



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y REDES
DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CHILENOS**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR
PRESENTADA POR
Irma Isabel Vargas Palavicino**

**Director, doctor Jesús Rivera Navarro
Codirector, doctor José David Urchaga Litago**

Salamanca 2014

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR:
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y REDES DE
APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CHILENOS**

**Presentada por
Irma Vargas Palavicino
para optar al título de doctora**

**V°B°
Dr. Jesús Rivera Navarro
Director**

**V°B°
Dr. José D. Urchaga Litago.
Codirector**

**Irma I. Vargas Palavicino
Autora**

AGRADECIMIENTOS

*He llegado a tierra
una tierra que desconozco
una tierra que desde ya
me inspira a lanzarme de nuevo al mar.*

Quisiera aprovechar para agradecer a todas las personas, espacios y lugares que me han ayudado en esta travesía que lleva a las fértiles tierras donde se esconden historias compartidas, algunas de estas personas han estado a mi lado, caminando conmigo, susurrando en mi oído, otras me han iluminado con candiles la noche, hay quienes rogaban a Dios porque todo fuera bien y otras que gritaban en sus silencios palabras de ánimo.

Llegar a este momento no hubiese sido posible sin la incondicionalidad de mi familia, agradecer a mi madre que sin entender mucho esto de seguir estudiando ha acompañado con amor mis opciones, a mis hermanos y sobrinos que con su cariño animaron aquellos momentos de desaliento. Agradecer a quienes desde la amistad animaron y acompañaron con su presencia este camino, gracias Margarita, Leo, Lucy, Rossana, Angélica, Francisca, Keka, Myriam, Katia, Adriana, Eliana, Carmen y Cecilia por la historia compartida.

Llegue a Salamanca una tarde de sol que resplandecía en sus piedras, en estas tierras castellanas encontré muchísima gente que me ha ayudado y a quienes agradezco su acogida y cercanía. A Deiza y Saluky con quienes desde el primer día de clases fuimos enlazando nuevos caminos desde la amistad. Agradecer el reencuentro con viejos amigos con quienes compartimos la historia en tierras sureñas, a Miguel Ángel quien desde la fe compartida me fue abriendo caminos y vínculos entrañables. A Verónica, Miguel, Loreto y Javier, Antonio, Mari y Natxo quienes estuvieron siempre presentes y me acogieron en sus familias en mis escapadas a Vitoria y Bilbao, a Lucio por su cercanía y apoyo en esta investigación, a Miguel por su acogida en Madrid, a Mari José, por disponer en cada uno de sus viajes tiempo para la amistad y a Cristina por su cariño.

El tema de esta Tesis Doctoral estuvo marcado por realizar algo útil para las personas con las que trabajo y para mí misma. Por ello mis especiales agradecimientos a los ancianos y ancianas que me abrieron su historia desde la sencillez de sus hogares y la humildad de su sabiduría, fueron ellos los que permearon estas páginas y permitieron abrir una ventana a la realidad de quienes viven en zonas rurales e indígenas del Sur de Chile. Ello no hubiese sido posible sin su confianza y generosidad, así como tampoco sin el apoyo de Jesús Rivera Navarro, director de esta tesis doctoral, quien desde un comienzo de forma respetuosa, considerando mi experiencia profesional y personal trabajó a la par de mis tiempos con dedicación y compromiso, dando todo de sí para que pudiera finalizar esta investigación. Asimismo agradecer a José David Urchaga, codirector de esta investigación, quien generosamente puso su tiempo y saberes sin medida acompañándome en esta investigación. Gracias a ambos por la amistad que en estos años hemos construido.

Este trabajo es pues colectivo, fruto del, esfuerzo, derivado de una problemática real y con la expectativa de que sea útil para ayudar y responder a lo que necesita nuestra gente dando pie a imaginar más y preguntarnos más cosas. Sé que recordare siempre lo vivido, y que en esta tesis no se reflejará todo lo experimentado, las ancianas y ancianos que conocí, sus familias, la intimidad de su hogar, los relatos de vida por los que aún lloran, los olores de la naturaleza limpia, la lluvia incansable, el barro de los caminos rurales, el tiempo que transcurre más lento que en el que estamos acostumbrados a vivir, el sonido de la tranquilidad y el ambiente que solo puede vivir quien se atreva a querer conocer y disfrutar de la enorme y hermosa diversidad de culturas que posee un país, las cuales hasta el día de hoy no hemos sabido valorar. No me queda más que agradecer el regalo de poder plasmar lo vivido desde su visión.

Finalmente, agradecer al Ministerio de desarrollo social y al Ministerio de salud, propietarios intelectuales de las encuestas nacionales de caracterización socioeconómica y de calidad de vida y salud, por permitirme disponer de la base de datos. Todos los resultados del estudio son de responsabilidad de la autora y en nada comprometen a dichos Ministerios.

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio empírico que a continuación presentamos versa sobre la percepción de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y apoyo social en personas de 60 y más años que residían en las regiones octava y novena del sur de Chile, pertenecientes al mundo rural -indígenas, mapuche y no indígenas-, de estratos socioeconómicos bajos y medios-bajos. La metodología utilizada en el estudio fue mixta concurrente; en la fase cuantitativa participaron 220 personas mayores a los cuales se les aplicó una encuesta con datos sociodemográficos, económicos y las escalas SF-36 y Duke Unc-11; en la fase cualitativa se realizaron cuatro grupos de discusión con personas mayores indígenas y no indígenas.

Los principales hallazgos indicaron que la percepción de CVRS en ambos colectivos se encontró por debajo la referencia española en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, a excepción de la salud general. Asimismo la percepción de ésta se encontró determinada por factores sociodemográficos, económicos y elementos recurrentes en el discurso tales como la alimentación, el autocuidado y situaciones vividas. Las personas mayores indígenas tuvieron una peor percepción de CVRS, en comparación con sus congéneres no indígenas. Respecto al apoyo social, este estudio ha confirmado a la familia como la principal fuente de apoyo social ante situaciones de enfermedad, de dificultades económicas y/o emocionales, configurándose en un factor protector que contribuye a una mejor percepción de su salud, no encontrándose diferencias significativas entre ambos colectivos. Asimismo, el estrés desempeñó en ambos colectivos un rol mediador entre el apoyo social percibido y la percepción de la CVRS. La percepción general de salud, en ambos colectivos, era concebida como ausencia de enfermedad e interpretada desde el sustrato cultural de cada colectivo, en donde la enfermedad para el colectivo no indígena se concibió como un hecho individual y biológico originada por factores biológicos, emocionales, estilos de vida y situaciones vividas. En cambio en el colectivo indígena se concibió como un hecho colectivo, originada por un desequilibrio consigo mismo, los demás y/o el entorno.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
INTRODUCCIÓN GENERAL	19
PARTE I: APROXIMACIÓN TEÓRICA	25
CAPÍTULO 1: ANÁLISIS SOCIO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DEL ENVEJECIMIENTO	25
1.1. Introducción	25
1.2. El envejecimiento de la población como proceso social	26
1.3. El envejecimiento de la población en Chile: situación actual.....	31
1.3.1. Aspectos demográficos	31
1.3.2. Aspectos socioeconómicos.....	40
1.3.3. Diferencias en la vejez según la etnia	55
1.4. Síntesis	71
CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE VEJEZ Y SALUD	73
2.1. Introducción	73
2.2. Concepto de políticas públicas de vejez	73
2.3. Marco de las políticas públicas	75
2.4. Política para el adulto mayor en Chile	82
2.5. Descripción de la reforma previsional.....	88
2.6. Políticas públicas de salud	90
2.7. Los pueblos originarios y las políticas públicas	93
2.8. Síntesis.....	99
PARTE II: BASES CONCEPTUALES	101

CAPÍTULO 3: CONCEPTOS ANALÍTICOS Y TEORÍA DEL ENVEJECIMIENTO.....	101
3.1. Introducción	101
3.2. Concepto de vejez.....	101
3.3. La vejez y el envejecimiento como fenómeno social	106
3.4. Enfoques teóricos del envejecimiento	108
3.5. Síntesis	117
CAPÍTULO 4: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD	119
4.1. Introducción	119
4.2. Antecedentes históricos	119
4.3. El constructo de calidad de vida.....	122
4.4. Calidad de vida relacionada con salud (CVRS).....	132
4.5. Calidad de vida en la vejez	138
4.6. Síntesis	139
CAPÍTULO 5: REDES DE APOYO SOCIAL	141
5.1. Introducción	141
5.2. Constructo de redes sociales de apoyo	141
5.3. Constructo de apoyo social	153
5.4. Salud y apoyo social	162
5.4.1. Modelos teóricos del apoyo social.....	164
5.4.2. Apoyo social y estrés	167
5.4.3. Redes de apoyo social en el adulto mayor	169
5.5. Síntesis	173
CAPÍTULO 6: LOS MAPUCHE EN EL MUNDO CONTEMPORÁNEO.....	175
6.1. Introducción	175
6.2. Contexto: datos básicos sobre la población mapuche en Chile	176
6.3. El cosmos mapuche	178

Índice de contenidos

6.4.	Concepción de salud-enfermedad y sanación	193
6.5.	Organización social del pueblo mapuche desde una perspectiva histórica ..	204
6.6.	Síntesis	215
PARTE III: ESTUDIO EMPÍRICO Y ANÁLISIS		217
CAPÍTULO 7: MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO.....		217
7.1.	Introducción	217
7.2.	Diseño global de la investigación.....	217
7.2.1.	Problema y preguntas de la investigación.....	217
7.2.2.	Objetivos de la investigación	218
7.2.3.	Esquema global de la investigación.....	219
7.3.	Diseño metodológico	220
7.3.1.	Diseño mixto concurrente	221
7.3.2.	Población y muestra.....	223
7.3.3.	Trabajo de campo	223
7.3.4.	Aproximación cuantitativa	226
7.3.4.1.	Objetivos	226
7.3.4.2.	Hipótesis.....	227
7.3.4.3.	Descripción de instrumentos	227
7.3.4.4.	Selección de la muestra.....	231
7.3.4.5.	Recolección de información.....	232
7.3.4.6.	Análisis estadístico	234
7.3.5.	Aproximación cualitativa	234
7.3.5.1.	Objetivos	235
7.3.5.2.	Estrategia de producción de información.....	235
7.3.5.3.	Diseño de guion o pauta de entrevista	236
7.3.5.4.	Muestra y selección de participantes	236

Índice de contenidos

7.3.5.5.	Registro de información.....	239
7.3.5.6.	Análisis	239
CAPÍTULO 8: RESULTADOS.....		245
8.1.	Introducción	245
8.2.	Aproximación Cuantitativa.....	247
8.2.1.	Caracterización de la muestra.....	247
8.2.2.	Descripción de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36	262
8.2.3.	Descripción del cuestionario de apoyo social Duke- Unc-11	265
8.2.4.	Relación entre la CVRS y el apoyo social	266
8.2.4.1.	Rol mediador del estrés.....	270
8.2.5.	Factores asociados a la CVRS y al apoyo social.....	273
8.2.5.1.	CVRS y factores asociados	273
8.2.5.2.	Apoyo social y factores asociados.....	290
8.2.5.3.	Interacción con el grupo (población mapuche y no indígena)	301
8.2.6.	Factores predictores de la CVRS y el apoyo social.....	305
8.2.6.1.	CVRS y factores predictores.....	306
8.2.6.2.	Apoyo social y factores predictores.....	310
8.2.7.	Síntesis	318
8.3.	Aproximación Cualitativa.....	319
8.3.1.	CVRS en el discurso de las personas mayores.....	319
8.3.1.1.	El entorno cotidiano en el discurso.....	319
	▪ Aspectos familiares.....	321
	▪ Aspectos económicos.....	326
	▪ Aspectos sociales y recreativos	331
	▪ Aspectos institucionales.....	336
8.3.1.2.	La salud en el discurso.....	338

Índice de contenidos

▪ Autopercepción de salud	341
▪ Percepción del sistema de salud	348
8.3.1.3. La enfermedad en el discurso	362
▪ Concepto de enfermedad.....	364
▪ Formas de tratar la enfermedad	366
8.3.1.4. Factores que se requieren para alcanzar el bienestar	369
8.3.2. El apoyo social en el discurso de las personas mayores	372
8.3.2.1. Principales redes y tipo de apoyo social	372
8.3.3. Síntesis	379
CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN.....	381
9.1. Introducción	381
9.2. Las características socio-demográficas de la muestra del estudio	381
9.3. Discusión de resultados cuantitativos.....	386
9.3.1. La CVRS en la vejez.....	386
9.3.1.1. Factores asociados y/o predictores de la CVRS.....	388
9.3.2. El Apoyo social en la vejez	394
9.3.2.1. Factores asociados y/o predictores del apoyo social	394
9.4. Discusión de resultados cualitativos.....	399
9.4.1. Significado que le atribuyen a la CVRS	399
9.4.1.1. Entorno cotidiano	399
9.4.1.2. La salud	405
9.4.1.3. La enfermedad	411
9.4.2. Significado que se le atribuye al apoyo social	413
9.5. Aspectos integrados de la discusión	419
CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES	427
BIBLIOGRAFÍA	437

ANEXOS	481
Anexo 1: Cartera de servicios	481
Anexo 2. Cuestionario	487
Anexo 3. Consentimiento informado	494
Anexo 4. Guion de grupos de discusión	496
Anexo 5. Documentos de prueba inter jueces	497
Anexo 6. Mapa de Chile	499
Anexo 7. Resultados	500
Anexo 7.1: Diferencias entre grupos, prueba U de Mann-Whitney	500
Anexo 7.2: Pruebas de los efectos inter-sujetos	500

Índice de contenidos

Índice de Tablas

Tabla 1. Índices en población de 60 y más años por región. Chile 2011	39
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según el estado civil y el sexo en Chile. CASEN 2009	42
Tabla 3. Tipo de hogar indígena, según tenencia de la vivienda.	69
Tabla 4. Condiciones cualitativas de la vivienda en adultos mayores Indígena y no indígena	69
Tabla 5. Pobreza en población de adultos mayores mapuche y no indígena	71
Tabla 6. Enfoques sobre Envejecimiento Individual	111
Tabla 7. Contenido de las dimensiones del SF-36	137
Tabla 8. Puntos cardinales y simbología	185
Tabla 9. Resumen del contenido de las dimensiones del cuestionario SF-36	229
Tabla 10. Características sociodemográficas, grupos de discusión de población mapuche	237
Tabla 11. Características sociodemográficas, grupos de discusión de población no indígena	238
Tabla 12. Resultados de acuerdo inter jueces y de categorías prueba previa	242
Tabla 13. Resultados de acuerdo inter jueces y de categorías prueba final	243
Tabla 14. Distribución de la muestra según grupo y variables de selección	247
Tabla 15. Distribución de la muestra por estudios cursados y según grupo	248
Tabla 16. Distribución de la muestra por tramo de edad y según grupo	248
Tabla 17. Distribución de la muestra según estado civil	249
Tabla 18. Número de participantes de la muestra por región, comuna y grupo,	250
Tabla 19. Comunidades mapuche incorporadas en el estudio	250
Tabla 20. Tipo de cohabitación en población mayor indígena y no indígena	251

Índice de contenidos

Tabla 21. Religión según población mayor indígena y no indígena _____	252
Tabla 22. Satisfacción con el ingreso percibido según la población mayor indígena y no indígena ____	252
Tabla 23. Tipo de pensión o subsidio estatal recibido según población mayor indígena y no indígena _	253
Tabla 24. Situación laboral de la muestra del estudio según la población mayor indígena y no indígena _____	253
Tabla 25. Tipo de trabajo en población mayor indígena y no indígena _____	254
Tabla 26. Tenencia de la vivienda en población mayor indígena y no indígena _____	254
Tabla 27. Índice de saneamiento de la vivienda en población mayor indígena y no indígena _____	255
Tabla 28. Índice de hacinamiento de la vivienda en población mayor indígena y no indígena _____	255
Tabla 29. Disponibilidad de bienes en los hogares en población mayor indígena y no indígena _____	256
Tabla 30. Distribución de la población mayor indígena y no indígena según clasificación de FONASA _	257
Tabla 31. Características de morbilidad en población mayor indígena y no indígena _____	257
Tabla 32. Consumo de medicamentos diario en población mayor indígena y no indígena _____	258
Tabla 33. Descripción de consumo de alcohol en población mayor indígena y no indígena _____	259
Tabla 34. Descripción de consumo de tabaco en población mayor indígena y no indígena _____	260
Tabla 35. Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-36 en la población mayor indígena y no indígena _____	262
Tabla 36. Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-36 según sexo _____	264
Tabla 37. Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-36 según sexo y población mayor indígena y no indígena _____	265
Tabla 38. Distribución de puntuaciones de cuestionario Duke Unc según sexo y población indígena y no indígena _____	266

Índice de contenidos

Tabla 39. Correlaciones entre las dimensiones del SF36 y del cuestionario del apoyo social de Duke Unc-11	266
Tabla 40. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SF-36 y del apoyo social en población mayor indígena y no indígena	268
Tabla 41. Prueba de muestras independientes entre la población mayor indígena y no indígena	269
Tabla 42. Análisis del rol mediador del estrés mediante correlaciones	271
Tabla 43. Resumen del rol mediador del estrés	272
Tabla 44. Análisis del efecto mediador del estrés mediante regresión lineal múltiple	273
Tabla 45. Variables asociadas con la CVRS por dimensiones del SF-36	274
Tabla 46. Asociación entre el sexo y la CVRS	275
Tabla 47. Asociación entre la satisfacción con el dinero y la CVRS	275
Tabla 48. Asociación entre la pareja y la CVRS	276
Tabla 49. Asociación entre la participación en organizaciones sociales y la CVRS	277
Tabla 50. Asociación entre algún suceso importante ocurrido en el último año y la CVRS	278
Tabla 51. Asociación entre la cohabitación y la CVRS	278
Tabla 52. Asociación entre el saneamiento de la vivienda y la CVRS	279
Tabla 53. Variables no significativas en asociación con la CVRS	280
Tabla 54. Factores asociados con la CVRS en adultos mayores indígenas	281
Tabla 55. Factores asociados con la CVRS en adultos mayores no indígenas	282
Tabla 56. Asociación entre el sexo y la CVRS por grupo	283
Tabla 57. Asociación entre satisfacción con el dinero y la CVRS por población mayor indígena y no indígena	284

Índice de contenidos

<i>Tabla 58. Asociación entre la convivencia en pareja y la CVRS según población mayor indígena y no indígena</i>	285
<i>Tabla 59. Asociación entre la participación y la CVRS según población mayor indígena y no indígena</i>	286
<i>Tabla 60. Asociación entre suceso importante ocurrido en el último año y la CVRS según población mayor indígena y no indígena</i>	287
<i>Tabla 61. Asociación entre cohabitación y la CVRS según población mayor indígena y no indígena</i>	288
<i>Tabla 62. Asociación entre el saneamiento de la vivienda y la CVRS según población mayor indígena y no indígena</i>	289
<i>Tabla 63. Asociación entre el hacinamiento de la vivienda y la CVRS según población mayor indígena y no indígena</i>	289
<i>Tabla 64. Apoyo social y factores asociados</i>	291
<i>Tabla 65. Asociación entre satisfacción con dinero y apoyo social</i>	292
<i>Tabla 67. Asociación entre la convivencia en pareja y el apoyo social</i>	292
<i>Tabla 68. Asociación entre la participación y el apoyo social</i>	292
<i>Tabla 69. Asociación entre suceso importante ocurrido en el último año y el apoyo social</i>	293
<i>Tabla 70. Asociación entre la cohabitación y el apoyo social</i>	293
<i>Tabla 71. Apoyo social y dificultades en el trabajo o actividades cotidianas a causa de un problema emocional</i>	294
<i>Tabla 72. Factores asociados al apoyo social por grupo</i>	296
<i>Tabla 73. Asociación entre la satisfacción con dinero y el apoyo social por grupo</i>	297
<i>Tabla 74. Asociación entre la convivencia en pareja y el apoyo social por grupo</i>	298
<i>Tabla 75. Asociación entre la participación y el apoyo social por grupo</i>	298
<i>Tabla 76. Asociación entre suceso importante ocurrido en el último año y el apoyo social por grupo</i>	299

Índice de contenidos

<i>Tabla 77. Asociación entre la cohabitación y el apoyo social según población mayor indígena y no indígena</i>	299
<i>Tabla 78. El apoyo social y las dificultades en el trabajo o en actividades cotidianas a causa de algún problema emocional en población mayor indígena y no indígena</i>	300
<i>Tabla 79. Asociación entre el saneamiento de la vivienda y el apoyo social en población mayor indígena y no indígena</i>	301
<i>Tabla 80. Variables que interaccionan con la variable colectivo (mapuche, indígena) en las dimensiones de la CVRS y el apoyo social</i>	302
<i>Tabla 81. Resumen de modelo de regresión lineal de variables iniciales por dimensiones del SF-36</i>	307
<i>Tabla 82. Resumen de modelo de regresión lineal de variables significativas por las dimensiones del SF-36</i>	308
<i>Tabla 83. Resumen de modelo de regresión lineal por dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena</i>	310
<i>Tabla 84. Modelo predictivo de regresión lineal de variables iniciales para ASA</i>	311
<i>Tabla 85. Modelo predictivo de regresión lineal de variables iniciales para ASC</i>	311
<i>Tabla 86. Modelo predictivo de regresión lineal de variables significativas para ASA</i>	312
<i>Tabla 87. Modelo predictivo de regresión lineal de variables significativas para ASC</i>	313
<i>Tabla 88. Resumen del modelo de regresión lineal de variables significativas por dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena</i>	314
<i>Tabla 89. Modelo predictivo de ASA para variables significativas por las dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena</i>	315
<i>Tabla 90. Modelo predictivo de ASC para variables significativas por las dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena</i>	316
<i>Tabla 91. Comparación de la percepción de la CVRS en las personas mayores por las dimensiones del SF-36</i>	387

Índice de figuras

<i>Figura 1. Red de establecimientos de Salud Pública. Chile.....</i>	<i>92</i>
<i>Figura 2. Conceptualizaciones de calidad de vida</i>	<i>125</i>
<i>Figura 3. Teoría integrante de calidad de vida. Ventegodt 2003.</i>	<i>126</i>
<i>Figura 4. Redes según tipo de interconexión.....</i>	<i>150</i>
<i>Figura 5. Concepción vertical del cosmos.....</i>	<i>180</i>
<i>Figura 6. Concepción horizontal del cosmos.</i>	<i>184</i>
<i>Figura 7. Orden espacial, ético y ceremonial en la concepción horizontal del cosmos</i>	<i>185</i>
<i>Figura 8. Ruka mapuche</i>	<i>188</i>
<i>Figura 9. Clasificación de Kutran (enfermedad. Citarella 2000</i>	<i>196</i>
<i>Figura 10. Esquema global de la investigación</i>	<i>219</i>
<i>Figura 11. Diseño mixto de triangulación concurrente</i>	<i>221</i>
<i>Figura 12. Procesos de los diseños mixtos concurrentes.....</i>	<i>222</i>
<i>Figura 13. Percepción de calidad de vida relacionada con salud ámbitos recurrentes en el discurso</i>	<i>319</i>
<i>Figura 14. Mapa conceptual entorno cotidiano en la percepción de la CVRS</i>	<i>320</i>
<i>Figura 15. Mapa conceptual la salud en la percepción de la CVRS.....</i>	<i>340</i>
<i>Figura 16. Mapa conceptual la enfermedad en la percepción de la CVRS según las personas mayores indígenas y no indígenas.....</i>	<i>363</i>
<i>Figura 17. Mapa conceptual factores asociados a la percepción de bienestar</i>	<i>370</i>
<i>Figura 18. Mapa conceptual percepción de principales redes y tipo de apoyo social.....</i>	<i>373</i>

Índice de contenidos

Índice de gráficos

Gráfico 1. Envejecimiento demográfico. Chile años 1970- 2050	32
Gráfico 2. Proporción de población de 60 y más años respecto al total de población, según sexo. Chile 1970-2050.....	33
Gráfico 3. Proporción de población de 60 y más años, en Chile, para el quinquenio 2010-2015	33
Gráfico 4. Estructura por edades y sexo de la población chilena. INE años 1960, 2010 y 2020.	35
Gráfico 5. Evolución de la población adulta mayor por tramo de edad. Chile 1970-2010-2050	36
Gráfico 6. Tasa de crecimiento anual de población total y adulta mayor por regiones, periodo 2007-2020	37
Gráfico 7. Proporción de adultos mayores por regiones en los años 2010 y 2020	38
Gráfico 8. Tasa de mortalidad por grupos de edad (por mil habitantes) en Chile	40
Gráfico 9. Distribución de la población mapuche por regiones	56
Gráfico 10. Población Indígena y no indígena de 60 y más años según sexo.	57
Gráfico 11. Población mapuche de 60 y más años sobre población total mapuche, según hábitat y sexo.	58
Gráfico 12. Población de 60 y más años por tramos de edad	58
Gráfico 13. Estado civil de población mapuche de 60 y más años según sexo	59
Gráfico 14. Estado civil de población mapuche de 60 y más años según edad	60
Gráfico 15. Analfabetismo en población indígena y no indígena de 60 y más años	61
Gráfico 16. Analfabetismo en población indígena y no indígena por zona de residencia	61
Gráfico 17. Analfabetismo en población indígena y no indígena de 60 y más años, según sexo	62
Gráfico 18. Educación por nivel de instrucción en población indígena de 60 y más años según sexo	63

Índice de contenidos

<i>Gráfico 19. Tipo de discapacidad en indígenas de 60 y más años</i>	<i>64</i>
<i>Gráfico 20. Principales causas de discapacidad en indígenas de 60 y más años según sexo</i>	<i>65</i>
<i>Gráfico 21. Población indígena y no indígena de 60 y más años según actividad laboral</i>	<i>66</i>
<i>Gráfico 22. Religión que profesa la población indígena y no indígena de 60 y más años</i>	<i>67</i>
<i>Gráfico 23. Estado civil por sexo en población mayor indígena y no indígena</i>	<i>249</i>
<i>Gráfico 24. Tipo de organizaciones en las que participaba la población mayor indígena y no indígena .</i>	<i>251</i>
<i>Gráfico 25. Proporción de enfermedades en personas mayores indígenas y no indígenas.....</i>	<i>258</i>
<i>Gráfico 26. Puntuaciones de la CVRS en sus ocho dimensiones en población mayor indígena y no indígena</i>	<i>263</i>
<i>Gráfico 27. Asociación entre apoyo social confidencial y dimensión de salud general.</i>	<i>267</i>
<i>Gráfico 28. Asociación entre apoyo social afectivo y dimensión de dolor corporal.</i>	<i>267</i>
<i>Gráfico 29. Asociación entre dimensión de vitalidad y grupo</i>	<i>269</i>
<i>Gráfico 30. Asociación entre dimensión salud mental y grupo</i>	<i>269</i>

INTRODUCCIÓN GENERAL

*El sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y su total sistema de valores
son los que definen el significado y el valor de la vejez.
Simone de Beauvoir.
La vejez.*

Chile se encuentra dentro de un contexto de transición demográfica y epidemiológica avanzada donde predominan las enfermedades crónicas. Entre ellas, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Chile (33%), además de ser una de las diez principales causas de morbilidad hospitalaria y la tercera causa de pérdida de AVISA¹. (Ministerio de Salud 2006a). Asimismo, la segunda encuesta nacional de calidad de vida en la vejez reveló que tuvieron una peor percepción de su salud quienes tenían mayor edad, eran mujeres y contaban con un bajo nivel educacional (Servicio nacional del adulto mayor 2010).

Chile comparte las tendencias demográficas mundiales, con un incremento considerable de la esperanza de vida, acompañado por una disminución de la tasa de natalidad. La población mayor de 60 años representaba al año 2013 un 15,2% de la población chilena (Instituto Nacional de Estadísticas 2013), aunque podrá llegar a alcanzar, en el año 2025, según las previsiones demográficas, el mismo número de niños entre 0 y 14 años que de personas de 60 años y más, con lo cual la estructura etaria, que progresivamente se ha modificado, se transformará completamente y por ende el perfil epidemiológico de la población, cambiando las necesidades sociales y políticas en torno a áreas tan diversas como la salud, el trabajo, la economía, la educación, la previsión social, el género, entre otras.

Esta creciente proporción de adultos mayores ha traído consigo un mayor número de años en la etapa de vejez, hecho que en sí mismo ha sido un gran logro, aunque también ha sido una preocupación en la medida que junto con el envejecimiento se produce un deterioro en la calidad de vida de quienes envejecen, dado que precisamente el hecho de

¹ AVISA Años de vida ajustados por discapacidad.

Introducción general

que se viva más años ha implicado un cambio en el perfil epidemiológico con un incremento de enfermedades crónicas e invalidantes, que contribuyen a la dependencia. Entre las características de la enfermedad en el anciano, además de la mayor presencia de enfermedades discapacitantes, se encuentra una tendencia a la cronicidad y a la invalidez (García 2002; Debout 2011).

Lo anteriormente mencionado trajo consigo en las últimas décadas, con la recuperación de la democracia, cambios en la política pública destinada a las personas mayores, creándose en 2002 una institucionalidad estatal – Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) -, que aborda el envejecimiento de la población, integrando las políticas emanadas de las distintas carteras ministeriales destinadas a las personas mayores. Chile ha tenido una amplia trayectoria en relación a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población y los derechos de las personas mayores: desde las primeras respuestas de los 90, pasando por el enfoque de integración social de la segunda mitad de la década, hasta llegar, en 2006, a la definición de un enfoque de derechos, en el marco de un sistema de protección social. El compromiso de sentar las bases de dicho sistema, asumido por el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, “marca una inflexión paradigmática en la política social desarrollada en el país, específicamente en la forma en que el Estado ha venido abordando los asuntos de la vejez” (Servicio nacional del adulto mayor 2007a:5), ejemplo de ello es la reforma realizada al sistema de previsión social el año 2008, que entre otros derechos otorgó una pensión básica solidaria de vejez, a las personas que no tengan derecho a pensión y que hayan cumplido 65 años de edad e integren un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población. Posteriormente el año 2012, se da inicio a la política integral de envejecimiento positivo para Chile.

Si revisamos los estudios realizados en Chile, en las temáticas de calidad de vida y apoyo social en la ancianidad, encontramos numerosos trabajos, diversos en los ámbitos investigados y en la metodología de abordaje, pero escasamente investigados desde la perspectiva de los ancianos pertenecientes a colectivos rurales, -indígenas y no indígenas-, con la profundidad que aporta la complementariedad de la metodología mixta.

Introducción general

Los antecedentes anteriormente expuestos son los que motivan esta investigación, la cual se desarrolló con el propósito de caracterizar la percepción de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y la percepción de apoyo social de las personas mayores rurales -indígenas y no indígenas-, a fin de generar conocimiento que aporte nuevos elementos al diseño de políticas de protección social que aborden dichas problemáticas. Dentro de las variables que fueron consideradas está la etnia; nos pareció importante tenerla en cuenta por lo escasamente investigada que está en las personas mayores. Exploramos si existían diferencias en la percepción de CVRS y apoyo social en colectivos indígenas mapuche y sus congéneres no indígenas, tratando de generar conocimiento que pudiera mejorar las políticas públicas enfocadas a este ámbito.

Esta investigación se define como de carácter mixto (cuantitativa-cualitativa), de corte transversal con un alcance exploratorio, descriptivo y analítico. El abordaje metodológico mixto, se realizó a través de la teoría de diseños mixtos concurrentes. En la fase cuantitativa, se utilizó la técnica de encuesta, aplicada a dos grupos o colectivos diferenciados según la variable independiente etnia (indígena-mapuche y no indígena); en la fase cualitativa se efectuaron grupos de discusión en ambos colectivos, con un alcance exploratorio, descriptivo y analítico. El acceso a la información empírica fue posible gracias a las encuestas que consideraron, además de datos sociodemográficos y económicos, la aplicación de los cuestionarios SF-36 para la percepción de CVRS y Duke Unc-11 para la percepción de apoyo social; además se realizaron grupos de discusión a personas de 60 y más años, habitantes de comunas rurales de las regiones octava y novena en el sur de Chile. El análisis de las encuestas fue apoyado mediante el programa SPSS versión 15 y el análisis del discurso conforme el programa informático Atlas ti, que permitió ordenar el discurso por diferentes categorías.

Esta tesis doctoral se divide en tres partes. En *la primera* de ellas realizamos un análisis sociodemográfico y económico del envejecimiento y una aproximación teórica sobre las principales políticas públicas sobre vejez y salud relacionados con las personas mayores y pueblos originarios, contextualizando la problemática en Chile. Podemos distinguir en esta parte de la investigación dos capítulos.

En el **primer capítulo** se expone el envejecimiento de la población como proceso social, desde una mirada general de lo acontecido mundialmente y en Latinoamérica,

Introducción general

que nos permitió, como contexto, analizar específicamente a Chile y su situación actual de envejecimiento, con especial énfasis en los aspectos demográficos y socioeconómicos del envejecimiento en la población, para posteriormente hacer un análisis del envejecimiento desde una perspectiva de sus pueblos originarios, específicamente el pueblo mapuche.

En el **segundo capítulo**, revisamos las políticas públicas sobre vejez con especial énfasis en aquellas que abordan ámbitos de salud. Primeramente, profundizamos el concepto de políticas públicas en la vejez, el marco en el cual se sitúan dichas políticas y las políticas específicas orientadas a la vejez en Chile, para finalmente contextualizar las políticas públicas focalizadas en los pueblos originarios, con una breve mirada al enfoque de derechos de las políticas destinadas a los pueblos indígenas, con especial énfasis en aquellas vinculadas a salud.

La *segunda parte* aborda los aspectos conceptuales del envejecimiento, estableciendo la distinción entre vejez y envejecimiento y los diversos enfoques teóricos del envejecimiento que se han desarrollado en la literatura. Podemos distinguir, en esta parte de la investigación, cuatro capítulos.

El **capítulo tercero** aborda los aspectos conceptuales del envejecimiento, la dimensión cronológica y la dimensión social de la vejez, facilitando el análisis sociológico del constructo edad, el cual fue revisado desde su concepción cronológica, social y fisiológica. Posteriormente, abordamos la vejez y el envejecimiento como fenómeno social, para finalizar este capítulo con el planteamiento de los diversos enfoques teóricos del envejecimiento; el enfoque biológico, psicológico, social y cultural.

En el **cuarto capítulo**, analizamos algunos antecedentes históricos del constructo de calidad de vida, y de la CVRS. En relación a ésta última se precisaron los consensos documentados en la literatura con respecto a su definición, así como también la medición de dicha calidad de vida con especial énfasis en el cuestionario de salud SF-36, utilizado en esta investigación. Finalmente, incorporamos las principales conclusiones alcanzadas por las investigaciones en lo que concierne a calidad de vida en la vejez.

El **quinto capítulo** abordó los aspectos conceptuales de las redes sociales de apoyo y del apoyo social. Nos centramos en las investigaciones que relacionan el apoyo social y la salud, con especial énfasis en la influencia que el avance en el conocimiento del estrés y sus implicaciones ha tenido sobre la conceptualización del apoyo social. Finalmente, abordamos aquellas investigaciones específicas de adultos mayores, que dieran cuenta de la relación entre redes de apoyo social y vejez.

