

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2019

Internamente Solo: Escuchando y Resistiendo La Soledad de Adultos Mayores en La Araucanía, Chile / Internally Alone: Hearing and Resisting the Loneliness of Seniors in La Araucanía, Chile

Grace Ellrodt

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the [Clinical and Medical Social Work Commons](#), [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Geriatrics Commons](#), [Gerontology Commons](#), [Health Communication Commons](#), [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Social and Cultural Anthropology Commons](#), and the [Social Work Commons](#)

Internamente Solo:

Escuchando y Resistiendo La Soledad de
Adultos Mayores en La Araucanía, Chile

Internally Alone:

Hearing and Resisting the Loneliness of
Seniors in La Araucanía, Chile

Grace Ellrodt

Otoño 2019

SIT Arica, Chile:
Salud Pública, Medicina Tradicional, y
Empoderamiento Comunitario

Consejero: Dr. Andrés Cuyul

Director Académico: Dr. Daniel Poblete

Resumen (en inglés)

Research Question: Which current patterns drive or diminish loneliness among seniors of the Region of the Araucanía in the city of Temuco and surrounding rural communes?

Objectives: Understand and interpret the roots and the antidotes of the loneliness phenomenon experienced by seniors in Temuco and surrounding communes in the present moment.

- Identify and analyze the drivers of pathological elder loneliness in structural, intermediary, and proximal factors.
- Highlight the perspectives and narratives of seniors, community leaders, and health resources with respect to strategies to reduce the crisis.

Background: Currently, the population of seniors has risen and will continue to rise in Chile due to the epidemiological transition of the recently industrialized nation. The burden on state and municipal resources to support an aging population is tremendous and serious. The problem of discriminatory conceptions of health in advanced age, together with the resource burden, has limited the action of health professionals. The ubiquity and tremendous damage of loneliness which have been discovered bring to light the need to pay attention to loneliness as a powerful pathology, which deserves careful attention. Experts increasingly discuss the role of situational factors in loneliness, including internal loneliness. This study intends to theorize loneliness through the emerging dialogue about social infrastructure, hard and soft, with the purpose of situating responses elder loneliness. Considerations of the meaning of life will be used to understand the efficacy of existing and potential social infrastructure.

Methodology: A qualitative investigation was conducted in May of 2019, focused on seniors living in Temuco, the urban zone of the region, and certain surrounding rural communes. 11 interviews were conducted with seniors individually or in pairs, with a variety living situations and socioeconomic and cultural profiles. 3 focus groups were conducted with a total of 30 people. Finally, 4 interviews with professionals and local leaders who represent facets of social infrastructure. These interviews were used to thematically analyze the origins and interventions in loneliness suggested by the case studies of seniors.

Results: The internal loneliness of seniors within the identified population is provoked by the interruption of the life philosophy held by the senior. This pattern is seen in the relationships between seniors and their children, grandchildren, and outside of the familiar sphere, including in their medical attention. Therefore, this pattern is repeated in three spheres of environmental influence, structural, intermediary, and proximal. Interventions through social infrastructure, hard and soft, are a particularly promising instruments for intervention, such as guaranteeing seniors recreational, emotional, and intellectual resources which promote the realization of their values.

Conclusions: The main thrust of the results is that in the region, elder loneliness must be discussed as a public health threat, around which health and community resources have and should mobilize. Specifically, health resources, conceived holistically, must diagnose pathological loneliness and prescribe treatment, through the use of identified social infrastructure.

Resumen (en español)

Problema: ¿Cuáles patrones actuales impulsan o disminuyen la soledad entre adultos mayores de Región de La Araucanía, Chile, en la ciudad de Temuco y comunas rurales de alrededor?

Objetivo: Comprender e interpretar las raíces y los antidotos del fenómeno de la soledad que experimentan los adultos mayores en Temuco y comunas circundantes, en la actualidad.

- Identificar y analizar los impulsores de la soledad patológica de anciano en factores estructurales, intermedios, y próximos.
- Destacar las perspectivas y narrativas de adultos mayores, líderes comunitarias, y recursos de salud con respeto a estrategias para disminuir la crisis.

Antecedentes: Actualmente, la población de adultos mayores ha aumentado y va a seguir aumentando en Chile a causa de la transición epidemiológica del país recién industrializado. La cepa en los recursos del estado y de municipalidades apoyar a una población envejeciendo es tremendo y serio. El problema de concepciones discriminatorias de la salud en la vejez, junto con la cepa en los recursos, ha limitado la acción de profesionales de salud. La ubicuidad y daño tremendo de la soledad que han sido descubiertos sacaran a la luz la necesidad prestar atención a la soledad como una patología poderosa, que se merece atención cuidadosa. Expertos discuten cada vez más el papel de los factores situacionales de la soledad, incluso la soledad interna. Este estudio pretende teorizar la soledad a través del diálogo emergente sobre la infraestructura social, dura y blanda, con el fin de situar las respuestas a la soledad de anciano. Consideraciones del sentido de la vida se utilizará entender la eficacia de infraestructura social actual y potencial.

Metodología: Se realizó una investigación cualitativo en mayo de 2019, enfocada en adultos mayores viviendo en Temuco, la zona urbana de la región, y ciertas comunas rurales circundantes. Se cumplió 11 entrevistas con adultos mayores, individuales o en pares, con varias situaciones de vida, y perfiles socioeconómicos y culturales. Se llevó a cabo 3 grupos de sondeo, con un total de 30 personas. Finalmente, se realizó 4 entrevistas con profesionales y dirigentes locales que representan elementos de infraestructura social. Estas entrevistas se utilizó para analizar temáticamente los orígenes e las intervenciones en la soledad surgidas por los casos de estudio de adultos mayores.

Resultados: La soledad interna de adultos mayores a dentro de la población identificada se provocó por la injerencia de la filosofía de la vida que sostiene la persona mayor. Se ve este patrón a dentro de relaciones entre adultos mayores y sus hijos, sus nietos, y, afuera del ámbito

familiar, incluso en su atención médica. Por eso, este patrón se repitió a través de los tres niveles de influencia ambiental, estructural, intermedio, y próximo. Las intervenciones a través de infraestructura social, dura y blanda, son instrumentos particularmente prometedores para la intervención, como garantizar el acceso de ancianos a recursos recreativos, afectivos, e intelectuales que promuevan la realización de sus valores.

Conclusiones: El empuje principal de los resultados es que en la región, hay que discutir la soledad de anciano como una amenaza para la salud pública, alrededor de la cual los recursos de salud y comunitarios tienen y deben movilizarse. Específicamente, recursos de la salud, definida de manera holística, tienen que diagnosticar la soledad patológica y prescribir tratamiento, a través del uso de infraestructura social identificada.

Reconocimientos:

Primero, me gustaría agradecer a mis tres madres. Este proyecto no sea posible sin el apoyo de mi mamá anfitriona durante mi tiempo en Temuco, Flor María Oyarzún. Flor María me recibió en su departamento para un mes. Me ofreció apoyo en la forma de contactos para mi investigación, pero además me dio el ánimo clave para buscar y destacar las historias de adultos mayores enfrentando la soledad, ayer, hoy día, y mañana. Tampoco no hubiera sido realizado sin el apoyo de mi mamá anfitriona de Arica, quien me enseñó tiernamente el poder de paciencia y persistencia en la aprendizaje de una idioma nueva, en el proceso de integración cultural, y en la decisión salir de un hogar ya conocido para la periodo de investigación. Y, finalmente, a mi mamá real, y perfecta, quien me animó venir a Chile, sabiendo que siempre tendría lo más cariño y apoyo posible desde lejos.

Segundo, mi agradecimiento a mi consejero. Dr. Andrés Cuyul me recibió no solamente en su oficina, sino que en su hogar, a conocer su vida hermosa del campo. Este acto representa su abordaje humano, y puesta a tierra, al tema de la soledad patológico en La Araucanía.

Tercero, doy mis gracias al equipo de SIT Arica, quien organizó un programa que abordó temas complejas y fascinantes en espacios completamente nuevo para mí. Particularmente, mis gracias a Norma Contreras, quien coordinó las experiencias claves con familias anfitrionas, y quien nos apoyó con la atención atenta y afectuoso de una madre.

Finalmente, a todos los participantes por sus voces, por sus presencias, por sus conocimientos, les agradezco. A los organismos que abrieron sus puertas en Temuco, los conocimientos de sus dirigentes y participantes fortalecieron el rango y la profundidad de este estudio. El tema de la soledad es universal por un lado, y por otro lado, es increíblemente individual, íntimo, y sensible. A las personas mayores que me recibieron en sus casas, que lloraron, que tomaron mis manos, que me dijeron: “No nos olvides,” no les voy a olvidar.

INTRODUCCIÓN	8
PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	8
MARCO TEORÉTICO/CONTEXTO	8
METODOLOGÍA	9
RESULTADOS	9
CONCLUSIONES	10
PROBLEMA	10
OBJETIVOS	10
JUSTIFICACIÓN	10
CONTEXTO/MARCO TEORÉTICO	12
TEORÍAS SOBRE LA SOLEDAD	12
LA SOLEDAD PATOLÓGICA	14
LA URGENCIA DE LA SOLEDAD DE ANCIANO	15
CONCEPCIONES DISCRIMINATORIAS DE “LA SALUD” EN LA VEJEZ	16
REDEFINIENDO “LA SALUD” EN LA VEJEZ	17
RESPUESTA ACTUAL DE LA SALUD PÚBLICA	18
INFRAESTRUCTURA SOCIAL	19
EL SENTIDO DE LA VIDA	21
METODOLOGÍA	22
DISEÑO	22
LUGAR	22
POBLACIÓN Y MUESTRA	22
TÉCNICA	24
INSTRUMENTO	24
ÉTICAS	24
ANÁLISIS	25
RESULTADOS	27
CONCLUSIÓN	30
LIMITACIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	37
ANEXOS	39

Introducción

Problema:

El problema que se aborde: ¿Cuáles patrones actuales impulsan o disminuyen **la soledad entre adultos mayores** en la ciudad de Temuco y comunas rurales de alrededor.

