



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA COMERCIAL

**ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA
COMUNA DE COPIAPÓ PARA IDENTIFICAR NECESIDADES E
INTERVENCIONES FUTURAS**

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener el título de
Ingeniero Comercial

Profesor guía: Milena Murillo Salazar.

Darlyn Alexandra Castro Angel

Felipe Tomás Godoy Pérez

Copiapó, Chile 2021

Dedicatorias

Dedicado a mi “viejita”, que inspiró esta tesis y a pesar de que no alcance a mostrársela, todo lo hice pensando en ella y esperando que donde este, se encuentre orgullosa de mí. Dedicada también a todas las personas mayores que buscan y creen que las cosas pueden ser mejores. Espero que esta investigación sea un paso en el proceso para realizar cambios para mejorar la vida de cada persona mayor que hay y las que en algún momento lo seremos.

Darlyn Castro Angel

Esta tesis se la dedico a todas las personas mayores, en especial a mis abuelos y abuelas, Bélgica Garay, Ester Ávalos, Raúl Pérez y Tomás Godoy, fueron ellos los que me inspiraron en todo momento durante la realización de esta tesis. Me gusta pensar que, en un futuro no muy lejano, esta investigación pueda aportar con un grano de arena al cambio en la mirada negativa que se les tiene a las personas mayores. Así lograr una sociedad más inclusiva y amigable con lo que algún día todos seremos, personas mayores.

Felipe Godoy Pérez

Agradecimientos

En primera instancia, queremos agradecer a cada persona mayor que contestó nuestra encuesta y que tuvo la disposición de ayudarnos y ser parte de este estudio sin esperar nada a cambio. También, a las instituciones que nos prestaron ayuda en la recolección de datos e información como la Fundación Superación de la Pobreza, SENAMA y el SERNATUR.

Agradecemos a la académica Milena Murillo Salazar, por quien sentimos una profunda admiración y orgullo por ser nuestra profesora guía en este proceso, gracias por el apoyo, consejos, entendimiento y conocimientos para realizar este trabajo de Titulación, además de la confianza que depositó en nosotros desde un principio.

Darlyn Castro Angel

Felipe Godoy Pérez

Quiero agradecer a mis padres, Rosa Angel y Orlando Castro, por ayudarme a ser la persona que soy, por los sacrificios y esfuerzos realizados para que fuera una profesional, por el amor y apoyo incondicional, por creer siempre en mí. Gracias a mis hermanos Rodrigo, Erik y Alex por la confianza, por apoyarme y esperar siempre lo mejor en mí, por estar siempre presentes. Gracias mi compañero de vida Denny Aracena por creer en mí siempre, acompañarme, apoyarme y contenerme en todo este proceso.

Agradezco también a mi compañero Felipe Godoy, por la confianza, el apoyo y el trabajo en equipo que existió en todo el trabajo realizado, además ánimo y la empatía que demostró en los momentos difíciles, juntos logramos realizar una buena investigación.

Darlyn Castro Angel

Quiero agradecer de forma personal a mi polola, a mi familia y mis padres, Karen Pérez y Alejandro Godoy, por su apoyo constante, experiencia y por todos los valores que me inculcaron para que pueda ser la persona que soy hoy en día.

Y finalmente pero no menos importante, agradecer a mi compañera de tesis Darlyn Castro, por su excelente disposición al trabajo, por su trabajo en equipo, su constancia, sus ganas de querer mejorar, paciencia y por siempre apoyarnos, solo los dos sabemos cuánto nos costó y es lindo ver que estamos terminando este proceso de excelente manera.

Felipe Godoy Pérez

Índice General

CAPÍTULO I: Introducción.....	1
CAPÍTULO II: Aspectos Introdutorios	4
2.1. Justificación.....	4
2.2. Objetivos	5
2.2.1. Objetivo General.....	5
2.2.2. Objetivos específicos	5
2.3. Alcances y Limitaciones	6
2.4. Planteamiento del problema.....	6
CAPÍTULO III: Marco Teórico	8
3.1. Envejecimiento.....	8
3.1.1. Fragilidad	10
3.2. Rehabilitación	12
3.2.1. Rehabilitación Geriátrica	14
3.2.2. Rehabilitación en Chile y el Mundo	17
3.3. Calidad de vida.....	18
3.3.1. Calidad de vida en personas mayores	20
3.4. Envejecimiento positivo.....	21
3.5. Gastos de bolsillo	24
3.5.1. Gastos de bolsillo en Chile.....	25
3.5.2. Gastos de bolsillo y personas mayores en Chile	28
3.6. Edadismo	29
3.7. Reintegración social personas mayores.....	31
CAPÍTULO IV: Metodología.....	34
4.1. Tipo de investigación	34

4.2. Desarrollo de la Metodología.....	35
4.2.1. Búsqueda de variables.....	35
4.2.2. Criterios para la selección de dimensiones	36
4.2.3. Selección de dimensiones y variables a medir.....	36
4.2.4. Instrumentos para la recolección de datos	38
4.2.5. Procesamiento de datos.....	38
4.2.6. Tamaño de la muestra	38
4.2.7. Diseño del instrumento para recolección de datos.....	39
4.2.8. Validación del instrumento	40
4.2.9. Aplicación del instrumento	40
CAPITULO V: Análisis e interpretación de los resultados	41
5.1. Dimensión Demográfica	41
5.2. Dimensión Educacional	45
5.3. Dimensión Socioeconómica.....	50
5.4. Dimensión Social	53
5.5. Dimensión Salud.....	67
CAPITULO VI: Discusión de los resultados	82
CAPITULO VII: Conclusiones y recomendaciones.....	90
7.1. Conclusiones.....	90
7.2. Recomendaciones.....	94
7.2.1. Viviendas	94
7.2.1.1. Subsidio de arriendo de vivienda exclusivo para personas mayores.	94
7.2.1.2. Ampliar el programa de Viviendas Tuteladas.....	94
7.2.2. Vulnerabilidad social y económica.....	95
7.2.2.1. Abandono	95

7.2.2.2. Asignación a madres y/o mujeres solteras mayores.....	95
7.2.2.3. Dueñas de casa como profesión.....	96
7.2.2.4. Programa continuidad de estudios personas mayores.....	96
7.2.2.5. Cursos y Capacitaciones personas mayores.....	97
7.2.2.6. Bolsa nacional de empleo para personas mayores.....	97
7.2.3. Salud.....	98
7.2.3.1. Establecimientos de prestación de salud exclusivos.....	98
7.2.3.2. Mejorar la gestión de Recursos Humanos en área de la Salud.....	98
7.2.4. Ampliar presupuesto de SENAMA.....	99
7.2.5. Erradicar el edadismo.....	99
7.2.6. Ciudades amigables.....	100
Bibliografía	104
Anexos	115
Anexo 1: Tabla de Recolección de Datos (TRD) para la creación de la encuesta.....	116
Anexo 2: Encuesta de Caracterización de las Personas Mayores de la comuna de Copiapó.....	120
Anexo 3: Análisis de datos Stata resultados de la dimensión demográfica.....	132
Anexo 4: Análisis con Stata resultados de la dimensión educacional.....	134
Anexo 5: Análisis de datos Stata resultados de la dimensión Socioeconómica.....	135
Anexo 6: Análisis de datos Stata resultados de la dimensión social.....	137
Anexo 7: Análisis de datos Stata de la dimensión salud.....	141
Anexo 8: Montos asignados por el subsidio para el arriendo de una vivienda en el llamado excepcional a personas mayores.....	146
Anexo 9: Propuesta de cursos y talleres para personas mayores.....	147
Anexo 10: Presupuesto SENAMA hasta agosto 2021.....	148

Índice de Gráficos

Gráfico III. 1: Porcentaje envejecimiento positivo en la población.....	22
Gráfico III. 2: “Gasto corriente total en salud, público y privado. Porcentaje PIB”.....	25
Gráfico III. 3: “Gasto de bolsillo en salud, Chile 2015-2020”.....	27
Gráfico V. 1: Personas mayores encuestadas por Sectores.....	41
Gráfico V. 2: Jefe de hogar respecto a con quien vive.....	42
Gráfico V. 3: Estado civil de personas mayores.	43
Gráfico V. 4: Cantidad de personas mayores y composición del hogar.	44
Gráfico V. 5: Nivel educacional por rango etario.....	46
Gráfico V. 6: Deserción estudios por sexo.....	48
Gráfico V. 7: Nivel de ingresos aproximados del hogar.....	50
Gráfico V. 8: Con quién vive y fuente de ingresos del hogar.	51
Gráfico V. 9: Con quien vive y conectividad a internet del hogar.....	53
Gráfico V. 10: Personas mayores trabajando por edad.	56
Gráfico V. 11: Razón para querer trabajar según sexo.	57
Gráfico V. 12: Visitas con frecuencia cuando vivían solos o con su cónyuge.	59
Gráfico V. 13: Programas sociales y asistencia según sexo.....	60
Gráfico V. 14: Razón para no asistir a programas sociales según sexo.....	61
Gráfico V. 15: Resultados escala percepción de la Vejez.....	63
Gráfico V. 16: Uso de internet por rangos etarios.	65
Gráfico V. 17: Razón para usar internet según sexo.	66
Gráfico V. 18: Lugares de asistencia a consultas médicas.....	68
Gráfico V. 19: Lugares de asistencia a controles médicos.....	69
Gráfico V. 20: Tiempo de cambio de elementos recibidos por el sistema público.v.....	71
Gráfico V. 21: Frecuencia de cambio de elementos costeados de forma particular.	71
Gráfico V. 22: : Personas con dificultad para caminar, subir o bajar escaleras.....	72
Gráfico V. 23: Enfermedades crónicas presentes en hombres encuestados.....	73
Gráfico V. 24: Enfermedades crónicas presentes en mujeres encuestadas.	75
Gráfico V. 25: Enfermedades crónicas presentes en hombres mineros.	77
Gráfico V. 26: Enfermedades crónicas presentes en mujeres dueñas de casa.	78

Gráfico V. 27: Compra de medicamentos de forma particular.	80
Gráfico V. 28: Tiempo de actividad física durante un día.	81
Gráfico A. 1: ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación?	138
Gráfico A. 2: Motivo de la discriminación.	139
Gráfico A. 3: Frecuencia de uso internet según sexo.	140
Gráfico A. 4: Consultas médicas en los últimos 3 meses por rango etario.	141
Gráfico A. 5: Controles médicos en los últimos 3 meses por rango etario.	142
Gráfico A. 6: ¿Quién costea los elementos que se reciben de forma particular?.....	143

Índice de Tablas

Tabla IV. 1: Comparación y variables de estudios existentes.....	35
Tabla IV. 2: Dimensiones seleccionadas y criterios de selección.....	36
Tabla IV. 3: Variables, definición y aspectos a medir.	36
Tabla IV. 4: Proyección población 2021 de personas mayores en la comuna de Copiapó Zona Urbana.....	39
Tabla V. 1: Correlación entre nivel educacional y sexo.	46
Tabla V. 2: Correlaciones entre nivel educacional y edad.....	47
Tabla V. 3: Correlaciones entre deserción escolar y sexo.	48
Tabla V. 4: Correlación entre la razón de querer seguir estudiando y sexo.....	49
Tabla V. 5: Correlacione entre variable hombre y ocupaciones.	54
Tabla V. 6: Correlación entre la variable mujer y ocupaciones.....	55
Tabla V. 7: Correlaciones entre las razones para querer trabajar y el sexo.	57
Tabla V. 8: Correlación entre las razones para no poder trabajar y el sexo.....	58
Tabla V. 9: Correlación entre sexo y los programas sociales a los cuales asisten.	61
Tabla V. 10: Correlación entre sexo y la razón para no asistir a programas sociales.	62
Tabla V. 11: Correlación entre sexo y palabras con las que relacionan la vejez.	65
Tabla V. 12: Correlaciones entre la variable hombre y enfermedades crónicas.	74
Tabla V. 13: Correlación entre variable mujer y enfermedades crónicas.	76
Tabla V. 14: Correlaciones entre ocupaciones de hombres y enfermedades crónicas.....	78
Tabla V. 15: Correlaciones entre ocupaciones de mujeres y enfermedades crónicas.	79
Tabla A. 1: Tabla de Recolección de Datos (TRD) base para la creación encuesta.	116
Tabla A. 2: ¿Con quién vive?.....	132
Tabla A. 3: ¿Por qué vive solo?	132
Tabla A. 4: Cruce ¿Con quién vive? - ¿Quién es el jefe hogar?	132
Tabla A. 5: Estado civil según el sexo.	133
Tabla A. 6: Tiempo del estado civil.	133
Tabla A. 7: Cruce ¿Con quién vive? y la cantidad de personas mayores en el hogar....	133
Tabla A. 8: Estado civil y cantidad de personas mayores en el hogar.	133
Tabla A. 9: Nivel educacional.....	134

Tabla A. 10: Motivos de deserción escolar según sexo.	134
Tabla A. 11: Disposición a continuar estudios por sexo.	134
Tabla A. 12: Principal fuente de ingresos del hogar.	135
Tabla A. 13: Principal fuente de ingresos de la persona mayor.	135
Tabla A. 14: Tipo de casa.	135
Tabla A. 15: Propietario de la casa.	136
Tabla A. 16: Tipos de viviendas en el Sector Alto.	136
Tabla A. 17: Fuente de internet del hogar.	136
Tabla A. 18: Disposición a trabajar según sexo.	137
Tabla A. 19: Razón por la que no pueden trabajar según sexo.	137
Tabla A. 20: Los familiares que no viven con usted ¿Lo visitan con frecuencia?.....	137
Tabla A. 21: Razón para no ser visitados.	138
Tabla A. 22: Apoyo de familiares según con quien vive.	138
Tabla A. 23: Uso de internet según sexo.	139
Tabla A. 24: Principal aparato donde utilizan internet.	139
Tabla A. 25: Previsión de salud.	141
Tabla A. 26: Consultas médicas en los últimos 3 meses según sexo.	141
Tabla A. 27: Controles médicos en los últimos 3 meses según sexo.	142
Tabla A. 28: Hospitalización en último año según sexo.	142
Tabla A. 29: Tiempo de espera por hospitalización o cirugía.	143
Tabla A. 30: Lugar de hospitalización.	143
Tabla A. 31: Gastos de bolsillo por hospitalización.	143
Tabla A. 32: Tiene alguna enfermedad crónica según sexo.	144
Tabla A. 33: Rango de gastos en medicamentos cuando se compran de forma particular.	144
Tabla A. 34: Cantidad de pérdida de peso en el último tiempo según sexo.	144
Tabla A. 35: Actividad física según sexo.	145
Tabla A. 36: Siente debilidad y se cansa con frecuencia.	145
Tabla A. 37: Montos y especificaciones en la entrega de subsidio.	146

Índice de Figuras

Figura III. 1: “Relación de Envejecimiento, Comorbilidad, Fragilidad y Discapacidad”. 9	
Figura III. 2: Rehab-Cycle.	14
Figura III. 3: “Fundamentos de la necesidad de rehabilitación en la tercera edad”.....	16
Figura III. 4: “Sistema de atención integral de las personas mayores”.....	17
Figura III. 5: “Porcentaje de los hogares que presentan gasto en el producto o servicio”.	26
Figura III. 6: “Estructura del gasto promedio mensual por hogar con al menos un adulto mayor comparada con el resto de los hogares”.....	28
Figura V. 1: Diagrama Sankey entre sexo y motivos para continuar estudios.	49
Figura V. 2: Mayor ocupación en la vida de los hombres.	54
Figura V. 3: Mayor ocupación en la vida de las mujeres.....	55
Figura V. 4: Nube de palabras con percepción de la vejez.	64
Figura V. 5: Nube de palabras con las enfermedades crónicas.....	73
Figura VII. 1: Áreas temáticas de las ciudades amigables.....	100

Resumen

Actualmente en Chile existe mucho centralismo en la información existente respecto a la población de personas mayores, lo que dificulta realizar intervenciones oportunas a nivel regional, es por esto que se hace necesario realizar un diagnóstico de la situación de esta población en las diferentes regiones y comunas, en este caso el estudio se enfocó en las personas mayores de la Comuna de Copiapó. El tipo de investigación fue mixta y el diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC). Se realizó una encuesta de caracterización a las personas mayores de diferentes sectores de la comuna de Copiapó donde se abordaron las siguientes dimensiones: Demográfica, Educacional, Socioeconómica, Social y Salud. La muestra seleccionada fue de 270 personas mayores, donde además se realizaron entrevistas a algunos de los encuestados a modo de profundizar los análisis cualitativos. Entre los principales resultados se encontró que: los niveles educacionales predominantes fueron la enseñanza básica incompleta y la media completa, las mujeres tienen mayor disposición a terminar sus estudios y a la reintegración social, existe una cantidad no menor de hogares de personas mayores unipersonales, la hipertensión y la diabetes son las enfermedades más predominantes dentro de esta población y hay un porcentaje de personas mayores que paga de su bolsillo prestaciones médicas y medicamentos. En conclusión, es necesario trabajar en políticas públicas que ayuden a cumplir las necesidades de las personas mayores, así como mejorar su calidad de vida. Además, la comuna de Copiapó debe trabajar en comprometerse y consolidarse como una ciudad amigable con las personas mayores para potenciar el envejecimiento activo, la rehabilitación y la reintegración social.

Palabras clave:

ADULTOS MAYORES – PERSONAS MAYORES – ENVEJECIMIENTO ACTIVO – REINTEGRACIÓN SOCIAL – CIUDADES AMIGABLES.

Abstract

Currently in Chile, there is a lot centralism in regards to elderly population information, making timely interventions at regional level difficult, due to this, a diagnosis of the elderly population condition, in different regions and communes, is needed. In this case, the research focused on the elderly people in Copiapó commune. A Mixed method research on the concurrent nested design of dominant model was used. A characterization survey of the elderly people in Copiapó commune was made, addressing the following aspects: Demographic, Education, Socio-Economical, Social and Health. The selected sample was 270 elderly people; interviews were made to some of the surveyed people for a more detailed qualitative analysis. Some of the main findings were: The predominant educational levels were incomplete elementary and complete secondary education, women have a better disposition to finish their studies and to the social reintegration, there is an important amount of single elder households, high blood pressure and diabetes are the most prevalent medical conditions among this population and there is a high percentage of elderly people who incur in out-of-pocket expenses. To conclude, it is necessary to develop public policies to help fulfill the needs of elderly people, as well as improve their quality of life. Furthermore, the Copiapó commune must work to commit and consolidate as a friendly city for elderly people encouraging active aging, rehab and social reintegration.

Keywords:

ELDERLY PEOPLE – ACTIVE AGING – SOCIAL REINTEGRATION – FRIENDLY CITIES.

CAPÍTULO I: Introducción

La presente investigación busca abordar temas como el envejecimiento y las características que pueden tener las personas mayores en esta etapa de la vida, considerando el envejecimiento activo, la reintegración social y la rehabilitación como soluciones a considerar para mejorar la calidad de vida en este periodo. Se hace referencia a personas mayores, ya que según lo estipulado por la Ley N°19.828 (2002), se denomina adulto mayor a las personas que tienen 60 años o más de edad, es por esto que el término se ha utilizado por años, pero en la actualidad este ha evolucionado a personas mayores a modo de evitar el estigma asociado a la vejez y envejecimiento, además de la inclusión que permite este término evitando enfoques de género (Ministerio de Salud, 2018).

En la actualidad, la cantidad las personas mayores que superan los 60 años ha ido en aumento, no solo en Chile sino que también en el resto del mundo, según el CENSO del 2017 el 16,2% de la población pertenecía a personas de 60 años más y la proyección para el año 2021 indica que el 17,6% de la población está dentro de ese rango de edad (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018). Si bien, envejecer puede traer diferentes consecuencias a la salud, debido al debilitamiento del sistema inmunológico y del estado físico de las personas, es algo inevitable y a lo cual, la mayoría de las personas llegará. En este contexto, es donde nace la necesidad de buscar alternativas para que esta etapa de la vida sea lo más llevadera posible, es decir, mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de un envejecimiento activo, reintegración social y un acceso temprano a la rehabilitación. Para lograr posicionar estos últimos, es necesario contar con una información más detallada de la situación actual de las personas mayores, a modo de realizar una intervención oportuna y preventiva, si bien existen diferentes fuentes de información, parecen no ser suficientes para lograr este objetivo.

La rehabilitación parece ser una gran alternativa a la hora de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y ha tomado fuerza en el panorama mundial, siendo la Organización Mundial de la Salud (2020) quien ha impulsado los llamados a la acción para priorizar investigaciones y financiamiento respecto a esta situación, puesto que la rehabilitación no solo podría reducir costos para las personas en hospitalizaciones sino que también, puede ayudar a mejorar su calidad de vida (Taylor et al., 2014, pp. 1–16). La rehabilitación se

define como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción en su entorno” (Organización Mundial de la Salud, 2020), es decir, que en el caso de las personas mayores se espera que a través de la rehabilitación sean lo más independientes posibles dentro de sus quehaceres y les permita ser reintegrados socialmente. Así mismo, según el Servicio Nacional de la Discapacidad (2017, pp. 17–18) en Chile, mientras más avanza la edad de las personas mayores, mayor es la población que presenta discapacidad y dependencia funcional, siendo las mujeres las más perjudicadas, ya que presentan una dependencia más severa que las de los hombres, además se menciona que la dependencia se concentra en los quintiles más bajos de ingresos, es decir, que existe una correlación negativa entre la presencia de una persona con dependencia y discapacidad dentro de un hogar con los ingresos que este puede tener.

Por otro lado, la reintegración social de una persona mayor no es tan sencilla, partiendo por los problemas físicos característicos de la edad y las afecciones de salud que puedan tener, ya que estos dificultan la participación de las personas mayores en el entorno, pero también, se encuentra el prejuicio que les ha dado la sociedad, puesto que por lo general se ve a los adultos como personas que debido a sus condiciones físicas y de salud no pueden hacer muchas actividades como trabajar, hacer deporte, actividades sociales o simplemente, que no pueden valerse por sí mismos (Arnold et al., 2018).

Como se mencionó en un principio, en Chile actualmente existen estudios que proporcionan información respecto a la demografía existente en la población como el CENSO, también está la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), que permiten obtener información respecto al estado socioeconómico de la población y a su vez, estudios respecto a la Inclusión y Exclusión de las personas mayores en Chile, pero estos últimos se realizan de manera centralizada, pudiendo obtener una perspectiva de la realidad muy sesgada, generando la necesidad de levantar información respecto a lo que está sucediendo en cada región del país con las personas mayores, a modo de generar una intervención más oportuna y eficiente, considerando que realizar esto puede tomar bastante tiempo.

Es por esto, que se ha optado por levantar información y generar una base respecto a la situación actual de las personas mayores de la comuna de Copiapó específicamente. El

objetivo de este trabajo es que el instrumento utilizado se pueda aplicar en todas las comunas del país, para que de esta forma se pueda tener una idea más clara de las características y necesidades de las personas mayores sin el sesgo de la centralización.

La relevancia de esta investigación radica en que los resultados entregaran una idea más clara y concisa de la realidad según diferentes dimensiones de las personas mayores en la comuna de Copiapó, permitiendo así proponer posibles intervenciones y promover la modificación de programas ya existentes, para que estos últimos se ajusten de una manera práctica y así cumplir con las necesidades existentes en esta población.

El presente trabajo se organiza por capítulos, proporcionando luego de la Introducción a los Aspectos introductorios, continuando con un Marco Teórico donde se presentan los principales antecedentes, conceptos, investigaciones y estudios asociados, seguido a este se encuentran la Metodología utilizada durante la investigación, un Análisis e interpretación de resultados y una Discusión de los resultados, para finalizar con las Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO II: Aspectos Introductorios

2.1. Justificación

Las personas mayores son una población que existirá siempre en cada país, puesto que todas las personas llegarán a esta etapa de vida en algún momento, por lo que el envejecer no es el problema, sino que, la vulnerabilidad de las personas mayores, la desigualdad económica, la exclusión social y los programas gubernamentales que parecen no ser suficientes para cubrir las necesidades de esta población.

Actualmente, diferentes organizaciones a nivel mundial han tratado de potenciar programas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a través de la rehabilitación y el envejecimiento activo, ya que enfocarse en ellos podría ayudar a disminuir los costos de envejecer para las personas mayores, gobiernos y sociedad. La Organización Mundial de la Salud (2020) ha insistido en que la rehabilitación es fundamental en la cobertura sanitaria, pero que los países no la consideren una prioridad, así como que no generen políticas e inviertan fondos en ella, termina siendo un problema para posicionarla dentro de las naciones, además de que la falta de investigación y datos dificultan la posibilidad de generar programas y políticas dentro de un país enfocados en la rehabilitación, siendo que, el objetivo de esta es buscar la reintegración social de las personas mayores a través de la integración laboral y la participación en actividades sociales, que a su vez permitan disminuir los costos y si estos costos están asociados a gastos de bolsillo¹ de las personas mayores, puede reducir también su riesgo de caer en pobreza.

En el caso de Chile, el escenario no es el más adecuado en cuanto a envejecer se refiere, ya que los programas existentes para personas mayores no han logrado una cobertura suficiente como para dar una mirada positiva a la vejez, existiendo una desigualdad y vulnerabilidad en las personas mayores que es difícil pasar por alto. Es por esto, que diagnosticar la situación actual de esta población se termina convirtiendo en una

¹ Los gastos de bolsillo corresponden a los desembolsos realizados por un hogar para recibir prestaciones de salud y medicamentos, estos gastos son privados, por lo que no se consideran seguros (Ministerio de Salud, 2013).

necesidad, ya que, la información existente a nivel nacional no permite conocer en detalle la situación de esta población en cada región, comuna y ciudad, más bien solo da una idea a nivel centralizado de lo que podría estar ocurriendo a un nivel general.

Para poder realizar un diagnóstico a un nivel más específico, es necesario caracterizar a las personas mayores por regiones y comunas, eliminando el sesgo que se puede generar por el centralismo de los estudios y estadísticas ya existentes, de modo que al momento de generar e implementar programas o políticas públicas se adapten a su realidad desde un comienzo, conociendo también cuanto la rehabilitación podría ser de ayuda y fomentar el envejecimiento activo de forma anticipada, convirtiendo a estos dos puntos, en los ejes centrales de las intervenciones en personas mayores.

Con esta investigación e instrumento, se espera conocer las características de la población de personas mayores, así como sus niveles de discapacidad, dependencia, comorbilidad, fragilidad y su situación socioeconómica, para determinar cuál es su realidad, su necesidad de rehabilitación y los costos asociados a ella en los que incurren las personas mayores (gastos de bolsillo). Así como también, establecer posibles correlaciones respecto al sexo, actividad laboral realizada, participación social, atención médica, ingresos y nivel educacional, para determinar si existen diferencias entre ellos, entregando así una información más completa, con el fin de utilizar los resultados para influenciar programas y políticas públicas orientados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y reducir su riesgo de caer en pobreza, logrando así entregar una mirada positiva de la vejez.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Desarrollar un estudio de caracterización de las personas mayores de la comuna de Copiapó para identificar necesidades e intervenciones futuras.

2.2.2. Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de la situación actual de las personas mayores en la comuna de Copiapó, a través de la definición de variables, recolección de información y la creación de un instrumento de medición para las variables.
- Recopilar información respecto a la situación actual de las personas mayores en

la comuna de Copiapó.

- Establecer relaciones entre dimensiones y variables, para determinar correlación entre ellas.
- Generar y establecer una base de información para estudios futuros respecto a las personas mayores.
- Analizar condiciones de pobreza asociadas a personas mayores.

2.3. Alcances y Limitaciones

Respecto a los alcances, la presente investigación y aplicación de instrumento, se enfocará en las personas mayores de la comuna de Copiapó, a modo de conocer las características de esta población y posteriormente realizar un análisis detallado de los datos recolectados. Además, se realizarán comparaciones con los datos ya existentes de estudios anteriores realizados en personas mayores con los resultados obtenidos de esta investigación.

En cuanto a las limitaciones, se encuentra en primera instancia la dificultad para acceder de manera más expedita a la población de personas mayores para la recolección de datos e información, esto debido al contexto de la pandemia COVID-19 y sus restricciones de distanciamiento, considerando además de que esta población se considera vulnerable y no todos tienen acceso a la tecnología e internet. Continuando con lo anterior, también se dificulta el acceso y traslado a todos los sectores de la comuna de Copiapó, es por esto, que solo se han seleccionado algunos sectores para la toma del instrumento. Finalmente, otra limitación es el centralismo de la información existente en la actualidad respecto a las personas mayores, por lo que estos datos se pueden utilizar como referencia, pero necesitan ser comparados con los resultados de esta investigación.

2.4. Planteamiento del problema

En la actualidad, existen diferentes fuentes de información con las que se espera trabajar para elaborar programas de apoyo para las personas mayores, el problema radica en que la mayoría de estas fuentes cuenta con información centralizada, imposibilitando un análisis más claro y profundo a nivel regional o comunal de las características que tienen

las personas mayores en cuanto a su situación de discapacidad o dependencia, los gastos de bolsillo en los que incurren y como esto podría tener relación con su riesgo de caer en pobreza, entre otros aspectos.

Es decir, que la falta de un diagnóstico a nivel regional ocasiona problemas para incentivar la creación de programas y políticas públicas que aborden las necesidades de las personas mayores según el territorio, puesto que, según la región puede surgir diferentes complicaciones que imposibiliten el posicionamiento de la rehabilitación y envejecimiento activo como una solución eficiente.

Es por esto que, con esta investigación, se propondrá un instrumento para levantar información que pueda ser aplicado a las personas mayores de cualquier parte del país, permitiendo así caracterizar a esta población y trabajar con ella, proponiendo programas y políticas públicas más óptimas y acordes a su situación real.

CAPÍTULO III: Marco Teórico

3.1. Envejecimiento

Un individuo comienza a envejecer desde que nace, la vida es un continuo nacer y morir. Según Bengoa (2002) teóricamente la vida es un proceso de envejecimiento, aunque es claro que existen etapas. Durante los primeros 20 años el humano está en un proceso de evolución y desarrollo, luego entre los 20 y 60 años se encuentra en el proceso productivo, para que finalmente a partir de los 60 años se dé inicio a la involución, proceso que es largo para el ser humano en específico, ya que por ejemplo, existen algunos animales que mueren después del periodo reproductivo como es el caso de algunas especies de marsupiales (National Geographic, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (2015) explica el envejecimiento como “la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte”. También se explica que estos daños pueden no ser lineales ni uniformes, ya que estos se asocian en gran medida al estilo de vida que llevó la persona durante su existencia, así existen personas de 70 años que gozan de un buen funcionamiento físico y mental, y otras que pueden caer en fragilidad o requieren de un apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas.

Algunos de los factores del envejecimiento más importantes según Ávila (2010) son:

- Carga genética.
- Familia de origen.
- Educación.
- Alostasis o respuestas adaptativas al estrés y medio ambiente.
- Hábitos y exposiciones ambientales.
- Morbilidad.

Ávila también indica que a partir de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y autopercepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo, entre otros) se puede definir 4 tipos de envejecimiento.

- Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos o nulos.
- Envejecimiento activo: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son medios o altos.
- Envejecimiento habitual: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos
- Envejecimiento patológico: cuando el estado de salud regular y los factores de riesgo son altos, o bien un estado de salud muy malo sin importar los factores de riesgo.

Dentro de las características más comunes en la vejez, están la aparición de varios estados de salud complejos, a estos se les conocen como “Síndromes Geriátricos”, estos síndromes se producen a raíz de múltiples factores dentro de los cuales está la fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. Por otra parte, están las afecciones, donde las más frecuentes asociadas a la vejez son la pérdida de audición, cataratas y pérdida de la visión, dolores de espalda, cuello y osteoartritis, neumopatías crónicas, diabetes, depresión y demencia. Y mientras más se envejece es más probable padecer más de una afección al mismo tiempo, es decir, comorbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Con este último punto, es necesario reiterar que al envejecer el estado de salud de las personas se deteriora, se puede decir, que los “Síndromes Geriátricos” se agrupan dentro de tres condiciones que están interrelacionadas y cuyos términos no son excluyentes entre sí, estas son: Discapacidad, fragilidad y comorbilidad (Fried et al., 2004).

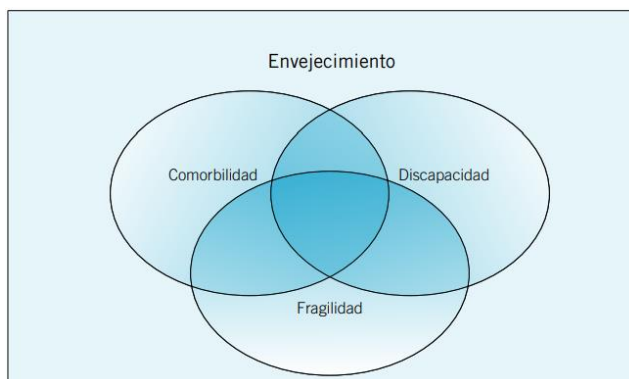


Figura III. 1: “Relación de Envejecimiento, Comorbilidad, Fragilidad y Discapacidad”.

Fuente: “Frailty in elderly people” (2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), la discapacidad se utiliza como un término que abarca las deficiencias (problemas con la estructura y función corporal), las limitaciones (dificultad para realizar una acción) y las restricciones (impedimento para ser parte de situaciones vitales). La comorbilidad es la presencia de dos o más enfermedades diagnosticadas en una misma persona (Fried et al., 2004). Por último, la fragilidad puede tener un concepto más amplio y complejo, los cuales se mencionarán y describirán en el apartado de fragilidad.

Las pérdidas biológicas en la vejez con frecuencia pueden llevar a cambios subjetivos importantes como lo son el cambio de roles y posiciones sociales, al igual que la necesidad de sobrellevar la pérdida de relaciones estrechas. Por lo general, las personas mayores suelen concentrarse en un número menor de metas y actividades, pero estas pasan a ser más relevantes (Johnson et al., 2009). Como lo indica Carstensen (2006) “las metas y prioridades motivacionales y preferencias también pueden cambiar”. Todos estos cambios son mayormente subjetivos, como lo indica Steptoe et al. (2015) “Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo elevado”.

Actualmente, el envejecimiento se considera un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud u OMS (2018), en el año 2020, la cantidad de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de 5 años y entre el año 2015 y 2050 el porcentaje de mayores de 60 años casi se duplicará, pasando de un 12% al 22%. Por lo que según Alvarado & Salazar (2014) la pirámide poblacional se ha dado vuelta respecto al aumento en la población y los gobiernos no están preparados para todas las consecuencias del tipo física, mentales, sociales y sanitarias que esto conllevará.

3.1.1. Fragilidad

La fragilidad aparece como consecuencia de diferentes condiciones médicas, este término está asociado al envejecimiento y a las personas mayores, de hecho, dentro de la geriatría el concepto de fragilidad ha tomado diversas definiciones, pero siempre se asocia al riesgo a “romperse” o a morir, ser susceptible a enfermedad o pérdida de fuerza y resistencia (Jauregui & Rubin, 2012). Se puede decir que, la fragilidad es un estado en que una persona se encuentra en vulnerabilidad para tener efectos con gran riesgo sobre su salud

y/o morir cuando se ve expuesto a un momento o circunstancia estresante (Walston et al., 2006). A esta definición, se suma la entregada por un grupo de investigadores quienes llegaron a un consenso respecto a su concepto y caracterización, en el cual se menciona que la fragilidad es "un síndrome médico de causas múltiples caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia, y disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer" (Morley et al., 2014). Finalmente, en pocas palabras la fragilidad es un síndrome biológico que provoca una disminución en la reserva fisiológica y la pérdida de autorregulación del organismo (Fried et al., 2001), entonces, se puede decir que la fragilidad se asocia a la vulnerabilidad en que se encuentra inserta una persona mayor, la cual provoca dificultades físicas y fisiológicas, pudiendo desencadenar una mayor dependencia o la muerte.

En este punto, es necesario separar la fragilidad, discapacidad y comorbilidad, puesto que, si bien estas condiciones se antepone la una con la otra, no son lo mismo. La diferencia radica en que, la fragilidad es multisistémica siempre, en cambio, la discapacidad no siempre lo es, además en la discapacidad no es indispensable el deterioro. Entonces, la fragilidad predispone a desarrollar discapacidad (Ministerio de Salud Chile, 2019, p. 68). Por otro lado, la fragilidad también puede provocar la aparición de diversas enfermedades, resultado en comorbilidad, es decir, también se predispone ante esta última.

Debido a la ambigüedad del concepto de fragilidad, se desarrolló un fenotipo para caracterizar e identificar a un adulto mayor que presente esta condición, la doctora Linda Fried (2001) junto a otros investigadores mencionan que, para entrar dentro la fragilidad, se debe contar con tres o más de las siguientes características:

- Pérdida de peso no intencionada: 5 Kg en el último año, o bien 5% del peso corporal en el último año.
- Debilidad muscular: fuerza prensora menor del 20% del límite normal, ajustado por sexo y masa corporal.
- Baja resistencia o cansancio: auto referido por la misma persona.
- Lentitud de la marcha: velocidad para caminar 4,5 metros, menor de 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura.
- Nivel bajo de actividad física: cálculo del consumo de calorías semanales bajo el quintil inferior ajustado por sexo.

Es decir, los factores físicos o fisiológicos que pueden provocar fragilidad se relacionan al estado nutricional, la vitalidad e inactividad física de la persona mayor. Esto, podría fomentar diversas situaciones como caídas, accidentes, hospitalizaciones, enfermedades, medicación y en una situación peor, discapacidad e inmovilidad absoluta.

Una persona mayor puede ser frágil no necesariamente por una causa médica, factores sociales como la pobreza, soledad, tipo de vivienda, también pueden determinar un nivel de fragilidad, así como, la farmacología y factores psicológicos (Marín L., 2004). Respecto a los factores sociodemográficos que podrían provocar fragilidad, Kaplan et al. (2009) mencionan que, las mujeres se asocian más a fragilidad que los hombres, y que, un estatus socioeconómico bajo (medido por el nivel educacional) se asocia a fragilidad, aunque esta relación se ve disminuida cuando se ajusta por Índice de Masa Corporal bajo, tabaquismo, alcohol y comorbilidad. También exponen la relación entre la depresión con la debilidad, pérdida de peso, pérdida de independencia, entre otros. En el caso de Chile y las personas mayores, cuando se jubilan pasan a vivir de su pensión, y es en este periodo donde puede aparecer el riesgo de fragilidad, al no contar con los recursos necesarios para subsistir, cayendo en pobreza. Aunque, de igual forma se asocia y relaciona el nivel educacional con la suma monetaria que pueden recibir las personas mayores por sus pensiones (Ortega González, 2018).

En definitiva, la fragilidad no solo se debe evaluar por una condición física, puesto que existen múltiples factores que anteceden estas situaciones, es por esto que, ante cualquier análisis y catastro, se deben tomar en cuenta las condicionantes. Así mismo, se considera que un tratamiento oportuno, la rehabilitación y atención prematura, podría reducir la fragilidad en las personas mayores y permitirles una mejor calidad de vida, así como menor riesgo de discapacidad y comorbilidad. Sin embargo, para establecer un acceso a rehabilitación para estas personas mayores, es importante que se conozcan las características y situación fisiológica, psicología y socioeconómica.

3.2. Rehabilitación

La rehabilitación ha tomado gran importancia dentro de los planes que tiene la Organización Mundial de la Salud, para que los países prioricen la investigación sobre

ella, puesto que se hace énfasis en el apoyo que podría tener para dar respuesta a la discapacidad de las personas y a mejorar la calidad de vida de estas. Diferentes áreas le han dado un marco conceptual a la rehabilitación, desde un enfoque médico se considera como “El proceso de aprender a vivir con el máximo potencial que uno posee ante un trastorno crónico y su incapacidad funcional resultante” (Lemone & Burke, 2009). En el caso de las políticas y programas que se han definido para darle un lugar e importancia en diferentes países, se podría decir que la rehabilitación consiste en múltiples tareas para mejorar el quehacer de las personas y reducción de las discapacidades con las que puedan contar y que les imposibilite interactuar de forma normal con su alrededor (Organización Mundial de la Salud, 2020). En Chile, también se ha entregado una definición a la rehabilitación centrándose en la discapacidad, donde se menciona que si una persona cuenta con dificultad en la funcionalidad de realizar tareas propias de sus características físicas y socioculturales, el proceso de rehabilitación buscará desarrollar su potencial respecto a su entorno y sociedad, facilitando su integración (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2006). En síntesis, la rehabilitación busca mejorar el funcionamiento de las personas, permitiéndoles aumentar la capacidad de realizar labores que, para otras personas, pueden resultar normales y sencillas. No solo esto, también permite la reinserción de las personas en su entorno, ya sea permitiendo que se puedan desenvolver mejor en él, como adaptando el entorno familiar o social para que facilite las tareas del individuo. Es importante dejar en claro, que no se debe confundir rehabilitación con habilitación, dado que, la diferencia entre ambas radica en que, en la primera, la persona sufrió una pérdida en su funcionalidad, mientras que, en la segunda la persona nace con una discapacidad o la adquiere en sus primeros años de vida.