En el **sexto capítulo**, esbozamos los ejes socioculturales fundamentales del pueblo mapuche, para la mejor comprensión de su conocimiento y praxis en torno a la categoría de calidad de vida. Incorporamos al análisis, algunas esferas de la vida del pueblo mapuche en el contexto contemporáneo, en particular de aquellas comunidades localizadas en la región de la Araucanía, situadas al sur de Chile; para ello, revisamos la situación actual del pueblo mapuche, algunos elementos centrales de su cosmovisión, sus concepciones de salud y enfermedad, así como también el rol de la Machi² en la sanación, exponemos, también, una breve descripción de los principales hitos históricos que tienen relación con su organización social, señalando los efectos que aquellos han provocado en la estructura social actual del pueblo mapuche.

La *tercera parte* de este estudio está referida al trabajo empírico desarrollado para el estudio de la problemática planteada. Esta parte consta de tres capítulos. El **capítulo séptimo** está dedicado a explicar la metodología que fue utilizada en esta investigación: descripción de la metodología mixta concurrente, la muestra seleccionada, los instrumentos utilizados, el trabajo de campo y el método de análisis.

En el **capítulo octavo** de este documento se desarrolla el análisis de la información recogida en el trabajo de campo y sus resultados. De acuerdo al diseño de investigación expuesto en el capítulo anterior, el análisis incluye los resultados de la investigación en su fase cuantitativa y cualitativa. Primeramente, se exponen los resultados cuantitativos, con los aspectos principales que caracterizaron a la muestra de estudio, en su aspecto sociodemográfico, socioeconómico y sanitario; posteriormente se describen las puntuaciones alcanzadas en la percepción de la CVRS a través del análisis de las

² Agente principal de cosmología y vida religiosa mapuche encargada de curar enfermedades comunes y dotadas para sanar enfermedades espirituales (Saavedra 2006).

Introducción general

dimensiones del cuestionario de salud SF-36, finalizando esta fase descriptiva con el análisis de las puntuaciones totales del cuestionario de apoyo social Duke Unc-11. Después de la descripción de las variables y dimensiones antedichas se realizan los siguientes análisis para la percepción de CVRS y apoyo social: relación entre ambas variables, factores asociados y factores predictores. Los factores predictores de la CVRS y del apoyo social se analizan tanto para las variables iniciales, es decir aquellas que son constituyentes de las hipótesis como para las variables que mostraron en esta investigación asociación significativa con la CVRS y el apoyo social. Posteriormente, se exponen los resultados de la investigación en su fase cualitativa, la cual tuvo como finalidad explorar la concepción de la CVRS y del apoyo social en personas mayores indígenas y no indígenas. El discurso de los actores sociales consultados, respecto al significado que le atribuyeron a la CVRS, fue analizado bajo los ámbitos del entorno cotidiano, salud y enfermedad, finalmente se analizó la percepción del apoyo social, considerando las principales redes sociales y tipos de soporte, presentes en el discurso de las personas mayores, así como su vinculación con la CVRS. El análisis de contenido del discurso incorporó como unidad de análisis los párrafos y la validación de las categorías de análisis por jueces independientes, obteniendo con ello para cada párrafo del discurso la asignación dominante de una de las ocho categorías definidas. Los resultados son presentados señalando los elementos comunes entre ambos colectivos (indígena y no indígena), así como también aquellos elementos discursivos que los diferenciaron.

La discusión y conclusiones de esta tesis doctoral son tratadas en los **capítulos noveno y décimo** respectivamente. La discusión está orientada a confrontar los resultados obtenidos con experiencias similares y la teoría en las temáticas tratadas, bajo la estructura de los objetivos de esta investigación. En las conclusiones, se exponen los principales hallazgos encontrados, la importancia del estudio, los resultados inesperados, las limitaciones de la investigación, y se realizan recomendaciones para futuros estudios. En el apartado anexo se encuentran los instrumentos utilizados para la recolección de información.

PARTE I: APROXIMACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS SOCIO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DEL ENVEJECIMIENTO

*(...) si algún aspecto dramático tiene la vejez
no consiste en ser viejo, sino en haber sido joven.*

Oscar Wilde

1.1. Introducción

Uno de los cambios asociados a la modernidad, inédito en la historia de la humanidad y que se observa en la actualidad en nuestras sociedades, es el envejecimiento de la población, que encuentra explicación en cambios culturales, sociales, políticos y económicos, que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad de las poblaciones (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011).

En este capítulo, se expone el envejecimiento de la población como proceso social desde una mirada general de lo acontecido mundialmente y en Latinoamérica, que nos permitirá, como contexto, analizar específicamente a Chile y su situación actual de envejecimiento, con especial énfasis en los aspectos demográficos y socioeconómicos del envejecimiento en la población de este país, para posteriormente hacer un análisis del envejecimiento desde una perspectiva de sus pueblos originarios, específicamente del pueblo mapuche.

1.2. El envejecimiento de la población como proceso social

Primeramente, hemos considerado necesario mencionar que el envejecimiento de la población es un proceso natural y no un problema en sí mismo. Es consecuencia de un proceso social que evoluciona, que debería observarse, comprenderse y abordarse como una oportunidad social. Por supuesto, este proceso tiene efectos negativos, pero el envejecimiento es básicamente consecuencia del cambio demográfico, y tiene sus raíces en hechos positivos como la mejor atención a la salud, la mayor expectativa de vida y sus ramificaciones.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala que la población mundial aumentará de 7.000 millones de personas, en el 2012, a 9.300 millones en 2050, y habrá un 49,6% de personas más que en el año 2000. Pero el sector de edad que más va a crecer en todo el planeta es el de los mayores de 60 años, los cuales representaron el año 2012 el 11,5% de la población mundial, la cual se prevé para el año 2050 que aumente su tamaño a más de dos mil millones y su proporción a alrededor del 22 por ciento de toda la población (Organización de las Naciones Unidas 2012a).

Durante la segunda mitad del último siglo, tanto la reducción en la fecundidad como el incremento paralelo en la esperanza de vida han dado lugar al envejecimiento gradual de la población mundial. Sin embargo, gran parte del crecimiento de la población de 60 y más años se llevará a cabo en las regiones menos desarrolladas; en el año 2012, dichas regiones representaron dos tercios del número global de personas de edad. Asia contaba con más de la mitad (55 por ciento) de las personas mayores en el mundo, América Latina y el Caribe cerca del 8 por ciento y África un poco más del 7 por ciento. En los países más desarrollados, Europa representaba el 21 por ciento de las personas mayores del mundo, América del Norte alrededor del 8 por ciento y Oceanía menos del 1 por ciento. El crecimiento global de la población de más edad se espera que continúe, en donde 8 de cada 10 personas mayores vivirán en regiones menos desarrolladas en el año 2050 (Organización de las Naciones Unidas 2012b).

Además de este incremento de las personas mayores de 60 años, tenemos que tener en cuenta que la misma población de edad está envejeciendo, dentro de la población de mayor edad, la proporción de 80 años o más, que fue del 14 por ciento en el 2012, se

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

espera que alcance un 20 por ciento en 2050. Si se realiza esta proyección, habrá 402 millones de personas mayores de 80 años o más para el año 2050, 3,5 veces más que el 2012. El número de personas centenarias (personas de 100 años o más) crecerá aún más rápido, de menos de 343.000 en 2012 a 3.200.000 en 2050 (Organización de las Naciones Unidas 2012b).

El mundo ha experimentado un aumento espectacular de la longevidad. A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer ha ganado más de 20 años desde 1950, para llegar el año 2012 a 78 años en las regiones más desarrolladas y 67 años en las regiones menos desarrolladas. A las tasas actuales de mortalidad, los hombres sobrevivientes a la edad de 60 años pueden esperar vivir otros 18 años. En los países en desarrollo, los hombres que alcanzan la edad de 60 años pueden esperar vivir otros 18 años más y las mujeres 21 años más, mientras que en los países desarrollados, la esperanza de vida a la edad de 60 años es de 20 años para los hombres y 25 años para las mujeres (Organización de las Naciones Unidas 2012b).

Otra característica del envejecimiento en el siglo XXI es su feminización, es decir, la mayoría de las personas de edad son mujeres, su esperanza de vida es mayor que la de los hombres en todas las edades, hay menos hombres de mayor edad que mujeres mayores. En 2012, había 84 hombres por cada 100 mujeres entre los 60 y más años, y sólo 61 hombres por cada 100 mujeres entre las personas de 80 años o más. La proporción de hombres y mujeres de edad avanzada es menor en los países desarrollados (74 hombres por cada 100 mujeres) que en los países en desarrollo (89 hombres por cada 100 mujeres), debido a que las diferencias en esperanza de vida entre los sexos son mayores en los países desarrollados (Organización de las Naciones Unidas 2012b).

El envejecimiento poblacional, por su parte, responde a las grandes transformaciones económicas y sociales que han tenido lugar en el planeta y resulta de la dinámica de los factores demográficos, sobre todo de la mortalidad y la fecundidad. Cuando en una población se registran valores muy bajos de estas variables, el proceso se intensifica y se produce un cambio radical del perfil demográfico. Por lo tanto, contribuyen al envejecimiento el descenso de la fecundidad y el incremento pronunciado y sostenido

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

de la población adulta mayor, a consecuencia de la elevada natalidad en generaciones pasadas y del aumento de la esperanza de vida a partir de los 60 años.

La transición de una etapa de mortalidad y fecundidad altas a otra de valores más bajos tiene como precedente histórico lo sucedido en Europa a partir de la Revolución Industrial en el siglo XVIII. Sin embargo, mientras en los países desarrollados el proceso abarcó dos siglos, en América Latina este mismo proceso evolucionó muy aceleradamente. Las diferencias con lo ocurrido en Europa tienen que ver con el contexto histórico, las condiciones sociales y económicas, los avances de la investigación médica, el control de las enfermedades y los medios de planificación familiar. Para ilustrar la rapidez de este proceso en América Latina basta mencionar que la esperanza de vida promedio al nacer aumentó aproximadamente 10 años entre los años 1950 a 1970, mientras que la tasa global de fecundidad disminuyó, en el mismo tiempo, a menos de la mitad, de alrededor de 6 a menos de 3 hijos por mujer (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011).

Es así como las sociedades Latinoamericanas han iniciado un rápido proceso de envejecimiento, similar al ocurrido previamente en otras poblaciones, como las europeas, pero de una forma mucho más acelerada, debido a la rapidez de la transición demográfica americana. Por ejemplo, en el Reino Unido el porcentaje de población de 65 y más años tardó 45 años en duplicarse del 7% al 14%, mientras en Chile se espera que este cambio se produzca en un periodo de aproximadamente 25 años, y de 20 años en Brasil y Colombia (Kinsella y Velkoff 2001). La magnitud y rapidez del proceso de envejecimiento aconseja comenzar a prever sus consecuencias, “especialmente en sociedades en desarrollo, en las que las actuales cohortes de adultos mayores son supervivientes de condiciones mórbidas y de malnutrición en la infancia, y han acumulado pocos ahorros para la vejez” (Puga et al. 2007:3). Por otra parte, muchos de los logros sociales, económicos y educativos, que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad en nuestros países, vienen de la incorporación de patrones económicos y culturales de países desarrollados, que van desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales y culturales (Ham Chande 1996). De esta manera, la región vive un proceso de envejecimiento ligado a elementos físicos e ideológicos creados antes y en otras sociedades. “Es decir, experimenta otro envejecimiento, cualitativamente distinto al de

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

los países desarrollados³, además, se produce en una situación de subdesarrollo” (Aranibar 2001:7-8). Entonces, a la ya apremiante lista de situaciones sin resolver, como la pobreza y la exclusión de vastos sectores de su población, se suman ahora los costos sociales y económicos del envejecimiento, todo en el contexto del pleno posicionamiento de un patrón de desarrollo que, con algunos matices, privilegia la estabilidad macroeconómica sobre el bienestar social de las personas (Organización de las Naciones Unidas 2007a).

Finalmente, creemos conveniente mencionar algunas conclusiones señaladas por la ONU en su informe “world population ageing 2000-2050” (Organización de las Naciones Unidas 2007b).

- El envejecimiento de la población es profundo y tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana. En lo económico, el envejecimiento de la población incidirá en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, el envejecimiento de la población incide en la salud, en la atención de la misma, en la composición de la familia, en las condiciones de vida, en la vivienda y en la migración. En lo político, el envejecimiento de la población puede influir en los patrones de voto y la representación.

- Como el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido en los países en desarrollo que en los países desarrollados, los países en desarrollo tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento de la población. Además, el envejecimiento de la población en los países en desarrollo se produce a niveles de desarrollo socioeconómico muy inferiores a los que existían en su momento en los países desarrollados.

³ Los países de la región pueden presentar diferencias en la forma de experimentar el envejecimiento en función de la etapa en la transición demográfica en que estén, de la expresión social de este proceso, del nivel de desarrollo y sus circunstancias históricas específicas.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

- La salud de las personas mayores generalmente se deteriora con la edad, lo que se traduce en una mayor demanda de atención de largo plazo a medida que aumenta el número de los más mayores. El cociente de dependencia parental, esto es, el número de personas de 85 años o más por cada 100 personas de 50 a 64 años, da una idea del apoyo potencial que las familias tendrían que brindar a sus miembros de más edad. En todo el mundo, en 1950 había menos de dos personas de 80 años o más por cada 100 personas de 50 a 64 años; en el año 2000 la relación había aumentado a 4 por cada 100 personas, y se proyecta que llegará a 11 por 100 personas en 2050.

- Los países con ingresos per cápita elevados tienden a tener una menor tasa de participación de personas de edad en el mercado de trabajo. En las regiones más desarrolladas, el 21% de los hombres de 60 años o más son económicamente activos en comparación con el 50% de los hombres en las regiones menos desarrolladas. En las regiones más desarrolladas, el 10% de las mujeres de edad son económicamente activas en comparación con el 19% en las regiones menos desarrolladas. En las regiones menos desarrolladas, las personas de edad participan en mayor medida en los mercados de trabajo, debido en gran parte a la insuficiente cobertura de los regímenes de jubilación y, caso de haberlos, a los ingresos relativamente bajos que ofrecen.

Sobre la base de esta somera mirada del envejecimiento en la población mundial, revisaremos en el siguiente apartado la situación actual del envejecimiento de la población chilena.

1.3. El envejecimiento de la población en Chile: situación actual

1.3.1. Aspectos demográficos

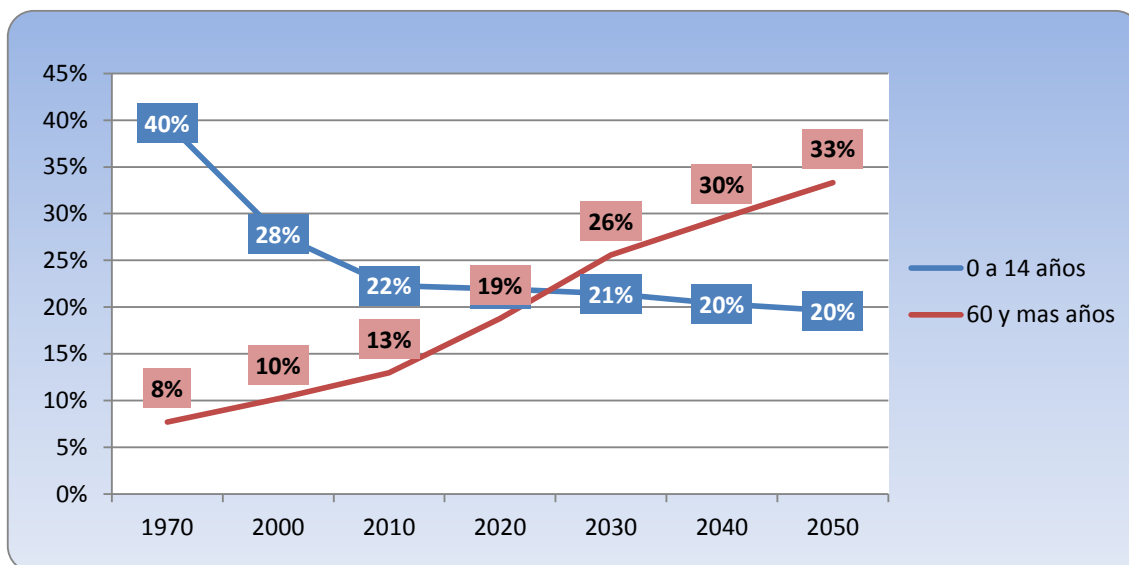
Chile cuenta en la actualidad con una población de poco más de 17 millones, con una densidad⁴ de 22,6 habitantes por km². Del total de la población, sólo el 13% vive en áreas rurales y las regiones que, proporcionalmente, tienen los mayores índices de población rural son Maule (32,7%) y La Araucanía (32%) (Instituto nacional de estadísticas 2013).

El envejecimiento de la población es un hecho ineludible, los indicadores demográficos muestran que nuestro país comparte las tendencias mundiales. Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional, con un incremento considerable de la esperanza de vida, acompañada por una disminución de la tasa de natalidad. La población mayor de 60 años representa a junio 2013 un 15,2% de la población chilena, con 2.658.381 adultos mayores (Instituto Nacional de estadísticas 2013).

Es así como para el año 2025 nuestra sociedad tendrá el mismo número de niños entre 0 y 14 años que de personas de 60 años y más. La estructura etaria se transformará completamente, cambiando las necesidades sociales y políticas en torno a áreas tan diversas como el cuidado, el trabajo, la economía, la salud, la educación, la previsión social, el género, entre otras. El gráfico 1 muestra la evolución de la población menor de 15 años y de 60 y más años entre los años 1970 y 2050. Se estima que en el año 2025 la cantidad de menores de 15 años y los adultos mayores se igualarán en términos absolutos y porcentuales (20%).

⁴ Si se incluye la comuna de Antártica, que tiene una superficie de 1.250.000 km², la densidad de la población sería de 8,4 habitantes por kilómetro cuadrado.

Gráfico 1. Envejecimiento demográfico. Chile años 1970- 2050



Fuente: elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas con antecedentes hasta censo 2002⁵. (INE) y División de Población de la CEPAL, Chile, estimaciones y proyecciones de población. Total país 1950-2050.

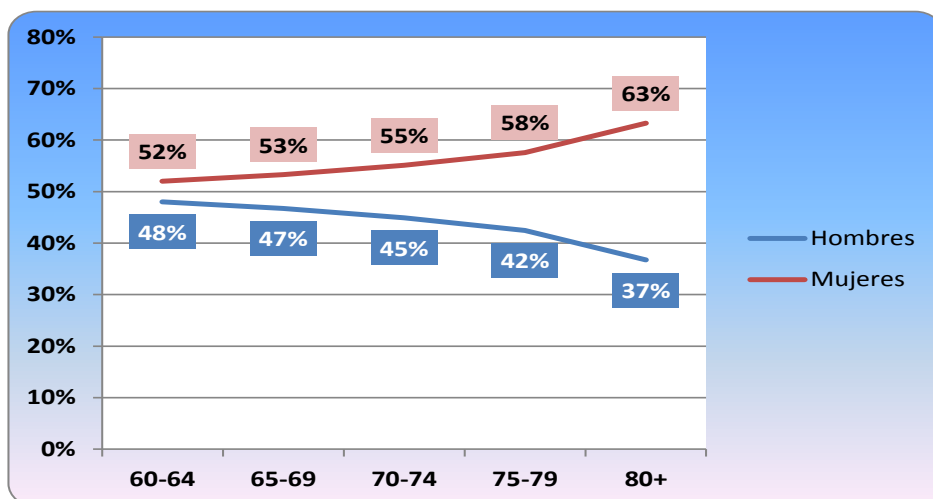
En consecuencia, por el avance de la transición demográfica, el ritmo de crecimiento de la población adulta mayor ha sido el doble en relación al promedio nacional y al de los menores de 60 años. Chile envejece y, en el futuro, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente.

Otra característica del proceso de envejecimiento chileno (y que coincide con procesos de envejecimiento en otros lugares) es que la mayoría de las personas mayores son mujeres y que esta diferencia entre hombres y mujeres se incrementa a medida que transcurren los años (gráfico 2).

⁵ Basado en el censo 2002 dado que aún están en revisión las cifras del censo 2012

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

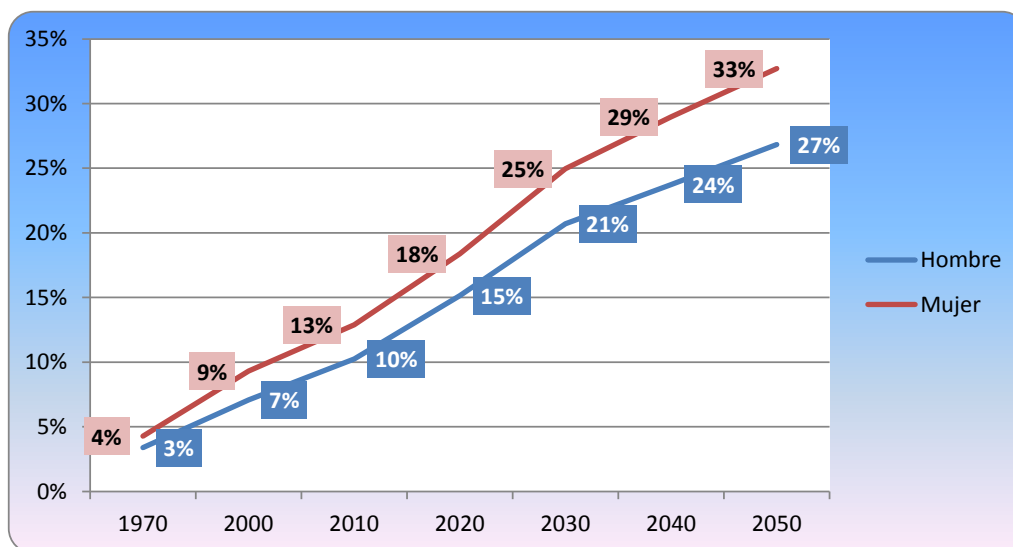
Gráfico 2. Proporción de población de 60 y más años respecto al total de población, según sexo. Chile 1970-2050



Fuente: elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas con antecedentes hasta censo 2002. (INE) y División de Población de la CEPAL, Chile, estimaciones y proyecciones de población. Total país 1950-2050.

Al analizar la población de 60 y más años por grupo etario, observamos que la desproporción entre mujeres y hombres es especialmente notoria entre quienes tienen 80 y más años (el 63% de las cuales son de sexo femenino en comparación con un 37% en los hombres) (gráfico 3).

Gráfico 3. Proporción de población de 60 y más años, en Chile, para el quinquenio 2010-2015



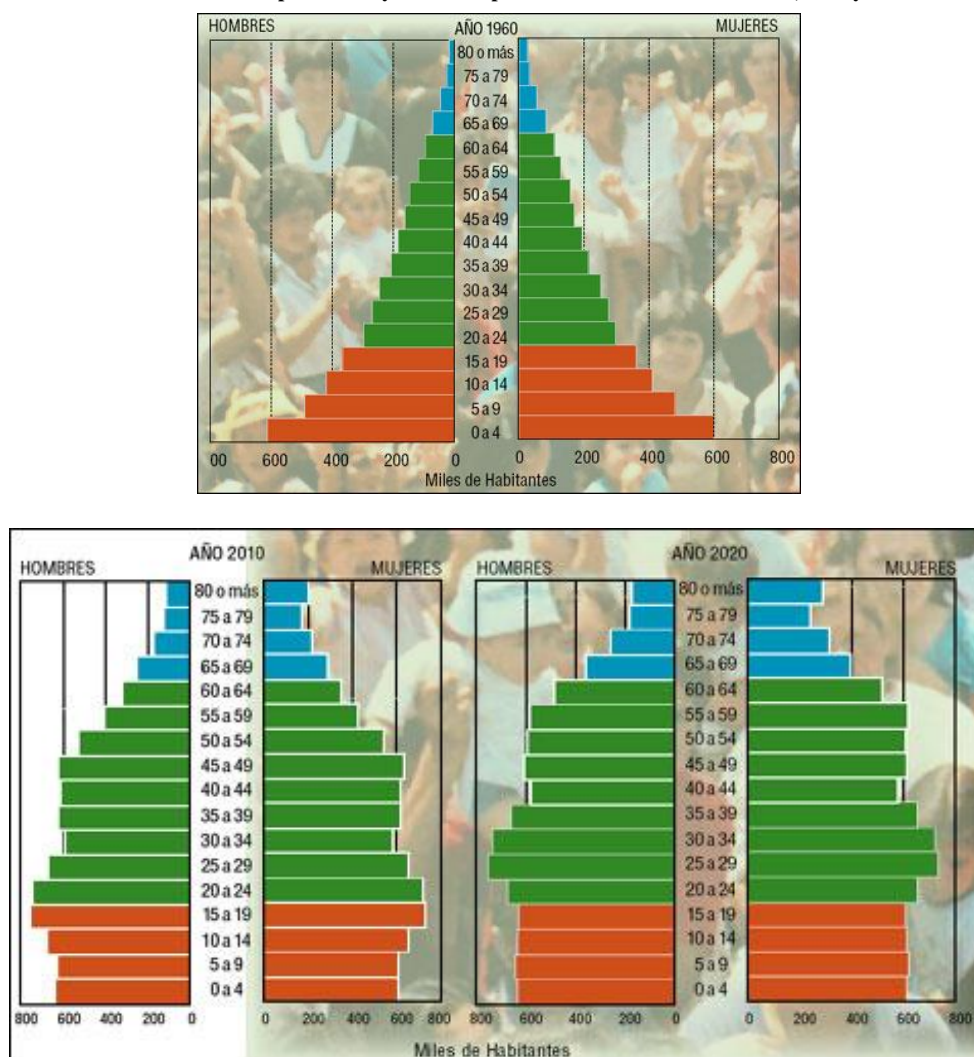
Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas con antecedentes hasta censo 2002. (INE) y División de Población de la CEPAL, Chile, Estimaciones y proyecciones de población. Total país 1950-2050.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

La trayectoria de la transición demográfica chilena posee rasgos específicos: “los valores de sus tasas vitales (natalidad y mortalidad) siempre estuvieron por debajo del promedio regional, y en comparación con varios países de la región su descenso fue más rápido” (Villa y González 2004:112). La mortalidad descendió a la mitad en 25 años (entre 1950 y 1975), de 13,6 muertes por mil habitantes a 7,4; en la actualidad la tasa bruta de mortalidad es de 5,2 por mil. El descenso de la fecundidad comenzó un poco más tarde, durante la segunda mitad de la década de 1960. A raíz de esta evolución, la tasa global de fecundidad de Chile pasó de 5,5 hijos por mujer en el quinquenio 1955-1960 a 1,9 hijos por mujer en el quinquenio 2005-2010, con una proyección para 2050 de 1,8 hijos por mujer (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011). Cuando la mortalidad comenzó a decrecer y se redujo notablemente la mortalidad infantil, la base piramidal de la estructura por edades era bastante ancha, sin embargo, esta estructura fue cambiando por la irrupción de dos factores, que acompañaron al descenso de la mortalidad: 1) la disminución de la fecundidad; 2) el aumento de la esperanza de vida de la población chilena, que a mediados del siglo XX era de 54,8 años y en la actualidad es de 79,1 años (76,1 en hombres y 82,2 en mujeres), la proyección para el año 2050 es de 82 años (Instituto Nacional de Estadísticas 2013).

El gráfico 4 muestra la forma en que ha ido cambiando la estructura por edades de la población chilena. En 1960 tenía la típica forma piramidal. Su base era ancha, compuesta por niños menores de 10 años y, a medida que se ascendía en las edades, las barras iban disminuyendo. Cincuenta años después la base piramidal se había reducido, por efecto del descenso de la fecundidad, y los demás grupos etarios comenzaban a tomar mayor relevancia, el porcentaje de personas mayores comenzó a aumentar, y la típica forma piramidal ya comenzó a cambiar: el peso de las edades adultas y mayores se elevó, siendo evidente el ensanchamiento de las barras centrales y superiores, mientras que los menores de 5 años continuaban en descenso.

Gráfico 4. Estructura por edades y sexo de la población chilena. INE años 1960, 2010 y 2020.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE 2009)

El índice de envejecimiento⁶ es un indicador de la estructura demográfica por edades, y el aumento de su valor pone en evidencia el nivel de envejecimiento de la población. En Chile, a inicios del siglo XXI, este índice alcanzó un valor de 35,8 por cien y en 2011 fue de 60,5 por cien. Se espera que en 2025 llegue a 82,1 por cien, cifra que casi se duplicará en el año 2050. Al mismo tiempo, la edad mediana de la población⁷, indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades, también aumentará; de 28 años en el 2011, a 34 años en 2025 con un incremento de cinco años más para 2050 (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011). Por otro lado, el Índice de

⁶ Es la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años.

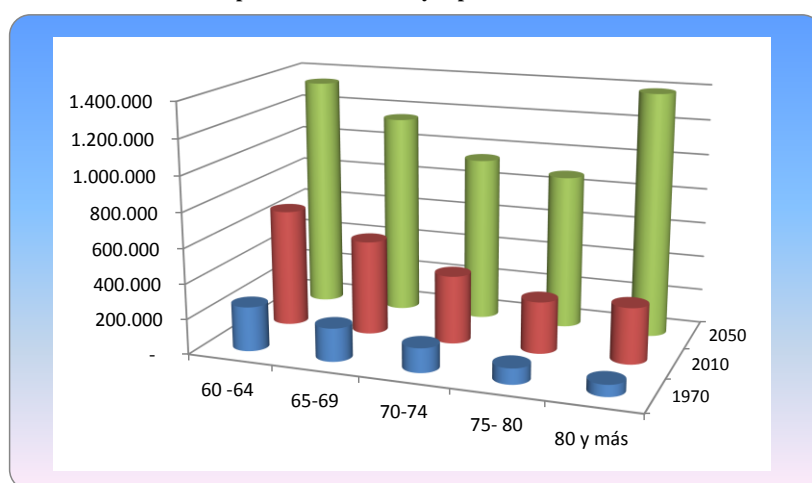
⁷ Es una medida estadística de posición, que se expresa como la edad que divide la población en dos grupos de igual número de personas.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

dependencia demográfica⁸ muestra que en el año 1950 por cada cien habitantes, en edad de participar en la producción de bienes y servicios, había 69,4 personas dependientes, es decir niños y probables jubilados, en cambio en el 2011 había 54,7 personas dependientes por cada cien habitantes, debido principalmente a la disminución del número de niños. Para el 2050, se prevé un índice de dependencia de 61,8 (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011).

El aumento de la esperanza de vida es un signo de desarrollo social y económico, aunque más importante que este incremento es la calidad de los años ganados. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitan a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa es el aumento de los años vividos en condiciones de morbilidad y discapacidad (Organización de las Naciones Unidas 2007). Con el aumento de la esperanza de vida, cada vez habrá más personas mayores en edades avanzadas. Hacia el año 2050, el porcentaje de personas de 80 años y más superará a todos los cohortes etarios dentro de los mayores (gráfico5).

Gráfico 5. Evolución de la población adulta mayor por tramo de edad. Chile 1970-2010-2050



Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas con antecedentes hasta censo 2002. (INE) y División de Población de la CEPAL, Chile, Estimaciones y proyecciones de población. Total país 1950-2050.

⁸ Representa la razón entre la población potencialmente dependiente (menores de 15 y los mayores de 64 años) y aquella potencialmente activa (15 a 64 años). El resultado se expresa por cada cien “potencialmente activos”.

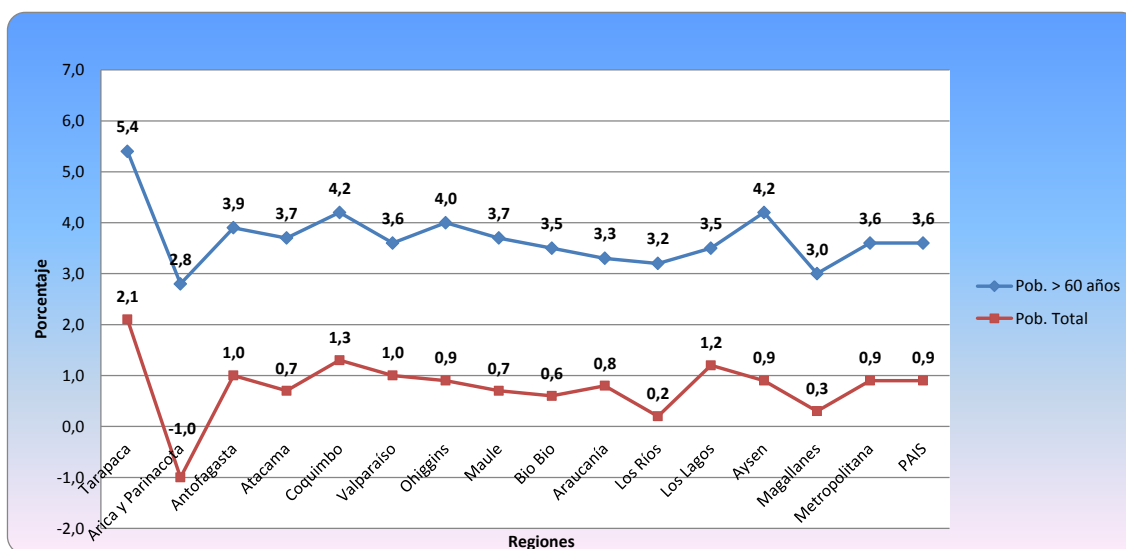
Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

Por tanto, en la actualidad las personas mayores chilenas viven más años que en el pasado y el desafío es lograr que este envejecimiento sea saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad.

El envejecimiento en regiones del país

En el período comprendido entre 2007 y 2020, Chile presentará una tasa de crecimiento anual de la población total de 0,9%, mientras que la de la población de 60 años y más será de 3,6%. Tal como se observa en el gráfico 6, la Región de Tarapacá (I) tendrá una tasa promedio de 2,1% en su población total y de 5,4% en su población adulta. Situación extrema será lo que ocurrirá con la Región de Arica-Parinacota (XV) con una tasa decreciente en su población total y con 2,8% el crecimiento proyectado para su población de 60 años y más. Respecto a las demás regiones, todas se caracterizarán por una disminución en su crecimiento natural y un aumento significativo en lo que se refiere a la población adulta. A manera de síntesis, la Región de Arica-Parinacota (XV) se caracterizará por poseer la menor tasa de crecimiento de su población adulta y la mayor velocidad de crecimiento se dará en la Región de Tarapacá con 5,4%, seguida por Coquimbo y Aysén con 4,2% (anexo 6, mapa de Chile con sus regiones).