Justificación:

Las intervenciones necesarias y apropiadas en los recursos de los ancianos, particularmente a través de los proveedores de salud, actualmente carecen de una sólida base académica en la soledad como principio teórico, y como un fenómeno vivido, modelado por lugar, experimentado por una diversa población de edad avanzada en diversos contextos. Una carencia en la literatura sobre la soledad y el envejecimiento particularmente en Chile, finalmente, son estudios conducidos cualitativamente. Mi investigación ayudaría llenar este espacio vacío con las perspectivas directas de adultos mayores, con apoyo analítico de un panel de expertos.

Marco Teórico/Contexto:

La soledad ocupa un papel más y más reconocido adentro de la comunidad de salud Chilena (Ministerio de Salud, Chile, 2019). La soledad en el envejecimiento han sido identificado como el origen de un espectro de problemas de la salud, incluyendo la depresión, demencia, y el declino del sistemas motor, inmune, cardiovascular, y endocrino (Tiwari, 2013). Por eso, expertos indican que la soledad se debe considerar una enfermedad, no solamente un síntoma ni un concepto social. Para captar el abordaje nuevo, se adaptaron el termino “**la soledad patológico**” (Tiwari, 2013), que cabe adentro de un marco holístico de “la salud” en la vejez. Políticas públicas y municipalidades se movilizan en torno al tema, pero el fenómeno persiste.

Expertos elucidan el papel de **la infraestructura social** en la comprensión de los fenómenos de soledad, a través de una variedad de grupos de edad (Klinenberg, 2015). Los desafíos que pueden acompañar el envejecimiento, incluyendo la pérdida de amigos, familia,

movilidad, habilidades mentales, sentido de propósito, etc. encuentran poderosos antídotos en espacios comunitarios animados y programas bien desarrolladas. Concepciones de la antropología filosófica del **sentido de la vida** fusiona con orígenes e intervenciones en la soledad; Filosofan las metas y configuraciones ideales de infraestructura social.

Metodología:

La muestra primaria: 11 entrevistas individuales/en pares y 3 grupos de sondeo con adultos mayores de Temuco y comunas rurales alrededor, en la Región de La Araucanía, Chile. A contrarrestar la brecha en estudios cualitativos, particularmente con voces de adultos mayores, así se enfocó el estudio. Varios demográficas sociales se incorporaron, incluyendo estatus matrimonio, género, residencia geográfica, e identidad cultural. Se buscó a personas mayores que han experimentado el espectro amplio de la soledad. La muestra secundaria era 4 entrevistas con representativas de recursos para quitar la soledad, que contribuyen perspectivas simultáneamente localizado y amplios de la infraestructura social actual y lo que carece. Un análisis temático extrae conceptos claves.

Resultados:

Se encuentre la soledad interna subió como el fenómeno más relevante que la soledad externa para personas mayores. Adultos mayores sin los recursos ni apoyo realizar sus valores fundamentales están abrumados por la soledad interna. Personas mayores con oportunidades integrar sus valores con la vida cotidiana evitan la soledad interna con mayor éxito.

Infraestructura social, dura (espacios comunales físicos) y blanda (programas, desarrollo comunal y cultural) que conforma a la meta de escuchar y valorar las filosofías de personas mayores, actuales y potenciales, se parecen antídotos poderoso para la soledad. **Un resumen visual de patrones de la soledad de anciano se puede encontrar en página 25.**

Conclusiones:

Propongo un origen al fondo de la soledad: Interrupciones en la filosofía de la vida del adulto mayor al nivel estructural (del país/región), intermedio (de la municipalidad/comunidad, y/o próximo (interpersonal/personal). Infraestructura social que orienta hacia el propósito de realizar los valores cohibidos al nivel familiar, comunitario, y estructural disminuyan la soledad. Hay que evitar la soledad interna y patológica a través de un marco de diagnóstico y prescripción, que emplea infraestructura social así orientada, todo en diálogo con la persona mayor.

Problema

¿Cuáles patrones actuales impulsan o disminuyen **la soledad entre adultos mayores, un crisis de salud**, en la ciudad de Temuco y comunas rurales de alrededor, considerando factores estructurales, intermedios, y próximos, en la actualidad?

- ¿Cuáles son **los impulsores** de la soledad patológica y anciana en factores estructurales, intermedios, y próximos?
- ¿Cómo deben orientarse los recursos de salud municipales y del estado para **“prescribir”** tratamiento a través de **infraestructura social**?

Objetivos

Comprender e interpretar las raíces y los antídotos del fenómeno de la soledad que experimentan los adultos mayores en Temuco y comunas circundantes, en la actualidad.

- Identificar y analizar **los impulsores** de la soledad patológica y anciana en factores estructurales, intermedios, y próximos.
- Destacar las perspectivas y narrativas de adultos mayores, líderes comunitarias, y recursos de salud con respeto a **estrategias** para disminuir la crisis.

Justificación

El problema de la discriminación por edad ha causado la tendencia dejar al lado el sufrimiento de adultos mayores. Para décadas, las problemas de salud asociadas con la soledad,

como la depresión, la ansiedad, el perdido de control motor, condiciones cardiologías, y otras problemas debilitantes se consideraron parte del envejecimiento (Tiwari, 2013). Como resultado, se consideraron el sufrimiento para adultos mayores inherente y natural (Green et al., 1992).

Una revisión de la literatura sobre el tema de la soledad entre las poblaciones mayores revela una escasez relativa de discusiones sólidas en varios contextos de vida de ancianos. Los que están disponibles generalmente se centran en la experiencia de la solidez entre las comunidades mayores en localidades específicas o en evaluaciones de proyectos individuales para combatir los fenómenos. Pocos estudios, por ejemplo, han examinado la relación entre la soledad y las viviendas comunitarias para los ancianos. Este estudio aborde varias situaciones de vida de adultos mayores, incluso adultos mayores que viven o han vivido recién independientemente con un marido, solo sin marido, con sus hijos u otros cuidadores en la misma hogar, o semi-independiente, atendidos por cuidadores o por programas parcialmente. Aunque el estudio no busca una muestra de adultos mayores ubicados en viviendas comunitarias, o hogares, el tema de esas situaciones de vida es recurrente en una porción significativa de los entrevistados. Nos queda, entonces, con una imagen preliminar de concepciones sobre las ventajas y desventajas de hogares para adultos mayores.

En adición, lo que se faltan son investigaciones locales que buscan las esfuerzas, los éxitos y las fallas, de intervención en la soledad para adultos mayores, particularmente atreves de recursos de salud. A pesar de la profundidad de estudio afirmando la necesidad de una intervención comunitaria y holística en la salud de los ancianos, particularmente la soledad, la falta en el campo son esfuerzos en tiempo real y evaluaciones del cambio a gran escala, particularmente como actuada por un jugador clave: sistemas de salud. Aunque los esfuerzos localizados se encuentran en una variedad de naciones, las transiciones formalizadas a los sistemas de salud amigables con la edad hasta ahora han sido relegadas en gran medida a las naciones europeas ricas, y a unos sistemas selectos de los Estados Unidos.

Las transiciones informales a los recursos de salud amigables con la edad, en las que los proveedores entregan una atención respetuosa con los ancianos, aparte de una directiva sistemática, también están subestudiadas. Considerando las variadas estructuras de prestación

de cuidados, las fuentes de financiación y las necesidades de los pacientes de distintas naciones y localidades, una respuesta homogénea a la crisis de salud pública de la soledad no es ni realista ni alentada por los expertos. Sin embargo, sólo cuán localmente-sintonizado las respuestas de los recursos sanitarios nacionales y municipales han sido, y deberían ser, sigue siendo relativamente sin respuesta tanto en la discusión teórica como en la investigación de campo.

Además, estudios publicados en los últimos 10 años en la *Journal of Health and Aging* (La Revista de Salud y Envejecimiento) sugiere que las variables sociales tienen un alto poder predictivo en los resultados de la enfermedad a través de subgrupos étnicos de participantes ancianos. La región de la Araucanía presenta una interesante mirada al envejecimiento fusionado con la soledad dentro de un pueblo originario. Hay una fuerte presencia mapuche en esta región, donde las personas que identifican mapuche forman más que 30 por ciento de la población, según al Instituto Nacional de Estadísticas (2018). La soledad persigue a un número asombroso de ancianos en esta región, que viven en una mezcla de ambientes rurales y urbanos. Temuco es urbano, Makewe es rural. En la región, hay una confluencia poderoso de un estado históricamente opresivo y una comunidad relativamente resistente. La localidad presenta una mirada potencialmente muy interesante a las formas en que los factores culturales e históricos impulsan la soledad entre los residentes más antiguos de Mapuche, y las repercusiones sociales particulares dentro de la comunidad mapuche de aislamiento. Algunas variables sociales, distintas y superpuestas, se encuentran a través de subgrupos étnicos, sugiriendo que mientras que la soledad tiene diversos efectos sobre la salud basados en factores sociales, también presenta patrones (Tomaka et. al., 2006). Por eso, esta examinación de los motivos de e intervenciones en la soledad que se superponen a través de las comunidades Mapuche y no-Mapuche contribuiría a la literatura actual.

Contexto/Marco Teorético

Teorías sobre la Soledad

Con simplicidad y con exactitud, una entrevistadora me dijo, “la soledad es complicada.” De acuerdo, sea importante orientar mi investigación, del principio, con una examinación de las definiciones, y las especies, de “la soledad.” La soledad se considera un estado subjetivo, distinto del aislamiento social y estar físicamente solo, teniendo en cuenta que la soledad puede resultar, o no puede resultar, de ambas condiciones. La soledad está influenciado fuertemente por factores internos y externos, según a los modelos dual explicativos que ofrece una masa substantiva de literatura en las disciplinas de psicología y sociología.

