

“FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR”

Mercedes Zavala Gutiérrez, Daisy Vidal Gutiérrez, Manuel Castro Salas, Pilar Quiroga, Gonzalo Klassen Pinto.

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Resumen

Estudio Descriptivo relacional, destinado a conocer el funcionamiento social de los ancianos, según desempeño en ocho roles sociales, desde su propia visión y la de sus cuidadores. Como también conocer la autoestima del anciano y la percepción del funcionamiento familiar de los entrevistados.

La muestra estuvo constituida por 300 ancianos y sus cuidadores, de la comuna de Concepción y adscritos a los Consultorios de Atención Primaria. Se aplicó una encuesta en domicilio, que incluía tres escalas: Groningen Social Disabilities Schedule; Escala de Funcionamiento Familiar de Smilkeinstein y el Test de Autoestima de Allport.

Entre los resultados más importantes se encontró que el 51% de los ancianos encuestados reportan una alta autoestima, solo un 2.6% manifiesta una autoestima baja. La percepción de funcionamiento familiar de estos mismos se ubica en un 84% en la categoría alta. Con relación a la percepción de funcionamiento social, de los ocho roles sociales evaluados, aún cuando los ancianos manifiestan una leve superioridad en la percepción de su funcionamiento social respecto de la percepción que tienen los cuidadores acerca del funcionamiento social de los ancianos, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Se aprecia una alta consistencia entre ambas mediciones, correlación positiva de un 74%. Respecto a la relación entre las mediciones del autoreporte de Funcionamiento social de los ancianos y la Escala de autoestima, se apreció una correlación negativa, es decir, a menor puntaje obtenido en el autoreporte de funcionamiento social (mejor funcionamiento social), mayor puntaje en escala de autoestima (mejor Autoestima del anciano). Una situación similar se aprecia entre las variables autoreporte de Funcionamiento social de los ancianos y la Escala de Percepción de funcionamiento familiar- Apgar-, a menor puntaje obtenido en el autoreporte de funcionamiento social (mejor funcionamiento social), mayor puntaje en escala Apgar (mejor percepción de Funcionamiento Familiar).

Introducción

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de vida como la calidad de vida durante los años de la vejez. Este énfasis ha sido puesto por el profesor Thomae (1982) citado por Barros, para quien la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. Peter Thownsend en 1981 plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Una política social en muchas ocasiones inexistente, Barros (1994).

Chawla (1988) afirma que los ancianos “no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La ausencia de este rol entraba sin duda, la autorrealización de los ancianos. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar (Barros,C., 1994).

Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino, lo que se traduce en que en el año 1992, el 9.8% del total de la población del país estaba compuesta por personas de 60 años y más de edad, esto es 1.305.557 personas, proyectándose a un 16% para el año 2025, con una población superior a los 3 millones

(CELADE, 1990). Según la “Encuesta de necesidades de los ancianos en Chile”, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, y realizada por el sociólogo O. Domínguez en 1984, los antecedentes psicosociales más relevantes para la presente investigación son: el 22.5% del total de jefes de hogar del país eran adultos mayores; en lo que respecta a la percepción de su situación de salud, se apreció una notoria diferencia entre lo que informan los ancianos y lo que informan los significativos cercanos. Al respecto, el 65.6% de las personas encuestadas, y tipificadas como “enfermas” por otros significativos, revela una autopercepción bastante “sana” de sí misma. En el mismo estudio, producto de la aplicación de un indicador de autonomía funcional, se obtuvo que un 66.7% de la población encuestada fue definida como “funcionalmente sana”, un 30% funcionalmente frágiles, y un 3.3% es funcionalmente dependiente.

La interacción de los factores biológicos con la psicología del comportamiento y con los procesos sociológicos del envejecimiento aparecen con frecuencia en los estudios realizados a la fecha. La posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas ambientales y particularmente la aptitud para desenvolverse en la actualidad. De igual forma, la capacidad social para integrarse varía según el individuo que envejece. (O.P.S. 1985) E. Mira López, en su libro “Hacia la Vejez Joven”, señala que ancianos colocados en situaciones estimulantes, en las que se les anima a desarrollar la propia creatividad, comparados con grupos semejantes en cuanto a edad, estatus social, situación familiar, estado de salud, y coeficiente intelectual, pero ubicados en ambientes menos estimulantes y altamente dependientes de otros, al cabo de un año mostraban diferencias significativas: el desempeño social y rendimiento intelectual del primer grupo se mantenía constante, el del segundo acusó un significativo descenso en su desempeño.