Gráfico 6. Tasa de crecimiento anual de población total y adulta mayor por regiones, periodo 2007-2020

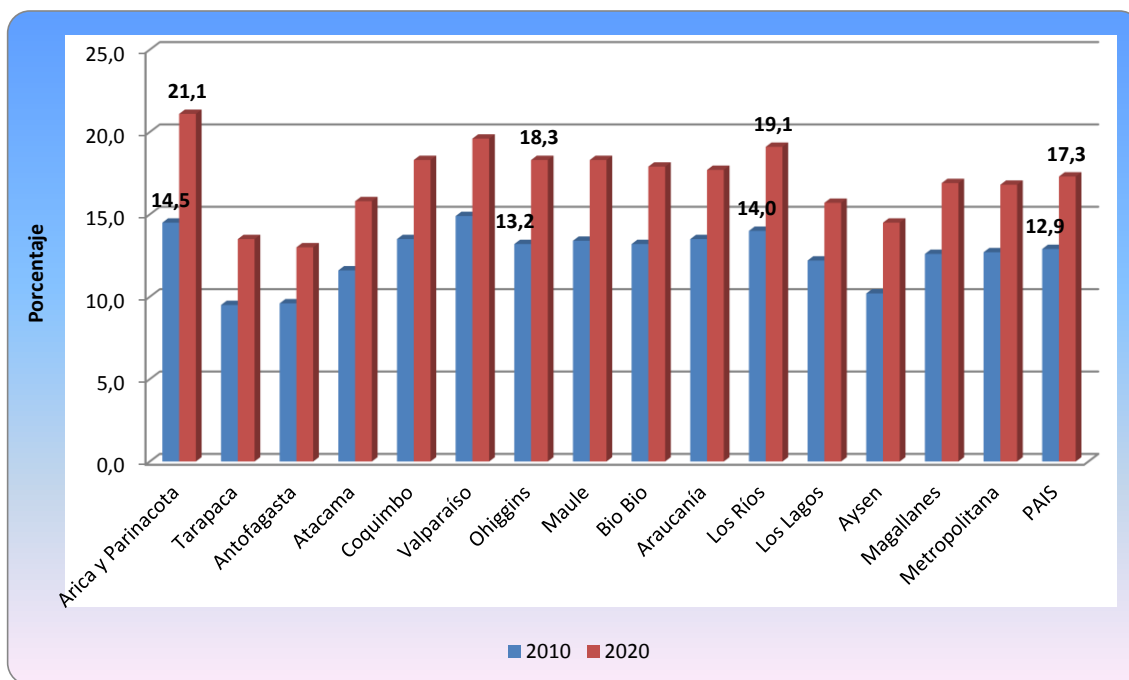


Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas con antecedentes hasta censo 2002. (INE) y División de Población de la CEPAL, Chile, Estimaciones y proyecciones de población. Total país 1950-2050.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

En el año 2007, en el país había 12 personas de 60 años o más por cada cien del total de población, que para el año 2010 se incrementó a prácticamente 13 personas. En ocho regiones el índice de vejez fue superior al nacional, en sentido decreciente: Valparaíso, Arica y Parinacota, Los Ríos, La Araucanía, Coquimbo, Maule, BíoBío y O'Higgins, con valores entre el 13,2 y el 14,9 % de adultos mayores en cada región (gráfico 7).

Gráfico 7. Proporción de adultos mayores por regiones en los años 2010 y 2020



Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas con antecedentes hasta censo 2002. (INE) y División de Población de la CEPAL, Chile, Estimaciones y proyecciones de población. Total país 1950-2050.

La Tabla 1 nos facilita examinar comparativamente el conjunto de indicadores y observar que las regiones de Valparaíso, Arica y Parinacota, Los Ríos Coquimbo, Maule, Araucanía, O'Higgins y Biobío tienen índices de envejecimiento demográfico (adulto mayor, dependencia demográfica y de vejez) superiores a los del país, a la vez que predominan en estas regiones las mujeres (índice de feminidad superior a 100). Difieren estas regiones en el índice de urbanización, ya que Valparaíso, Arica y Parinacota tienen mayor porcentaje de población urbana que el promedio nacional, en tanto que Biobío, Araucanía y Los Ríos tienen el menor porcentaje de dicha población en el país, después del Maule (Instituto Nacional de Estadísticas 2011).

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

Tabla 1. Índices en población de 60 y más años por región. Chile 2011

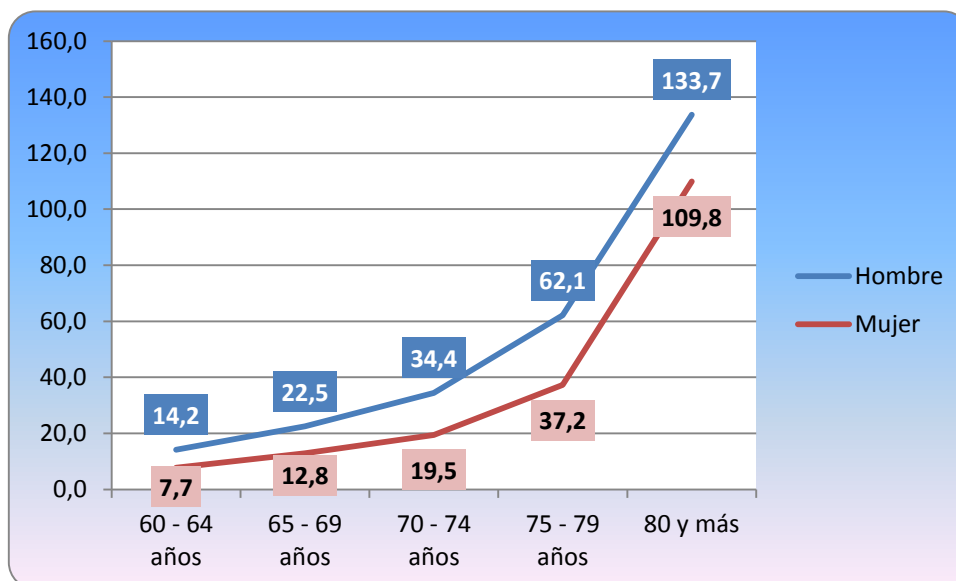
REGIÓN	Feminidad (Mujeres por 100 hombres)	Urbanización (personas del área urbana por 100 del total)	ÍNDICES Del envejecimiento demográfico		
			Envejecimiento (adulto mayor de 60 años y más/ 100 menores 15 años)	Dependencia demográfica (menores de 15 años + adultos mayores/ 15 a 59 años por 100)	Vejez (adultos mayores de 60 años y más/ 100 personas del total)
PAIS	102,0	87,0	60,5	54,7	13,3
XV Región de Arica y P.	106,8	90,1	65,8	61,6	15,1
I Región de Tarapacá	92,4	93,3	41,1	51,7	9,9
II Región de Antofagasta	92,1	97,5	41,0	51,3	9,9
III Región de Atacama	95,9	90,7	49,7	56,4	12,0
IV Región de Coquimbo	102,0	80,7	61,1	58,0	13,9
V Región de Valparaíso	103,0	91,5	73,6	56,6	15,3
VI Región de O'Higgins	98,3	71,0	61,7	55,8	13,7
VII Región del Maule	100,8	67,2	62,9	55,9	13,9
VIII Región del Biobío	102,9	83,6	62,6	54,9	13,6
IX Región de La Araucanía	101,8	67,9	60,2	58,5	13,9
XIV Región de Los Ríos	100,6	68,6	65,8	57,2	14,4
X Región de Los Lagos	96,8	70,5	54,0	55,0	12,5
XI Región de Aisén	90,2	84,6	43,2	54,1	10,6
XII Región de Magallanes	90,2	93,0	62,2	51,2	13,0
Metropolitana	105,0	96,7	60,0	53,1	13,0

Fuente INE Estadísticas vitales, informe anual 2011.

■ Mortalidad y principales causas de muerte: variaciones según el sexo y la edad

La mortalidad varía con la edad de los individuos, lo cual es en primer término, y principalmente, una característica biológica, pero al margen de la acción del proceso de deterioro natural de las funciones vitales por envejecimiento, consideraciones tales como la composición por sexo de la población y las causas que provocan el acaecimiento confieren especial interés al comportamiento de este fenómeno por edades. La información presentada en el gráfico 8 permite observar que, tal como era de esperar, la mortalidad de los hombres es mayor a la de las mujeres; en otras palabras, en todas las edades hay una sobre mortalidad masculina.

Gráfico 8. Tasa de mortalidad por grupos de edad (por mil habitantes) en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a informe anual INE 2010, estadísticas vitales.

Las principales causas de muerte en las personas mayores⁹ fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%). Entre los hombres mayores, las tres principales causas de muerte fueron las enfermedades cerebro vasculares (10,7%), tumores malignos distintos del cáncer gástrico, de próstata, pulmonares y colorrectal (10,6%) y el infarto de miocardio (8,8%). Entre las mujeres mayores, las principales causas de muerte fueron los tumores malignos distintos de los cánceres de vesícula, vía biliares, gástrico y de mama (14,5%), enfermedades cerebro vasculares (11,6%), y el infarto de miocardio (7,4%) (Ministerio de Salud 2006a).

1.3.2. Aspectos socioeconómicos

Los investigadores Huenchuán, González, Paredes y Guzmán (2007), en su estudio realizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía sobre “protección y participación en la vejez”, mencionan que, en Chile, la población de 60 años y más presenta ciertos rasgos socio-demográficos en cuyo análisis merece la pena detenerse. Entre ellos, se destaca: la distribución de las personas mayores en el territorio según área urbana y rural; la situación conyugal; los diferentes tipos de familia y el tamaño del

⁹ Estos datos del Ministerio de Salud corresponden a población de 65 y más años.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

hogar en que residen; el ejercicio de la jefatura del hogar; el nivel de escolaridad; la actividad laboral que desempeñan y el acceso a la seguridad social y a la salud. Indudablemente, estos rasgos están sujetos a las diferencias según edad, sexo y origen étnico de las personas mayores.

■ *Distribución territorial según área de residencia*

Debido al alto nivel de urbanización que presenta actualmente el país, durante los veinte primeros años del siglo XXI no se prevén cambios importantes en la distribución urbana rural. Del total de la población, sólo el 13,1 % vive en áreas rurales, lo que se traduce en 2.274.481 habitantes. Las regiones que proporcionalmente tienen más población rural son Maule (32,9%) y La Araucanía (32,1 %) sobre el total de su población. También se puede señalar que si bien el ritmo de crecimiento de la población urbana es siempre mayor que el de la población rural, en ambos casos las proyecciones demográficas indican que habrá un descenso hacia el año 2020 (Instituto Nacional de estadísticas 2013).

Si bien la mayoría de las personas mayores -al igual que el resto de la población-habita en áreas urbanas, las zonas rurales tienden a estar más envejecidas. De esta forma, el 15% de la población rural corresponde a personas de 60 años y más, mientras que a las áreas urbanas sólo el 13% (Instituto nacional de estadísticas 2012) El índice de envejecimiento de la población en las áreas rurales es de 67 personas mayores por cada cien menores de 15 años, en las áreas urbanas disminuye en diez puntos (56,7). La relación de dependencia en la vejez asciende a 22,9 personas mayores por cada cien personas activas en las áreas rurales, mientras que en las zonas urbanas es de 19,6 por cien. Por último, en las áreas urbanas hay un predominio de mujeres mayores y el índice de femineidad es de 133 mujeres por cada cien hombres, frente al 90 por cada cien en las áreas rurales (Instituto nacional de estadísticas.2012).

■ Situación conyugal

La situación conyugal cambia a medida que avanzan los años. Estas modificaciones se deben a factores demográficos, determinantes de género y las nuevas relaciones de parentesco intra-domésticas que van surgiendo. En consecuencia, las personas mayores presentan un patrón de nupcialidad un tanto distinto al resto de la población. Alrededor del 55% de las personas mayores de Chile están casadas o en unión, cifra que se ha mantenido relativamente constante durante los últimos tres censos. Las personas mayores solteras tampoco han mostrado grandes variaciones, el porcentaje continúa en torno al 11%. Se observan leves aumentos en el porcentaje de las personas que declaran encontrarse divorciadas o separadas y, por el contrario, la situación de viudez ha descendido levemente (Ministerio de Desarrollo Social 2010).

Si bien no existen grandes modificaciones en la estructura conyugal de las personas mayores en estas últimas décadas, sí hay diferencias según el sexo del individuo, las cuales se hacen más evidentes a medida que aumenta la edad. Las mujeres muestran una proporción de casadas o convivencia bastante menor que los hombres (tabla 2), diferencias que se acentúan aún más en las áreas urbanas. Esto obedece principalmente a dos factores, uno de ellos es la mayor propensión de los hombres a unirse cuando el vínculo se disuelve por separación o viudez, y el otro está asociado a la predominante viudez femenina, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según el estado civil y el sexo en Chile. CASEN 2009

Estado civil	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casado(a)	12.561	65,3%	9.931	44,6%	22.492	54,2%
Conviviente o pareja	1.662	8,6%	1.192	5,4%	2.854	6,9%
Anulado(a)	20	0,1%	34	0,2%	54	0,1%
Separado(a)	846	4,4%	1.114	5,0%	1.960	4,7%
Divorciado(a)	51	0,3%	104	0,5%	155	0,4%
Viudo(a)	2.460	12,8%	7.417	33,3%	9.877	23,8%
Soltero(a)	1.638	8,5%	2.472	11,1%	4.110	9,9%
Total	19.238	100,0%	22.264	100,0%	41.502	100,0%

Fuente, elaboración propia en base a la encuesta nacional de caracterización socioeconómica (CASEN) 2009.

■ *Estructura familiar y tipos de hogar*

Al igual que en el resto de América Latina, las estructuras familiares, por tipo y etapa del ciclo de vida familiar, han experimentado cambios en Chile. De esta forma, la dinámica poblacional afecta a la estructura y composición por edades de las familias (Guzmán y Huenchuán 2005). A medida que la población envejece, aumenta el porcentaje de hogares con presencia de personas mayores. Según el censo realizado en Chile el año 2002, tres de cada diez hogares chilenos en promedio tenían al menos una persona mayor entre sus miembros. En el ámbito rural este porcentaje tendía a aumentar (35,4%), mientras que en el urbano descendía levemente (29,1%). De modo que, a nivel de hogares, el proceso de envejecimiento es aún más evidente: mientras el 12,1% de la población tiene 60 y más años, el 30% de los hogares “está envejecido”, es decir cuentan con, al menos, una persona de 60 y más años (Huenchuán et al. 2007:35).

Según cálculos obtenidos a partir de los censos, se puede constatar que más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares extensos, con presencia de otros familiares, especialmente hijos (Herrera y Kornfeld 2008:3). Ciertamente, las relaciones de parentesco intradomésticas que establecen las personas mayores están relacionadas con la situación de pareja en la que se encuentran. En este contexto, los hombres mayores que siguen casados o vuelven a unirse tienden a vivir con su cónyuge (familia nuclear), y en varios de los casos también con hijos o nietos (familia extensa). Las mujeres, que por lo general son viudas, forman parte de familias extendidas, viven con sus hijos o hijas, nietos u otros parientes. Esta convivencia con parientes o no parientes, aun cuando en algunos casos puede no ser necesariamente una opción deseada, crea un espacio privilegiado en el que operan las transferencias familiares de apoyo no sólo económico, sino también instrumental y emocional. De ahí surge la preocupación por el alto porcentaje de hogares unipersonales de personas mayores.

■ *Jefatura del hogar: un liderazgo doméstico envejecido en los hogares con personas mayores*

Según los resultados de la encuesta nacional de caracterización socioeconómica. En 2002, un 48% de la tercera edad encabezaba la jefatura de un hogar, (Ministerio de Desarrollo Social 2010), esta cifra se incrementa al 60,6% en el año 2011 (Servicio nacional del adulto mayor 2013). Al respecto Herrera y Kornfeld (2008) señalan que

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

ello se debe principalmente a dos factores. El primero de ellos es de índole cultural, y está asociado al respeto por las jerarquías parentales, que induce a la declaración de las personas mayores como jefas de hogar al momento del relevamiento censal. El otro está vinculado a las condiciones materiales en que se encuentran las personas mayores, condiciones dentro de las que pueden considerarse diversos aspectos: a) *el tipo de arreglo familiar*, si las personas de edad avanzada viven en hogares unipersonales o sólo con otras personas mayores, aumenta la proporción de personas de edad avanzada jefas de hogar; b) *el aporte económico presente de las personas mayores*, ya sea por trabajo, jubilación o transferencias no contributivas, que puede colocarlas desempeñando ese rol; y c) *la acumulación de patrimonio durante las etapas previas de su vida*, la propiedad de la unidad habitacional, de la tierra o de otras fuentes de recursos, que también puede inducir a considerarlas, o considerarse, jefas de ese hogar.

■ *Educación: los diferenciales de género y zona de residencia*

Los adultos mayores, al igual que el conjunto de la población del país, han mejorado en los últimos años el nivel académico; el promedio de años de escolaridad para las personas de 60 y más años se ha incrementado, desde 5,8 años de escolaridad en 1990 (Ministerio de Desarrollo Social. 2010) a 7 años en 2011, presentando los hombres una situación más favorable (7,6 años) que las mujeres (7 años) (Servicio nacional del adulto mayor 2013). Sin embargo, pese la expansión de la cobertura de educación básica que ha llevado prácticamente a erradicar el analfabetismo y a elevar el promedio de años de estudio de la población chilena, tanto la población que vive en áreas rurales como las personas mayores siguen presentando bajos niveles de instrucción y tasas de analfabetismo relativamente altas en comparación con la población de menor edad o que vive en áreas urbanas. Las personas mayores tienden a presentar una menor escolaridad, debido a que estuvieron expuestas a la formación educacional del pasado, cuando el alcance del sistema de enseñanza formal en el país era muy inferior al actual.

Cuando se intenta apreciar el impacto real de la educación sobre el nivel de vida, destaca la relación entre el ingreso mensual por hogar en relación con el nivel de educación del jefe de hogar o cabeza de familia. Según la encuesta nacional de caracterización socioeconómica (Ministerio de Desarrollo Social 2010), los hogares con cabezas de familia adultos mayores, que no tienen instrucción, contaban con un ingreso

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

total promedio de 347.344 pesos chilenos (516 euros aproximadamente); por otra parte, los que han llegado a la educación superior, perciben, en promedio, un ingreso total de 1.572.448 pesos chilenos (2.170 euros aproximadamente). En las personas mayores, así como en la población total, a medida que se incrementa el promedio de años de escolaridad aumentan los ingresos del hogar.

■ *Actividad laboral*

El 24% de las personas mayores sigue inserto en el mercado laboral; la tasa de participación económica es más alta en los hombres (39,3%) que en las mujeres (13,5%), y no existen grandes diferencias según residencia urbana o rural. En Chile la edad de jubilación para las mujeres es a los 60 años y para los hombres a los 65; sin embargo, 25 de cada cien personas de entre 60 y 74 años continúan realizando algún tipo de actividad laboral, cifra que supera el 40% en el caso de los hombres. A medida que las personas mayores entran en años estas cifras descienden considerablemente, así, seis de cada cien personas mayores de 75 años permanecen insertas en el mercado laboral, pero el sesgo de género persiste. Prácticamente, no existen diferencias según sea área urbana o rural de residencia a la que nos refiramos, no obstante, las mujeres urbanas tienen una tasa de participación económica más alta que sus congéneres rurales (Ministerio de Desarrollo Social 2010).

La permanencia de las personas mayores en el mercado laboral se debe a diferentes causas, entre las que se destacan la necesidad de seguir trabajando por falta de acceso a jubilaciones o pensiones o la escasez del monto de éstas, que las obliga a continuar en el mercado de trabajo. Además, como se expuso en párrafos anteriores, un alto porcentaje de las personas de edad avanzada que ejercen la jefatura del hogar son su principal o único aporte de ingresos. Al respecto, resulta interesante conocer un poco más el perfil de las personas mayores que continúan trabajando. Un dato llamativo es que más del 40% de ellas tiene menos de siete años de estudio (no alcanzo la educación básica), situación que se torna aún más crítica en el ámbito rural, en donde esta cifra se incrementa al 75%. Esto ya indica que el tipo de actividades laborales que realizan dado los escasos años de estudios realizados, no son de gran especialización y, por lo mismo, el ingreso que reciben por ellas no es muy abultado (Huenchuán et al. 2007).

■ *Jubilación y pensiones: los efectos de los roles de género al momento del retiro laboral*

Actualmente en Chile coexisten cuatro sistemas de pensiones. El sistema público está compuesto por tres esquemas: a) el, no contributivo de pensiones asistenciales, representa al 23,6% de las personas mayores; b) el civil público antiguo administrado por el Instituto de Normalización Previsional (INP) o actual Instituto de Previsión Social (IPS), representa al 27,3% de las personas mayores y c) el esquema público militar que representa al 9,6% de las personas mayores (incluye las cajas de Previsión de las fuerzas armadas CAPREDENA y carabineros DIPRECA). El cuarto esquema previsional es el sistema de administradoras de fondos de pensiones (AFP), gestionado por el sector privado que representa al 39,5% de las personas mayores) (Superintendencia de pensiones 2013).

Además de la edad legal para jubilar, existen otras causas que pueden determinar de manera decisiva si se hace o no efectivo el término de las labores. Entre ellas se destacan el deterioro de la salud, la disminución de las capacidades físicas y las presiones sociales. Así, mientras que para algunas personas mayores la jubilación puede significar el inicio del descanso laboral, para otras el retiro puede ser sinónimo de problemas, inestabilidad económica e inseguridad. Las pensiones contributivas se incrementan de 53,8% en el año 2007 a un 74,6% en el año 2013 (Huenchuán et al. 2007 y Superintendencia de pensiones 2013).

En las áreas urbanas el porcentaje de pensiones contributivas es superior (43%) que en las rurales (35%), además este porcentaje se incrementa al 59,8% en el caso de los hombres y baja al 49,1% en el caso de las mujeres. El menor porcentaje de jubiladas o pensionadas (49,1%) se debe a ciertos factores que es importante tener en cuenta. Durante sus edades activas, una gran parte de las mujeres mayores actuales recibió sueldos más bajos, su desarrollo profesional se vio afectado por las interrupciones de la actividad laboral y las obligaciones relacionadas con la atención de la familia, por lo que su capacidad de ahorro previsional y de otros recursos para su jubilación fue generalmente menor que la de los hombres, por eso su jubilación fue menor que la de los hombres (Huenchuán et al. 2007).

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

Del mismo modo, las proyecciones disponibles, que consideran los registros acumulados de cotizaciones, reglas y costos del sistema previsional vigente, indican que las mujeres tienen perspectivas considerablemente más negativas que los hombres en relación al valor de sus provisiones futuras. De acuerdo a estas proyecciones, el 66% de las mujeres percibirían una pensión inferior a su renta en actividad, en comparación con el 23% de los hombres. Como resultado de lo anterior, las mujeres obtendrían una renta vitalicia inferior a los 100.000 pesos chilenos mensuales (137 euros), equivalente al 42% de la de los hombres. Las causas asociadas a esta situación tienen relación con las siguientes causas (que pueden identificarse con cuatro grandes categorías): diferencias en la inserción laboral, diferencias en la división del trabajo reproductivo y doméstico, diferencias biodemográficas y, finalmente, diferencias en cuanto al funcionamiento del sistema previsional propiamente tal. Los alcances de estas cuatro categorías se condensan en el hecho que la edad de jubilación de la mujer es de 60 años, cinco años inferior a la de los hombres y el traslado de éstas al sistema de capitalización individual¹⁰, involucra un costo expresado en menores pensiones. Se estima que en el caso de las mujeres, el costo de jubilar cinco años antes reduce su pensión entre el 30% y el 40%. El panorama se completa con el hecho de que las mujeres viven, en promedio, seis años más que los hombres, por tanto deben sostener por una mayor cantidad de años su situación económica (Servicio nacional del adulto mayor 2009:40).

¹⁰ Es un sistema de ahorro individual para la vejez, de carácter obligatorio para el trabajador dependiente y opcional para los trabajadores independientes. En ambos casos, la cotización es de un 10% de las remuneraciones y rentas imposables mensuales. La cotización de los trabajadores dependientes la efectúa el empleador y es obligatoria (sin aportes del empleador para la cotización), mientras que en los independientes es individual y voluntaria. Hay un máximo imponible de 60 unidades de fomento (UF). Estos depósitos se capitalizan de acuerdo al rendimiento del fondo de pensiones de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Al final de su vida laboral el monto de la cuenta constituye la pensión.

■ *Economía: ingresos mayoritarios de jubilaciones o pensiones*

La encuesta nacional, sobre calidad de vida en la vejez realizada el año 2010, revela que los ingresos de los mayores provienen principalmente de jubilaciones, pensiones o montepíos (78,2%), pero poco más de un tercio (30,8%) sigue recibiendo ingresos por trabajo o negocio (ya sea personalmente o de su cónyuge), lo que es más habitual a mayor nivel socioeconómico. Un 40,3% recibe ingresos por subsidios estatales, siendo más frecuente las pensiones asistenciales de vejez, seguidos por los subsidios de agua potable¹¹ y los subsidios de cesantía¹². En comparación con la encuesta nacional sobre calidad de vida en la vejez, realizada el año 2007, en la de 2010 las personas mayores, que perciben que sus ingresos no le alcanzan para llegar a fin de mes, disminuyen de 36,4% a 26,1% (Servicio nacional del adulto mayor 2010).

■ *Funcionalidad de las personas de edad avanzada*

La capacidad funcional se asocia tanto a la realización de ciertas actividades básicas de la vida cotidiana como a la realización de ciertas actividades instrumentales con un componente cognitivo.

La aplicación de la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez en el año 2010 reveló que, en general, los adultos mayores señalaban mantener una buena capacidad de realización de actividades básicas: un 75% podía viajar en autobús o metro sin dificultad mientras que un 9% señalaba no poder hacerlo; el 84% decía que podía salir a caminar sin dificultad versus sólo un 3,5% que señalaba no poder hacerlo y finalmente un 73% podía subir más de un piso por escalera sin problemas frente a un 6% que no podía. Se observan diferencias por sexo, donde los hombres poseerían mayor capacidad física que las mujeres en las tres actividades mencionadas. El 93% de los adultos

¹¹ El subsidio de agua potable es un beneficio que entrega el Estado, a través de las municipalidades, para ayudar a las familias más necesitadas del país. Consiste en el pago de una parte de su cuenta mensual de agua potable y alcantarillado, con un límite de consumo mensual de hasta 15 m³, con una vigencia de 3 años desde que fue otorgado.

¹² El Subsidio de Cesantía es una ayuda económica mensual que se entrega en un plazo máximo de 360 días a los trabajadores que se encuentran cesantes, es decir, que se han quedado sin trabajo o están desempleados. El monto mensual va disminuyendo según el tiempo que lleva cesante: 90, 180 y 360 días. Otorga derecho también a asistencia médica en los consultorios y hospitales del servicio de salud, asignación familiar y maternal por las cargas reconocidas y asignación por muerte en caso de fallecer.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

mayores no presentaba dificultad para realizar actividades de tipo instrumental. Tanto las actividades físicas como instrumentales presentaban diferencias por edad, ya que la realización de actividades merma a medida que aumenta la edad; también es importante hacer hincapié en las diferencias por nivel educacional, a mayor educación se observaba una mayor capacidad (Herrera y Fernández 2011).

Las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población estudiada eran hipertensión arterial (62,1%), diabetes (21,8%), depresión (18,0%) y osteoporosis (17,2%). Algunas de estas enfermedades eran más comunes entre las mujeres que entre los hombres, por ejemplo, en la hipertensión, en la diabetes, en la depresión y en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se daban diferencias que se acentuaban en el espacio rural, donde la totalidad de las enfermedades estudiadas eran más frecuente en mujeres que en hombres (Servicio nacional del adulto mayor e instituto de nutrición y tecnología de los alimentos 2009: 41).

En términos generales, cerca del 43% de las personas mayores consultadas percibía su estado de salud de forma regular, el 15,8 % de ellas la percibía como mala y el 38,2% como excelente, muy buena o buena, distinguiéndose diferencias según el sexo, puesto que las mujeres tenían una peor percepción de su estado salud que los hombres. También se aprecian diferencias según nivel educativo, ya que a menor nivel educativo peor auto percepción de salud (Herrera y Fernández 2011).

■ *Cobertura de salud*

El sistema de Salud Chileno se compone de dos subsistemas, uno público y uno privado. A los chilenos que tienen contrato se les descuenta un 7% mensual para cubrir su seguro de salud, cada ciudadano puede decidir si esta cotización va al Seguro Público (Fondo Nacional de Salud FONASA) o a alguno de los Seguros Privados (Instituciones de Salud Previsional ISAPRE). FONASA da cobertura al 70% de la población general del país y a casi el 90% de todos los adultos mayores (Becerril, Reyes y Manuel 2011).

La atención de salud de los adultos mayores, en Chile, como hemos indicado anteriormente, es de responsabilidad prácticamente del Sistema Público de Salud (87,9%). Los adultos mayores del primer quintil de menores ingresos financian su salud

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

fundamentalmente en el sistema público en una proporción del 96,6%, siendo en los quintiles que siguen aproximadamente de la misma magnitud, para bajar al 63,9% en el quinto quintil de mayores ingresos. Dado que el país cuenta con un sistema mixto de salud (público-privado), de los adultos mayores pertenecientes al quinto quintil sólo un 28,6% financia su salud vía privada a través de Instituciones de salud previsual (Ministerio de Desarrollo Social. 2010).

A fin de resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que cuentan con tratamientos efectivos para su atención, causan mayor cantidad de muertes en el país o generan mayor cantidad de años de vida perdidos, y en el esfuerzo de hacer exigibles y garantizar los derechos de las personas en materia de salud, se creó en el año 2005 el Plan de Accesos Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE). Dicho plan incluye en la actualidad ochenta patologías, cincuenta de las cuales afectan fundamentalmente a las personas mayores, tanto a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, FONASA (seguro público), como a los de las ISAPRES (seguros privados de salud) (Ministerio de Salud 2013a).

Con relación a la satisfacción de las necesidades de salud, cerca del 65% de los adultos mayores señalaba tener adecuadamente satisfechas estas necesidades, relación que estaba fuertemente afectada por el nivel educativo, puesto que para quienes no tenían educación el alto grado de satisfacción bajaba a 53% versus un 76% de quienes poseían educación superior. Esto se explicaría en parte por el vínculo existente entre el alto nivel educativo y los altos ingresos, que afectaría al tipo de atención en salud al cual se accede y su consecuente nivel de satisfacción (Herrera y Fernández 2011).

■ Vivienda

Según resultados censales de 2002, un 85,6% de los adultos mayores de 60 años vivían en una casa¹³, un 8,9% en un departamento¹⁴, un 3,5% en viviendas no óptimas (mejoras, chozas o chabolas entre otras) y un 1,9% residía en viviendas colectivas (hospitales, hotel, residenciales, etc.). La propiedad de la vivienda, en los últimos dieciséis años, ha aumentado progresivamente, el 83,5% de los adultos mayores señalaban, en la encuesta nacional de vejez realizada el año 2010, que ellos o su cónyuge eran propietarios de alguna vivienda (Herrera y Fernández 2011), cifra que se incrementaba al 86,2% en los resultados del estudio nacional sobre dependencia en adultos mayores (Servicio nacional del adulto mayor e instituto de nutrición y tecnología de los alimentos 2009).

Para conocer las condiciones cualitativas de las viviendas se calcularon los indicadores de materialidad, saneamiento y hacinamiento, conforme las orientaciones definidas por el Ministerio de vivienda y aplicados a los datos del censo de población y vivienda de 2002 en la encuesta nacional de caracterización socioeconómica 2009 (Ministerio de Desarrollo Social 2010):

El *índice de materialidad* se construyó a partir de los materiales predominantes en las paredes exteriores, techo y piso de las viviendas, que se clasifican en aceptables, recuperables e irre recuperables¹⁵ (Ministerio de Desarrollo Social 2010). Conforme estos criterios, los resultados encontrados muestran que aproximadamente el 40% de los adultos mayores residían en viviendas con materialidad aceptable y poco más del 56% lo hacía en viviendas con materialidad recuperable. Se muestra además, en el análisis por zona, un mayor deterioro de las condiciones de materialidad de la vivienda en zonas

¹³ Vivienda de construcción permanente e independiente con una entrada directa desde la calle, jardín o terreno.

¹⁴ Vivienda ubicada en un edificio de más de un piso, de construcción permanente que tiene una entrada independiente desde un pasillo, escala u otro espacio común en el edificio o acceso directo desde la calle.

¹⁵ Materialidad Aceptable: hogares cuyas viviendas tengan paredes, techos y pisos clasificados de aceptables; materialidad recuperable, hogares cuyas viviendas tengan paredes aceptables y un indicador recuperable (piso o techo), o si más de un indicador es recuperable, y ninguno irre recuperable; materialidad irre recuperable, hogares que habiten viviendas que presenten al menos un indicador irre recuperable.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

rurales: 77,9% versus 46,5% en zonas urbanas. La proporción de viviendas irrecuperable aumentaba de 0,9% en las zonas urbanas a 7,8% en zonas rurales.

El índice de saneamiento de las viviendas se construyó a partir de la disponibilidad de agua dentro de la vivienda y el medio de eliminación de excretas, que se clasifican en aceptables y deficitario¹⁶. El 75,2% de los hogares contaba con saneamiento adecuado en sus viviendas, es decir, disponían de agua por cañería dentro de la vivienda y de un sistema de eliminación de excretas conectado a red de alcantarillado o fosa séptica. Al analizar según zona, se aprecia que en la zona rural el saneamiento deficitario alcanzaba al 49,8% de los hogares, debido a las condiciones propias del sector.

El índice de hacinamiento da cuenta del espacio disponible para los residentes en una vivienda. De acuerdo a la propuesta del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), utilizado por el Ministerio de vivienda chileno, el hacinamiento se operacionaliza como el cociente entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma¹⁷. Para la elaboración de este indicador se consideró el total de habitaciones destinadas a dormitorio, que pudieran tener uso exclusivo o múltiple. El hacinamiento medio y crítico afectaba alrededor del 7% de los hogares del país, siendo levemente superior este fenómeno en el área urbana (7%) en comparación con el área rural (6,7%).

■ *Participación en organizaciones sociales*

El estudio nacional sobre dependencia en personas mayores, realizado en Chile, revela que las personas mayores participaban en grupos comunitarios en mayor medida que otros grupos de edad. Eran las mujeres mayores las que presentaban una mayor tasa de

¹⁶ Saneamiento aceptable: disponibilidad de agua dentro de la vivienda y eliminación de excretas con WC conectado al alcantarillado o WC conectado a fosa séptica; saneamiento deficitario: disponibilidad de agua dentro del sitio pero fuera de la vivienda o carente de sistema de agua potable y con eliminación de excretas a través de letrina sanitaria conectada a pozo negro, a través de cajón sobre pozo negro, a través de cajón sobre acequia, a través de canal, a través de cajón conectado a otro sistema, o simplemente no tiene servicio higiénico (WC).

¹⁷ Sin hacinamiento: se considera a aquellos hogares que residen en viviendas con 2,4 o menos personas por dormitorio; hacinamiento medio: el término abarca a aquellos hogares que ocupan viviendas en las que residen 2,5 y más personas por dormitorio; hacinamiento crítico: hogar que residen en viviendas con 5 o más personas por dormitorio.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

participación en organizaciones comunitarias en relación con los hombres mayores. El 39,8% de las mujeres participaba en organizaciones de esta índole, en cambio la participación de los hombres alcanzaba el 28,4%. Dicha participación se incrementaba en el grupo de 70 a 79 años (46,2% mujeres y 30,7 % hombres) para luego decrecer en ambos sexos sobre los 80 años. La participación de las personas mayores constituye una forma de vinculación con el entorno social que posibilita articular intereses entre grupos de personas, logrando con ello una mayor capacidad de relevar demandas y de ser escuchadas por los entes decisores (Servicio nacional del adulto mayor e instituto de nutrición y tecnología de los alimentos 2009: 39).

Los datos que arrojan los catastros realizados por el Servicio nacional del adulto mayor, desde el año 1998 hasta el 2008, indican que, en sólo 10 años, se triplica el número de personas mayores asociadas, se aumenta en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de adulto mayor con presencia en casi todas las comunas de nuestro país, y crece ocho veces más el número de uniones comunales de adulto mayor a lo largo del territorio nacional. Entre los diversos factores que explican el aumento en el número de organizaciones de personas mayores, la acción del Estado ha tenido un importante rol de promoción en este segmento de la población (Servicio nacional del adulto mayor 2009: 76).

