32.1.)Gastos de uso personal__32.2.)Transporte__32.3.)Ropa y Calzado__ 32.4.)Otra__
31.5.)Indique_____

VI.) USO DEL TIEMPO PARA LAS ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO:

33.)Esta interesado en realizar actividades recreativas: 33.1.)Esta muy interesado__33.2.)Esta poco interesado__33.3.)No esta interesado__

34.)Indique cuales son las actividades de recreación y esparcimiento que realiza con más frecuencia__34.1.)Actividades Religiosas__34.2.)Escuchar radio__34.3.)Paseos / caminatas__34.4.)Juegos de mesa __ 34.5.)Otras__
34.6.)Indique_____

35.)Qué actividades recreativas le gustaría hacer en la Casa Hogar Padre Iriarte:35.1.)Actividades artísticas__35.2.)Actividades Culturales__
35.3.) Actividades deportivas__ 35.4.)Otras__35.5.)Indique_____

VII.)ESPACIO FÍSICO-AMBIENTAL :

36.)Cómo se siente usted viviendo en la Casa Hogar Padre Iriarte:
36.1.)Muy bien__36.2.)Bien__36.3.)No Muy Bien__36.4.)Mal__

37.)Considera que las instalaciones de la Casa Hogar Padre Iriarte son cómodas: 37.1.)Si__37.2.)No__

ANEXO D

GUÍA DE OBSERVACIÓN

La presente guía tiene por finalidad indagar respecto a las condiciones físicas-ambientales (externas e internas), capital humano, recursos materiales de la casa hogar Padre Iriarte.

Observador: _____

Fecha _____

Hora _____

I.-CONSTRUCCIÓN FÍSICA DE LA CASA HOGAR O UNIDAD GERONTOLÓGICA

- 1.1. Ubicación geográfica
Urbanización _____ Sector _____ Barrio _____
- 1.2. El proceso de construcción de la Unidad Gerontológica
Totalmente construido en deterioro _____
Totalmente construido sin deterioro _____
En construcción con deterioro _____
En reparación sin deterioro _____
En reparación _____
En remodelación _____

II. ACCESABILIDAD GEOGRÁFICA A LA UNIDAD GERONTOLÓGICA

2. Vía de acceso
Avenida _____ Calle _____
Callejón _____ Escaleras _____
- 2.1. Accesibilidad física a la institución
Buena _____ Regular _____ Mala _____

III. TIPIFICACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN FÍSICA

3.1.-Paredes externas e internas:

Pintadas _____ NO pintadas _____ Deterioradas _____
Muy deterioradas _____ Poco deterioradas _____ Sin deterioro _____

3.2.- Techo
Parcialmente techado _____ Totalmente techado _____

3.3.- Conservación del techo

Con deterioro _____ Sin deterioro _____ Poco deteriorado _____
Muy deteriorado _____

3.4.- Puertas y ventanas

PUERTAS Y VENTANAS	Cantidad	Fabricación	Conservación
	Suficiente	Hierro	Con deterioro
	Insuficiente	Madera	Sin deterioro
		Vidrio	Poco deterioro
			Muy deteriorado

3.5.- Pisos

Antideslizantes _____

3.6.- Barras de apoyo o sostén en pasillos

SI _____ NO _____

3.7.- Iluminación

Poca _____ suficiente _____

IV. -DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS

TIPO DE AMBIENTE	Nº DE AMBIENTE	FUNCIONES ASIGNADAS A LOS ESPACIOS	DENOMINACIÓN DEL AMBIENTE
Consultorio médico			
Consultorio de enfermera			
Baños trabajadores de la salud			
Sala de reuniones			
Baños usuarios			
Pasillos			

Cuartos	Cantidad de Cuartos	
	Cuartos Para Una Sola Persona	
	Cuartos Para Cuatro Personas	
	Estado de Conservación	Con deterioro
		Sin Deterioro
		Poco Deteriorado
		Muy Deteriorado
	Calidad de las camas	Con deterioro
		Sin Deterioro
		Poco Deteriorado
		Muy Deteriorado
	Gaveteros	Espacios suficiente
		Espacio Insuficiente
	Sillas para las Visitas	Suficientes
		Insuficientes
		No Tiene
	Ventanas	Suficientes
		Insuficientes
		No Tiene
	Ventilación	Suficientes
		Insuficientes
		No Tiene
	Iluminación	Suficientes
		Insuficientes
No Tiene		

V.- CAPITAL HUMANO

TRABAJADORES DE LA SALUD	OBSERVACIONES
Médicos	
Jefes de enfermeras	
Odontólogos	
Asistentes Dentales	
Trabajadores Sociales	
Auxiliares de Trabajo Social	
Auxiliares de enfermería	
Camareras	

Vigilantes	
Hermanas o monjas	
Otros/as	

5.1- Mobiliario con que cuentan los servicios

Suficiente_____ Insuficiente_____ Deteriorado_____ Sin deterioro_____

5.2.-Materiales de mantenimiento

Suficiente_____ Insuficiente_____ Deteriorado_____ Sin deterioro_____

5.3.- Equipos de seguridad preventivo y personal de vigilancia para preservar los bienes y servicios de la Institución.

	Excelente	No existe
Equipos de seguridad (extintores)		
Personal de seguridad (vigilante)		
Sistema de protección (rejas)		

Observaciones: _____