Promover una imagen positiva de la vejez significa reconocer que esta edad es una etapa normal de la vida, donde el hombre se adapta mediante acciones que previenen, corrigen o atenúan los cambios producidos por la declinación de sus potencialidades y se integra con los otros grupos de la población, evitando las segregaciones que lo marginan y destruyen. La tendencia a favor de una vejez activa, procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades (Barros, C., 1994).

“La persona mayor ha de tomar una actitud positiva en la vida y la primera de estas actitudes básicas es aprender a ser uno mismo, aprender a saber vivir consigo mismo, a conocerse tal y como uno es, con sus dimensiones reales, espaciales, temporales, corporales, espirituales”. Esta frase de José M. Cagigal sintetiza todos aquellos puntos necesarios para una reconceptualización y revalorización de la edad adulta tardía como una etapa normal de la vida del ser humano, con sus características propias y definidas y que llevan inmersa la posibilidad de prepararse para la vejez, basados principalmente en el reconocimiento y la aceptación del proceso de envejecimiento tanto a nivel de las estructuras y constructos sociales como a nivel individual, en el proceso de autoaceptación. Esto implica esencialmente, y a modo de síntesis, asumir y resolver la aceptación de la edad, una redefinición de roles, la búsqueda e identificación de formas alternativas para el cese de ingresos y, la revisión de vida y establecimiento de nuevas metas. Entrega un sello especial, propio del ambiente sociocultural en el cual se inserta. Así, el “funcionamiento” de una persona en sociedad es factible medir a través de su desempeño, en los distintos roles sociales que le corresponde ejecutar (Parsons, 1988). El concepto de rol social ha sido definido de diferentes maneras. En este estudio se opta por la opción de considerar la integración de los conceptos de rol social y rol conductual. “Rol Social es un conjunto de expectativas que las personas tienen acerca de la conducta de una persona, quien toma o adopta una posición determinada”. (O.M.S., I.C.I.D.H., 1980). Se puede precisar que el papel que una persona desempeña en sociedad está influido por las nociones propias y expectativas acerca de cómo debe comportarse; las nociones y expectativas de otros relevantes, la norma del grupo o de la población; las sanciones positivas o negativas que imponen otras personas (y posiblemente el mismo individuo), cuando el rol de conducta relevante se encuentra en discusión. El desempeño de un rol social determinado adquiere gran relevancia, por cuanto, es el mecanismo que permite la integración de una persona al sistema social en el cual se inserta.

A la luz de lo anterior, el presente trabajo pretende en primer lugar caracterizar a la población adulta mayor de la comuna de Concepción según variables demográficas y socioeconómicas, conocer el funcionamiento social de los adultos mayores de la comuna de Concepción según algunas dimensiones psico-socioculturales y familiares que lo caracterizan, y finalmente contrastar el autoreporte del funcionamiento social del adulto mayor y la percepción de funcionamiento que tiene de él el cuidador.

Objetivos del estudio:

I.-Objetivo General:

- Caracterizar a la población adulta mayor de la comuna de Concepción según variables demográficas y socioeconómicas.

Objetivos específicos.-

- Conocer la distribución según sexo, edad y estado civil de la población adulta mayor de la comuna de Concepción.
- Describir la población adulta mayor de la comuna de Concepción según nivel de ingresos, ocupación, escolaridad, religión, previsión social y de salud.

II.- Objetivo General.-

- Conocer el funcionamiento social de los adultos mayores de la comuna de Concepción según algunas dimensiones psicosocioculturales y familiares que lo caracterizan.

Objetivos específicos:

- Describir el funcionamiento social autoinformado por los adultos mayores según el desempeño en ocho roles sociales.
- Conocer el funcionamiento social de los sujetos entrevistados, según algunas dimensiones socioeconómicas.
- Analizar el funcionamiento social, según características psicosociales de los adultos mayores: autoestima y percepción de funcionamiento familiar.

III.- Objetivo General.-

- Contrastar el autoreporte del funcionamiento social del adulto mayor y la percepción de funcionamiento que tiene de él un cuidador.

Objetivos específicos:

- Identificar la percepción de funcionamiento social que el informante clave tiene del adulto mayor según el desempeño de éste en ocho roles sociales.
- Confrontar la relación entre el autoreporte de funcionamiento social del adulto mayor y la percepción del cuidador.
- Identificar las áreas de desempeño de los roles sociales, en las que existe divergencia de percepción.-
- Confrontar la relación entre el autoreporte de funcionamiento social del adulto mayor y la percepción del cuidador, según algunas variables sociodemográficas.