La rehabilitación es un proceso continuo que parte en la identificación de problemas y necesidades y termina en la evaluación de los efectos, una vez terminada la intervención. En la actualidad, para explicar este proceso se utiliza el Rehab-Cycle (Ver figura III.2), que es la versión modificada del Ciclo de la Rehabilitación planteada por Stucki y Sangha (1998). El Rehab-Cycle tiene como objetivo final el “mejorar el estado de salud y calidad de vida del paciente, minimizando las consecuencias de la enfermedad” (Steiner et al., 2002, p. 3).

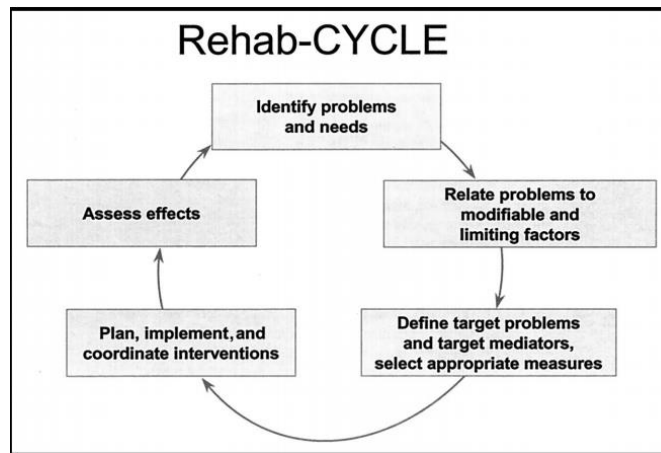


Figura III. 2: Rehab-Cycle.

Fuente: "Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine" – 2002.

En este punto, ya se sabe que la rehabilitación ayuda a las personas a recuperar parte de su funcionalidad, pero también a mejorar la calidad de vida. Esto se menciona, porque al disminuir las hospitalizaciones, síntomas relacionados con una enfermedad o simplemente, permitir que una persona pueda realizar de forma más autónoma su vida cotidiana, se transforma en una mejor calidad de vida (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2011, pp. 107–139). Sin embargo, estos no son los únicos beneficios que puede traer consigo la rehabilitación, ya que, la reducción de los costos que puede traer consigo una enfermedad o discapacidad, resulta ser de gran ayuda para las personas, así como también para sociedad y gobiernos en conjunto, bajo la idea de que al invertir en programas de rehabilitación disminuirá el uso de recursos en la atención y beneficios de pacientes con enfermedades crónicas o con discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

3.2.1. Rehabilitación Geriátrica

Como se mencionó, la rehabilitación busca mantener o recuperar la funcionalidad de las personas y hacerlos lo mayormente independientes dentro de su discapacidad, esto a través del diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad.

La rehabilitación puede ser accedida por cualquier sujeto que lo requiera dentro de su situación, dentro de la población que requiere de esta, con mayor frecuencia se encuentran las personas mayores, debido al deterioro provocado por el envejecimiento el cual

concluye en diversas enfermedades o una comorbilidad, como también puede provocar fragilidad en las personas mayores.

Tanto la comorbilidad como la fragilidad, están ligadas a la discapacidad y las tres pueden estar presentes en la vida de una persona mayor, es por esto, que requieren con mayor frecuencia rehabilitación y atención médica. A partir de esto último, se segrega a la rehabilitación desde una mirada gerontológica, la cual se considera como la recuperación del adulto mayor, para potenciar al máximo, dentro de sus capacidades, el rendimiento físico, mental, social, vocacional y económico (Millán, 2005, pp. 307–322). Así mismo, se puede decir que la rehabilitación geriátrica consiste en la intervención desde que se diagnostica la enfermedad para mitigar o reducir el avance del deterioro provocado por esta misma y que pase a discapacidad y a su vez, de discapacidad a una desventaja absoluta para realizar sus labores comunes (Álvarez Nebredda et al., 2006). Por último, en Chile se entrega una definición a la rehabilitación geriátrica y se explica como una “intervención de salud que, siguiendo un plan de tratamiento, busca potenciar las capacidades del individuo y lograr su máxima funcionalidad para favorecer su inclusión social” (Ministerio de Salud Chile, 2019). Finalmente, se puede decir que, para el objetivo de esta investigación, la rehabilitación geriátrica es un proceso de intervención que comienza cuando se diagnostica una o más enfermedades a una persona mayor, y se efectúa a través de un plan de tratamiento o salud, cuya finalidad es disminuir la discapacidad o dependencia y aumentar la funcionalidad la persona mayor mejorando así su calidad de vida.

Puesto que, está claro que la rehabilitación geriátrica está enfocada exclusivamente para personas mayores, es necesario conocer los objetivos principales al momento de rehabilitarlos, los que de acuerdo a Rodríguez Díaz (2009) son:

- Acrecentar el equilibrio biosocial.
- Aumentar el grado de independencia en la actividad básica cotidiana, aminorar incapacidades y enseñar cómo utilizar capacidades residuales.
- Incrementar la movilidad articular y la fuerza muscular.
- Disminuir los sentimientos de minusvalía.
- Aliviar los dolores del sistema osteomioarticular.
- Mejorar la calidad de vida.

En pocas palabras, la rehabilitación geriátrica tiene como objetivo no solo reducir la dependencia, la discapacidad y aumentar la autonomía de la persona mayor, sino que, también busca lograr una reinserción de este a la sociedad y comunidad, incluyendo la participación de su familia. En consecuencia, se puede decir que la rehabilitación es una necesidad para las personas mayores, debido a los múltiples beneficios que puede otorgar si logra cumplir con su objetivo principal. En la figura III.3, se pueden apreciar las consecuencias de la rehabilitación geriátrica.

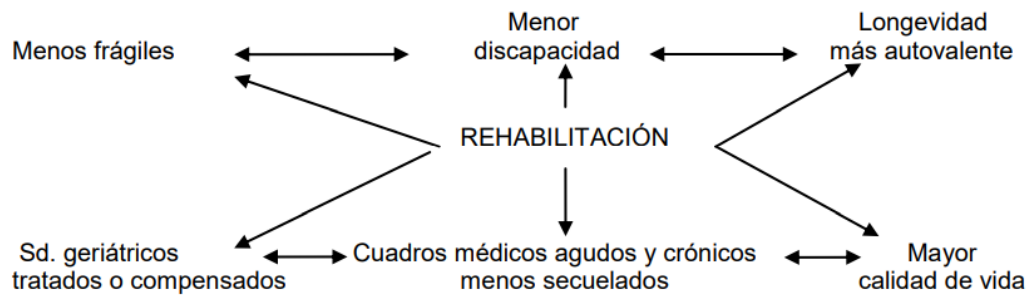


Figura III. 3: “Fundamentos de la necesidad de rehabilitación en la tercera edad”.
Fuente: Manual de Rehabilitación Geriátrica - 2011.

La rehabilitación geriátrica puede dividirse en tres procesos médicos según el estado o patología del paciente, puesto que cada persona mayor tiene características propias que puede tener en común con otros, los que según Rodríguez y Gutiérrez (2013) son:

1. Afecciones que producen invalidez y que sus características no solo afectan a personas de tercera edad, estas pueden ser enfermedades cerebrovasculares, amputaciones, entre otros.
2. Enfermedades que no causan invalidez en sí, pero provocan una recuperación lenta para la persona mayor y un largo tiempo de inmovilidad, con consecuencias que deben tratarse posteriormente para que la persona recupere su independencia.
3. Patologías que no tienen recuperación y que se presentan debido al envejecimiento del sistema biológico, donde factores como el sedentarismo y tabaquismo, aumentan las consecuencias sobre la salud.

En definitiva, la rehabilitación es una necesidad para las personas mayores, sin embargo, para llevarla a cabo y planificarla, requiere conocer las características de cada paciente, así como sus patologías y factores personales. Cada persona mayor es un mundo, quizás

puedan agruparse según diversas similitudes, pero aun así su proceso será único para lograr recuperar o aumentar su funcionalidad.

3.2.2. Rehabilitación en Chile y el Mundo

En Chile, en el año 2014 se dio a conocer el “Programa Nacional de Salud de las personas Adultos Mayores”, donde se plantea a la rehabilitación como parte del Modelo de Intención Integral de Salud, que propuso el Ministerio de Salud, en la figura III.4 se puede ver la estructura del sistema.



Figura III. 4: “Sistema de atención integral de las personas mayores”.

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Nacional de Salud de las personas Adultos Mayores 2014.

En este documento, también se menciona la existencia de unidades de rehabilitación a nivel hospitalario, así como un programa de rehabilitación integral utilizando la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. Además, hasta esa fecha se contaba con un programa de atención domiciliaria, guías de práctica Clínica y apoyo a los cuidadores; En cuanto al plan de demencia, se esperaba fortalecer los equipos de atención primaria, implementar protocolos y regular la atención en personas mayores (Ministerio de Salud, 2014).

Así mismo, el “Programa 2018 – 2022” afirma su enfoque en las personas mayores como una población vulnerable y así, entregarles protección y alivio a los costos en los que pueden incurrir. Entre las propuestas, se encuentra la creación de un “Auge Mayor” para asegurar la calidad de atención a las personas mayores. (Ministerio de Salud Chile, 2018) En conclusión, en ambos casos, la atención primaria termina siendo fundamental a la hora de rehabilitar a las personas mayores, en cualquiera de las necesidades que requieran, por lo que se puede deducir que un mayor enfoque o mejoramiento de esta, resultaría en un

mejor sistema de rehabilitación para las personas mayores. Cabe destacar, que, dentro del programa de rehabilitación antes mencionado, la atención secundaria y terciaria también se vieron mencionadas.

A nivel mundial, se ha puesto en marcha el programa “Rehabilitación 2030” por parte de la OMS, el cual busca hacer un llamado a todas las naciones para que identifiquen la necesidad de rehabilitación y así, fomenten la generación de redes con diferentes profesionales para la rehabilitación y el apoyo de los sistemas de salud. También, se espera aumentar el financiamiento, la recopilación de datos y la realización de investigaciones respecto a la rehabilitación (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Junto a este programa, también se han realizado estudios que concluyeron que, debido al envejecimiento de la población y otros factores, una de cada tres personas necesita rehabilitación. Inclusive, se menciona que, para las personas mayores de 65 años, los trastornos musculoesqueléticos, neurológicos, deficiencias sensoriales y enfermedades respiratorias crónicas, son las que tienen mayor necesidad de rehabilitación (Cieza et al., 2020).

3.3. Calidad de vida

Calidad de Vida es un concepto del que cada vez se publican más artículos y se diseñan escalas para aproximarse a una forma de medirla. Según Moreno & Ximénez (1996), esta enorme vigencia que ha tenido los últimos años proviene de 2 hechos principales, el primero es la conciencia colectiva de la responsabilidad ante acontecimientos ambientales y ecológicos, esto ligado a conceptos sociales, comunitarios y colectivos, y el segundo hecho principal surge de la preocupación de aspectos cualitativos y cotidianos de la vida que el factor económico no puede garantizar. Muchos han sido los intentos de definir “calidad de vida” con un modelo holístico, lo que quiere decir que intentan definir la calidad de vida como un todo, tomando en cuenta todos los factores que interfieren de una u otra forma al individuo, pero debido a factores objetivos y subjetivos que pueden sumarse a la definición, es lo que lo hace imposible definirlo dentro de un modelo holístico ya que no todos los individuos ven o le interesan los mismos factores que al resto (Lemus et al., 2014). Es por esto, que no se puede hablar de calidad de vida sin tomar en cuenta

conceptos como satisfacción, bienestar subjetivo, felicidad, mientras que, por otro lado, está el dolor, la limitación funcional, enfermedades, envejecimiento y falencias sociales. El concepto Calidad de Vida se comenzó a tratar en tiempos post Segunda Guerra Mundial, donde en ese entonces, 61 estados de gobierno “con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas”, crean la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cual es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud (Organización Mundial de la Salud, 1946).

En primera instancia, la Organización Mundial de la Salud (1946) define la calidad de vida como “Un estado completo de bienestar físico, emocional y social y no solo como ausencia de la enfermedad” para más tarde en 1994 se definiría como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.” (Donald & Pennifer, 1994).

Existen otras definiciones sobre calidad de vida realizadas por otros autores, estas son:

- “El bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella” (Ferrans, 1990).
- “Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar” (Bigelow et al., 1991).
- Según Nussbaum & Sen (1993) “la calidad de vida puede ser medida desde un punto de vista de la capacidad que tiene una persona para cubrir sus requerimientos”.

De una u otra forma, no a modo explícito, la mayoría de las definiciones apuntan a que dentro de la calidad de vida de un individuo existen 2 factores presentes, el factor objetivo y el subjetivo, la suma daría como resultado el nivel de calidad de vida del individuo. En los factores objetivos se considera como el bienestar material, buenas relaciones con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida, por otra parte, el factor subjetivo considera aspectos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal (Aroila, 2003).

Calidad de vida ha sido el área de mayor crecimiento e importancia a nivel salud según la OMS, en estos estudios se han separado los aspectos objetivos y subjetivos de la calidad

de vida, donde los principales factores que se tienen en cuenta son los siguientes según Aroila (2003):

1. Bienestar Emocional
2. Riqueza material y bienestar material
3. Salud
4. Trabajo y otras formas de actividad productiva
5. Relaciones familiares y sociales
6. Seguridad
7. Integración con la comunidad.

Aun así, a pesar de las numerosas definiciones de autores y el aumento del interés mundial en estudios sobre la calidad de vida, hoy en día no existe una definición consensuada sobre esta.

3.3.1. Calidad de vida en personas mayores

En los últimos años se ha visto un considerable aumento en nuestro país de las personas mayores, esto debido principalmente a la mejora en las condiciones de vida (Urzúa & Navarrete, 2013). En 1992 había 21 personas mayores por cada 100 niños, y se espera que para el 2031 haya 102 personas mayores por cada 100 niños y para el año 2050 esta población tendría la proporción de 177 personas mayores por cada 100 niños, lo que se traduce en un aumento del envejecimiento y de la esperanza de vida de nuestro país según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas (2018).

Que la esperanza de vida haya aumentado, no necesariamente indica que la última etapa de la vida ha mejorado, es por eso que, ante el aumento de esta población, se hace necesario realizar estudios que no solo estén centrados en la morbilidad, comorbilidad, factores de riesgo, dependencia o la prevalencia de enfermedades crónicas de las personas adultas mayores, sino que, también se realicen estudios orientados en la calidad de vida del envejecimiento y al bienestar psicológico del adulto mayor (Mella et al., 2004; Ortiz & Castro, 2009).

Para analizar la calidad de vida en un adulto mayor hay que enfocarse en el bienestar subjetivo, como lo menciona Carol Ryff quien ha realizado diferentes investigaciones al respecto, ella plantea que las diversas perspectivas que existen en el bienestar objetivo

puedan ser integradas a la “formula” calidad de vida. Según Ryff (1989) el bienestar subjetivo debe contar con las siguientes dimensiones:

- Autoaceptación
- Relaciones positivas con los demás
- Autonomía
- Propósito en la vida
- Crecimiento Personal.

El proceso de envejecimiento y las pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez determinan que algunos ancianos no tengan la capacidad de percibir sus competencias, habilidades, el entorno positivo que los rodea y de la vida en general (Mella et al., 2004), por lo que empíricamente se demuestra que la autoestima del adulto mayor decrece con la edad. Según Fernández-Ballesteros (2013), el autoestima o la autosatisfacción es el eje de la calidad de vida de los personas mayores. Por lo mismo, se convierte en una necesidad y un desafío para la investigación, entregar un concepto de calidad de vida que englobe lo más posible todos los factores que interactúan con un individuo.

3.4. Envejecimiento positivo

La Organización Mundial de la Salud (1999) define el envejecimiento positivo, también conocido como envejecimiento activo o envejecimiento saludable, como “El proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida”. El envejecimiento positivo tiene como objetivo extender la vida de la persona, aumentando la calidad de vida, la productividad, dando como resultado un aumento en la esperanza de vida hacia edades avanzadas y retrasar o hacer nula la dependencia o discapacidad.

Según Ramos et al. (2016) es importante permanecer activo en tres áreas, la física, social y mental a través de la participación de las siguientes actividades:

- Recreativas y de ocio.
- El voluntariado o actividades remuneradas.
- Culturales, políticas y sociales.

- Educativas y de formación a lo largo de toda la vida.
- Compromiso con la comunidad y en la propia familia.

Por lo que el envejecimiento activo tiene relación con el conjunto de efectos multifactoriales tomando en cuenta no solo factores objetivos, sino también subjetivos.

En Chile el envejecimiento de la población es cada vez más activo como se observa en el gráfico III.1 donde la participación laboral de personas mayores de 60 años o más ha aumentado de manera significativa entre 1990 y 2017.

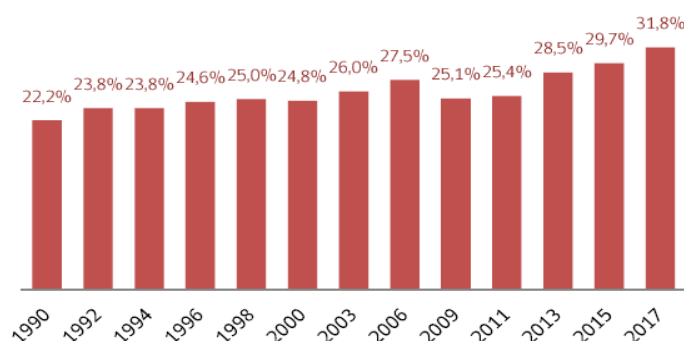


Gráfico III. 1: Porcentaje envejecimiento positivo en la población.

Fuente: SEGPRES sobre la Encuesta CASEN 1990-2017.

Pese al aumento de la participación laboral de la población de personas mayores, aún queda mucho por seguir creciendo. Según un informe de la Secretaria General de la Presidencia (2019), de las personas mayores entre 60 y 70 años, el 1,3% señala que no tiene interés en trabajar y un 9% no lo hace porque está enfermo o tiene algún tipo de discapacidad. Del resto, un 26% no trabaja por quehaceres del hogar o cuidados de otros miembros de la familia, mientras que un 1,5% señala que no trabaja por desesperanza, creen que no hay trabajo o que nadie se le dará uno.

La vejez se mira como algo negativo, y al darle una connotación negativa no solo excluye a las personas mayores de la sociedad, sino que genera dificultades para asumir el envejecimiento, lo que provoca una baja preparación para esta etapa de la vida. (Secretaria General de la Presidencia, 2019). Como también lo expresa Ortega (2018), “La sola condición de envejecer remite a la activación de un nuevo tipo de desigualdad que es claramente potenciada con la presencia de otras múltiples: de género, clase, etnia”.

Ortega también indica que la marginación a la que son sometidas las personas mayores, se debe a la interpretación sobre esta etapa de la vida, esta marginación es probablemente

una de las pérdidas fundamentales impuestas por la sociedad a las personas mayores. Esta es una de las formas en que, como sociedad, estado, familia, se somete de forma consciente o inconsciente a las personas mayores.

Según Calvo (2013) “La mayoría de las personas adultos mayores carecen de discapacidades, tienen experiencias vitales valiosas para las otras generaciones y pueden asumir roles más productivos”. Es por esto que abordar el envejecimiento con propuestas participativas y concretas permitirá a las personas mayores no verse ni sentirse excluidos de la sociedad en la que viven y así en un futuro verse reflejadas en políticas públicas que permitan esta realidad, como por ejemplo las “ciudades amigables”, el cual es un concepto para reforzar los servicios básicos e imprescindibles y que proporcionan un gran valor añadido a las personas mayores sobre todo a las que viven solas. “Los mayores en todas las políticas” es una frase que invita a trabajar por el envejecimiento, quitando la imagen negativa sobre la vejez, educando a todas las generaciones para programar sus vidas pensando que nunca es tarde para tener proyectos. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2017).

Distintas organizaciones están elaborando programas, leyes o actividades para abordar esta problemática, como por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2001) y su campaña por el envejecimiento activo llamada “Abrazo Mundial”, el cual consiste en una serie de caminatas y otros eventos intergeneracionales alrededor del mundo en un periodo de 24 horas. La OMS también señala que los estereotipos negativos asociados con la vejez, desaparecen cuando las personas de edad continúan siendo activas. Esto es esencial para crear una comunidad armoniosa e intergeneracional donde las personas mayores puedan contribuir plenamente en la sociedad.

Chile también ha estado trabajando en leyes que intentan dar solución. Durante el año 2020 las Comisiones de Adulto Mayor y de Hacienda estuvieron a cargo de analizar un proyecto de ley para promocionar el envejecimiento positivo y el cuidado integral del adulto mayor, fortaleciendo la institucionalidad del Servicio Nacional del Adulto Mayor. En concreto, lo que inspira esta ley, es “la protección del adulto mayor, la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía del adulto mayor, la igualdad y no discriminación, la participación, la integración e inclusión plena y efectiva del adulto mayor en la sociedad”.

Por otra parte, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) tiene un programa de envejecimiento activo, el cual tiene como objetivo lograr que las personas mayores participen en actividades que promueven el envejecer activamente, fomentando y equilibrando la responsabilidad personal, el encuentro, solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida de las personas mayores y así retrasar la dependencia.

Por lo anteriormente expuesto el envejecimiento positivo no debe ser el privilegio de algunos pocos, sino un derecho humano de cualquier persona que nazca en cada país.

3.5. Gastos de bolsillo

Antes de definir lo que son los gastos de bolsillo, hay que saber que estos son parte de los gastos privados en salud que tiene un país. Los gastos en salud corresponden a la totalidad de gastos realizados para todas las funciones básicas de la atención de salud, los cuales son, servicios de atención en salud, servicios de prevención y salud pública, administración en salud y seguros médicos (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos & Banco Mundial, 2020).

Se define a los gastos de bolsillo en salud como pagos en prestaciones de salud como hospitalización, procedimientos ambulatorios o medicamentos exentos de cualquier reembolso del sistema de salud o de algún seguro, si el gasto de bolsillo en salud supera cierto margen de la capacidad de pago de un hogar, pasa a ser catastrófico (Peticara, 2008). A modo de entregar una metodología para medir los gastos de bolsillo en diferentes países, Xu et al. (2005) definieron que los gastos de bolsillo en salud son todos los gastos sanitarios efectuados a la hora de que un hogar recibe el servicio de salud, considerando honorarios médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Gastos en medicina alternativa y tradicional también se incluyen, pero no los gastos de transporte para recibir la atención ni los que se relacionan a tener una nutrición especial. Por otro lado, de forma más simple se dice que los gastos de bolsillo en salud corresponden al pago directo que deben realizar las personas por obtener un servicio o prestación de salud, el gasto pasa a ser catastrófico cuando supera en un 30% a 40% la capacidad de pago de un hogar (Ministerio de Salud, 2015). En definitiva, los gastos de bolsillo en salud corresponden a

desembolsos en los que tienen que incurrir los hogares para tener acceso a prestaciones de salud, claramente es un gasto privado del cual las personas se hacen totalmente cargo, sin otro financiamiento aparte como seguros de salud. Estos gastos toman importancia, ya que como se mencionó, al superar cierto umbral pueden pasar a definirse como catastróficos, cuando esto sucede, se dice que el hogar “empobrece” (Ministerio de Salud, 2019).

También, se hace énfasis en aumentar la mancomunación para reducir la dependencia de las personas para realizar gastos de bolsillo (Castillo-Laborde & Villalobos Dintrans, 2013). La mancomunación significa que “las contribuciones de quienes están sanos permiten pagar la atención prestada a quienes caen enfermos, de modo que estos no tienen que soportar la doble carga de la enfermedad y del gasto financiero en atención de salud” (Xu et al., 2005).

3.5.1. Gastos de bolsillo en Chile

En primera instancia, para contextualizar la situación de los gastos de bolsillo en Chile, se debe conocer cómo se encuentran los gastos en salud. En el gráfico III.2, se puede apreciar el gasto corriente total en salud tanto pública como privada, respecto al PIB% en Chile desde el año 2003 al año 2017.

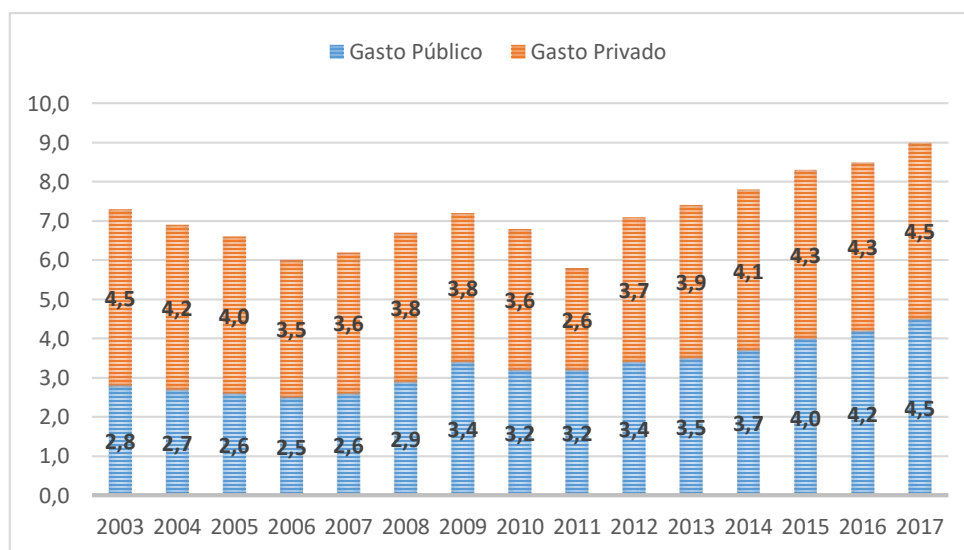


Gráfico III. 2: “Gasto corriente total en salud, público y privado. Porcentaje PIB”.

Fuente: Elaboración propia con la información Económica en Salud (MINSAL) – 2020.

Se puede observar que en el año 2017 el gasto total en salud fue de un 9%, existiendo una proporción igual entre gastos públicos y privados. Comparando este resultado con el

promedio de gastos en salud de la OCDE, que fue de un 8,7% en el año 2017, Chile superó este número. Para este caso, se definió al gasto público como al realizado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y otras instituciones públicas, además del 7% de cotización obligatoria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la información adicional recogida por Mutuales. Por otro lado, para los gastos privados se consideraron las cotizaciones de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), seguros complementarios y gastos de bolsillo en salud de los hogares.

Para el Instituto Nacional de Estadística (2018) se entienden los gastos de bolsillo en salud como los desembolsos hechos por los hogares de manera directa por los servicios y prestaciones de salud, incluyendo copagos, los adicionales al 7% obligatorio de las cotizaciones y los pagos efectuados en seguros obligatorios. Bajo esta definición, se entregan los resultados obtenidos en la “VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)” publicada en el 2018, donde se analizan los gastos realizados por los hogares en Chile entre los años 2016 y 2017, dentro de estos resultados se menciona que en las capitales regionales el gasto en salud alcanzó 7,6%, dentro del cual existen los productos y servicios que se pueden observar en la figura III.5.

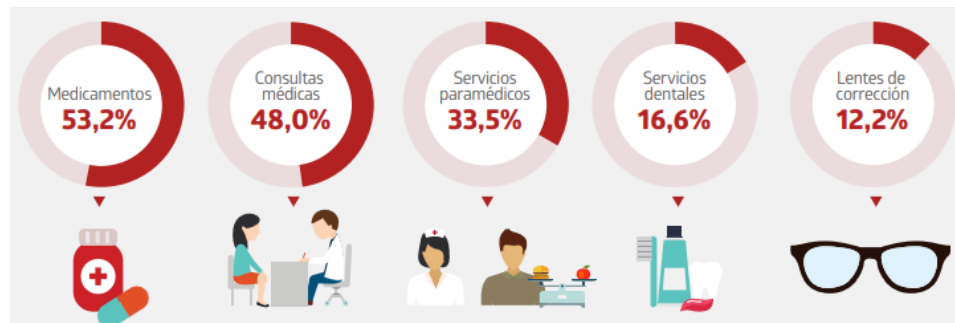


Figura III. 5: “Porcentaje de los hogares que presentan gasto en el producto o servicio”.

Fuente: VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) – 2018.

En este caso, se considera mayor el porcentaje de gastos en medicamentos, seguido de servicios de consultas médicas. Cabe mencionar, que las cifras mostradas en la imagen solo consideran los gastos declarados por los hogares (copagos), estos son parte del gasto de bolsillo en salud, pero no su totalidad como se mencionó en un principio.

Aunque estos datos corresponden a los copagos realizados en el periodo entre el año 2016 al 2017, en la cuenta pública realizada por el Ministerio de Salud (2021) para el periodo 2020, estos resultados parecen tener relación con la proporción en gastos de bolsillo en salud que incurren los chilenos, donde se repite una mayor cantidad en medicamentos,

seguido de consultas médicas. Además, se menciona que el porcentaje de gastos de bolsillo se estima en un 31,04% en el año 2020, esto se puede ver en el gráfico III.3.

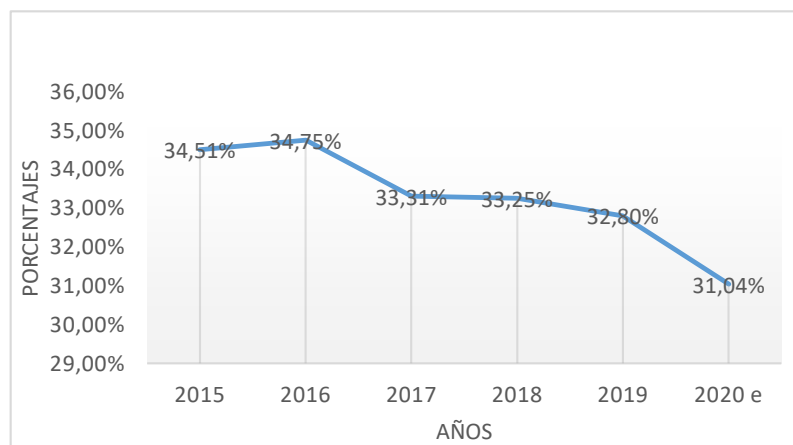


Gráfico III. 3: “Gasto de bolsillo en salud, Chile 2015-2020”.

Fuente: Elaboración propia con información Cuenta Pública 2020 Misal – 2021.

De estos datos es necesario mencionar en primera instancia, que el porcentaje de gastos de bolsillo en salud para el 2020 es estimado, es decir, no ha sido calculado aún según la metodología elegida por el MINSAL para el cálculo que utilizan todos los años para obtener este valor. Segundo, el MINSAL atribuye el alto gasto de bolsillo en medicamentos a que existe una baja cobertura del sistema de salud, la poca afiliación a seguros, entre otros (Ministerio de Salud, 2021). Por último, los gastos de bolsillo en salud han disminuido de gran manera entre los años 2015 y 2020, pero aún se sigue considerando alto, puesto que comparando el año 2017, la OCDE tenía un promedio de 21% de participación porcentual en el gasto de bolsillo en salud, mientras que Chile estaba en un 33,31% (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2020).

En conclusión, Chile mantiene un porcentaje bastante alto en gastos de bolsillo, siendo esto una situación preocupante, puesto que significa que las familias están usando una gran proporción de sus ingresos en financiar su salud, por lo que mantener actualizada estas cifras y hacer investigaciones de forma periódica respecto a estos gastos, podría influir en la creación de políticas públicas para fomentar la disminución de estos, haciendo más accesible y equitativo el acceso a la salud para los hogares. Como se mencionó anteriormente, es importante que no se llegue a gastos catastróficos, de hecho, en hogares donde existen personas mayores, discapacitados o personas con enfermedades crónicas, existen una mayor probabilidad de enfrentarse a gastos catastróficos, puesto que tienen

una mayor necesidad de contar con servicios de salud, pero pueden no contar con los recursos económicos necesarios. Si no existe una buena protección financiera o mecanismos de protección, este grupo corre riesgos de caer en problemas financieros y en una mala salud (Organización Mundial de la Salud, 2005).

3.5.2. Gastos de bolsillo y personas mayores en Chile

Las personas mayores son consideradas una población vulnerable, siendo lógico pensar que debido al deterioro que provoca el envejecimiento, así como la aparición de enfermedades o diferentes condiciones, hace que sean más propensos a gastar en salud y a su vez, a incurrir en gastos de bolsillo. De hecho, según la “VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)” mencionada en el apartado de gastos de bolsillo, la estructura del gasto mensual en salud que puede tener un hogar aumenta cuando existe por lo menos un adulto mayor dentro de este, se muestra en la figura III.6.

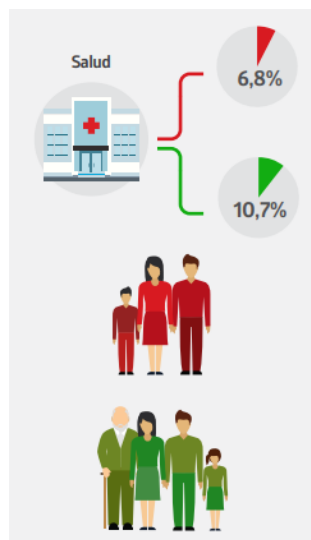


Figura III. 6: “Estructura del gasto promedio mensual por hogar con al menos un adulto mayor comparada con el resto de los hogares”.

Fuente: VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) – 2018.

Es decir, el gasto promedio en salud aumenta casi en un 4% al existir una persona mayor dentro del hogar. Esto lo explica Bruzzo et al. (2018), al mencionar que los gastos de bolsillo en la salud aumentan a medida que aumenta la edad de las personas, es decir, que mientras se cuentan con personas mayores en los hogares, mayor será el pago directo que se realizará en prestaciones de salud. Dichos que posteriormente fueron ratificados por

Benítez et al. (2018) que además afirma que “la carga financiera de salud es superior para los hogares de mayor edad promedio y con mayor participación de adultos mayores”.

Volviendo a la encuesta, los resultados mencionan que en hogares donde hay personas mayores se incurre en mayores gastos de bolsillo en salud en medicamentos y menos en consultas médicas y servicios dentales. Esto ocurre, a pesar de que a las personas mayores se les entrega medicamentos de forma gratuita a través de los diferentes servicios de salud públicos que existen en las ciudades. La encuesta también menciona que los problemas cardiovasculares, respiratorios y los asociados al uso de hormonas y a los órganos de los sentidos, son más frecuentes en las personas mayores, por lo que los gastos de bolsillo que realizan son destinados mayormente a estos tratamientos.

Con esto, se podría mencionar la rehabilitación como una ayuda a reducir los gastos de bolsillo, puesto que, al existir esta desde el comienzo en el periodo de vejez, podría reducir síntomas o enfermedades, haciendo que las personas mayores sean menos dependientes de medicamentos y tratamientos, y a su vez, disminuyan los costos que estos últimos provocan. Es decir, no solo debe existir una preocupación y mirada en reducir los gastos de bolsillo, sino que también, en prevenirlos con anterioridad y así, reducir gastos para las familias que cuenten con personas mayores, como para el sistema de salud en general.

3.6. Edadismo

El edadismo surge cuando se utiliza la edad para clasificar y dividir a las personas por cualidades o características que pueden ocasionar daño, segregar, discriminar hasta caer en la injusticia.

El edadismo es perjudicial para la salud y el bienestar, así lo reconocen los estados miembros de la OMS en la “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud”. Estos países le pidieron a la OMS que realice una campaña mundial de lucha contra el edadismo. En respuesta hacia esta petición, la OMS pone en marcha una campaña que lucha contra el edadismo, además de elaborar un informe llamado “informe mundial sobre el edadismo” (Organización Mundial de la Salud, 2021). En este informe se definen conceptos como el edadismo propiamente tal, los efectos, sus determinantes y estrategias eficaces para reducirlo. También menciona que el edadismo adopta diferentes

formas a lo largo del curso de la vida, como, por ejemplo, que a un joven no se le otorgue cierto trabajo por “falta de experiencia” o se le juzgue por iniciar un movimiento político, como también a una persona mayor, que no se le otorgue un trabajo porque “es muy duro” o “tal vez no es capaz de hacerlo”.

El informe también menciona que el edadismo puede tomar tres formas, el edadismo institucional, el interpersonal y el autoinfligido. El edadismo institucional se refiere a las leyes, reglas, normas sociales, políticas y prácticas de las instituciones que limitan injustamente las oportunidades perjudicándolas en razón a su edad, el edadismo interpersonal el que surge en las interacciones entre dos o más personas y el edadismo autoinfligido se produce cuando el edadismo se interioriza y afecta negativamente a la persona.

Específicamente el edadismo en las personas mayores, se asocia a una menor esperanza de vida, una menor salud física y mental y un deterioro cognitivo, esto reduce la calidad de vida de las personas mayores y aumenta el aislamiento social y el abandono, de esta manera se contribuye a la pobreza y la inseguridad económica de las personas en la vejez. Existen 3 estrategias para reducir el edadismo, las cuales son, la política y legislación, las actividades educativas y las intervenciones intergeneracionales.

- La política y legislación, donde por medio de leyes y políticas públicas aborden la discriminación por la edad. Esta estrategia también requiere de medios y organismos que fiscalicen que aseguren una correcta aplicación de estas leyes y políticas.
- Las intervenciones educativas, deben ser durante toda la etapa educacional, desde enseñanza primaria hasta la misma universidad, esto ayuda a mejorar la empatía hacia las personas mayores y borrar prejuicios que puedan existir hacia ellos.
- Intervención de contacto intergeneracional, donde se fomentaría la interacción de distintas generaciones reduciendo prejuicios y estereotipos tanto para el edadismo hacia personas mayores, como para el edadismo hacia jóvenes. Esta es la estrategia más eficaz para reducir el edadismo.

La OMS termina el informe señalando las tres recomendaciones de actuación para ayudar a reducir el edadismo donde se necesita un compromiso político, así como la participación de diferentes sectores.

1. Invertir en estrategias de pruebas científicas para prevenir y reducir el edadismo, con políticas públicas, intervenciones educativas y actividades intergeneracionales.
2. Mejorar los datos y las investigaciones para comprender mejor el edadismo y la manera de reducirlo, siendo necesario la recopilación de datos en todos los países, ya que la mayor parte de información que se tiene de edadismo es otorgada por países de Europa.
3. Crear un movimiento para cambiar el discurso sobre la edad y el envejecimiento. Todas las organizaciones como los gobiernos, las instituciones de investigaciones, las instituciones educativas y las personas de todas las edades pueden unirse en la lucha contra el edadismo.

3.7. Reintegración social personas mayores

Es conocido el hecho de que el envejecimiento junto a sus múltiples factores, puede llevar a que las personas mayores interactúen con mayor dificultad con el entorno. Son muchas las razones del porqué esto puede ocurrir, una puede ser la forma en que la persona mayor afronta esta etapa de la vida, puesto que un afrontamiento pasivo, combinado con factores como los bajos recursos económicos, un entorno familiar poco estable, la baja posibilidad de acceso a servicios públicos, hace que la participación con el entorno social, en actividades de ocio y la participación en programas sociales sea difícil (Cáceres Rodas, 2014). También, la pérdida de familiares, jubilación, inactividad y la poca comunicación podrían disminuir las habilidades funcionales (Tello et al., 2001). Esto se puede complementar, con el hecho de que las personas mayores que son viudos, deben consumir una mayor cantidad de medicamentos en comparación a los que se encuentran casados aún o bien, solteros (Arjona et al., 2002). Así mismo, el aislamiento puede provocar síntomas de depresión, ya que se pierden relaciones propias de la interacción social, como también se puede perder el apetito lo cual desencadena otros problemas a la salud (Ávila-Funes et al., 2006).

Sabiendo esto, destaca la necesidad de fomentar e implementar programas para personas mayores, donde se involucre a las familias, la salud y el entorno social, para que estas

intervenciones sean más efectivas. Esto podría permitir, que los personas mayores puedan vivir sus últimos años de vida de una forma más grata, disminuyendo los estigmas de la dependencia en esta etapa (Durán et al., 2008).

En Chile, existen diversos programas que buscan la participación de las personas mayores y su integración social, uno de ellos son los conocidos como Centros Diurnos, los cuales “Son espacios que durante el día entregan servicios socio sanitarios a las personas mayores, a través de distintos talleres y un plan de intervención individual, con el objetivo de promover y fortalecer su autonomía e independencia” (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2021a). Para este caso, se elaboró un estudio del impacto y beneficio que pueden entregar estos centros, dentro de los cuales destaca que el mayor impacto se encuentra en el bienestar psicológico y emocional de las personas mayores, este mismo estudio menciona que factores como la salud física, clima y transporte son las mayores razones para no asistir a estos centros (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2020).