La soledad se divide en tres partes, distinguidas por el origen (Tiwari, 2013):

- (1) *La soledad situacional*, primero, esta enraizado en factores socioeconómicos y culturales. Cambio de ubicación, conflictos interpersonales, desastres, y la pérdida de contactos sociales son detonantes potenciales.
- (2) *La soledad del desarrollo*, segundo, se manifiesta cuando el deseo inherente de relacionarse con otras personas entran en conflicto, o desequilibrio, con el deseo inherente de diferenciarse. O, se manifiesta cuando la necesidad vincularse con otras personas se deja insatisfecha. Empieza como una resulta de deficiencias de desarrollo, discapacidades físicos y mentales, o de arreglos de vivir.
- (3) *La soledad interna*, tercero, se origina de autoestima baja. Disposiciones de personalidad y la pérdida de control son causas claves, ambos de los cuales se influyen por factores externas.

Se parece que, a través de todos los especies de la soledad, factores innatos y ambientales sean motivos. Influencias culturales, sociales, económicos interactúan con disposiciones individuales en el fenómeno de la soledad. Además, la exploración de los teorías de la soledad revela que la soledad solo recientemente ha sido diferenciado del estado de estar solo. A pesar de suposiciones comunes, evidencia ha subido en la última década que surgiere que la soledad es menos asociada con vivienda individual que se había pensado antiguamente (Klinenberg, 2016). Sino, un motivo clave de la soledad, particularmente para adultos mayores, es la falta de rutinas y espacios que promueven socialización afuera del hogar (Holt-Lunstad et al., 2017). Sin embargo, uno no puede generalizar la soledad sin pensar en los raíces. Las causas y las estrategias para evitarlo sean diferentes.

A pesar de que la literatura dado anteriormente se ofrece tres tipos de la soledad, para el propósito de mi análisis, modificaré estas estructuras para una cierta razón. He hecho esta distinción para evitar la necesidad hacer una “diagnosís” del tipo específico de la soledad de los participantes. No solamente porque yo faltó la información necesaria para hacerlo, sino también porque no sea necesaria discutir y dialogar sobre el fenómeno.

Usaré, en vez de los tres tipos dados, dos categorías de la soledad: la soledad interna y la soledad externa. Utilizaré estas categorías para diferenciar la soledad enraizada en la falta de compañía física, y la soledad enraizada en la falta de compañía afectiva, intelectual, y social. A causa del hecho que estos tipos de compañía son internalizados, y no se evitan con la presencia de personas simplemente, lo nombraré a esta categoría “la soledad interna.”

También, esta investigación considerará la conexión social en una manera multidimensional, incluyendo la medida en que las relaciones están *presentes* en nuestra vida (principalmente, la estructura de las relaciones), la medida en que otros pueden ser *invocados* (principalmente, la funcionalidad de las relaciones), y nuestra *satisfacción* con ellos (principalmente, la calidad de las relaciones) (Holt-Lunstad et al., 2017).

La Soledad Patológica

La soledad en edad avanzada se ha estado encontrado como la causa de un espectro de problemas de salud, incluyendo depresión, demencia, y la deterioración del sistemas de motor, inmune, cardiovascular, y endocrino (Tiwari, 2013). Los sentimientos de soledad se han encontrado, de manera significativa, para elevar el riesgo de morbilidad debido a la depresión. De hecho, la depresión se ha encontrado generalmente que causa la muerte sólo en casos donde los enfermos también experimentaron la soledad. Resumiendo la beca sobre el tema, el New York Times, informó en 2009: “la soledad conduce a una salud física y mental más pobre,” y la BBC, un periódico igualmente conocido globalmente, en 2011, calificó de soledad a un “asesino oculto” de los ancianos (Tiwari, 2013, p. 2). Aunque busque estadísticas sobre las tasas de la soledad en la Araucanía, o, a lo menos, los números no se encuentren. Pero, según a las opiniones de los expertos citados en este estudio, los resultados el problema es igualmente grave en la región.

El termino “la soledad patológico” refiere al hecho que la soledad origina en factores biopsicosociales, y causa consecuencias biopsicosociales, además. Por eso, expertos indican que la soledad “tiene que ser manejada como una enfermedad; no solamente como una situación, ni una síntoma, ni un mero concepto social” (cita traducido) (Tiwari, 2013, 40). Existe literatura emergente es, entonces, cada vez más desarrollado sobre las fallas sistemáticas en la atención medica de adultos mayores, la subida de atención interdisciplinaria, y su intersección potencial en la lucha contra el espectro de problemas de la vejez, incluso la soledad.

La Urgencia de la Soledad de Anciano

Una investigación del fenómeno de la soledad entre poblaciones envejeciendo en Chile se puede situar, primero, en la escala global. Dando peso particular al tema de la soledad entre personas mayores es la “revolución demográfica” ocurriendo transnacionalmente. Estimaciones actuales indican que existan 600 millones de personas sobre la edad de 60 años, un número que está destinado a crecer por doble a 1,200 millón en el año 2025, y escalar a dos billón en el medio del siglo (WHO, 2004). Llegando a este punto, personas sobre la edad de 60 años representará más que 20 porciento de la población global (WHO, 2004). La ola de países nuevamente industrializados y, como resultado, experimentando la transición epidemiológica significa, en las palabras de la Secretaria General de los Naciones Unidas Kofi Annan, “Es cierto que el envejecimiento ya no es una problema del primer mundo. Lo que era un nota a pie de página en el siglo 20 es, ahora, en su camino a ser un tema dominante en lo del 21” (cita traducida) (WHO, 2004 pg. 4). Con poblaciones creciendo de adultos mayores requieren cuidado, ambos países industrializados y nuevamente industrializados enfrentan una carga de recursos tremenda.

Chile, como un país industrializado rápidamente, es particularmente afectado por el fenómeno. Expectativas de vida desde el momento de nacimiento se disparó en las últimas cinco décadas, más rápida que en Europa o Norte America. La expectativa de vida promedia en Chile es 79 años, un poco más alta que la de los Estados Unidos (Thumala et. al, 2016). Es número de Chilenos con edades sobre 60 años se predice multiplicar por dos antes de la mitad del siglo, alcanzando más que 30 porciento (Thumala et. al, 2016).

Mas encima que la transición demografía sin precedente, Chile ha adaptado un abordaje específico en la configuración de su sistema de salud pública. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre cerca de 70 por ciento de la población general (Thumala et. al, 2016). Pero, a causa de la variación dramático e inestable del costo de seguro privado debajo de Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), la mayoría de adultos mayores eligen FONASA. Además, de personas mayores, 18 por ciento viven en pobreza, 4 por ciento encima de las tasas generales, y 4 por ciento en pobreza extrema. El resultado: 86 por ciento, de hecho, de adultos mayores cuentan en la sistema publica (Thumala et. Al, 2016). El efecto de una población que depende de la sistema publica, y que esta creciendo: una tensión en el sistema de salud y el sistema de servicios sociales del país.

Concepciones Discriminatorias de “La Salud” en La Vejez

La falta relativa de literatura sobre la presencia y efectos globales de la soledad entre adultos mayores pueda ser enraizada en una división entre la disciplina de gerontología con respecto a cómo debería definirse “la salud” en la etapa avanzada del curso de vida. Para definir la salud como “la ausencia de enfermedad” descuida la prevalencia de la enfermedad a finales de la vida, mientras que la suposición de que la enfermedad está presente en la vejez no reconoce las variadas tasas y tipos de enfermedades entre la población. En consecuencia, algunos expertos sugieren que la salud de los adultos mayores puede evaluarse en relación con las personas de la misma edad, y sobre la base de las normas de cohorte (Rowe & Khan, 1987). Esta definición presupone igualmente que la salud está intrínsecamente relacionada con la prevalencia entre la población. Por lo tanto, por ejemplo, la depresión se ha enmarcado históricamente, dada su prevalencia, como consecuencia natural de las incapacidades y cambios asociados con el envejecimiento. La normalización de la depresión entre los ancianos entre las esferas profesionales también normalizó la experiencia de la soledad entre la cohorte, dado que es uno de los tres principales impulsores de la depresión (Green et al., 1992).

Expertos proponen que el acto de vincular enfermedades con el envejecimiento es una manifestación de discriminación por edad, sin una basa en evidencia disponible, que les deja a adultos mayores con un estándar inadecuado de atención (Borchelt et al., 1999). Chile se hace

eco de una masa de países con vistas estereotípicas y degradantes de la vejez (Thumbala et. al., 2016). Por ejemplo, tres de cuatro Chilenos, en promedio, creen que adultos mayores no puede manejar la vida solo (Thumbala et. al., 2016). Aún peor, la discriminación, exclusión, y/o el abuso de adultos mayores afecta 30 por ciento de su población nacionalmente, y la discriminación por edad manifiesta en maneras dolorosos- han sido probados causar el riesgo de enfermedades crónicas y la muerte (Thumbala et. al., 2016).

Redefiniendo “La Salud” en La Vejez

Contrarrestando la normalización de enfermedades a dentro de la población envejecida, estudios recientes han identificado que, por ejemplo, la depresión no es una condición inevitable de la vejez. Sino que, personas mayores tengan aptitudes útiles para aguantar la depresión y condiciones similares (Singh et. al, 2009). Dificultades sociales, físicos, y psicológicos que motivan la depresión no tiene que ser parte de la experiencia del envejecimiento (Singh et. al, 2009). Poblaciones notables de personas mayores viven sin dolor crónico, efectos secundarios de medicaciones, y restricciones sociales que inducen aislamiento (Singh et. al, 2009). Literatura emergente, por eso, índice que “la salud” en edad avanzada debe ser definido holísticamente, incorporando la comodidad, amenaza de vida, efectos secundarios de medicinas, habilidades funcionales, y un evaluación subjetivo de estatus de salud (Borchelt, 1999; Singh et. al. 2009).

A la luz de los efectos de la soledad entre la población envejecida, ciertos sistemas de salud, incluso algunos en Los Estados Unidos, han movilizado hacia sistemas “edad-amable,” un modelo interdisciplinario para entregar atención apropiado para esta población vulnerable, en niveles de salud primaria hasta alta complejidad (WHO, 2004). Factores psicosociales ahora se consideran dentro de la lente de una definición de salud. Expertos en gerontología surgen que “la salud” de adultos mayores debe representar la persona más holísticamente, y también debe considerar su sufrimiento tan grave como personas de menos edad. Expertos surgen un marco de los “4 M’s” (en inglés) para atención específicamente para los adultos mayores: mentación, movilidad, medicación, y valores (WHO, 2004). Según a este modelo, el análisis de este informe

considerará la soledad adentro de este marco holístico de la salud para pacientes mayores, que merece intervención que es, igualmente, holístico.