Metodología:

El presente trabajo es un estudio descriptivo relacional, cuya técnica usada fue el survey social.

Las unidades de análisis estuvieron constituidas por:

A.-) Los ancianos inscritos en el Programa del Adulto Mayor de los consultorios de atención primaria de la comuna de Concepción y

B.-) Los cuidadores de estos ancianos

El universo estuvo constituido por 4.162 adultos mayores inscritos en el Programa Adulto Mayor de los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Concepción. Se utilizó un muestreo por cuotas, seleccionando a los sujetos conforme cumplían los siguientes criterios:

- ancianos de ambos sexos mayores de 60 años para mujeres y mayores de 65 para varones.
- tener un cuidador
- no presentar alteraciones mentales, esto fue verificado mediante la aplicación del minimal test.
- Ser autovalente, de acuerdo a la escala de funcionalidad de la Cruz Roja española.

La muestra quedó finalmente conformada por 300 ancianos y 300 cuidadores que cumplían los requisitos anteriormente señalados.

Del instrumento:

Para la obtención de los datos se elaboró una encuesta para el Anciano y otra para el cuidador.

La encuesta del anciano incluyó:

I.- Antecedentes Sociodemográficos.

II.-Evaluación del funcionamiento familiar a través del test de Apgar familiar de Smilhstein (1978). Adaptado por Horwitz y Florenzano.

III.- Test de Autoestima de Rosenberg

IV.- Evaluación de funcionamiento social de las discapacidades sociales, Groningen II versión, (1990).

La encuesta del cuidador incluyó:

I.- Antecedentes básicos de identificación.

II.- Evaluación de funcionamiento social de las discapacidades sociales, Groningen II versión, (1990), que consideró la percepción del cuidador respecto del anciano.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

I.-PERFIL DEL ANCIANO

Tabla N° 1
Características Socio Demográficas Del Anciano

Variables Sociodemográficas	Fi. (N° = 300)	%
Sexo:		
Femenino	204	68
Masculino	96	32
Edad:		
60 - 69 años	78	26
70 - 79 años	145	48.3
80 – 89 años	68	22.6
90 y más	9	3
Estado Civil:		
-Soltero	30	10
-Casado	149	49.7
-Conviviente	2	0.7
-Viudo	112	37.3
-Separado	7	2.3
Escolaridad		
-Sin Escolaridad	45	15
-Ens.Básica Incompleta	150	50
-Ens.Básica Completa	27	9
-Ens.Media Incompleta	37	12.3
-Ens.Media Completa	20	6.6
-Ens.Técnico Profesional Incompleta	5	1.6
-Ens.Técnico Profesional Completa	11	3.6
-No Responde	5	1.6
Total	300	100

Fuente: Fuente: Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Proyecto Diuc: N° 98.082.019-1.0

La información que se presenta en Tabla N°1 indica que el 68% de la muestra es de sexo femenino, en la categoría de 70 a 79 años se concentra el mayor porcentaje (48.3%) de los ancianos encuestados, lo que coincide con el grupo de edad, de este segmento de la población, que está creciendo con mayor rapidez. En cuanto al estado civil, un 49.7% son casados y un 37.3% informan ser viudos. La escolaridad de los ancianos se concentra en las categorías sin escolaridad y escolaridad básica incompleta, este hecho da cuenta de la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud.

Tabla N° 2 :
“ Religión que profesa el Anciano”

Religión	Fi	%
– Católica	212	70.6
– Evangélica	63	21
– Testigos de Jehová	7	2.3
– Otros	18	6
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Tal como se indica se aprecia que el mayor porcentaje de los ancianos se ubica en la categoría religión católica con un 70.6%. Estos antecedentes son congruentes con las estadísticas nacionales respecto de esta variable.