Otros programas que existen en Chile y están promovidos por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2021b) son:

- Fondo Nacional Adulto Mayor: cuyo objetivo es buscar la autonomía, integración social e independencia de las personas mayores, además de entregar buenos servicios para pacientes con discapacidad, dependencia y vulnerabilidad buscando mejorar su calidad de vida y satisfacer sus necesidades.
- Voluntariado País de Mayores: Busca la participación de las personas mayores voluntarios en el apoyo socio-educativo a menores de familias vulnerables, cuyo registro se encuentra en el sistema de Protección Social.
- Programa buen trato al Adulto mayor: Busca prevenir el maltrato e incentivar el buen trato a las personas mayores, mediante capacitaciones, asesorías, sensibilización, coordinaciones con redes regionales y locales.
- Programa Envejecimiento Activo: Busca que las personas mayores con vulnerabilidad social puedan tener un envejecimiento activo, a través de talleres, jornadas, seminarios, campañas comunicacionales y eventos masivos.

Si bien, existe la disposición para crear instancias y buscar la reintegración social de las personas mayores a través de estos programas, parecen no ser suficientes, puesto que no toda esta población accede a ellos, además de que estos programas no se encuentran

disponibles en todas las regiones de Chile, por lo que muchas personas mayores quedan excluidos de estos beneficios, haciendo que su ejecución no se lleve a cabo de forma equitativa y dependa del SENAMA de cada región llevarlos a cabo.

Por otro lado, se sabe que la edad de jubilación en Chile es de 60 años para mujeres y 65 para los hombres, pero muchas personas mayores no dejan de trabajar solo porque llegan a esta edad, existen diversos motivos para dejar de hacerlo como la salud, la falta de tiempo o bien, que no se les dé la oportunidad a causa del edadismo que se produce cuando estos buscan un trabajo. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (2021), en el trimestre febrero-abril 2021 la ocupación en el mercado laboral de las personas mayores a 65 años disminuyó en un 10,1% respecto al mismo periodo, sin embargo el año 2020 aumentó la desocupación en esta población.

Cabe destacar, que la reintegración social de las personas mayores depende en cierta manera de la percepción que puedan tener las personas sobre ellos, es decir, una persona mayor puede querer ser parte de la sociedad, sin embargo, esta no le permite ser parte de ella debido al edadismo, provocando menos participación en programas sociales o en el mercado laboral. De hecho, según un estudio realizado, el 73% de las personas considera que las personas mayores son una población marginada, considerando además que Chile no está preparado para el envejecimiento poblacional y que son los gobiernos quienes deben hacerse cargo del bienestar de esta población (Arnold et al., 2018). Con esto, queda en evidencia que la misma sociedad podría ser la barrera entre las personas mayores y su reintegración social, puesto que debe existir un cambio de cultura y perspectiva respecto al envejecimiento, para poder concluir en mejores programas y aceptación de las personas mayores en actividades sociales.

CAPÍTULO IV: Metodología

4.1. Tipo de investigación

Debido a que el objetivo principal de esta investigación es diagnosticar la situación actual de las personas mayores en la comuna de Copiapó, a modo de caracterizarlos con los datos recolectados y así conocer las necesidades para intervenciones futuras, se optó por una investigación con un enfoque mixto.

El propósito de este estudio mixto concurrente era complementar y ampliar los resultados de los datos obtenidos a modo de generar una visión más completa de la situación de las personas mayores en la comuna de Copiapó, además de desarrollar, contextualizar y dar diversidad a los resultados obtenidos en ambas ramas estudiadas. Por la parte cuantitativa se obtuvo una visión de la realidad de las personas mayores desde la perspectiva de los investigadores como del grupo estudiado, mediante la recolección de datos a través de entrevistas a personas mayores de sectores de la comuna de Copiapó realizada en sus hogares. En cuanto a la parte cualitativa se buscaron correlaciones entre las variables seleccionadas para guiar la investigación, recolectando y analizando los datos a través de la encuesta de caracterización aplicada también a las personas mayores de algunos sectores de la comuna de Copiapó.

El diseño que guió la investigación fue el de anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC), en el cual la recolección de datos de las ramas cuantitativas y cualitativas se realiza de manera simultánea, pero un método se elige como guía y el otro, es insertado al primero (Hernández et al., 2014, pp. 559–560). En este caso, el modelo predominante fue el cuantitativo cuyo diseño fue de tipo no experimental, puesto que no se consideró variación en las variables mientras se ejecutaba el estudio, de tipo transversal correlacional, ya que la recolección de datos solo se realizó en un periodo de tiempo y se buscaba demostrar la relación que podía existir entre las variables estudiadas. Por otro lado, el diseño cualitativo fue fenomenológico, debido a que con él se esperaba explorar y comprender las diferentes experiencias que habían tenido o tienen las personas mayores, buscando y descubriendo elementos en común.

4.2. Desarrollo de la Metodología

4.2.1. Búsqueda de variables

Para determinar y establecer cuáles eran las variables a utilizar en el instrumento y estudio, se utilizó la información recolectada a través de diferentes estudios realizados a nivel nacional, los cuales no están actualizados, pero pudieron servir de guía para conocer la relevancia de algunos datos para tomar en cuenta al momento de aplicar el estudio.

Tabla IV. 1: Comparación y variables de estudios existentes.

Estudio	Dimensiones	Variables que considera
CENSO 2017 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017b)	Variable Demográfica Variable Educacional Variable Socioeconómica	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de personas mayores. • Ubicación geográfica de personas mayores. • Condiciones de las viviendas. • Composición del hogar. • Nivel Educacional.
CASEN 2020 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017)	Variable Demográfica Variable Educacional Variable Social Variable Salud Variable Socioeconómica	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de personas mayores. • Nivel de ingresos. • Composición familiar. • Condiciones de las viviendas. • Condiciones de salud. • Participación social. • Nivel de Educacional. • Nivel de dependencia. • Empleabilidad. • Acceso a Servicios Básicos.
IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet (Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile, 2017)	Variable Social	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Acceso a internet por rango etarios.
Fragilidad en adultos mayores: Evidencia de un fenotipo (Fried et al., 2001).	Variable Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de fragilidad de personas mayores.
Quinta Encuesta Nacional Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores (Arnold et al., 2018).	Variable Social	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de personas mayores • Discriminación a personas mayores. • Nivel de participación social de personas mayores.
V Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Pontificia Universidad Católica de Chile & Caja los Andes, 2020)	Variable Social	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel participación social personas mayores. • Uso de internet personas mayores. • Nivel de satisfacción y autopercepción de las personas mayores. • Relaciones de variables con sexo y niveles educacionales. • Participación laboral personas mayores.

Fuente: Elaboración Propia.

4.2.2. Criterios para la selección de dimensiones

Una vez realizada la comparación y búsqueda de variables de estudios existentes, se eligieron las variables que mayor relación tienen con la investigación, los criterios y variables seleccionadas se pueden apreciar con mejor detalle en la tabla IV.2.

Tabla IV. 2: Dimensiones seleccionadas y criterios de selección.

Dimensión	Criterio
Dimensión Demográfica	Estudiada en el CENSO que se realiza cada año, permite identificar la cantidad de personas mayores que existen en Chile, sus rangos etarios, proyectar el crecimiento de esta población e identificar su lugar de residencia.
Dimensión Educacional	Estudiada en el CENSO y CASEN, permite identificar cuáles son los niveles educacionales finalizados por las personas mayores.
Dimensión Socioeconómica	Estudiada en la CASEN, y complementada por otros estudios, permite identificar el nivel socioeconómico en el que se encuentran las personas mayores, sus niveles de ingresos, condiciones de las viviendas, acceso a servicios básicos, entre otros.
Dimensión Social	Estudiada en la CASEN y complementada por otros estudios, permite saber cuál es el nivel de integración social que existe para las personas mayores, su participación en programas sociales, su nivel empleabilidad y niveles de discriminación.
Dimensión Salud	Estudiada en la CASEN y complementada por otros estudios, identifica cuáles son las condiciones de salud de las personas mayores, sus necesidades de rehabilitación, nivel de comorbilidad, nivel de dependencia y nivel de fragilidad.

Fuente: Elaboración propia.

4.2.3. Selección de dimensiones y variables a medir

Con los criterios determinados en el punto anterior, se seleccionaron las variables, la definición que tomarían para este estudio junto a los aspectos que mediría cada una, basados en la recopilación de datos del punto 4.2.1.

Tabla IV. 3: Variables, definición y aspectos a medir.

Dimensión	Definición	VARIABLES A MEDIR
Dimensión Demográfica	Identificación de aspectos demográficos de las personas mayores encuestadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Cantidad. • Residencia. • Composición del hogar. • Estado civil. • Jefe de Hogar².

² Para este caso se utilizó la misma definición entregada por el CENSO 2017, es decir, el Jefe/a de Hogar “Corresponde a un miembro del Hogar de 15 años o más, que reconocido/a como tal por el resto de los integrantes” (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017a).

Dimensión	Definición	VARIABLES A MEDIR
Dimensión Educativa	Identificación de los niveles educativos finalizados por personas mayores encuestadas, así como las razones del por qué se llegó a estas e intenciones de terminar sus estudios.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo. • Razones de deserción educativa. • Intenciones de continuidad de estudios y sus razones.
Dimensión Socioeconómica	Identificación del nivel socioeconómico que tienen las personas mayores encuestadas, condiciones del hogar y acceso a servicios básicos, para determinar condiciones de vulnerabilidad, abandono y proclividad a pobreza.	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de ingreso del hogar. • Caracterización de los ingresos del hogar y de la persona mayor. • Condiciones de vivienda. • Acceso a servicios básicos.
Dimensión Social	Identificación del nivel de reintegración social que percibe la persona mayor encuestada, así como su participación social y sus intenciones de trabajar.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de empleabilidad. • Cantidad de jubilados. • Intención de trabajar de las personas mayores y las razones para hacerlo. • Ocupación durante la mayor parte de la vida. • Existencia de apoyo familiar. • Frecuencia de visitas³. • Participación en programas sociales. • Percepción de la vejez de los encuestados. • Existencia de discriminación por edad. • Uso de internet y sus motivos.
Dimensión Salud	Identificar necesidades y acceso a rehabilitación por parte de las personas mayores encuestadas, así como a servicios de salud. También identificar niveles de dependencia, fragilidad y comorbilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión de salud. • Cantidad de consultas y controles médicos. • Hospitalizaciones. • Uso y gastos en medicamentos. • Existencia de enfermedades crónicas. • Acceso a medicamentos por el servicio público. • Uso de recurso o elemento para rehabilitación (lentes, audífonos, bastones, etc.). • Frecuencia de cambio de los recursos o elementos de rehabilitación. • Necesidad de recurso o elemento para realizar sus actividades diarias. • Dificultad para realizar labores básicas y autocuidado. • Fenotipo de la Fragilidad. • Nivel de actividad física. • Relación de enfermedades con ocupación.

Fuente: Elaboración propia.

³ Se considera visita con frecuencia cuando se efectúa al menos una vez al mes.

4.2.4. Instrumentos para la recolección de datos

Se diseñó un instrumento para obtener la información necesaria de la población estudiada, el cual se complementó con otro, con el fin de obtener un análisis completo según lo estipulado en el diseño de la metodología y así, cumplir con el objetivo específico de esta investigación. Los instrumentos utilizados son:

- Encuesta: Esta herramienta permitió recolectar los datos para el análisis cuantitativo del estudio, se elaboró considerando las variables mencionadas en la Tabla IV.2, permitiendo así obtener un diagnóstico de la situación actual de las personas mayores de algunos sectores de la comuna de Copiapó.
- Entrevistas: Se realizaron junto a algunas encuestas, con el objetivo de complementar la información entregada dentro de la misma, conociendo así la perspectiva personal de cada encuestado y sus vivencias a través del relato.

4.2.5. Procesamiento de datos

Para realizar el análisis cuantitativo, el procesamiento de datos se realizó a través del SW STATA, bajo un análisis general de cada variable permitiendo una caracterización de las personas mayores respecto a cada una, luego se realizó un análisis respecto a la relación que existen entre las variables. Finalmente, se compararon los resultados de los estudios mencionados en la Tabla IV.1 con los resultados obtenidos por este estudio, detallando cada variable y diferencias.

Por otro lado, para el análisis cualitativo se utilizó el SW Atlas.ti el cual permitió realizar el análisis exploratorio de las respuestas y codificarlas, accediendo así a tablas de co-ocurrencias y relaciones entre las respuestas, junto a nubes de ideas y diagramas Sankey.

4.2.6. Tamaño de la muestra

La muestra es definida tomando a un subgrupo de la población, considerando una alta representatividad y de forma aleatoria para que los resultados obtenidos en la investigación sean más precisos. Para el cálculo de la muestra probabilística de esta investigación, se utilizó la proyección entregada por el Instituto Nacional de Estadísticas de personas de 60 años o más existentes en la comuna de Copiapó para el año 2021 para población, además se consideraron factores como:

- Nivel de confianza al 90%
- Coeficiente de error de 5%

La fórmula utilizada fue:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- N: Tamaño de la población
- Z: Es la cantidad de desviaciones estándar que una proporción determinada se aleja de la media.
- p: Proporción esperada
- q: 1-p
- d: Precisión

En la tabla IV.4 se puede ver en detalle la proyección de población para el año 2021 de las personas con 60 años o más en la comuna de Copiapó en el radio urbano, especificada por género según el Instituto Nacional de Estadísticas (2019). Por lo tanto, al reemplazar en la formula con una población total de 25.053 personas considerando ambos géneros, se obtiene una muestra de 270 personas mayores a encuestar.

Tabla IV. 4: Proyección población 2021 de personas mayores en la comuna de Copiapó

Zona Urbana.

Edad	Hombre	Mujer
De 60 a 64 años	3.908	4.180
De 65 a 69 años	3.045	3.362
De 70 a 74 años	1.888	2.294
De 75 a 79 años	1.202	1.587
80 años o más	1.311	2.276
Total Población	11.354	13.699

Fuente: Elaboración propia en base a la información entregada por Instituto Nacional de Estadísticas – 2019.

4.2.7. Diseño del instrumento para recolección de datos

Para la creación de la encuesta se consideraron las dimensiones y variables explicadas en la tabla IV.3, además se realizó una tabla de Recolección de Datos (TRD) con la cual se definió lo que se quería conseguir con la pregunta, para qué se harían y finalmente las preguntas (Anexo 1).

El instrumento diseñado (Anexo 2) fue pasado a Google Forms, contando con preguntas semi-cerradas, abiertas y cerradas, donde se incluyó:

- Respuestas cortas y largas: en las cuales el encuestado puede escribir su respuesta según lo determinado en la configuración del cuestionario.
- Despliegue de alternativas: en las cuales el encuestado podrá elegir solo una alternativa dentro de las opciones entregadas.
- Opción múltiple: en las cuales el encuestado puede elegir una o más alternativas de las opciones entregadas. Además, se incluye la opción “otro” para que el encuestado pueda escribir su respuesta.
- Escala lineal: Alternativa que le presenta una pregunta al encuestado y este debe elegir cómo reaccionar ante la escala que se entrega de 1 al 5.

4.2.8. Validación del instrumento

Antes de aplicar oficialmente el instrumento, se llevó a cabo una validación de este para determinar si cumplía con las condiciones para aplicarlo a la muestra determinada y obtener los resultados esperados. En primera instancia, se tomó la encuesta a 10 personas mayores para ver cuáles eran sus respuestas y como reaccionaban a las preguntas, obteniendo como resultado la modificación de algunas preguntas y alternativas. Luego, se optó por preguntar a expertos que estuvieran relacionados con la población objetivo, por lo cual se recurrió a la Coordinadora regional del SENAMA Atacama Ada Bassi, quien aprobó el cuestionario y le dio validez. Además, la Fundación Superación de la Pobreza también hizo una revisión del instrumento y entregó la validación correspondiente.

4.2.9. Aplicación del instrumento

Para aplicar el instrumento, se recurrió a la publicación del link del formulario en diferentes redes sociales y medios, donde se especificó que si existía personas que necesitaran asistencia para contestar, fueran otras personas quienes les tomaran el cuestionario. Además, los investigadores aplicaron la encuesta de forma presencial y personal a gran parte de la muestra, aplicando así al mismo tiempo la entrevista. De esta última forma, se entabló una conversación más íntima con las personas mayores encuestadas, a modo de conocer sus vivencias, percepciones logrando que muchas de sus respuestas fueran explicadas de forma más completa.

CAPITULO V: Análisis e interpretación de los resultados

A continuación, se procederá a realizar el análisis de los resultados obtenidos al encuestar al 100% de la muestra calculada en la metodología, es decir, 270 personas mayores de diferentes sectores de la comuna de Copiapó, de las cuales 55% fueron mujeres y 45% fueron hombres. En cuanto a los sectores a los que pertenecían las personas mayores encuestadas, existió una amplia participación en todos los sectores determinados para realizar este estudio como se puede apreciar en el gráfico V.1. siendo el Sector Alto el que tuvo un mayor número de encuestados, seguido del Sector Punta Negra – Paipote – Fundación Paipote.

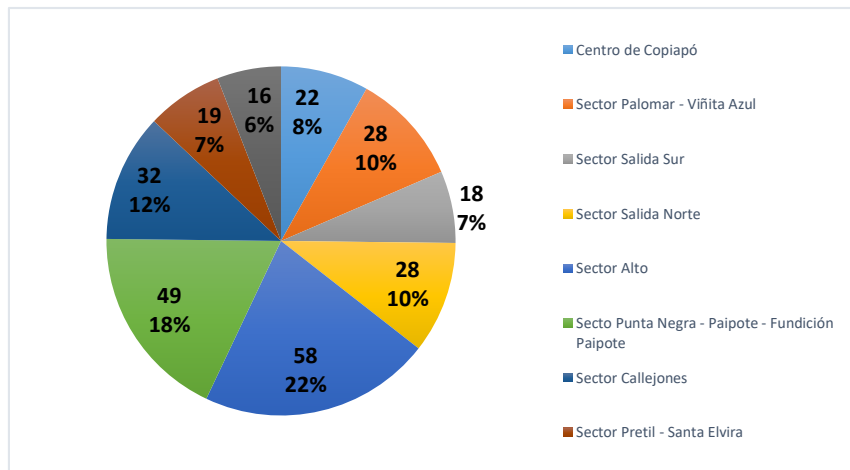


Gráfico V. 1: Personas mayores encuestadas por Sectores.

Fuente: Elaboración Propia.

5.1. Dimensión Demográfica

De acuerdo a la composición del hogar donde vivían las personas mayores, el 35% vivían con sus cónyuges, seguido por el 26% que vivía con sus hijos, el 14% que vivía sólo, el 13% que vivía con su cónyuge más otros familiares y, por último, el 12% que vivía con otros familiares. Cabe destacar, que cuando se refería a otros familiares según el mismo relato de las personas mayores, era con nietos/as, hermanos/as, sobrinos/as u otros familiares que no implicaban descendencia directa de la persona misma. (Anexo 3, Tabla A.2)

Cuando se les preguntó a las 39 personas que vivían solas la razón de esto, la alternativa más común con un 64% fue “Por decisión propia”, mencionando en unos casos que no tuvieron hijos y no se casaron nunca, por lo que han vivido la mayor parte de su vida solos, por otro lado, otras personas mencionaron que, si bien tuvieron hijos y familia, ellos estarían viviendo en sus respectivas casas, por lo que cuando tuvieron la alternativa de irse con ellos optaron por no hacerlo. El 15% de las personas que vivían solas dicen que lo hicieron por otros motivos, como cambiarse de ciudad o prefirieron no especificar. El 8% mencionó que sus familiares o hijos vivían en otra ciudad y un no menor 13% dijo no tener contacto con otros familiares, esto según lo comentado por ellos, porque estaban peleados entre sí o porque ellos habrían cortado la comunicación. (Anexo 3, Tabla A.3) Respecto a quien era el jefe de hogar, al cruzar esta información con la de con quienes vivían, se puede apreciar que en una amplia mayoría de las personas encuestadas, ellos mismos eran el jefe de hogar o bien, lo era su cónyuge. Esta información queda más clara en el Gráfico V.2. donde se encuentra la distribución de la cantidad de personas mayores que es jefe de hogar de acuerdo a con quien vive.

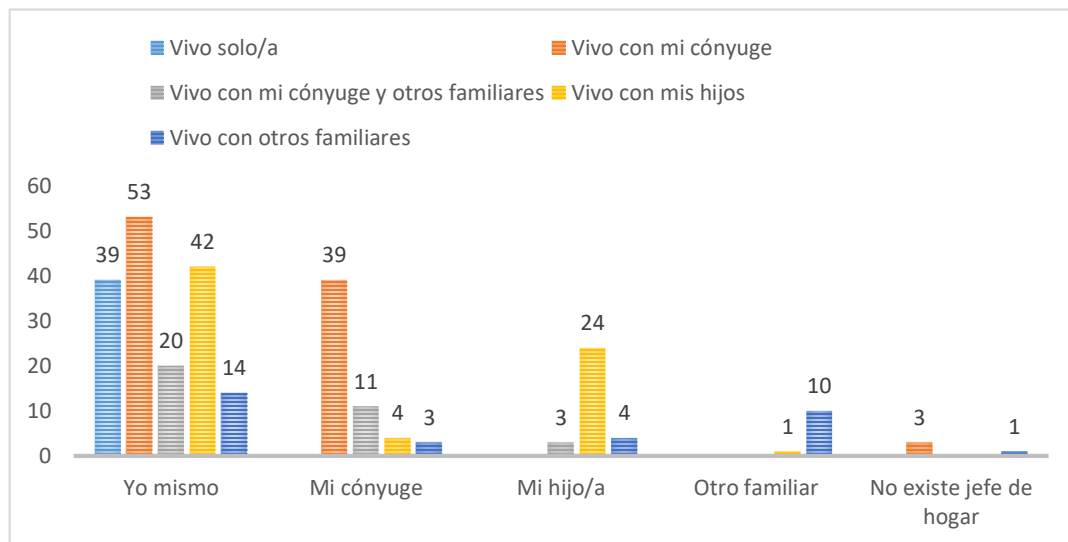


Gráfico V. 2: Jefe de hogar respecto a con quien vive.

Fuente: Elaboración propia.

En el caso donde las mismas personas encuestadas eran el jefe de hogar, cuando vivían con los hijos, es porque más bien, los hijos seguían viviendo con ellos, siendo que en algunos casos los hijos tenían trabajo mientras que, en otros, se encontraban estudiando aún. Cuando se mencionó a otros familiares, esta opción incluía hijos y nietos juntos, solo

nietos, hermanos u otros familiares como yernos que no eran parte de la descendencia directa de la persona encuestada. Por último, en el caso de los hogares que no existía jefe de hogar, es porque a pesar de vivir con otras personas, dentro del hogar mismo no se consideraba a ninguno como el jefe de hogar y cada quien tomaba decisiones dentro de él. (Anexo 3, Tabla A.4)

Finalmente, en la dimensión demográfica se preguntó por el estado civil de las personas encuestadas, donde se determinó que existían más personas casadas como se puede ver en el gráfico V.3., dentro de estas 131 personas, el 81% estuvo casado la mayor parte de su vida, es decir, por más de 40 años. Llama la atención entre estos, que 3 personas se casaron hace menos de un año. Ahora, si bien la mayoría de las personas estaban casadas, la proporción fue mayor en los hombres con un 54% de los 121 por sobre el 44% de las 149 mujeres, considerando que un poco más de la mitad de la muestra fueron mujeres, significaría que hubo más tendencia en los hombres a estar casados.

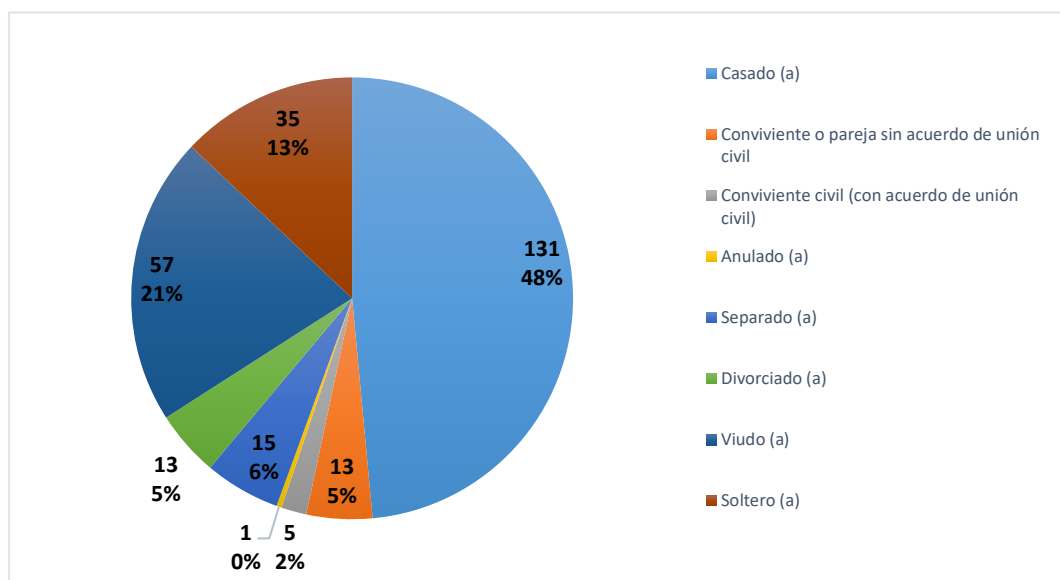


Gráfico V. 3: Estado civil de personas mayores.

Fuente: Elaboración propia.

A los casados, le siguieron las personas viudas, donde dentro de las 57 personas, el 30% quedó viudo entre 1 a 5 años atrás, el 32% entre 5 a 10 años atrás y el 23% hace más de 10 años. En estos últimos dos casos algunos encuestados mencionaron que volvieron a tener pareja, pero optaron por no volver a casarse o formalizar legalmente su relación. Cabe mencionar que, de las personas viudas, 2 comentaron que han estado viudos la mayor

parte de su vida, siendo la razón común entre ellos que se casaron jóvenes y sus parejas murieron a menos de 3 años de estar casados, donde además no volvieron a contraer un compromiso legal con sus parejas posteriores por lo que su estado civil siguió siendo viudo/a hasta el momento de la encuesta. Realizando el análisis por sexo, el 23% de las mujeres estaba viuda mientras que el 19% de los hombres lo estaba, es decir, en el caso de esta muestra existían más mujeres viudas que hombres (Anexo 3, Tabla A.5).

Los solteros fueron la tercera proporción mayor, dentro de las 33 personas que formaron este grupo, el 94% mencionó que este ha sido su estado civil la mayor parte de la vida, puesto que optaron por no casarse o comprometerse legalmente con las parejas que tuvieron, algunas de estas personas si tuvieron hijos, mientras que otros no lo hicieron. Cabe destacar que el 16% de las mujeres estaba soltera mientras que en los hombres este estado civil fue de un 9%, de hecho, la cantidad de mujeres solteras fue un poco más del doble de los hombres solteros. A esto, se suma el hecho de que de los encuestados que estaban separados, el 73,3% correspondía a las mujeres. Contrario a lo último, en el caso de los divorciados fueron más los hombres que las mujeres, pero por una diferencia leve de una persona (Anexo 3, Tabla A.6).

Finalmente, respecto a la cantidad de personas mayores que componían los hogares, fue prácticamente igual la cantidad entre 1 y 2 personas mayores por hogar, de hecho, en el primer caso correspondía al 48,5% de los encuestados, mientras que, el segundo correspondía al 49,3%. En el gráfico V.4. se especifica la cantidad de personas mayores por hogar considerando con quien vive la persona encuestada.

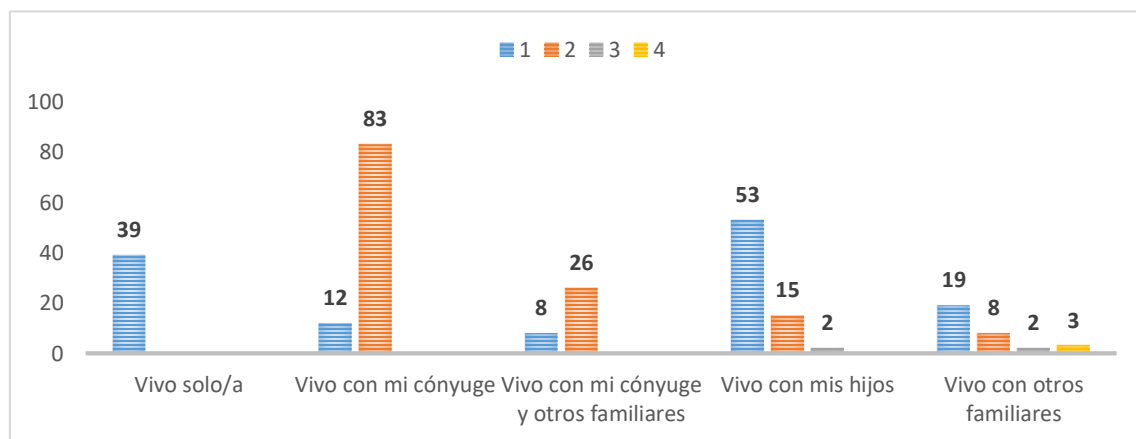


Gráfico V. 4: Cantidad de personas mayores y composición del hogar.

Fuente: Elaboración propia.

Es claro que, si la persona encuestada vivía sola, sería la única persona mayor que compone el hogar. Pero, en el caso de la opción de vivir solo con el cónyuge, de las 95 personas el 13% solo tenía a una persona mayor dentro del hogar, esto se explicó atribuyendo a que en esos casos el cónyuge resultó tener una diferencia de edad con la persona encuestada, por lo que aún no habían cumplido 60 años, caso que se repitió con un 24% de las 34 personas que vivían en la categoría con mi cónyuge y otros familiares. En el caso de las personas que vivían con sus hijos, el 76% solo contaba con una persona mayor dentro del hogar, en muchos de estos casos la razón era porque el encuestado se encontraba separado, divorciado, soltero o viudo al momento de tomar la encuesta, considerando que 104 de los casos que tenían solo a una persona mayor dentro del hogar correspondían a estos estados civiles, es decir, el 80% del total (Anexo 3, Tabla A.7). Por otro lado, existían más de dos personas mayores en el hogar cuando el encuestado vivía con sus hijos, esto se debía a que en algunos casos el encuestado tenía hijos que también eran personas mayores, o bien contaba con una pareja, pero no de manera legalmente formalizada y vivía en el hogar, también existieron casos en que vivían también los suegros de los hijos en la casa u otro familiar, esto último también ocurrió en el caso de tener tres personas mayores en el hogar. Por último, en el caso de vivir con otros familiares, se explica con el hecho de que muchas personas mayores vivían con hermanos o con sus padres que también son personas mayores (Anexo 3, Tabla A.8).

5.2. Dimensión Educacional

Respecto a las variables educacionales consideradas, se les preguntó a las personas mayores hasta que nivel educacional habían llegado, siendo el nivel más alto la enseñanza media completa con un 31%, seguido de cerca por la básica incompleta con un 26%, luego vinieron el nivel enseñanza media incompleta y la básica completa con un 17% y 14% respectivamente, esto quiere decir que 154 personas mayores no lograron terminar su enseñanza media. Se notó también, que 31 personas llegaron a la enseñanza superior y la mayoría logró terminarla obteniendo así un título profesional, estas personas pertenecieron al 9,6% de la muestra (Anexo 4, Tabla A.9).

Respecto al nivel educacional por sexo, los hombres en su mayoría llegaron solo a la enseñanza básica incompleta con un 27,3% y un 0,23 de coeficiente de correlación seguido de la media completa con un 26,4% con un 0,2 de correlación, en las mujeres estas enseñanzas también fueron las que predominaron, pero siendo el caso contrario, es decir, la enseñanza media completa fue mayor con un 35,6% y un coeficiente de correlación de 0,32, seguida del 24,8% con un coeficiente de 0,22 de la enseñanza media incompleta, con los coeficientes más cercanos a uno se puede ver la relación que existe entre ambas variables. Los coeficientes y su significancia se pueden ver de mejor manera en la tabla V.1.

Tabla V. 1: Correlación entre nivel educacional y sexo.

	Enseñanza... (n) 37	Enseñanza... (n) 70	Enseñanza... (n) 85	Enseñanza... (n) 47	Enseñanza S... (n) 5
◇ Hombre (n) 108	23 (0,19)	33 (0,23)	32 (0,20)	19 (0,14)	1 (0,01)
◇ Mujer (n) 136	14 (0,09)	37 (0,22)	53 (0,32)	28 (0,18)	4 (0,03)

Fuente: Elaboración Propia.

Se realizó también un análisis del nivel educacional respecto a diferentes rangos etarios, los cuales se pueden ver en el gráfico V.5.

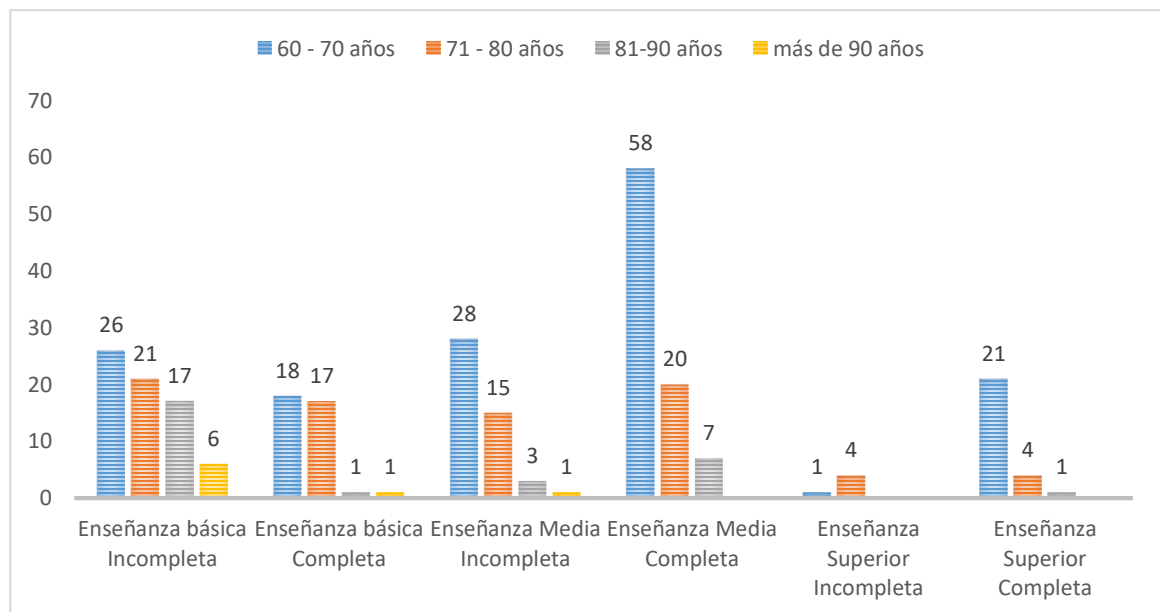


Gráfico V. 5: Nivel educacional por rango etario.

Fuente: Elaboración propia.

Con esto se concluyó que las personas mayores entre 60 a 70 años fueron quienes más llegaron a la enseñanza media completa, puesto que del total de personas de este rango el 38,2% llegó a este nivel, seguido por debajo de la enseñanza media incompleta con un 18,4% y la básica incompleta con 17,1%, además, este rango etario fue el que con mayor proporción terminó sus estudios superiores con 21 personas de 26. Si sube el rango de 71 a 80 años, el nivel que predominó fue la enseñanza básica incompleta con un 25,9% de la cantidad de personas de esta edad, seguido de cerca por la enseñanza media completa con un 24,7% y la básica completa con un 21%, además, en este rango etario existieron 4 personas que completaron su enseñanza superior. En cuanto al rango etario de 81 a 90 años, la mayoría con un 58,6% llegó solo a la enseñanza básica incompleta y lo siguió muy por debajo la enseñanza media completa con un 24,1%, en este caso solo una persona completó su enseñanza superior. Finalmente, el rango de personas con más de 90 años en su mayoría sólo llegó a la enseñanza básica incompleta con un 75% del total de personas de esa edad, seguido de básica completa y media completa ambos con un 12,5% por igual. Respecto a la relación entre variables, el coeficiente de correlación más grande del análisis por edad fue de 0,37 entre las variables de 60 a 70 años y la enseñanza media completa, mientras que el segundo coeficiente más alto fue de 0,28 entre las variables de más de 80 años y la enseñanza básica incompleta. Los coeficientes y sus relaciones se aprecian de mejor manera en la tabla V.2.

Tabla V. 2: Correlaciones entre nivel educacional y edad.

	◆ Enseñanza... ⊙ 37	◆ Enseñanza... ⊙ 70	◆ Enseñanza... ⊙ 85	◆ Enseñanza... ⊙ 47	◆ Enseñanza S... ⊙ 5
◆ 60 a 70 años ⊙ 131	18 (0,12)	26 (0,15)	58 (0,37)	28 (0,19)	1 (0,01)
◆ 71 a 80 años ⊙ 77	17 (0,18)	21 (0,17)	20 (0,14)	15 (0,14)	4 (0,05)
◆ Más de 80... ⊙ 36	2 (0,03)	23 (0,28)	7 (0,06)	4 (0,05)	

Fuente: Elaboración propia.

Debido al alto porcentaje de personas mayores que no terminaron su enseñanza media e inclusive no lograron terminar la básica, se les consultó cuál fue el motivo de la deserción del estudio, en las respuestas existió una gran diferencia entre las razones de los hombres y de las mujeres. En el gráfico V.6. se logra diferenciar los motivos de deserción por sexo.

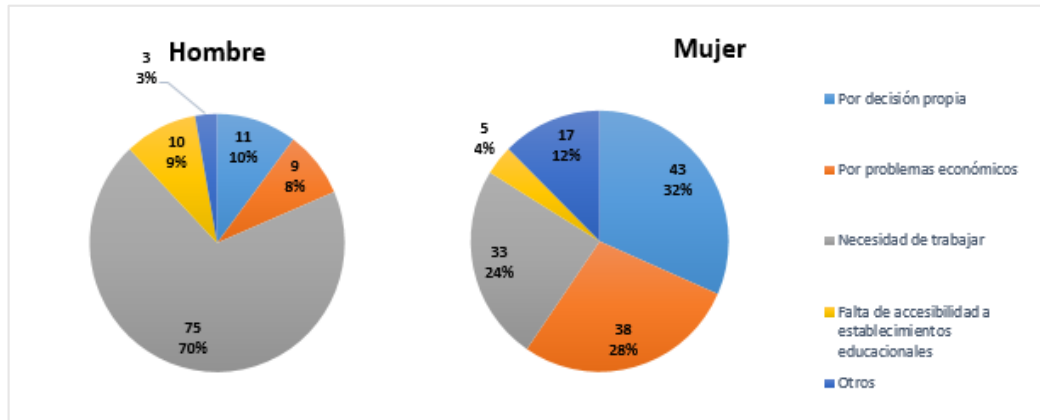


Gráfico V. 6: Deserción estudios por sexo.

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver, en su mayoría los hombres dejaron de estudiar porque tenían la necesidad de trabajar, de hecho, la correlación que existió entre estas dos variables fue de un coeficiente 0,53, cuando se preguntó porque tuvieron que empezar a trabajar, los hombres comentaron que debían ayudar en sus casas y mantener a hermanos o hijos desde temprana edad, por lo que era mejor dejar de estudiar para ellos y tener un empleo a tiempo completo. En tanto que, las mujeres tuvieron una mayor distribución en los motivos para dejar de estudiar, siendo la opción “decisión propia” la más alta y con una mayor correlación con un 0,29 de coeficiente, con el relato de las mujeres que elegían esta opción se entendió que tuvieron que hacerse responsables de sus hermanos o hijos y de las labores de la casa porque nadie más lo podía hacer, de la mano de esta opción, se encuentra la de problemas económicos con una correlación de coeficiente 0,26 en las mujeres, dándose a entender que el tener más hermanos hacía que los padres no tuvieran los recursos para que ellas continuaran sus estudios, ya que debía darle la opción a todos. Sumándose a estas mismas razones, se encontró la opción por necesidad de trabajar con un coeficiente más bajo de 0,16. Las correlaciones y los coeficientes se pueden observar en la Tabla V.3.

Tabla V. 3: Correlaciones entre deserción escolar y sexo.

		◊ Falta de acc... (n) 15	◊ Necesidad... (n) 108	◊ Otros (n) 20	◊ Por decisió... (n) 54	◊ Problemas... (n) 47
◊ Hombre (n) 108		10 (0,09)	75 (0,53)	3 (0,02)	11 (0,07)	9 (0,06)
◊ Mujer (n) 136		5 (0,03)	33 (0,16)	17 (0,12)	43 (0,29)	38 (0,26)

Fuente: Elaboración propia.