Incluido en una redefinición de la salud en la vejez, que incluiría experiencias subjetivas y relacionados a la salud mental, la soledad empezaría a ganar atención adecuada y necesaria para su tratamiento. De este contexto, surgirá una pregunta clave de esta investigación: ¿Podemos abordar la soledad en la misma manera que abordamos una condición biológica, con una diagnosis, seguido de una prescripción para su tratamiento?

Respuesta Actual de la Salud Pública

La respuesta actual al fenómeno de la soledad entre adultos mayores en Chile se puede examinar, primero, adentro del nivel estructural. Nacionalmente, un abordaje basada en derechos para cada pacientes ha surgido en los ámbitos de políticas públicas y sociales relacionados al envejecimiento (Thumbala et. al., 2016). Se puede decir, para discutirlo de forma breve, que hay dos ramas claves de acción al nivel nacional.

Primero, el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), implementado en 2000, define, legalmente, que cada usuario del sistema pública y el sistema privada puede acceder cubierto para, actualmente, 80 enfermedades que representa la mayoría del perfil nacionalmente. Incluso en la lista se encuentra enfermedades común en adultos mayores. (Thumbala et. al., 2016). Sin embargo, recién el gobierno empezó a desarrollar un plan para aumentar cubierto a incluir ciertas enfermedades, como deficiencias cognitivas y la demencia (Thumbala et. al., 2016). Si hubiera sido amplificado a incluir condiciones como la soledad, GES habría producido un efecto directo en la atención, de manera sistemática, del fenómeno.

Segundo, la implementación en 2002, del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), que actúa como un servicio público, opera funcionalmente de manera descentralizado. Situada de bajo Ministerio de Desarrollo Social, se maneja por la vigilancia del Presidente de la República. (SENAMA, Servicio del Adulto Mayor, 2019). SENAMA maneja actualmente un variedad de programas con el objetivo de fortalecer redes y ambientes de apoyo para preservar funcionalidad y satisfacción en la tercera edad (Thumbala et. al., 2016; SENAMA, Servicio del Adulto Mayor, 2019). El espectro de programas incluye cuidado a largo plazo, diurno, y de casa.

Un Centro Diurno debajo de esta iniciativa se incluye en este estudio, y, por eso, les daré más contexto.

El Centro Diurno de Adultos Mayores, lo de Temuco en el caso de este estudio, ofrece talleres a 90 adultos mayores (más que 60 años) quien pertenecientes a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad. Y que presenten dependencia leve, deterioro cognitivo o depresión leve. Por eso, postulantes se evaluarán por vulnerabilidad socioeconómico y capacidad mental usando ciertos pruebas. Se ofrece preferencia a residentes quien viven localmente. La ubicación en Temuco se inauguró en Octubre de 2018 (SENAMA, Inauguran Primero, 2018).

El Centro está vinculado con el estado en sus metas y la provisión de recursos. Se ejecuta a través del financiamiento, por medio de Convenios Directos, de proyectos presentados por municipios o instituciones sin fines de lucro con experiencia en el trabajo con personas mayores. La ejecución se realiza de acuerdo con los lineamientos de SENAMA. Una Guía de Operaciones, un empleada del estado, se supervisa periódicamente en terreno para observar la utilización de los recursos (SENAMA, Programa Centros Diurnos, 2019).

Los Centros Diurnos ofrecen beneficios en las áreas: personal, social, y comunitaria. El director nacional de SENAMA, Octavio Vergara resaltó que “los centros diurnos nos permiten retrasar la dependencia de las personas mayores y que puedan seguir insertos en aquellos lugares donde tanto tiempo llevan, como son sus casas. Allí están sus recuerdos, sus amigos. Por eso es fundamental este tipo de apoyos” (SENAMA, Inauguran Centro Diurno, 2019).

Acción del nivel municipal, financiado por el gobierno, también se desarrollará en este estudio. Tomando en cuenta la centralización particular del sistema, la reacción al nivel nacional, y su interacción con recursos municipales, serán sumamente importante.

Infraestructura Social

La publicación reciente, un sociología urbana estadounidense, Eric Klinenbeg, se trata de la ola de calor que experimentó la ciudad de Chicago en 1995 (Klinenberg, 2015). Los resultados de la ola eran intensos y trágicos, particularmente para adultos mayores. Y, más encima, para adultos mayores en ciertos sectores de la ciudad, más que otros. Y, la diferencia no se ve

solamente según a la composición socioeconómico de los residentes. Sino que, en dos barrios adyacentes en particular con condiciones socioeconómicas relativamente iguales, Klinenberg descubrió que cuádranos mayores se fallecieron en tasas significativamente aumentadas en uno que el otro. Klinenberg investigó la causa para las discrepancias.

Su análisis de los condiciones del barrio mostró que “la infraestructura social” de cada barrio influyó dramáticamente tasas de mortalidad. Personas del barrio con infraestructura que la animan a la gente formar vínculos entre sí mismo, por ejemplo un calle lleno de impresas, espacios verdes, y centros comunitarios, experimentaron un riesgo disminuida de morir durante el evento. Klinenberg propuso que en estos barrios, la infraestructura social manejan a la gente preocuparse del bienestar de sus vecinos, buscarles en sus departamentos, y ofrecerles cualquier apoyo que hayan tenido. El hábito arraigado en el barrio: conocer a sus vecinos, y asegurar que estén bien, que estén seguros. Residentes del barrio con infraestructura social débil tenían vínculos ausentes o menos desarrollado con sus vecinos y comunidad. Ellos sufrieron, por lo tanto, solos. Particularmente vulnerable fueron los adultos mayores sin maridos ni familia. Números impresionantes de adultos mayores se descubrieron solos en sus hogares por la policía o trabajadores humanitarios habían estado muertos durante días.

Klinenberg adoptó el término “infraestructura social” para describir la influencia del ambiente en la formación y continuación de patrones sociales y culturales. Robert Putnam, científico político, me ofrece una marca de cómo se vale los redes sociales adentro de una comunidad, en maneras materiales e inmateriales. Para describir los bonos de una comunidad, él usa el termino “capital social,” que también adoptó Klinenberg en sus investigaciones (Putnam, 2000). Klinenberg y Putnam, juntos, presentan una lente para profundizar el papel de la infraestructura en la soledad entre adultos mayores, y las maneras en que la infraestructura social contribuye al fenómeno.

Existen dos tipos de infraestructura social, y Klinenberg refiera a ambos en su análisis. Infraestructura dura, primero, incluye establecimientos y centros de salud, facilidades de educación, espacios recreativas, estaciones de la policía, bomberos, y servicios de emergencia. También, incluye facilidades culturales y otras facilidades comunitarias. En total, en esta categoría se agrega espacios físicos en que operan servicios públicos. Infraestructura suave, o

blanda, refiere a estructura inmaterial. Programas, recursos, servicios, y el desarrollo comunal y cultural caben en esta categoría próxima.

Klinenberg surgió una manera de entender la composición y el propósito final de infraestructura dura y blanda en varias ubicaciones en La Araucanía. Por eso, mi análisis utilizará el término “infraestructura social” para buscar e iluminar la manifestación cierta de la soledad, como un fenómeno social.

El Sentido de La Vida

Una perspectiva de la antropología filosófica será necesaria elucidar las dimensiones profundas de la soledad, y entender, claramente, la lucha que experimentan sus víctimas. Las teorías de Viktor Frankl, un sobreviviente del Holocausto quien ha explorado el tema del sentido de la vida. A través de los eventos trágicos de la segunda guerra mundial, Frankl ha desarrollado teorías sobre las motivaciones claves para perseverar enfrentado desafíos graves, que iluminan lo que es lo más importante en nuestras vidas como ser humanos.

Frankl (1946) dará una manera de analizar la influencia de valores con respecto a la vida.

Unas citas de su obra *El Hombre en Busca de Sentido* demuestran su vista:

- (1) “Todas las metas de la vida familiar han sido arrancadas de cuajo, lo único que resta es ‘la última de las libertades humanas,’ la capacidad de ‘elegir la actitud personal ante un conjunto de circunstancias’” (6).
- (2) “Ciertamente que la búsqueda humana de ese sentido y de esos principios puede nacer de una tensión interna y no de un equilibrio interno” (59).
- (3) “El pesimista se parece a un hombre que observa con temor y tristeza como su almanaque, colgado en la pared y del que a diario arranca una hoja, a medida que transcurren los días se va reduciendo cada vez más. Mientras que la persona que ataca los problemas de la vida activamente es como un hombre que arranca sucesivamente las hojas del calendario... después de haber escrito unas cuantas notas al dorso. Y así refleja con orgullo... ¿Qué puede importarle cuando advierte que se va volviendo viejo?... ¿Por qué ha de envidiar a los jóvenes?” (68).

Su filosofía será integrada con el análisis, para profundizar el diálogo sobre las causas, y los tratamientos, para la soledad.

Metodología

Diseño

Se abordó el problema del estudio a través de un estudio cualitativo con un alcance exploratorio. Entrevistas individuales, en pares, y de forma grupal ofrecieron la oportunidad abordar el problema en su manifestación viva, subjetiva, y compleja. La forma de encontrar a entrevistadores siguió a un patrón común en trabajo de campo. Se cumplió entrevistas con contactos ofrecido por el consejero del proyecto. Después, un contacto ofreció la información de otro contacto, etc. En el caso de ciertas organizaciones y centros de enfoque, se identificó organismos de interés, y se hizo contacto inicial en persona.

Las entrevistas se hicieron en forma semi-estructurada. Se encuentre en el anexo una lista de preguntas preliminares que sirvieron como una guía para las entrevistas. Por lo tanto, en entrevistas con adultos mayores había la intención de crear espacio para el desarrollo orgánico de la conversación. Con profesionales o dirigentes, entrevistas también siguieron una forma orgánica, aunque las preguntas eran más específicas y enfocadas.