Tabla N° 3 :
“ Tipo de Pensión que recibe el Anciano”

Tipo de Pensión	Fi	%
– Pensión Asistencial de Vejez	62	20.7
– Pensión Asistencial de Invalidez	18	6.0
– Jubilados	114	38
– Pensión de Supervivencia	57	19
– Sin Previsión	42	14
– Se desconoce o no contesta	7	2.3
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Tabla N° 4 :
“ Sistema Previsional en que Cotiza el Anciano”

Tipo de Pensión	Fi	%
– Instituto de Normalización Previsional	183	61
– Adm. De fondos de Pensiones	22	7.3
– Caja de Prev.de la Defensa Nacional	3	1.0
– No Cotiza	76	25
– No Contesta	16	5
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Tabla N° 5 :

“ Sistema Previsional de Salud en que Cotiza el Anciano”

Tipo de Pensión	Fi	%
– Fondo Nacional de Salud	283	94
– Institutos de Salud Previsional	1	0.3
– Caja de Prev.de la Defensa Nacional	2	0.7
– No Contesta	14	4.6
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Tabla N° 6 :

“ Actividad del Anciano previa a la Jubilación”

Tipo de Actividad	Fi	%
– Trabajador por Cuenta Propia	57	19
– Empleado u “obrero”	98	33
– Agricultor	11	4
– Comercio	18	6
– Servicio Doméstico	46	15
– Fuerzas Armadas	1	0.3
– Dueña de Casa	69	23
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Tabla N° 7

“ Ancianos que desempeñan Alguna Actividad en la Actualidad”

Desempeña alguna Actividad	Fi	%
– SI	26	8.7
– NO	274	91.3
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Tabla N° 8 :

“ Tipo de Actividad Remunerada que desempeña el Anciano en la Actualidad”

Tipo de Actividad	Fi	%
– Trabajador por Cuenta Propia	16	61.5
– Empleado u “obrero”	4	15.4
– Comercio	3	11.5
– Servicio Doméstico	3	11.5
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

En relación con las variables socioeconómicas del anciano presentadas en tablas 3, 4, 5, 6, 7 y 8, respecto del tipo de pensión que reciben los ancianos encuestados, el mayor porcentaje se ubica en la categoría de jubilados, con un 38%. Dentro de las categorías estudiadas, esta es la que refleja un mejor estándar económico. Esto tiene directa relación con los hallazgos encontrados en tabla N° 21.

El 61% de los ancianos son cotizantes del Instituto de Normalización Previsional INP, respecto de su previsión en salud, el 94% de ellos pertenecen al fondo Nacional de Salud. Ambos resultados responden plenamente a la caracterización nacional que este grupo etáreo representa en nuestro país.

Respecto de la actividad desempeñada por el adulto mayor, previo a la jubilación, el 33% de ellos se desempeñaba como empleado u “obrero”. En la actualidad el 91.3% no desempeña actividad laboral remunerada.

II.-PERFIL DEL CUIDADOR

Tabla N° 9
Características Socio Demográficas Del Cuidador

Variables Sociodemográficas	Fi. (N° = 300)	%
<u>Sexo:</u>		
- Femenino	225	75
- Masculino	75	25
<u>Edad:</u>		
- 19 – 29 años	23	7.6
- 30 – 39 años	45	15
- 40 – 49 años	61	20.3
- 50 – 59 años	43	14.3
- 60 – 69 años	66	22
- 70 – 79 años	45	15
- 80 y más	17	5.6
<u>Situación Civil</u>		
-Soltero	78	26
-Casado	189	63
-Conviviente	3	1
-Viudo	13	4.3
-Separado	12	4
-No contesta	5	1.6
<u>Escolaridad</u>		
- Sin Escolaridad	15	5
- Ens.Básica Incompleta	102	34
- Ens.Básica Completa	31	10.3
- Ens.Media Incompleta	50	16.6
- Ens.Media Completa	54	18
- Ens.Superior Incompleta	9	3
- Ens.Superior Completa	15	5
- Ens.Téc.Prof.Incompleta	17	5.6
- Ens.Téc.Prof. Completa	3	1
- No Responde	4	1.3

Fuente: Idem Tabla 1.

Según lo indica la tabla precedente, el 75% de los cuidadores son mujeres, antecedentes que concuerdan plenamente con lo que la literatura informa al respecto. Respecto a edad el 42% de los cuidadores son mayores de 60

años, de éstos un 5.6% son mayores de 80 años. El 63% son cuidadores que mantienen condición de casados, si unimos el sexo se observa que más del 60% de ellos son mujeres casadas. En relación a la escolaridad el 34% de éstos cuidadores tienen enseñanza básica incompleta, sólo un 5% tienen enseñanza superior completa.