A las personas que no lograron terminar sus estudios, es decir, no terminaron o llegaron a la enseñanza superior, se les preguntó si tenían la disposición a continuar sus estudios, el 72% contestó que no, entre las principales razones de esta respuesta la más común según el relato era que a estas alturas de la vida ya era innecesario y no serviría de mucho, aunque también existieron personas que mencionaron que sentían no tener la capacidad suficiente para rendir en los estudios a estas alturas de su vida (Anexo 4, Tabla A.11). Por otro lado, un 28% dijo que sí le gustaría terminar sus estudios, de las cuales 59 de estas personas eran mujeres correspondientes al 85,5% de quienes dijeron que sí, mientras que solo 10 eran hombres. En el caso de ambos sexos, la mayoría eligió la opción “Por autosatisfacción”, pero en el caso de las mujeres esta llegó a un 66% de las elecciones y a un coeficiente de correlación de 0,63, siendo más alto que el de los hombres que fue de apenas un 0,1 aun cuando tuvo la mayoría del porcentaje de las opciones con un 50%, es más, a pesar de esto último, la opción que tuvo un coeficiente de correlación más alto en los hombres fue “Por tener más oportunidades” con un 0,25. Las demás opciones junto a sus coeficientes de correlación y significancia se pueden ver mejor en la Tabla V.4., además el flujo de las elecciones por variable mujer u hombre se pueden apreciar en el diagrama de Sankey de la figura V.1.

Tabla V. 4: Correlación entre la razón de querer seguir estudiando y sexo.

	◇ Autosatisfa... ⊙ 45	◇ Motivos per... ⊙ 4	◇ Para aumen... ⊙ 12	◇ Para desenv... ⊙ 3	◇ Para tener... ⊙ 5
◇ Hombre ⊙ 10	5 (0,10)	1 (0,08)		1 (0,08)	3 (0,25)
◇ Mujer ⊙ 59	40 (0,63)	3 (0,05)	12 (0,20)	2 (0,03)	2 (0,03)

Fuente: Elaboración propia.

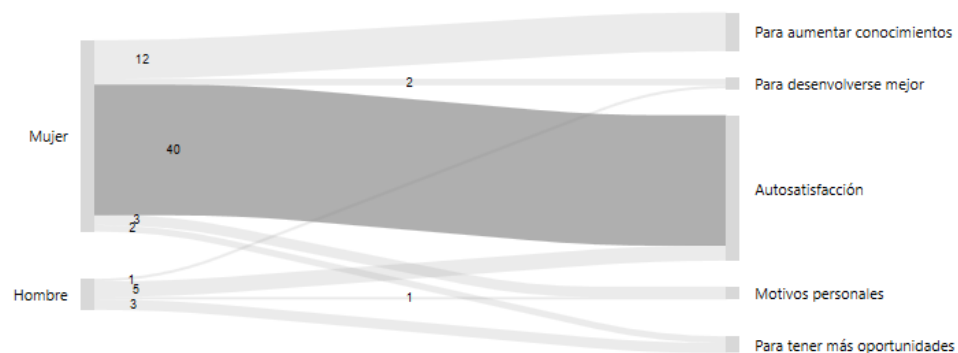


Figura V. 1: Diagrama Sankey entre sexo y motivos para continuar estudios.

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Dimensión Socioeconómica

Para el caso de esta dimensión, se comenzó preguntando por un ingreso aproximado del hogar con el fin de conocer dentro de que rangos se encontraban las personas encuestadas. El detalle de los rangos y cantidad de personas dentro de ellos se pueden observar en el gráfico V.7.

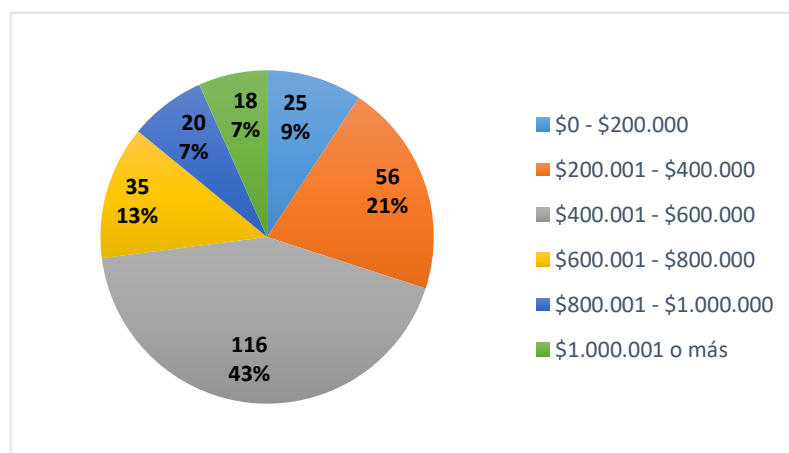


Gráfico V. 7: Nivel de ingresos aproximados del hogar.

Fuente: Elaboración propia.

El rango de ingresos dentro del hogar que predominó dentro de los encuestados fue de \$400.001 a \$ 600.000, de los cuales el 46,5% de los 116 vivía con su cónyuge y ambos eran personas mayores dentro del hogar y 23,3% de los que se encontraban en este rango vivían con uno o más hijos. El rango que le siguió es el de \$200.001 a \$400.000 al cual pertenecían 56 personas y donde de ellas el 30,4% vivía sola, el 25% vivía con su cónyuge y la misma proporción vivía con uno o más hijos. Para el caso del rango de \$600.001 a \$800.000, de las 35 personas que afirmaron que su hogar tenía un ingreso dentro ese rango, el 37,1% vivían con su cónyuge, el 28,6% lo hacía con el cónyuge y más familiares y el 22,9% con uno o más hijos. Por otro lado, existieron 25 personas que en su hogar tenían un ingreso inferior al sueldo mínimo, es decir, entre \$0 a \$200.000, de estas el 52% vivía sólo/a y el 28% vivía con uno más hijos en el hogar, siendo además la única persona mayor dentro de él. Respecto al rango de ingresos de \$800.001 a \$1.000.000, de las 20 personas el 45% mencionó que vivía con uno o más hijos y el 25% vivía con otros familiares dentro de los cuales se encontraban nietos, hermanos, entre otros. Por último, los hogares de los encuestados que tuvieron un ingreso superior a \$1.000.000 en su mayoría con un 44,4%

vivían con su cónyuge y otros familiares, el 22,2% vivía con uno o más hijos y en una proporción igual al 16,7% vivían con otros familiares o sólo con su cónyuge.

En cuanto a la principal fuente de estos ingresos en los hogares, las más comunes fueron pensiones y un trabajo formal, correspondientes al 46% y 43% respectivamente, muy por debajo se encontró el trabajo informal con un 8% y los bonos o beneficios estatales con un 3%. Esto cambió cuando se trató de la principal fuente de ingresos de la persona mayor encuestada, donde de las 270 el 63% dijo que eran las pensiones y el 23% mencionó al trabajo formal, en el caso del trabajo informal sólo formó parte del 8% y los bonos o beneficios estatales el 4% (Anexo 5, Tabla A.12).

Continuando con los ingresos del hogar, se cruzó la variable principal fuente de ingresos del hogar con la variable con quien vive cuyo detalle se muestra en detalle en el gráfico V.8.

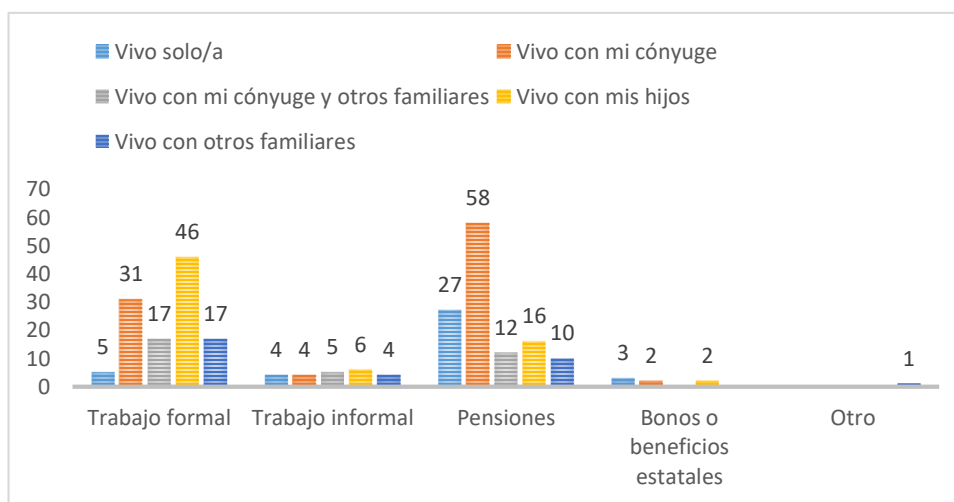


Gráfico V. 8: Con quién vive y fuente de ingresos del hogar.

Fuente: Elaboración propia.

Con esto se evidenció que el trabajo formal fue la principal fuente de ingresos en los hogares cuando la persona mayor encuestada vivía con uno o más hijos, correspondiente al 66% de las personas que vivían en esta situación, mientras que, el trabajo formal corresponde al 33% de las personas que vivían solos con su cónyuge, al 50% cuando vivían con su cónyuge y otros familiares, al 53% cuando vivían con otros familiares como hermanos, nietos, sobrinos, entre otros y por último, al 13% cuando las personas vivían solas. Si bien el trabajo informal fue el menos elegido como fuente principal de ingresos del hogar, dentro de los hogares que contaban con esta fuente según los encuestados, el

15% de las personas que vivían con su cónyuge y otros familiares, el 13% lo hacía con otros familiares, 10% vivía sólo y el 9% con uno o más hijos. Cuando correspondía a hogares que tenían las pensiones como principal fuente de ingresos, del 69% de las personas que vivían solas eran parte de ellos junto al 61% de las personas que vivían solo con su cónyuge, también estaban el 35% de los que vivían con su cónyuge y otros familiares, el 31% de los que vivían con otros familiares y el 23% que vivían con uno o más hijos.

Pasando al tipo de casa donde vivían los encuestados, el 83,9% vivía en una casa propia de la cual era dueño o bien, era de su cónyuge. El 10% vivía en una casa cuyo dueño era un hijo/a y un 2,6% en donde un nieto u otro familiar era el dueño, el 8,5% arrendaba una casa y un 7,4% estaba dentro del rango otros, o sea, arrendaban una pieza en algún lugar o tenían casas en terrenos que no eran propios, pero tampoco pagaban arriendo y en algunos casos la casa era prestada, es decir, cercanos o amigos se las dejaban para que no estuvieran solas pero las personas no pagaban arriendo (Anexo 5, Tabla A.14, Tabla A.15). La mayoría de los encuestados vivían en casas aisladas, pareadas, no pareadas y departamentos, sin embargo 3 personas lo hacían en una pieza arrendada, 4 en una mediagua, mejora o vivienda de emergencia, estos últimos mencionaron que se las habían entregado después del aluvión que afectó a la comuna en el año 2015; en el caso de las viviendas consideradas chozas solo una persona vivía en una y lo mismo ocurrió con quien vivía en una vivienda precaria de materiales reutilizados, cabe destacar que estas dos últimas situaciones se encontraban en el Sector Alto (Anexo 5, Tabla A.16).

Otro punto son los servicios básicos que se encontraban en el hogar, todos los encuestados afirmaron que tenían energía eléctrica dentro del hogar y en el 98,5% de los casos la fuente principal era la red pública con medidor, aunque 2 personas dijeron que su fuente era la red pública sin medidor y las mismas dos personas que vivían en una choza y vivienda precaria mencionaron tener un generador propio de energía. De la misma forma, todos los encuestados contaban con agua potable dentro de sus hogares y el 99% con fuente de la red pública con medidor, el 1% restante correspondió a las mismas 2 personas que vivían en choza y vivienda precaria, puesto que ellos recibían el agua de camiones aljibe.

En lo que se refiere a la conectividad a internet de los hogares de los encuestados, el 59,3% comentó que tenían una fuente de internet en el hogar y el otro 40,7% dijo que no la tenían.

De las 160 personas que dijeron que su hogar tenía acceso a internet, el 93,8% era parte de una fuente de internet fijo como el internet hogar, el 4,4% tenía acceso porque compartían internet desde un celular y el 1,9% utilizaba ambas fuentes en conjunto (Anexo 5, Tabla A.17). Se realizó una comparación respecto a con quien vive la persona mayor encuestada con la conectividad a internet del hogar, esto se refleja en el gráfico V.9.

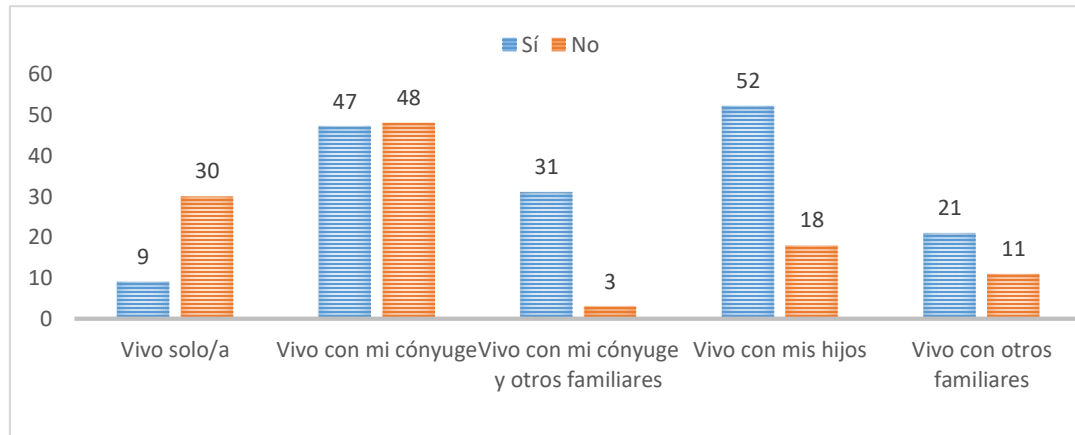


Gráfico V. 9: Con quien vive y conectividad a internet del hogar.

Fuente: Elaboración propia.

En este cruce de variables, se notó que existía una mayor proporción en los hogares con internet cuando la persona mayor vivía con su cónyuge y otros familiares, puesto que de las 34 personas que están dentro de esta categoría el 91,2% tenía internet dentro de su hogar, asimismo cuando vivían con uno o más hijos el 74,3% de estos hogares contaban con una fuente de internet y de los que vivían con otros familiares, el 65,6% comentó que su hogar tenía conexión a internet. Por otro lado, cuando la persona vivía solo con su cónyuge casi la mitad de los hogares tenía conectividad con un 49,5% y en el caso de quienes vivían solos la cantidad de hogares que contaba con conexión a internet era más baja con un 23,1%.

5.4. Dimensión Social

En esta dimensión se evaluaron diferentes puntos de la vida de las personas mayores encuestadas desde la perspectiva de la integración social.

En primera instancia, se les consultó a las personas cuál había sido su ocupación durante la mayor parte de su vida, en el caso de los hombres la nube de palabras que se ve en la

figura V.2. deja en descubierto cuáles fueron las ocupaciones para este sexo, donde las palabras más grandes indican las que más se repitieron.



Figura V. 2: Mayor ocupación en la vida de los hombres.
Fuente: Elaboración propia.

La ocupación más común fue Minero, puesto que de los 121 hombres el 17,4% desempeñó esta ocupación la mayor parte de su vida, la segunda ocupación más mencionada fue Chófer con el 8,3%, le sigue Maestro con el 5,8% y Pirquinero con el 4,1%, las demás ocupaciones fueron repetidas por 3 o menos personas. Si bien, minero fue la ocupación más repetida dentro de los hombres encuestados, no se puede decir que existió una relación alta entre estados variables, puesto que su coeficiente de relación fue de apenas un 0,17 y las demás ocupaciones no lograron tener un coeficiente significativo, esto queda más claro en la Tabla V.5.

Tabla V. 5: Correlacione entre variable hombre y ocupaciones.

	● ◊ Hombre n = 121	
● ◊ administra... n = 3	3 (0,02)	●
● ◊ administra... n = 3	3 (0,02)	●
● ◊ chófer n = 10	10 (0,08)	●
● ◊ colectivo n = 4	4 (0,03)	●
● ◊ contador n = 4	4 (0,03)	●
● ◊ ingeniero n = 3	3 (0,02)	●
● ◊ jardinerio n = 3	3 (0,02)	●
● ◊ junior n = 3	3 (0,02)	●
● ◊ maestro n = 7	7 (0,06)	●
● ◊ mecánico n = 3	3 (0,02)	●
● ◊ minero n = 21	21 (0,17)	●
● ◊ pirquinero n = 5	5 (0,04)	●
● ◊ vendedor n = 3	3 (0,02)	●

Fuente: Elaboración propia

El mismo análisis se hizo para las mujeres, en la figura V.3. se encuentra su nube de palabras respecto a la ocupación en la vida de las mujeres que fueron encuestadas.



Figura V. 3: Mayor ocupación en la vida de las mujeres.
Fuente: Elaboración propia.

En este caso se observa una menor cantidad de ocupaciones mencionadas por las encuestadas, siendo la ocupación Dueña de casa notoriamente la más repetida, de hecho, el 43% de las mujeres mayores se dedicaron a esta actividad la mayor parte de su vida, seguido del 8,1% que fue Asesora del hogar y el 6,7% que Vendedora, los casos de Modista y Comerciante coincidieron en su proporción con un 5,4%, al igual que Auxiliar de aseo, Profesora y Secretaria, pero con un 3,4%, las otras ocupaciones se repitieron 3 o menos veces en las respuestas de las mujeres. Respecto a la relación que existe entre la variable Dueña de casa y el ser mujer, es más significativa que en el análisis de los hombres, ya que el coeficiente de correlación es de un 0,43, mientras que las otras ocupaciones no tuvieron un coeficiente lo suficientemente significativo como se puede ver de mejor manera en la Tabla V.6.

Tabla V. 6: Correlación entre la variable mujer y ocupaciones.

● ◆ Asesora de...	12	12 (0,08)
● ◆ Auxiliar aseo	5	5 (0,03)
● ◆ comerciante	8	8 (0,05)
● ◆ cuidadora	3	3 (0,02)
● ◆ Dueña de...	64	64 (0,43)
● ◆ modista	8	8 (0,05)
● ◆ profesora	5	5 (0,03)
● ◆ secretaria	5	5 (0,03)
● ◆ vendedora	10	10 (0,07)

Fuente: Elaboración propia.

Pasando al ámbito laboral, cuando se consultó a las personas mayores si habían tenido empleo en el último tiempo, el 29,3% dijo que sí lo ha tenido y el 70,7% dijo no. En el gráfico V.10. se desglosaron estas respuestas por rangos de edad, permitiendo ver cuántas personas mayores seguían trabajando a pesar de estar sobre la edad de jubilación.

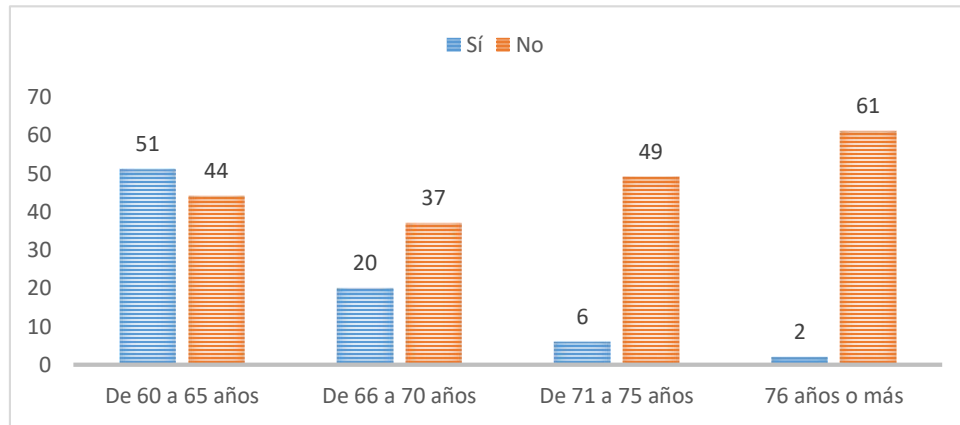


Gráfico V. 10: Personas mayores trabajando por edad.

Fuente: Elaboración propia.

De las 95 personas que se encontraban en un rango de los 60 a 65 años el 53,7% tuvo trabajo en el último tiempo, de los que dijeron que sí en este rango, el 62,7% fue hombre y el 37,3% fue mujer. Continuando con el rango de 66 a 70 años, de las 57 personas mayores que pertenecieron a ese rango el 35,1% sí tuvo empleo en el último periodo, de estas 20 personas la mitad fue hombre y la otra mujer. Para el rango 71 a 75 años ocurrió una disminución considerable de las personas que sí habían tenido empleo, debido a que de las 55 personas solo el 11% lo tuvieron, para este caso la mayoría de los que dijeron que sí fue hombre, es decir, de los 6 el 83,3% era de este sexo y el resto correspondía a 1 mujer. Por último, en el caso de los 76 años o más, las únicas personas trabajando fueron 2 hombres correspondientes al 3,2% del total de las personas encuestadas que estaban en ese rango de edad.

Además de evaluar la ocupación de las personas mayores, se preguntó por la disposición a trabajar que tenía cada uno de los encuestados que dijo que no había tenido empleo en el último periodo, de estas 191 personas el 22,5% dijo que sí y el 77,5% restante dijo que no. Así pues, de los que sí tenían disposición a trabajar 24 fueron hombres con un 55,8% y 19 fueron mujeres con un 44,2% (Anexo 6, Tabla A.18). Las razones por el cual estas personas querían trabajar se especificaron en detalle según el sexo en el gráfico V.11.

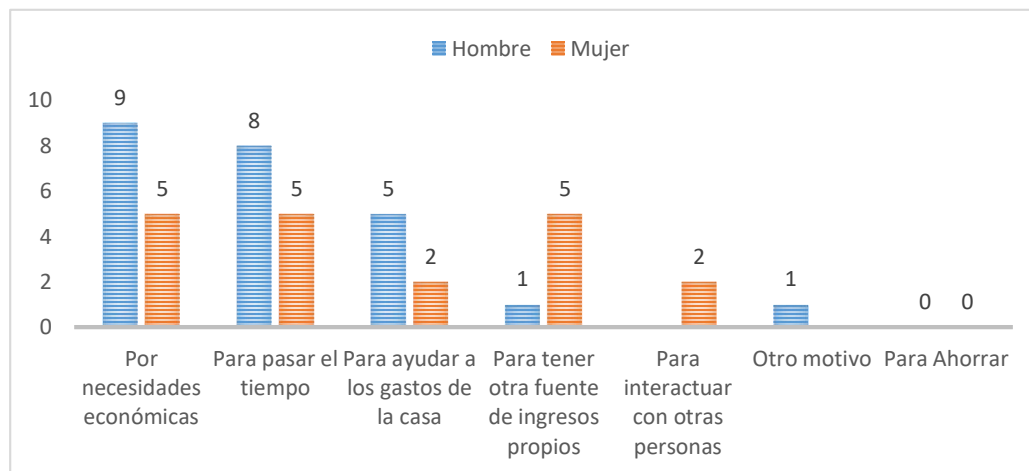


Gráfico V. 11: Razón para querer trabajar según sexo.

Fuente: Elaboración propia.

De los 24 hombres, el 37,5% quería trabajar por necesidades económicas llegando a un coeficiente de correlación del 0,31 entre estas dos variables, el 33,3% lo quería hacer para pasar el tiempo con un coeficiente del 0,28 y el 20,8% quería ayudar a los gastos de la casa con un coeficiente del 0,19, también 1 hombre mencionó que quería tener otra fuente de ingresos propios. En cambio, de las 19 mujeres, en igual proporción, el 26,3% quería trabajar por necesidades económicas, para pasar el tiempo y para tener otra fuente de ingresos propios, pero a pesar de que estas tres razones tuvieron el mismo porcentaje, existe una mayor relación entre la variable mujer y para tener más oportunidades con un coeficiente de correlación del 0,25, mientras que para pasar el tiempo y por necesidades económicas tuvieron unos coeficientes de 0,19 y 0,18 respectivamente, además 2 mujeres dijeron que querían interactuar con otras personas y otras 2 que querían ayudar a los gastos de la casa. Ninguna de las personas mayores encuestadas que tenían disposición a trabajar lo quería hacer para ahorrar. Los coeficientes y su significancia se pueden ver en la Tabla V.7.

Tabla V. 7: Correlaciones entre las razones para querer trabajar y el sexo.

	◇ Para ayudar... Ⓜ 7	◇ Para interac... Ⓜ 2	◇ Para pasar e... Ⓜ 13	◇ Para tener o... Ⓜ 6	◇ Por necesid... Ⓜ 14
◇ Hombre Ⓜ 24	5 (0,19)		8 (0,28)	1 (0,03)	9 (0,31)
◇ Mujer Ⓜ 19	2 (0,08)	2 (0,11)	5 (0,19)	5 (0,25)	5 (0,18)

Fuente: Elaboración propia.

Por el otro lado, en el caso de las razones del porqué no estaban trabajando a pesar de tener la disposición de trabajar, de los 24 hombres, en proporciones iguales del 29,6% respectivamente, no lo hacían porque se habían jubilado, porque no habrían encontrado trabajo o por problemas de salud, solo 1 mencionó que sus familiares no le permitían trabajar, sin embargo, las relaciones variaron un poco respecto a las razones que tenían el mismo porcentaje, el mayor fue porque se jubiló con un coeficiente de correlación de 0,28, seguido de por problemas de salud con un 0,26 y finalmente de un 0,25 del porqué no había encontrado trabajo, las otras razones no lograron un coeficiente significativo. Por otra parte, de las 19 mujeres, 31,6% no podía trabajar porque debía cuidar a un familiar siendo la relación más alta con un coeficiente de correlación del 0,32, seguido del 21,1% que no había encontrado trabajo con un coeficiente del 0,15 y por las partes iguales del 15,8% que no podían trabajar por problemas de salud y porque sus familiares no se lo permitían, aunque en esos casos, el primero tuvo un coeficiente del 0,12 y el otro de un 0,15, es decir, existió una relación similar entre la variable mujer con las razones para no trabajar porque sus familiares no lo permitían y por qué no habían encontrado trabajo a pesar de tener porcentajes distintos, además solo una mujer dijo no haber trabajado porque ya estaba jubilada. Los coeficientes y su significancia quedan más claros en la Tabla V.8. (Anexo 6, Tabla A.19)

Tabla V. 8: Correlación entre las razones para no poder trabajar y el sexo.

	◇ Otro motivo ④ 4	◇ Por proble... ⑩ 10	◇ Porque deb... ⑥ 6	◇ Porque me j... ⑧ 8	◇ Porque mis... ④ 4	◇ Porque no... ⑪ 11
◇ Hombre ④ 24	2 (0,08)	7 (0,26)		7 (0,28)	1 (0,04)	7 (0,25)
◇ Mujer ④ 19	2 (0,10)	3 (0,12)	6 (0,32)	1 (0,04)	3 (0,15)	4 (0,15)

Fuente: Elaboración propia.

Cambiando el análisis, también se consultó a las personas mayores si eran visitados con frecuencia por los familiares que no vivían con ellos, el 26,3% dijo que no y el otro 73,7% dijo que sí (Anexo 6, Tabla A.20). De las personas que dijeron que no, las principales razones que mencionaron para no ser visitados fueron que sus familiares vivían en otra ciudad con un 33,8%, seguido de que no tenían contacto con ellos con un 31% y porque sus familiares estaban ocupados en el trabajo con un 23,4% (Anexo 6, Tabla A.21)

Evaluando si eran visitados con frecuencia respecto a si vivían solos o solo con su cónyuge, se obtuvieron los resultados del gráfico V.12.

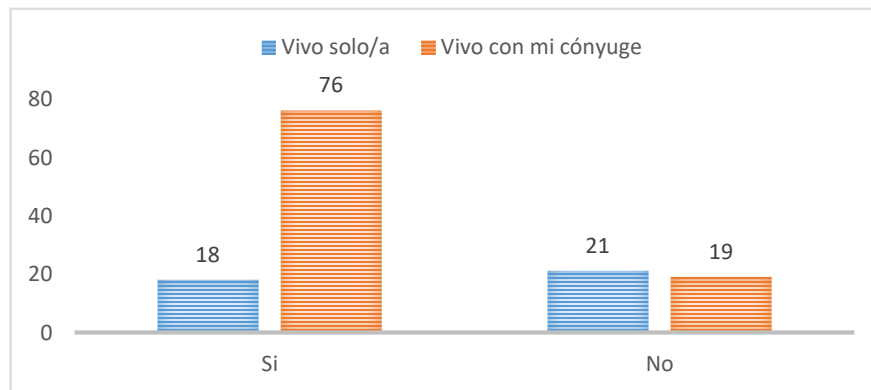


Gráfico V. 12: Visitas con frecuencia cuando vivían solos o con su cónyuge.
Fuente: Elaboración propia.

Con esto, se pudo deducir que la mayoría de las personas que vivían solas no eran visitadas con frecuencia por familiares, puesto que el 53,8% de ellos afirmó esto. De lo contrario, cuando las personas vivían con su cónyuge eran más visitados, ya que de las 95 personas que estaban dentro de esa especificación, el 80% sí era visitado con frecuencia, aunque existe un considerable 20% que no lo era.

Para complementar el análisis anterior, también se preguntó a las personas mayores si recibían apoyo económico o material de sus familiares en el inmueble, útiles de aseo o alimentos, de las personas 39 personas que vivían solas el 71,8% respondió que no y de las 95 personas que vivían solo con su cónyuge el 54,7% tuvo la misma respuesta, lo que significaría que estas personas se preocupan de su propia mantención y las de sus parejas, sin recibir ayuda de otros familiares. Estos resultados no variaron mucho cuando se vivía con el cónyuge y otros familiares, puesto que de las 34 personas el 58,8% mencionó no recibir apoyo. Para el caso de las personas que vivían con uno o más hijos, las personas que dijeron no recibir apoyo fue un poco menos de la mitad, siendo el 44,3% de los 70 y, por último, de los 32 que vivían solo con otros familiares el 34,4% no recibía apoyo de ellos, estos últimos resultados indicaron que, a pesar de contar con otras personas en el hogar, las personas mayores no reciben ayuda en el inmueble, artículos de aseo o alimentos de parte ellos ni de otros familiares (Anexo 6, Tabla A.22)

Respecto a la participación en programas sociales se refiere, el 23% de los encuestados dijo que sí participó en programas sociales y el 77% dijo que no lo había hecho. De las 62

personas que participaron en programas sociales, el 75,8% eran mujeres y el 24,2% eran hombres. Los programas a cuáles asistieron se ven especificados en el gráfico V.13.

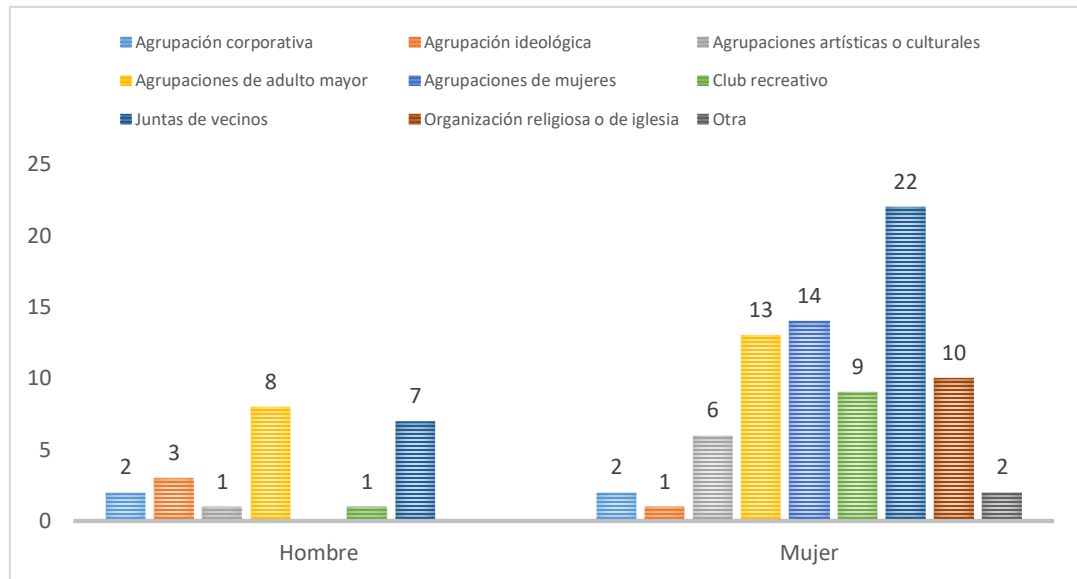


Gráfico V. 13: Programas sociales y asistencia según sexo.

Fuente: Elaboración propia.

En las mujeres, la mayor asistencia que tuvieron fue a Juntas de Vecinos obteniendo también la relación más alta entre estas variables con un coeficiente de correlación del 0,41, seguida de agrupaciones de mujeres de las cuales podían ser centros de madres, talleres de mujeres y organizaciones de mujeres en sí con un coeficiente del 0,3 y en el caso de agrupaciones de personas mayores en los cuales se incluían clubes, centros diurnos, entre otros el coeficiente fue de 0,24. También, las mujeres tuvieron una alta asistencia a organizaciones religiosas o de iglesia con una relación de 0,21 y a clubes recreativos con un coeficiente de 0,19. En cambio, los hombres tuvieron más participación en clubes de adultos mayores teniendo esta la relación más alta con un coeficiente de correlación del 0,29 y en Juntas de Vecinos con coeficiente de 0,19. Las correlaciones se especifican de mejor manera en la Tabla. V.9. Es importante destacar que para esta pregunta se podía mencionar más de una opción, por lo que muchas personas mayores asistían a más de un programa.

Tabla V. 9: Correlación entre sexo y los programas sociales a los cuales asisten.

		◇ Hombre n=15	◇ Mujer n=47
◇ Agrupación corporativa	n=4	2 (0,12)	2 (0,04)
◇ Agrupación ideológica	n=4	3 (0,19)	1 (0,02)
◇ Agrupaciones artísticas o culturales	n=7	1 (0,05)	6 (0,13)
◇ Agrupaciones de adulto mayor	n=21	8 (0,29)	13 (0,24)
◇ Agrupaciones de mujeres	n=14		14 (0,30)
◇ Club recreativo	n=10	1 (0,04)	9 (0,19)
◇ Juntas de vecinos	n=29	7 (0,19)	22 (0,41)
◇ Organización religiosa o de iglesia	n=10		10 (0,21)
◇ Otra	n=2		2 (0,04)

Fuente: Elaboración propia.

Para el caso contrario de las personas que especificaron no asistir a programas sociales, se les preguntó el motivo. El detalle se encuentra en el gráfico V.14.

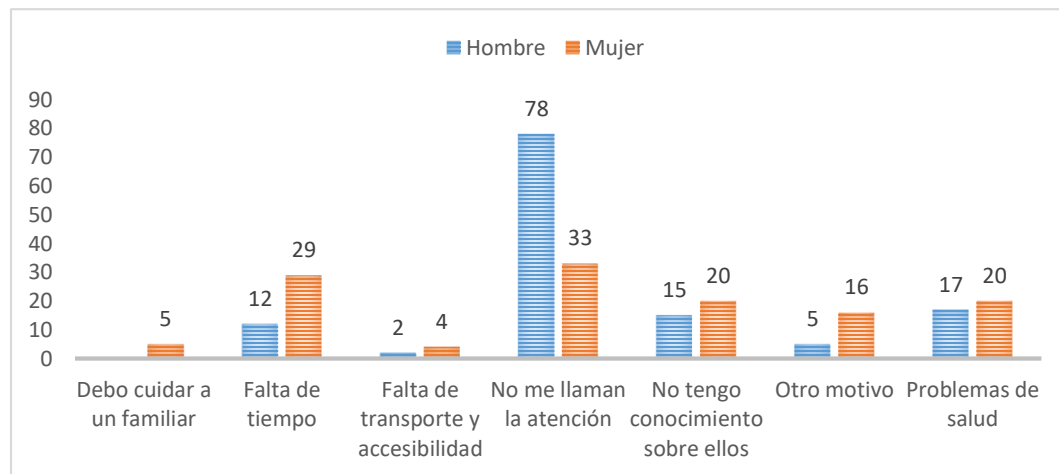


Gráfico V. 14: Razón para no asistir a programas sociales según sexo.

Fuente: Elaboración propia.

La razón predominante en ambos sexos es porque no les llamaba la atención asistir a estos programas, de los 129 hombres el 60,5% seleccionó esta opción y de las 127 mujeres el 25,6% lo hicieron, ahora si bien en ambos sexos la opción mencionada fue la más común, con los hombres tiene una relación más alta que con las mujeres, puesto que en el primero el coeficiente de correlación es 0,56 y en el segundo es de solo 0,18. Para los hombres la segunda opción más elegida fue por problemas de salud con un 13,2% donde el coeficiente fue de un 0,13, mientras que en las mujeres la falta de tiempo fue la segunda con un 22,8% de elección pero tuvo la relación más alta con la variable mujer con un coeficiente de

correlación de un 0,25. Por último, las últimas razones para no asistir más comunes por parte de los hombres fue la falta de conocimiento sobre ellos con un 11,6% y la falta de tiempo con un 9,3%, para las mujeres fueron los problemas de salud y la falta de conocimiento sobre ellos en una proporción igual de 15,7%. Los coeficientes y sus significancias se aprecian en la Tabla V.10.

Tabla V. 10: Correlación entre sexo y la razón para no asistir a programas sociales.

		◇ Hombre ⊙ 106	◇ Mujer ⊙ 102
◇ Debo cuidar a un familiar	⊙ 5		5 (0,05) ●
◇ Falta de tiempo	⊙ 41	12 (0,09)	29 (0,25)
◇ Falta de transporte y accesibilidad	⊙ 6	2 (0,02) ●	4 (0,04) ●
◇ No me llaman la atención	⊙ 111	78 (0,56)	33 (0,18)
◇ No tengo conocimiento sobre ellos	⊙ 35	15 (0,12)	20 (0,17)
◇ Otro motivo	⊙ 21	5 (0,04)	16 (0,15)
◇ Problemas de salud	⊙ 37	17 (0,13)	20 (0,17)

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a las variables discriminación, solo el 12,2% de las personas mayores mencionó que había sufrido un tipo de discriminación y dentro de las razones, de las 33 personas el 48,5% dijo que había sido por su edad, el 21,2% por su condición de salud o discapacidad y por último, 2 personas dijeron que fue por su sexo y otras 2 que fue por su nivel socioeconómico (Anexo 6, Gráfico A.1, Gráfico A.2).

Para saber cuál era la percepción de su vejez de cada persona mayor encuestada, se les solicitó evaluarla en una escala del 1 al 5, donde 1 es "Muy mala", 2 es "Mala", 3 es "Ni buena ni mala", 4 es "Buena" y 5 es "Muy buena", los resultados según el sexo se pueden ver de mejor manera en el gráfico V.15.

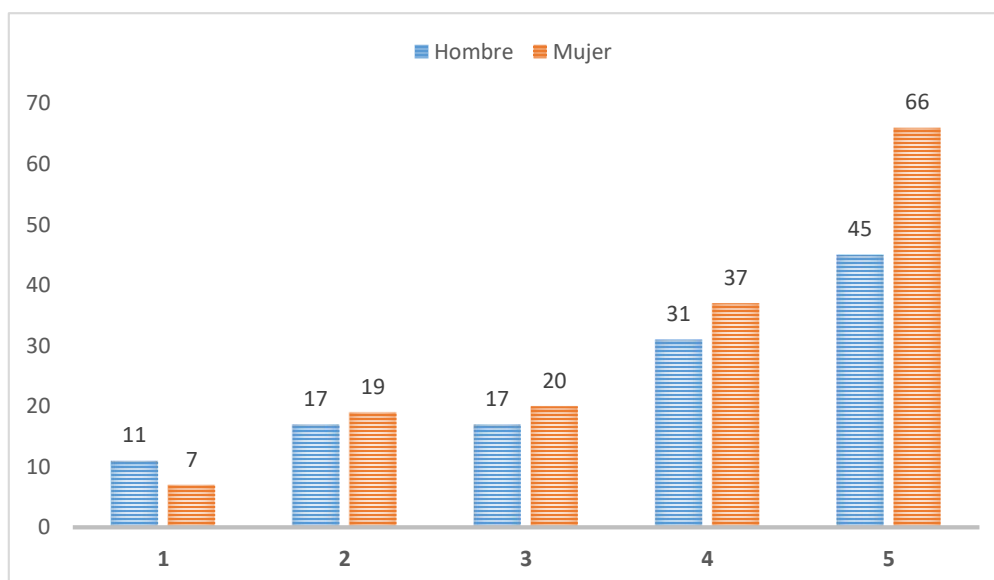


Gráfico V. 15: Resultados escala percepción de la Vejez.

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los encuestados, tanto hombres como mujeres evaluaron su vejez como “Muy buena”, del total de hombres el 37,2% eligió esta opción y del total de mujeres lo hizo el 44,3%. La opción de haber tenido una vejez “Buena” obtuvo un 21,6% de elección en los hombres y un 26,2% en las mujeres. El caso de la opción “Ni buena ni mala” se asemeja mucho a los porcentajes de la opción “Mala”, ya que en los hombres la cantidad fue la misma en ambos casos con un 14% de ellos y en el caso de las mujeres, solo hubo una variación de una persona, dejando a la opción “Ni buena ni mala” con el 13,4% de ellas y a la opción “Mala” con el 12,8%. La evaluación de una vejez “Muy mala” fue la menor, aunque fueron los hombres quienes más la eligieron con un 9,1% de ellos por sobre el 5,9% del total de mujeres. Estos resultados dejan evidencia un optimismo respecto a cómo ha sido envejecer para la mayoría de los encuestados.