Un elemento importante a considerar es que la participación de las personas mayores en organizaciones sociales constituye una herramienta de integración social y es también una respuesta a la necesidad de pertenencia. Ante la ausencia de un rol de la vejez en la sociedad, el grupo se constituye en un espacio de acogida, intercambio, apoyo mutuo, aprendizaje de habilidades, información y de necesidades afectivas y de comunicación, que se intensifican por eventos relacionados con la viudez, la jubilación, el mayor tiempo disponible en esta etapa de la vida, las menores obligaciones en el ámbito doméstico y en el cuidado de hijos, o bien, con la necesidad de abordar colectivamente problemas de tipo reivindicativo que afectan a las personas mayores.

Pobreza en la vejez: la difícil tarea de reducir la pobreza extrema

Destacar el importante logro de reducción de la pobreza de la población de este segmento etario que, entre los años 1990 y 2011 descendió desde un 20,6 a un 7,9 por

ciento. Asimismo, las personas mayores en situación de indigencia¹⁸ se redujeron del 4,8 al 1,8 por ciento (Ministerio de Desarrollo Social. 2010). Al comparar con otros grupos etarios se advierte que los adultos mayores están en mejores condiciones. Sin embargo es necesario aclarar que ciertas características de la población de personas mayores reducen la validez de la comparación entre los índices de pobreza de este grupo etario con los del resto de la población. Sus necesidades y los gastos en que deben incurrir son distintos a los de otros tramos de edad. Estos egresos se encuentran asociados a medicamentos, alimentación y pago de servicios, entre otros, que reducen el nivel de vida de las personas mayores. Por ello, al ubicar a la población de 60 años y más en los tramos de pobreza (indigente y no indigente) es importante considerar que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión.

■ *Discriminación en la ancianidad por diferentes causas*

La discriminación a las personas mayores no está determinada exclusivamente por la edad, hay veces que es la incapacidad o la enfermedad la que genera dicho estigma. Los resultados del estudio nacional de dependencia en adultos mayores muestran que el 14,0% se había sentido discriminado durante los últimos 12 meses. No se observan mayores diferencias por sexo y las principales razones de sentirse discriminados son por el hecho de ser adulto mayor (49,3%) y por el nivel socioeconómico (17,0%). Por último, pero con una especial relevancia para los objetivos de este estudio, aparece un porcentaje importante (14,2%) de personas que percibía la discriminación como consecuencia de su situación de salud (Servicio nacional del adulto mayor e instituto de nutrición y tecnología de los alimentos 2009: 38).

Como síntesis del subepígrafe 1.3.2, podemos considerar que los grandes ámbitos de preocupación en el grupo adulto mayor son la salud y la economía; la preocupación por la salud viene determinada por los factores que intervienen en una mejor calidad de vida y la de la economía, fundamentalmente, por el comportamiento de las pensiones.

¹⁸ Línea de indigencia: ingreso mínimo por persona para cubrir el costo de una canasta alimentaria. Son indigentes los hogares que, aun cuando destinan todos sus ingresos a satisfacer las necesidades alimentarias de sus miembros, no logran cubrirlas adecuadamente (\$21.856 urbano y \$16.842 rural).

1.3.3. Diferencias en la vejez según la etnia

Para efectos de este estudio, entenderemos por mapuche aquellas personas de nacionalidad chilena que posean al menos un apellido indígena o un apellido no indígena acreditado por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) como de procedencia indígena por generación. Además, para ser mapuche se necesita que se viva en una Comunidad Indígena como agrupación de personas pertenecientes a la etnia mapuche; dicha Comunidad puede encontrarse en una o más de las siguientes situaciones: a) provenir de un mismo tronco familiar; b) reconocer una jefatura tradicional; c) poseer o haber poseído tierras indígenas en común; y d) provenir de un mismo poblado antiguo (ley 19.253¹⁹).

A pesar que la sociedad mapuche ha sido estudiada desde diversas perspectivas, la ancianidad en este ámbito no ha sido apenas abordada. Lo poco que hay forma parte de tratados más amplios sobre temas como la religiosidad, el grupo doméstico, la muerte, etc., por lo que las características individuales y sociales que adquiere esta etapa de la vida entre los mapuche²⁰ carecen de un tratamiento profundo. En un estudio realizado por la Universidad de la Frontera y PNUD, en el año 2002, se estimaba que el Índice de Desarrollo Humano²¹, para la población mapuche (0,642), era menor que en la población no indígena (0,736), evidenciando la magnitud de la brecha entre ambos grupos sociales (Márquez 2002).

A continuación, analizamos los principales aspectos socio-demográficos y económicos de los adultos mayores indígenas (mapuche) y no indígenas, basado principalmente en el último censo de población y vivienda realizado en Chile el año 2002 y en la encuesta de caracterización socioeconómica realizada el año 2009.

¹⁹ Ley N° 19253. Publicada en el Diario oficial el 5 de octubre de 1993

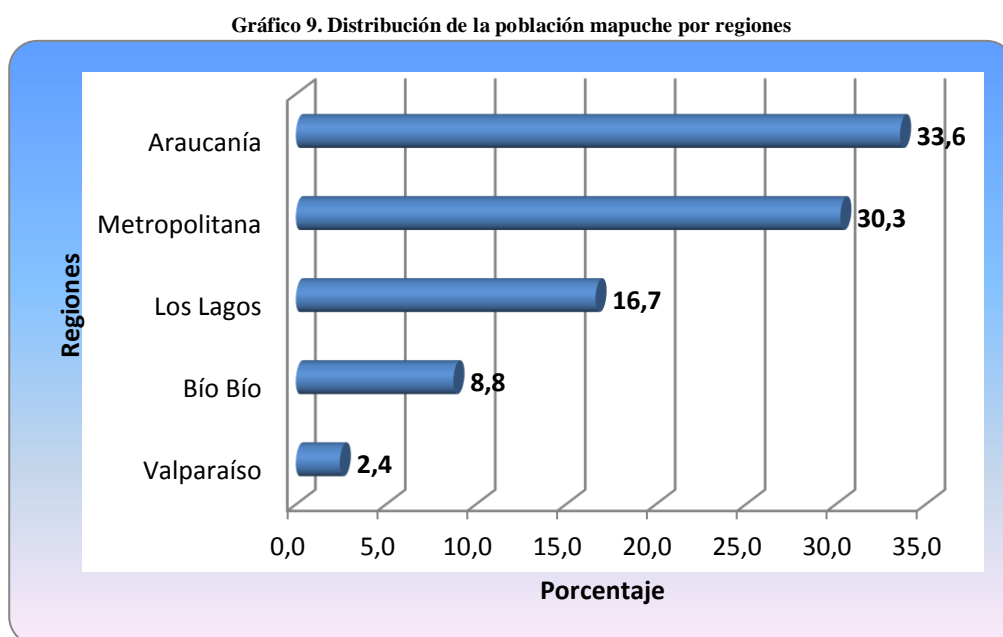
²⁰ La palabra mapuche no tiene plural, dado que lo lleva implícito; MAPUCHE significa gente de la tierra donde MAPU significa tierra y CHE gente

²¹ El Índice de desarrollo humano es una medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer); educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria); y nivel de vida digno (medido por el Producto Interior Bruto –PIB- per cápita y por la Paridad del Poder Adquisitivo -PPA- en dólares).

Estructura por edad y sexo

Según el censo de 2002²², la población originaria chilena era de 692.192 personas, es decir, el 4,6% del total nacional dijo pertenecer a uno de ocho pueblos considerados en el instrumento censal del año (2002)²³, sobresale la elevada proporción del pueblo mapuche, que correspondió a un 87,3% del total de la población que contestó que pertenecía a alguna etnia. Le seguían los aymara (7%) y los atacameño (3%). El resto de las etnias (colla, rapanui, quechua, yámana y alacalufe) sumaron, en conjunto, un 2,7% de toda la población indígena (Instituto Nacional de Estadísticas 2008).

La población mapuche era de 604.349 personas, distribuidas a lo largo de todo el país, concentrándose en las regiones del sur del país, Araucanía, Los Lagos, Bío Bío y en la zona centro, regiones Metropolitana y Valparaíso (gráfico 9).



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE²⁴ 2002-2004.

²² Basado en el censo 2002 dado que aún están en revisión las cifras del censo 2012.

²³ El texto de la pregunta y posibles respuestas del censo 2002, formulada a todas las personas, dice: ¿Pertenece usted a alguno de los siguientes pueblos originarios o indígenas? alacalufe (kawaskar), atacameño, aymara, colla, mapuche, quechua, rapanui, yámana (yagán), ninguno de los anteriores.

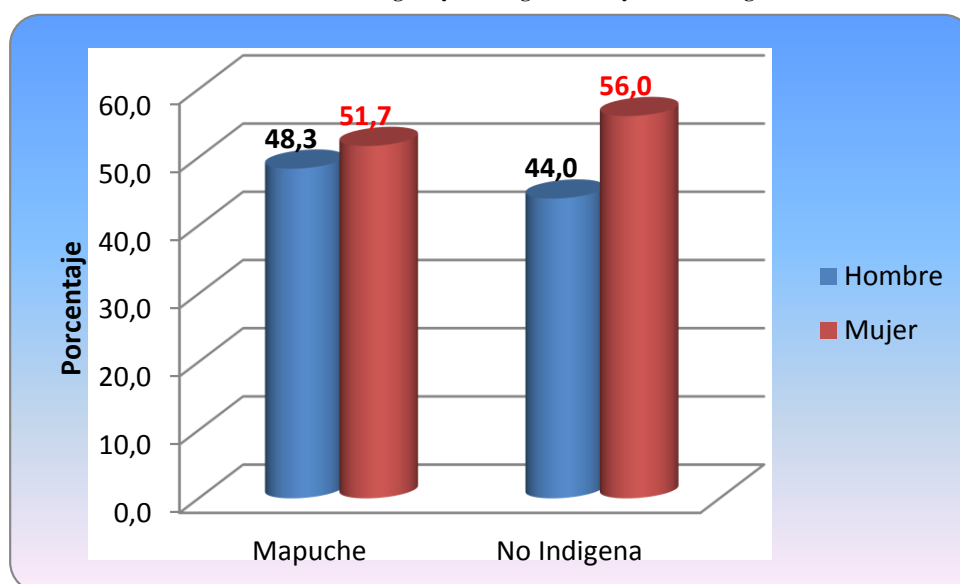
²⁴ REDATAM SP es un programa computacional desarrollado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL) y las Naciones Unidas (www.eclac.cl/celade/Redatam).

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

La relación entre población mapuche respecto de población total fue más alta en las regiones de: La Araucanía (23,4%), Los Ríos (11,3%), Los Lagos (8,5%) y Aysén (8,4%) (Instituto Nacional de estadísticas 2008).

Existía una masculinización de las familias mapuche, es decir, fue superior el número de hombres que mujeres, esto se observó a partir de los 16 a 18 años, ya que ellas emigraban a trabajar a la ciudad, con un índice de masculinidad de 101,6 (Instituto Nacional de Estadísticas 2008). Una situación diferente ocurría en la población mapuche de 60 y más años, ya que, al igual que en la población nacional, se produjo una feminización de la vejez, en donde las mujeres eran mayoría (51,7%) con respecto a los hombres (48,3%), con la salvedad de que en los mapuche la brecha entre hombres y mujeres fue mucho menor que en la población no indígena (gráfico 10).

Gráfico 10. Población Indígena y no indígena de 60 y más años según sexo.

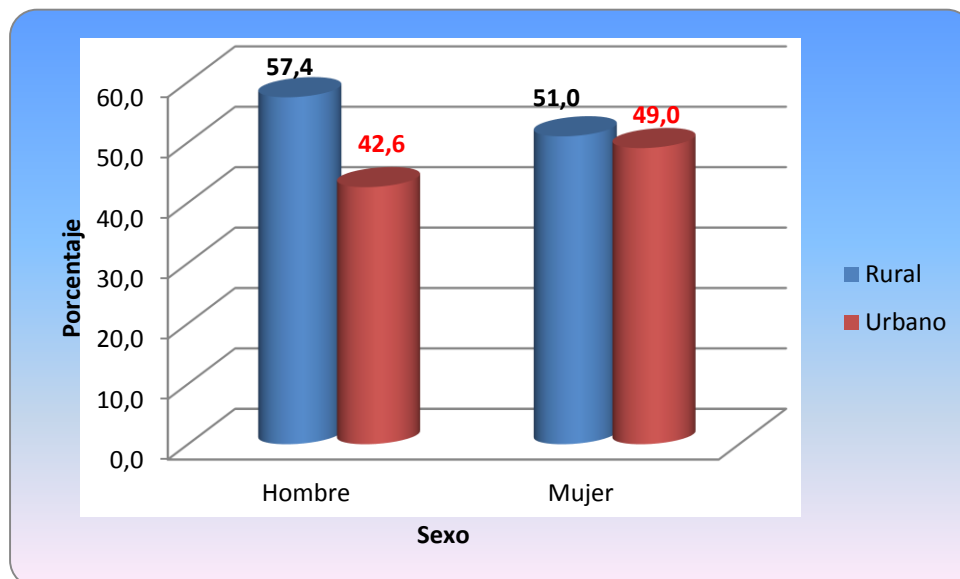


Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

El censo de 2002 mostró que el 9,8% de las personas pertenecientes a pueblos indígenas en Chile tenían 60 y más años (68.014). Los mapuche de 60 y más años representaban el 9,9% (59.530 personas) sobre el total de población mapuche (604.349). Vivían mayoritariamente en zonas rurales (54,1%) y la proporción de hombres mayores que habitaban en zonas rurales (57,4%) era superior a la de mujeres mayores (51,0%) (gráfico 11).

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

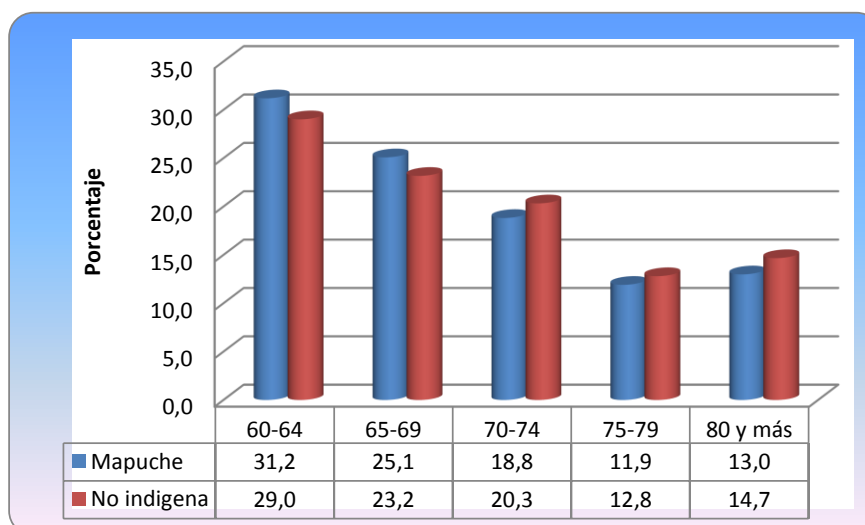
Gráfico 11. Población mapuche de 60 y más años sobre población total mapuche, según hábitat y sexo.



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

Los rangos de edad predominantes en la población mapuche mostraban que ésta era algo más joven que la no indígena. En esta última, alrededor de un 50 % de la población se encontraba entre 0 y 29 años, y en la población mapuche alcanzaba el 53%. Diferencias similares se observaban en la población de 60 y más años, en donde los dos primeros quinquenios de edad mostraban una proporción superior de población mapuche, con una inflexión a partir del tercer quinquenio donde era mayor la proporción en la población no indígena (gráfico 12).

Gráfico 12. Población de 60 y más años por tramos de edad

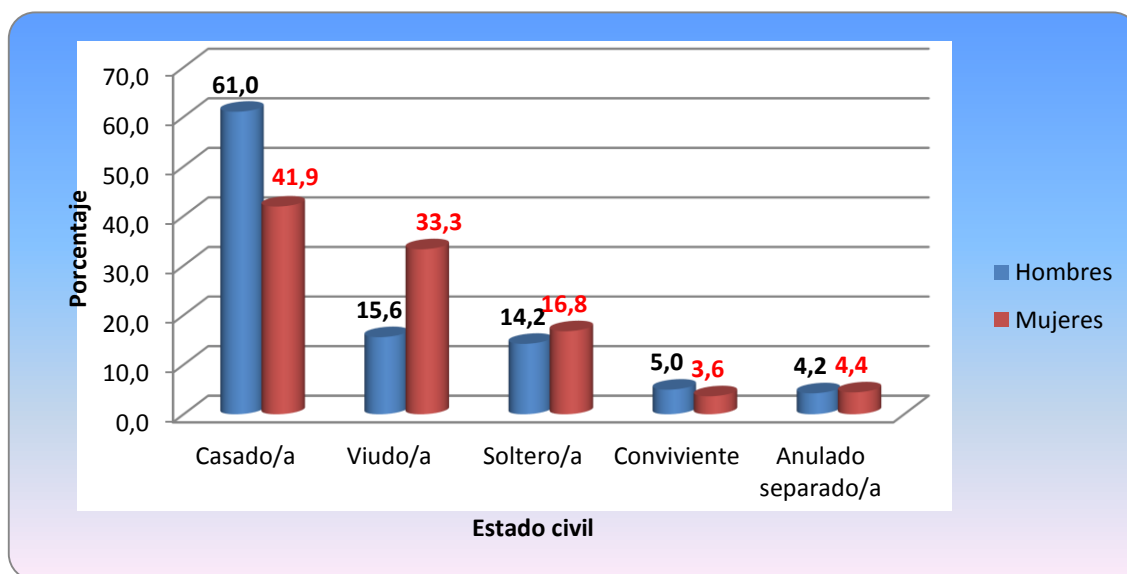


Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

■ La situación conyugal

La población mapuche de 60 y más años, en comparación con la población no indígena del mismo grupo etario, presentaba cifras superiores de solteros (15,5%) y convivencia²⁵ (4,3%) en comparación con la población no indígena (11,9% y 3,6% respectivamente). Tanto la población mapuche como la no indígena mayoritariamente se encontraban viviendo en pareja (51,2% y 51,9%), seguido de los que eran viudos/as (24,7% y 26,5%). Sin embargo las diferencias por sexo en el estado civil de los adultos mayores mapuche fueron notables. Mientras los hombres estaban, en su mayoría, casados (61,0%), las mujeres prácticamente doblaron (33,3%) a los hombres (15,6%) en viudez. Esto reveló, al igual que en la población no indígena, una sobrevivencia femenina que se desarrollaba con ausencia de la pareja (gráfico 13).

Gráfico 13. Estado civil de población mapuche de 60 y más años según sexo



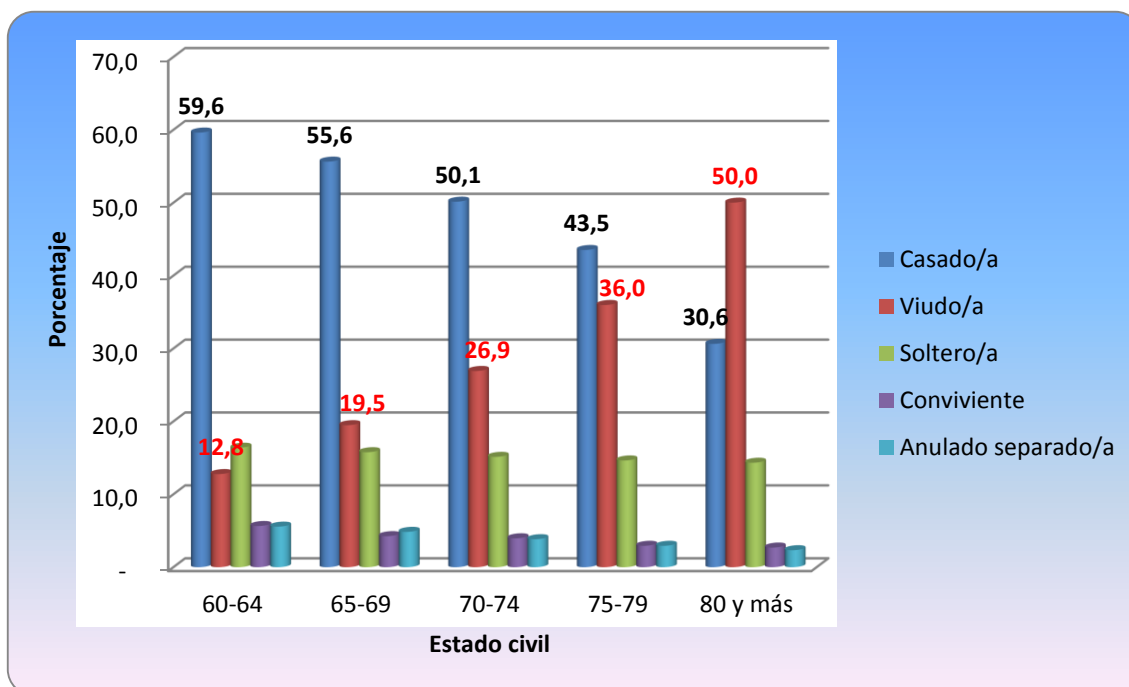
Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

El análisis por quinquenios de edad (gráfico 14) mostró cómo, en la población mapuche, a mayor edad aumentaban las personas viudas y disminuían las personas casadas. De este modo, fue posible detectar que las personas mayores permanecían en pareja, en

²⁵ Convivencia se entiende cómo vivir en pareja sin estar casados.

promedio, hasta los 70 años, de ahí en adelante aumentaban las personas sin pareja, ya sea por viudez o soltería.

Gráfico 14. Estado civil de población mapuche de 60 y más años según edad



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

■ Educación

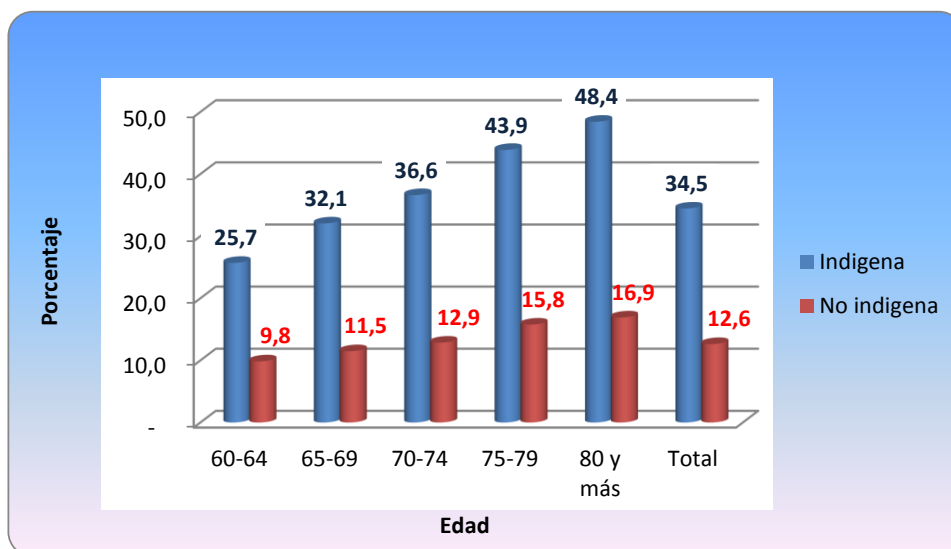
Un indicador para conocer los niveles de instrucción de los adultos mayores mapuche rurales fue la condición de alfabetismo. Por regiones, el analfabetismo en los grupos indígenas, y en todas las edades presentaba diferencias importantes. Las cifras más altas de analfabetismo indígena se encontraron en las regiones de La Araucanía (21,5%) y Bío Bío (19,1%). En casi todas las regiones la tasa de mujeres analfabetas fue mayor que la de hombres, destacando La Araucanía con 2,3 puntos porcentuales. Según el censo 2002, fueron los mapuche quienes alcanzaron menos años de estudio en comparación con sus congéneres no indígenas y además presentaron la mayor tasa de analfabetismo.

El 16% de población mapuche era analfabeta, cifra superior a la encontrada en población no indígena (12,3%). En la población de adultos mayores, la brecha de analfabetismo se incrementaba como se muestra en el gráfico 15, de 12,6% en

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

población no indígena a 34,5% en población mapuche, disparidad que se incrementaba conforme aumentaba la edad.

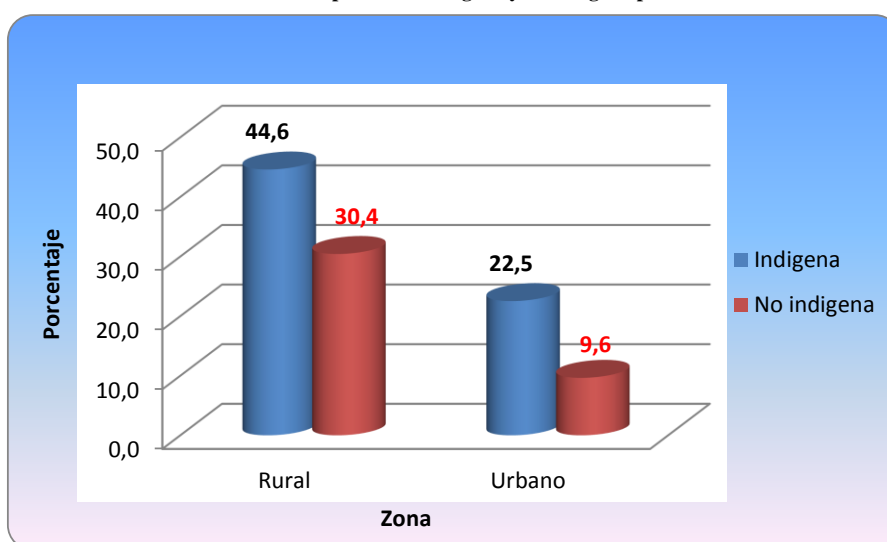
Gráfico 15. Analfabetismo en población indígena y no indígena de 60 y más años



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

Una situación similar a la mostrada en el anterior gráfico se producía por zona de residencia, ya que el analfabetismo de adultos mayores mapuche superaba, tanto en lo rural como en lo urbano, a la población no indígena (gráfico 16).

Gráfico 16. Analfabetismo en población indígena y no indígena por zona de residencia

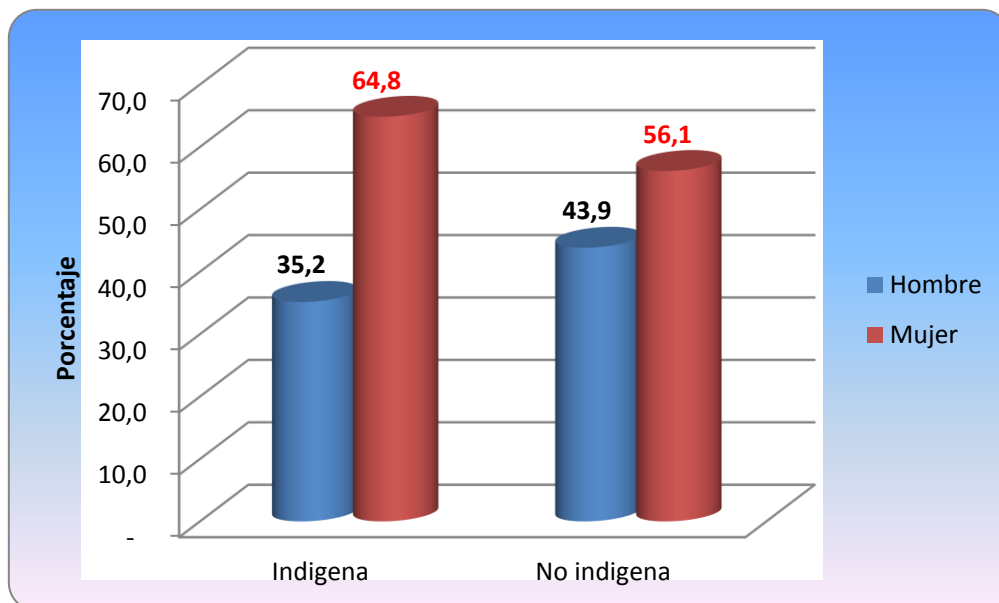


Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

En el caso de la mujer mapuche, la brecha de analfabetismo con respecto a los hombres era mucho mayor que en la población no indígena (gráfico 17).

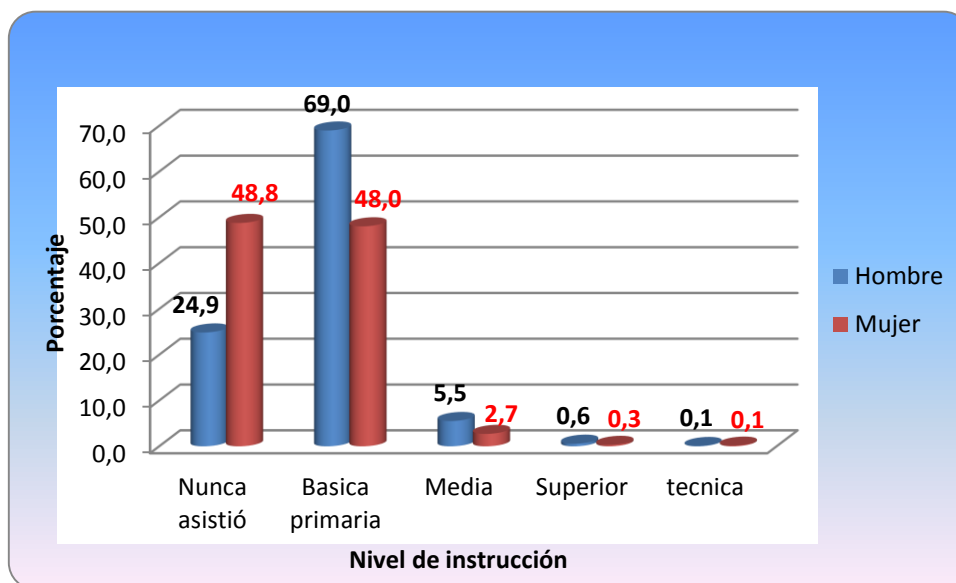
Gráfico 17. Analfabetismo en población indígena y no indígena de 60 y más años, según sexo



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

Respecto a los niveles de instrucción, un 58,4% de los adultos mayores mapuche contaba con algún curso de enseñanza básica primaria (incompleta o completa), enseñanza media (11,1%), educación superior (1,7%) y formación técnica (0,5%). Si solo nos centramos en población mapuche del área rural, se acentuaban las diferencias a nivel de enseñanza media (se reduce de 11,1 a 4,2%) y en educación superior (se reducía de 1,7% a 0,4%). Sin embargo, la brecha fue aún mayor entre aquellos que nunca asistieron a educación formal, ya que se incrementaba de 28,3% en la población mapuche total a 36,5% en población mapuche rural. Además, dentro de la misma ruralidad, como se muestra en el gráfico 18, las diferencias en educación entre hombres y mujeres fueron notables en desmedro de las mujeres.

Gráfico 18. Educación por nivel de instrucción en población indígena de 60 y más años según sexo



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

■ Hogares con tendencia a la nuclearización y con predominio de jefatura masculina

La familia mapuche se sigue caracterizando por ser más amplia que la chilena no indígena, con una tendencia a la nuclearización, -más de la mitad de los hogares son de tipo nuclear y alrededor de un 12% son unipersonales-, acentuada por la disminución del número de hijos y la formación de hogares propios de parte de los hijos que han conformado su familia, a pesar de que según el censo del año 2002, la mujer indígena rural tenía en promedio un hijo más que la mujer indígena urbana (Instituto Nacional de estadísticas 2008).

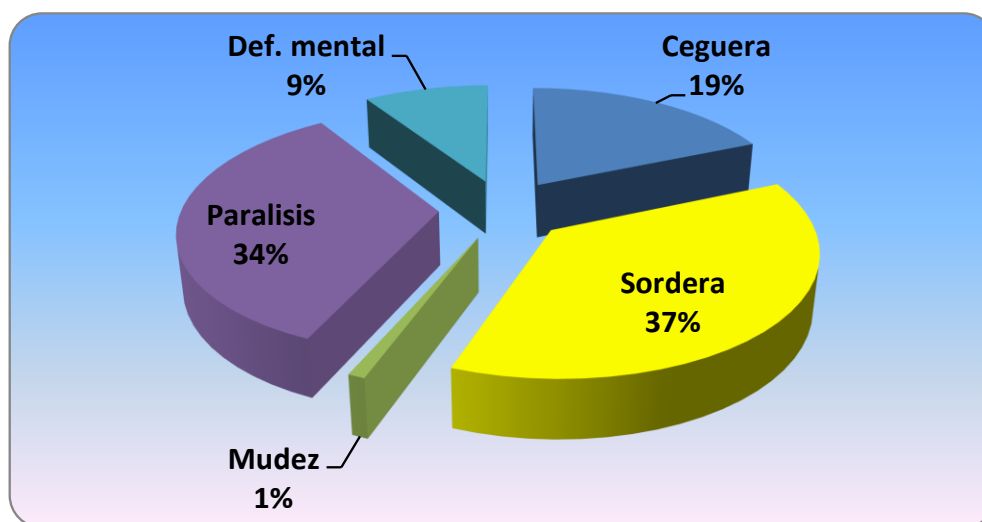
Un 74,5% de los hogares indígenas tenían como jefe de hogar a un hombre, lo cual representaba un porcentaje más alto que el promedio de los hogares no indígenas (48%). En el pueblo mapuche, la jefatura masculina alcanzaba al 71,5% de los hogares. Un 31,5% de las mujeres mapuche asumían el rol de la jefatura en la zona urbana, en tanto, en la población rural sólo lo hacían un 23,5% (Instituto Nacional de Estadísticas 2008).

■ Cobertura de salud y discapacidad en la población mapuche

En mayor proporción que en la población no indígena (92%), el principal prestador de servicios en la población mapuche de 60 y más años era el sistema público (97%), las regiones con alta pobreza e indigencia rural alcanzaban inscripciones al sistema que llegaban hasta el 98% de la población total indígena (Los Ríos, Biobío y Araucanía).

La discapacidad, como indicador de salud y componente de la vulnerabilidad, también mostró algunas diferencias según se trate de adultos mayores pertenecientes o no a pueblos indígenas; prácticamente todos los pueblos indígenas tenían mayor prevalencia de discapacidad en personas mayores que el total nacional. Destaca el caso de los mapuche, donde el 33,6% de la población presentaba dependencia en alguno de sus grados (Servicio nacional del adulto mayor e instituto de nutrición y tecnología de los alimentos 2009). Esto podría tener relación con los niveles más bajos de ingresos que mostraba la población de edad perteneciente a pueblos originarios; los menores ingresos, como muestran los estudios realizados en el país, se encontraban relacionados con la discapacidad. Asimismo, el nivel de educación también encontró una cierta correlación con la discapacidad, en el sentido de que a menor nivel educativo mayor era la discapacidad en la población. Las discapacidades más frecuentes fueron sordera, parálisis y ceguera (gráfico 19).