Tabla N° 10
“ Tipo de Relación del Cuidador con el Anciano”

Tipo de Relación	Fi	%
- Esposo (a)	112	37.3
- Hijo (a)	125	41.6
- Yerno - Nuera	16	5.3
- Nieto (a)	13	4.3
- Otro Familiar	19	6.3
- Cuidador remunerado	1	0.3
- Vecino	1	0.3
- Amigo	6	2
- No responde	7	2.3
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

El mayor porcentaje de los cuidadores corresponden a familiares cercanos como esposo(a), hijo(a), nuera/yerno y por tanto no son remunerados. El más alto porcentaje se agrupa en la categoría hijo(a) con un 41.6%. La segunda frecuencia se ubica en la categoría esposo(a).

Estos resultados son similares a los que se encuentran en la literatura.

Tabla N° 11 :
“ Tiempo que dedica el Cuidador al Cuidado del Anciano”

Tiempo que dedica	Fi	%
- Vive con él	221	73.6
- Todo el día (10-12 hrs.)	34	11.3
- Durante el día (7-9 hrs.)	4	1.3
- Seis horas y menos en el día	14	4.6
- Sólo por la noche	8	2.6
- Una-dos veces a la semana	10	3.3
- Otros	4	1.3
- No responde	5	1.6
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Un 74% de los cuidadores viven con los ancianos, (familiares cercanos), sólo un 12% de los cuidadores realizan esta tarea en forma esporádica (menos de seis horas diarias).

III.- VARIABLES PSICOSOCIALES INVESTIGADAS

Tabla N° 12 :
“ Autoestima del Anciano”

Puntaje Escala Autoestima	Fi	%
- Bajo (2 - 13)	8	2.6
- Medio (14 - 26)	133	44.6
- Alto (27 - 40)	157	52.6
Total	(n= 298)	100

Fuente: Idem Tabla 1

Un 53% de los ancianos se ubica en el nivel de alta autoestima, sólo un 2.6% resulta calificado con una baja autoestima.

Tabla N° 13 :
" Percepción de Funcionamiento Familiar de los Ancianos ”

Puntaje Apgar	Fi	%
- Bajo (- 3)	14	4.6
- Medio (4 - 6)	33	11
- Alto (7 - 10)	253	84.3
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Apgar familiar, ubican al 84% de los ancianos en una alta percepción de funcionamiento familiar, sólo el 4.6% percibe el funcionamiento de su familia como deficiente – bajo.

Tabla N° 14 :
" Puntaje Groningen del Anciano ”

Puntaje Groningen	Fi	%
- Sin Discapacidad (0 - 0.99)	272	90.7
- Discapacidad Leve (1 – 1,99)	25	8.3
- Discapacidad Severa (2 – 3)	2	0.6
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

El 90.7% de los ancianos encuestados reporta un buen funcionamiento social, sin discapacidad.

Tabla N° 15 :

" Puntaje Groningen del Cuidador "

Puntaje Groningen	Fi	%
- Sin Discapacidad (0 - 0,99)	263	87.6
- Discapacidad Leve (1 – 1,99)	36	12
- Discapacidad Severa (2 – 3)	1	0.3
Total	300	100

Fuente: Idem Tabla 1

Del 100% de los cuidadores encuestados, un 87.6% ubica a los ancianos en la categoría de adecuado funcionamiento social, sin discapacidad.

Tabla N° 16 “Puntaje Groningen entregado por el Anciano por Áreas de Desempeño”

Puntaje Groningen Rol Social Desempeñado	Rol Autocuid.		Rol Familia		Rol Parentesco		Rol de Pareja		Rol de Padres		Rol de Ciudadano		Rol Social		Rol Ocupac.	
- Sin Incapacidad (0)	237	79.0	235	78.3	171	57	93	31	192	64	167	55.7	148	49.3	211	70.3
- Incapacidad Leve (1)	44	14.7	46	15.3	66	22.0	25	8.3	68	22.7	81	27	84	28	64	21.3
- Incapac. Moderada (2)	16	5.3	14	4.7	26	8.7	30	10.0	19	6.3	41	13.7	54	18	15	5.0
- Incapacidad Severa (3)	3	1.0	5	1.7	8	2.7	6	2	6	2.0	10	3.3	10	3.3	9	3.0
- No Contesta (8)	0	0	0	0	4	1.3	0	0	0	0	0	0	4	1.3	1	0.3
- No Corresponde (9)	0	0	0	0	25	8.3	146	48.7	15	5.0	1	0.3	0	0	0	0

Fuente: Idem Tabla 1

De acuerdo con lo que indica Tabla 15, las mayores frecuencias se agrupan siempre en las categorías Sin discapacidad (más del 50% de las frecuencias, a excepción del área Rol de Pareja con sólo un 31% en esta categoría) y en segunda prioridad en la categoría Discapacidad Leve. (sobre el 15% de las frecuencias, exceptuando nuevamente el Área Rol de Pareja que aglutina sólo un 8% de respuestas en esta categoría).