Lugar

Se enfocó el estudio en la Región de La Araucanía, Chile. Zonas urbanas y rurales se incorporaron. Temuco, la ciudad principal de la región de La Araucanía, sirve como la zona urbana. Por la disponibilidad de contactos, Makewe y Lautaro surgieron como las comunas rurales de estudio, los dos justo afuera de Temuco.

Población y Muestra

La población de enfoque se identificó como adultos mayores, categoría definido por edad de 60 años o más, pero la mayoría de la muestra tienen entre 65-75 años, viviendo en o de alrededor de Temuco. Adultos mayores con residencia en la zona urbana y la zona rural se integraron. Además, en enfoque se establece en adultos mayores viviendo afuera de hogares institucionales, sin o con familia o un pareja. También resultó que la mayoría de entrevistas

individuales se hicieron con personas que experimentan, o experimentaron, la soledad leve, o ninguno en absoluto. Dos grupos de sondeo se constituyeron por adultos mayores que con perfiles sociales que presentan un grado alto de la vulnerabilidad. La mayoría viven con, o que recién han quitado o disminuido, la soledad profunda y grave.

Se trató de desarrollar un “Panel de Expertos” con la pericia sobre el enfoque del estudio. El panel incluyó adultos mayores ellos mismos, y miembros de redes que enfrenten, conscientemente o inconscientemente, el fenómeno de la soledad adentro de la población de enfoque. Los dirigentes representan, más específicamente, cuatro formas de “infraestructura social” que existen para la población. El panel descrito con más detalle se encuentre en siguiente:

➤ 11 Casos de Estudio Individuales de Adultos Mayores

Flor, Lily, María, Irénio, Lali, Raúl, Sofía son participantes con residencia en Temuco (en la zona urbano). Son 5 mujeres y 3 hombres. 4 del grupo viven en departamentos centrales y 3 viven en casas justo afuera del centro. Daniel, Juan, Patti, Héctor son participantes con residencia en Makewe o Lautaro (en la zona rural). Son 1 mujer y 3 hombres. Además, 3 personas que se identifican como Mapuche. (Nombres cortados y apellidos eliminados.)

➤ 4 Casos de Estudio de Infraestructura Social Relevante

Profesionales de “infraestructura social” de adultos mayores también se incluyeron. Primero, el caso de recursos en salud mental a través del sistema de salud. La entrevistadora era Cristina Llanquileo Romero, trabajadora social en salud mental, quien se emplea por Consultorio Miraflores, Temuco. Segundo, el caso de recursos de salud, específicamente domicilias, en la zona rural. La entrevistadora era una enfermera del Hospital Intercultural, Makewe, Jennie Cisterna Fuentes, quien enfoque en visitas domicilias a primariamente adultos mayores en la comuna. Un dirigente de la Unión Comunal de Clubes de Adulto Mayor, Temuco. La entrevistadora era Luz Ester Morgado Vallejos, Presidente. La Directora de un centro de atención transdisciplinaria: El Centro Diurno del Adulto Mayor, Temuco. La entrevistadora era Blanca Elena Perón Castro, Directora.

➤ 3 Grupos de Sondeo de Adultos Mayores

Participantes en 3 de los 4 organismos de infraestructura social estudiados en Temuco también ofrecieron su participación en grupos de sondeo, que llevaron a cabo con el Centro Diurno del Adulto Mayor, la Unión Comunal de Clubes de Adulto Mayor, y un grupo de Autocuidado en Salud Mental debajo del Consultorio Miraflores.

Técnica

La técnica única del estudio es la entrevista, realizado en persona. Se cumplieron 10 entrevistas individuales y 2 en pares. Los entrevistas demoran entre 20 minutos y 1.5 horas cada uno, con un promedio de aproximadamente 45 minutos. La duración se decidió por el desarrollo orgánico de la conversación. Se incorporó 3 grupos de sondeo, de 20 personas (una hora), 12 personas (20 minutos), y 8 personas (una hora). Demoran 50 minutos, 20 minutos, y una hora respectivamente.

Instrumento

Se usó grabaciones de las entrevistas para escribir transcripciones resumidas, que incluyeron citas claves. La fotografía se captura a través de un celular personal.

Éticas

El tema de la soledad, y, además, el envejecimiento, puede tocar experiencias, recuerdos, y sentimientos sensibles, aun traumáticos, para entrevistadores mayores. Por eso, en las solicitudes para entrevistas, el tema específica se notó. Durante entrevistas, aunque se describió en el formulario, a participantes se les recordó que cualquier tema o pregunta se puede evitar, y que pueden suspender la entrevista a cualquier momento.

Además, es sumamente importante notar que adultos mayores son una población vulnerable. Su consentimiento informada se puede comprometer por discapacidades o

problemas cognitivos y emocionales. Considerando la búsqueda para adultos mayores que han experimentado la soledad, el riesgo que una condición de salud mental es lo suficientemente serio como para interferir en el consentimiento informado aumenta. Obviamente, no se solicitó entrevistas con adultos mayores con condiciones conocidas que les hacen incapaz de ofrecer consentimiento, incluso la demencia, etc.

Con cada participante en entrevistas individuales (o en pares en el caso de matrimonios), se revisó el formulario de consentimiento juntos oralmente. Para grupos de sondeo, se envió al dirigente en cargo del encuentro una copia del formulario en anticipación del encuentro. El dirigente lo pidió al grupo su permiso recibirme para una entrevista grupal. Con todos los grupos con que grupos de sondeo se realizó, los participantes aceptaron participar. Con todo el grupo de sondeo, se revisó y se conversó de las condiciones en forma oral.

El Formulario de Consentimiento, escrito en español, se puede encontrar en el anexo. 7 participantes ofrecieron su consentimiento firmado. Los formularios firmados han sido entregados según al protocolo. 8 participantes individuales ofrecieron su consentimiento oral exclusivamente para razones personales. 30 participantes de grupos de sondeo ofrecieron su consentimiento implícito a través de su acuerdo participar en el encuentro.

Análisis

Se analizaron la información cualitativo con un proceso de 3 pasos. Se cumplió, primero, una transcripción resumida de cada entrevista, individual y grupal. La transcripción resumió ideas claves, que se complementaron con citas directas que expresó el tema de conversación de forma sucinto, y, más común, de una forma emotiva y particularmente poderosa. Transcripciones resumidas tenían un rango entre 1,500 y 3,000 palabras. En total, entonces, me quedó con cerca de 14,000 palabras de información. Era necesario reducir la cantidad de información, extraer temas centrales.

El método que se empleó para lograr a temas centrales era la reorganización de apuntas para cada entrevista debajo de ciertos encabezamientos: Orígenes de la soledad e intervenciones. Ambos categorías se dividieron en tres categorías, además: “estructural,

intermedio, y próximo.” Este marco se usa en abordajes sociológicos y en otras disciplinas para destacar los ámbitos de influencia en la experiencia de un individuo, en orden descendiente de lo más amplio a lo más personal.

Después de que se organizaron la información de cada caso de estudio, se escribió una tema resumida para cada historia o descripción debajo de cada uno de las categorías de “origines- estructural,” “origines-intermedio,” etc. Por ejemplo, cuando un entrevistador dijo que a él le falta un espacio creativo para seguir con su trabajo artística en su juventud, y esto le hace sentir menos integrado intelectualmente con otras, se resumió con un concepto así: “Actividades intelectuales, creativas limitadas.” Esto se puso de bajo de la categoría de “origines- intermedio,” porque la falta de este recurso en la comunidad ha provocado la soledad. Con estos conceptos ordenados para cada caso de estudio, se agregó, próximo, todos los conceptos juntos, como se ve en una gráfica en siguiente.

El proceso de crear el elemento creativo auditivo era, simultáneamente, un proceso de canalizar temas conceptuales principales, y de comunicar la información efectivamente. Por eso, se eligió para cada caso de estudio un concepto clave que se representa en una cita particularmente clara, emotiva, y poderosa. Se escribió el texto para la narración que creyó un narrativa entre las anécdotas. El proceso de analizar, entonces, fue el proceso de crear una narrativa a través de los casos de estudio que unió todos.

Resultados

Desarrollo de la Etnografía & Desarrollo de la Etnografía:

Un proyecto creativo substituta para un sección escrita en prosa de resultados del estudio.

El proyecto creativo consiste en dos elementos:

- (1) Un elemento auditivo: citas grabadas de participantes junto con una narración analítica, en el estilo de un podcast.
- (2) Un elemento visual: una gallería de fotos anónimos de adultos mayores que participaron en el estudio.

El proyecto combine fotos y citas de grabaciones de audio, ambos sacado con el permiso explícito de los participantes. Para referencia, el formulario de consentimiento se adjunta.

Para el *elemento auditivo*, las voces de los adultos mayores que participaron en el estudio se fusionan con una narración por mi parte, en el papel de la investigador. Mientras cada historia, o parte de una historia se desarrolla, la narración servir como una guía en el análisis de la información. **Por eso, ambas secciones de “Desarrollo de la Etnografía” y “Desarrollo de la Etnografía” están presentes en estos elementos creativos.**

Para el *elemento visual*, una gallería de fotos de entrevistadores adultos mayores ayuda con la explicación del fenómeno de la soledad. La audiencia puede ver aspectos de sus personalidades, expresados por su ropa, su lenguaje corporal, y el ambiente del foto. Un elemento visual acompaña, entonces, el elemento visual. El resultado: una idea más clara de las vidas detrás del estudio, mientras todavía abstracta, dada anonimidad de los sujetos. El sujeto del foto pueda ser cualquiera persona en su calle, en su supermercado, en su oficina, en su barrio. El propósito: animar la audiencia pensar en la ubicuidad del fenómeno de la soledad.

Particularmente para una investigación cualitativo, se parece mejor oír de y ver directamente las participantes. Un proyecto en el estilo de un “podcast visual” ofrece una oportunidad valiosa entender y agradecer la experiencia vivida de la soledad, y de la resistencia, individual y colectiva, contra el fenómeno.