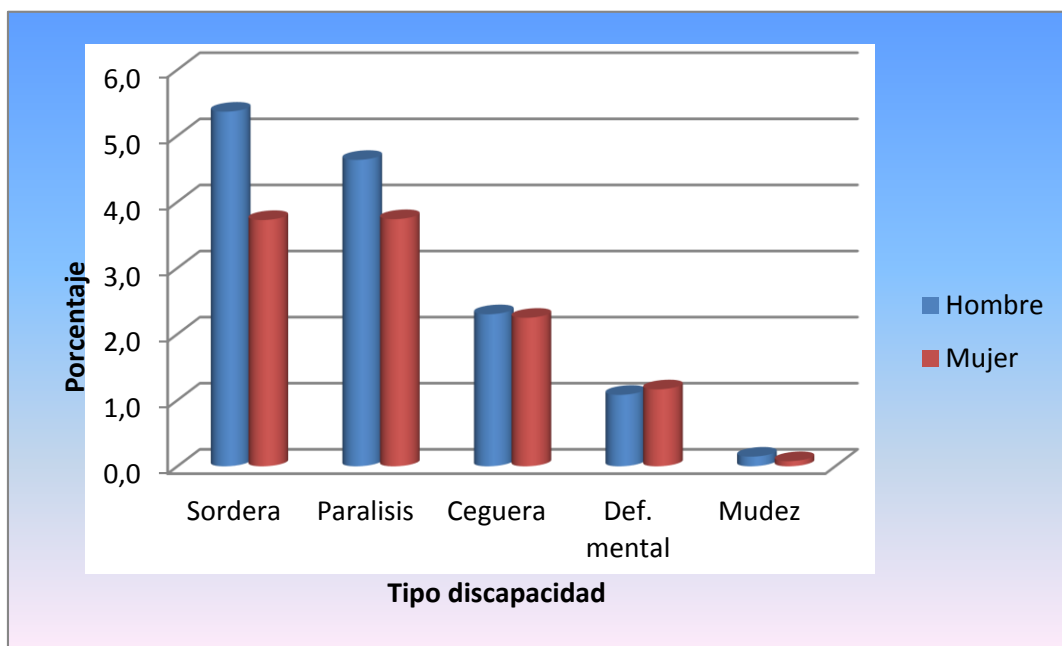
Gráfico 19. Tipo de discapacidad en indígenas de 60 y más años



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

El análisis de las principales causas de discapacidad por sexo, en población mapuche de 60 y más años, mostró una mayor proporción de discapacidad en los hombres, exceptuando la deficiencia mental, en la cual las mujeres mostraron un porcentaje levemente mayor (gráfico 20).

Gráfico 20. Principales causas de discapacidad en indígenas de 60 y más años según sexo



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

La discapacidad en la población mapuche se incrementaba a medida que aumentaban los años, igual que sucede en la población no mapuche, de esta forma las cifras oscilaron entre el 18,5% en las personas de 60 a 64 años hasta el 28,5% en las personas de 80 y más años.

■ Situación laboral

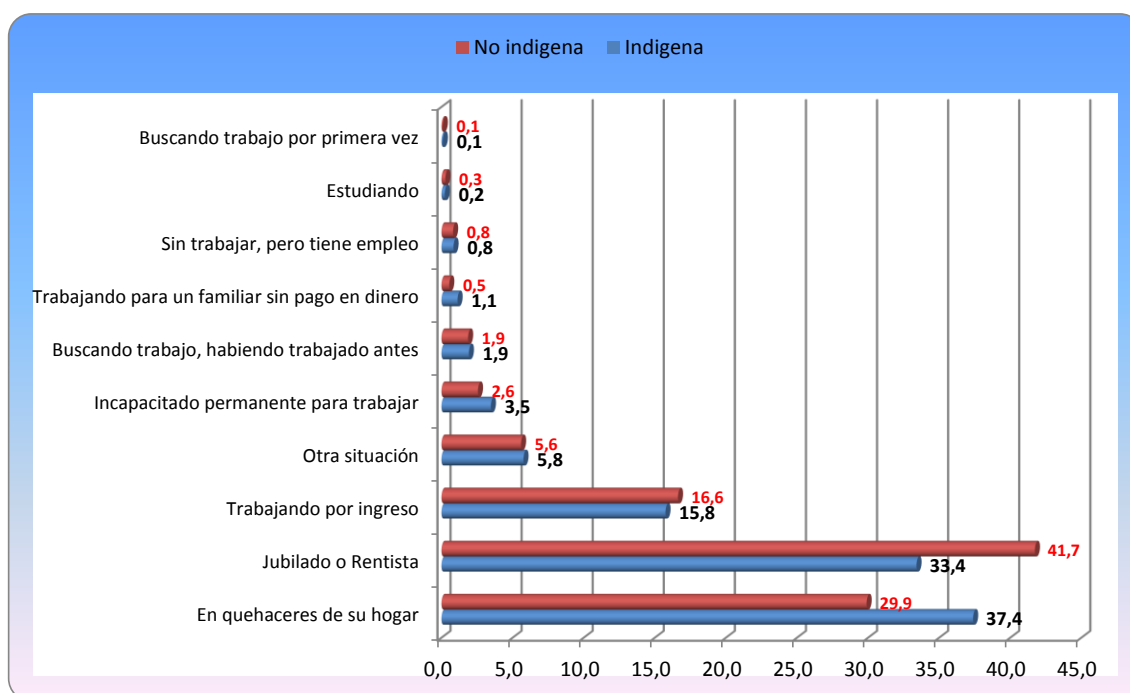
El censo de 2002 indagó sobre la situación laboral de la semana previa al mismo. Pese a que en las últimas décadas se ha observado un incremento sustancial en el número de mujeres incorporadas a la población económicamente activa (PEA)²⁶, la tasa de participación económica a nivel nacional para los hombres era prácticamente el doble que para las mujeres, (70%, y 35,6%, respectivamente). Para la población no indígena estos porcentajes alcanzaban al 70,2% para los hombres y el 35,7% para las mujeres. En cuanto a la población indígena, las tasas de participación masculina y femenina fueron, respectivamente, el 67,6% y 33,1%.

²⁶ La PEA está conformada por la población de 15 y más años ocupados, por la desocupada y por los que buscan empleo por primera vez.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

Según la misma fuente, el 15,8% de los mapuche de 60 y más años efectivamente se encontraba trabajando la semana previa al censo, cifra inferior a la población no indígena (16,6%). Las personas jubiladas en población no indígena (41,7%) eran superiores a la población mapuche (33,4%). Se revela también la población mapuche dedicada a quehaceres de su hogar (37,4%), cuya cifra era superior a la referida en población no indígena (29,9%) (gráfico 21).

Gráfico 21. Población indígena y no indígena de 60 y más años según actividad laboral



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

El análisis por sexo mostró grandes diferencias en la población de adultos mayores mapuche, el 24,9% de los hombres refirió estar trabajando, cifra que triplicaba a la de mujeres (7,2%). Una situación similar a la anterior se produjo en el caso de las personas jubiladas, el 41,8% de los hombres estaban en este estado y el 25,6% de las mujeres. En cambio las mujeres referían, en mayor magnitud, (58,7%) dedicarse a quehaceres de su hogar que los hombres (14,6%).

■ Religión

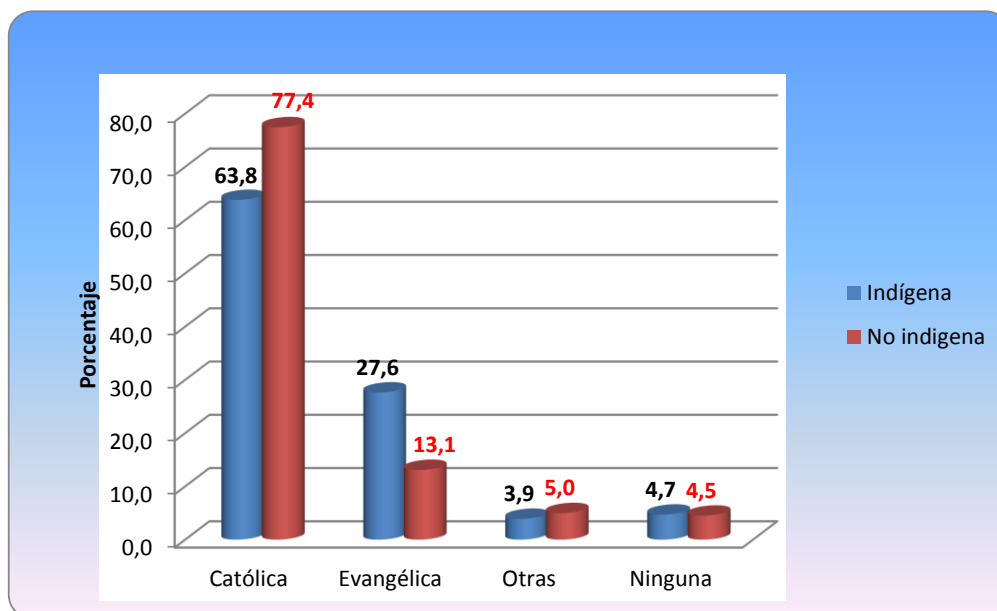
El 95,3% de los adultos mayores mapuche declaraba profesar alguna religión, sólo el 4,7% se declaraba indiferente o ateo. De aquellos que profesaban alguna religión, el 63,8%, se declaró católico y un 27,6% evangélico. Llama la atención que el 3,9%

declaraba profesar otra religión, que bien podría ser aquella propia de su cultura (mapuche).

La religión para el mapuche estaba integrada a todos los fenómenos de la vida misma y atravesaba todos los aspectos de la existencia. En la actualidad, los mapuche continúan practicando y actuando desde sus costumbres religiosas, es decir, desde las pautas valóricas o morales propias de su cultura, aun cuando han comenzado a dejar de lado aspectos rituales que simbolizan relaciones de continuidad del linaje y de solidaridad recíproca, permaneciendo los rituales que simbolizan la unidad étnica amplia; de alguna manera, han llegado a establecer una nueva dimensión de lo religioso en un sincretismo que inserta tanto la religión católica como los cultos evangélicos protestantes.

Respecto a las diferencias de la religión profesada en personas mayores mapuche y no indígena, la población no indígena profesaban la religión católica (77,4%) en mayor proporción que los mapuche (63,8%). En cambio los mapuche refirieron profesar la religión evangélica (27,6%) en mayor proporción que los no indígenas (13,1%) (gráfico 22).

Gráfico 22. Religión que profesa la población indígena y no indígena de 60 y más años



Fuente: Elaboración propia de censo de Población y Vivienda de 2002, procesado con REDATAM +SP CEPAL/CELADE 2002-2004.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

No se encontraron grandes diferencias por zona de residencia en la religión profesada por los adultos mayores mapuche. Se apreció una tendencia en quienes residían en zonas rurales por la religión católica (65,4%) en comparación con la urbana (61,9%). En quienes profesaban la religión evangélica, las cifras fueron similares entre lo urbano y rural (27,6%).

■ Vivienda

Los hogares indígenas en Chile alcanzan el 5,9% del total de hogares chilenos. En la población indígena, el 94,8% de las viviendas posee un hogar, situación que se da en el 95,1% de las viviendas ocupadas por población no indígena.

Según el censo 2002, el 52,8% de las viviendas chilenas eran de tipo permanente y pertenecían en propiedad a quienes la habitaban, de ese total, un 19,7% estaban en proceso de pago. El 17,7% de todas las viviendas se encontraban arrendadas.

El número de viviendas ocupadas por población indígena, que se encontraban en proceso de pago era menor (14,9%) que en la población no indígena, pero las que estaban totalmente pagadas superaban a las de la población no indígena (59,3%). Sólo el 5,9% de las viviendas habitadas por indígenas estaban bajo la condición de gratuidad. Los tipos de hogares que se encontraban “arrendados” eran los constituidos por “cabeza de familia” indígena y cónyuge no indígena y “cabeza de familia” no indígena y cónyuge indígena (17,5% y 17,4%, respectivamente), los cuales a su vez eran los que presentaban menores proporciones de viviendas “propias pagadas totalmente” y se encontraban en mayor número pagando su vivienda propia (tabla 3) (Instituto Nacional de Estadísticas y Ministerio de Planificación 2005).

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

Tabla 3. Tipo de hogar indígena, según tenencia de la vivienda.

Tipologías	Hogar incompleto ²⁷	Cabeza de familia indígena unipersonal	Cabeza de familia cónyuge indígena	Cabeza de familia indígena y cónyuge no indígena	Cabeza de familia no indígena y cónyuge indígena	Total
Propia (pagada totalmente)	67,2	62,1	69,1	51,3	50,5	59,3
Propia (pagando a plazo)	12,9	8,2	10,3	20,2	20,0	14,9
Arrendada	11,4	17,1	10,2	17,5	17,4	14,8
Cedida por trabajo o servicio prestado	2,9	6,4	4,8	4,8	5,8	5,2
Gratuita	5,5	6,2	5,7	5,7	6,3	5,9

Fuente: Censo 2002

Las condiciones cualitativas de la vivienda mostraron que tanto los índices de materialidad de la vivienda como de saneamiento presentaban mayor deterioro en la población mapuche; en cambio el índice de hacinamiento fue favorable a los adultos mayores mapuche (tabla 4).

Tabla 4. Condiciones cualitativas de la vivienda en adultos mayores Indígena y no indígena

Índice		Indígena	No indígena
Materialidad	Aceptable	19,5	42,3
	recuperable	79,0	54,5
	irrecuperable	1,6	3,2
Saneamiento	Aceptable	39,6	79,2
	Deficitario	60,4	20,8
Hacinamiento	Sin hacinamiento	94,7	92,9
	Hacinamiento medio	5,2	6,8
	Hacinamiento crítico	0,1	0,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN 2009

²⁷ Nos referimos a hogar incompleto cuando uno de los cónyuges no vive en el hogar.

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

El 96,2% de las viviendas del país contaban con alumbrado conectado a la red pública. Las viviendas ocupadas por la población no indígena estaban conectadas a dicha red en un 96,7% y las de la población indígena en un 88,9%. Las viviendas de las zonas urbanas, como era de esperarse, se encontraban conectadas a la red de alumbrado en mayor proporción que en la zona rural, donde más del doble de las viviendas de la población indígena, en relación con las de los no indígenas, no contaban con alumbrado (26,4% y 12,2%, respectivamente).

El origen del agua potable de las viviendas ocupadas por indígenas estaba estrechamente ligado a su pertenencia a zona urbana o rural. En la zona urbana, el 98,8% de las viviendas ocupadas por población no indígena se encontraba conectado a la red pública; en la zona rural, en cambio, el 46,9% contaba con este tipo de servicio. Las viviendas de la población indígena, por su parte, en la zona urbana accedían a este sistema en un 98,3% y en la zona rural sólo el 20,7%, recurriendo con mayor frecuencia al recurso agua procedente de pozo o noria (47,6%).

■ Pobreza en la vejez

En Chile, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica realizada el año 2009, la pobreza e indigencia era mayor en la población indígena (14,3%) que en la población no indígena (11,2%), aunque la brecha entre ambos se ha reducido considerablemente, debido principalmente a los programas de protección social y salud para los más vulnerables; una situación similar, aunque en menor magnitud, ocurría con la población de adultos mayores mapuche, en donde la pobreza es mayor (11,9%) que en la que no pertenecía a ningún pueblo indígena (9,5%). La brecha de pobreza era bastante evidente entre las mujeres indígenas (13,1%) y las no indígenas (9,6%), ocurriendo algo similar respecto a los hombres y a ambos sexos en conjunto (tabla 5). Un dato complementario al anteriormente dicho era el relativo al salario, cuyo promedio en la población indígena fue, en el año 2006, un 27,8% menor que el de la población no indígena.

Tabla 5. Pobreza en población de adultos mayores mapuche y no indígena

		Indigentes	Pobres No indigentes	No pobres	Total Pobres (pobres + indigentes)
Total	Indígena	3,5	8,4	88,1	11,9
	No indígena	2,2	7,2	90,5	9,5
Hombres	Indígena	3,0	7,7	89,3	10,7
	No indígena	2,2	7,1	90,7	9,3
Mujeres	Indígena	3,9	9,1	86,9	13,1
	No indígena	2,2	7,4	90,4	9,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos CASEN 2009

Las zonas más difíciles de superar la pobreza estaban relacionadas con el mundo rural, pues existían pocas oportunidades de empleo productivo, una infraestructura débil con carencia de servicios de salud y lejanía de los centros asistenciales, con carencias educacionales, falta de tecnología, de información y de acceso a créditos, etc.; el mapuche rural no solo compartía esta realidad, sino que era víctima además de la exclusión social en todos los sentidos, enfrentando una pobreza más dura. En síntesis, fueron las cifras las que nos develaron la realidad de nuestros adultos mayores, los cuales eran aún más vulnerables cuando reunían condiciones de pertenencia a un pueblo originario, tenían tendencia a ser mujeres y a vivían en zonas rurales.

■ El uso de la lengua originaria

Los rapanui y quechuas eran quienes proporcionalmente más conservaban su lengua original, si bien existía una mayor población mapuche que hablaba y/o entendía su lengua originaria. La población indígena que habitaba en zonas rurales conservaba más su lengua original que aquella que habitaba en zonas urbanas. Las personas de más edad son las que más hablaban y/o entendían sus lenguas originarias (42,3%), no obstante en todos los grupos de edad estaba decreciendo su uso (Ministerio de Desarrollo Social 2010).

1.4. Síntesis

En el siglo XXI, la salud está determinada por los grandes cambios sociales, a los que, a su vez, contribuyen las economías que se están globalizando; cada vez hay más personas que viven y trabajan en la ciudad, las zonas rurales cada vez ofrecen menos oportunidades a los jóvenes y se van envejeciendo, las estructuras familiares están

Capítulo 1. Análisis socio demográfico y económico del envejecimiento

cambiando y la tecnología evoluciona rápidamente. Una de las transformaciones sociales más importantes es el envejecimiento de la población. Pronto habrá en el mundo más personas mayores que niños y el número de personas de edad muy avanzada alcanzará niveles sin precedentes. En América Latina, en los países de más altos ingresos y mayor desarrollo institucional, la población está envejeciendo más rápidamente, y a la inversa: en los países más pobres y de poca solidez institucional, el ritmo de envejecimiento es menor. Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Chile, en conjunto con Argentina, son países con tasas de envejecimiento moderadamente avanzado (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011).

El proceso de envejecimiento de la población en nuestra región es más acelerado, en general, que en Occidente y conlleva urgencias y consecuencias distintas a las observadas en países desarrollados, cuyo envejecimiento ha transcurrido en un mayor periodo. En Latinoamérica, dicho proceso se da en un contexto de gran precariedad y desigualdad social y económica, un débil desarrollo institucional, baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una fuerte carga sobre la estructura familiar, en cuanto al cuidado y satisfacción de las necesidades de la población mayor.

En Chile se ha avanzado, reconociendo los derechos de las personas de edad y creando marcos legales para su protección. Éstos incluyen disposiciones constitucionales, leyes, y reglamentos relativos a sus derechos, beneficios y tratos especiales. Se ha creado el Servicio nacional del adulto mayor, como institución pública para atender las necesidades de las personas mayores y coordinar políticas públicas orientadas hacia ellos. Sin embargo, aún es insuficiente la atención asignada a este grupo etario en las políticas públicas, dado que las débiles políticas públicas dirigidas a las personas mayores ha significado el traslado de la responsabilidad para su cuidado y atención hacia la familia, particularmente hacia las mujeres. Esto no sólo implica una carga emocional y económica, sino que también impide que muchas mujeres se incorporen al mercado laboral o se desarrollen en otros ámbitos.

Antes de entrar en el análisis de las políticas públicas orientadas a los adultos mayores con su actual reforma previsional revisaremos brevemente el concepto de políticas sobre vejez y salud.

CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE VEJEZ Y SALUD

2.1. Introducción

En este capítulo abordamos las políticas públicas sobre vejez con especial énfasis en aquellas que abordan ámbitos de salud. En primer lugar revisaremos el concepto de política pública orientada al adulto mayor, para después revisar el marco en el cual se sitúan dichas políticas. Para ello, daremos una breve mirada a los distintos regímenes de bienestar a objeto de situar dentro del análisis a los países latinoamericanos y, en particular, a Chile.

En el marco de la vejez, primeramente, nos abocaremos a la política nacional para el adulto mayor y la reforma del sistema previsional chileno. Esta reforma, que se inicia en el Gobierno de Michelle Bachelet, se basaba en un pilar solidario que incorporaba a todos los chilenos y chilenas que no contaban con ahorros previsionales, o que, aunque los tuvieran, eran insuficientes y formaban parte del grupo de personas de menores ingresos del país. Posteriormente, nos centraremos específicamente en las políticas públicas de salud orientadas a las personas mayores.

Finalmente, resulta relevante contextualizar a los pueblos originarios en las políticas públicas, para ello haremos un breve análisis de dichas políticas, aplicadas a la población mapuche, con énfasis en los derechos de los pueblos indígenas y en las políticas de salud.

2.2. Concepto de políticas públicas de vejez

Se entenderá por políticas sobre vejez aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos (Huenchuán 1999) y que cuentan, entre sus atributos generales, con una institucionalidad, medidas programáticas y normatividad. La institucionalidad “se refiere a la entidad responsable de la implementación, seguimiento y rediseño de la política, la cual puede ser un instituto, servicio, consejo u otra base institucional”. Las medidas programáticas “aluden a la explicitación de intervenciones

concretas expresadas en objetivos y resultados, así como a la articulación de actividades que llevarán a su consecución”. La normatividad “remite al mandato legal de su cumplimiento, expresado en una ley específica y un marco de procedimientos” (Huenchuán et al. 2007: 164).

Las perspectivas de planificación de políticas, en países envejecidos, se debaten entre valoraciones positivas o negativas de este proceso y, hasta ahora, se han centrado en cuatro diferentes formas de establecer la relación entre envejecimiento y desarrollo (Huenchuán y Toledo 1999: 14):

- Los viejos/as son una débil prioridad en el esfuerzo de desarrollo de la sociedad, si bien no son capaces de contribuir a éste, tampoco pueden beneficiarse de él. De esta forma son vistos como merecedores de iniciativas especiales en el contexto de escasez de recursos.
- Los viejos/as son un impedimento al desarrollo, ya que son económicamente dependientes y percibidos como creadores de déficit ante la escasez de recursos; también a la persona mayor se la considera portador de creencias y valores tradicionales que son percibidos como resistentes a los cambios compatibles con la modernización y el crecimiento económico.
- Los viejos/as son concebidos como un recurso en el proceso de desarrollo y se los ve como una fuerza de trabajo de reserva.
- Los viejos/as son vistos como víctimas potenciales de la modernización, ya que su status desciende con el desarrollo.

Cada una de estas posturas remite a una interpretación de la realidad, significados y concepciones sobre la vejez individual, que pueden ser, incluso, conflictivas entre sí. Sin embargo, las políticas de vejez sólo pueden existir cuando es resultado de valores compartidos de la sociedad, es decir cuando existen grandes consensos para su existencia; los demás elementos, como planes y programas, propios de la planificación social, vendrían después de dicho consenso (Huenchuán et al. 2007).

Previo al análisis de las políticas públicas orientadas al adulto mayor revisaremos el marco en el cual se sitúan dichas políticas sociales en Chile.

2.3. Marco de las políticas públicas

El Estado de Bienestar se define, de forma amplia, como el conjunto de organizaciones públicas que proveen servicios sociales con el fin de mejorar las condiciones de vida y promocionar la igualdad de oportunidades de sus ciudadanos. Al respecto, se delimitan tres regímenes de bienestar de acuerdo a las diversas formas que asumen Estado, familia y mercado en la gestión de los riesgos, lo que a su vez implican diferentes modelos de solidaridad social. Estos regímenes se definen a partir de la manera en que se asignan las coberturas sociales -derechos- y de cómo se financian las mismas -obligaciones-, pero también considerando los distintos grados de desigualdad social que generan. Tomando en cuenta estas premisas se identifican tres regímenes de bienestar en el mundo occidental: el socialdemócrata o universal, el conservador o corporativista y el liberal o residual (Navarro Ruvalcaba 2006). Brevemente daremos una mirada a cada uno de ellos.

Régimen Socialdemócrata o Universal. El régimen socialdemócrata -presente en los países nórdicos y con algunas particularidades en Holanda-, es el que ha ido más lejos en la extensión de los principios de desmercantilización, desfamiliarización y universalismo. Para Korpi (1989), el valor fundamental que subyace en el modelo de bienestar socialdemócrata es el de la igualdad social, su objetivo es transformar la igualdad legal en igualdad económica e igualdad social, ambas son sólo primordiales en tanto medios para alcanzar el fin mayor: una sociedad sin clases o distinciones de casta. Uno de los requisitos característicos de este modelo es el pleno empleo, sin el cual no podría funcionar debido a que la financiación del gasto social estatal proviene básicamente de una fiscalidad progresiva. Todos contribuyen al sistema, todos se benefician de él, pero al mismo tiempo todos dependen de él. La universalidad, en este régimen, está directamente relacionada con el concepto de desmercantilización, pues propone socializar de manera colectiva el riesgo social otorgando coberturas generales en los derechos sociales. El concepto de desfamiliarización se expresa en que el Estado asume la responsabilidad de prestar cuidados a la gente mayor, a los incapacitados y a los menores, siendo éste el sistema que más estimula la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo, inherente al principio del pleno empleo para todos los ciudadanos (Flaquer 2000).

Régimen Corporativista o Conservador. Modelo basado en el régimen de seguridad social de raíz “Bismarckiana”; se encuentra desarrollado en Alemania, Austria, Francia, Bélgica e Italia, es conocido como el sistema más conservador de todos. El modelo corporativista basa su actuación en dos aspectos relacionados entre sí: 1) que las personas se integren apropiadamente en grupos, y 2) que esos grupos, a su vez, tomen a su cargo su propio bienestar o cuidado. La idea central que subyace a este modelo es que el Estado sólo interviene cuando la familia agota sus posibilidades de prestar servicios a sus miembros, servicios que principalmente son desempeñados por la mujer. En este régimen los planes de seguro privado son escasos (Esping-Andersen 1993).

Régimen Liberal o Residual. Modelo que agrupa a los países anglosajones -como EEUU, Nueva Zelandia, Australia y Canadá - y sintéticamente se caracteriza por contar con un Estado residual en la asistencia social, en donde predomina la individualización de los riesgos y donde la promoción de soluciones se deja en manos del mercado. Este régimen es denominado como “residual” en el sentido que tiene una definición estrecha de quien tiene derecho a los beneficios sociales, limitando su accionar a aquellos casos en que la familia y/o el mercado no pueden dar solución. Tiene un claro enfoque asistencial basado en necesidades y un sesgo hacia la focalización. Este modelo es impulsado por las propuestas del Banco Mundial y otros organismos internacionales. En síntesis este modelo se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos y, por tanto, de alcance y extensión también limitada (Esping-Andersen 1993).

El Régimen de Bienestar Latino Rudimentario. Frente a los tres regímenes descritos anteriormente, este cuarto tipo llamado “rudimentario” en la medida en que en estos países (España, Portugal, Grecia, y hasta cierto punto Italia y Francia), se da una contradicción entre el derecho al trabajo y al bienestar proclamado en los textos constitucionales y su puesta en práctica tan sólo de manera parcial. En donde, lo que parece faltar en los países del arco latino es la implementación jurídica, institucional y social de las promesas constitucionales. Esta caracterización de los países mediterráneos pone el acento en su relativo subdesarrollo, puesto que su rasgo más distintivo es no alcanzar los criterios imperantes en la Europa central o septentrional, de esta forma plantea crear un cuarto tipo de régimen que englobe al conjunto de naciones

meridionales, en el cual los países del arco latino podrían constituir un tipo de Estado de bienestar propio (Leibfried 1993).

Asimismo, resulta importante situar dentro del análisis de los regímenes de bienestar a los países latinoamericanos, que a pesar de su diversidad cuentan con un recorrido histórico similar.

Los Regímenes de Bienestar en América Latina. La política social en Latinoamérica se ha enfocado, mayoritariamente, hacia el sector salarial, y en el tema de las transferencias monetarias y de servicios sociales se ha basado en el modelo de seguridad social. Los esquemas de seguridad social fueron desarrollados de manera muy fragmentada, y en los primeros años de la década de 1980 los antiguos modelos fueron acosados por problemas financieros (Mesa-Lago 2005). Estos problemas se agravaron severamente a causa de la posterior crisis económica, que abrió el camino para la aplicación de profundas reformas. El Fondo Monetario Internacional (FMI) exigió a los gobiernos latinoamericanos realizar ajustes estructurales, es decir recortar gastos en los sectores sociales, entre ellos el sector salud. A tono con los lineamientos económicos de corte neoliberal, el enfoque dominante sobre la reforma de las políticas sociales en América Latina fue la privatización, la focalización y la descentralización (Navarro Ruvalcaba 2006). La focalización²⁸ se constituyó en uno de los principales mecanismos de política social promovidos por las agencias internacionales, principalmente el Banco Mundial que aprovechó la situación inestable y fortaleció su sistema de préstamos, convirtiéndose en la agencia internacional que más fondos prestaba a países en vías desarrollo (Homedes y Ugalde 2005).

Chile, en la década de los 80, fue uno de los países que se adscribió a este sistema económico neoliberal, alejándose de las políticas sociales de corte universalista, en el cual desempeñan un papel creciente la seguridad privada, la provisión privada de

²⁸ Focalizar es identificar con la mayor precisión posible a los beneficiarios potenciales y diseñar el programa con el objetivo de asegurar un impacto per cápita elevado sobre el grupo seleccionado, mediante transferencias monetarias o entrega de bienes o servicios. La focalización aspira a mejorar el diseño de los programas, ya que cuanto más precisa sea la identificación del problema (carencias a satisfacer) y de quienes lo padecen (población objetivo) más fácil resultará diseñar medidas diferenciadas y específicas para su solución; la focalización aumenta, además, la eficiencia en el uso de los recursos escasos y eleva el impacto al concentrar los recursos en la población de mayor riesgo (Franco 1996).

servicios sociales y una restricción en la actuación del Estado, que se hace cargo sólo de los más pobres de entre los pobres.

A modo de síntesis, mencionamos tres rasgos característicos de los Estados de bienestar en América Latina: 1) la aparición inicialmente de un sistema de seguro social (para accidentes de trabajo, enfermedad y jubilación) destinado a sectores específicos de la población asalariada; 2) la inclusión de los sindicatos en un contexto de falta de libertad sindical, y 3) la conversión de los mecanismos asistencialistas en bases para el clientelismo político (Lautier 2001).

Aspectos de la Política Social Chilena

En los últimos 35 años, Chile ha experimentado notables cambios en su política social que radican principalmente en acontecimientos históricos que afectaron al país. En 1973 se produce el golpe de Estado al gobierno socialista elegido democráticamente y se instaura una dictadura que se mantendrá por 17 años en el país. El primer gobierno de la Concertación se encuentra en 1990 con un país que en el plano económico tenía sus cuentas fiscales equilibradas y crecía a un ritmo sostenido. Este cuadro económico favorable se contraponía con una significativa deuda en el plano social.

Con el regreso del país a la democracia hay una reafirmación del papel que debe jugar el Estado en el ámbito social y una redefinición de la relación entre crecimiento económico y desarrollo social, enfatizando la complementariedad de ambos procesos. El proceso, obviamente, no fue homogéneo ni lineal, pero puede afirmarse que el primer paso fue dar un fuerte impulso a la política social sectorial; la segunda fase fue implementar programas para vulnerabilidades específicas y, simultáneamente, activar a los municipios como agentes del desarrollo local. Lentamente, la preocupación comienza a trasladarse desde problemas de cobertura -la llamada deuda social-, a problemas de calidad en los servicios entregados, pertinencia, eficiencia y respeto ciudadano en los procesos de gestión y entrega de los servicios. Más adelante comenzarían a generarse preocupaciones sobre un ámbito más político: los temas de participación ciudadana, derechos, cuenta pública y ciudadanía social. A la vez, se comienza a discutir cómo pasar desde la atención individual y de ventanilla a una red de

apoyo o asistencia a las personas, familias y organizaciones (Serrano y Raczynski 2003).

La política social de los gobiernos de la Concertación se encuadró dentro de dos principios: crecimiento y equidad, que tuvieron distintos énfasis a lo largo de los diferentes gobiernos concertacionistas. La expansión de la política social se manifestó en la reforma tributaria y el rediseño de la institucionalidad social. La reforma tributaria aprobada a pocos meses de asumir el primer gobierno de la Concertación permitió incrementar significativamente el gasto social (aumento del 17% por sobre el presupuesto heredado del gobierno militar, con aumentos adicionales en años siguientes). Las primeras medidas fueron reajustar el valor del subsidio único familiar, la pensión mínima y las pensiones de bajo monto, aumentar los recursos para inversión, equipamiento, compra de insumos y salarios en educación y salud y para programas de vivienda y equipamiento comunitario, y poner en funcionamiento algunas nuevas instituciones y programas. El tercer gobierno de la concertación logra subir en un punto el impuesto al valor agregado (quedando en 19%) para financiar el Sistema de Protección Social Chile Solidario²⁹ y el Plan AUGE en Salud³⁰. El Rediseño de la institucionalidad social fue la otra gran innovación de la política social de la Concertación, creándose a través de ella numerosas agencias especializadas y programas de desarrollo que operan al interior de dichas agencias. Ello da cuenta de un cambio sustantivo en la lógica de acción de la política social, en el periodo de la dictadura estaba centrada casi exclusivamente en el desarrollo de temas sectoriales y subsidios sociales focalizados, y con los gobiernos de concertación se abordaron las necesidades específicas de la población, intentado aplicar programas promocionales que

²⁹ Chile Solidario es el componente del Sistema de Protección Social que se dedica a la atención de familias, personas y territorios que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Se creó en el año 2002 como una estrategia gubernamental orientada a la superación de la pobreza extrema. Posteriormente, la consolidación de una red institucional de apoyo a la integración social, la generación de mecanismos para la ampliación de las oportunidades puestas a disposición de las personas en los territorios y la instauración de la Ficha de Protección Social permitieron que Chile Solidario ampliara su cobertura hacia otros grupos, generando iniciativas para atender diversas situaciones de vulnerabilidad que afectan a la población (Chile Solidario s.f.).

³⁰ El plan AUGE -Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud- es un sistema integral de salud que beneficia a todos los chilenos. La Ley AUGE garantiza el acceso a la atención de salud oportuna, de calidad y con protección financiera. Es igual para todos, no discrimina por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas (MINSAL Decreto Supremo N° 4 de fecha 05.de febrero 2013).

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

entregaran herramientas, expandieran capacidades, fortalecieran la información y la voz de sus destinatarios. Es así como surgen instituciones y programas dirigidos específicamente a población pobre urbana y rural, mujeres, campesinos, indígenas, jóvenes y discapacitados.

Estas instituciones cruzan y combinan dos órdenes de preocupaciones: la preocupación por la pobreza y la preocupación por la vulnerabilidad social, propia de cada uno de los segmentos poblacionales con su temática específica. Entre las instituciones creadas, y que están relacionadas con el objeto de este trabajo, corresponde mencionar:

El Ministerio de planificación y cooperación (MIDEPLAN) en el gobierno de Sebastián Piñera, en el año 2011, pasó a llamarse *Ministerio de desarrollo social (MIDESO)*, y se convirtió en el proyecto emblemático del gobierno de Piñera en el ámbito de la pobreza; coordinaba todas las políticas orientadas a erradicar la pobreza y reducir los niveles de desigualdad excesivos. Sus funciones básicas eran: a) mejorar la vinculación entre los programas sociales de distintos Ministerios, ejerciendo un mayor protagonismo como ente coordinador; b) mejorar las evaluaciones de impacto de los programas para medir sus resultados efectivos para la superación de la pobreza; c) ampliar los sistemas de transferencia monetaria a través del ingreso ético familiar, que constaba de una asignación por integrante para las familias más vulnerables; parte de la entrega monetaria estaba supeditada a que la familia cumpliera con exigencias básicas como controles de salud de los niños al día, matrícula y asistencia mínima para aquellos que estaban en edad escolar; d) modificación de la ficha de protección social³¹ con el fin de mejorar su focalización de las familias que más necesitaban ingresar en los programas de protección del Estado; y e) aumentar la producción de información sobre los programas sociales y mejorar los sistemas de medición de la pobreza, lo que permitiría tomar una mejor decisión al momento de diseñar políticas (Ministerio de Desarrollo Social 2013).