Los roles que destacan con un mejor funcionamiento social son: Rol de Autocuidado, Rol de Familia y Rol Ocupacional.

Sin perjuicio de lo anterior, las áreas que el Anciano identifica con mayor dificultad de desempeño, o aquellas en las que el identifica con un menor funcionamiento social son: Área rol de Parentesco, Área Rol de Pareja, Área rol de Ciudadano y Área Rol Social. En todas ellas, menos de un 50% se califica sin discapacidad, (en las otras áreas sobre el 64% se califica Sin Discapacidad), un porcentaje cercano al 9% se califica en Discapacidad Moderada (en las otras áreas un porcentaje cercano sólo al 5% se califica con discapacidad Moderada) y más del 2% en Discapacidad Severa.

Es importante destacar que estas cuatro áreas hacen alusión a las relaciones interpersonales que mantiene el anciano con sus significativos cercanos y con el grado de conexión con su entorno.

Tabla N° 17

“Puntaje Groningen entregado por el Cuidador respecto del Anciano por Áreas de Desempeño”

Puntaje Groningen Rol Social Desempeñado	Rol Autocuidado		Rol Familia		Rol Parentesco		Rol de Pareja		Rol de Padres		Rol de Ciudadano		Rol Social		Rol Ocupac.	
	- Sin Incapacidad (0)	242	80.7	227	75.7	168	56	93	31	210	70	156	52.0	150	50.0	220
- Incapacidad Leve (1)	38	12.7	39	13.0	79	26.3	32	10.7	47	15.7	94	31.3	89	29.7	58	19.3
- Incapacidad Moderada(2)	13	4.3	25	8.3	19	6.3	23	7.7	24	8.0	41	13.7	45	15.0	16	5.3
- Incapacidad Severa (3)	7	2.3	4	1.3	4	1.3	8	2.7	3	1.0	9	3.0	9	3.0	6	2.0
- No Contesta (8)	0	0	0	0	3	1.0	2	0.7	0	0	0	0	6	2.0	0	0
- No Corresponde (9)	0	0	5	1.7	27	9.0	142	47.3	16	5.3	0	0	1	0.3	0	0

Fuente: Idem Tabla 1

De acuerdo con lo que indica Tabla 16, las mayores frecuencias se agrupan siempre en las categorías Sin discapacidad (más del 50% de las frecuencias, a excepción del Área Rol de Pareja con sólo un 31% en esta categoría) y en segunda prioridad en la categoría Discapacidad Leve. (sobre el 12% de las frecuencias, exceptuando nuevamente el Área Rol de Pareja que aglutina sólo un 11% de respuestas en esta categoría).

Las áreas que destacan con un mejor funcionamiento son: Autocuidado, Familia y Ocupacional.

Sin perjuicio de lo anterior, las áreas que el Cuidador identifica con mayor dificultad de desempeño respecto del Anciano, o aquellas en las que lo identifica con un menor funcionamiento social son: Área rol de Parentesco, Área Rol de Pareja, Área rol de Ciudadano y Área Rol Social. En todas ellas, menos de un 50% califica al anciano Sin discapacidad, (en las otras áreas sobre el 70% lo califica Sin Discapacidad, (exceptuando el Rol de Pareja).

Es importante destacar que aún cuando la distribución de frecuencias por áreas de desempeño más deterioradas son coincidentes en las mediciones que entrega el anciano con las que entrega su cuidador, los puntajes entregados por el cuidador se concentran más en las categorías 1, Sin Discapacidad, las mediciones que entrega el anciano se agrupan de igual forma en categoría 1, pero dispersan también más puntajes en las categorías Discapacidad Moderada y Discapacidad Severa.

Tabla N° 18

“ Correlación Puntaje Groningen Anciano / Puntaje Groningen Cuidador”

Puntaje Groningen	N	Media	D.S	Correlación
- Groningen Anciano	300	0.44920	0.42455	0.74
- Groningen Cuidador	300	0.43070	0.42760	

Fuente: Idem Tabla 1

Tal como lo indica la tabla se visualiza una alta correlación entre ambas mediciones (74%), lo que demuestra que existe una alta congruencia entre la percepción de funcionamiento social que tiene el anciano respecto de sí mismo, con la percepción de funcionamiento social que tiene su cuidador respecto de él.