Complementando la escala, se les solicitó a las personas decir a lo más 3 palabras con las que relacionaran su vejez, esta pregunta no hubo alternativas y las personas podían decir los que se le viniera a la cabeza al momento de ser encuestados, la nube de palabras de la figura V.3. recolecta todas las menciones que fueron dichas por los encuestados y las palabras más grandes fueron las más repetidas entre las 270 personas.



Figura V. 4: Nube de palabras con percepción de la vejez.

Fuente: Elaboración propia.

En ambos sexos la palabra enfermedad resultó ser la más mencionada, del total de los hombres el 40,5% la dijo y del total de mujeres el 39,6% la dijo, respecto a las relaciones que tuvo esa palabra con los sexos, en el caso de los hombres el coeficiente de correlación fue de un 0,27 y en las mujeres fue de un 0,3, por lo que en ambos casos existió una relación similar. La segunda palabra más mencionada en los hombres fue Tranquilidad con un 28,1% y en las mujeres fue Soledad con un 30,9%, en cuanto a las relaciones, con la variable hombre y la palabra Tranquilidad existió un coeficiente de correlación del 0,23 y con la variable mujer y la palabra Soledad el coeficiente fue de un 0,25. La tercera palabra más común de las nombradas en los hombres fue Soledad con un 26,4% y un coeficiente de correlación del 0,19, mientras tanto que en las mujeres fue Felicidad con un 21,5% y un coeficiente del 0,2, es decir, respecto al orden de las palabras más elegidas en los sexos existe una similitud en las relaciones como se puede ver en la Tabla V.11.

Tabla V. 11: Correlación entre sexo y palabras con las que relacionan la vejez.

	● ◇ hombre ("n") 121	● ◇ mujer ("n") 149
● ◇ aburrimien... ("n") 11	7 (0,06)	4 (0,03)
● ◇ cansancio ("n") 32	19 (0,14)	13 (0,08)
● ◇ compañía ("n") 34	16 (0,12)	18 (0,11)
● ◇ dependen... ("n") 23	8 (0,06)	15 (0,10)
● ◇ descanso ("n") 16	5 (0,04)	11 (0,07)
● ◇ dificultad ("n") 17	6 (0,05)	11 (0,07)
● ◇ discrimina... ("n") 16	8 (0,06)	8 (0,05)
● ◇ enfermedad ("n") 107	49 (0,27)	59 (0,30)
● ◇ felicidad ("n") 47	16 (0,11)	32 (0,20)
● ◇ independe... ("n") 14	3 (0,02)	11 (0,07)
● ◇ plenitud ("n") 21	7 (0,05)	14 (0,09)
● ◇ realización ("n") 10	6 (0,05)	4 (0,03)
● ◇ soledad ("n") 78	32 (0,19)	46 (0,25)
● ◇ tranquilidad ("n") 59	34 (0,23)	25 (0,14)

Fuente: Elaboración propia.

Para finalizar el análisis de la dimensión social, se analizó la conectividad y uso de internet que tenían las personas mayores encuestadas, donde de las 270 personas consultadas, el 61,5% dijo que sí usaba internet, para saber si existía una diferencia entre hombres y mujeres en el uso de internet, se obtuvo el resultado como que del total de los hombres el 53,7% usaba internet, mientras que del total de las mujeres el 67,8% lo usaba, es decir, eran más mujeres que utilizaban internet que los hombres (Anexo 6, Tabla A.23). Se quiso hacer el mismo análisis, pero por rangos etarios, los resultados se reflejan en el gráfico V.16.

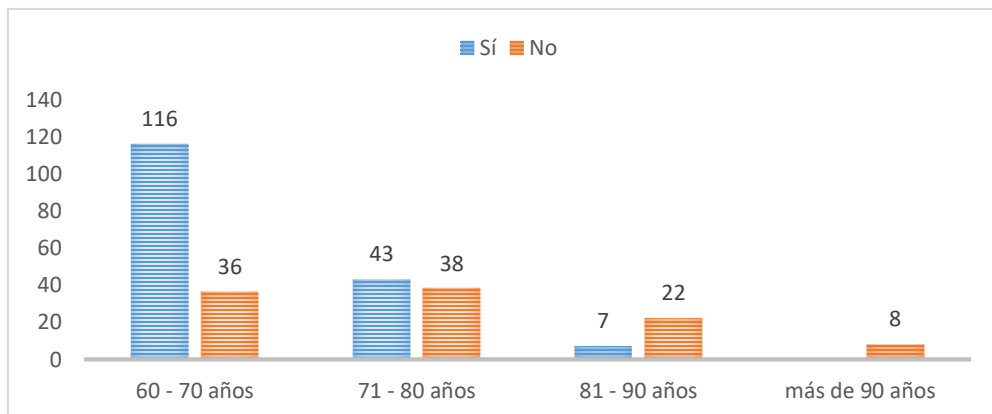


Gráfico V. 16: Uso de internet por rangos etarios.

Fuente: Elaboración propia.

En el rango de 60 a 70 años, existió una considerable diferencia entre la cantidad de personas mayores que utilizaban internet y las que no, ya que, de las 152 personas en este rango el 76,3% dijo que sí utilizaba internet y solo el 23,7% dijo que no lo utilizaba. Para el rango de 71 a 80 años, las cosas fueron distintas, puesto que no existió tanta diferencia entre las opciones de hecho, de las 81 personas que pertenecían a este rango, el 53,1% dijo que sí utilizaba internet y el otro 46,1% no lo utilizaba. La situación fue bastante diferente en el caso del rango de 81 a 90 años y en el de más de 90 años, debido a que en el primero de las 29 personas solo el 24,1% dijo que sí utilizaba internet y en el segundo, ninguna persona utilizaba internet, esto dejó en evidencia que entre mayor era la edad de las personas se reducía considerablemente el uso de internet.

Del total de las personas que dijeron que sí utilizaban internet, el 81,9% dijo que lo utilizaba todos los días, de estas 136 personas el 59,6% era mujer y el restante hombre. En el caso de haber utilizado internet varios días a la semana y de vez en cuando, en ambos la cantidad fue de 12 personas correspondiente al 9,2% cada uno. Por otro lado, solo 1 mujer dijo que utilizaba internet muy pocas veces y 3 dijeron que lo utilizaban cuando era necesario, esta última opción también fue elegida solo por 1 hombre (Anexo 6, Gráfico A.2).

Cuando se consultó a las personas que utilizaban internet por qué lo hacían o con qué fin, hubo algunas diferencias, siendo las opciones de comunicarse con otras personas y para entretenimiento las más frecuentes como se puede ver en el gráfico V.17.

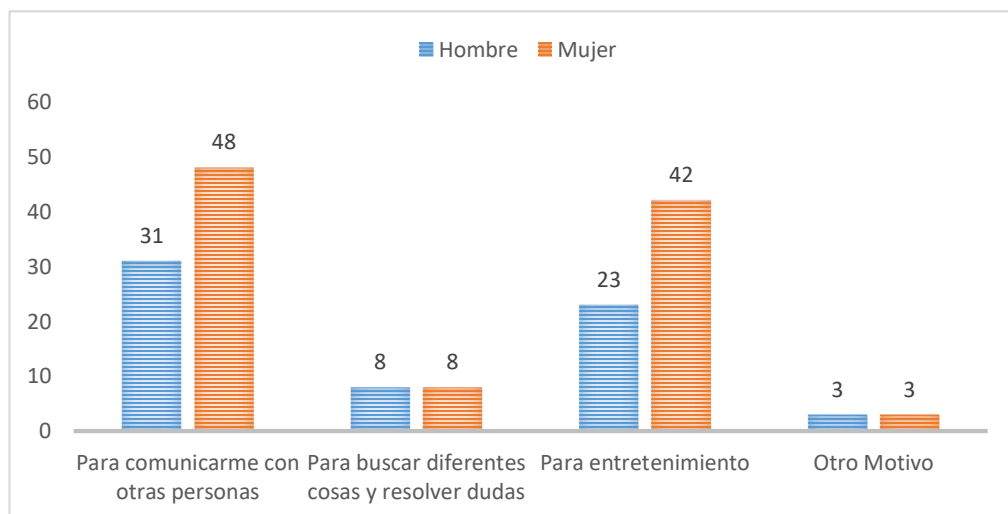


Gráfico V. 17: Razón para usar internet según sexo.

Fuente: Elaboración propia.

De las 166 personas que sí utilizaban internet, el 47,6% lo hacía para comunicarse con otras personas y de las 79 que eligieron esta opción el 60,8% era mujer y el 39,2% era hombre. La segunda opción más frecuente, con un 39,2%, fue que utilizaban internet para entretenimiento como ver redes sociales y plataformas de entretenimiento, de estas 65 personas el 35,4% era hombre y el 64,6% era mujer. Las personas mayores que utilizaban internet para buscar diferentes cosas y resolver dudas fueron el 9,6%, de los cuales la mitad fue hombre y la otra mitad mujer. En el último caso, solo 6 personas utilizaban internet para otro motivo como ayudar a los nietos con sus tareas, de estas personas la mitad fue hombre y la otra mujer.

Respecto a los aparatos utilizados para usar internet, el 88% de las personas que si utilizaban internet lo hacían en celulares, mientras que el 5,4% lo hacía en el computador y el mismo porcentaje lo hacía en un televisor (Anexo 6, Tabla A.24).

5.5. Dimensión Salud

En la dimensión salud se comenzó preguntando la previsión actual de las personas mayores, donde 258 personas respondieron que se encuentran actualmente en FONASA, lo que equivale a un 96%, 9 respondieron que estaban en ISAPRE equivalente al 3% y solo 3 personas respondieron que desconocían su previsión actual lo que equivale al 1% de la muestra (Anexo 7, Tabla A.25). Si bien, la mayoría de las personas mayores estaban en FONASA, llamó la atención que existieran algunas que se encontraban en ISAPRE, cuando se les consultó por qué, 7 respondieron que seguían trabajando formalmente y las otras 2 personas tenían un empleo formal hasta hace 2 años.

Luego se les preguntó si han asistido a consultas médicas los últimos 3 meses. De un total de 149 personas mayores que sí asistieron a consultas médicas, 57 eran hombres, de los cuales el 91,2% asistió de 1 a 3 veces, el 7% de 4 a 9 veces y solo 1 hombre asistió 10 veces o más a una consulta médica. Mientras que, de las 92 mujeres que sí asistieron a consultas médicas, el 87% lo hizo de 1 a 3 veces y el 13% asistió de 4 a 9 veces, no hubo ninguna mujer que haya ido a consultas médicas 10 o más veces. Por lo que, a simple vista, fueron las mujeres quienes más asistieron a consultas médicas en los últimos 3 meses (Anexo 7, Tabla A.26).

En cuanto a los centros médicos a los cuales asistieron las personas mayores al momento de ir a consultas médicas, el análisis arrojó lo hicieron en su mayoría en centros privados, consultorios generales y el hospital con un 30%, 28% y 25% respectivamente, dejando al SAPU, Centros Mentales, Posta y Mutual de seguridad como los lugares a los que menos concurren, como se puede ver en el gráfico V.18. Cuando se les preguntó a las personas mayores que asistían a centros privados el por qué elegían esa opción y no la atención pública que es gratuita para ellos, mencionaron que lo hacían para evitar los largos tiempos de espera y porque en centros privados recibían una mejor atención.

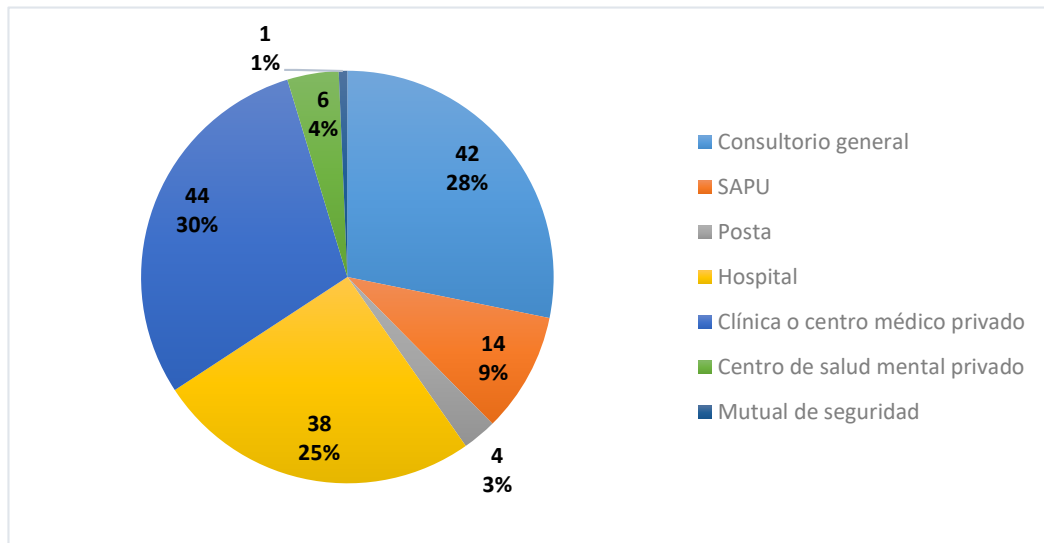


Gráfico V. 18: Lugares de asistencia a consultas médicas.

Fuente: Elaboración propia.

Para el caso de los controles médicos, la asistencia aumentó en las mujeres, pero casi se mantuvo en los hombres, de hecho, de las personas que dijeron haber asistido a sus controles médicos en los últimos tres meses 55 fueron hombres, de los cuales el 81,8% asistió de 1 a 3 veces, el 16,4% de 4 a 9 veces y solo 1 hombre asistió 10 veces o más. En cambio, de las 115 mujeres que dijeron que sí asistían a sus controles, el 79,1% lo hizo de 1 a 3 veces, el 19,1% de 4 a 9 veces y solo 2 mujeres asistieron 10 o más veces. Nuevamente se repitió la tendencia de que las mujeres asisten más a los controles médicos que los hombres. (Anexo 7, Tabla A.27).

Respecto a los centros médicos a los cuales asisten las personas mayores al momento de ir a controles médicos, se observó que en su mayoría lo hacen en el hospital, clínica o centros privados y consultorios generales con un 34%, 32% y 24%, dejando al SAPU,

Posta y centros de salud mental como los lugares que menos fueron concurridos, como se puede ver en el gráfico V.19. La razón del porqué preferir los centros privados ante de los servicios públicos fue la misma que en el caso de las consultas médicas.

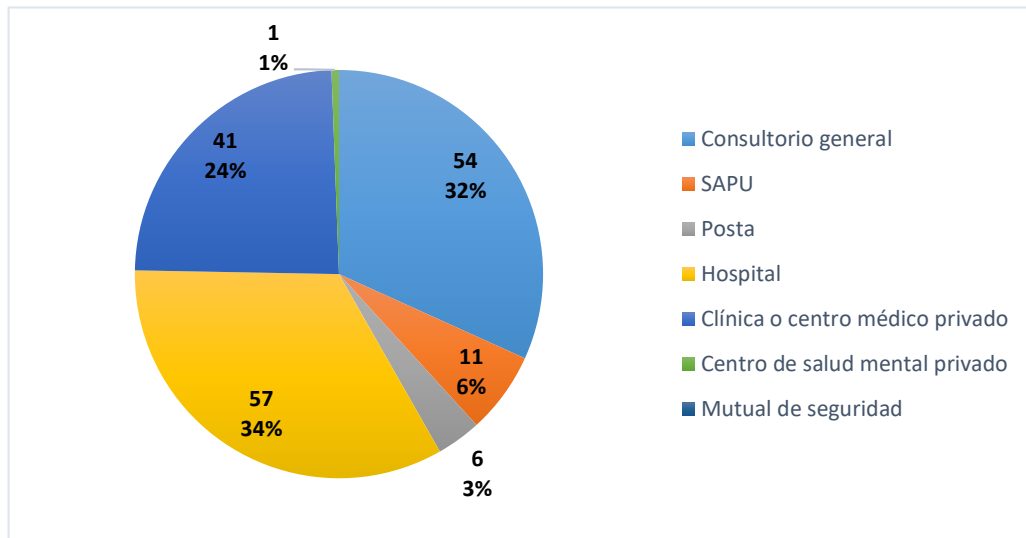


Gráfico V. 19: Lugares de asistencia a controles médicos.

Fuente: Elaboración propia.

Se separó la asistencia a consultas médicas y controles médicos por tres rangos de edad para un análisis, el primero de 60 a 70 años, el segundo de 71 a 80 años y el último de 81 años o más. Los resultados arrojaron que, en el primer rango de edad, 74 personas no asistieron a ninguna consulta, 65 personas asistieron de 1 a 3 veces, 12 personas asistieron de 4 a 9 veces y solo 1 persona asistió 10 o más veces a una consulta médica. En el segundo rango de edad, 34 personas no asistieron a ninguna consulta, 44 personas asistieron de 1 a 3 veces y 3 personas asistieron de 4 a 9 veces y en el último rango de edad 13 personas no asistieron a ninguna consulta, 23 personas asistieron de 1 a 3 veces y solo 1 persona asistió de 4 a 9 veces en los últimos 3 meses (Anexo 7, Gráfico A.4) En el caso de controles médicos los resultados reflejaron que, en el primer rango de edad, 60 personas no asistieron a ningún control, 74 personas asistieron de 1 a 3 veces, 17 personas asistieron de 4 a 9 veces y solo 1 persona asistió 10 o más veces a un control médico. En el segundo rango de edad, 32 personas no asistieron a ningún control, 39 personas asistieron de 1 a 3 veces y 9 personas asistieron de 4 a 9 veces y solo 1 persona asistió 10 o más veces a un control médico y en el último rango de edad 8 personas no asistieron a ninguna consulta, 23 personas asistieron de 1 a 3 veces, 5 personas asistieron de 4 a 9 y solo 1 persona asistió 10 o más veces a un control médico (Anexo 7, Gráfico A.5). Pudiendo dejar en evidencia,

que a medida que aumenta la edad, en el caso de las consultas médicas las proporciones se mantienen, pero en el caso de los controles médicos aumentan.

Cuando se les preguntó si estuvieron hospitalizados o recibieron alguna intervención quirúrgica en el último año, de un total de 41 personas mayores que dijeron que sí, el 48,8% eran hombres y el restante 51,2% eran mujeres, por lo cual ambos sexos tuvieron una proporción similar al haber estado internado en algún centro médico el último año. (Anexo 7, Tabla A.28).

A modo de complementar la pregunta anterior, se les preguntó cuánto tiempo esperaron para recibir la atención y hospitalización, de las 41 personas que estuvieron hospitalizadas, 27 respondieron que fue menos de un mes, 9 respondieron de 1 a 6 meses, 4 personas respondieron de 6 meses a 1 año y 1 personas que esperó 1 año o más, lo que se puede representar en 65,8%, 22%, 9,8% y 2,4% respectivamente. De estas 41 personas que fueron hospitalizadas, 34 fueron hospitalizadas en un hospital público mientras que las 7 personas restantes, en un centro médico privado, lo que equivale a un 83% y 17% respectivamente (Anexo 7, Tabla A.29, Tabla A.30). También, se les preguntó si tuvieron que realizar un desembolso por la hospitalización u operación, de los 41 el 26,8% mencionó que sí, de los cuales 7 personas se habían atendido en un centro privado y 4 personas en el hospital público (Anexo 7, Tabla.31).

Para saber si utilizaban elementos de rehabilitación, se les consultó si ocupaban algún elemento para llevar su vida de forma normal, elementos como lentes, implantes dentales, audífonos, bastones, oxígenos, sillas de ruedas, etc. De las 270 personas encuestadas, 196 personas mayores ocupaban alguno de estos elementos en su vida diaria, lo que equivalió al 73% de los encuestados. Pero al preguntar si estos elementos los recibía del sistema público, solo el 49% lo dijo que sí correspondiente a 96 personas, de estas la mayoría los cambiaba todos los años con un 62%, un 25% cada 2 años, el 11% cada 3 años y finalmente el 2% cambiaba estos elementos recibidos por el sistema público cada 4 años o más, esto se muestra mejor en el siguiente gráfico V.20.

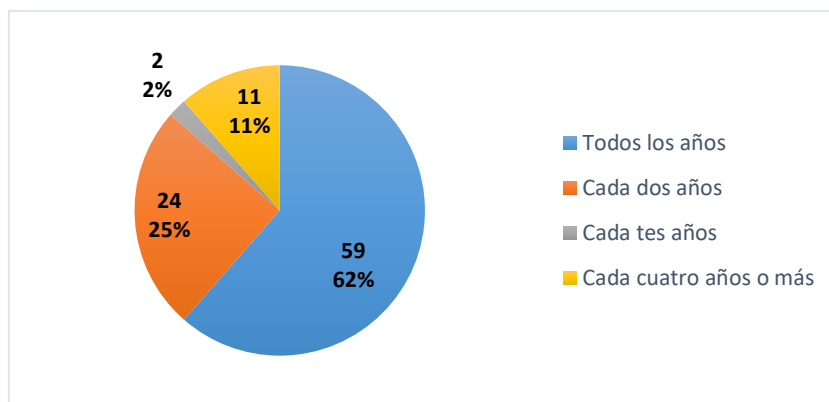


Gráfico V. 20: Tiempo de cambio de elementos recibidos por el sistema público.v

Fuente: *Elaboración propia.*

Por otra parte, las personas que sí utilizaban elementos de rehabilitación para llevar su día a día y no los recibían del sistema público fueron 100 correspondientes al 51%, todos ellos mencionaron que adquirirían estos elementos de forma particular, donde el 72% los costeaban ellos mismos, en el 19% de los casos los costeaban hijos o hijas, en el 6% los costeaba su cónyuge, en el 2% de los casos los costeaban otras personas (rifas, colectas, etc.) y solo en el 1% de los casos los costeaban otros familiares (Anexo 7, Gráfico A.6). Para el caso de las personas que adquirieron sus elementos de rehabilitación de forma particular, el 47% los cambiaban todos los años, el 29% lo cambiaba cada 2 años, el 5% lo cambiaba cada 3 años y el 19% lo cambiaba cada 4 años o más, como se puede ver representado en el siguiente gráfico V.21. En este caso se puede notar, que existieron más personas que cambiaban con menor frecuencia sus elementos en comparación de las personas que recibían los elementos del sistema público.

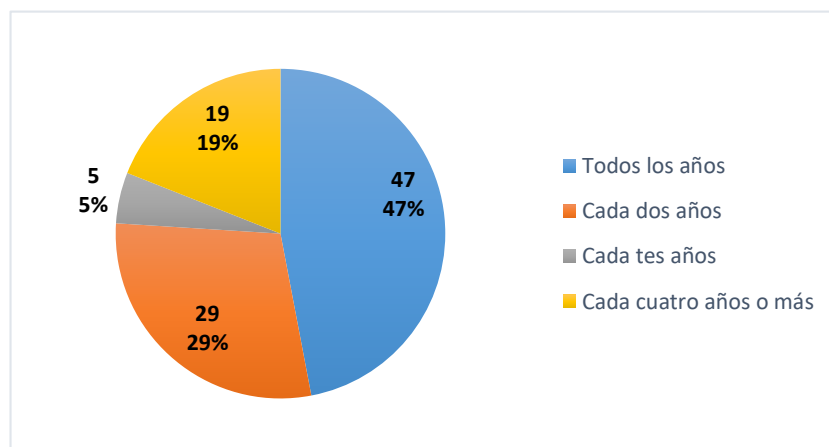


Gráfico V. 21: Frecuencia de cambio de elementos costeados de forma particular.

Fuente: *Elaboración propia.*

Pasando al apartado de dificultades físicas, de las 270 personas encuestadas, 129 tenía dificultades para caminar, subir o bajar escaleras, lo que equivalía al 48% de la muestra, esto se ve mejor en el gráfico V.22. De estas personas, 53 eran hombres y 76 eran mujeres.

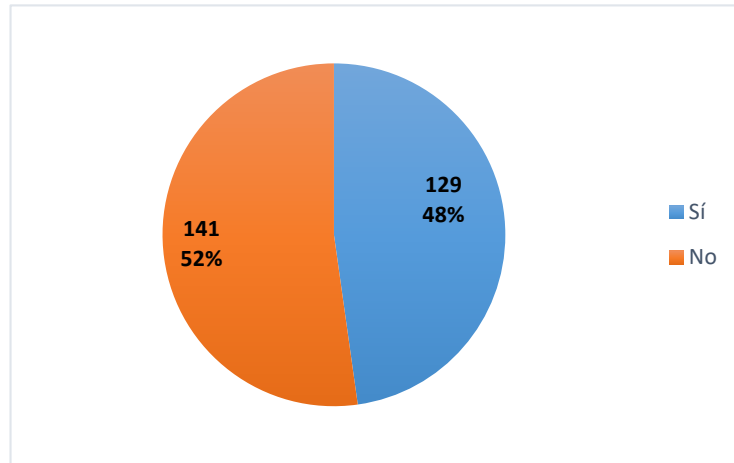


Gráfico V. 22: : Personas con dificultad para caminar, subir o bajar escaleras.

Fuente: Elaboración propia.

A la hora de dificultad para asearse o vestirse, los resultados fueron más alentadores, ya que, de las 270 personas encuestadas, solo 29 informaron que tenían dificultad para asearse o vestirse, esto correspondía al 11% de la muestra de los cuales 15 eran hombres y 14 eran mujeres.

Los resultados fueron muy parecidos al momento de preguntar si las personas mayores tenían dificultades para comunicarse, donde de un total de 270 encuestados, solo 16 personas manifestaron problemas para comunicarse lo que correspondía al 6% de la muestra, de esas 16 personas el 31,3% eran hombres y el 68,7% eran mujeres.

Pasando al análisis de las enfermedades crónicas, de un total de 270 encuestados, 204 personas mayores manifestaron padecer de alguna enfermedad crónica, lo que equivale al 76% de la muestra, de los cuales 87 eran hombres y 117 eran mujeres (Anexo 7, Tabla A.32). Las enfermedades se ven de mejor manera plasmadas en la siguiente nube de palabras, donde las palabras más grandes corresponden a las enfermedades que más se repitieron a la hora de realizar la encuesta.

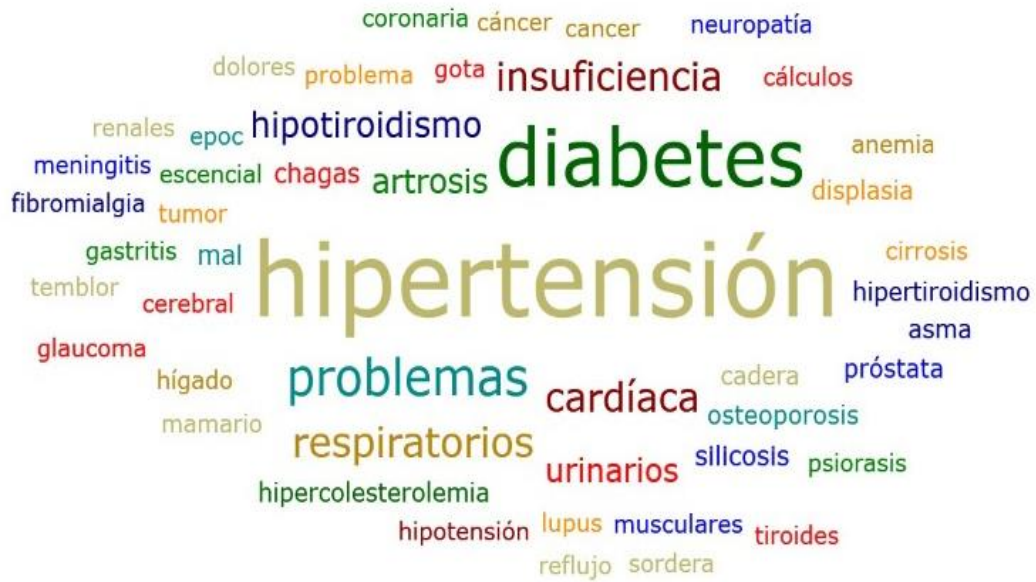


Figura V. 5: Nube de palabras con las enfermedades crónicas.

Fuente: Elaboración propia.

Las enfermedades más comunes en las personas mayores hombres fueron la diabetes e hipertensión, aunque de también se repitieron otras enfermedades a destacar, como la insuficiencia cardíaca, problemas respiratorios y urinarios, estas enfermedades quedaron mejor plasmadas en el gráfico V.23.

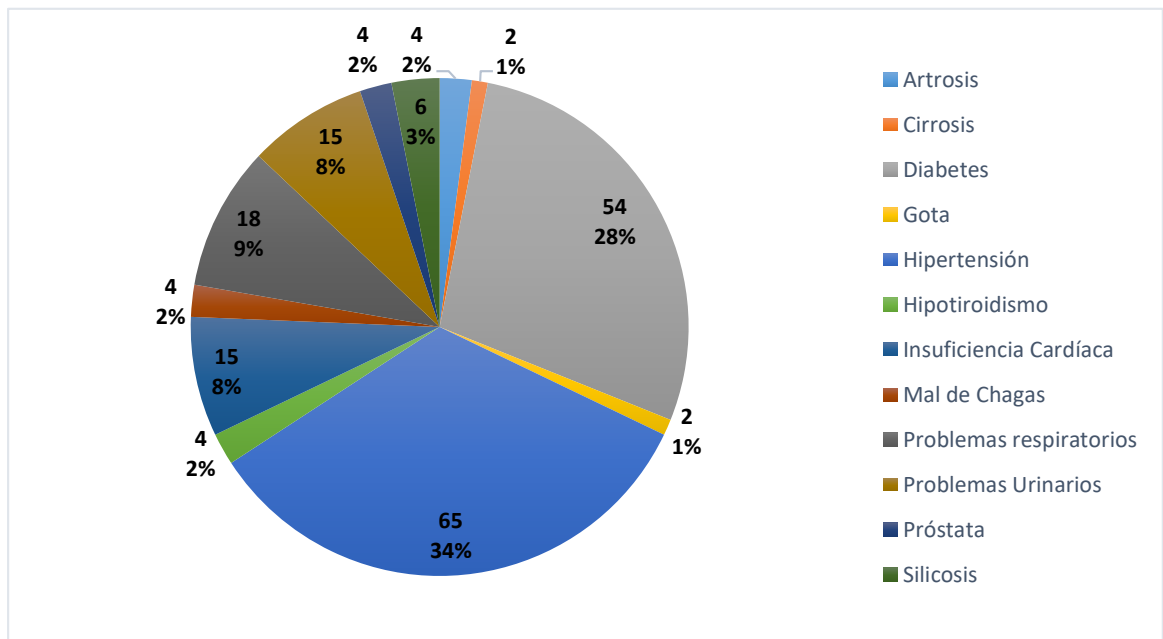


Gráfico V. 23: Enfermedades crónicas presentes en hombres encuestados.

Fuente: Elaboración propia.

Cuando se evaluó la relación que podía existir entre algunas enfermedades crónicas y los hombres, las que obtuvieron un mayor coeficiente de correlación fueron la diabetes con 0,37 y la hipertensión con 0,36, es decir estas enfermedades tuvieron una mayor relación con los hombres, seguido de los problemas respiratorios, problemas urinarios e insuficiencia cardíaca con coeficientes de correlación en las dos primeras de 0,17 y la última de 0,14. Las otras enfermedades no presentaron coeficientes lo suficientemente significativos como se puede ver de mejor manera en la Tabla A.12.

Tabla V. 12: Correlaciones entre la variable hombre y enfermedades crónicas.

		● ◇ Hombre n 87
● ◇ Artrosis	n 19	4 (0,04)
● ◇ Asma	n 3	1 (0,01) ●
● ◇ Cirrosis	n 2	2 (0,02) ●
● ◇ Coronaria	n 1	1 (0,01) ●
● ◇ Diabetes	n 113	54 (0,37)
● ◇ Gota	n 2	2 (0,02) ●
● ◇ Hipertensión	n 161	65 (0,36)
● ◇ Hipertiroidismo	n 3	1 (0,01) ●
● ◇ Hipotiroidismo	n 23	4 (0,04)
● ◇ Insuficiencia cardíaca	n 33	15 (0,14)
● ◇ Mal de Chagas	n 5	4 (0,05) ●
● ◇ Problemas respirato...	n 37	18 (0,17)
◇ Problemas urinarios	n 18	15 (0,17)
● ◇ Próstata	n 4	4 (0,05) ●
● ◇ Silicosis	n 6	6 (0,07) ●

Fuente: Elaboración propia

Por el lado de las mujeres, la diabetes e hipertensión también fueron las enfermedades más repetidas entre las encuestadas, seguidas de enfermedades como el hipotiroidismo, problemas respiratorios, insuficiencia cardiaca y la artrosis, entre otras que se pueden ver de mejor manera en el gráfico V.24.

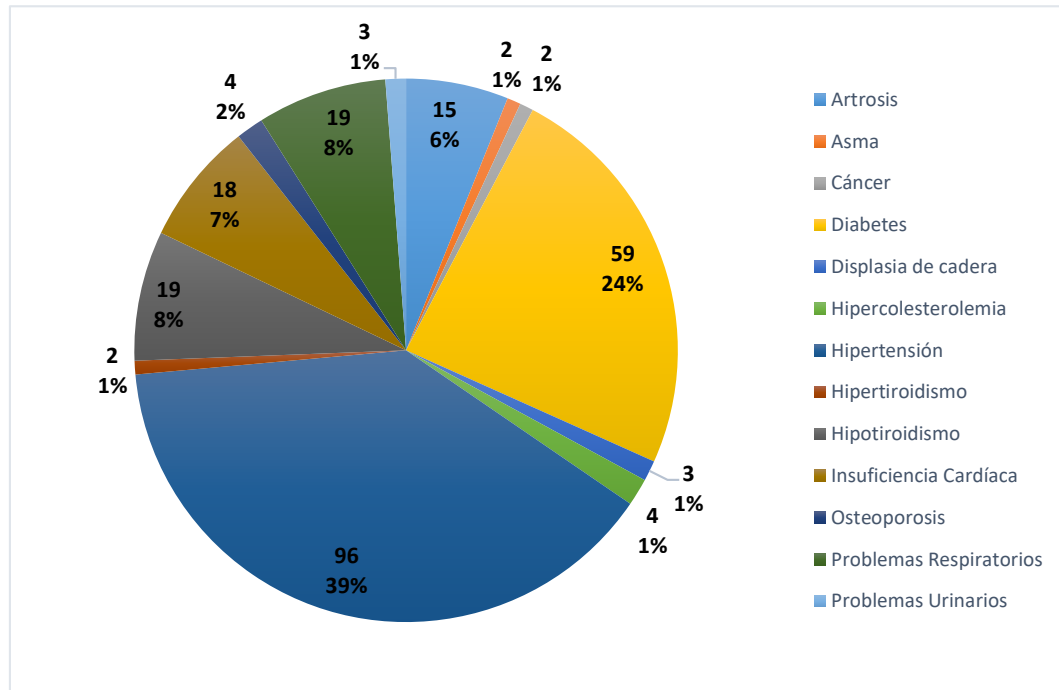


Gráfico V. 24: Enfermedades crónicas presentes en mujeres encuestadas.

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que a los hombres, se evaluó la relación que podía existir entre algunas enfermedades y las mujeres, donde los mayores coeficientes de correlación fueron la hipertensión con un 0,53 y la diabetes con un 0,37, es decir, existió una mayor relación con la primera enfermedad y en comparación a los hombres, existe una menor relación con la diabetes, a estas le siguen el hipotiroidismo con un coeficiente de correlación de 0,16, la insuficiencia cardiaca con los problemas respiratorios con un 0,14 cada una y finalmente, la artrosis con un 0,12, las demás enfermedades no lograron obtener un nivel de relación significativo, esto queda más claro en la Tabla V.13.

Tabla V. 13: Correlación entre variable mujer y enfermedades crónicas.

	● ◇ Mujer n= 117	
● ◇ Anemia	n= 1	1 (0,01)
● ◇ Artrosis	n= 19	15 (0,12)
● ◇ Asma	n= 3	2 (0,02)
● ◇ Cálculos	n= 1	1 (0,01)
● ◇ cáncer	n= 2	2 (0,02)
● ◇ Diabetes	n= 113	59 (0,35)
● ◇ Displasia de Cadera	n= 3	3 (0,03)
● ◇ fibromialgia	n= 1	1 (0,01)
● ◇ gastritis	n= 1	1 (0,01)
● ◇ Hipercolesterolemia	n= 3	4 (0,03)
● ◇ Hipertensión	n= 161	96 (0,53)
● ◇ Hipertiroidismo	n= 3	2 (0,02)
● ◇ Hipotiroidismo	n= 23	19 (0,16)
● ◇ Insuficiencia cardíaca	n= 33	18 (0,14)
● ◇ lupus	n= 1	1 (0,01)
● ◇ Mal de Chagas	n= 5	1 (0,01)
● ◇ Meningitis	n= 1	1 (0,01)
● ◇ Neuropatía	n= 1	1 (0,01)
● ◇ Osteoporosis	n= 4	4 (0,03)
● ◇ Problemas respiratorios	n= 37	19 (0,14)
◇ Problemas urinarios	n= 18	3 (0,02)

Fuente: Elaboración propia.

Como se señaló en la dimensión social, la ocupación más nombrada por los hombres fue minero y cuando se analizaron con más detalle las enfermedades más presentes dentro de esa ocupación, se observó que fueron la hipertensión, diabetes, problemas renales y urinarios, problemas respiratorios e insuficiencia cardíaca, sin dejar de lado enfermedades presentes en ellos y no en mujeres, como la cirrosis, la silicosis y próstata por evidentes motivos, esto se muestra mejor en el siguiente gráfico V.25.

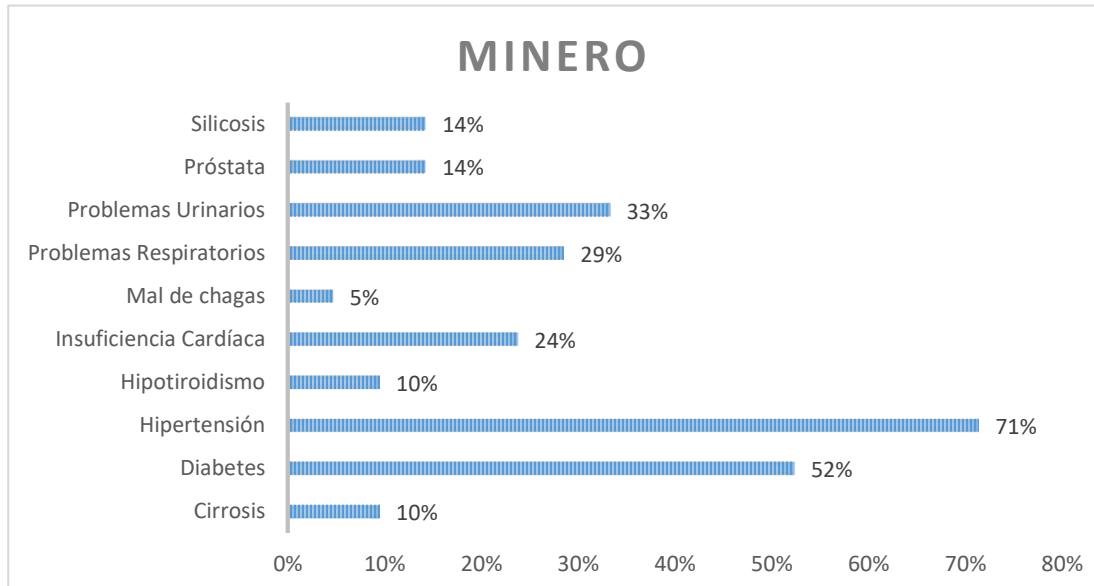


Gráfico V. 25: Enfermedades crónicas presentes en hombres mineros.

Fuente: Elaboración propia.

Al haber evaluado estas enfermedades con la relación que podían tener con la ocupación, se obtuvo el mismo coeficiente de correlación de 0,09 con la hipertensión y la diabetes, por lo que a pesar de que fueron las enfermedades más frecuentes en los hombres no se pudo considerar que existiera una relación significativa con la ocupación minero, de hecho, la enfermedad con mayor relación fue problemas respiratorios con un 0,23 de coeficiente de correlación, seguido de problemas a la próstata con 0,15 y silicosis con un 0,14, por lo que existió una mayor relación de estas últimas enfermedades con la ocupación minero. Por otro lado, existieron otras ocupaciones nombradas por los hombres y en relación con las enfermedades crónicas, las que destacaron con coeficientes de correlación significativos como son auxiliar de aseo con displasia de cadera con un 0,17 y la ocupación pirquinero con silicosis con un coeficiente de 0,38, es decir, en este último caso se obtuvo la relación más alta entre las ocupaciones de los hombres y una enfermedad crónica, todo esto se puede ver en la Tabla V.14.