³¹ Instrumento de evaluación socioeconómica de las familias de Chile para acceder a los programas y servicios del Estado. Clasifica a las familias según su condición de vulnerabilidad (mayor a menor) en tramos o quintiles.

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

El Servicio nacional del adulto mayor, es funcionalmente descentralizado y sometido a la supervigilancia del Ministerio secretaría general de la presidencia. Creado en 2002, su principal función es proponer políticas y coordinar acciones, especialmente del sector público, que faciliten la integración del adulto mayor en todos los ámbitos sociales, ya sea en la familia, en la educación, en el trabajo y en la recreación, entre otros. Administra el fondo nacional del adulto mayor y además coordina los beneficios de salud, educación, vivienda, turismo, deportes, justicia, discapacidad y transporte, destinados a este grupo.

La Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), servicio público creado en 1993 por la ley N° 19253, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Ministerio de desarrollo social. Su misión es promover, coordinar y ejecutar la acción del Estado en favor del desarrollo integral de las personas y comunidades indígenas, especialmente en lo económico, social y cultural y de impulsar su participación en la vida nacional, a través de la coordinación intersectorial, el financiamiento de iniciativas de inversión y la prestación de servicios a usuarios, que se expresa en los siguientes dos objetivos: a) contribuir al desarrollo económico y cultural de los pueblos indígenas para impulsar la conformación de una sociedad nacional multicultural y pluriétnica, que reconoce y valora la existencia de los pueblos indígenas a través de la administración y ejecución de los fondos de tierras y aguas indígenas, fondo de desarrollo indígena y fondo de cultura y educación indígena y programa orígenes; y b) mejorar la calidad de los servicios institucionales a través de los espacios de atención integral a usuarios y la disminución de los tiempos de tramitación de los instrumentos de acreditación, para garantizar a la población indígena el acceso a los beneficios de que son sujetos de derecho.

Finalmente, mencionar que en el reciente gobierno de Sebastián Piñera pudimos identificar tres aspectos transversales presentes en las políticas públicas; a) sus rasgos asistencialistas, b) la continuación de la estructura de Sistema de Protección Social proveniente de los gobiernos de la Concertación y c) el énfasis en la figura de la eficiencia como elemento diferenciador y pilar de su gestión en materia social (Panez 2011).

2.4. Política para el adulto mayor en Chile

En América Latina, la formulación de políticas sobre vejez como tal es un tema reciente y escasamente generalizado, cuyo umbral de inicio se puede ubicar en la década de 1990, siendo aún pocos los países latinoamericanos y caribeños que cuentan con estos instrumentos. Chile y Brasil formularon sus políticas sobre vejez en los años noventa y Bolivia, Costa Rica, El Salvador y Perú con posterioridad al año internacional de las personas de edad (1999) o a la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, realizada en el año 2002 en Madrid. Independientemente de su ubicación temporal, estos seis países constituyen la vanguardia en términos de planificación de acciones dirigidas a las personas mayores. En los casos de Brasil y Chile, la temprana decisión gubernamental fue avalada por factores demográficos, ya que son países con tasas de envejecimiento avanzado. Para estudiar el problema que dio origen a la política nacional para el adulto mayor en Chile, nos centraremos en tres aspectos de relevancia (Huenchuán y Toledo 1999: 26-29):

- **Naturaleza del Problema.** La política intenta responder al problema generado por el aumento del envejecimiento individual y poblacional en Chile, es decir, se trata de dar respuesta al crecimiento demográfico que se experimenta en la cohorte de población de 60 años y más, a la forma cómo estos individuos enfrentan su proceso de envejecimiento y a las condiciones en cómo éstos vivirán sus últimos años de vida (teniendo en cuenta el empeoramiento de las condiciones de vida de las personas de edad avanzada).

- **Dinámica del Problema.** El envejecimiento demográfico en Chile ha experimentado un sostenido aumento desde la década del 50, lo cual ha sido relevante para fundamentar la política en estudio.

- **Consecuencias del Problema.** Los efectos del envejecimiento en Chile se pueden estudiar desde dos puntos de vista, poblacional e individual.
 - Desde el punto de vista poblacional importan las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento para el conjunto de la sociedad chilena, entre éstas cabe destacar: el aumento de población improductiva, la crisis del sistema de previsión social, el aumento de demanda por servicios sociales y sanitarios en

este grupo de edad, las dificultades culturales de una sociedad que no se encuentra preparada para acoger a sus viejos, etc. Todo lo anterior tiene que ver con el bienestar de la sociedad en general, en la medida que los viejos/as se convierten en grandes consumidores de servicios y con pocas oportunidades de aportar económicamente al país.

- Desde el punto de vista individual importa el empeoramiento de la calidad de vida de las personas a medida que se envejece y las consecuencias psicosociales de la vejez en el propio individuo que envejece; dichas consecuencias psicosociales se producen en la medida que los individuos no están preparados para la adultez tardía y la evidente falta de contenido del rol social de los viejos en nuestra sociedad.

Historia chilena de la Política dedicada a los adultos mayores

Chile tiene una amplia trayectoria en relación a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población y los derechos de las personas mayores: desde las primeras respuestas de los 90, pasando por el enfoque de integración social de la segunda mitad de la década, hasta llegar, en 2006, a la definición de un enfoque de derechos, en el marco de un sistema de protección social. El compromiso de sentar las bases de dicho sistema, asumido por el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, “marca una inflexión paradigmática en la política social desarrollada en el país durante 18 años, específicamente en la forma en que el Estado ha venido abordando los asuntos de la vejez” (Servicio nacional del adulto mayor 2007a: 5).

El Presidente de la República, Eduardo Frei Ruiz Tagle (periodo 1994- 2000), creó en 1995 la *comisión nacional para el adulto mayor*, la cual, con carácter multisectorial y pluralista, estuvo constituida por treinta y ocho personalidades del mundo académico y político, de profesionales de los servicios públicos y de la sociedad civil. El objetivo central encomendado a esta comisión fue elaborar una política en favor del adulto mayor y proponer acciones específicas en beneficio de las personas mayores. El primero de octubre de 1995, día internacional del adulto mayor, la comisión puso término a su trabajo, entregando al Presidente de la República un informe sobre el adulto mayor, el cual contenía un diagnóstico, una proposición de política y una propuesta de un

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

conjunto de acciones y programas. Desde octubre del año 1995 a marzo de 1996, por encargo del Presidente de la República, el Ministerio secretario general de la presidencia, estudió este informe y, sobre lo allí propuesto, formuló una *política sobre el adulto mayor* que fue aprobada el 12 de marzo de 1996, por el ejecutivo, a través de un comité de ministros del área social de gobierno.

El presidente Ricardo Lagos (periodo 2000-2006), mediante la Ley 19.828 de fecha 27 septiembre de 2002, creó en reemplazo del comité nacional para el adulto mayor, el Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA), servicio público funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio que se encuentra sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio secretaría de Gobierno (actualmente Ministerio de desarrollo social). Inicia sus funciones en enero de 2003, con el objetivo de “velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, protegerlo ante el abandono y la indigencia, hacer valer los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen, y velar por su no discriminación ni marginación” (Servicio nacional del adulto mayor 2007a: 5).

Una de las preocupaciones centrales del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet (periodo 2006-2010) fue la situación de desmedro económico de nuestros adultos mayores. Por esta razón se impuso como tarea prioritaria la reforma al sistema de pensiones, entendiendo que el resguardo de los ingresos en los años de vejez es uno de los componentes centrales del sistema de protección social comprometido para el año 2010. La ley 20.255, publicada el 17 de marzo de 2008 en el diario oficial, reforma el sistema previsional chileno, estableciendo un sistema solidario que incluye pensiones de vejez e invalidez para los adultos mayores de los estratos más pobres de la población. Pero los problemas de la vejez no se resuelven sólo con pensiones, atención de salud y medicamentos, es necesario que nuestros adultos mayores sean reconocidos por la sociedad como personas útiles, valiosas y respetables, por eso las políticas de protección social del Gobierno hacia el adulto mayor lo reconocen como un sujeto de derechos y no sólo como un pensionado, un pasivo o un paciente. De acuerdo a la política nacional para el adulto mayor, la gran meta es lograr un cambio cultural de toda la población, que signifique un mejor trato y valoración de nuestros adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores.

El Gobierno de Sebastián Piñera (periodo 2010-2014) impulsó la política integral de envejecimiento positivo, la cual fue anunciada en el año 2012, con el propósito de proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, frenar el avance de los niveles de dependencia, fomentar el autocuidado, la identidad, la autonomía, la participación de las personas mayores, terminar con la exclusión y el maltrato y fomentar la integración social, económica y cultural desde una perspectiva de sujetos de derechos. El acápite siguiente describe dicha política.

Descripción de la Política integral de envejecimiento positivo para Chile

La política integral de envejecimiento positivo viene a complementar la ya existente en el país desde el año 1996 (Política nacional del adulto mayor), poniendo énfasis en el envejecimiento positivo, y en la multisectorialidad, para su implementación.

Fundamentos de la política. La política integral de envejecimiento positivo ofrece una respuesta a los desafíos del envejecimiento. Esta política es “integral”, en tanto considera los aportes que pueden realizar distintos Ministerios y servicios públicos en colaboración con otros actores sociales. La política es de envejecimiento “positivo” porque no se limita a solucionar problemas sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean saludables e integradas. Tiene un plazo de ejecución entre los años 2012-2025 (Servicio nacional del adulto mayor 2012).

Los objetivos generales de la política son: 1) proteger la salud funcional de las personas mayores; 2) mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad; 3) incrementar sus niveles de bienestar subjetivo.

El primer objetivo busca que las personas mayores sean autovalentes, pero sin desconocer la importancia del apoyo a las personas mayores que desarrollen dependencia. El segundo objetivo busca construir una sociedad para todos, donde las personas mayores mejoren su integración y participación en el ámbito social, económico, cultural y espacial. El tercer objetivo es de tipo transversal y busca que la política integral de envejecimiento positivo, en cada una de sus etapas, contribuya a que las personas mayores evalúen la calidad de su vida de forma favorable y positiva.

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

Para lograr estos tres objetivos generales, la política propone los siguientes trece objetivos específicos:

Objetivos específicos. Mejorar la oferta, calidad y eficiencia, tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud; aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud; aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores; aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas y productivas; mejorar el nivel educacional y formación laboral; proteger la seguridad económica; adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades; disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores; aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos; mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores; potenciar una identidad social y cultural positiva; aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez; evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las personas mayores.

Población objetivo. Los destinatarios de la política integral de envejecimiento positivo son todas las personas de 60 y más años que residen en Chile. Se podría decir, por tanto, que es una política selectiva en la medida que considera la edad como un requisito para ser beneficiario de las medidas y, además, tiende a la focalización intentando beneficiar, preferentemente, a las personas mayores que viven en situaciones de vulnerabilidad, sea por razones de ingreso, (específicamente pensionados del antiguo sistema de previsión social y de las pensiones mínimas asistenciales), o por razones de discapacidad, o dependencia.

Enfoques teóricos del envejecimiento que sustentan la política destinada al adulto mayor. La política incorpora el concepto de envejecimiento positivo, complementando los enfoques de la anterior política (biológico, psicológico y social).

El *Enfoque Biológico* se expresa básicamente, como la promoción y mantención de la autovalencia en la población objetivo en donde, la autovalencia, es entendida como, la capacidad que tiene la mayor parte de los adultos mayores de valerse por sí mismos, lo

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

cual les permite ser autónomos y, por ende, tener un envejecimiento activo. A fin de avanzar en esta dirección, se plantea como “necesario desarrollar servicios especializados, escalonados e integrales de salud y cuidados” (Servicio nacional del adulto mayor 2012:17).

El *Enfoque Psicológico* del Envejecimiento se expresa en la política, específicamente, en aquellas acciones que se enmarcan en el fin de dar sentido a la vida y fomentar la aceptación de la edad como una condición ineluctable de todo ser humano.

El *Enfoque Social* del Envejecimiento en la política pone el énfasis en “crear oportunidades de desarrollo y de mayor integración a los distintos ámbitos de la sociedad” (Servicio nacional del adulto mayor 2012:2). Dicho objetivo se lograría a través de un cambio cultural en la sociedad respecto a la visión negativa que se tiene del envejecimiento y de los viejos/as, mejorando con ello las condiciones de vida de las personas de edad. Se trata de lograr que la sociedad chilena cambie su percepción y valoración del envejecimiento, hasta ahora visto como una etapa de inactividad, enfermedades, decrepitud.

El *Enfoque positivo del envejecimiento* se expresa en la política como “el elemento novedoso, dado que no se limita a solucionar problemas sino que busca crear un futuro deseable para las personas mayores” (Servicio nacional del adulto mayor 2012:2). Como concepto, contiene en sí mismo “las significaciones del envejecimiento saludable y activo en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos” (Servicio nacional del adulto mayor 2012:9).

De lo anteriormente expuesto, se concluye que la Política integral de envejecimiento positivo está tratando de modificar el paradigma de abordaje de los problemas de la vejez, de acuerdo al marco de referencia que guiaron las acciones en los países europeos en la década del sesenta y setenta, que han contribuido a transformar en dependencias todas las deficiencias y minusvalías físicas y sociales de las personas de edad, convirtiendo a los viejos/as en meros receptores de servicios específicos en consideración de su edad. La transformación aludida consiste en la búsqueda de la consolidación de una política que posicione a las personas mayores como “sujetos de derechos que buscan incrementar los aspectos positivos y disminuir los negativos de la

experiencia de envejecer y llegar a ser persona mayor” (Servicio nacional del adulto mayor 2012:9).

Revisaremos a continuación, la reforma previsional, el plan social más importante desarrollado en el primer gobierno de Michelle Bachelet (2005-2009).

2.5. Descripción de la reforma previsional

La reforma previsional se convierte en realidad con la Ley 20.255 de fecha 17 de marzo de 2008, se basa en un pilar solidario que atiende a todos los chilenos y chilenas que no tienen ahorros previsionales, o a aquellos que si los tienen son muy escasos e integran el grupo de personas de menores ingresos del país. También busca mejorar el sistema de capitalización individual –donde cada uno ahorra para su vejez– junto con incentivar las cotizaciones voluntarias para la futura pensión más allá de lo que exige la ley.

La reforma recogió las principales deficiencias del sistema antiguo que son la baja cobertura, una baja calidad en los beneficios y efectos fiscales negativos, y por otra parte, consagra derechos sociales, crea un sistema basado en la solidaridad y la equidad, fortalece el rol público del Estado y perfecciona la actual industria de las administradoras de fondos previsionales (AFP). Con la reforma previsional, que es uno de los tres elementos centrales que conforman el sistema de protección social del gobierno, se entrega protección social efectiva a toda la población, independientemente de las oportunidades que las personas hayan tenido durante su vida activa, reconociéndolos como individuos valiosos que, aunque no hayan cotizado en el sistema previsional, han aportado con su trabajo al desarrollo del país. También refuerza el carácter solidario del sistema, amplía su cobertura y disminuye las discriminaciones de género. Se destacan para efectos del estudio, los siguientes aspectos:

- **Pensión básica solidaria de vejez.** Beneficia a las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que hayan cumplido 65 años de edad e integren un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile, y acrediten residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido veinte años de edad (y, en todo caso, por un lapso no inferior a

cuatro años de residencia en los últimos cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud para acogerse a los beneficios). El monto de la pensión básica solidaria de vejez, a contar del 1 de julio de 2009, de 75.000³² pesos (100 euros aproximadamente) (Ley 20.255/2008. Artículo 3).

- **Pensión básica solidaria de invalidez.** Serán beneficiarias de la pensión básica solidaria de invalidez las personas que sean declaradas inválidas³³, siempre que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y cumplan con los requisitos de tener entre 18 años de edad y menos de 65, que acrediten residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a cinco años en los últimos seis años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud para acceder a la pensión básica solidaria de invalidez (Ley 20.255/2008. Artículo 16).

- **Aporte Previsional Solidario de vejez (APS).** Aquellos jubilados que reciben pensiones de bajo monto, o que han agotado sus fondos previsionales, pueden beneficiarse del aporte previsional solidario, que consiste en un complemento en dinero que el Estado aporta mensualmente a todas aquellas personas que reciben pensiones muy bajas, pues no lograron ahorrar lo suficiente para autofinanciarse una pensión digna. El apoyo previsional solidario de vejez forma parte del pilar solidario de la reforma previsional que busca reconocer el aporte que chilenos y chilenas hicieron al país sin depender de lo bien o mal que le fue en la vida a la persona. Existen dos tipos de aporte previsional solidario: a) de vejez para quienes tienen 65 años o más y reciben una pensión menor a 200.000 pesos mensuales -equivalentes a 275 euros- y b) de invalidez para quienes tienen entre 18 y 65 años y reciben una pensión de invalidez menor a 75.000 pesos mensuales -equivalentes a 100 euros- (Ley 20.255/2008. Párrafo tercero).

³² De esa fecha en adelante, la pensión básica solidaria (PBS) se reajustará cada doce meses de acuerdo al IPC. Cuando la variación del IPC supere el 10%, el reajuste será inmediato, aunque no hayan transcurrido 12 meses.

³³ Se considerará inválida la persona que se encuentre en la situación que define como tal el inciso primero del artículo 4° del decreto ley N° 3.500, de 1980. La declaración de invalidez corresponderá efectuarla a las Comisiones Médicas de Invalidez establecidas en el artículo 11 del mencionado decreto ley.

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

Organizacionalmente, se crea la superintendencia de pensiones considerada como sucesora y continuadora legal de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones creada por el decreto ley 3.500, de 1980, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones. La Superintendencia de pensiones cumple funciones muy importantes que consolidan el apoyo al adulto mayor, entre ellas destacamos: las funciones de vigilancia y fiscalización del sistema de pensiones solidarias, de velar por el cumplimiento de la legislación en lo relativo al proceso de calificación de invalidez, de coordinarse con las instituciones que sean competentes en materias de fiscalización de la declaración y pago de las cotizaciones previsionales, de dictar normas e impartir instrucciones de carácter general en los ámbitos de su competencia, y de aplicar sanciones a sus fiscalizados por las infracciones a las disposiciones legales o reglamentarias que los regulan, entre otras (Ley 20.255/2008. Artículo 46).

A partir de octubre de 2008 se inició una nueva fase, sostenida en un pilar voluntario, en el que estaban operando nuevos productos tales como el subsidio para trabajadores jóvenes, el ahorro previsional voluntario colectivo y la afiliación voluntaria para trabajadores independientes entre otros.

2.6. Políticas públicas de salud

Chile se define como un sistema de salud basado en la atención primaria, siendo ésta la puerta de entrada a una red de salud compuesta por distintos niveles de atención según complejidad, en donde la atención de especialidad ambulatoria y hospitalaria se encuentra al servicio de este primer nivel de atención. Es así como la reforma de la salud establece que:

La red de salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos (Ley 19.937, 2004. Artículo 16).

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

En el ámbito de las personas mayores, la política pública de salud tiene como principal objetivo mantener a las personas mayores en la comunidad de manera autovalente, activa, participativa y en adecuadas condiciones de salud el mayor tiempo posible.

La red, en su conjunto, se detalla en la figura 1; se compone de un total de 2.257 establecimientos, de los cuales 2.062 son de atención primaria. En el nivel primario, la red de establecimientos se compone de centros de salud familiar (CESFAM)³⁴ urbanos y rurales, hospitales de menor complejidad o comunitarios³⁵, posta de salud rural (PSR)³⁶, servicios de atención primaria de urgencia (SAPU)³⁷ y otros dispositivos dependientes de un CESFAM, tales como, centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), estaciones médicas rurales, centros comunitarios de rehabilitación.

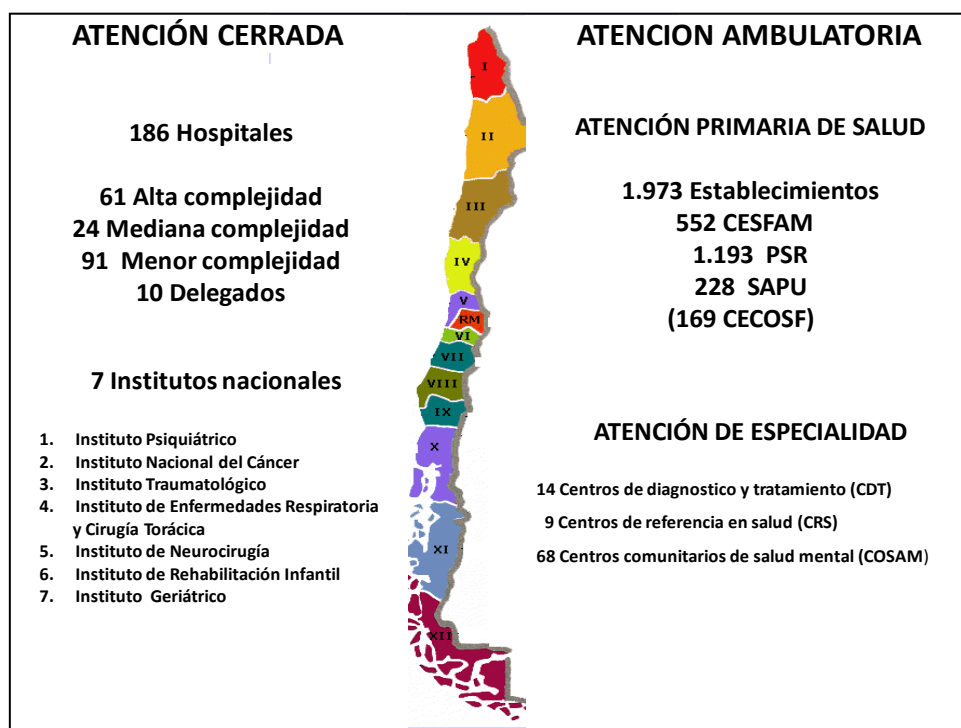
³⁴ Los centros de salud familiar forman parte de la red asistencial de menor complejidad, cuya administración depende mayoritariamente de los departamentos de salud municipal y en menor grado de los Servicios de Salud, están localizados en sectores urbanos y rurales, con un horario de atención de 8:00 am a 17:00 horas y con una extensión hasta las 20 horas que considera prestaciones de morbilidad médica, atención odontológica y controles de salud preventivos de otros profesionales. Funcionan bajo la modalidad de población a cargo y entregan las prestaciones definidas en el plan de salud familiar (promoción, prevención, curación y rehabilitación).

³⁵ Hospitales de menor complejidad, u hospital de la familia y la comunidad (HFC) son establecimientos que forman parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la curación. En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad.

³⁶ Las PSR forman parte de la red asistencial de menor complejidad bajo la dependencia de un centro de salud primario o de los departamentos de salud municipal, están localizadas en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión, tienen un horario de atención continuado para lo cual cuenta con uno o dos técnicos paramédicos. Tienen a cargo las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales.

³⁷ Los servicios de atención primaria de urgencia forman parte de la red asistencial de urgencia en el nivel primario.

Figura 1. Red de establecimientos de Salud Pública. Chile



Fuente Ministerio de Salud de Chile 2013

La atención primaria chilena tiene una larga tradición de equipos de salud multidisciplinarios, los cuales están constituidos por: técnicos paramédicos de nivel superior, auxiliares paramédicos, administrativos, auxiliares de servicio y diversos profesionales de la salud (médicos de familia, médicos generales, odontólogos, enfermeras, matronas, nutricionistas, asistentes sociales, kinesiólogos y psicólogos), que permiten dar una mirada integral al ser humano y el continuo de la atención de salud. En algunos centros se cuenta además con terapeutas ocupacionales, profesores de educación física, educadores de párvulos y podólogos.

Los servicios de atención primaria son los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita, que se encuentran contenidos en el plan de salud familiar (PSF), en el régimen de garantías explícitas en salud (GES) y en los programas de reforzamiento (anexo 1).

A continuación, destacamos algunos elementos específicos, en relación con las personas mayores, incorporados en las políticas públicas:

- En la atención de los Centros de Salud primarios, el examen de medicina preventiva anual en el adulto mayor (EMPAM) se considera el eje central del quehacer preventivo en atención primaria, ya que permite diagnosticar precozmente los factores de riesgo asociados a la pérdida de funcionalidad y generar acciones de intervención. Asimismo, para la atención de morbilidad médica se define como un grupo de acceso preferencial antes de las 48 horas.
- Eliminación gradual del 7%, que entró en vigencia los primeros días de noviembre del año 2011. En Chile, la provisión de servicios de salud es de carácter mixto, público y privado. Esta provisión de salud se lleva a cabo mediante un aporte obligatorio de los trabajadores asalariados, que asciende al 7% de su renta imponible. En el sector público, quien administra este seguro es FONASA, con esto se genera un fondo que se costea con las cotizaciones de los trabajadores afiliados a él y con las transferencias que del presupuesto de la nación se le realizan, dirigidas a cubrir a quienes no están en condiciones de aportar al sistema, indigentes, y para poder costear las acciones de salud pública.
- Régimen de garantías explícitas en Salud. Con el aumento de la expectativa de vida en nuestra población, existen nuevas enfermedades degenerativas que deben comenzar a ser cubiertas por el sistema previsional, enfermedades que no pueden ser costeadas por los adultos mayores que poseen pensiones bajas, es por esto que varias de estas patologías están insertas en el Régimen de garantías explícitas en salud, buscando darle cobertura a estas necesidades.

Con todas estas medidas, o elementos, el Estado busca, además de asegurar las prestaciones de salud a los adultos mayores de nuestro país, aumentar los ingresos que ellos efectivamente reciben, incrementando sus pensiones en un porcentaje importante, lo que les permitirá destinarlo a otras acciones que tengan poco cubiertas.

2.7. Los pueblos originarios y las políticas públicas

El reconocimiento legislativo de los derechos de los pueblos indígenas en Chile ha sido parte de un proceso lento, a diferencia de otros estados de la región andina. Chile no cuenta con un reconocimiento constitucional referido a los pueblos indígenas. En este contexto, el papel de las organizaciones políticas indígenas en Chile ha sido parte importante para lograr el reconocimiento de sus derechos fundamentales. En 1950, la

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

población indígena paso a formar parte de la política agraria. En los años sesenta y setenta, los gobernantes mostraron una mayor preocupación por atender las demandas indígenas, creándose el Instituto de Desarrollo Indígena, mediante la ley 17.729. Este compromiso se concretizó con la promulgación de la ley 19.253³⁸ o ley indígena, que crea la Corporación Nacional de Desarrollo (CONADI³⁹) y, a partir de ello, establece un escenario diferente para los pueblos indígenas en el país.

Destacamos el cambio del panorama étnico de Chile a partir de 1990. El Estado chileno inició un proceso de prospección de la composición indígena del país. Se transitó de una situación en que solo se reconocía el pueblo mapuche a otra en que se incluía a aymaras y rapanui, para finalmente reconocer por ley ocho pueblos indígenas: “mapuche, aymaras, rapanui o pascuenses, atacameños, quechuas y collas del norte del país, las comunidades de kawaskar o alacalufe y yámana o yagán de los canales australes” (Ley 19253. Artículo 1:12).

El enfoque de derechos en las políticas públicas constituye un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, que orienta el proceso de formulación, implementación y evaluación de las políticas (Abramovich 2006 en Comisión Económica para América Latina y El Caribe 2007). Las políticas públicas diseñadas por el gobierno chileno, como el pacto social por la multiculturalidad, propuesto en abril de 2008, marcaron una tendencia de promoción y protección de los derechos de los pueblos indígenas. Con anterioridad, se desarrolló el programa de Gobierno (2005) complementado con el acuerdo Nueva Imperial II (2006) y los nuevos ejes de la política indígena (2007), que reafirmaron las orientaciones de ese programa, aunque ello no implicó que las expectativas de estos grupos hayan sido satisfechas (Córdor, Neira y Arzapalo 2008). Bajo este enfoque de derechos, analizaremos las políticas públicas destinadas a los pueblos originarios en Chile con especial énfasis en aquellas relacionadas con salud.

³⁸ Ley N° 19253. Publicada en el Diario oficial el 5 de octubre de 1993.

³⁹ La CONADI es creada como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Ministerio de Planificación y Cooperación con domicilio y sede principal en la capital de la región de la Araucanía.

Participación política. En la constitución chilena no se tiene prevista la participación de los representantes de los pueblos indígenas y tampoco se prevé la participación de los mismos en los poderes del Estado. La autonomía política y la participación en asuntos del Estado de los pueblos indígenas chilenos se dan a través de la CONADI. El Consejo Nacional de la CONADI está compuesto por 17 miembros, de los cuales ocho son representantes indígenas (Córdor, Neira y Arzapalo 2008).

En el Programa “Pacto Social por la Multiculturalidad” se establece como acciones, en el ámbito de participación política, las siguientes:

- a) reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas como parte del Estado de Chile; b) participación directa en el Parlamento a través de la elección de representantes indígenas en el Senado y en la Cámara de Diputados; c) participación directa en los consejos regionales (CORES) en regiones donde haya alta proporción de población indígena; d) participación directa en los concejos comunales en municipios de alta proporción de población indígena; e) reconocimiento de las comunidades indígenas en la ley de municipalidades y en la de participación ciudadana; f) institucionalización del derecho a participación en la definición de leyes, políticas y programas que afecten a los pueblos indígenas; y g) creación de la figura del defensor del ciudadano (Córdor, Neira y Arzapalo 2008: 32-33).

Territorio y recursos naturales. Dieciséis años después de promulgada la ley indígena, el gobierno chileno con la administración de Michelle Bachelet ratificó, en marzo de 2008, en forma íntegra y sin ninguna interpretación, el convenio 169 de la OIT. Sin embargo, no se ha logrado un reconocimiento constitucional a los derechos del territorio de las poblaciones indígenas, además resulta grave el hecho de que, a pesar de existir legislación interna establecida para la protección de los territorios de los pueblos indígenas, permanezcan las vulneraciones sobre ellos.

Educación. Al no existir un reconocimiento constitucional al derecho a la educación intercultural, la institucionalización de la educación intercultural en Chile se fortalece con la promulgación de la ley indígena (ley 19253), de la que se deriva la responsabilidad de conducir el proceso educativo en la unidad de educación de la corporación nacional de desarrollo indígena (CONADI). Esta unidad, en conjunto con el Ministerio de educación, ha llevado a cabo programas sobre educación intercultural en

regiones con alta densidad indígena, así como también la implementación de jardines infantiles interculturales entre otras.

Salud. Chile es uno de los diez países, junto con Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, que cuenta con una política nacional en materia de políticas de salud y pueblos indígenas (Comisión Económica para América Latina y El Caribe 2007). Sin embargo, en el mismo sentido que en el derecho a la educación, la carta fundamental chilena no contiene un artículo específico referente al derecho a la salud indígena. El gobierno chileno considera que la atención a la salud ha de ser brindada con el enfoque de la cultura de los pueblos indígenas, sin disminuir sus prácticas tradicionales y de acuerdo al uso y costumbre de los mismos (Córdor, Neira y Arzapalo 2008).

En Chile, las políticas de salud coadyuvan al desarrollo de un modelo de salud para pueblos indígenas. Dichas políticas tienen una orientación de transversalización en planes, programas y acciones de salud. Durante el año 2004, con el decreto ley 2.763, se incorpora la población indígena como grupo prioritario en el plan nacional de salud, con la indicación de que el Ministerio de salud debe incorporar un enfoque intercultural en los programas de salud. En el año 2006, con la resolución exenta N° 91 del Ministerio de salud, se formula la política de salud y pueblos indígenas. En ese mismo año, con la resolución exenta N° 261, se señala la necesidad de incorporar la pertinencia cultural, la interculturalidad y la complementariedad en materia de salud.

El término interculturalidad nos remite a la expresión entre culturas, no simplemente como un contacto, sino a un intercambio basado en el respeto. “La interculturalidad es un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas. La interculturalidad en salud se refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención, tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas” (Sáez 2008: 6). Desde las políticas sanitarias, se propone aplicar el enfoque intercultural en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y se intenta facilitar el

reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos en salud.

Los programas son la expresión concreta de la política pública. No obstante, la relación entre estos no es lineal ni secuencial en el tiempo; la mayor parte de las veces un problema concreto da origen a un programa específico y, a medida que el tema alcanza resonancia nacional, se institucionaliza a través de la formulación de una política. En el caso de Chile, los programas de salud y pueblos indígenas comienzan a inicios de la década de 1990 en la región de la Araucanía, que ha registrado históricamente los peores indicadores de salud del país. Se trata del territorio histórico del pueblo mapuche, grupo indígena más numeroso y que tiene una marcada presencia política y social. Dos son los programas en salud específicos para la población mapuche, que detallamos a continuación:

- *Programa de salud y pueblos indígenas* (1996). Tiene como objetivos mejorar la salud y el medio ambiente, satisfacer las necesidades de manera integral, y considerar las características socioculturales con participación de los pueblos indígenas. Existen experiencias con distintos grados de autonomía en cuanto a la atención del servicio de salud, entre las más reconocidas en el sur se encuentran el hospital mapuche de Makewe y el centro de salud intercultural Boroa FiluLawen en la región de la Araucanía, y el centro Mapu Ñuke, en la isla de Chiloé donde funciona el programa de salud Williche (Küme Mogen Rüpü). Se trata de iniciativas gestionadas por las propias organizaciones indígenas e insertas en sus territorios.
- *Programa Orígenes* (2001). Iniciativa gubernamental cuyo principal objetivo fue apoyar el desarrollo integral de comunidades indígenas rurales de la I, II, VIII, IX y X regiones y de las áreas de desarrollo indígena allí constituidas, mediante la acción coordinada de distintas instancias gubernamentales, las que, con una lógica intersectorial intercultural, descentralizada y participativa, elaboraron, en conjunto con las comunidades participantes del programa, un plan territorial de desarrollo. Dicho plan pretendía mejorar la calidad de vida de la población indígena, así como fortalecer su identidad cultural (a través de la generación de condiciones para el surgimiento de nuevas formas de relación y prácticas, la promoción de una gestión participativa y el mejoramiento de las capacidades y oportunidades en los ámbitos

Capítulo 2 Políticas públicas sobre vejez y salud

productivo, educativo y de salud). Este programa cuenta con cuatro componentes (fortalecimiento institucional de las comunidades indígenas y de las instituciones públicas; desarrollo productivo; educación intercultural bilingüe y desarrollo cultural de las comunidades y escuelas; y salud intercultural en las comunidades del programa). El último de sus componentes tiene como objetivos: a) mejorar la salud de la población indígena; b) eliminar barreras culturales; y c) ampliar el acceso físico a los servicios. Además, es importante señalar que este programa está focalizado en comunas rurales y destinado a los pueblos Aymaras, Atacameños y Mapuche.