Aún cuando se vislumbra una mínima superioridad en la percepción que el anciano tiene respecto de su funcionamiento social en relación con la percepción del cuidador, esta superioridad no alcanza a ser significativa, se evidencia una diferencia de media sólo de 0.01850.

Tabla N° 19

“ Correlación Puntaje Groningen Anciano / Puntaje Apgar Anciano”

Puntaje Groningen	N	Media	D.S	Correlación
- Groningen Anciano	300	0.44920	0.42455	- 0.38995
- Puntaje Apgar	300	8.44667	2.32346	

Fuente: Idem Tabla 1

Con un nivel de significancia del 0.001 se visualiza una correlación negativa entre ambos puntajes, esto es, a menor puntaje Groningen (mejor funcionamiento social), mayor puntaje Apgar (mejor percepción de funcionamiento familiar).

Tabla N° 20
“ Correlación Puntaje Groningen Anciano / Puntaje Autoestima Anciano”

Puntaje Groningen	N	Media	D.S	Correlación
- Groningen Anciano	300	0.44920	0.42455	- 0.40269
- Puntaje Autoestima	300	27.35667	7.18481	

Fuente: Idem tabla 1.

Con un nivel de significancia del 0.001 se visualiza una correlación negativa entre ambos puntajes, esto es, a menor puntaje Groningen (mejor funcionamiento social), mayor puntaje Autoestima del anciano.

Tabla N° 21
“ Relación entre Autoreporte y percepción del cuidador respecto del Funcionamiento Social del Anciano, según

Variable Sociodemográfica	Prob >T	Significancia Estadística
Sexo	0.2284	NO
Situación Civil	0.8492	NO
Escolaridad	0.2067	NO
Religión	0.2067	NO
Previsión. Tipo de Pensión	0.0061	SI
Sistema Previsional	0.0769	NO
Sistema Previsión Salud	0.0786	NO
Edad	0.6941	NO

Fuente: Idem Tabla 1

La presente tabla procura detectar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje Groningen reportado por el anciano y el puntaje Groningen reportado por el cuidador respecto de él, según algunas variables sociodemográficas.

Al respecto, de todas las variables analizadas, solamente la variable “Tipo de pensión”, resulta significativa al 0.0061. Esto indica que mientras el anciano percibe una mejor pensión, su autoreporte respecto a funcionamiento social es significativamente superior a lo que informa respecto de él su cuidador.

Aún cuando la variable “sexo”, reporta una diferencia en términos del puntaje del cuidador y del anciano, para el caso de los hombres, el cuidador visualiza al anciano con un mejor funcionamiento social que lo que se visualiza a sí mismo el anciano, sin embargo, de acuerdo con las mediciones efectuadas esta diferencia no resulta ser significativa.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

I.- Los ancianos inscritos en el Programa del Adulto Mayor de los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Concepción, responden al siguiente perfil:

- 75% de ellos son del sexo femenino, el 48.3% se distribuyen entre las edades de 70 a 79 años, destacándose un 22.6% de 80 y más años, y un 3% de más de 90 años.
- El 50% de ellos son casados, manteniéndose un 10% del grupo en la categoría solteros.
- Su escolaridad es baja, un 65% no tiene escolaridad o tiene enseñanza básica incompleta.
- El 70.6% de ellos se declaran católicos.
- Respecto de las variables socioeconómicas de los ancianos se puede destacar que: el mayor porcentaje de los ancianos encuestados se ubica en la categoría de jubilados, con un 38%. El 61% de los ancianos son cotizantes del Instituto de Normalización Previsional INP, respecto de su previsión en salud, el 94% de ellos pertenecen al fondo Nacional de Salud. Respecto de la actividad desempeñada por el adulto mayor, previo a la jubilación, el 33% de ellos se desempeñaba como empleado u “obrero”. En la actualidad el 91.3% no desempeña actividad laboral remunerada.