Tabla V. 14: Correlaciones entre ocupaciones de hombres y enfermedades crónicas.

	●◇ Administr... ↻ 3	●◇ Auxiliar... ↻ 4	●◇ Chófer ↻ 8	●◇ Colectiv... ↻ 4	●◇ Comerci... ↻ 8	●◇ Maestro ↻ 6	●◇ Mecánico ↻ 3	●◇ Minero ↻ 19	●◇ Pirquinero ↻ 5
●◇ Artrosis ↻ 19	1 (0,05)	1 (0,05)	1 (0,04)			1 (0,04)			
●◇ Cirrosis ↻ 2								2 (0,11)	
●◇ Diabetes ↻ 113	2 (0,02)	2 (0,02)	3 (0,03)	2 (0,02)	3 (0,03)	5 (0,04)	1 (0,01)	11 (0,09)	5 (0,04)
●◇ Displasia d... ↻ 3		1 (0,17)							
●◇ Gota ↻ 2						1 (0,14)			
●◇ Hipertensi... ↻ 161	1 (0,01)	4 (0,02)	6 (0,04)	2 (0,01)	6 (0,04)	4 (0,02)	3 (0,02)	15 (0,09)	5 (0,03)
●◇ Hipotiroidi... ↻ 23					2 (0,07)			2 (0,05)	
●◇ Insuficienc... ↻ 33			1 (0,03)		1 (0,03)	1 (0,03)	1 (0,03)	5 (0,11)	2 (0,06)
●◇ Mal de Ch... ↻ 5		1 (0,13)						1 (0,04)	
●◇ Osteopor... ↻ 4		1 (0,14)			1 (0,09)				
●◇ Próstata ↻ 4								3 (0,15)	
●◇ Silicosis ↻ 6								3 (0,14)	3 (0,38)

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de las mujeres la ocupación más común fue dueña de casa, para la cual también se realizó un análisis respecto a las enfermedades crónicas que presentaban, donde destacaron la hipertensión y diabetes en su mayoría, en minoría se encontraba el hipotiroidismo, problemas respiratorios, insuficiencia cardíaca y artrosis, esto se aprecia de mejor forma en el gráfico V.26.

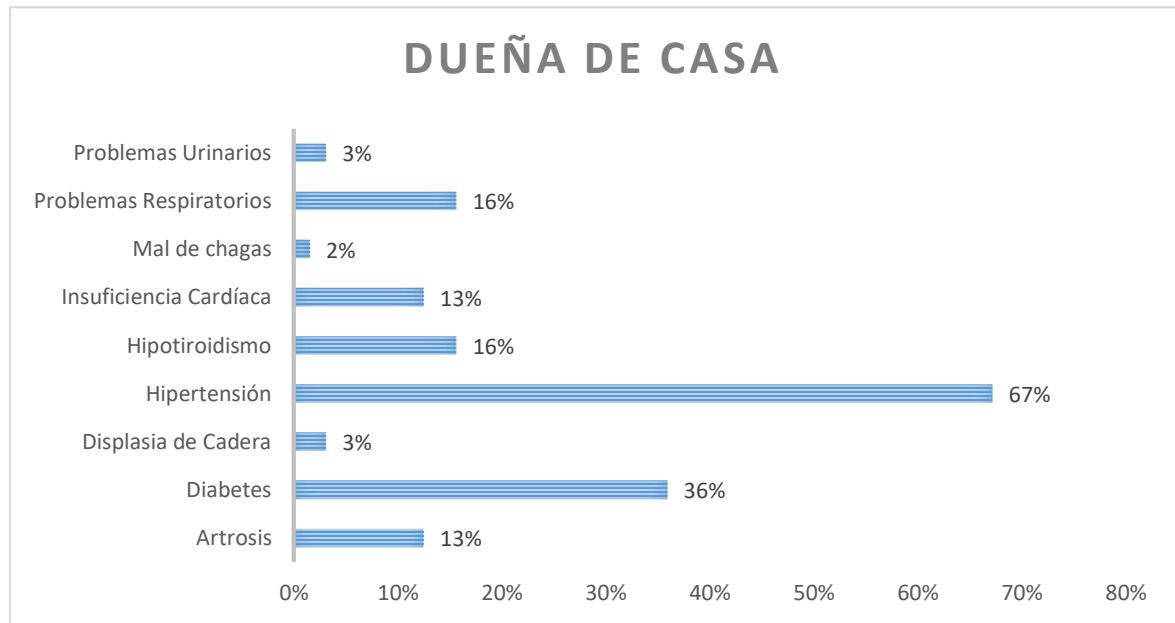


Gráfico V. 26: Enfermedades crónicas presentes en mujeres dueñas de casa.

Fuente: Elaboración propia.

Para este caso también se evaluó la relación que podían tener ciertas enfermedades crónicas con la ocupación, en el caso de la hipertensión y la diabetes que fueron la mayoría los coeficientes de correlación fueron 0,25 y 0,15 respectivamente, siendo las relaciones más altas entre la ocupación dueña de casa y una enfermedad crónica, a estas le siguieron el hipotiroidismo con un 0,15 de coeficiente y la artrosis juntos los problemas respiratorios, donde ambos tuvieron un coeficiente de 0,12. En cuanto a las otras ocupaciones más nombradas por parte de las mujeres, las únicas relaciones significativas que se encontraron fueron auxiliar de aseo con la osteoporosis con un coeficiente de correlación del 0,14 y la displasia de cadera con coeficiente del 0,17, por lo que se podría decir que existió una relación con el desgaste de los huesos y la ocupación auxiliar de aseo. Los coeficientes y la significancia de las relaciones quedan más claras en la Tabla V.15.

Tabla V. 15: Correlaciones entre ocupaciones de mujeres y enfermedades crónicas.

	◆ Asesora... 2	◆ Auxiliar... 4	◆ Comerc... 8	◆ Dueña d... 54	◆ enfermera 1	◆ Modista 6	◆ Peluquera 2	◆ Secretaria 4	◆ Vendedora 6
◆ Artrosis 19		1 (0,05)		8 (0,12)					1 (0,04)
◆ Diabetes 113	2 (0,02)	2 (0,02)	3 (0,03)	23 (0,16)	1 (0,01)	2 (0,02)	2 (0,02)	2 (0,02)	4 (0,03)
◆ Displasia d... 3		1 (0,17)		2 (0,04)					
◆ Hipercoles... 3				1 (0,02)					1 (0,13)
◆ Hipertensi... 161	1 (0,01)	4 (0,02)	6 (0,04)	43 (0,25)	1 (0,01)	5 (0,03)	1 (0,01)	2 (0,01)	5 (0,03)
◆ Hipotiroidi... 23	1 (0,04)		2 (0,07)	10 (0,15)		1 (0,04)	1 (0,04)	2 (0,08)	
◆ Insuficienc... 33			1 (0,03)	8 (0,10)		3 (0,08)			1 (0,03)
◆ Mal de Ch... 5		1 (0,13)		1 (0,02)					
◆ Osteoporo... 4		1 (0,14)	1 (0,09)						
◆ Problemas... 37		1 (0,03)		10 (0,12)					1 (0,02)
◆ Problemas... 18			1 (0,04)	2 (0,03)					

Fuente: Elaboración propia.

A la hora de consumir medicamentos, de los 270 encuestados el 80,7% afirmó consumir medicamentos de forma regular, mientras que el 19,3% no lo hacía, estos valores corresponden a 218 y 52 personas respectivamente.

Al preguntarles si recibían estos medicamentos por parte del sistema público, resultó que el 64% dijo recibirlos de los servicios públicos y los demás, tuvieron que costear estos medicamentos por su propia cuenta o por las de alguien más, más específicamente, el 78% de estas personas costeaban sus medicamentos, mientras que en el 18% de esos casos los

costeaban los hijos o hijas y en el 4% los costeaba su cónyuge, esto queda más explícito en el gráfico V. 27.

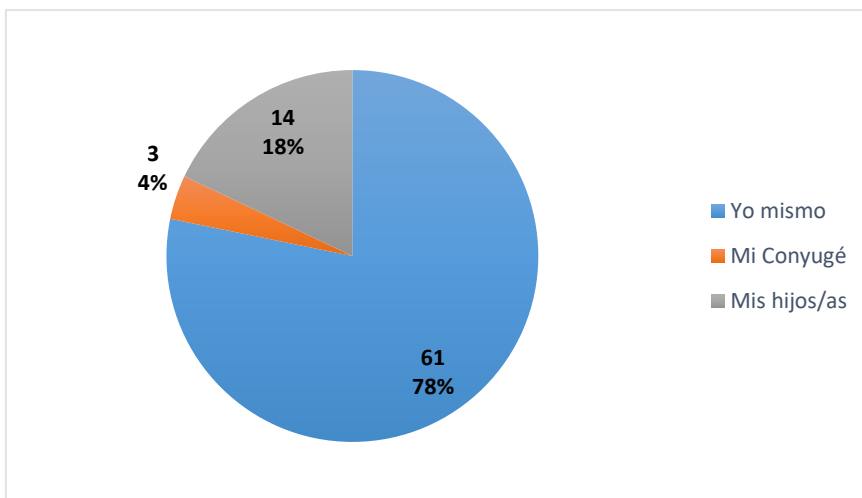


Gráfico V. 27: Compra de medicamentos de forma particular.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los montos que gastaron por la compra de los medicamentos de forma particular, de las 78 personas el 62,8% gastó menos de \$50.000, el 25,6% gastó entre \$50.001 y \$100.000, el 9% gastó entre \$100.001 y \$150.000, el 1,3% gastó de \$150.001 y \$200.000, finalmente también un 1,3% de estas personas gastaron entre \$200.001 y \$250.000 (Anexo 7, Tabla A.33).

Respecto a su condición física, de las 270 personas encuestadas el 19% manifestó haber perdido peso en los últimos meses, de estas personas 20 fueron hombres y 31 fueron mujeres. Sin embargo, quienes perdieron más de 5 kilos fueron solo 15 personas, de los cuales 6 eran mujeres y 9 hombres (Anexo 7, Tabla A.34)

Al preguntar sobre si sentían debilidad al realizar sus quehaceres, el 49% manifestó que sí la sentía y al preguntar si se cansaban con frecuencia, el porcentaje aumenta a un 63% de personas que dijo que sí lo hacían (Anexo 7, Tabla A.36). Finalmente, al preguntarles si realizaban actividad física como caminar, subir o bajar escaleras, el 65% de los encuestados manifestó que sí realizaba actividad física, de estas 175 personas el 57,1% correspondía a mujeres y el 42,9% a hombres (Anexo 7, Tabla A.35), de los 75 hombres el 33,3% realizaban actividad física al menos 30 minutos al día, el 25,3% una hora al día, el 21,3% más de una hora al día y el 20% menos de 30 minutos al día, demostrando que existían una proporción pareja entre el tiempo que realizaban actividad física, en cambio,

de las 100 mujeres, el 34% realizaba actividad física 1 hora al día, el 27% 30 minutos al día, el 24% menos de 30 minutos al día y el 15% más de una hora al día. Es con esto último que se demuestra que las mujeres realizan más actividad física que los hombres y por más tiempo, lo que se muestra mejor en el gráfico V.28.

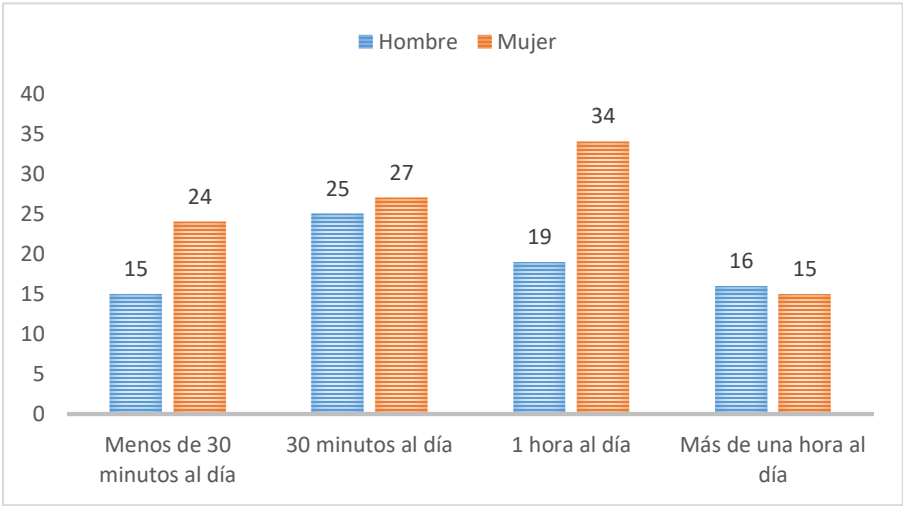


Gráfico V. 28: Tiempo de actividad física durante un día.

Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO VI: Discusión de los resultados

Según la proyección de habitantes del INE para el año 2021, existiría una mayor cantidad de mujeres mayores que de hombres mayores, lo que podría estar relacionado con que de las personas encuestadas un poco más de la mitad son mujeres.

Según la CASEN 2020, existen 11,7 % de hogares en la comuna de Copiapó con personas de 60 años o más que viven solas, por lo que no es de extrañar que en este estudio también existan diversas personas que mencionaron ser parte de una vivienda unipersonal, el 14% de los 270 específicamente, este factor es importante debido a que podría repercutir en la salud física y mental de una persona mayor. De hecho, según estudios existe una mayor probabilidad de que las personas mayores que viven solas presenten síntomas de depresión o una depresión severa (Losada & Álvarez Strauch, 2014), lo que es preocupante, puesto que, en caso de tener depresión, una persona mayor podría correr más riesgo de morir, asistir con mayor frecuencia a servicios de salud y en el caso de ser hospitalizados frecuentemente, su estadía sería más larga y complicada (Sotelo-Alonso et al., 2012), además, el vivir solo podría ser un factor influyente para que las personas mayores sufran más caídas dentro del hogar, lo que podría repercutir considerablemente en su estado físico (de Santillana et al., 2002).

Si bien, vivir solo/a no es sinónimo de estar en abandono, existen muchas personas mayores que al vivir en esta situación no reciben ayuda de familiares o no son visitados con frecuencia como se observó en la dimensión social, esto también se repite en el caso de algunas personas que viven solo con su cónyuge. La Ley 19.585 (1998) expresa que los hijos deben hacerse cargo de sus padres cuando estos son personas mayores, en estado de demencia o cualquier momento que necesiten auxilio y que si no existen hijos, un ascendiente debe tomar esa obligación y en el último caso, los inmediatos descendientes, por lo que siempre debe haber familiares que se hagan cargo de las personas mayores o les presten apoyo, cosa que en algunos casos de los participantes en este estudio no está sucediendo, por lo que según la definición de abandono donde se menciona que este se da cuando las personas responsables del adulto mayor lo desamparan voluntariamente (Coronil et al., 2012), se puede decir que existen personas mayores en la comuna que están sufriendo de abandono, lo cual da origen a un maltrato psicológico.

Existe una mayor tendencia de las mujeres a estar solteras, lo que no solo se ve reflejado como resultado en esta investigación, sino que también se veía ya planteado en la CASEN 2020, donde en el caso de las personas de 60 años o más de la comuna de Copiapó, el 15,8% de las mujeres está soltera y en los hombres el 8,1% lo está. Por otro lado, según la CASEN, de las mujeres el 6,5% está separada y de los hombres el 6,9% lo está, dejándolos en una proporción similar y comprobando una leve diferencia con esta investigación, puesto que en este caso el 7,4% de las mujeres estaba separada y de los hombres el 3,3%, demostrando que en este caso las mujeres se separan más que los hombres. En el caso de las personas casadas, tanto en la CASEN como en este estudio se muestra una mayor tendencia de los hombres a estar casados y en el caso de las personas viudas, también existe similitud entre ambas encuestas, pero para este estado civil son las mujeres la mayoría. Continuando con la comparación, donde se encuentra una nueva diferencia es en las personas divorciadas, ya que en la CASEN el 1,8% de los hombres lo está y en las mujeres el 2,7%, mientras que, en esta investigación de los hombres el 5,8% estaba divorciado y de las mujeres el porcentaje llega al 4%. La mayoría de las personas mayores solteras lo han estado de toda la vida, pero hay una ventaja de las mujeres respecto a los hombres y es que, al parecer, en el caso de ser solteros, ellas tienden a vivir más tiempo, pero tendrían una mayor desigualdad económica respecto a las mujeres que son viudas o separadas (Alaminos & Ayuso, 2019). Sin embargo, ese no sería solo el problema de las personas solteras, puesto que, si se compara el bienestar subjetivo y la longevidad de la vida de las personas mayores, el matrimonio parece ser un factor importante para que las personas casadas vivan más tiempo que las personas que son solteras (Manzoli et al., 2007). En el caso de esta investigación, las personas casadas y que vivían con su cónyuge son las que más mencionaron las palabras compañía, felicidad y tranquilidad.

En cuanto a los niveles educacionales a los que llegaron las personas mayores de la comuna de Copiapó, comparando esta encuesta de caracterización con la CASEN 2020, se comprueba una similitud de las tendencias en la mayoría de los niveles exceptuando la enseñanza básica incompleta con la enseñanza media completa, esto debido a que, en la CASEN el porcentaje mayor se encuentra en la enseñanza básica incompleta con un 24% y en este estudio se encuentra con la enseñanza media completa con un 31,5% de los

encuestados, de todas maneras en ambas encuestas estos dos niveles educacionales fueron los mayores, en la CASEN la enseñanza media tuvo un 21,3% y la enseñanza básica en este estudio tuvo un 25,9%. Se supone, que a menor nivel educacional mayor son los síntomas depresivos, mayores son las preocupaciones y menor la satisfacción que existe respecto a su vida y vejez (Pontificia Universidad Católica de Chile & Caja los Andes, 2020, pp. 30–34), en esto último se pueden encontrar discrepancias respecto a esta investigación, puesto que con los resultados se demuestra que para la mayoría de los encuestados su percepción de la vejez es “Buena” o “Muy Buena” independiente de su nivel educacional, aunque quienes más mencionan tener una vejez “Mala” son quienes llegaron a una enseñanza básica incompleta, pero contrarrestando, los segundos que más mencionan esta opción son los que llegaron a una enseñanza media completa, por lo que no se demuestra la relación mencionada.

En cuanto a la deserción escolar de las personas mayores encuestadas, según se refleja, en los hombres el motivo fue la necesidad de trabajar y en las mujeres la decisión propia, pero según el testimonio de las mismas personas, en el periodo en que les tocó estudiar no se le tomaba tanta importancia a completar los niveles educacionales, puesto que en los hogares existían muchas necesidades, por lo que en el caso de los hombres debían trabajar para ayudar económicamente en el hogar y en el de las mujeres, debían cuidar a sus hermanos para que sus padres salieran a trabajar, este fue un patrón que se repitió en la mayoría de los encuestados. Lo que aquí se menciona es algo que se sigue repitiendo en generaciones posteriores, si bien la deserción escolar es menor, la razones como la falta de compromiso de las familias y la necesidad de trabajar por problemas económicos siguen siendo el motivo más común (Díaz et al., 2017), además se incluyen factores como la falta de escolaridad de la madre (Espinoza et al., 2012). Una de los resultados que llama más la atención, es que a pesar de que mayormente las personas encuestadas no tienen disposición a continuar estudios, existe un gran porcentaje de mujeres que sí lo quiere hacer y el motivo principal es por autosatisfacción, esto podría explicarse con el hecho de que un mayor nivel de escolaridad trae consigo una mayor autoestima en la persona (Ortiz & Castro, 2009) y una mayor satisfacción vital (Prado et al., 2009).

Respecto a los niveles de ingresos por hogar, lo que llama la atención de estos resultados, es la cantidad de hogares que viven de la pensión de las personas mayores que se

encuentran dentro de él, a pesar de que viven con hijos/as u otros familiares. Es decir, existen muchas personas mayores que mantienen el hogar y a familiares con sus pensiones o con un trabajo formal. Otro aspecto muy importante, es que utilizando las líneas de pobreza por ingreso de noviembre publicadas por el Ministerio del Desarrollo (2021), se puede decir que de las 25 personas que mencionaron tener un ingreso igual o menor a los \$200.000, considerando que la línea de la pobreza era de \$176.625 para un hogar unipersonal, hay 9 personas que están por debajo de esta línea; el caso se vuelve más extremo cuando se vive solo con el cónyuge, puesto que la línea de extrema pobreza para este tipo de hogares es de \$191.285 y 3 personas están dentro un rango inferior a ese, cuando mencionan que viven con sus hijos, 4 de ellos conforman un hogar de 2 personas y se encuentran bajo la línea de la extrema pobreza y los otros 4 conforman un hogar de 3 personas, encontrándose también bajo la línea de extrema pobreza que es de \$254.066 cuando el número de integrantes es 3. De todas maneras, en este análisis puede existir un sesgo, puesto que muchas personas eran reacias a decir cuál era el nivel de ingresos de su hogar, existiendo la posibilidad de que hayan mentido y al ser una encuesta anónima es imposible verificar la veracidad de estos datos.

En cuanto a la vivienda, la mayoría de las personas mayores viven en casas que son suyas o de algún familiar, pero 49 personas no está dentro de una vivienda propia. Existen diversas razones para esto último, pero con ello se cuestiona la accesibilidad a viviendas en las personas mayores, puesto que, si bien existen ciertos beneficios para postular como en el caso de vivir en una zona rural que la persona mayor no tenga un ahorro previo o en el caso de la zona urbana, que aunque vivan solos al ser persona mayor se le asigne más puntaje, fuera de eso, los requisitos que tienen que cumplir son los mismos que las personas que tienen menos de 60 años (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2021c, pp. 86–93). Lo más preocupante, es que hay 1 persona que se encuentra viviendo en una choza y otra en una vivienda precaria de materiales reutilizados, en ambos casos según el relato tuvieron que elegir esta opción y vivir en tomas porque sus ingresos no les alcanza para pagar un arriendo y menos para ahorrar para una casa, aquí nuevamente se cuestionan los beneficios, ya que a principios del año 2021 se agregó al programa de Subsidio de arriendo de vivienda la opción de postulación solo para personas mayores o familias compuestas por ellos a un subsidio aparte, donde la persona que resultara beneficiara sería ayudada

monetariamente en el pago del arriendo de la casa por dos años y con opción a renovar el beneficio, sin embargo, el problema de este programa es que para toda la región de Atacama solo se destinaron 17 beneficios y además, la vigencia de la resolución era solo hasta noviembre del 2021, es decir, luego de este periodo el beneficio exclusivo para personas mayores se elimina y se debe postular con familias compuestas por cualquier rango etario (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2021), por lo que para las personas mayores que no postularon dentro del 2021 se les hará más difícil obtener este subsidio. Respecto a la participación laboral, el CENSO 2020 muestra que el 13% de las personas de 60 años o más tienen trabajo, de estos el 67,8% es hombre y el 32,2% mujer, mientras que esta investigación demostró que el 29,3% de las personas mayores encuestadas seguía trabajando, pero en el desglose por sexo, se tiene una proporción similar al CENSO, puesto que del total el 62% es hombre y el 38% mujer. Respecto a las personas que no trabajan, pero tienen la disposición de hacerlo, la mayoría de los hombres indica que quiere trabajar por necesidades económicas y las mujeres tienen una influencia tanto por lo económico como por la integración social, ninguna persona busca ahorrar, por lo que se podría decir que lo harían por necesidades del momento más que por razones futuras. A pesar de que existe una tendencia entre los encuestados a tener una percepción “Buena” y “Muy buena” de su vejez, la palabra que más repetida fue enfermedad cuando se les solicitó mencionar tres palabras con las que relacionaran su vejez, siendo repetida por 108 personas de las 270 e incluso muchas de las personas que la mencionaron de igual forma le dan un 5 a su vejez, lo que hace cuestionarse el hecho de que si el tener enfermedades tiene relación con una mala de calidad de vida, puesto que generalmente se menciona que para mejorar la calidad de vida de las personas mayores hay que enfocarse en su salud íntegramente, prevenir enfermedades y mejorar su entorno social (Aliaga et al., 2016; Varela Pinedo, 2016). Aunque también se ha hecho hincapié en que la calidad de vida es subjetiva y depende completamente de la persona, además de que, al parecer las relaciones interpersonales tendrían más peso dentro de la calidad de vida de las personas mayores que su salud (Peña Pérez et al., 2009; Rubio et al., 2015).

Al parecer, las mujeres buscan integrarse más a la sociedad y a participar activamente de programas sociales, esta situación ya había sido planteada en la Encuesta de calidad de vida en la vejez (2020, pp. 73–74), pero en este estudio se confirma para el caso de las

mujeres de la comuna de Copiapó, junto con esto, también se repite el hecho de que a menor nivel educacional y mayor rango de edad, menor es la participación.

El uso de internet ha sido descubrimiento bastante importante dentro de los resultados, ya que, según IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet (2017) en los hogares compuestos de solo personas mayores o de una persona mayor con otro adulto, no existe un alto porcentaje de acceso a conectividad a internet y que aquellas personas que utilizan internet, lo hacen principalmente desde el televisor y con fines informativos, siendo que esta investigación demuestra que al menos en la comuna de Copiapó una gran proporción de las personas mayores utiliza internet independiente de con quien viva y tiene conectividad en sus hogares a pesar de no vivir con otros familiares, exceptuando el caso de aquellos que viven solos, además de que la mayoría utiliza internet desde un Smartphone, siendo muy pocos lo que lo hacen desde un televisor y la mayoría lo utiliza con fines integrales y de comunicación. Por otro lado, se concuerda con que entre menor sea la escolaridad de la persona menor es el uso de internet, puesto que de los resultados se obtiene que todas las personas que llegaron a la enseñanza superior, finalizada o no, utilizan internet (Pontificia Universidad Católica de Chile & Caja los Andes, 2020, p. 95). Entrando de lleno en la dimensión de salud, uno de los propósitos de esta investigación es fomentar el acceso a la rehabilitación, entendiéndose como rehabilitación a cualquier elemento, tratamiento o procedimiento médico, donde un acceso temprano a él pueda lograr un aumento en la calidad de vida, deteniendo o eliminando la afección que lo acompleja.

Antes hay que hacer hincapié en la diferencia que hay entre consultas y controles médicos, la consulta médica es cuando se acude al doctor por alguna afección o malestar reciente, mientras que, en los controles médicos, como su nombre lo indica especifica un control o chequeo de una afección, enfermedad o condición detectada previamente. Dicho esto, en la información obtenida sobre consultas médicas y controles médicos se aprecia que las personas mayores, independiente de su edad, va al menos de 1 vez a una consulta o control médico, al contrastarlo con los resultados de las encuestas CASEN 2020, se ve reflejado de la misma manera, esto quiere decir que las personas si están accediendo a una rehabilitación temprana para evitar problemas futuros o complicaciones sobre la misma condición que los afecta.

Por otra parte, el gasto de bolsillo en las personas mayores se presenta claramente en las 100 personas que costean de forma particular los elementos médicos para su rehabilitación y el gasto en medicamentos que tienen las 78 personas que si consumen medicamentos, pero no los reciben del servicio público, considerando que en estos últimos, 49 personas gastan entre \$0 y \$50.000, 20 personas gastan entre \$50.001 y \$100.000, 7 personas gastan entre \$100.001 y \$150.000, una persona gasta entre \$150.001 y \$200.000 y una persona gasta entre \$200.001 y \$250.000.

Considerando el estudio del fenotipo de la fragilidad realizado por la doctora Linda Fried (2001), se puede decir que en este estudio se encuentran personas frágiles, como en el caso de las 98 personas que tienen dificultad a la hora de caminar, subir o bajar escaleras, debilidad a la hora de realizar sus quehaceres y que se cansan con frecuencia, esto quiere decir que estas 98 personas cumplen por lo menos 3 características de las personas frágiles y por lo tanto, están dentro de esta condición. Lo mismo sucede con 13 personas que han perdido 5 kilos o más de peso en el último año, se cansan con frecuencia y tienen dificultad para caminar, también existen 58 personas que no realizan actividad física y sufren tanto de debilidad como de cansancio para realizar sus quehaceres. Pero, lo más preocupante es que existen 13 personas que cumple con las 5 características que tiene una persona frágil, es decir, han perdido 5 o más kilos en al año, sienten debilidad, cansancio, tienen dificultad para caminar o subir escaleras y no realizan actividad física. Por lo tanto, todas estas personas se pueden considerar como frágiles, o sea son proclives a romperse, a depender de alguien o a fallecer. Es importante considerar que en ese análisis las personas mencionadas no se excluyen de las otras, por lo que pueden repetirse las mismas personas dentro de los rangos mencionados.

A las personas frágiles se suman las personas que tienen comorbilidad, es decir, dos o más enfermedades crónicas, en ese caso el 50,7% de los encuestados está padeciendo de comorbilidad. Dentro de las enfermedades crónicas las que tienen mayor correlación en los hombres y en las mujeres, son las diabetes y la hipertensión, hay que destacar que muchas veces ambas enfermedades se le diagnostican a un mismo paciente, diversos estudios indican que estas enfermedades tienen relación entre sí, como es el caso del realizado por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (2019), el cual asegura que a raíz de la diabetes se es más propenso a desarrollar otros tipos de

enfermedades, siendo la hipertensión una de ellas, puesto que existe una prevalencia del 50%, es por esto que es ciertamente común encontrar personas que padezcan juntas ambas enfermedades. Además, una de las ocupaciones más comunes en los hombres fue minero (incluyendo a los pirquineros) en esta investigación y solo aquellos con esta ocupación sufren de silicosis, lo que si bien debe preocupar, ya es conocido el hecho de que esta enfermedad tiene relación con aquel sector productivo, más aún cuando antiguamente no existían las medidas de prevención de salud y seguridad para las personas que trabajan en minas e inhalaban el polvo (Delgado García et al., 2017; Delgado García & Aguilera Velasco, 2017). Por otra parte, una de las ocupaciones más comunes entre las mujeres es el ser o haber sido dueña de casa y llamó la atención que entre las enfermedades que presentan estas mujeres esta la displasia de cadera. Si bien esta condición puede ser hereditaria, no siempre se presenta de esa forma, ya que también se puede presentar en el bebé luego de un parto y en el caso de personas adultas, se presenta por el desgaste con el tiempo en las articulaciones de la cadera (Mayo Clinic, 2018). Un gran número de personas mayores sufren de dolores y limitaciones de movilidad en las articulaciones, puesto que muchas veces comenzaron a trabajar a muy temprana edad teniendo el cuerpo medianamente desarrollado y realizando fuerzas extremas, llevando a un desgaste de articulaciones (MediEspaña, s. f.). Un estudio indica que las mujeres dueñas de casa tienen más problemas de salud que otras personas, tienen más riesgo de enfermarse, aunque se constatan menos días de cama por enfermedad respecto a los hombres, también, las dueñas de casa presentan un número mayor de enfermedades óseas, musculares y circulatorias (Murguialday & Bosque, 1994). Esto último da a entender, que las labores del hogar y el trabajo esforzado que realiza a diario una dueña de casa podrían provocar un deterioro mayor en la salud de la persona y en su estado físico, llevando al desgaste de sus huesos y músculos a largo plazo, por lo que al llegar a una edad mayor se presentarían enfermedades como la displasia de cadera, osteoporosis y artritis, esto se puede concluir también por el hecho de que las personas que fueron o son auxiliares de aseo (tanto mujeres como hombres), también presentan displasia de cadera, es decir, el factor común de esta enfermedad son labores de aseo y trabajo esforzado diario.

CAPITULO VII: Conclusiones y recomendaciones

Las personas mayores desde hace años se han considerado como vulnerables y con una calidad de vida más baja respecto al resto de la población, sin embargo, aumenta cada vez más la cantidad de personas que tiene 60 años o más. Se tiene que considerar que el envejecer es parte del ciclo de vida, todos en algún momento llegarán a esta etapa de la vida, por lo que reparar y buscar soluciones para las personas mayores de ahora, sería beneficioso para todos en un futuro. En el caso de la comuna de Copiapó, era necesario realizar un diagnóstico y caracterización de la situación actual de las personas mayores, porque a pesar de existir información no parecía ser suficiente.

Con esta investigación, se logró dimensionar el estado actual de las personas mayores de los diferentes sectores de la comuna de Copiapó, resultados que al compararse con otros estudios dejaron al descubierto algunas diferencias provocadas por el centralismo de la información, aunque también, se confirmaron datos que ya se habían expuesto en otros estudios. La importancia de este estudio y que lo diferencia de las principales fuentes de información como lo son el CENSO y la CASEN, es la cercanía y la mirada más realista que tuvieron los investigadores respecto a la situación personal y social de las personas mayores. A continuación, se darán a conocer las principales conclusiones que entregó esta investigación.

7.1. Conclusiones

Si bien existe una gran cantidad de personas mayores que se encuentran en una buena situación económica y social, hay un pequeño porcentaje que cumple con ciertos rangos de vulnerabilidad, estas personas se encuentran viviendo en tomas de los sectores altos de Copiapó y viven en chozas y viviendas precarias, al parecer porque no cuentan con los ingresos suficientes para pagar un arriendo.

Confirmando lo que menciona la CASEN 2020, existe un porcentaje no menor de personas mayores que componen viviendas unipersonales, esto podría traer consigo diferentes repercusiones a la integridad y bienestar de la persona mayor, puesto que existe un porcentaje que se podría considerar en abandono, al vivir solos y no recibir apoyo de

familiares. Además, se debe considerar que una persona mayor al vivir solo/a corre más riesgo de sufrir una depresión severa, de sufrir accidentes como caídas o morir.

Hay un buen porcentaje de personas mayores que se hacen cargo del hogar y de la mantención económica de él, a pesar de vivir con hijos/as u otros familiares, además hay hogares que viven solo de la pensión de estas personas mayores, por lo que no se pueden ignorar estas situaciones que podrían significar que estas sufran carencias y problemas económicos.

Existe una mayor tendencia de las mujeres a estar solteras y separadas, esto lo confirmó esta investigación, pero ya se hacía presente dentro de la CASEN 2020, esta situación es importante, ya que el ser soltera podría significar para una mujer una mayor vulnerabilidad económica y social respecto a las mujeres casadas, viudas o separadas. Contrariamente, las personas mayores que están casadas tienen un mayor bienestar subjetivo respecto a las personas solteras y podrían vivir más.

Respecto a la integración social, son las mujeres quienes presentan una mayor intención a esta, asistiendo a programas sociales, teniendo una disposición mayor a continuar sus estudios para lograr una satisfacción personal y de trabajar para interactuar con otras personas. Los hombres asisten menos a programas sociales y en general no lo hacen porque no les llama la atención, además no tienen disposición a terminar sus estudios, por lo que tienden a ser más aislados socialmente.

Existen personas que económicamente están viviendo bajo la línea de la pobreza, por lo que sus hogares pueden ser bastante vulnerables y sufrir carencias, es decir, podrían no estar cubriendo todas sus necesidades básicas.

Las personas mayores de la comuna de Copiapó tienen acceso a conectividad de internet incluso en viviendas unipersonales, además existe una gran tendencia a utilizar internet con bastante frecuencia mediante el Smartphone y la mayoría lo hace con el fin de comunicarse con otras personas, esto contradujo a estudios realizados que, si bien consideraron factores regionales, su análisis era más centralizado. Pero, queda claro que el uso de internet va disminuyendo según va aumentando la edad en las personas.

La mayor ocupación en la vida de las mujeres fue dueña de casa y existe una relación entre ambas variables, es decir, fue una tendencia que se mantuvo en casi la mitad de las encuestadas. Por otro lado, en los hombres fue la ocupación “minero” la que más se repite

y a ellos se les suman los Pirquineros que son del mismo rubro, esto se puede relacionar con el hecho de que Copiapó es una comuna con tradición minera, pero aun así no se puede decir que exista una fuerte relación entre ser hombre y haber sido minero. Además, los hombres tuvieron más diversidad en las ocupaciones que realizaron durante la mayor parte de su vida que las mujeres.

Existen muchas personas mayores trabajando a pesar de pasar su edad de jubilación, en su mayoría son hombres, pero existe un porcentaje de mujeres que también lo hacen. También, hay personas mayores que no trabajan, pero porque no pueden hacerlo, en el caso de las mujeres en su mayoría cuida a un familiar que por lo general son los nietos o un familiar enfermo, al contrario de los hombres, que no trabajan porque ya están jubilados, además, de los hombres ninguno mencionó que debía cuidar a un familiar por lo que esta razón se asocia más a las mujeres.

Existe una buena percepción de la vejez que han tenido las personas mayores, a pesar de que, la palabra enfermedad fuera la más repetida y desde la percepción de los investigadores, basados en el relato de las personas, su vejez no habría sido del todo buena, queda en evidencia el optimismo que tienen las personas mayores y que una percepción de vejez buena puede tener más relación con el entorno social que con las enfermedades. Además, existe una mayor relación en las mujeres con la palabra soledad y en los hombres con la palabra tranquilidad.

Las personas mayores que no se encuentran en Fonasa, es porque aún se encuentran trabajando de manera formal o informal. Las mujeres tienden a acudir a más consultas y controles médicos. Sin embargo, a medida que aumenta la edad de las personas mayores mayor es su asistencia a consultas y controles médicos independiente de cuál sea su sexo. Las personas mayores asisten más a consultas médicas privadas y después le siguen la atención pública, debido a la cantidad de tiempo que deben esperar para hacer atendidos. En el caso de los controles médicos, mayormente se realizan en la atención pública.

La mayoría de las personas mayores utiliza por lo menos un elemento de rehabilitación para poder realizar su vida diaria, siendo el más frecuente el uso de lentes, seguidos de bastones y audífonos. La mitad de las personas recibe estos elementos por parte del sistema público y lo cambian con más frecuencia, mientras que, por el lado de las personas

que los obtienen de manera particular, en su mayoría los costean ellos mismos y la opción de cambiarlo cada cuatro años se hace más frecuente.

Hay una gran cantidad de personas mayores con fragilidad o con riesgo de fragilidad, puesto que cumplen con tres o más características que tiene una persona frágil, entre ellas una pérdida de 5 kg o más de peso en el año, sufrir de cansancio y debilidad para realizar sus quehaceres, la inactividad física y tener dificultades para caminar o subir y bajar escaleras.

Las mujeres presentan una mayor diversidad de enfermedades crónicas que los hombres, pero en estos últimos, aparecen enfermedades como la silicosis, cirrosis y problemas de próstata que no son vistas en mujeres. Además, en ambos sexos las enfermedades más frecuentes son la hipertensión y la diabetes, pero en el caso de la primera tiene mayor relación con las mujeres y la segunda con los hombres, aunque al parecer es común que ambas enfermedades se presenten juntas en una persona, dando paso a la comorbilidad. De igual forma, se encontró relación con la displasia de cadera en mujeres dueñas de casa y auxiliares de aseo, lo que se podría explicar por la cantidad de movimiento y trabajo esforzado que realizaron estas personas durante su vida y que podría haber provocado un desgaste en sus articulaciones, huesos y músculos. Así mismo, se confirma la relación que existe entre la silicosis y los hombres que fueron mineros y/o pirquineros durante la mayor parte de su vida.

Existe un porcentaje no menor que incurre en gastos de bolsillo para costear sus medicamentos, puesto que no los recibe del sistema público, en este último caso existen personas que optan por no ir al hospital a buscar sus medicamentos porque deben esperar mucho y a veces, sus medicamentos no se encuentran disponibles por los que deben recurrir a farmacias. También, se encontró la existencia de gastos de bolsillo de salud en personas que costean ellos mismos o un familiar sus aparatos o elementos de rehabilitación.

Las mujeres son menos sedentarias que los hombres y realizan actividad física por más tiempo, en su mayoría se debe a que realizan labores del hogar por lo que se mueven con más frecuencia.

7.2. Recomendaciones

En este apartado se propondrán mejoras a políticas públicas ya existentes o bien, se propondrán nuevas, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores que existen y existirán en la comuna de Copiapó y que se pueden considerar para implementarlas a nivel nacional a modo de beneficiar a todas las personas mayores del país.

7.2.1. Viviendas

7.2.1.1. Subsidio de arriendo de vivienda exclusivo para personas mayores.

Debido a que solo por el año 2021 se realizó un llamado exclusivo para personas mayores para postular y otorgar el subsidio de arriendo de vivienda, se recomienda crear un subsidio paralelo y fijo para apoyar el arriendo de una vivienda por una persona mayor o por familias que están compuestas por personas mayores y están en el 70% o menos de vulnerabilidad del registro social de hogares que cumplan con los requisitos necesarios, cuyo proceso de selección sea riguroso para evitar que familias se aprovechen de las personas mayores para obtener el subsidio. Al ser un subsidio aparte y exclusivo para personas mayores, se espera que cuente con un mayor número de beneficios a otorgar, dividiéndolos por comuna y no por regiones como se hizo en el año 2021. Se recomienda mantener los mismos montos y requisitos para la postulación que se decretaron en la resolución 554 exenta (Anexo 8).