Un hito de relevancia, en el país, es la puesta en vigencia, desde el mes de septiembre 2009, del convenio 169 de la OIT. Este es el principal instrumento internacional que define los derechos a los cuales los pueblos indígenas pueden acudir para hacer valer sus tradiciones, su cultura, su historia, y poder generar los espacios de participación en la vida nacional. El texto establece un marco legal de protección de los pueblos tribales e indígenas en países independientes, y fija normas especiales aplicables a las etnias en diversos ámbitos, tales como el laboral, educacional, de salud y de procedimiento judicial, entre otros; este marco legal de protección significa reconocerles derechos políticos, permitirles la participación en el congreso de diputados, en las municipalidades y gobiernos regionales y otorgarles derechos consuetudinarios a tierras, territorios y recursos naturales. Todos estos derechos consagran el principio de la no discriminación a la población indígena.

En la práctica, solo será posible avanzar en el desarrollo de políticas de salud interculturales e integrales en la medida en que se garanticen los derechos colectivos de los pueblos indígenas, de lo contrario estos modelos pueden convertirse en una herramienta más de dominación por parte de los Estados (Boccara en Comisión Económica para América Latina y El Caribe 2007).

2.8. Síntesis

A pesar de los avances, en las últimas décadas, en políticas de protección social de la vejez, estos aún son insuficientes para transitar de políticas sociales asistenciales a políticas sustentadas en derechos, que incorporen el enfoque de interculturalidad; si bien es cierto que, desde el punto de vista de la salud, se cuenta con políticas específicas y transversales orientadas a las personas mayores y los pueblos indígenas, es necesario continuar avanzando en políticas de salud con enfoque de derechos, que garanticen los derechos colectivos de las personas mayores y de los indígenas.

Particularmente desde salud, resulta necesario fortalecer las competencias del equipo de salud y contar con más profesionales capacitados que dispongan de herramientas para favorecer el autocuidado y la continuidad del cuidado desde la especificidad de la vejez y en el marco de la interculturalidad. Todo ello a fin de fortalecer la autonomía en la edad avanzada, y posibilitar que las personas mayores continúen participando activamente en la sociedad.

PARTE II: BASES CONCEPTUALES

CAPÍTULO 3: CONCEPTOS ANALÍTICOS Y TEORÍA DEL ENVEJECIMIENTO

*Yo no creo en la edad.
Todos los viejos,
llevan en los ojos
un niño, y los niños
a veces nos observan
como ancianos profundos.*

Pablo Neruda.

3.1. *Introducción*

En este capítulo, se abordan los aspectos conceptuales del envejecimiento, estableciendo la distinción entre vejez y envejecimiento, por un lado, y entre la dimensión cronológica y la dimensión social, por otro. De este modo se facilitará el análisis sociológico del constructo edad, el cual requiere de ser revisado desde su concepción cronológica, social y fisiológica.

Posteriormente, revisaremos la vejez y el envejecimiento como fenómeno social, para finalizar este capítulo con el planteamiento de los diversos enfoques teóricos del envejecimiento que se han desarrollado en la literatura: -el enfoque biológico, psicológico, social y cultural-.

3.2. *Concepto de vejez*

Un primer acercamiento nos indica que no existe un paradigma único que dé cuenta del significado preciso de la vejez; hay más bien un conjunto heterogéneo de aportes teóricos mayoritariamente relevantes y orientadores, pero que configuran un panorama general algo confuso, probablemente debido a que si bien envejecer no es nada nuevo, el interés por el tema del envejecimiento y la vejez surge de los problemas (observados

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

o potenciales) derivados de la creciente presencia de personas mayores (Aranibar 2001). Al respecto Pérez et al. (1997) afirman que la búsqueda de conocimiento, inicialmente y aún en la actualidad, se ha dirigido más a resolver los problemas que se derivan del envejecimiento y la vejez que a entenderlo en toda su magnitud y complejidad. Complementariamente, Bury señala que:

Muchas veces el tratamiento de la vejez ha tenido una orientación política, e incluso ha sido políticamente impulsado por los gobiernos e instancias no gubernamentales para hacer frente a los innumerables problemas que constituye una población que envejece. Lo antedicho nos indica que se sabe más acerca de su dimensión aplicada que de su enfoque teórico (1996: 34).

Otra de las cuestiones teóricas que queremos plantear, en este epígrafe, con la pretensión de no caer en ambigüedades conceptuales, es examinar el concepto de vejez y envejecimiento y ver sus similitudes y diferencias. De esta forma, Fernández, en su libro “¿qué es la psicología de la vejez?”, plantea que “la vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital” (1999: 15-16). Definiciones que creemos apropiadas y que a continuación abordaremos con más profundidad, desde la óptica de diferentes disciplinas, como la psicología o la antropología.

Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en donde las teorías implícitas forman parte de las más clásicas corrientes de pensamiento. Así, por ejemplo, Platón conceptualizaba la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro mientras que Aristóteles la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y conocimiento. De estas dos visiones, la que cuenta con una mayor inserción en nuestra cultura es la que conceptualiza la vejez negativamente. Lo cual no es de extrañar, dado que la belleza, la salud y la rapidez están en la base de los valores de nuestra época y, precisamente, las condiciones físicas, que sustentan dichos conceptos, son algunas de las que declinan a lo largo del ciclo de la vida.

Así como está claro que la infancia comienza cuando comienza la vida fuera del útero materno, la adolescencia con la pubertad, la edad adulta cuando el individuo es independiente, nos planteamos el interrogante ¿a qué edad comienza la vejez?. “La

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

respuesta no está clara ni para la gente común ni para los científicos, no existe una edad en la que suceda algo concreto que haga al individuo entrar en la vejez” (Fernández 1999:14). La vejez alude a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía 2011). En este concepto, en primer lugar, es preciso distinguir entre la dimensión cronológica de la definición de vejez y la construcción social de tal definición. De acuerdo con la definición de las Naciones Unidas, la vejez, según un criterio cronológico, se inicia a partir de los sesenta años para los países en desarrollo, frontera que ha ido variando más rápidamente en los últimos tiempos que en toda la historia de Occidente. En el siglo XIII se era viejo a los 30 años de edad, a principios del siglo XIX a los 40, y hoy en día la edad a partir de la cual se considera que una persona es mayor está en entredicho.

Arber y Ginn (1996) sostienen que la mayor parte de los escritos sobre el envejecimiento desdibujan la diferencia entre los diversos significados que puede tener la edad, lo cual ha dificultado la comprensión del envejecimiento. Es así como plantean que una teoría sociológica aceptable de la edad tiene que distinguir al menos entre edad cronológica, edad social y edad fisiológica y examinar cómo se relacionan entre sí:

- “La edad cronológica es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional se refiere a la edad en años. En este sentido el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a las responsabilidades y privilegios que dependen de la edad cronológica” (Arber y Ginn 1996: 23).

La sociología se ha ocupado, sobre todo, de esta etapa de la vida definida a menudo por la edad cronológica igual o superior a los 60 años en países en desarrollo. A su vez, gran parte del interés de la política social se ha centrado en las consecuencias que el envejecimiento de la población tiene para la sociedad.

Un concepto asociado a la edad cronológica es “adulto mayor”, que comprende a las personas de 60 años y más (de acuerdo al criterio que las Naciones Unidas adoptó en 1956) y que para algunos autores como Romieux “es un eufemismo para

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

disimular la realidad de la vejez, que es considerada como un estigma” (1998:134) y, para Fericgla “busca alejar la idea de la muerte asociada a la vejez” (2002:23).

- *La edad social* alude a las actitudes y conductas sociales que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica; “se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (lo mayor que el individuo se siente) y a la edad atribuida (la edad que los demás le atribuyen al sujeto)” (Arber y Ginn 1996: 24).

Para Ham Chande, un término asociado a la edad social es la "tercera edad, considerada como una manera amable de referirse a la vejez, y que hace alusión a la etapa número tres luego de las dos primeras, juventud y vida adulta” (1996: 412). Históricamente el término tercera edad genera la idea de un periodo temporal avanzado en la vida de las personas, pero dentro del marco de la funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente llena de satisfacción, y que constituye un estereotipo que se acerca mucho al de la edad dorada. Esta etapa, supuestamente –dulce- llega después del retiro de la actividad, y lleva implícito que los viejos (el concepto está más referido a los hombres que a las mujeres, debido que parte del supuesto de una jubilación universal) tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y la diversión.

- *La edad fisiológica* se relaciona con “las capacidades funcionales y con la gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza que se produce con el paso de los años” (Arber y Ginn 1996: 30).

Un término asociado a la edad fisiológica es la senilidad, que se refiere a aquellos sujetos que sufren de un nivel de deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima (Fericgla 2002: 39). Otros términos que se podrían asociar a la edad fisiológica son los viejos-viejos - correspondiente a una minoría débil y enfermiza - y los viejos jóvenes que incluye a las personas de más edad, que a pesar de la edad cronológica son vitales, vigorosos y activos (Papalia, Wendkos y Duskin 2005).

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

Si entendemos la definición cronológica de la vejez como un asunto sociocultural, en donde cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona pasa a ser mayor o de edad avanzada, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionado con la edad fisiológica. En general, en todas las sociedades el límite de edad establecido se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales necesarias para mantener la autonomía e independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura asigna a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, con la edad social (Huenchuán 2003).

Desde el punto de vista antropológico, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada individuo, “está intrínsecamente determinado por el proceso de producción, por el consumo de determinada tendencia y también por los ritmos vitales impuestos por la industrialización” (Fericgla 2002: 85), es decir, está marcada por un aspecto cultural y biológico difícil de diferenciar.

La vejez puede ser una etapa de pérdidas, pero también de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo con su condición y posición dentro de la sociedad. Esto remite a conjugar la edad con otras diferencias sociales -tales como el género, la clase social o la etnicidad- que condicionan el acceso a dichos recursos y oportunidades, así como la posibilidad de disfrutarlos, todo lo cual da origen a la heterogeneidad del envejecimiento en general y de las personas mayores en particular (Huenchuán 2005). Es así como, en los años 90 y auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, emerge una nueva concepción de envejecimiento activo definido por la Organización mundial de la salud como “el proceso de optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental, y extender la esperanza de vida saludable, productividad y calidad de vida” (Pérez et al. 2007:45). Este concepto vincula la actividad a la salud, resalta el valor de la participación e implicación de las personas mayores en la comunidad y garantiza su seguridad. Con esta nueva concepción el envejecimiento activo conlleva productividad mucho más allá de lo laboral (extendiéndose a lo social y comunitario) y conduce, fundamentalmente, a calidad de vida y bienestar físico y psicológico.

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

Independientemente de la definición que nos guste más, es importante tener en cuenta que “la construcción social del envejecimiento y de la vejez no se produce en un vacío social sino dentro de un contexto histórico, económico, político y social” (Kehl y Fernández et al. 2001: 138). Por lo tanto, tras revisar los distintos significados de la edad, la vejez y el envejecimiento, adoptamos como posición teórica aquella que considera que la vejez es una etapa más en un proceso que constituye la totalidad del ciclo vital, “no implica una ruptura en el tiempo, una etapa terminal, sino que es parte de un proceso (y también un proceso en si misma) en que el individuo se relaciona con la estructura social con el mismo sentido con que lo hizo en otras etapas de su vida, aunque varíen las formas sociales” (Pérez et al. 2007:96). Si nos ceñimos al concepto de envejecimiento, adoptaremos la definición del Servicio nacional del adulto mayor chileno (2007b), que entiende el envejecimiento como el proceso que se extiende por toda la vida, que engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez.

3.3. *La vejez y el envejecimiento como fenómeno social*

“Por primera vez en la historia de la humanidad las personas ancianas han alcanzado tal volumen y proporción que se han convertido en un problema social” (Bazo 1990:1). No solo estamos ante un envejecimiento de las personas sino también de las sociedades, en donde los grupos de edad más jóvenes disminuyen en las sociedades económicamente desarrolladas y aumentan las personas de mayor edad. Ciertamente que este fenómeno cobra mayor relevancia en los países en desarrollo, en los cuales se envejece, en muchas ocasiones, en condiciones de pobreza.

“Por primera vez los viejos/as se han hecho visibles en el mundo y sus necesidades y problemas comienzan a ser las necesidades y problemas de la sociedad” (Bazo 1990: 2). Por lo tanto, el tema se sitúa cada vez más en el centro del debate de políticos, científicos, medios de comunicación y otros grupos de la sociedad preocupados por la situación de los adultos mayores.

El interés de las ciencias sociales –y específicamente de la sociología– por el envejecimiento no es nuevo y ha dado lugar a una serie de construcciones teóricas de mayor o menor alcance. La tarea de sistematizarlas y ofrecer una visión compacta de las

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

más relevantes ha sido abordada por diferentes autores (Arber y Ginn 1996; Bazo 1990). Entre ellos, Pérez (1997) plantea un interesante principio ordenador que distingue dos grandes dimensiones para reflejar la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social: la edad y la estructura o sistema social que, lejos de excluirse, representan dos caras de la misma moneda. Por un lado, la edad es entendida como la gran variable ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez. Dicho de otra manera, “existiría el concepto de edad -y por lo tanto de vejez- porque la estructura social lo desea”. Como estas dos fuentes actúan simultáneamente, la edad existe en una determinada sociedad y la sociedad se articula en función de las edades. Es decir, “edad y sociedad se contienen una a la otra delimitando el terreno donde surge con propiedad el fenómeno social de la vejez” (Pérez 1997: 21).

Pérez (1997) plantea que si bien la mayoría de los estudiosos mezclan ambas dimensiones, es posible clasificar los diferentes aportes teóricos al tema de la vejez y el envejecimiento según la prioridad que cada uno le otorga a una dimensión respecto de la otra. De esta manera es posible analizar las perspectivas que tienen en común al utilizar el recurso de la edad como criterio orientador; una muy relevante es la argumentación que busca en la historia y el pasado las claves para entender el sentido actual del envejecimiento (fundamentalmente *la teoría de la modernización*). Otra perspectiva es aquella que incorpora la noción de *generaciones o cohortes* a la reflexión. Finalmente, está la visión que hace referencia al *ciclo de vida*. Es posible hacer lo mismo con la otra cara de la moneda, es decir, analizar los enfoques que privilegian el criterio de la sociedad, aquellos que privilegian los factores culturales (*la vejez como subcultura y grupo social minoritario*), los factores del entorno social y la condición física y los que se centran en el debate de la adaptación social de los sujetos envejecidos (abordando fundamentalmente las teorías derivadas de enfoques funcionalistas y conductistas, como la *teoría del retraimiento*, la *teoría de la actividad* y la *teoría del vaciado de roles*). “Un caso extremo de la relación entre vejez y estructura social es la teoría de la dependencia *estructurada o gerontología crítica*, que analiza la vinculación entre el constructo social llamado vejez y las particularidades de la sociedad capitalista” (Aranibar 2001:12).

Los diversos acercamientos teóricos a la vejez no han dado todavía con un paradigma que dé cuenta de forma unánime del fenómeno social de la vejez y, si bien se ha llegado

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

a ciertos acuerdos mínimos (por ejemplo, no considerar la vejez como una enfermedad), dentro de las ciencias sociales coexisten múltiples formas de entender, explicar y analizar la vejez como fenómeno social. El panorama se complica aún más si revisamos el tratamiento dado a la vejez como problema social, es decir, las diferentes aplicaciones prácticas que han hecho del abordaje de la vejez un tratamiento muchas veces superficial y coyuntural.

3.4. Enfoques teóricos del envejecimiento

Las perspectivas teóricas de las ciencias sociales y humanas sobre el envejecimiento han ido evolucionando desde los años cincuenta, reconociendo tres generaciones (Gognalons-Nicolet 1994):

Primera generación. Las teorías adaptativas relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social (teoría de la desvinculación, de la actividad y de una subcultura específica).

Segunda generación. Corresponden a este grupo las teorías estructurales cuyo campo de análisis son los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre el envejecimiento) y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen; destaca, entre otras, la teoría de la modernización en donde el Estado ha insistido en la exclusión social de este grupo de edad, por sus políticas de retiro y jubilación consideradas como necesarias para la renovación de las generaciones en el ámbito laboral, y que insisten sobre los valores y normas de la sociedad productiva.

Tercera generación. Se reconcilian los puntos de vista más individuales con los estructurales y fundan lo que se ha llamado la economía moral; aquí se asocian, a la vez, los aportes de las teorías del desarrollo y ciclo de vida, así como las relacionadas con el rol del Estado y las políticas de la vejez.

El modelo de Gognalons–Nicolet (1994), en la segunda generación, se refiere, entre otras teorías, a la de la modernización que destaca la situación actual de los adultos mayores caracterizada por ser relegados socialmente de manera considerable, ya que en las sociedades tradicionales los adultos mayores gozaban de un estatus elevado y eran

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

reconocidos por su experiencia y sabiduría. En la sociedad moderna, las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales fueron paulatinamente despojando a los adultos mayores de su estatus anterior. Los progresos en el campo de la prevención y la salud han aumentado la esperanza de vida de la población, lo que ha repercutido en el mayor incremento de adultos mayores y, por consecuencia, de sus necesidades sociales y de salud. Este menor estatus, junto con un aumento de la carestía en la población mayor e incremento de demanda de servicios, se traduce en una mayor carga social y un deterioro en sus condiciones de vida.

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados: “el primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores” (Chackiel 2000: 9).

Es así como una primera aproximación al proceso de envejecimiento nos permite distinguir dos dimensiones: el envejecimiento que experimentan los individuos y el que experimenta la población de un país.

El *envejecimiento de la población* de un país se define “como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total” (Chesnais 1990: 3). La ONU en el año 1985, define una población envejecida como aquella en la que del total de sus habitantes más del 7% son personas mayores de 65 años. Para los países en vías de desarrollo se propone trazar la línea divisoria en los 60 años. El principal fundamento de Naciones Unidas para bajar el límite de la ancianidad es que este hecho permite desarrollar una mayor cantidad de acciones preventivas, ya que se entiende que a edades más tempranas los daños a la salud son menores, y por lo tanto es posible lograr un mayor impacto en mejorar la calidad de vida.

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

Son precursoras del envejecimiento de la población la acción combinada de dos transiciones con fuerte relación entre sí: transición demográfica y transición epidemiológica. Se pueden definir brevemente de la siguiente forma:

La transición demográfica se refiere a los cambios en la estructura de la población producto, principalmente, de las bajas de fecundidad y mortalidad. La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes (Ham Chande 1996: 413).

Es así como este “proceso de envejecimiento poblacional experimentado en diversos países (especialmente en países desarrollados y algunos en vías de desarrollo) es consecuencia lógica de factores altamente positivos” (Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2006: 200) y debe ser considerado “sólo como un dato más de la evolución de las sociedades industrializadas” (Castells y Pérez 1992:15), en el que también hay que tener en cuenta “las diferencias por región de desarrollo, por clase social, por edad y por género, producto de un crecimiento social sin equidad” (Montes de Oca 1994: 137). Al respecto Huenchuán (2003) señala que el envejecimiento, como un proceso que experimentan los individuos, puede ser tratado desde diferentes enfoques, que a su vez se nutren de distintas teorías, tal como vemos en tabla 6 (hacemos una breve mención a las falsas teorías como la de selección natural, “que explican el envejecimiento por la desaparición de los sujetos más débiles de una cohorte”) (Moragas 1991: 65).

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

Tabla 6. Enfoques sobre Envejecimiento Individual

Enfoque	Teorías
Biológico	Teoría del envejecimiento programado
	Teoría del desgaste natural
psicológico	Teoría de la desvinculación
	Teoría de la actividad
	Teoría sicosocial del yo de Ericsson
Social	Teoría funcionalista de la vejez
	Teoría económica del envejecimiento
	Teoría de la dependencia estructurada
Cultural	Antropología de la vejez

Fuente: Sandra Huenchuán, *Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas*, Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 12, Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, 2003.

Enfoque biológico

El *enfoque biológico del envejecimiento* se basa en dos teorías: la teoría del envejecimiento programado, que sostiene que “los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, preestablecido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores”; y la teoría del desgaste natural del envejecimiento que sostiene que “los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo” (Papalia y Wendkos en Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Comisión económica para América Latina y el Caribe 2011:7).

Los proponentes de la teoría del envejecimiento programado argumentan que, puesto que cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es determinado e innato (Hayflick 1973), mientras que los que adhieren a la teoría del desgaste natural comparan el cuerpo con una máquina cuyas partes finalmente se gastan debido al mucho uso (Papalia et al. 2005).

Resulta fundamental establecer la diferencia entre ambas teorías dadas sus consecuencias prácticas, si la gente está programada para envejecer de determinada manera, puede hacerse poco para retardar el proceso, pero si se envejece debido al desgaste del cuerpo, se puede prevenir el estrés fisiológico y aumentar su esperanza de vida. En los mismos términos, algunos gerontólogos distinguen entre envejecimiento

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

primario -“proceso gradual de deterioro corporal que comienza a una temprana edad y que continúa inexorablemente a través de los años”- y, envejecimiento secundario -que es “resultado no de la edad, sino de la enfermedad y factores que a menudo están bajo el control del individuo”- (Papalia y Wendkos en Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Comisión económica para América Latina y el Caribe 2011: 7).

Enfoque psicológico

“La psicología hace pocos años que trata del envejecimiento y dentro de ésta la subdisciplina que se encarga del estudio de dicho fenómeno es la psico-gerontología, que se caracteriza fundamentalmente por poner énfasis en lo patológico” (Moragas 1991: 69).

El interés por la psicología de la vejez comienza bien entrado este siglo, “el primer texto data de los años 20, cuando Stanley Hall publica *Senescencia, la segunda mitad de la vida*” (Fernández 1999:13). La unidad de análisis del enfoque psicológico del envejecimiento es el conjunto de individuos que envejecen y la forma cómo ellos encaran su proceso de envejecer. Envejecer se conceptualiza, desde esta perspectiva, como un proceso individual de adaptación a los cambios -en el propio organismo y en el entorno social- que ocurren al envejecer. El interés analítico enfatiza en cómo los individuos enfrentan y responden frente a las condiciones personales que les toca vivir -buscando solución a los problemas que tienen, aceptando y asumiendo las pérdidas inevitables- para seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Ministerio de planificación 1995). Este enfoque, muy común entre los gerontólogos, es “criticado porque enfatiza en la búsqueda de generalizaciones a partir de ciertas características que, se suponen, son propias de todos los individuos que pasan por determinados estadios de su ciclo vital” (Redondo 1990:11) y al no tomar en debida cuenta las dimensiones sociales del envejecimiento, desarrolla una perspectiva según la cual los viejos/as constituyen un grupo homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes. Dentro de este enfoque, se encuentra la teoría de la actividad o noción de envejecimiento satisfactorio -introducida por John Rowe en 1987- que sería resultado del “mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales; un buen estado nutricional; un proyecto de vida motivante; empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, etc.” (Vellas 1996: 514). Esto significa que cuanto más activa se mantenga la gente

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

anciana, podrá envejecer de manera más satisfactoria (Papalia et al. 2005, y que las personas “para ser felices necesitan mantenerse activas” (Bazo 1990:10). No obstante, conviene recordar, tal como lo señala Arber y Ginn (1996:26):

que un escenario color de rosa de los viejos y las viejas dedicadas al desarrollo personal, la autonomía, el consumo y estilos de vida juvenil constituye en esencia, una opción burguesa, fuera del alcance de quienes disponen de rentas más bajas o padecen de mala salud.

En síntesis, hay que destacar que esta teoría reside en el hecho de buscar comprender los fenómenos del envejecimiento a partir de un funcionamiento psicosocial de amplio espectro y su principal crítica se refiere a su carácter homogeneizador de la vejez y a su corto alcance explicativo más allá de la conducta de los individuos.

Una visión diferente al envejecimiento satisfactorio se encuentra en la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961), esta teoría surge, desde los años sesenta, como reacción a la teoría de la actividad. Según esta teoría, "(...) el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema" (Cumming, 1963:393). La persona vieja reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, a que la gente mayor se retire (Papalia et al. 2005). Algunos críticos de esta teoría sostienen que la desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con factores relacionados con el envejecimiento como mala salud, viudez, jubilación, empobrecimiento; según dichos críticos no hay resultados pronosticables derivados del envejecimiento, sino que éste está influido por el ambiente social (Papalia et al. 2005). Esta teoría ha sido también criticada por estar basada en la lógica interna de una sola forma de cultura, como es el caso de la sociedad americana. No todas las sociedades están organizadas alrededor de criterios de éxito al interior de un sistema de producción en constante evolución que favorece a los jóvenes (Ortiz 2001).

La teoría psicosocial de Erikson (1985) comprende una tipología de las crisis en las etapas vitales de la vida, en la cual distingue una última crisis en la vida de las personas

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

que se basa en el binomio integridad versus desesperación; desde este punto de vista, Erickson cree que los ancianos deben enfrentarse a la necesidad de aceptar el modo de vida que llevaron, con el fin de admitir la cercanía de la muerte (Papalia et al. 2005). La primacía de la integridad permite la emergencia de la sabiduría, descrita por Erickson como una especie de preocupación informada y desapegada por la vida frente a la muerte. “En contrapartida aparece el desdén, como reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo” (Huenchuán 2003:16). En las sociedades tradicionales rurales, la forma de resolver esta crisis, señala Huenchuán, resulta paradigmáticamente ilustrada en el rol desempeñado por los viejos/as, que se basa en la aplicación del conocimiento y habilidades acumuladas, en el criterio acertado tanto en el proceder diario como en la toma de decisiones, en fin, en la sabiduría (entendida también como pragmática de la inteligencia) que les recuerda a los viejos/as sus capacidades y limitaciones, y que influye, de una forma positiva, en la manera de resolver esta última crisis del yo por la vía de la integridad.

El principal problema, tanto con la teoría de la actividad como con la de la desvinculación, es su interés de caracterizar un envejecimiento satisfactorio siguiendo un solo patrón. La forma como las personas se adaptan al envejecimiento depende de su personalidad y de la manera como se han adaptado a diferentes situaciones a lo largo de su vida, más que de los niveles de actividad y ocupación (Papalia et al. 2005).

Enfoque social

El *enfoque social del envejecimiento* tiene que ver con la sociología del envejecimiento, que ha desarrollado importantes áreas de trabajo para la interpretación de la realidad social de los adultos mayores. Las teorías que se han desarrollado dentro de este enfoque son, principalmente, la teoría funcionalista sobre envejecimiento, la economía política del envejecimiento y la teoría de la dependencia estructurada.

“La teoría funcionalista del envejecimiento tuvo predominio en los años 60 y 70, y fue la primera teoría que se aventuró en el campo del envejecimiento desde el punto de vista de las ciencias sociales” (Hidalgo 2001:87), ésta consideraba la vejez como una forma de ruptura social y, en términos de la teoría del rol, como pérdida progresiva de funciones. Sus críticos apuntaban, por un lado, a que esta forma de concebir el

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

envejecimiento constituía un arma ideológica que justificaba los argumentos sobre el carácter problemático de una población que envejecía y que los consideraba como improductivos, no comprometidos con el desarrollo de la sociedad y por otro lado, se señala que “con la insistencia en la importancia de la adaptación personal del individuo se corría el riesgo que se desarrollase en la vejez un egocentrismo y aislamiento progresivo” (Bury en Huenchuán y Rodríguez-Piñero 2010:37). Sin embargo, a pesar de críticas que se han elaborado contra la teoría del desapego y el cuestionamiento de sus fundamentos formales y metodológicos, todavía hoy “prevalece la preocupación por la actitud social de excluir a las personas mayores de 60 años de la sociedad” (Hidalgo 2001:89).

“La teoría económica política de la vejez tiene sus orígenes a fines de la década de los 70, cuando los efectos de la crisis del petróleo pusieron en tela de juicio el mantenimiento del Estado de bienestar en Europa” (Aranibar 2001:21). En dicha teoría, la cuestión principal que se plantea consiste en que, para comprender la situación de las personas mayores en las sociedades capitalistas modernas, “el factor determinante fundamental de la calidad de la última fase de la vida es la influencia de la situación del mercado de trabajo en el momento de la jubilación y posteriormente” (Estes 1986:130). Los críticos de esta teoría sostienen que, aun cuando resulte una aproximación útil, debe convenirse que tal continuidad (antes y post jubilación) no existe, por lo menos en la esfera económica (nivel de ingreso) y en el plano de las relaciones sociales (entendidas como relaciones de producción); “tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única caracterizada por la des-inserción del sistema productivo y la tributación de la seguridad social” (Redondo 1990:12).

La teoría de la dependencia estructurada intenta llamar la atención sobre el sistema social en general en vez de dirigirla a las características de los individuos. “Propone que la estructura y la organización de la producción es el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que hace hincapié en la creación social en la dependencia” (Mouzelis 1991:60). La teoría de la dependencia estructurada ilumina cuestiones importantes, “en especial las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas viejas, a la vez que funciona como correctivo del

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

individualismo de anteriores teorías del envejecimiento” (Bury en Huenchuán y Rodríguez-Piñero 2010: 39).

McMullin señala que ni la teoría económica de la vejez, ni la teoría de la dependencia estructurada cuestionan los supuestos que subyacen en las teorías de la corriente dominante, ya que examina la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, y “el ideal respecto al que se juzga a las personas viejas es la vida productiva y reproductiva de las personas jóvenes, lo que resulta del todo insuficiente para entender la vida de las personas mayores” (McMullin 1996:58).

Como se aprecia, es difícil encontrar una teoría o enfoque autosuficiente que nos permita comprender e interpretar la vejez en su plenitud. Las razones que podemos citar, preliminarmente, son: a) principalmente, se elaboran teorías sustantivas - para la interpretación de una determinada realidad - que dan respuesta a problemas específicos; y b) el paradigma vigente es insuficiente para responder, en forma satisfactoria, preguntas sobre las diferencias que estructuran la vida social (género, etnia, clase, edad.) en la vejez (Huenchuán y Toledo 1999:18).

Enfoque cultural

Es en este contexto, que acabamos de analizar, en el que el *enfoque cultural del envejecimiento* puede aportar una interpretación de la vejez satisfactoria para la autora de este trabajo. Este enfoque parte de la premisa de que los individuos que componen la sociedad se encuentran atravesados por múltiples diferencias que se construyen, positiva o negativamente, en la cultura.

Tal como señala Fericgla, “la forma en que todo individuo se define está relacionada con el grupo que lo rodea- pertenezca o no a él- y con los referentes que la sociedad ofrece a cada persona y a cada colectivo para que organice su identidad” (Fericgla 2002:84). He aquí la potencialidad del enfoque, en el cual se entiende que la edad social es una categoría “con fundamento biológico y que la vejez, al igual que otras etapas del ciclo de vida, es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan” (Morandé 1990:7). Esta forma de comprender la vejez pone en escena las diversidades que

Capítulo 3. Conceptos analíticos y teoría del envejecimiento

constituyen los sujetos en la vejez, enriqueciendo la noción de sujeto sustentada hasta entonces: de un sujeto percibido nada más que a partir de su edad emerge una múltiple atravesado por la pluralidad, sujeto, asimismo, que se constituye en cada cultura y que adquiere identidad de acuerdo a un ethos particular.

3.5. Síntesis

El envejecimiento y la vejez son dos temas medulares del debate social contemporáneo, debido, en gran parte, a las transformaciones demográficas que implican a distintos ritmos un envejecimiento poblacional en todo el mundo, que se ha transformado en un envejecimiento no solo de las personas sino de las sociedades. A través de la historia, los conceptos vejez y envejecimiento han estado cargado de sentidos que generan inquietudes, suscitan sentimientos encontrados y opiniones contradictorias que dificultan cada vez más tomar la edad como criterio cuando se alude a la creciente heterogeneidad y complejidad del curso de la vida humana. Es así como Arber y Ginn (1996) plantean que una teoría sociológica aceptable de la edad tiene que distinguir al menos entre edad cronológica, edad social y edad fisiológica y examinar cómo se relacionan entre sí.

En esta investigación, conforme hemos señalado, entendemos el envejecimiento como el proceso que se extiende por toda la vida, que engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez. Y por vejez entenderemos la etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales (Servicio nacional del adulto mayor 2007b).

CAPÍTULO 4: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

4.1. *Introducción*

Habitualmente, el término calidad de vida aparece mencionado en múltiples libros, artículos, proyectos. Sin embargo, la confusión terminológica existente, la multidimensionalidad y complejidad del concepto, los componentes objetivos y subjetivos, los numerosos ámbitos de la vida cotidiana que se introducen, el reflejo de normas culturales, el hecho de que pueda ser un concepto ideográfico o nomotético, etc., conjuntamente con la necesidad práctica personal de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, no hacen sino aumentar el interés por investigar sobre este escurridizo concepto, tan difícil de medir y acotar.

En este capítulo, revisaremos primeramente algunos antecedentes históricos del constructo de calidad de vida, lo cual nos facilitará posteriormente el análisis del concepto general de calidad de vida y de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS). En relación a la CVRS nos resulta relevante precisar los consensos documentados en la literatura con respecto a su definición, así como también la medición de ésta con especial énfasis en el cuestionario de salud SF-36, utilizado en esta investigación. Posteriormente, revisaremos las principales conclusiones alcanzadas por las investigaciones en lo que concierne a calidad de vida en la vejez.

4.2. *Antecedentes históricos*

El concepto de calidad de vida está en la actualidad en plena vigencia, pero sus orígenes se remontan a Aristóteles, Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales de la segunda mitad del siglo XIX, quienes consideraron que el grado de calidad que alcanzaba la vida de la población –en dependencia de las condiciones de vida y económicas– jugaba un papel trascendental en la determinación de la salud. Fayers y Machin (2000) refieren a Aristóteles como una de las primeras alusiones al concepto de calidad de vida, en donde la persona más modesta, como la más refinada, identifica vida buena o estar bien con felicidad.

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

Durante buena parte del siglo XX prevaleció el concepto de calidad de vida sustentado en el componente objetivo, el cual incluye aspectos del funcionamiento social, tales como empleo e independencia, nivel de vida e indicadores sociales (Bobes et al. 1993).

En los años sesenta surge la necesidad de evaluar la calidad de vida percibida por las personas (calidad de vida subjetiva). La evaluación subjetiva define con más precisión la experiencia de vida de los individuos, tomando en consideración el significado que ellas atribuyen a las experiencias vitales. Los indicadores de esta perspectiva fueron; satisfacción, bienestar y felicidad.

Ardón (2002) subraya que la calidad de vida puede ser presentada en tres diferentes periodos:

- En el primer periodo, desde 1975 hasta 1985, se muestra una clara tendencia en relacionar la calidad de vida con dos aspectos primordiales, en el primero se refiere a los indicadores económicos y sociales –perspectiva socioeconómica– y el segundo a la salud –perspectiva del status funcional–. La perspectiva socioeconómica es considerada como la más importante de todas las presentadas porque es la que da inicio a la concepción de lo que se denomina calidad de vida. El criterio de utilización de las condiciones sociales y de generación de ingresos permitió durante mucho tiempo establecer y valorar la calidad de vida de una sociedad.
- En el segundo periodo, de 1985 hasta 1995, se observa una tendencia hacia el mantenimiento del estudio e investigación de las dos perspectivas anteriores, pero además, a mediados de los ochenta y a principios de los noventa aparece una nueva perspectiva que ha tomado gran fuerza como es la del medioambiente. Una causa importante puede ser la preocupación de los ciudadanos por vivir en condiciones más favorables de bienestar ambiental.
- En el tercero y último periodo, de 1995 hasta 2000, se observa que además de las perspectivas anteriores, se produce la diferenciación y el reconocimiento de una perspectiva que aunque siempre ha estado inmersa en las otras directrices desde las que se aborda el tema, y que no había tenido el protagonismo de los últimos tiempos. Se trata de la perspectiva política, la cual ha popularizado ampliamente el

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

término de calidad de vida, aun cuando este no sea correctamente conceptualizado en la mayoría de los casos. A esta perspectiva, habrá que hacerle un buen seguimiento en los próximos años ya que todas las decisiones que afectan la calidad de vida desde todos los ángulos tienen una consideración política.