II.- Perfil de los cuidadores de ancianos de la comuna de Concepción:

- En un 75% son del sexo femenino,
- Las edades con mayor frecuencia se ubican entre los 40 y 49 años, sin embargo, un 5.6% de ellos tiene 80 y más años.
- La mayoría de ellos son casados, con escolaridad baja y residen permanente con los ancianos.
- Respecto de la relación que el cuidador mantiene con el anciano, la mayor frecuencia (41.6%) corresponde a hijos(a).
- Este perfil concuerda con los datos descritos por otras investigaciones de Chile y España.
-

III.- Respecto de las dos variables psicosociales investigadas, es importante destacar:

- en autoestima, que la mayor frecuencia de los ancianos se ubica en la categoría alta autoestima con un 52.6%, sólo un 2.6% se ubica en la categoría baja autoestima. Este resultado tiene correlación con el puntaje Groningen reportado por el anciano, mientras el anciano se percibe con una alta autoestima, mejor es también su autoreporte en funcionamiento social.
- Respecto de la percepción de funcionamiento familiar, un 84.3% califica en la categoría “alto”, es decir percibe como altamente positivo el funcionamiento de su familia. Este resultado es también coincidente con el autoreporte en funcionamiento social, a mejor funcionamiento social informado, mejor desempeño en funcionamiento social.

IV.- Al contrastar el autoreporte del adulto mayor y la percepción que de él tiene su cuidador respecto de funcionamiento social, los resultados permiten afirmar que existe una alta correlación entre ambas mediciones, 74%. Aún cuando el autoreporte del anciano fue levemente superior a lo informado por su cuidador, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas.

Tanto para el puntaje Groningen del anciano como para el puntaje Groningen del Cuidador, las mayores frecuencias se ubicaron en la categoría Sin Discapacidad, 90.7% y 87.6% respectivamente.

V.- Analizando el puntaje Groningen por áreas de desempeño, tanto para el puntaje Groningen del anciano como para el puntaje Groningen del Cuidador, estos resultados fueron altamente coincidentes. Las áreas identificadas con mayor dificultad de desempeño para ambos casos fueron las de Parentesco, de Pareja, de Ciudadano y social, todas ellas tiene que ver con las relaciones interpersonales que mantiene el anciano con sus cercanos significativos y con el grado de conexión que mantiene con su entorno.

VI.- El hecho que los ancianos califiquen con: alta Autoestima, una adecuada percepción de funcionamiento familiar y sobre todo con un buen funcionamiento social en las ocho áreas estudiadas, cambia la perspectiva que la sociedad y principalmente la de los profesionales de la salud que trabajan con ellos tienen. Esto debiera permitir trabajar programas de autocuidado, recreación y actividades grupales, lo que a su vez mantiene a los ancianos con una actividad social y mejora su salud física y mental.

Para la familia, principal cuidadora del anciano, se les facilita la tarea de cuidar, aún cuando es importante desarrollar programas que los integren fuertemente al trabajo realizado con el anciano.

Es también importante destacar que en la medida que el anciano mantenga su autovalencia y un adecuado rol social lo que redundará en una adecuada salud física y mental. En la medida que el anciano mantenga un rol social se convierte cada vez más en un ser útil y de gran valor para sus significativos cercanos y por ende se facilita también la tarea del cuidador.

Bibliografía.-

- 1.- Barros, Carmen: Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor. Publicación proyecto Fondecyt N° 0843/ 92. Septiembre 1994.
- 2.-Barros, Carmen : Aspectos Sociales del Envejecimiento. En “ La Atención de los Ancianos; un desafío para los años noventa”. OPS/OMS Publicación Científica N° 546. Págs. 57- 66. 1994.
- 3.- Escudero, B et al: Cuidadores informales : necesidades y ayudas. Revista Rol de Enfermería vol. N° 24 N° 3 pags.183-189 España 2001
- 4.-Domínguez, Oscar: La Vejez Nueva Edad Social. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, 1982.
- 5.- Dueñas Nicolás: El valor del domicilio como recurso para la salud. Gerokomos vol 12 N° 3, págs 71-76 España 2001
- 6.- Mideplan : División Social. Documento N° 10 “ Situación de los Adultos Mayores en Chile Santiago de Chile. 1998.
- 7.- Moragas, Ricardo: La Jubilación; un enfoque positivo. Editorial Grijalbo S.A. Barcelona, 1989.
- 8.- O P S / O M S : La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación Científica 546.
- 9.- Organización Mundial de la Salud. “Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos”. Informe técnico N° 706. Ginebra, 1984.
- 10.- Klaasen, G. et al Redes de Apoyo Médico- Sociales para pacientes con Demencia, Comuna de Concepción y Quillón. Cuadernos Medico-Sociales vol XXXIX, N° 3-4. Págs 111-115, 1998.
- 11.- Sancho C, María Teresa: “ El Anciano la Sociedad y la Familia. II Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Guijón España 2001.