7.2.1.2. Ampliar el programa de Viviendas Tuteladas

Actualmente, el programa de viviendas tuteladas con el que cuenta SENAMA solamente incluye 16 viviendas en Caldera y 30 en Diego de Almagro en la región de Atacama, siendo que este es una alternativa bastante buena y completa para las personas mayores que se encuentran en vulnerabilidad y que no cuentan con los ingresos para obtener una vivienda o arrendar una, ya que entrega viviendas adecuadas y proporciona apoyo psicosocial y comunitario, además de promover el apoyo y compañía entre las mismas personas mayores que forman parte del condominio, reduciendo así el aislamiento social que pueden tener algunas personas mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2018).

Es por esto que, es necesario que este beneficio se amplíe para otras comunas de la región de Atacama y cuente con los recursos necesarios para que se construyan muchas más viviendas y así, tener una mayor cantidad de beneficiarios.

7.2.2. Vulnerabilidad social y económica

7.2.2.1. Abandono

Es importante saber los pasos a seguir como ciudadano al enfrentarse a una posible situación de abandono de alguna persona mayor, la gran mayoría no sabe actuar ante estos acontecimientos es por esto que se recomienda dar a conocer y masificar a través de campañas el proceso para enfrentar una situación como esta. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Acercarse a la persona mayor y conversar acerca del porqué de su situación, ya que puede que no esté en situación de abandono y este viviendo solo/a por decisión propia.
- En caso de que manifieste estar en situación de abandono, intentar ayudarlo/a con sus necesidades inmediatas.
- Dar conocer a la persona mayor sobre las redes de apoyo disponibles e instituciones con las cuales pueda contactarse para hacer la denuncia, en el caso que desee.
- Si la persona mayor, de forma clara le pide ayuda a usted para realizar la denuncia, dirigirse a SENAMA con la mayor cantidad de datos al respecto, ahí lo asesoraran con los pasos a seguir.
- En caso de una situación de extrema gravedad y/o urgencia, realizar la denuncia respectiva, ya sea en Carabineros de Chile, PDI, tribunales de familia o fiscalías locales.

7.2.2.2. Asignación a madres y/o mujeres solteras mayores.

Debido a que existen muchas mujeres solteras que bien pudieron haber tenido o no pareja, al igual que hijos y que pueden tener menos beneficios en comparación a las mujeres que están casadas o divorciadas, se propone crear un Bono o asignación para todas aquellas mujeres que cumplen con estar solteras y tener 60 o más años de edad. Los montos podrían

entregarse de manera mensual y dependerían del nivel de vulnerabilidad que tenga el hogar al que pertenece la mujer y de la realidad que se encuentre viviendo el país en ese momento, a modo de ayudar a la persona a cubrir las necesidades básicas y las que se le puedan presentar con la edad. A diferencia de la Pensión Garantizada Universal propuesta por el gobierno y que se encuentra en discusión, esta asignación es solo para mujeres mayores solteras y la beneficiaria desde los 60 años, no desde los 65 como lo propone el PGU (Gobierno de Chile, 2021), ya que se debe considerar que las mujeres se jubilan antes que los hombres. Sin embargo, ambos beneficios se pueden complementar para apoyar y ayudar las mujeres mayores a cubrir las necesidades que se les pueden presentar.

7.2.2.3. Dueñas de casa como profesión

Dueño o dueña de casa, así es como se le conoce al hombre o mujer que tiene como principal ocupación el hogar y los cuidados de este, al igual que la crianza de hijos/as, la limpieza de la casa, la compra de mercadería y/o artículos de aseo, la preparación de alimentos y la administración del hogar. Aunque en su mayoría las mujeres han asumido este rol, no es raro encontrar a un hombre que haya asumido parte o la totalidad de las funciones mencionadas.

Durante la realización de este estudio, se logró identificar algunas enfermedades que sufren las personas que realizan o realizaron esta labor durante la mayor parte de su vida, tales como diabetes e hipertensión dentro de las más comunes, aunque llama la atención que apareciera la displasia de cadera entre las enfermedades, donde una razón podría ser los trabajos esforzados realizados diariamente en el hogar. Es por lo anteriormente mencionado que, se propone que la labor de ser “dueño o dueña de casa” sea considerado un trabajo como tal y eliminar en la sociedad el estigma que se tiene de él.

El trabajo doméstico, aunque es un trabajo no remunerado en su mayor parte, es un trabajo susceptible a generar riesgos de salud, por lo tanto, ya es hora de reconocerlo y de abordarlo desde el punto de vista de la salud y socialmente.

7.2.2.4. Programa continuidad de estudios personas mayores.

En la actualidad, existen programas propuestos por el Ministerio de Educación para la continuidad y término de estudios para personas mayores de 18 años, en el caso de la

enseñanza básica para personas mayores a 15 años (Ministerio de Educación, s. f.). Por lo que se propone, crear un programa integral para la continuidad de estudios exclusivo para personas mayores, donde puedan terminar su enseñanza básica y enseñanza media, esta última puede ser con modalidad humanista o bien, técnico profesional, a modo de entregar la oportunidad a personas mayores que quieran terminar sus estudios de obtener un título de enseñanza media o de técnico de mando medio. Este programa integral para la continuidad de estudios de personas de 60 años o más se espera que tenga una modalidad flexible, es decir, que se les pueda entregar el material a las personas junto a clases grabadas y que las consultas a los tutores o profesores sean a través de un teléfono móvil, para que a finales del periodo educacional se rindan las pruebas y exámenes correspondientes para pasar el nivel.

7.2.2.5. Cursos y Capacitaciones personas mayores.

SENAMA y diversas instituciones han realizado y promovido programas para capacitar a personas mayores, por lo que la sugerencia es que se amplíen las zonas a las que llegan a nivel comunal y la capacidad para recibir a un mayor número de personas, para que así existan una diversidad de cursos y capacitaciones, satisfaciendo los gustos y necesidades de las personas mayores que quieren tomarlos. Los talleres/cursos deben brindar una educación participativa, a modo de fomentar la integración social y el envejecimiento activo y se proponen para áreas como el Arte y creatividad, Ciclos culturales, Computación, Recreación física y mental, Capacitaciones e Idiomas (Anexo 9). Además, dentro de estas capacitaciones se podría utilizar una modalidad híbrida, puesto que se ha demostrado que existe una gran cantidad de personas mayores que utilizan internet y Smartphone, pudiendo considerar esta situación como una oportunidad para fomentar aún más el uso de herramientas tecnológicas a través de los cursos y capacitaciones, y así también, hacer de estas más accesibles para todas las personas mayores aun cuando estas tengan dificultad de desplazamiento.

7.2.2.6. Bolsa nacional de empleo para personas mayores.

Si bien existen páginas web donde personas mayores pueden buscar empleo, se recomienda crear y promover una bolsa nacional de empleo solo para personas mayores,

que se comporte de la misma manera que la bolsa nacional de empleo actual, pero que solo permita publicar anuncios de puestos laborales orientados a personas de 60 años o más.

7.2.3. Salud

7.2.3.1. Establecimientos de prestación de salud exclusivos

Las personas mayores tienen derecho y prioridad al momento de recibir una atención médica o cualquier prestación de salud en cualquier establecimiento, en el caso de la atención pública las prestaciones y medicamentos para esta población son gratis si pertenecen a FONASA (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2021c, p. 34), pero aun así esto no parece ser suficiente, ya que existen quejas por los tiempos de espera y la carencia de una buena atención al menos en los servicios públicos, es por eso que se propone evaluar la creación de establecimientos públicos de salud integral exclusivo para personas mayores, es decir, que en estos lugares las personas puedan tener acceso a los profesionales de enfermedades más comunes dentro la vejez y a todas las atenciones necesarias, así como a sus medicamentos. La diferencia clara de esta propuesta con los establecimientos ya existentes es que el enfoque será en personas mayores, la preparación sería la adecuada para ellos y la infraestructura estaría adaptada para que puedan acceder de forma física a pesar de cualquier complicación o discapacidad. Estos establecimientos deberían trabajarse entre el Ministerio de Salud y las autoridades comunales a modo de entrar un servicio completo y eficiente a las personas mayores.

7.2.3.2. Mejorar la gestión de Recursos Humanos en área de la Salud

La atención del personal en el área de salud pública y los largos tiempos de espera hacen que las personas mayores busquen otras alternativas para atender sus problemas de salud, teniendo que incurrir a gastos de bolsillo para obtener estas prestaciones. Es importante que la gestión de personas y el capital humano de los establecimientos públicos de salud mejoren su atención, de forma que se haga más eficiente para satisfacer las necesidades del público que requiere del servicio. Se debe capacitar al personal y evaluar su desempeño para que logren adquirir más empatía y acercamiento a las personas a las cuales están atendiendo, así como también debe mejorar el proceso de selección de personal, para que

así se contraten profesionales íntegros y capacitados para la atención de personas, con un trato más cercano con los pacientes. Además, es de suma importancia que se contrate una mayor cantidad especialistas y personal, puesto que el que existe en la actualidad parece no dar abasto para atender a todas las personas que recurren a la atención pública, generando largas listas de espera y una atención lenta que no logran cubrir las necesidades de las personas, entre ellas una población vulnerable como las personas mayores. De igual manera, debe existir una evaluación de la satisfacción del personal con el trato recibido por parte de las instituciones públicas a cargo de su contratación, ya que quizás la frustración por las condiciones de trabajo podría generar que los profesionales no presten un buen servicio a las personas y pacientes. En síntesis, se debe evaluar el sistema de gestión de personas completo dentro de lo que es el sistema de salud público en Chile.

7.2.4. Ampliar presupuesto de SENAMA.

Existen muchos programas y propuestas dentro de los planes de acción del SENAMA, pero revisando la Dirección de Presupuestos (DIPRES), en el periodo de Agosto 2021 se ha notado que existen programas que tienen un presupuesto muy por debajo de otros como lo son los Centros de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELAM), el subsidio de este mismo programa y los Centros diurnos (Dirección de Presupuestos, 2021), siendo que existen programas como las ciudades amigables y condominios de viviendas tuteladas que podrían obtener mayores fondos y solucionar los mismos problemas que los primeros programas pero a largo plazo. Es necesario que cada programa tenga un presupuesto como para cubrir las necesidades y estar preparados para una mayor cantidad de personas mayores, puesto que, cada programa es importante y necesario dentro de la sociedad, por lo que todos deberían tomar una mayor relevancia al momento de asignar presupuestos. (Anexo 10)

7.2.5. Erradicar el edadismo

Envejecer es parte de la vida, la mayoría de los seres humanos llegan a esa etapa de vida, pero envejecer no es malo, es la sociedad y cultura quien ha hecho que esto se vea así, quitándole la oportunidad a las personas mayores para seguir desarrollándose y

desenvolviéndose dentro de la sociedad, generando así carencias que desarrollan una pobreza multidimensional.

Se recomienda desde la perspectiva de una política pública o intervención, empezar a erradicar la idea errónea de la vejez y la discriminación hacia las personas mayores, pero desde una edad temprana, es decir, enseñar en los establecimientos de enseñanza básica y media la funcionalidad de las personas mayores, reconociendo desde un principio que todos en algún momento llegarán a esa etapa, por lo que depende de cada uno por sí solo y en conjunto, el cómo vivirán la vejez en su momento.

Si se comienza a intervenir desde este punto, la percepción de la vejez tanto de las mismas personas mayores como de la sociedad comenzará a cambiar, logrando así una mayor aceptación y una mirada más óptima.

7.2.6. Ciudades amigables

Este término ha nacido como una iniciativa de la OMS y tiene como objetivo hacer que las ciudades y comunidades asuman un compromiso mayor con la edad y el envejecimiento activo, haciendo de ellas un entorno más amigable con la salud, participación y seguridad de las personas mayores (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2017). En la figura VII.1. se pueden ver las 8 áreas temáticas de las ciudades amigables con las personas mayores.



Figura VII. 1: Áreas temáticas de las ciudades amigables.

Fuente: Ciudades amigables con las personas mayores – SENAMA.

En Chile, se ha asumido el compromiso con este llamado y se ha invitado a las comunas a que se comprometan con un Ciclo de Mejora Continua, es decir, que realicen un diagnóstico con un enfoque en las personas mayores y con este desarrollen e implementen planes de acción concretos. Una vez realizados los planes, la comunidad los evalúa y el proceso se reinicia para abarcar nuevos desafíos, volviéndose así en cada oportunidad más amigables con las personas mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, s. f.-a).

En el último tiempo se han implementado concursos donde pueden participar todos los municipios de las comunas de Chile para realizar una mejora local y así ser una comuna amigable, la última postulación cerró en julio de 2021 y de la región de Atacama solo Caldera y Alto del Carmen postularon al concurso, siendo la primera quien obtuvo los fondos. Cabe destacar que a nivel nacional 194 comunas participan de la red de ciudades amigables y 106 aún no lo hacen, Copiapó está dentro de estas últimas (Servicio Nacional del Adulto Mayor, s. f.-b).

Luego de esta investigación, se ha determinado como necesario que la comuna de Copiapó pase a ser parte de la red de comunas amigables, es por esto, que se recomienda al municipio de Copiapó asumir el compromiso de transformarse en una ciudad amigable con planes de acción que incluyan por parte de la municipalidad propuestas como:

- Asumir el trabajo de realizar modificaciones y mejoras en las viviendas de personas mayores, a modo de adaptarlas a las necesidades actuales de estas y a las condiciones físicas que puedan tener. Los trabajos se pueden realizar por un equipo de funcionarios municipales o por otras personas a través de licitaciones.
- Realizar un programa televisivo o radial dedicado a las personas mayores de la comuna, donde se inviten a dirigentes de centros de personas mayores, presidentes de juntas de vecinos, entre otros, con el objetivo de invitar a las personas mayores a participar en las diferentes intervenciones y actividades que promueven el envejecimiento activo y la reintegración social.
- Realizar una exposición con fotos de personas mayores de la comuna juntos a familiares, a modo de presentar la importancia y el papel que representan dentro de la familia.

- A través de redes sociales, subir semanalmente videos públicos para ejercitar y fortalecer la memoria. Estos videos quedarían guardados para que no se tengan que ver necesariamente el mismo día que se publican.
- Entregar un servicio de asesoría jurídica gratuita para las personas mayores de la comuna, a modo de que puedan realizar consultas respecto a derecho civil y derecho de familia.
- Apoyar a la alfabetización digital a las personas mayores de la comuna, a través de talleres presenciales, que enseñen a utilizar de manera básica los computadores y algunos programas, así como también smartphones y cajeros automáticos. También, si existe un nivel más avanzado entre las personas mayores en el manejo de la tecnología, se les enseñe a utilizar plataformas web o software de mayor dificultad.
- Apoyar a las personas mayores de manera monetaria o con otros recursos para que asuman el desafío de emprender y formar pequeños negocios con ideas que sean sostenibles.
- Implementar centros de salud integrales enfocados en la demencia, para apoyar a las personas mayores que la sufren como a sus familiares, a través del acceso a profesionales de la salud mental.
- Mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud que existen en la comuna, a modo de que exista una mejor accesibilidad de parte de las personas mayores que tienen dificultades para desplazarse o sufren discapacidad. Además, que estos establecimientos cuenten con todos los profesionales necesarios para atender los problemas de salud que presentan las personas mayores potenciando la rehabilitación y así mejorar su calidad de vida.
- Asegurar que áreas comunes y frecuentadas dentro de la comuna cuenten con baños públicos limpios e inclusivos para las personas mayores que puedan presentar alguna discapacidad.
- Cambiar los semáforos de peatones existentes en la ciudad por otros que le den más tiempos a las personas para cruzar, esto debido a que existen muchas personas mayores que tienen cierta lentitud en su marcha y los semáforos actuales no se adaptan a ellos.

- Modificar las veredas céntricas que se encuentran en la comuna, para permitir que personas mayores con dificultad para caminar o que utilicen a algún elemento de rehabilitación, puedan transitar por ellas de una forma más segura.
- Generar un acuerdo y subsidio para el transporte público con el fin de implementar una tarifa para personas mayores que sea más accesible para ellos.
- Crear un servicio municipal de transporte o traslado gratuito para las personas mayores que asisten a centros de salud administrados por la municipalidad.

El hecho de implementar ciudades amigables permite potenciar a corto y largo plazo el envejecimiento activo, el acceso a la rehabilitación temprana, la reintegración social, la disminución de la dependencia y de gastos de bolsillo en las personas mayores, mejorando así su calidad de vida y la percepción que tiene la sociedad actualmente de la vejez. Es claro que significa una gran inversión, pero esta podría traer grandes beneficios tanto a las personas mayores que existen actualmente como para todas las personas que llegarán en algún momento a esta etapa de vida.

Bibliografía

- Alaminos, E., & Ayuso, M. (2019). Marital status, gender, mortality and pensions: The disadvantages of being single in old age. *Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas*, 165, 3–24. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.165.3>
- Aliaga, E., Cuba, S., & Mar, M. (2016). Health promotion and disease prevention for active aging that preserves quality of life. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 311–320. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2143>
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25, 57–62. <https://doi.org/10.1080/00039896.1964.10663695>
- Álvarez Nebredda, L., Rada Martínez, S., & Marañón Fernández, E. (2006). Principios básicos de la rehabilitación geriátrica. En *Tratado de Geriátria para residentes* (pp. 107–114).
- Arjona, C., Criado, J., & Sánchez, L. (2002). Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años. *Medicina General*, 47, 684–695.
- Arnold, M., Herrera, F., Massad, C., & Thumala, D. (2018). *Quinta encuesta nacional de inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional*. (Servicio Nacional del Adulto Mayor (ed.)).
- Aroila, R. (2003). *Calidad de Vida: Una definición integradora*.
- Ávila-Funes, J. A., Garant, M. P., & Aguilar-Navarro, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 19(5), 321–330. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892006000500005>
- Ávila, F. M. (2010). Definición y objetivos de la geriatría Revisión-Punto de vista. *Vol. V*, 2(2010), 49–54. www.medigraphic.org.mx
- Bengoa, J. (2002). *¿Qué es envejecer?* Fundación Bengoa. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222002000300005
- Benítez, A., Hernando, A., & Velasco, C. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. *Puntos de Referencia*, 491, 1–22.

- Bigelow, D., McFarland, B., & Olson, M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43–55. <https://doi.org/10.1007/BF00752714>
- Bruzzo, S., Henríquez, J., & Velasco, C. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada. *Puntos de Referencia*, 478, 1–18.
- Cáceres Rodas, R. I. (2014). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v1i2.13931>
- Calvo, E. (2013). *Módulo I Capítulo 4 Envejecimiento Positivo*.
- Carstensen, L. (2006). The influence of a sense of time on human development. En *Science* (Vol. 312, Número 5782, pp. 1913–1915). Science. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Castillo-Laborde, C., & Villalobos Dintrans, P. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica de Chile*, 141(11), 1456–1463. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001100013>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- Coronil, A., Eugenia, M., & Mora Biere, T. (2012). Guía Prevención del Maltrato a las Personas Mayores. En *Servicio Nacional del Adulto Mayor*.
- de Santillana, S. P., Alvarado, L. E., Medina, G. R., Gómez, G., & Cortés, R. M. (2002). Caídas en el adulto mayor: Factores intrínsecos y extrínsecos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(6), 489–493.
- Delgado García, D. D., Agila Palacios, E. E., Aguilera Velasco, M. de los Á., Cano Páez, I. P., & Ramírez Yerba, O. (2017). Vivencias de un trabajador de la gran minería del cobre con silicosis. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 206–213.
- Delgado García, D. D., & Aguilera Velasco, M. de los Á. (2017). Vivencias de la reubicación laboral, en trabajadores mineros con silicosis de la división Andina-Codelco, Chile, 2010. *Asociación De Especialistas En Prevención Y Salud Laboral*, 1–26.

- Díaz, O. E., Guajardo, D. C., & Fiegehen, L. E. G. (2017). Educación de adultos en Chile: Percepciones y valoraciones de sus beneficiarios. *Revista Brasileira de Educacao*, 22(71), 1–27. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782017227176>
- Dirección de Presupuestos. (2021). *Presupuestos Servicio Nacional del Adulto Mayor 2021*. <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-20957-25771.html#ejecucion>
- Donald, P., & Pennifer, E. (1994). Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation [Book]. *Quality of Life Research*, 3(6), 457–458. <https://doi.org/10.1007/bf00435398>
- Durán, D. M., Orbegoz Valderrama, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Uribe Linde, J. M. (2008). Social integration and functional skills in older adults. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263–270.
- Espinoza, O., Castillo, D., González, L. E., & Loyola, J. (2012). Factores familiares asociados a la deserción escolar en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 18(1). <https://doi.org/10.31876/rcs.v18i1.24967>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica Conceptos, métodos y estudio de casos 2. edición a.*
- Ferrans, C. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248–254. [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)
- Fondo Nacional de la Discapacidad. (2006). Discapacidad en Chile. *Fondo Nacional de la Discapacidad- Ministerio de Planificación Discapacidad- Ministerio de Planificación*, 80. www.senadis.gob.cl/descarga/i/633/documento
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), 255–263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), 146–157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

- Gobierno de Chile. (2021, diciembre 22). *Artículo: Comisión De Hacienda De La Cámara Aprueba De Manera Unánime Pensión Garantizada Universal*. <https://www.gob.cl/noticias/comision-de-hacienda-de-la-camara-aprueba-de-manera-unanime-pension-garantizada-universal/>
- Hernández, R., Feránadez, C., & Baptista, M. D. P. (2014). Metodología de la investigación. En *Metodología de la investigación*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Informe de Principales Resultados VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)*. <http://www.ine.cl/docs/default-source/ingresos-y-gastos/epf/viii-epf/principales-resultados/informe-de-principales-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=8>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017a). *Pregunta 6c y 6d: Las personas del Hogar*. <http://www.censo2017.cl/capacitacion-censo/soy-censista/modulo-3-con-que-debo-censar/pregunta-6c-y-6d-las-personas-del-hogar/>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017b). Resultados Preliminares Censo 2017. En *Instituto Nacional de Estadísticas*.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. *Instituto Nacional de Estadísticas*, 1–10. www.ine.cl
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). *Proyecciones de Población*. Estimaciones y proyecciones de población 2002-2035 nivel comunal. <https://regiones.ine.cl/biobio/estadisticas-regionales/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2021). *Boletín estadístico: empleo trimestral*.
- Jauregui, J. R., & Rubin, R. K. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 110–115.
- Johnson, M., Bengtson, V., Coleman, P., & Kirkwood, T. (2009). *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. www.cambridge.org
- Kaplan, R., Jauregui, J. R., & Rubin, R. K. (2009). Los Grandes Síndromes Geriátricos. En F. Gallego (Ed.), *Journal of Chemical Information and Modeling* (1° Edición). Edimed-Ediciones Médicas SRL.
- Lemone, P., & Burke, K. (2009). *Enfermería medicoquirúrgica* (M. Martín-Romo (ed.); Cuarta Edi). Pearson Educación S.A., Copyright ©2009.

- Lemus, N., Parrado, R., & Quintana, G. (2014). Quality of life in the health system. En *Revista Colombiana de Reumatología* (Vol. 21, Número 1, pp. 1–3). Asociación Colombiana de Reumatología. [https://doi.org/10.1016/S0121-8123\(14\)70140-9](https://doi.org/10.1016/S0121-8123(14)70140-9)
- Modifica el código civil y otros cuerpos legales en materia de filiación., Pub. L. No. Artículo 223, 1 (1998).
- Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile 10 (2002).
- Losada, A., & Álvarez Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años: influencia del vivir solo o acompañado. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*, 1(1), 48–62.
- Manzoli, L., Villari, P., M Pirone, G., & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 64(1), 77–94. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2006.08.031>
- Marín L., P. P. (2004). Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. *Medwave*, 4(9), 54–57. <https://doi.org/10.5867/medwave.2004.09.3220>
- Mayo Clinic. (2018, julio 29). *Displasia de cadera - Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hip-dysplasia/symptoms-causes/syc-20350209>
- MediEspaña. (s. f.). *Desgaste de la articulación*. Recuperado 20 de diciembre de 2021, de <https://www.mediespana.com/salud/diagnostico-tratamiento/dolores-articulares/desgaste-de-la-articulacion/>
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe (Santiago)*, 13(1), 79–89. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282004000100007>
- Millán, J. C. (2005). *Principios de Geriátrica y Gerontología* (McGraw-Hill & Interamericana (eds.)).
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN 2017*. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Ministerio de Educación. (s. f.). *Nivelación de Estudios Básicos y Medios - Modalidad Flexible*. Recuperado 21 de diciembre de 2021, de

- <https://www.ayudamineduc.cl/ficha/nivelacion-de-estudios-basicos-y-medios-modalidad-flexible-5>
- Ministerio de Salud. (2013). *Sistematización de las metodologías de medición del gasto de bolsillo en Salud. Propuesta Metodológica para Chile.*
- Ministerio de Salud. (2014). Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. En *Minsal*.
- Ministerio de Salud. (2015). *Gasto Catastrófico y de Bolsillo en Salud para el período 1997 – 2012.*
- Ministerio de Salud. (2018). Nuevas Expresiones para referirse a las Personas Mayores. En *MINSAL*.
- Ministerio de Salud. (2019). *Cuenta Pública 2018.*
- Ministerio de Salud. (2021). *Cuenta Pública 2020.*
- Ministerio de Salud Chile. (2018). *Programa de Salud 2018-2022.*
<https://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>
- Ministerio de Salud Chile. (2019). *Actualización Manual de Geriatría para Médicos 2019.*
- Resolución 554 Exenta, 52 1 (2021).
- Ministerio del desarrollo, & Subsecretaria de evaluación social. (2021). *Valor de la canasta básica y líneas de pobreza Noviembre 2021.*
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI.*
- Morley, J., Vellas, B., van Kan, G., Anker, S., Bauer, J., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W., Doehner, W., Evans, J., Fried, L., Guralnik, J., Katz, P., Malmstrom, T., McCarter, R., Gutierrez Robledo, L., Rockwood, K., von Haehling, S., & Vandewoude MF, W. J. (2014). Frailty Consensus: A Call to Action John. *J Am Med Dir Assoc*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>. Frailty
- Murguialday, B., & Bosque, A. (1994). *Riesgo en salud en el trabajo de ama de casa.*
- National Geographic. (2019, julio 10). *Existe un marsupial que muere por exceso de sexo* - *National Geographic en Español.*
<https://www.ngenespanol.com/naturaleza/marsupial-muere-por-exceso-de-sexo/>
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). *The Quality of Life.*

- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Envejecimiento Activo*.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv1cfthrh.20>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *El abrazo mundial: Manual*.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure* (Number 2).
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Discapacidades*.
<https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Meeting Report - Rehabilitation 2030*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. En *OMSWeb*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Rehabilitación*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Global report on Ageism. En *Global Campaign to Combat Ageism*.
http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html%0Ahttp://www.who.int/about/licensing/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Constitution of the World Health Organization. En *Public health reports* (Vol. 61).
- Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. En *Informe Mundial Sobre la discapacidad*.
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13765:age-friendly-cities&Itemid=42450&lang=es
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). Financiación de la Salud a partir de Gasto de Bolsillo, Esquemas de Pago Voluntario y Fuentes Externas. En *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020* (pp. 142–144). OCDE.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, & Banco Mundial. (2020). Gasto en salud per cápita y en relación al PIB. En *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020* (pp. 138–140). OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b01ad37f-es/index.html?itemId=/content/component/b01ad37f-es>
- Ortega, D. (2018). Envejecimiento y trato hacia las personas mayores en Chile: una ruta de la desigualdad persistente. *Sophia Austral*, 22, 223–246. <https://doi.org/10.4067/s0719-56052018000200223>
- Ortega González, D. (2018). Envejecimiento y trato hacia las personas mayores en Chile: una ruta de la desigualdad persistente. *Sophia Austral*, 22, 223–246. <https://doi.org/10.4067/s0719-56052018000200223>
- Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25–31. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532009000100004>
- Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(2), 53–61.
- Perticara, M. (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos* (Serie Políticas Sociales 141).
- Pontificia Universidad Católica de Chile, & Caja los Andes. (2020). *Chile y sus Mayores: V Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019*.
- Prado, B. Z., Rojas-Barahona, C., & Marín, C. F. (2009). Validez y confiabilidad del índice de satisfacción vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia Psicológica*, 27(1), 15–26. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000100002>
- Ramos, A. M., Yordi, M., & Miranda Ramos, M. de los Á. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Arch. méd. Camaguey*, 20(3), 330–337.
- Rodríguez Díaz, O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, 13(5), 0–0.
- Rodríguez, R., & Gutiérrez, L. (2013). *Longevidad y sus Implicancias* (Editorial Alfíl (ed.)).

- Rubio, D. Y., Rivera, L., Borges, L. de la C., & González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*, 61, 1–7.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. En *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 57, Número 6).
- Secretaria General de la Presidencia. (2019). *Adulto Mejor: Cambio de paradigma respecto a la vejez y el envejecimiento*.
- Servicio Nacional de la Discapacidad. (2017). *Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II*. 21. <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/5058>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.-a). *Ciudades Amigables*. Recuperado 21 de diciembre de 2021, de <http://www.senama.gob.cl/ciudades-amigables>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.-b). *Postulación al Concurso Fondo de Mejora Local del programa de comunas amigables*. Recuperado 21 de diciembre de 2021, de <http://www.senama.gob.cl/postulacion-al-concurso-fondo-de-mejora-local-del-programa-comunas-amigables>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). *Envejecimiento Positivo en Chile. Envejecimiento positivo en chile*, 12.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2018). *Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor*. <http://www.senama.gob.cl/vivienda>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2020). Evaluación de Impacto Social Centros Diurnos. En *Evaluación de Impacto Social*. www.iaia.org.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2021a). *Beneficio: Centros Diurnos*. Beneficio: Centros Diurnos. <http://www.senama.gob.cl/beneficio-centros-diurnos>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2021b). *Guía con los principales Beneficios del Estado para las Personas Adultos Mayores*.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2021c). *Guía con los principales beneficios del estado para las personas mayores 2021/2022*.
- Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. (2019). *Hipertensión y diabetes*. 2019.

- Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J., Sánchez-Arenas, C., & Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, *14*(1), 5–13.
- Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, *82*(11), 1098–1107. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.11.1098>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, *385*(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stucki, G., & Sangha, O. (1998). *Principles of rehabilitation* (J. Klippel & A. Dieppe (eds.); 2° Edition). Rheumatology.
- Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile. (2017). *IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet*.
- Taylor, R. S., Sagar, V. A., Davies, E. J., Briscoe, S., Coats, A. J. S., Dalal, H., Lough, F., Rees, K., Singh, S. J., & Mordi, I. R. (2014). Exercise-based rehabilitation for heart failure (Review). En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Número 10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub4>
- Tello, Y. L., Bayarre, H., Hernández, Y. M., & Herrera, H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios “Amancio Rodríguez” y “Jobabo”. 1999. *Revista Cubana de Salud Pública*, *27*(1), 19–25.
- Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Revista Médica Chile*, 28–33.
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Health and quality of life in the elderly. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, *33*(2), 199–201. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.332.2196>
- Walston, J., Hadley, E. C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Studenski, S. A., Ershler, W. B., Harris, T., & Fried, L. P. (2006). Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(6), 991–1001. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x>

Xu, K., Aguilar, A., Carrin, G., Evans, D., Hanvoravongchai, P., Kawabata, K., J, K., Knaul, F., Murray, C., Ortiz, J., Zeramdini, R., Sudihhr, A., & Van Doorslear, E. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos Metodología. En *World Health Organization, Geneva* (Number 2).

Anexos

Anexo 1: Tabla de Recolección de Datos (TRD) para la creación de la encuesta.

Tabla A. 1: Tabla de Recolección de Datos (TRD) base para la creación encuesta.

¿Qué?	¿Para qué?	Dirigido	¿Cómo?
Datos que se quieren conseguir	Razones de por qué se necesita	A quien se le consultó	La pregunta(s) que permitirán lograr el dato
Cantidad de personas mayores que existen por hogar en regiones	Para estimar la cantidad de personas mayores que en cada región/comuna y su caracterización	CENSO CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuántas personas mayores componen su hogar?, ¿Alguno ocupa el rol de jefe de hogar?, ¿Cuál es su sexo?, ¿Cuál es la relación que tienen el o las personas mayores con el jefe de hogar?, De vivir solo/a ¿Por qué vive en esta situación?
Nivel de educación de las personas mayores	Saber cuál es el nivel educacional promedio en las personas mayores, relacionar el nivel educacional con el estrato socioeconómico, relación entre el nivel educacional con la pensión recibida	CENSO CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuál es su nivel educacional completado? ¿Por qué llego hasta ese nivel?
Saber si a las personas mayores quieren completar sus estudios	Para determinar cuántas personas mayores quieren completar sus estudios	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Le gustaría terminar sus estudios? ¿Por qué?
Situación socioeconómica	Para saber en qué situación socioeconómica se encuentran y el cómo reciben ingresos	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuánto es el ingreso promedio que recibe su hogar?, ¿Cuál es su fuente de ingreso?, ¿En los últimos 6 meses cuánto fue el aporte económico que realizaron a su hogar?
Nivel de dependencia Fragilidad	Para estimar cuántas personas mayores sufren de dependencia, su grado de dependencia y su requerimiento de rehabilitación	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Tiene dificultades para ver, aunque tenga lentes? ¿Tiene dificultades para oír, aunque tenga audífonos? ¿Tiene dificultades para caminar o subir escaleras? ¿Tiene dificultad en su cuidado personal como para asearse o vestirse? ¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros? Escala Barthel para determinar dependencia leve/moderada/severa.

¿Qué?	¿Para qué?	Dirigido	¿Cómo?
Datos que se quieren conseguir	Razones de por qué se necesita	A quien se le consultó	La pregunta(s) que permitirán lograr el dato
Nivel de comorbilidad	Para saber cuántas enfermedades promedio tienen las personas mayores, nivel de comorbilidad y enfermedades más comunes, ver necesidad de rehabilitación	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Sufre de alguna o algunas enfermedades crónicas? ¿Cuáles son?, ¿Consume algún medicamento de forma regular o dependiente?, ¿Recibe estos medicamentos de algún organismo público? ¿Compra usted estos medicamentos de forma particular?, ¿Cuánto gasta mensualmente aprox. en medicamentos de su bolsillo? ¿Cuánto gastan sus familiares mensualmente aprox. en medicamentos para usted?
Nivel de Fragilidad	Saber si las personas mayores tienen un cierto nivel de fragilidad	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Ha tenido una pérdida de peso considerable en los últimos seis meses?, ¿Siente debilidad para realizar sus quehaceres?, ¿Se cansa con mucha frecuencia? ¿Es provocada por su estado de salud actual?, ¿Realiza usted actividad física y con qué frecuencia? (Caminar, subir o bajar escaleras, entre otros)
Nivel de empleabilidad	Saber cuál es el nivel de empleabilidad de las personas mayores y su disposición a trabajar, para saber si pueden o no hacerlo	CASEN / Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Ha tenido un empleo en los últimos 6 meses? ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un empleo?, ¿Tiene la disposición a trabajar? En caso de estar desempleado ¿Cuál es la razón principal por la que se encuentra desempleado? ¿Le gustaría que se le diera la oportunidad de trabajar?
Puesto de trabajo común	Saber cuál es el empleo que tienen o tuvieron las personas mayores en la mayor parte de su vida para relacionar con enfermedades y estas, con sector productivo	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuál es el empleo que ha desempeñado la mayor parte de su vida? ¿Lo sigue desempeñando?
Previsión de Salud	Saber cuál es la previsión de salud que tienen o tuvieron las personas mayores y poder hacer relación con el acceso a salud	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿En qué previsión de salud se encuentra actualmente? ¿Siempre ha tenido la misma?, ¿Cuándo cambio su previsión social? ¿Por qué lo hizo?

¿Qué?	¿Para qué?	Dirigido	¿Cómo?
Datos que se quieren conseguir	Razones de por qué se necesita	A quien se le consultó	La pregunta(s) que permitirán lograr el dato
Apoyo familiar	Saber si las personas mayores reciben apoyo de sus familiares, para determinar cuántos viven solos, cuántos están en abandono.	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Recibe ayuda financiera de algún familiar?, ¿Algún familiar se encarga de sus cuidados personales?, ¿Sus familiares lo vienen a visitar con frecuencia?; Si no vienen, ¿Cuál es la razón por la que no vienen? ¿Sus familiares le entregan apoyo con el inmueble, alimentos, artículos de aseo, etc.?
Acceso atención médica	Saber cuántas personas mayores acceden a centros médicos, reciben consultas médicas y en que institución, con qué frecuencia, la relación de sexo con la asistencia a centros médicos	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuántas consultas o atenciones recibió Ud. en los últimos 3 meses? ¿En qué institución lo recibió? ¿Tuvo que realizar algún pago por la atención?
Acceso a controles médicos	Saber cuántas personas mayores acceden a sus controles, reciben atención médica y en que institución, con qué frecuencia, la relación de sexo con la asistencia a centros médicos	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuántas consultas o atenciones recibió Ud. en los últimos 3 meses? ¿En qué institución lo recibió? ¿Tuvo que realizar algún pago por la atención?
Hospitalizaciones / Operaciones	Saber si en el último año las personas mayores han requerido hospitalización, alguna operación, cuanto tiempo esperaron por ella y cuanto pagaron ella	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	En los últimos 12 meses, ¿ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica?, ¿Cuántos días estuvo hospitalizado por ese problema o condición de salud?, ¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica por ese problema o condición de salud?, ¿Tuvo que hacer algún pago por la hospitalización (o intervención quirúrgica)?, ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para recibir esta atención?
Participación de programas sociales	Saber cuántas personas mayores asisten a los programas sociales para personas mayores, cuales son estos programas y ver si existe relación entre el sexo y la participación	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	En los últimos 3 meses, ¿Ha participado usted en algún programa social que se realice en la comuna? ¿En cuáles?, ¿Por qué asiste o no a estos programas?

¿Qué?	¿Para qué?	Dirigido	¿Cómo?
Datos que se quieren conseguir	Razones de por qué se necesita	A quien se le consultó	La pregunta(s) que permitirán lograr el dato
Discriminación	Saber en qué magnitud las personas mayores han sido discriminados	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	En los últimos 12 meses, ¿Usted ha sido tratado injustamente o discriminado fuera de su hogar por su edad?, Si existió esta discriminación ¿Dónde fue?
Autopercepción de la vejez	Conocer que percepción de la vejez tienen las personas mayores	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Usted piensa que la vejez es algo malo? ¿Siente vergüenza por que le digan que esta "viejo"?
Necesidad de implementos médicos	Saber si las personas mayores deben depender de algún artefacto médico para llevar su vida normal y así evaluar la necesidad de rehabilitación	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Usted utiliza algún elemento/ recurso/ artefacto para llevar su vida normal? Considerando lentes, aparatos auditivos, bastones, oxígeno, implante dental, entre otros. ¿Cada cuánto recibe estos beneficios?
Estado de las viviendas	Conocer cuál es el estado de las viviendas donde viven las personas mayores, para saber que necesidades pueden tener y si están en abandono o total fragilidad	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuál es el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado? ¿Cuál es el material que prima en los muros exteriores de la vivienda?, ¿Cómo es el estado de conservación de los muros?, ¿Cuál es el material que predomina en el piso de la vivienda? ¿Cuál es el material del techo de la casa?, ¿Cómo considera usted que es el estado de su vivienda? ¿Esta vivienda es propia o tiene otra situación (arrendada, toma, sitio, etc.)?
Acceso a servicios básicos	Conocer si las personas mayores cuentan con luz o agua en su hogar, buscar relación con el nivel socioeconómico	CASEN Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Cuenta usted con energía eléctrica dentro del hogar? ¿Cuál es la fuente de la energía eléctrica de su hogar?, ¿Cuenta usted con agua potable dentro del hogar? ¿Cuál es la fuente de agua potable de su hogar?, ¿Cuenta usted con internet dentro del hogar? ¿Cuál es la fuente de internet en su hogar?
Uso de Internet	Conocer el nivel de acceso de internet que tienen las personas mayores, el uso y por qué lo usa	Personas mayores de la comuna de Copiapó	¿Hace uso usted del internet? ¿Con qué frecuencia? ¿Para qué lo utiliza? ¿Por qué lo empezó a utilizar? ¿En qué medio lo usa (computador, celular, etc.)?

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo 2: Encuesta de Caracterización de las Personas Mayores de la comuna de Copiapó.

Estudio de caracterización de las personas mayores residentes en la ciudad de Copiapó

¡Hola! Los saludamos cordialmente. Somos Darlyn Castro y Felipe Godoy alumnos tesistas de la carrera de Ingeniería Comercial de la Universidad de Atacama. En estos momentos, nos encontramos haciendo una investigación enfocada en personas mayores para nuestra tesis, con la cual esperamos tener un conocimiento más profundo respecto a la características y necesidades que tienen las personas mayores en la comuna de Copiapó, y así, en un futuro poder concluir con una intervención más completa de diferentes entidades para apoyar y cumplir con las necesidades que esta población presenta.