Uno acceda la porción auditiva usando el link que se pone debajo:

<https://drive.google.com/file/d/1sFVcanURFLa4qAmn6rnxpAmLxe6H1Jxl/view?usp=sharing>

Uno acceda la poción visual usando el link que se pone debajo:

https://drive.google.com/file/d/1qAKc3QdixscSiQ3PANnyfSQar_873IGt/view?usp=sharing

Una representación de mis resultados comunicado adentro de los elementos creativos de forma escrito, se encuentre una gráfica en siguiente. Mientras cada concepto es compleja, la idea es resumir brevemente con el ayudo de un instrumento visual los resultados.

La grafica expresa los patrones de la soledad adentro de la muestra en el lado izquierda. A la derecha, se describe intervenciones en cada origen de la soledad identificado a través de la investigación. Las categorías de “Origenes,” e “Intervenciones” surgidas son basadas directamente en los resultados de la investigación cualitativa. Por eso, las recomendaciones están enraizadas en las experiencias de adultos mayores, ellos mismo, y profesionales en sus redes, de intervenciones que han evitado o han disminuido la soledad en casos observados. Cada punto debajo de “Origenes” corresponde con el punto del opuesto lado, debajo de “Estrategias.” La grafica se divide en tres secciones, estructural, intermedio, y próximo, utilizando el técnica que se describe en la porción de “análisis” de la sección de métodos.

PATRONES DE LA SOLEDAD:

Origenes

Estrategias

*Estructural
(nacional /regional)*

Política:

- Pensiones inadecuadas impulsan dependencia
- Sistema de salud pública abrumado, atenciones cortas
- Falta de canales formalizadas hacia apoyo mental y social

- Aumentar subsidios para hogares, atención de salud
- Capacitar proveedores a dialogar, mandar a otras
- “Prescribir” integración en centros transdisciplinarias

Cultural:

- Definiciones discriminatorias de “la salud” en la vejez
- Brecha intergeneracional
- Ola de familias nucleares sin capacidad/atención para padres

- Permitir paciente mayor crear su propia definición
- Priorizar bonos mutuos
- Enfocar en calidad, acceso a hogares y cuidado en casa

*Intermedio
(municipalidad / comunidad)*

Zona Urbana (Temuco):

- Grupos/actividades distraen, faltan propósito de formar redes
- Transporte incomodo/ inaccesible con discapacidades
- Actividades, transporte caro para personas jubiladas/pobres
- Difusión no alcanza a ansianos confinados/postrados/sin ganas

- Establecer metas y maneras de fomentar apoyo cohorte
- Educar conductores, pasajeros para ofrecer apoyo
- Distribuir asignaciones según a perfil de riesgo
- Animar adultos mayores divulgar cara a cara

Zona Rural (Comunas de Temuco):

- Falta de centros comunitarios, opciones recreativas, hogares
- Actividades intelectuales, creativas limitadas
- Transporte insuficiente
- Distante de centros de salud

- Encuestar adultos mayores, establecer fondo municipal
- Crear brechas para dirigentes mayores formar este espacio
- Coordinar viaje compartido
- Ofrecer visitas domicilias

*Próximo
(hogar / persona)*

Interpersonal:

- Perdida de marido/parejo
- Falta de vínculos familiares presentes/que les valoran
- Declino de amistades
- Mandar a psicólogo/grupos
- Facilitar talleres sobre respeto, hogares alternativas
- Emparejar dentro de grupos

Personal:

- Preferencia hacia independencia
- Limitaciones físicas, cognitivas
- Asegurar autonomía
- Diseñar planes individuales

Conclusión

Una adulta mayor me dijo, “La vejez es feo y triste.” Un coro de acuerdo siguió. La soledad agrega un cargo pesada y abrumada al envejecimiento. Manifiesta en la forma de una patología. Este estudio se disponía, primero, a comprender e interpretar las influencias y efectos del fenómeno de la soledad que experimentan los adultos mayores en Temuco y comunas rurales que lo rodean, en la actualidad. Intentó a identificar y analizar el papel de factores estructurales, intermedios, y próximos que aumentan la soledad de la población envejecida. Además, se dispuso el estudio identificar las intervenciones vivas y potenciales que realizan “la infraestructura social” presente en ciertas partes de la región.

La muestra indica que espacio no material, sino mental, para adultos mayores falta a causa del declino en reconocimiento, y valor, para los mayores. La discriminación por edad ha introducido una brecha dolorosa entre las autopercepciones de personas mayores de su valor, habilidades, y conocimientos, y las percepciones de la población general hacia el cohorte, incluso sus familias y médicas que les conocen personalmente. El efecto de la falta de reconocimiento para la generación mayor es la internalización de una soledad profunda, en que la persona mayor no se siente capaz de realizar sus valores ni sus metas.

Además, el carácter cíclico de la soledad que se observó lo hace que la fortaleza del desplazamiento, aun leve, puede ser el detonante para una soledad profunda. Cuando una persona mayor se desplazamiento socialmente, intelectualmente, o afectivamente por impulsos ambientes afuera de su control, sea disponible aislarse, en vez de enfrentar los dificultades sin apoyo. Por eso, la soledad se va peyorando. La pérdida de un marido, un factor

próximo, la inhabilidad seguir creando arte en un espacio comunitario, un factor intermedio, hasta la lucha sobrevivir con un pensión inadecuada, un factor estructural, provocan la soledad para adultos mayores presentados en los casos de estudio. Por eso, se propone que este desplazamiento se impulsa por factores nacionales, comunitarios, e interpersonales.

El segundo objetivo del estudio: destacar las perspectivas y narrativas de adultos mayores, líderes comunitarias, y recursos de salud con respeto a estrategias para disminuir la soledad. Aquí, la presencia de infraestructura social se surge con la mayor importancia. Los resultados comunican que infraestructura social dura (material) y blanda (inmaterial) ofrecen intervenciones poderosos en la soledad. La literatura actualizada refuerza esta conclusión. Pero, lo que agregó esta investigación es la importancia de preguntar, “Cuales tipos de infraestructura social?” Para distinguir intervenciones que promueve la disminución efectiva de la soledad, se propongo aquí que la pregunta clave es: “Con cual base actitudinal hacia personas mayores?”

Al nivel estructural, se encontró que factores culturales y políticas tienen influencias profundas. En el ámbito de los políticas públicas, se encuentre que las jubilaciones, y que la sobrecargo del sistema de salud pública. Adentro del fuentes estructurales basada en patrones culturales, la transición hacia familiares nucleares provocan la soledad a dentro de la población de enfoque. El mejoramiento de hogares y programas diurnos, en combinación con intervención individual y familiar cambiaría la reputación negativa de estos recursos, que pueden apoyar el adulto mayor de manera más comprensiva. Una esfuerza crear oportunidades para el intercambio de conocimientos entre jóvenes y personas mayores, reduciría la brecha intergeneracional que promueve el desplazamiento de la generación mayor. El sistema de salud, al nivel nacional, ha internalizado una definición de “la salud” en la vejez que es demasiado restringida para el tratamiento de la soledad patológica. Por eso, recursos de medicina también facilita interrupciones debilitantes en las metas reales de sus pacientes. Se necesite capitación de profesionales en las oportunidades diagnosticar y tratar la soledad patológica en diálogo con el paciente sobre sus metas, a pesar de los sobrecargos y limitaciones del sistema pública.

Al nivel local, se identificó que el apoyo municipal y comunitario manifiesta de formas diferentes según a la zona geográfica. La unificación interpersonal que persiste en zonas rurales, particularmente entre personas Mapuche, contrarresta la falta dramática de infraestructura social, particularmente grupos y espacios físicos comunitarios. Por otro lado, por lo tanto, la municipalidad de Temuco ha servido bien la población envejecida con recursos comunitarios en las áreas de recreación, socialización, y actividad intelectual, aunque limitaciones de acceso para personas mayores con desafíos socioeconómicos y físicas persisten.

A pesar de estas diferencias notadas, la municipalidad de Temuco y las comunas de alrededor, ambas, presentan dos fallas importantes en su infraestructura social. Uno es que los apoyos ofrecidas a veces Ofrecen la habilidad estar ocupada para personas mayores, que quizás ayudaría a una persona con la soledad externa, pero no logra a quitar la soledad interna. Una razón fundamental por qué: No enfocan conscientemente en la formación de una comunidad de apoyo, orientado hacia inversiones intelectuales, sociales, y afectivas para adultos mayores. La infraestructura social urbana y rural investigada presenta otra desventaja: todavía no alcanzan a personas mayores “profundamente solos,” confinadas a casa, a veces postradas, sin apoyo. Una repuesta potencial: animar a los adultos mayores que si son activos divulgar sus historias de éxito, cara a cara, con sus vecinos, amigos, familias. Así, sería posible crear apoyo cohorte, que se encuentre tener gran importancia.

Al nivel próximo, la pérdida de vínculos con parejas, amigos, y familia demanda el mejoramiento de canales hacia apoyo en salud mental y servicios sociales, individual o grupal, que recuperan vínculos interpersonales. Además, para un individuo dado, disposiciones personales hacia la independencia puede empeorar la soledad interna. Pero, simultáneamente, se parece que estas disposiciones pueda ser enraizado en factores ambientales que desaniman adultos mayores buscar apoyo familiar o comunitario. Finalmente, limitaciones físicas y cognitivas son enfrentados por planes customizados, que navegan discapacidades como puedan.

La soledad como tema de investigación promete extraer los roles relativos de las agendas de salud pública al nivel nacional y municipal en la disminución de la soledad mientras uno envejece. Se parece que al nivel local y personal, sea más fácil realizar los deseos internos de

adultos mayores, y, en siguiente, evitar la soledad interna. En estos niveles, la voz individual de la persona se destaca más, cuando infraestructura social se ponga disponible a escucharlo. También, adultos mayores, ellos mismo, tienen más influencia hacer difusión sobre recursos disponibles directamente a su cohorte localmente. Sin embargo, iniciativas del estado junto con la municipalidad que colocan al adulto mayor en papeles de dirigentes, que sea de grupos, actividades, hasta su atención medical, manifiestan la potencial para cambia local impulsado por cambio estructural.