Si usted decide participar en este estudio, por medio de responder este cuestionario, debe tener claro los siguientes puntos:

1. Todas sus respuestas serán tratadas anónimamente.
2. Sus respuestas serán trabajadas de modo confidencial, protegiendo en todo momento la privacidad de éstas y sólo los responsables del estudio tendrá acceso final a éstas.
3. Puede dejar de responder en cualquier momento las preguntas de este cuestionario sin ningún tipo de consecuencia asociado a esto.

RUT (RUN):

Edad:

Comuna/Sector:

Género:

Nacionalidad:

1. Demográfico

1.1. ¿Con quienes vive usted en este hogar?

- a) Vivo solo/a.
- b) Vivo con mi cónyuge
- c) Vivo con mi cónyuge y otros familiares
- d) Vivo con mis hijos/as
¿Cuántos? _____
- e) Vivo con otros familiares
¿Cuántos? _____
- f) Hogar o residencia para personas mayores.
- g) Otros

1.2. ¿Cuántos personas mayores componen en este hogar?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 o más

1.3. ¿Quién es el jefe de hogar?

- a) Yo mismo
- b) Mi cónyuge
- c) Mi hijo/a
- d) Otro familiar
- e) No existe jefe de hogar

1.4. ¿Cuál es el género del jefe de hogar?

- a) Mujer
- b) Hombre
- c) Otros

1.5. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casado(a)
- b) Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil
- c) Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)
- d) Anulado(a)
- e) Separado(a)
- f) Divorciado (a)
- g) Viudo(a)
- h) Soltero(a)

1.6. ¿Desde cuándo es este su estado civil?

- a) Menos de un año
- b) De un 1 a 5 años
- c) De 5 años o 10 años
- d) De 10 años o más
- e) La mayor parte de la vida

1.7. De vivir solo/a ¿Por qué vive en esta situación?

- a) Por decisión propia.
- b) Mis hijos o familiares viven en otras ciudades.
- c) No tengo contacto con otros familiares.
- d) Otras razones.
- e) Abandono (No se pregunta directamente, si no que se concluye según el relato del adulto mayor)

2. Educativo

2.1. ¿Cuál es el nivel educativo al que llegó?

- a) Enseñanza Básica Incompleta
- b) Enseñanza Básica Completa
- c) Enseñanza Media Incompleta
- d) Enseñanza Media Completa
- e) Enseñanza Superior Incompleta
- f) Enseñanza Superior Completa

2.1.1. De responder la alternativa f de la pregunta anterior, ¿Cuál es su título profesional?

2.1.2. De responder las alternativas a, b, c, d y e ¿Por qué llego hasta ese nivel de estudios?

- a) Por decisión propia
- b) Por problemas económicos
- c) Necesidad de trabajar
- d) Falta de accesibilidad a establecimiento educacionales
- e) Otros

2.1.3. De responder las alternativas a, b, c, d y e ¿Le gustaría terminar sus estudios?

- a) Sí
- b) No

2.1.3.1. Si es que quiere terminar sus estudios, ¿Por qué?

- a) Por autosatisfacción
- b) Para tener más oportunidades
- c) Para aumentar conocimientos
- d) Para desenvolverse mejor en el día a día
- e) Motivos personales
- f) Otro

3. Socioeconómico

3.1. ¿Cuál es el ingreso promedio que recibe su hogar?

3.2. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos del hogar?

- a) Trabajo formal
- b) Trabajo informal
- c) Pensiones
- d) Bonos o beneficios estatales
- e) Otros

3.3. ¿Cuál es la principal fuente de su ingreso?

- a) Trabajo formal
- b) Trabajo informal
- c) Pensiones
- d) Bonos o beneficios estatales
- e) Aporte de un familiar
- f) Otros

3.4. Esta vivienda es:

- a) Propia
- b) Arrendada
- c) Un hogar de allegada
- d) Otro

3.5. Si se respondió la alternativa a, la vivienda ¿A quién pertenece?

- a) Es mía
- b) Es de mi cónyuge
- c) Es de mi hijo/a
- d) Es de mi nieto/a
- e) Es de otro familiar
- f) Otro

Las preguntas de la 3.6. a 3.7 se responden mediante la observación del encuestador.

3.6. Tipo de vivienda del encuestado

- a) Casa aislada (no pareada)
- b) Casa pareada, por un lado
- c) Casa pareada por ambos lados
- d) Departamento en edificio con ascensor
- e) Departamento en edificio sin ascensor
- f) Pieza en casa antigua o conventillo
- g) Mediagua, mejora o vivienda de emergencia
- h) Vivienda tradicional indígena
- i) Rancho o choza
- j) Vivienda precaria de materiales reutilizados (latas, plásticos, cartones, etc.)

3.7. El estado de la vivienda es

- a) Bueno
- b) Levemente deteriorado
- c) Moderadamente deteriorado
- d) Deteriorado
- e) Muy deteriorado
- f) Precaria (hecha de latas, plástico, cartones, etc.)

3.8. ¿Cuenta usted con energía eléctrica dentro del hogar?

- a) Sí
- b) No

3.8.1. En caso de responder Sí, ¿Cuál es la fuente de la energía eléctrica de su hogar?

- a) Con red pública con medidor
- b) Con red pública sin medidor
- c) Generador propio (solar, eólico o fósil)

3.9. ¿Cuenta usted con agua potable dentro del hogar?

- a) Sí
- b) No

3.9.1. En caso de responder Sí, ¿Cuál es la fuente de agua potable de su hogar?

- a) Con red pública con medidor
- b) Pozo o Noria
- c) Río, lago, vertiente o estero
- d) Camión aljibe
- e) Otra fuente

3.10. ¿Cuenta usted con internet dentro del hogar?

- a) Sí
- b) No

3.10.1. En caso de responder sí, ¿Cuál es la fuente de internet en su hogar? (Se puede más de una opción)

- a) Internet Hogar - WIFI
- b) Compartido desde un teléfono móvil
- c) Internet Hogar y compartido desde un teléfono móvil
- d) Otro

4. Social

4.1. ¿Cuál fue su principal ocupación la mayor parte de su vida

4.2. ¿Sigue desempeñando esta ocupación?

- a) Sí
- b) No

4.3. ¿Ha tenido un empleo en los últimos 6 meses?

- a) Sí
- b) No

4.3.1. En caso de responder que No ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un empleo?

- a) Menos de un año
- b) Un año
- c) Dos años
- d) Más de dos años

4.3.2. En caso de responder que No, ¿Tiene usted la disposición a trabajar?

- a) Sí
- b) No

4.3.2.1. En caso de responder que Sí, ¿Cuál es la razón principal por la cual no puede trabajar?

- a) Porque me jubilé
- b) Porque no he encontrado trabajo
- c) Por problemas de salud
- d) Porque debo cuidar a un familiar
- e) Mis familiares no me lo permiten
- f) Otro motivo

4.3.2.2. En caso de responder Sí, ¿Por qué le gustaría trabajar?

- a) Por necesidades económicas
- b) Para pasar el tiempo
- c) Para ayudar a los gastos de la casa
- d) Para tener otra fuente de ingresos propios
- e) Para ahorrar
- f) Para interactuar con otras personas
- g) Otro motivo

4.4. ¿Algún familiar u otra persona se encarga de sus cuidados personales?

- a) Sí
- b) No

4.5. Los familiares que NO viven con usted. ¿Sus familiares lo vienen a visitar con frecuencia?

- a) Sí
- b) No

- 4.5.1. De responder No, ¿Cuál es la razón por la que no vienen con frecuencia?**
- a) Viven en otra ciudad
 - b) Están ocupados en el trabajo
 - c) No tengo contacto con ellos
 - d) Otro motivo
- 4.6. ¿Sus familiares le entregan apoyo con el inmueble, alimentos, artículos de aseo, etc.?**
- a) Sí
 - b) No
- 4.7. En los últimos 3 meses, ¿Ha participado usted en algún programa social que se realice la comuna?**
- a) Sí
 - b) No
- 4.7.1. En caso de responder Sí, ¿En cuáles? Puede responder más de una alternativa.**
- a) Juntas de vecinos
 - b) Club recreativo
 - c) Organización religiosa o de iglesia
 - d) Agrupaciones artísticas o culturales (grupo folclórico, de teatro, de música, de baile, de danza, otros)
 - e) Agrupaciones de mujeres (centros de madres, talleres de mujeres, organizaciones de mujeres y/o género, otros)
 - f) Club de personas mayores
 - g) Centros diurnos
 - h) Programa envejecimiento activo
 - i) Agrupaciones de adulto mayor (club de adulto mayor, asistentes de centros de día, otros)
 - j) Agrupación ideológica (partido político)
 - k) Agrupación corporativa (sindicato, asociación gremial, colegio profesional, otros)
 - l) Otra.
- 4.7.2. En caso de responder que No, ¿Por qué no ha participado en estos programas? Puede responder más de una alternativa.**
- a) No me llaman la atención
 - b) Problemas de salud
 - c) Falta de tiempo
 - d) Debo cuidar a un familiar
 - e) Falta de transporte y accesibilidad
 - f) No tengo conocimiento sobre ellos
 - g) Otro motivo
- 4.8. En el último tiempo, ¿Ha sufrido usted algún tipo de discriminación fuera de su hogar?**
- a) Sí
 - b) No
- 4.8.1. Si la respuesta es sí, ¿Ha que se ha debido esta?**
- a. Nivel socioeconómico
 - b. Ser mujer/ser hombre
 - c. Su color de piel
 - d. Ser extranjero
 - e. Su edad
 - f. Su condición de salud o discapacidad
 - g. Otro.

4.9. En una escala de 1 a 5, donde 1 es muy malo y 5 es muy bueno ¿Cómo ha sido envejecer para usted?

4.10. Nombre 3 palabras que usted considere que se relacionan con la vejez o envejecer.

4.11. ¿Usa usted internet?

- a) Sí
- b) No

4.11.1. Si la respuesta es Sí, ¿Con qué frecuencia?

- a) Todos los días
- b) Varios días a la semana
- c) De vez en cuando
- d) Muy pocas veces
- e) Solo cuando es necesario

4.11.2. Si su respuesta es Sí, ¿Con que fin es la principal razón que lo utiliza?

- a) Para comunicarme con otras personas
- b) Para buscar diferentes cosas y resolver dudas
- c) Para entretenimiento
- d) Otro motivo

4.11.3. ¿En qué aparato utiliza internet?

- a) Celular
- b) Computador
- c) Televisión
- d) Otro

5. Salud

5.1. ¿En qué previsión se encuentra actualmente?

- a) Fonasa
- b) Isapre
- c) Lo desconozco

5.2. ¿Siempre ha tenido la misma previsión?

- a) Sí
- b) No

5.1.1.1. Si su respuesta es no, ¿Por qué se cambió de previsión?

- a) Por situación socioeconómica
- b) Por mi estado de salud
- c) Porque me lo recomendaron
- d) Otro motivo

5.3. ¿Cuántas consultas o atenciones recibieron Ud. en los últimos 3 meses?

- a) Ninguna
- b) 1 - 3
- c) 4 - 9
- d) 10 o mas

5.2.1. Si la respuesta es b, c o d, ¿En qué institución las recibió? (Se puede marcar más de una opción)

- a) Consultorio general
- b) Posta rural
- c) SAPU
- d) Posta
- e) Hospital
- f) Clínica o centro médico privado
- g) Centro de salud mental privado
- h) Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
- i) Mutual de Seguridad

5.2.2. ¿Tuvo que realizar algún pago por la atención?

- a) Sí
- b) No

5.4. ¿Cuántos controles médicos recibió Ud. en los último 3 meses?

- a) Ninguno
- b) 1 – 3
- c) 4 – 9
- d) 10 o mas

5.4.1. Si la respuesta es b, c o d, ¿En qué institución las recibió? (Se puede marcar más de una opción)

- a) Consultorio general
- b) Posta rural
- c) SAPU
- d) Posta
- e) Hospital
- f) Clínica o centro médico privado
- g) Centro de salud mental privado
- h) Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
- i) Mutual de Seguridad

5.4.2. ¿Tuvo que realizar algún pago por el control?

- a) Sí
- b) No

- 5.5. En los últimos 12 meses, ¿ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica?**
- a) Sí
 - b) No
- 5.5.1. Si la respuesta es sí, ¿Cuántos días estuvo hospitalizado por ese problema o condición de salud?**
- a) 1 a 3 días
 - b) 4 a 5 días
 - c) Una semana
 - d) Dos semanas
 - e) Tres semanas
 - f) 1 mes
 - g) Más de un mes
- 5.5.2. Si la respuesta es sí, ¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica por ese problema o condición de salud?**
- a) Hospital público
 - b) Clínica u Hospital Privado
 - c) Hospital de las FF. AA o del Orden
 - d) Hospital de Mutualidades
 - e) Otro
- 5.5.3. Si la respuesta es sí, ¿Tuvo que hacer algún pago por la hospitalización (o intervención quirúrgica)?**
- a) Sí
 - b) No
- 5.5.4. Si la respuesta es sí, ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para recibir esta atención?**
- a) Menos de un mes
 - b) De 1 a 6 meses
 - c) De 6 meses a un año
 - d) Más de un año
- 5.6. ¿Usted utiliza algún elemento/ recurso/ artefacto para llevar su vida normal? (Considerando lentes, aparatos auditivos, bastones, oxígeno, implante dental, entre otros).**
- a) Sí
 - b) No
- 5.6.1. Si la respuesta es sí, ¿Recibe estos elementos por parte del sistema público?**
- a) Sí
 - b) No
- 5.6.1.1. Si la respuesta es sí, ¿Cada cuánto recibe y cambia estos elementos?**
- a) Todos los años
 - b) Cada dos años
 - c) Cada tres años
 - d) Cada cuatro años o más

5.6.1.2. Si la respuesta es no, ¿Quién costea estos elementos?

- a) Yo mismo
- b) Mi cónyuge
- c) Mis hijos
- d) Mis nietos
- e) Familiares
- f) Otro

5.6.1.3. Sí la respuesta es no ¿Cada cuánto cambia estos elementos?

- a) Todos los años
- b) Cada dos años
- c) Cada tres años
- d) Cada cuatro años o más

5.7. En caso de usar lentes ¿Tiene dificultades para ver, aunque los use?

- a) Sí
- b) No

5.8. En caso de usar audífonos ¿Tiene dificultades para oír, aunque los use?

- a) Sí
- b) No

5.9. ¿Tiene dificultades para caminar o subir escaleras?

- a) Sí
- b) No

5.10. ¿Tiene dificultad en su cuidado personal como para afeitarse o vestirse?

- a) Sí
- b) No

5.11. ¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros?

- a) Sí
- b) No

5.12. ¿Sufre de alguna/s enfermedad/es crónica/s?

- a) Sí
- b) No

5.12.1 ¿Cuáles son?

- a) Diabetes
- b) Hipertensión
- c) Problemas urinarios
- d) Insuficiencia cardíaca
- e) Problemas respiratorios
- f) Otros ¿Cuáles? _____

5.13. ¿Consume algún medicamento de forma regular o dependiente?

- a) Sí
- b) No

5.13.1. ¿Recibe estos medicamentos de algún organismo público?

- a) Sí
- b) No

5.13.1.1. Si su respuesta es No, ¿Compra usted estos medicamentos de forma particular?

- a) Sí
- b) No

5.13.1.1.1. Si su respuesta es Sí, ¿Quién costea estos medicamentos?

- a) Yo mismo
- b) Mi cónyuge
- c) Mis hijos
- d) Mis nietos
- e) Familiares
- f) Otro

5.13.1.1.2. ¿Cuánto gastan mensualmente aproximadamente en medicamentos para usted?

- a) \$0 – \$50.000
- b) \$50.001 – \$100.000
- c) \$100.001 – \$150.000
- d) \$150.001 – \$200.000
- e) \$200.001 – \$250.000
- f) \$250.001 – \$300.000
- g) \$300.001 o más.

5.14. ¿Ha tenido una pérdida de peso considerable en los últimos seis meses?

- a) Sí
- b) No

5.14.1. Si su respuesta es sí, ¿De cuánto aproximadamente ha sido esta pérdida de peso?

- a) 0 – 2.5 kg
- b) 2,6 kg – 5 kg
- c) 5,1 kg a 7,5 kg
- d) 7,6 kg o más

5.15. ¿Siente debilidad para realizar sus quehaceres?

- a) Sí
- b) No

5.16. ¿Se cansa con mucha frecuencia?

- a) Sí
- b) No

5.16.1. Este cansancio, ¿Es provocado por su estado de salud actual?

- a) Sí
- b) No

5.17. ¿Realiza usted actividad física como caminar, subir o bajar escaleras, entre otros?

- a) Sí
- b) No

5.17.1. Si su respuesta es Sí, ¿Con qué frecuencia?

- a) Menos de 30 minutos al día
- b) 30 minutos al día
- c) 1 horas al día
- d) Más de una hora al día

Anexo 3: Análisis de datos Stata resultados de la dimensión demográfica

Tabla A. 2: ¿Con quién vive?

	Frequency
¿Con quienes vive usted en su hogar?	
Vivo solo/a	39
Vivo con mi cónyuge	95
Vivo con mi cónyuge y otros familiares	34
Vivo con mis hijos	70
Vivo con otros familiares	32
Total	270

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 3: ¿Por qué vive solo?

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿Por qué vive en esta situación?			
Por decisión propia	11	14	25
Mis hijos o familiares viven en otras ciudades	2	1	3
No tengo contacto con otros familiares	4	1	5
Otras razones	2	4	6
Total	19	20	39

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 4: Cruce ¿Con quién vive? - ¿Quién es el jefe hogar?

	¿Quién es el jefe de hogar?					Total
	Yo mismo	Mi cónyuge	Mi Hijo/a	Otro Familiar	No existe jefe de hogar	
¿Con quienes vive usted en su hogar?						
Vivo solo/a	39					39
Vivo con mi cónyuge	53	39			3	95
Vivo con mi cónyuge y otros familiares	20	11	3			34
Vivo con mis hijos	42	4	23	1		70
Vivo con otros familiares	14	3	4	10	1	32
Total	168	57	30	11	4	270

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 5: Estado civil según el sexo.

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿Cuál es su estado civil?			
Casado (a)	65	66	131
Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil	8	5	13
Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)	2	3	5
Anulado (a)	1		1
Separado (a)	4	11	15
Divorciado (a)	7	6	13
Viudo (a)	23	34	57
Soltero (a)	11	24	35
Total	121	149	270

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 6: Tiempo del estado civil.

	¿Desde cuándo es este su estado civil?				La mayor parte de la vida	Total
	Menos de un año	De un 1 a 5 años	De años 5 o 10 años	De 10 años o más		
¿Cuál es su estado civil?						
Casado (a)	3	2	4	16	106	131
Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil		1	1	5	6	13
Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)				4	1	5
Anulado (a)				1		1
Separado (a)		2	5	5	3	15
Divorciado (a)	2	4	5	1	1	13
Viudo (a)	7	17	18	13	2	57
Soltero (a)			1	1	33	35
Total	12	26	34	46	152	270

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 7: Cruce ¿Con quién vive? y la cantidad de personas mayores en el hogar.

	¿Desde cuándo es este su estado civil?				La mayor parte de la vida	Total
	Menos de un año	De un 1 a 5 años	De años 5 o 10 años	De 10 años o más		
¿Cuál es su estado civil?						
Casado (a)	3	2	4	16	106	131
Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil		1	1	5	6	13
Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)				4	1	5
Anulado (a)				1		1
Separado (a)		2	5	5	3	15
Divorciado (a)	2	4	5	1	1	13
Viudo (a)	7	17	18	13	2	57
Soltero (a)			1	1	33	35
Total	12	26	34	46	152	270

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 8: Estado civil y cantidad de personas mayores en el hogar.

	¿Cuántos adultos mayores componen su hogar? (Incluyendose usted)				Total
	1	2	3	4	
¿Cuál es su estado civil?					
Casado (a)	20	110	1		131
Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil	6	7			13
Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)		5			5
Anulado (a)	1				1
Separado (a)	14	1			15
Divorciado (a)	12	1			13
Viudo (a)	51	6			57
Soltero (a)	26	3	3	3	35
Total	130	133	4	3	270

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo 4: Análisis con Stata resultados de la dimensión educacional.

Tabla A. 9: Nivel educacional.

	Frequency
¿Cuál es el nivel educacional al que llego?	
Básica Incompleta	70
Básica Completa	37
Media Incompleta	47
Media Completa	85
Superior Incompleta	5
Superior Completa	26
Total	270

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 10: Motivos de deserción escolar según sexo.

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿Por qué llego hasta ese nivel de estudios?			
Por decisión propia	11	43	54
Por problemas económicos	9	38	47
Necesidad de trabajar	75	33	108
Falta de accesibilidad a establecimientos educacionales	10	5	15
Otros	3	17	20
Total	108	136	244

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla A. 11: Disposición a continuar estudios por sexo.

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿Le gustaría terminar sus estudios?			
Sí	10	59	69
No	98	77	175
Total	108	136	244

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo 5: Análisis de datos Stata resultados de la dimensión Socioeconómica.

Tabla A. 12: Principal fuente de ingresos del hogar.

	Frequency
¿Cuál es la principal fuente de ingresos del hogar?	
Trabajo Formal	116
Trabajo Informal	23
Pensiones	123
Bonos o beneficios estatales	7
Otros	1
Total	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 13: Principal fuente de ingresos de la persona mayor.

	Frequency
¿Cuál es la principal fuente de su ingreso?	
Trabajo Formal	61
Trabajo Informal	22
Pensiones	171
Bonos o beneficios estatales	12
Otros	4
Total	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 14: Tipo de casa.

	Frequency
Esta vivienda es:	
Propia	223
Arrendada	23
Un hogar allegada	4
Otro	20
Total	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 15: Propietario de la casa.

	Frequency
¿A quién le pertenece esta casa?	
Es mía	153
Es de mi Cónyuge	34
Es de mi hijo/a	27
Es de mi nieto/a	2
Es de otro familiar	7
Total	223

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 16: Tipos de viviendas en el Sector Alto.

	Frequency
¿Qué tipo de vivienda tiene usted?	
Casa aislada (no pareada)	12
Casa pareada por un lado	9
Casa pareada por ambos lados	32
Departamento en edificio con ascensor	1
Mediagua, mejora o vivienda de emergencia	2
Rancho o choza	1
Vivienda precaria de materiales reutilizados	1
Total	58

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 17: Fuente de internet del hogar.

	Frequency
¿Cuenta usted con internet dentro del hogar?	
Sí	160
No	110
Total	270

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6: Análisis de datos Stata resultados de la dimensión social.

Tabla A. 18: Disposición a trabajar según sexo.

	¿Tiene usted la disposición a trabajar?		
	Sí	No	Total
Sexo			
Hombre	24	48	72
Mujer	19	100	119
Total	43	148	191

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 19: Razón por la que no pueden trabajar según sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿Cuál es la razón principal por la cual no puede trabajar?			
Porque me jubile	7	1	8
Porque no he encontrado trabajo	7	4	11
Por problemas de salud	7	3	10
Porque debo cuidar aun familiar		6	6
Mils familiares no me lo permiten	1	3	4
Otro Motivo	2	2	4
Total	24	19	43

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 20: Los familiares que no viven con usted ¿Lo visitan con frecuencia?.

	Frequency
Los familiares que NO viven con usted, ¿Lo vienen a visitar con frecuencia?	
Sí	199
No	71
Total	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 21: Razón para no ser visitados.

	Frequency
¿Cuál es la razón por la que no vienen con frecuencia?	
Viven en otra ciudad	24
Están ocupados en el trabajo	17
No tengo contacto con ellos	22
Otro	8
Total	71

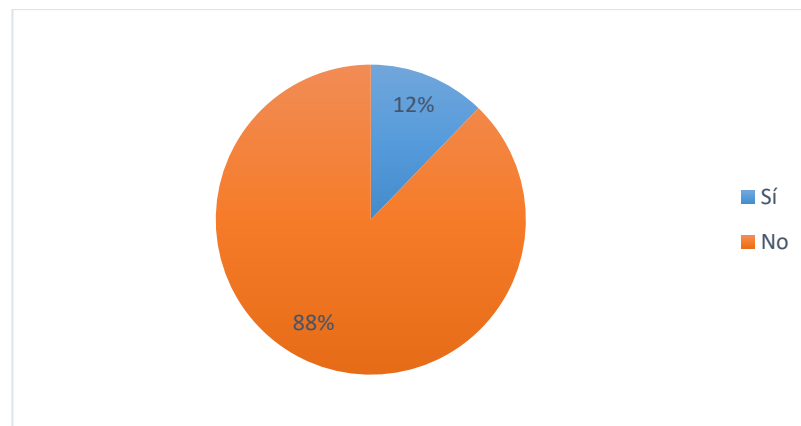
Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 22: Apoyo de familiares según con quien vive.

	¿Sus familiares le entregan apoyo con el inmueble, alimentos, artículos de aseo?		Total
	Sí	No	
¿Con quienes vive usted en su hogar?			
Vivo solo/a	11	28	39
Vivo con mi cónyuge	43	52	95
Vivo con mi cónyuge y otros familiares	14	20	34
Vivo con mis hijos	39	31	70
Vivo con otros familiares	21	11	32
Total	128	142	270

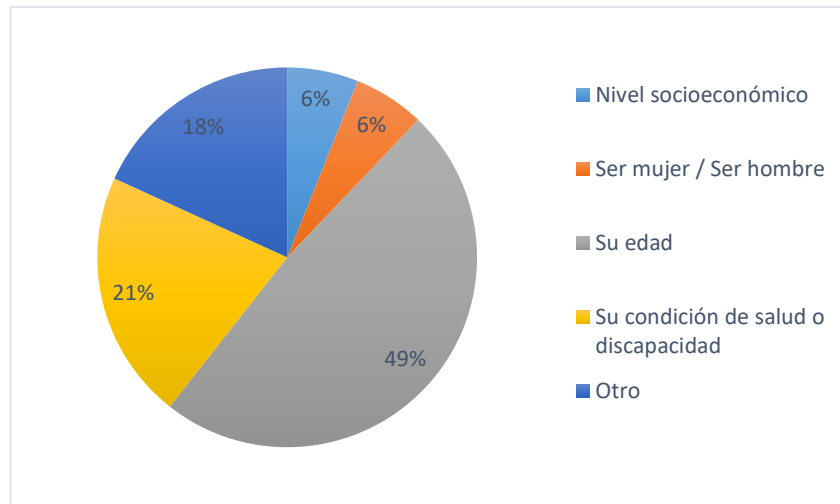
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A. 1: ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación?



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A. 2: Motivo de la discriminación.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 23: Uso de internet según sexo.

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿Usa usted internet?			
Sí	65	101	166
No	56	48	104
Total	121	149	270

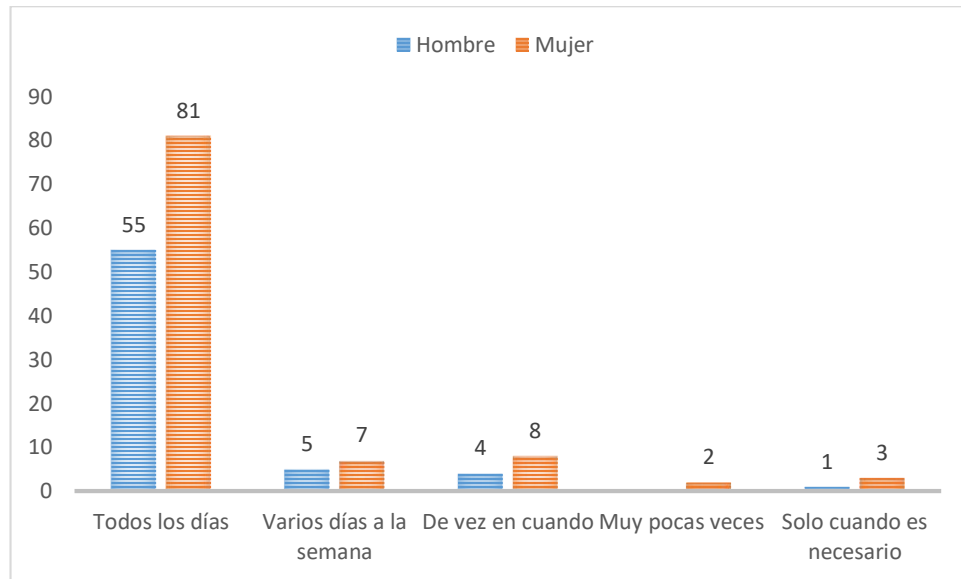
Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 24: Principal aparato donde utilizan internet.

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿En qué aparato principalmente utiliza internet?			
Celular	53	93	146
Computador	4	5	9
Televisión	7	2	9
Otro	1	1	2
Total	65	101	166

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A. 3: Frecuencia de uso internet según sexo.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7: Análisis de datos Stata de la dimensión salud.

Tabla A. 25: Previsión de salud.

	Frequency
¿En qué previsión se encuentra actualmente?	
Fonasa	258
Isapre	9
Lo desconozco	3
Total	270

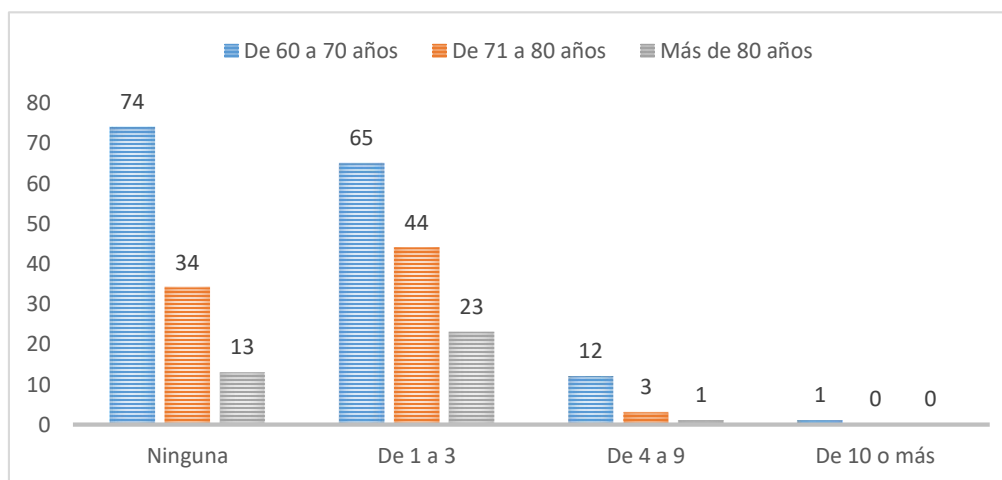
Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 26: Consultas médicas en los últimos 3 meses según sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿Cuántas consultas o atenciones médicas recibió ud. en los último 3 meses?			
Ninguna	64	57	121
De 1 a 3	52	80	132
De 4 a 9	4	12	16
De 10 o más	1		1
Total	121	149	270

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A. 4: Consultas médicas en los últimos 3 meses por rango etario.



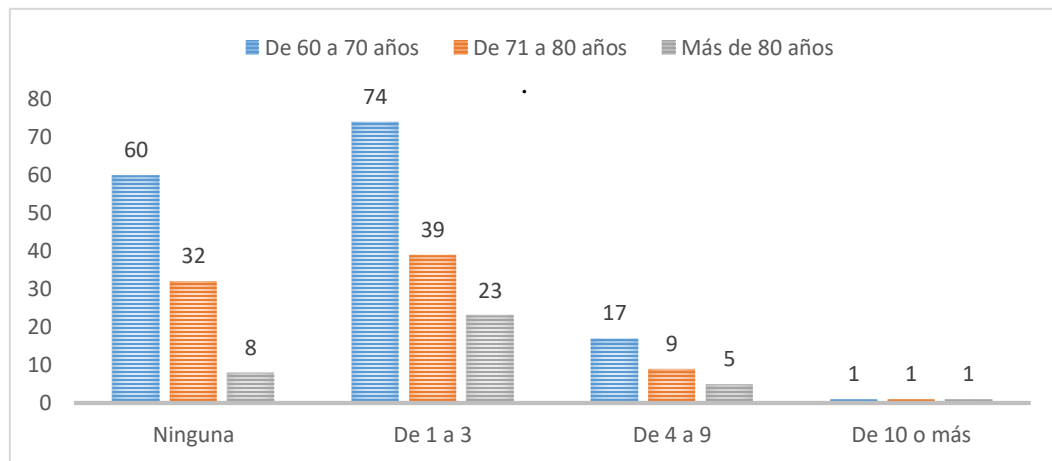
Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 27: Controles médicos en los últimos 3 meses según sexo.

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿Cuántos controles médicos recibió ud. en los últimos 3 meses?			
Ninguna	66	34	100
De 1 a 3	45	91	136
De 4 a 9	9	22	31
De 10 o más	1	2	3
Total	121	149	270

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A. 5: Controles médicos en los últimos 3 meses por rango etario.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 28: Hospitalización en último año según sexo.

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿Ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica?			
Sí	20	21	41
No	101	128	229
Total	121	149	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 29: Tiempo de espera por hospitalización o cirugía.

	Frequency
¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para recibir esta atención?	
Menos de un mes	27
De 1 a 6 meses	9
De 6 meses a 1 año	4
Más de un año	1
Total	41

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 30: Lugar de hospitalización.

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica?			
Hospital Público	18	16	34
Clínica u Hospital Privado	2	5	7
Total	20	21	41

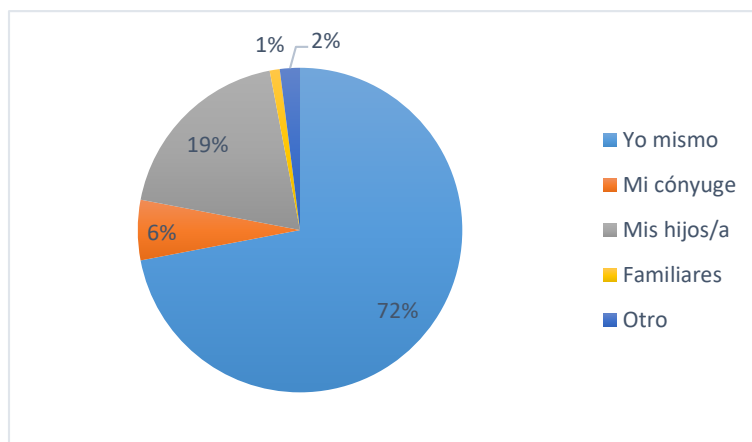
Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 31: Gastos de bolsillo por hospitalización.

	¿Tuvo que hacer algún pago por la hospitalización (o intervención quirúrgica)?		Total
	Sí	No	
¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica?			
Hospital Público	4	30	34
Clínica u Hospital Privado	7	0	7
Total	11	30	41

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico A. 6: ¿Quién costea los elementos que se reciben de forma particular?.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 32: Tiene alguna enfermedad crónica según sexo.

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿Sufre de alguna/s enfermedad/es crónica/s?			
Sí	87	117	204
No	34	32	66
Total	121	149	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 33: Rango de gastos en medicamentos cuando se compran de forma particular.

	Frequency
¿Cuánto gastan mensualmente aproximadamente en medicamentos para usted?	
\$0 - \$50.000	49
\$50.001 - \$100.000	20
\$100.001 - \$150.000	7
\$150.001 - \$200.000	1
\$200.001 - \$250.000	1
Total	78

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 34: Cantidad de pérdida de peso en el último tiempo según sexo.

	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
¿De cuánto aproximadamente ha sido está perdida de peso?			
0 - 2,5 kg	3	6	9
2,6 - 5,0 kg	8	19	27
5,1 a 7,5 kg	8	5	13
7,6 kg o más	1	1	2
Total	20	31	51

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 35: Actividad física según sexo.

	¿Realiza usted actividad física como caminar, subir o bajar escaleras?		
	Sí	No	Total
Sexo			
Hombre	75	46	121
Mujer	100	49	149
Total	175	95	270

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A. 36: Siente debilidad y se cansa con frecuencia.

	¿Se cansa con mucha frecuencia?		
	Sí	No	Total
¿Siente debilidad para realizar sus quehaceres?			
Sí	120	12	132
No	51	87	138
Total	171	99	270

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8: Montos asignados por el subsidio para el arriendo de una vivienda en el llamado excepcional a personas mayores.

Tabla A. 37: Montos y especificaciones en la entrega de subsidio.

Porcentaje de vulnerabilidad (RHS)	Cobertura máxima del valor del contrato	Monto Subsidio Total (UF)
40%	95%	213
50%	93%	209
60%	92%	207
70%	90%	202

Fuente: Elaboración propia con base a la Resolución Exenta 554 – 2021.

Anexo 9: Propuesta de cursos y talleres para personas mayores.

<p style="text-align: center;">ARTE Y CREATIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller de cueca. • Taller de salsa. • Dibujo y pintura. • Tejido y bordado. 	<p style="text-align: center;">COMPUTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Windows. • Word. • Excel. • Internet. • Correo electrónico.
<p style="text-align: center;">CULTURALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charlas de salud. • Ciclo de exposiciones de arte. • Ciclo de cine. 	<p style="text-align: center;">CAPACITACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del teléfono móvil. • Uso de cajeros automáticos. • Uso de redes sociales. • Compras por internet.
<p style="text-align: center;">ACTIVIDAD FÍSICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yoga. • Baile entretenido. • Aeróbica. 	<p style="text-align: center;">IDIOMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inglés básico. • Inglés intermedio.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10: Presupuesto SENAMA hasta agosto 2021.

MINISTERIO DE HACIENDA Dirección de Presupuestos	INFORME DE EJECUCION MENSUAL PERIODO 2021 Versión : Ejecución Dipres Moneda Nacional - Miles de Pesos - Monto Devengado 210801 : SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR
---	---

Sub Título	Item	Asig.	Denominaciones	Presupuesto Inicial	Presupuesto Vigente	Ejecución Acumulada a AGOSTO
			INGRESOS	41.903.386	55.548.805	27.245.120
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	143.150	143.160	480.703
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	143.150	143.150	201.156
	99		Otros		10	279.547
09			APORTE FISCAL	41.759.236	44.666.532	25.019.145
	01		Libre	41.759.236	44.666.532	25.019.145
12			RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS		10	201.052
	10		Ingresos por Percibir		10	201.052
13			TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL		1.544.220	1.544.220
	02		Del Gobierno Central		1.544.220	1.544.220
		004	Gobierno Regional de Antofagasta		614.220	614.220
		010	Gobierno Regional de Los Lagos		930.000	930.000
15			SALDO INICIAL DE CAJA	1.000	9.194.883	
			GASTOS	41.903.386	55.548.805	36.928.104
21			GASTOS EN PERSONAL	6.370.402	6.489.584	4.232.352
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	983.504	983.504	602.972
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	33.602.465	37.432.106	22.066.201
	01		Al Sector Privado	1.681.523	1.681.523	1.261.143
		597	Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad	1.681.523	1.681.523	1.261.143
		03	A Otras Entidades Públicas	31.911.842	35.741.483	20.796.018
		700	Fondo Nacional del Adulto Mayor	5.108.996	6.775.951	2.621.977
		709	Programa de Escuelas de Formación para Dirigentes Mayores	95.755	95.755	25.765
		716	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores	9.714.525	9.701.933	6.760.754
		717	Programa Buen Trato al Adulto Mayor	104.752	95.277	37.084
		718	Programa Condominios de Viviendas Tuteladas	992.326	857.587	559.517
		720	Programa Envejecimiento Activo	204.247	2.538.139	253.393
		721	Programa Fondo Subsidio ELEAM	8.135.740	8.135.740	5.028.690
		722	Programa de Cuidados Domiciliarios	1.479.960	1.479.960	1.458.070
		723	Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor	5.490.506	5.490.506	4.004.558
		724	Programa Voluntariado País de Mayores	98.804	98.804	27.034
		725	Programa Comunas Amigables	486.231	471.831	19.176
		07	A Organismos Internacionales	9.100	9.100	9.040
		002	Organización Iberoamericana de Seguridad Social	9.100	9.100	9.040
25			INTEGROS AL FISCO		5.902.000	5.902.000
	03		Excedentes de Caja		5.902.000	5.902.000
29			ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	81.066	81.066	67.251
	07		Programas Informáticos	81.066	81.066	67.251

MINISTERIO DE HACIENDA Dirección de Presupuestos	INFORME DE EJECUCION MENSUAL PERIODO 2021 Versión : Ejecución Dipres Moneda Nacional - Miles de Pesos - Monto Devengado 210801 : SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR
---	---

Sub Título	Item	Asig.	Denominaciones	Presupuesto Inicial	Presupuesto Vigente	Ejecución Acumulada a AGOSTO
31			INICIATIVAS DE INVERSIÓN	864.949	864.949	281.094
	02		Proyectos	864.949	864.949	281.094
34			SERVICIO DE LA DEUDA	1.000	3.795.575	3.776.234
	07		Deuda Flotante	1.000	3.795.575	3.776.234
35			SALDO FINAL DE CAJA		21	
			RESULTADO			-9.682.984

Fuente: Dirección de Presupuestos, sección Servicio Nacional del Adulto Mayor – 2021.