La recomendación principal concebido temáticamente, entonces, sería: invitar a adultos mayores compartir sus perspectivas sobre los orígenes de la soledad y los fuentes de apoyo que faltan. Con este abordaje, en ambientes de servicios sociales y medicales, el adulto mayor puede definir “la salud” en una forma holística, que incluye patologías escondido de lo contrario, como la soledad. También, el adulto mayor puede “prescribir” su propio tratamiento para la patología, que valora sus conocimientos e independencia. Una segunda sugerencia clave: divulgar la soledad patológica en una manera que presenta la humanidad de personas mayores afectos, y, la ubicuidad del problema. Con este propósito en mente, los elementos creativos tratan de destacar el elemento humano detrás del fenómeno de la soledad patológica. La humanización de la vejez pueda contrarrestar la onda cultural de discriminación que lo cultiva.

Limitaciones

Una limitación que tiene las entrevistas individuales es uno que enfrente muchos estudios sobre la soledad: los entrevistadores que están accesibles son, generalmente, personas conectados a redes sociales. Por eso, experimentan muchas veces la soledad más leve, aunque con gran variedad. Por eso, no ofrece este estudio entrevistas individuales con personas que están, actualmente, profundamente solos. Pero, dos aspectos del estudio tratan de compensar. Primero, entrevistas individuales, con adultos mayores y profesionales, presentan ejemplos poderosos de la soledad grave, de segundo mano. También, grupos de

sondeo con personas que han experimentado, y aun todavía experimentan, la soledad con efectos destructivos ofrece perspectivas claves sobre sus orígenes y antídotos. También, aparte que un grupo de sondeo del Centro Diurno del Adulto Mayor, que incluyeron un rango más extremo de edades, la muestra no representa personas de edad más avanzada que 75 años, por lo tanto. Los problemas y desafíos, particularmente con la soledad, que enfrentan esta población debe ser distinguidas.

La muestra del estudio, por diseño, no incluye adultos mayores que viven en instituciones residenciales, no solamente porque las condiciones específicas que probablemente se encuentren en estos ambientes constituyen un estudio entero, sino también porque interesa este estudio las experiencias de personas de tercer edad viviendo independientemente, aunque algunas asisten a programas diurnos. Como resultado, los resultados no se puede extrapolar a tocar todo el rango de situaciones de vida para adultos mayores.

Segundo, en grupos de sondeo, existe la posibilidad que perspectivas dominantes ocultan perspectivas de oposición. Un contra ejemplo, importante, sin embargo, se presentó en los resultados, a través del proyecto creativo, cuando un debate surgió entre el grupo de autocuidado en salud mental. Por eso, grupos de sondeo pueden cultivar diálogo con una variedad de perspectivas. Finalmente, la muestra de infraestructura social del lugar de enfoque es solamente parcial, obviamente, tomando en cuenta que en enfoque primaria del estudio era las perspectivas de adultos mayores. Por eso, investigación más comprensiva sobre el rango de infraestructura social sería especialmente útil para refinar los resultados de esta investigación.

Recomendaciones

Tomando en cuenta que el segundo objetivo del estudio es la identificación de intervenciones en el fenómeno de la soledad, una sección de recomendaciones adentro de este

informe se abordaría en la forma de un resumen de los resultados. Sin embargo, lo que no sea claro anteriormente, es que las recomendaciones puedan seguir un orden específico. En siguiente se encuentre las recomendaciones que se pone en la forma de una lista, para que sea entendido que las recomendaciones cabe adentro de *un proceso de cierto orden*.

Proceso Potencial de Disminuir La Soledad:

- (1) Marca la soledad como una crisis de salud para adultos mayores.
 - ⇒ Hacer campana publica para llamar la atención de familias con adultos mayores.
 - ⇒ Comunicar la seriedad del problema a dirigentes de clubes de adultos mayores, empleadas de residencias de tercer edad,
 - ⇒ Crear capitación dirigido a profesionales de salud.
- (2) Identifica personas viviendo con soledad.
 - ⇒ Enseñar a médicos geriátricos y de atención primaria que deben hacer “un diagnóstico” de soledad.
 - ⇒ Animar a líderes y miembros de grupos de adultos mayores buscar avisos de la soledad, y les ofrece capitación para intervenir individualmente.
 - ⇒ Ofrecer consejo a familias y cuidadores de adultos mayores para abordar y ayudar a una persona con avisos de la soledad. Cómo escucharles.
- (3) Prescribe interacción social y/o servicios de salud mental ya establecidos.
 - ⇒ Educar profesionales y familias como introducir interacción social y/o servicios psicológicos para animar adultos mayores atenuar la soledad.
- (4) Monitoriza el progreso o declino de la persona.
 - ⇒ Ofrecer un guía para médicos y profesionales de salud para evaluar pacientes a ciertos puntos, cada año o con más frecuencia.
- (5) Cambia e inventa estrategias para intervenir de nuevo, efectivamente.
 - ⇒ Crear y desarrollar nuevas recursos y redes de apoyo a través de proyectos municipales, al nivel de centros de salud y organizaciones comunitarias.
 - ⇒ Animar a adultos mayores contribuir al desarrollo de nuevas actividades y recursos, según a sus preferencias.

Junto con los elementos escrito y creativo del informe, se enviará estas recomendaciones a los contactos entrevistados del Centro Diurno del Adulto Mayor, Consultorio Miraflores, Unión Comunal del Adulto Mayor, todos en Temuco, y al Hospital Intercultural de Makewe. Se hará para que los entrevistadores tengan la oportunidad emplear

la información para reforzar sus políticas actuales, o implementar algunos cambios en sus cargos. Aunque algunos cambios sean sutil o de pequeña escala, se produjeren cambios valiosos adentro de las poblaciones locales de adultos mayores. Particularmente, adultos mayores sufriendo de la soledad profunda, sin recursos, sin esperanza de aliviarlo.

Considerando que este estudio ha concluido que recursos municipales tienen una influencia fuerte y ámbito amplio en la intervención en el fenómeno, sea especialmente importante comunicar los resultados con estas fuentes de infraestructura social que son localizados.

Después de lo que pueda ser una época de trabajo ocupada y, a veces, bastante mecánica para personas de mediana edad, envejecer es tener la oportunidad, teóricamente, vivir según a sus valores. Vivir con consciencia. Dedicarse a lo que realmente importa. Al mismo tiempo, envejecer es perder oportunidades realizar sus valores en la vida cotidiana. Aquí, nos queda con una tensión. Pero, también, nos queda con la potencial de intervenir; a través de varios formas de infraestructura social, se puede lograr una reorientación actitudinal. Una reorientación filosófica. Para hacer eco de como concluye el elemento creativo: “Escucha al adulto mayor. Ellos saben la filosofía que han perdido. Traerlo de vuelta.”

Referencias

- Andersson, Lars. (1982). Interdisciplinary Study of Loneliness: With Evaluation of Social Contacts as a Means Towards Improving Competence in Old Age." *Acta Sociologica*, 25(1), 75–80. JSTOR, www.jstor.org/stable/4194380.
- Buttigieg, Pete. (2018). The Key to Happiness Might Be as Simple as a Library or a Park. *The New York Times*. www.nytimes.com/2018/09/14/books/review/palaces-for-the-people-eric-klinenberg.html.
- Carvagal, Claudia, G. (2017). INE entrega nuevos resultados de Censo 2017: El nuevo director del Instituto Nacional de Estadísticas, Guillermo Patillo, realizó la segunda entrega de los datos recopilados en 2017. *DiarioUChile*. <https://radio.uchile.cl/2018/05/04/ine-entrega-nuevos-resultados-de-censo-2017/>
- Frankl, Viktor E. (1946). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona, Spain: Editorial Herder. http://www.vegadeljarama.es/documentos/el_hombre_en_busca_de_sentido_viktor_frankl.pdf
- Holt-Lunstad, Julianne. (2017). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors, *Public Policy & Aging Report*. 27 (4), 127–130, <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
<https://academic.oup.com/ppar/article/27/4/127/4782506>
- Klinenberg, Eric. (2014). *Going Solo: The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone*. Duckworth.
- Klinenberg, Eric. (2015). *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*. University of Chicago Press, Chicago and London. 2nd ed.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 15(3), 219–266. doi:10.1177/1088868310377394
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865701/>
- Ministerio de Salud Subsecretarías de Salud Pública. (2014). Programa Nacional de Salud de las Personas Adultos Mayores. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- Putnam, R. D. (2007). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.

- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2018). Inauguran El Centro Diurno Referencial que Entegara Atención a Los Mayores de la Región de Magallan. <http://www.senama.gob.cl/noticias/inauguran-el-centro-diurno-referencial-que-entegara-atencion-a-los-mayores-de-la-región-de-magallan>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2019). Programa Centros Diurnos. <http://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2019). Servicio Nacional Del Adulto Mayor. <http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor>
- Singh, Archana, and Nishi Misra. (2009). "Loneliness, depression and sociability in old age." *Industrial Psychiatry Journal*, 18 (1), 51-55. doi:10.4103/0972-6748.57861 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016701/>
- Thumala, Daniela, Brian K. Kennedy, Esteban Calvo, Christian Gonzalez-Billault, Pedro Zitko, Patricia Lillo, Roque Villagra, Agustín Ibáñez, Rodrigo Assar, Maricarmen Andrade & Andrea Slachevsky (2017) Aging and Health Policies in Chile: New Agendas for Research, Health Systems & Reform, 3(4), 253-260, DOI: 10.1080/23288604.2017.1353844 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1353844?scroll=top&needAccess=true>
- Tiwari, Sarvada Chandra. (2013). "Loneliness: A disease?." *Indian Journal of Psychiatry*. 55 (4), 320-2. doi:10.4103/0019-5545.120536. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890922/>
- Tomaka, Joe, et al. "The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly." *Journal of Aging and Health*, vol. 18, no. 3, 2006, pp. 359–384., doi:10.1177/0898264305280993.
- World Health Organization (WHO). (2004). "Towards Age-Friendly Primary Health Care." *Active Aging Series*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43030/9241592184.pdf>

Anexos

Preguntas de Entrevistas

Entrevistado: Adulto Mayor

Preguntas preliminares (si preguntas planeadas sean necesarias):

- Explícame un poquito sobre su historia de vida. Como llega usted a este punto? Por ejemplo, con quien vives y dónde?
- ¿Cómo definiría usted el envejecimiento?
- ¿Cómo definiría usted la soledad?
- Si sean distintos, ¿cómo lo diferencia a la soledad del aislamiento social?
- ¿Ha experimentado usted la soledad? ¿Cómo y cuándo?
- ¿Qué son los efectos mentales y físicas de la soledad?
- Según a su propio punto de vista, ¿Qué causa la soledad?
- ¿Entienden sus familias su experiencia de la soledad? ¿Quiénes entienden?
- ¿Qué cosas hacen que uno no se siente solo? ¿Cuáles partes de esta organización?
- ¿Hablan ustedes con su médico familiar o una geriatría sobre la soledad?

Entrevistado: Enfermera

- ¿Cómo definiría usted el envejecimiento, personalmente?
- ¿Cómo definiría usted el envejecimiento desde la perspectiva de su trabajo en el sector de salud?
- ¿Cómo definiría usted la salud para personas de tercer y cuarto edad? Por ejemplo, un modelo nuevo de la salud de pacientes mayores surgido por expertos de geriatría consiste en los 4 M's: movilidad, mentación, medicación, y lo más valioso (o los valores personales de pacientes). ¿Usted usa este marco?
- ¿Cómo definiría usted la soledad?
- ¿Cómo ve usted la intersección entre el envejecimiento y la soledad a través de su trabajo?
- ¿Para cuantos años ha trabajado con adultos mayores, y en cuales calidades?
- ¿Usted habla con sus pacientes mayores sobre el tema de la soledad? En caso afirmativo, ¿cómo? ¿Cómo van esas conversaciones, por lo tanto? ¿Van diferentemente o igualmente estas conversaciones durante visitas domiciliarias?
- ¿Cómo maneja usted, en su caso, a sus pacientes hacia redes sociales? ¿Ha "prescrito" interacción social alguna vez?
- ¿Ha cambiado su perspectiva profesional o personal hacia el aislamiento social entre adultos mayores durante su carrera? En caso afirmativo, ¿cómo? ¿Has visto condiciones en sus pacientes con orígenes en una falta de apoyo, o mejoramiento a causa de integración social?
- ¿Qué piensa en la idea de considerar o abordar la soledad de adultos mayores en la misma manera con que abordamos una condición médica?

- ¿Qué son las causas de la soledad que persiste entre adultos mayores? Ej. fallas en el apoyo del estado, en capacitación de médicos, en prácticas individuales de profesionales, o una mezcla?
- ¿Cómo podemos enfrentar esas fallas? ¿Si pudiera crear una intervención que no existe actualmente, que haría?
- La dignidad y la agencia es clave para adultos mayores para disminuir la soledad. ¿Ha observado un actitud condescendiente en profesionales de salud hacia adultos mayores? ¿Cómo podemos evitarlo?

Entrevistado: Dirigente del Club de Adultos Mayores en Temuco

- ¿Para cuantos años has trabajado en este posición? Participo antes en el club sin ocupar una posición de dirigente?
- ¿Cómo definiría usted la soledad?
- ¿Cómo definiría usted el envejecimiento?
- Según a un estudio de 12 mil personas involucrados en sus clubes de AM's locales, las motivaciones primarias para involucrarse en un club son: generación de sentido de pertenencia, de lazos sociales, crecimiento personal, servir gratuitamente a los más necesitados, y desarrollo intelectual. ¿Estos valores a usted le parece relevante y representativa para ese localidad? Quizás, un ejemplo de un miembro.
- ¿A usted le parece que hay ciertas poblaciones que no participan en el club? ¿Qué es el alcance de este club?
- ¿Cuales son estrategias que le parece potencialmente útil en alcanzar a adultos mayores solitarios en sus casas?
- Como se siente usted estar en una posición de dirigir a su comunidad de adultos mayores?
- Usted ha experimentado la soledad personalmente? Como y cuándo? En caso afirmativo, ha cambiado esta experiencia como interactúas con el club?

Entrevistado: Trabajadora Social en Salud Mental

- Un breve introducción sobre su posición, y su visión de su cargo en la comunidad.
- ¿Cómo definiría usted el envejecimiento?
- ¿Cómo definiría usted la soledad?
- ¿En cuales calidades interactúa usted con adultos mayores Mapuche y no-Mapuche?
- ¿Ha tenido usted conversaciones con sus clientes sobre la soledad? ¿Cómo son esas conversaciones a través de varios poblaciones, adultos mayores mapuches y no mapuches?
- ¿De su punta de vista, cómo manifiesta la soledad entre la comunidad Mapuche en distintas maneras que para personas non-Mapuches? ¿Por qué?
- ¿Cuáles intervenciones a través de la sistema de salud serviría adultos mayores Mapuches en disminuir la soledad? ¿Adultos mayores non-Mapuches?
- ¿Cuáles intervenciones comunitarias serviría adultos mayores Mapuches en disminuir la soledad? ¿Adultos mayores non-Mapuches?

Entrevistado: Representativas de Programa Transdisciplinario del Estado, Centro Diurno Adulto Mayor

- Un breve introducción sobre su posición como directora del Centro Diurno Adulto Mayor, y su visión de su cargo en la comunidad.
- Misión de la organización: Promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social.
- ¿Cómo definiría usted el envejecimiento?
- ¿Cómo definiría usted la soledad?
- Los talleres se agrupan en 3 áreas: personal, social y comunitaria. ¿Trata de empezar el Centro conversaciones con clientes sobre la soledad? En cuales programas/servicios? ¿Cómo van esas conversaciones?
- Personas mayores de 60 años pertenecientes a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad, que presenten dependencia leve, deterioro cognitivo o depresión leve. De preferencia deben ser residentes en la comuna donde se ubica el centro. Como se encuentre esas pacientes? ¿Cómo se encuentren los pacientes lo más aisladas, confinados a la casa?
- ¿Según a su punta de vista, cómo manifiesta la soledad entre los varios poblaciones adentro de la comunidad de adultos mayores en Temuco?
- ¿Cómo marcan ustedes la diferencia entre la soledad y el aislamiento social? ¿Cómo los enfrenten?
- ¿Si usted pudiera crear o amplificar una programa/servicio para disminuir la soledad para adultos mayores, qué haría? Pensando en intervenciones a través de la sistema de salud y/o intervenciones comunitarias.

Entrevistado: Grupo de Sondeo con Usuarios del Centro Diurno del Adulto Mayor

- (1) ¿Alguien quiere compartir sobre una experiencia reciente con la soledad?
- (2) ¿A ustedes como les han ayudado sus pares sentirse menos solos?
- (3) ¿A ustedes como les han ayudado las talleres individuales sentirse menos solos?
- (4) ¿A ustedes como les han ayudado las talleres grupales sentirse menos solos?
- (5) ¿Cuáles tipos de ayuda quisieran para sentirse menos solos? Puede ser ofrecido por este Centro Diurno, o por un otro lugar.

Entrevistado: Grupo de Sondeo con un Grupo de Autocuidado en Salud Mental, Consultorio Miraflores

- (1) ¿Para cuanto tiempo han asistido a este grupo ustedes?
- (2) ¿Alguien le gustaría compartir sobre su experiencia con la soledad?
- (3) ¿A ustedes como les han ayudado este grupo sentirse menos solos? ¿Qué es el efecto de un tiempo específico para cuidarse? ¿Para compartir? ¿Estar con otras personas de la misma edad, enfrentando desafíos similares?
- (4) ¿Cuáles otras fuentes de apoyo tienen ustedes para evitar la soledad?
- (5) ¿Cuáles otros apoyos quisieran ustedes para sentirse conectadas?

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL O LA PARTICIPANTE

Título del ISP: Internamente Solo: Escuchando y Resistiendo La Soledad de Adultos Mayores en La Araucanía, Chile

Nombre del estudiante: Grace Ellrodt

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este Proyecto. Mi nombre es Grace Ellrodt. Soy estudiante del programa Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad de SIT Study Abroad, y me gustaría invitarle a participar en un estudio que estoy dirigiendo. Sin embargo, antes de que acepte participar en este estudio, es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

- a. **Privacidad:** Toda la información que usted presente en esta entrevista puede ser grabada y protegida. Grabaciones pueden ser utilizadas para una presentación de resultados, siempre con información de identificación eliminados. Si usted no quiere que la información sea grabada, debe hacérmelo saber, para no grabarle.
 - b. **Confidencialidad:** toda la información es confidencial y será protegida.
 - c. **Retiro:** Usted es libre de retirarse de la entrevista y del proyecto en cualquier etapa de éste, y puede no responder cualquier parte de la investigación. Si desea retirarse puede hacerlo inmediatamente y sin prejuicio de sus intereses.
 - d. **Uso de la información:** Los resultados de este estudio servirán en un análisis escrito y una presentación a SIT, la programa de estudia afuera afiliada. Compartiré un resumen de resultados con participantes, como desean y como sea posible. Segundo, información y grabaciones de entrevistas se puede incorporar en la tesis que escribiré para mi universidad de Bates College, ubicada en Maine, en los Estados Unidos. Tesis son publicadas por la universidad. Para la tesis, como siempre, identidades seguirán siendo confidencial y protegida.
- Fotografía:** Junto con una investigación, estoy sacando fotos de ciertos participantes *en una manera que oscurece sus identidades*. Por ejemplo, un foto de solo los manos de la persona. El propósito es comunicar el elemento humano detrás de sus historias. Preguntaré a cada participante individualmente antes de sacar un foto, y cada persona puede rechazar.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de World Learning y verificar sus políticas en Investigación con Sujetos Humanos en <http://studyabroad.sit.edu/documents/studyabroad/human-subjects-policy.pdf> o contactar a Director Académico, señor Daniel Poblete al correo daniel.poblete@sit.edu y teléfono 990435658. Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de este estudio, por favor contácteme al número de teléfono, +56 9 9492 1356, o por correo electrónico, gellrodt@bates.edu

Por favor firme abajo si está de acuerdo en participar en esta investigación, y admite tener 18 años o más.

Firma del participante _____ Fecha _____
Firma del investigación _____ Fecha _____