Según Pichardo (2005), la literatura más difundida sobre calidad de vida se asocia tanto con fenómenos globales como con el crecimiento económico, el nivel de vida, el bienestar, la expansión demográfica, así como con los aspectos sectoriales del desarrollo, la productividad y los procesos y condiciones de trabajo, la vida en las ciudades, la participación social y comunitaria, la práctica de vida saludable, la espiritualidad y la búsqueda de satisfacción de la felicidad. Un aspecto a destacar es la alusión a las dificultades para la medición de la calidad de vida, que han sido superadas fragmentando el concepto de calidad de vida en diferentes áreas de conocimiento, así por ejemplo, se mide la CVRS, obviándose, normalmente en este caso, aspectos como las condiciones de trabajo o la participación social y comunitaria.

En la actualidad, el concepto de calidad de vida es utilizado como una noción sensibilizadora que nos proporciona una referencia y orientación desde la perspectiva del individuo, concentrándonos en la persona y en su ambiente; también se usa como un constructo social para mejorar el bienestar de la persona y contribuir al cambio social. Además, el concepto de calidad de vida es un tema unificador que otorga un lenguaje común y un marco sistemático para aplicar conceptos y principios asociados (Schalok et al.2002).

Como vemos, la calidad de vida es y seguirá siendo un concepto que interese a los investigadores en las diferentes áreas del conocimiento, para poder así ir generando nuevas prácticas eficientes y oportunas en variados contextos, no sólo para las personas en general, sino también para todos aquellos que se encuentran fuera de políticas económicas globales, para dar oportunidades de desarrollo y calidad a colectivos que se encuentren en desventaja social.

4.3. *El constructo de calidad de vida*

En la literatura científica, existe cierta confusión a la hora de utilizar términos como salud, estado de salud, calidad de vida y CVRS. Con frecuencia estos términos se usan indistintamente como si de sinónimos se tratara, y esta situación no ayuda sino a la confusión terminológica en cuestiones ligadas a la salud.

La definición de *salud* más aceptada y difundida es, en la actualidad, la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1948, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Teniendo en cuenta la anterior definición se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía 1995), dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor.

El concepto *estado de salud* contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interactuar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva (por ejemplo, por un observador o alguna medida estándar externa), bien como diagnóstico o como puntuación en una escala (Bergner en Lawton 2001).

La *calidad de vida* es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hörnquist (1990) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

La *calidad de vida relacionada con salud* es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía 1995).

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

En muy poco tiempo, el concepto de calidad de vida se ha convertido en un “tópico común del campo de las ciencias sociales, médicas, urbanísticas y políticas, y abarca casi la totalidad de las ciencias que se ocupan de las personas y sociedades y otras disciplinas menos altruistas, como la publicidad y el marketing” (Aranibar 2001:23).

Fernández y Anton (1993) señalan que, en el mundo moderno, el desarrollo conceptual de la calidad de vida se puede investigar mediante dos fuentes gestoras. Por una parte, la evolución del Estado de Bienestar en los países desarrollados –el auge de la filosofía económica neoliberal– promovió la búsqueda del bienestar social, sin olvidar el desarrollo económico (nivel de vida), como objetivo de los Estados modernos, cuya aplicación lleva a un gran crecimiento de prestaciones, servicios y programas sociales para satisfacer demandas de la población. Por otra parte, la definición del concepto de salud, establecida en 1990 por la Organización Mundial de la Salud como el total bienestar físico, psicológico y social del individuo, determina que los indicadores de salud usuales (mortalidad y morbilidad) no dan cuenta de estas nuevas dimensiones y se necesitan otras condiciones e indicadores psicológicos y sociales para establecer la salud o su sinónimo, el bienestar de una comunidad o grupo social.

Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros nos indica que el término calidad se refiere a “ciertos atributos o características de un objeto particular”, mientras que el término vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de su conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas (Fernández 1998).

Se entiende la calidad de vida también como “un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad (...)”, razón por lo cual resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida. “Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales” (Espinosa en Aranibar 2003:1).

Los diferentes acercamientos al concepto de calidad de vida y la disparidad en su definición da lugar a que nos encontremos con una noción abstracta, amorfa, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definida como

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. Quizá por esta misma razón, y siguiendo la exhaustiva revisión bibliográfica que realiza Fernández, Zamarrón y Maciá (1996), sea útil mencionar lo que *no es* calidad de vida: calidad de vida no es el equivalente a el ambiente, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni al estado de salud física o a la calidad del cuidado de la salud de las personas. De igual forma, la calidad de vida se distingue de constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad. Tal como señala Fernández et al. (1996), la calidad de vida es “el producto” de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones (Fernández et al. 1996). Sin embargo, más allá de lo difícil de definir la calidad de vida, en términos de funcionalidad, es posible establecer una característica principal: su multidimensionalidad; es decir, la calidad de vida, como la vida misma, cuenta con ingredientes múltiples (Fernández 1998). Al revisar la literatura encontramos que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida -Felce y Perry (1995) presentan tres modelos conceptuales de calidad de vida propuestos por Borthwick-Duffy, a los que añadieron un cuarto modelo que venía imponiéndose desde los años noventa-. Estos modelos son:

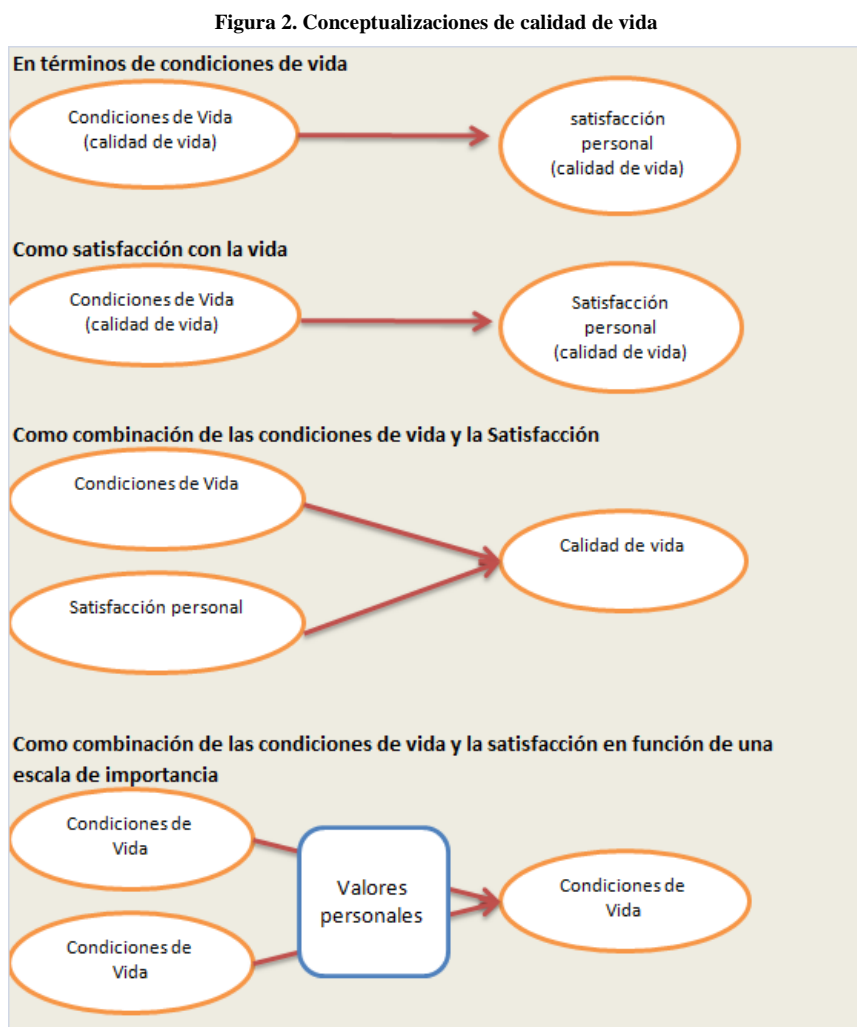
- *Calidad de vida entendida como las condiciones de vida de una persona.* La calidad de vida es la suma de una gama de condiciones de vida objetivamente evaluables experimentadas por una persona; éstas pueden incluir salud física, relaciones sociales, vivienda, profesión, riqueza y factores socioeconómicos. La respuesta subjetiva constituye la satisfacción personal frente a estos factores, pero no forma parte de su concepción ni tampoco se toma como referente a la hora de evaluarla.
- *Calidad de vida definida como la satisfacción experimentada por una persona con dichas condiciones de vida.* La calidad de vida es sinónimo de la satisfacción personal. Existen estándares relacionados con las condiciones de vida, pero es la satisfacción que expresa la persona con cada uno de éstos y la combinación de los mismos lo que genera un sentimiento de satisfacción general con la propia vida y lo que en definitiva define la calidad de vida.
- *Calidad de vida entendida como la combinación de componentes objetivos y subjetivos* La calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta. Los indicadores de

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

vida pueden ser evaluados objetivamente por indicadores biológicos materiales, sociales, conductuales y psicológicos; además, los aspectos subjetivos pueden verse reflejados a través de los informes de satisfacción personal.

- *Calidad de vida definida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal*, y ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. En este modelo, las personas juzgan su situación objetiva en cada uno de los dominios de la vida mediante la comparación con las normas, basadas en las aspiraciones y expectativas (Felce y Perry 1995).

Las diferentes concepciones de calidad de vida comparten características comunes referidas a sentimientos generales de bienestar, de participación social positiva y de logro de oportunidades personales (figura 2).



Fuente: Borthwick – Duffy 1992, en Felce y Perry 1995.

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

Según la teoría integrante de calidad de vida de Ventegodt et al. (2003), ésta es la combinación de tres aspectos importantes (figura 3):

- *La calidad de vida subjetiva* es el sentimiento que cada individuo posee sobre si tiene una buena vida o no.
- *La calidad de vida existencial* tiene que ver con la percepción que cada uno posee sobre si tiene una vida buena a un nivel más profundo. Se trata de vivir en armonía con su propia naturaleza, por ejemplo de acuerdo con determinados ideales espirituales o religiosos;
- *La calidad de vida objetiva* se relaciona con la forma en que la calidad de vida de uno es percibida por las otras personas. Esa percepción está influida por la cultura en la cual cada individuo vive.

Figura 3. Teoría integrante de calidad de vida. Ventegodt 2003.



El carácter controversial del concepto se ha traducido en amplios debates, cuyo análisis puede ser de gran utilidad para entender el concepto calidad de vida (Aranibar 2001).

Unidimensionalidad versus Multidimensionalidad. En lo más primario, es posible diferenciar dos aproximaciones básicas: la que concibe la calidad de vida como una entidad unitaria, y la que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Esta controversia ha sido ampliamente superada en la literatura. Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto mono-factorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisibles. La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también (Fernández et al. 1992). Este posicionamiento implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales), también habremos de considerar factores socio- ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio, la calidad del ambiente, la satisfacción, factores culturales, las relaciones sociales, el apoyo social, las habilidades funcionales y las condiciones económicas de los individuos.

Carácter subjetivo versus objetivo. Otro tema de debate se refiere al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida; al respecto, existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, los cuales ya fueron mencionados en las páginas 128 y 129. Dentro de esta controversia, se ubican las críticas realizadas a la definición de calidad de vida que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza en 1993, en un intento por lograr un consenso internacional en torno al concepto y a su forma de medirlo; como culminación de dicha crítica, la OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses” (Aranibar 2003).

Fernández Ballesteros nos sirve como guía en la consideración de la calidad de vida como un concepto mixto, con componentes subjetivos y objetivos; por lo tanto, Fernández considera que “un modo de calidad de vida reduccionista –ya sea exclusivamente subjetivo o exclusivamente objetivo– únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso” (1998:2). La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados. Por ejemplo, mientras que podríamos considerar como incuestionable el ingrediente de apoyo social del cual disfruta un individuo, podemos encontrar en el apoyo social un componente objetivo y otro subjetivo; el elemento objetivo se refiere al número de relaciones que un sujeto dado establece o mantiene en un período de tiempo determinado; el eje objetivo hace referencia a la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto en sus relaciones sociales (Fernández 1998). Al respecto Pedrero nos advierte que:

La reducción de la calidad de vida a la subjetividad (percepción individual de un estado de cosas importantes para el sujeto) permite mantener la sospecha de que se puede ser perfectamente feliz en medio de la miseria y la ignorancia (...) de ahí a hacer permanentes las situaciones de felicidad para los pobres, librándolos de los inconvenientes que el bienestar representa, no hay excesivo trecho (...). De ahí la necesidad de las políticas sociales como mecanismos de mediación para la satisfacción de las necesidades básicas y para garantizar el cumplimiento de los derechos sociales de los ciudadanos (Pedrero 2001:7).

De hecho, la realidad muestra que sólo a partir de la posesión de un mínimo de recursos, es decir, cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es posible hablar de calidad de vida en términos subjetivos.

Conceptualización nomotémica versus ideográfica. Otra cuestión implicada en la definición conceptual de calidad de vida se refiere a si es deseable establecer un concepto nomotético o general de calidad de vida, que sea aplicable a todos los individuos o si más bien se trata de una construcción ideográfica, es decir que debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto. En la siguiente cita se sintetiza lo que hemos dicho anteriormente.

Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...) dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes difieran en gran medida; lo

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

que es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones (Fernández 1998:3).

En la definición de los componentes, dimensiones o dominios de la calidad de vida se han utilizado dos estrategias: la teórica y la empírica. Por ejemplo, desde la perspectiva teórica Lawton (2001) elabora como hipótesis cinco aspectos evaluativos: bienestar psicológico, calidad de vida percibida, competencia conductual y entorno objetivo. Por su parte, la OMS, en el año 1993, conceptualiza teóricamente cinco amplios dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno. Sin embargo, diferentes investigaciones han permitido avanzar algo más allá de estas teorías en la concepción de la calidad de vida y sus dimensiones (Felce y Perry 1995; Schalock y Verdugo 2002). Entre las destacadas encontramos:

- *Dominios de bienestar.* Son los estados emocionales de bienestar, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.
- *Variabilidad inter e intra personal* Los dominios de bienestar son entendidos o experimentados de manera diferente por las personas y grupos culturales; por ello, la calidad de vida varía para la persona a lo largo del tiempo y entre diferentes personas.
- *Contexto personal.* Se comprende mejor a las personas en los ambientes importantes para ellos; estos ambientes deben ser vistos como variables para adaptarse a los intereses, necesidades y valores de las personas.
- *Perspectiva de ciclo vital.* La calidad de vida implica una aproximación por etapas de vida, lo que exige que los individuos y los servicios desarrollen políticas y prácticas, en función de los efectos acumulativos del crecimiento de la persona.
- *Holismo.* El modelo de calidad de vida ha de ser holístico en la medida en que, en cualquier momento, diferentes aspectos o dominios de la vida de la persona pueden ejercer una fuerte influencia sobre otros aspectos o dominios.
- *Valores, elecciones y control personal.* Estos conceptos aluden a las elecciones que efectúan las personas y al control personal sobre sus intereses en actividades, intervenciones y ambientes; por eso, la calidad de vida es emancipadora y reconoce diferentes sistemas de valores.

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

- *Percepción.* No se trata de si la percepción que se tiene sobre estos temas es correcta o incorrecta, sino de lo que la persona percibe en un determinado momento. Estas opiniones pueden mantenerse estables, aunque es esperable que experimenten variaciones ante un cambio o una intervención.
- *Auto imagen.* Mejorar la auto-imagen debe ser el objetivo de cualquier programa de calidad de vida, además de proporcionar al individuo ambientes fortalecedores que aumenten sus oportunidades de control sobre distintos aspectos de su vida.
- *Fortalecimiento.* Las ocho ideas antes mencionadas muestran la necesidad de que las personas realicen elecciones y tengan el control personal sobre sus intereses en actividades, intervenciones y ambientes.

Estas nueve ideas fundamentales de calidad de vida nos proporcionan un marco de referencia y orientación a partir de la percepción del individuo y nos permiten centrarnos en los ambientes de cada persona para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, definir empíricamente los contenidos o componentes de la calidad de vida significa preguntar a los individuos acerca de los componentes de su calidad de vida. Usando esta estrategia, Flanagan (1982) define cinco categorías principales: bienestar físico y material, relaciones con otras personas; actividades sociales, comunitarias y cívicas; desarrollo personal; factores socioeconómicos; factores de autonomía personal; satisfacción subjetiva y factores de personalidad. No menos importante es el hecho de que la calidad de vida se expresa en diferentes contextos, es decir las circunstancias en las que se encuentra una persona determinada permiten la explicación –al menos hasta cierto punto– de su calidad de vida particular (Fernández et al. 1996). Lo anteriormente dicho se refiere a que, si bien, es posible aspirar a establecer una serie de componentes comunes a la calidad de vida de una persona o población, estos factores variarán en ponderación (en otras palabras, se les atribuirá una significación diferente) de acuerdo a variables contextuales tales como la edad, el género, la posición social, étnica, etc. Por ejemplo, la salud, componente consensuado de la calidad de vida, puede tener una importancia secundaria para una persona joven sana, sin embargo, para una persona adulta mayor probablemente cobre una relevancia prioritaria.

Ciertamente que esta amplia discusión acerca de la naturaleza de la calidad de vida nos entrega importantes insumos teórico conceptuales que nos ayudan a entender de qué hablamos cuando nos referimos a la calidad de vida de las personas, comunidades y

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

sociedades; sin embargo, es menester acercarse a una definición que permita o facilite su definición operativa. Por lo tanto, considerando los aspectos controversiales antes desarrollados, parece apropiada la definición de los autores delgado de Bravo y Falache, para quienes calidad de vida es:

El grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas éstas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado (Delgado de Bravo y Failache 1993:282).

En otras palabras, la disponibilidad y acceso de la población a los satisfactores es lo que va a permitir cubrir los requerimientos de los individuos, grupos sociales y comunidades, respecto a un determinado componente de necesidad. El balance, entre los satisfactores deseados y los realmente obtenidos, indica el grado de satisfacción de cada componente de necesidad involucrado en el concepto operativo de calidad de vida. Los satisfactores están culturalmente determinados, varían en función de las normas y valores que imperen en un sistema socio espacial dado y en un tiempo determinado (Delgado de Bravo y Failache 1993).

En síntesis, acerca de la conceptualización científica de calidad de vida podemos decir que:

- Es un constructo multidimensional; contiene dimensiones personales tanto como socio-ambientales.
- Ha de contener condiciones e indicadores objetivos y subjetivos.
- Es contextual (en relación con el tipo de población y el contexto socio-cultural).
- Ha de tener una consideración nomotética e ideográfica.
- Exige conocer la teoría implícita de la población a la que va dirigida, en este caso los adultos mayores.

4.4. Calidad de vida relacionada con salud (CVRS)

El origen de este concepto se debe remontar al año 1948 cuando la OMS definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad⁴⁰. Sin embargo, pacientes con las mismas condiciones, en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980, se presenta la necesidad de definir y estudiar la CVRS.

Patrick y Erickson (1993) definen la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

La definición más útil para efectos de esta investigación es la que Naughton et al. (1996) propusieron, unificando las previamente existentes. Según estos autores, la CVRS es concebida como: la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud en la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento, que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (Schwartzmann 2003).

Sin embargo, en la medida en que éste es un campo dinámico, de reciente desarrollo, comienzan a aparecer otros conceptos, no necesariamente compartidos por todos los investigadores, pero que tienen su anclaje en la definición de salud de la OMS de 1948. Es claro que *calidad de vida* es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado

⁴⁰ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2:100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Uno de los aspectos en que hay consenso es que las medidas de CVRS deben reflejar la percepción de las personas legas en la materia, incluidos los pacientes (Schwartzmann 2003). Este nuevo concepto de CVRS incorpora principalmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de los resultados de la salud. La aplicación de nuevas tecnologías con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud ponen de manifiesto la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes.

Los métodos actuales de evaluación de la CVRS se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación

- *La investigación de la felicidad*, proveniente de la tradición psicológica, fue definida por Jones, en el año 1953, como un “constructo psicológico posible de ser investigado” (Jones en Schwartzmann 2003:14). Posteriormente, se llevó a cabo en EE.UU, en el año 1960, el primer estudio nacional para valorar la felicidad de la población el cual mostró que la felicidad y el bienestar no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado (Gurin, Veroff y Feld 1960). Estudios realizados, en la década de los ochenta, mostraron la relación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis (Costa y McCrae (1980).
- *La investigación en indicadores sociales*, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. En 1930, King realiza la primera evaluación de bienestar material y, en los años 50, Ordway introduce por primera vez el término *calidad de vida*, siendo utilizado por influyentes políticos de la época (Schwartzmann 2003). Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos.

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

- *En el área de la salud*, la OMS fue pionera en el futuro desarrollo de la CVRS, al definirla, ya en 1948, como “(...) un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”.

La OMS retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos denominado WHOQOL que avanza en la definición de calidad de vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de calidad de vida de la OMS “WHOQOL-100”, que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas y utiliza metodologías cualitativas, como los grupos focales, para evaluar la pertinencia, para los futuros usuarios, de los aspectos incluidos en la evaluación. La OMS (1994) define calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de CVRS, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

Puntos de consenso de la CVRS (Grupo WHOQOL, 1995)

Las medidas de la CVRS deben ser:

- *Subjetivas*: recoger la percepción de la persona involucrada.
- *Multidimensionales*: relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- *Incluir sentimientos positivos y negativos*.
- *Registrar la variabilidad en el tiempo*: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, ancianidad), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Destacamos el aporte que hace la definición de la OMS, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales, así como también la dimensión subjetiva del constructo CVRS, en donde lo que interesa entender es la percepción que la persona tiene de su enfermedad y no solamente la enfermedad que tiene.

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

Yanguas menciona que la investigación sobre CVRS no ha reparado en cómo los factores externos a la salud, y que están asociados con los incrementos en calidad de vida, afectan a la calidad de vida global y a las preferencias por uno u otro tratamiento. Hay que tener en cuenta que la “investigación sobre CVRS ha afinado mucho en los efectos sobre la calidad de vida de patologías muy diferentes, por lo que, además de las medidas generales, hay una gran cantidad de medidas de calidad de vida específicas para diferentes condiciones” (2006:110). No obstante, para los diferentes niveles de atención en salud puede hacer falta profundizar más o menos en este concepto de CVRS. Así, para el ejercicio de la medicina somática el uso de este limitado concepto puede considerarse un progreso en comparación con la tendencia tradicional a fijarse exclusivamente en la enfermedad y sus síntomas, así como en medidas puramente bioquímicas, fisiológicas y anatómica. Sin embargo, en el campo de la salud mental el concepto de calidad de vida “es sólo útil si se acopla tanto a los factores ya mencionados, como a otros factores del entorno, debido a que los ingresos, la falta de autonomía y el escaso apoyo social están intrínsecamente relacionados con la psicopatología” (Yanguas 2006:111).

Medición de la CVRS

El interés de encontrar indicadores que engloben al hombre en su totalidad (física, psicológica, cultural y social) así como la comprensión de la gran variedad de factores que integran la salud y la CVRS es una constante en la literatura (Figueiredo et al. 2006). Como hemos visto, las definiciones propuestas de CVRS enfatizan, de forma general, la naturaleza subjetiva de su evaluación, enfocando la evaluación individual de cada persona. En realidad el bienestar o el estado de salud de un individuo no pueden ser directamente medidos, sólo es posible hacer inferencias a partir de indicadores mensurables de síntomas o percepciones relacionadas. En este sentido, se verifica un consenso sobre la inexistencia de una medida patrón para la CVRS. Sin embargo, a pesar de las dificultades en cuantificar el concepto de CVRS y transformar las percepciones del individuo en un número, la cantidad de instrumentos para medir la CVRS ha crecido rápidamente. Actualmente, es posible evaluar la CVRS de muchas formas diferentes utilizando medidas genéricas o específicas. Considerando que la CVRS contempla los dominios físico, psicológico y social de la salud, los cuales son influenciados por las experiencias personales, convicciones, expectativas y

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

percepciones, Testa y Simonson (1996) consideran que cada uno de estos dominios puede ser medido en dos dimensiones: evaluando objetivamente el estado de salud y evaluando percepciones de salud más subjetivas. En realidad dos personas con el mismo estado de salud pueden tener niveles de calidad de vida muy diferentes, una vez que las percepciones, expectativas sobre la salud y la capacidad de adaptación afectan la percepción que una persona tiene sobre su estado de salud, su satisfacción con la vida y la CVRS experimentada (Sinclair y Blackburn en Wu 2009).

Las formas más frecuentes para evaluar la CVRS son las entrevistas, los diarios y los cuestionarios. Es cierto que las entrevistas y los diarios proporcionan más información, sin embargo, el cuestionario es la técnica más ampliamente utilizada en la medición de CVRS. En este epígrafe, dedicaremos especial atención al cuestionario de salud SF-36, utilizado en esta investigación para valorar CVRS.

El origen del SF-36 se relaciona con el *The Rand Health Insurance Study* (HIS), desarrollado por Brook y colaboradores en la década del 70 (Brook et al. 1983). Al HIS le ha seguido el *Medical Outcomes Study* (MOS) (Ware y Sherbourne 1992), que ha originado el *Functioning and Well-Being Profile* (FWBP) con 149 ítems (Stewart y Ware 1992). Todos estos estudios se han basado en la definición formal de salud de la OMS, como concepto multidimensional. El SF-36 ha tenido origen en los 149 ítems del FWBP y se debe a Ware et al. (1993).

El SF-36 ha sido traducido y adaptado a diversos países y se han desarrollado normas para la utilización internacional de este instrumento, siendo en la actualidad uno de los más empleados para evaluar la percepción del estado de salud. Ha tenido gran importancia el proyecto IQOLA (*International Quality of Life Assessment*) que incluía como objetivo la validación y adaptación del SF-36 a diversos países: Alemania, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido y Suecia (Keller et al. 1998). En este estudio se ha utilizado la adaptación realizada para España por Alonso et al. (1998), que ha sido aplicada en la población chilena por diversos estudios.

Los 36 ítems del SF-36 se distribuyen en 8 dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. A su vez, estas 8 dimensiones se asocian en dos grandes componentes: componente físico (Función física, Rol físico y Dolor corporal) y componente mental (Función social, Rol emocional y Salud mental).

Las dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. La tabla 7 contiene el número de ítems incluidos en las diferentes sub-escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas.

Tabla 7. Contenido de las dimensiones del SF-36

Dimensión	N° Ítems	Significado de las puntuaciones	
		Peor puntuación	Mejor puntuación
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año.	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año.

Fuente Vilagut et al. (2005)

4.5. *Calidad de vida en la vejez*

La calidad de vida en la vejez “es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad” (Huenchuán 2003:160); si bien en las últimas décadas, este concepto ha sido uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, en relación con el envejecimiento no pierde vigencia y, lo que es más, plantea serios retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. Sandra Huenchuán plantea que el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológica como social, al igual que las diferencias respecto de las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma el hecho de que es preciso identificar los elementos conexos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, otros) y subjetiva (salud, satisfacción, otros).

Para Fernández y Anton existen algunos consensos que pueden ser de utilidad; en primer lugar, se parte de la especificidad del concepto de calidad de vida en personas mayores y aunque ésta, “cualquiera sea el contexto de referencia, tiene aspectos comunes con la de otros grupos de edad, y también tiene un perfil específico en que no intervienen factores que sí son importantes en otros grupos etarios” (1993:79). Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad, lo que ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo vital: la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez (Gómez y Sabeh 2000). Por otra parte, un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Dicho de otra forma, deberían considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones (por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales) (Fernández y Anton 1993).

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

Desde el Laboratorio de Gerontología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, en colaboración con el IMSERSO, se han desarrollado una serie de estudios con el objetivo de producir un concepto operacional de calidad de vida en la vejez, de examinar las repercusiones de la institucionalización y de otros factores sobre la calidad de vida. De las conclusiones a las que llegan destacamos la siguiente:

- Las condiciones que parecen determinar la calidad de vida son: la salud (disfrutar de buena salud), las aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), la actividad (estar activo), los servicios sociales y de salud, la calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), la satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y educativas (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estas condiciones se mencionaron como esenciales para la calidad de vida en la vejez y no variaron según el sexo, edad o estado social de los entrevistados (Fernández 1998).

Como expresa Reig (2000), vivir más y mejor ha pasado a ser la meta básica de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países. Vivir más tiempo exige de las políticas socio sanitarias actuaciones e intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida sanos y comportamientos saludables que retrasen todo lo posible en el tiempo la aparición de problemas de salud.

4.6. Síntesis

Hemos reflexionado sobre los antecedentes históricos y los diferentes acercamientos al constructo de calidad de vida; la literatura nos ha ilustrado que estamos ante un concepto amplio. Sin embargo, considerando los aspectos controversiales desarrollados por diversos autores, para efectos de esta investigación, entenderemos la CVRS como: la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud en la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar (Naughton et al. 1996). La esencia del concepto de la CVRS está en reconocer que la percepción de las personas respecto a su bienestar

Capítulo 4. Calidad de vida relacionada con salud

está ligado a sus propios valores, creencias, su contexto cultural e historia personal, dado que lo que interesa entender es la percepción que la persona tiene de su enfermedad y no solamente la enfermedad que padece.

La percepción de satisfacción de las personas con la calidad de su vida dice relación con la etapa evolutiva en que éstas se encuentran, de esta forma, Fernández expresa que las personas mayores ven determinada su calidad de vida por los siguientes factores: tener una buena salud, las aptitudes funcionales, las condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y de salud, la calidad de su casa y de su entorno, la satisfacción con la vida, y las oportunidades culturales y educacionales (1998).

CAPÍTULO 5: REDES DE APOYO SOCIAL

Las cosas tienden a unirse, a establecer vínculos, a vivir unas dentro de otras, a regresar a ordenamientos anteriores, a coexistir cuando sea posible. Es el curso del mundo.
Lewis Thomas

5.1. Introducción

Este capítulo aborda los aspectos conceptuales de las redes sociales de apoyo y del apoyo social. De este modo, en primer lugar, señalaremos una revisión de la génesis del constructo de redes sociales de apoyo en un sentido amplio, que facilitará adentrarnos en la definición del concepto. En segundo lugar, revisaremos el desarrollo histórico de los puntos principales sobre los que se ha sustentado el progreso de la investigación del apoyo social.

Este breve repaso de la evolución histórica nos facilitará posteriormente el análisis del constructo de apoyo social, con una descripción de las distintas dimensiones que se han establecido a través de su estudio y de los dos principales modelos teóricos. Revisaremos con especial énfasis las investigaciones que relacionan el apoyo social y la salud y la influencia que el avance en el conocimiento del estrés y sus implicaciones ha tenido sobre la conceptualización del apoyo social. Para finalmente, abordar aquellas investigaciones específicas de adultos mayores, que den cuenta de la relación entre redes de apoyo social y vejez.

5.2. Constructo de redes sociales de apoyo

5.2.1. Antecedentes de las redes sociales de apoyo

Las redes sociales han sido objeto de interés de diferentes ciencias y disciplinas, tales como la antropología, la sociología y la psicología. Desde sus orígenes han contado con una gran variedad de definiciones, así como con diferentes tipos de estudios empíricos, y de un modo u otro siempre se les ha reconocido su importancia.

Capítulo 5. Redes de apoyo social

Recordemos a sus pioneros para mostrar cómo lograron realizar una contribución al conocimiento a partir de marcos teóricos diferentes. A principios de los años 30 en Estados Unidos, Jacob Moreno, psicólogo social de origen rumano, sugirió considerar como átomo social, no tanto al individuo, sino al individuo y las relaciones interpersonales de atracción y rechazo que se organizan a su alrededor. Esta visión reconoce, en el campo intelectual de la psicología social, un objeto intermediario entre el grupo, forma elemental del orden social, y el individuo, receptáculo de las pasiones y de la personalidad. Al estudiar una institución de rehabilitación, Jacob Moreno se preguntó por qué algunas jóvenes se escapaban en serie y descubrió que estaban ligadas entre ellas y que formaban una red. En este concepto, Moreno identificó la existencia de relaciones que iban más allá de la frontera de los grupos y les dio una posición teórica precisa. Primero, se trata de un fenómeno estructurado, dichas redes de relaciones, tan informales como puedan parecer, no dejan de estar reguladas, organizadas y estructuradas por principios que es preciso esclarecer. Segundo, atribuyó a dichas redes una función, consistente en permitir una cierta forma de comunicación de la información y contribuir a la circulación de los rumores y, por lo tanto, a la formación de la opinión pública que asegura una función de regulación social. Tercero, son supra-individuales, pero están desligadas de las organizaciones que son capaces de trascender, son informales, pero no informes, y son funcionales (Moreno 1934).

El concepto de red social fue desarrollado por la antropología británica a partir de la segunda guerra mundial como respuesta a las limitaciones del estructural-funcionalismo para explicar las situaciones de cambios en las sociedades tradicionales y los mecanismos de articulación de las sociedades complejas. Veinte años más tarde, se descubre la importancia de ciertos sistemas de relaciones interpersonales.

Fueron tres antropólogos ingleses, Barnes (1954), Bott (1955) y Mitchell (1969), quienes definieron y caracterizaron el concepto de red social. John Barnes fue probablemente el primero en utilizar el término red (network) para describir una pequeña aldea de pescadores noruega, una sociedad intermedia entre el tipo de sociedad habitualmente estudiado por la antropología y las sociedades complejas. A Barnes le interesaron dos cuestiones, el tipo de estratificación social y el funcionamiento del poder, distinguiendo un campo de actividad económica ligado a la pesca, un campo

territorial (vecindad y cooperación agrícola) y un tercer campo que une los dos anteriores.

Este tercer campo no comporta ni unidades, ni fronteras, ni organización de coordinación. Está constituido por los lazos de amistad y conocidos que todo nativo de Bremnes hereda en parte, pero que sobretodo instauro por sí mismo (...) la mayor parte de dichos lazos existen entre personas que reconocen tener un estatus aproximadamente igual, se podría decir que estos lazos constituyen el sistema de clases de Bremnes (Barnes 1954 en De Federico 2008:10).

En 1955, Elizabeth Bott (psicóloga que había estudiado antropología con Warner en Chicago) propone que la segregación de los roles conyugales de los matrimonios urbanos londinenses eran una función de la red social de la pareja. La estructura de relaciones tenía una capacidad explicativa más grande que la pertenencia a categorías sociales o grupos institucionalmente definidos. Posteriormente, Clyde Mitchell (1969) señala que el análisis de redes sociales proporcionaba una visión complementaria de la tradicional, basada en el estudio de instituciones. Sus trabajos se centraban en las redes sociales que se podían delimitar a partir de una persona, ego, y en los diferentes tipos de relación existentes, más que en las propiedades de las redes globalmente consideradas. Los estudios tradicionales continuaban siendo válidos para las sociedades simples pero necesitaban ser complementados por estudios que captasen mejor la fluidez y el cambio que se estaba produciendo.

En la década de los cincuenta y sesenta, las redes sociales eran un objeto de estudio minoritario entre los sociólogos. No obstante, aparecen algunos trabajos importantes como los de Hunter (1953), Blau (1955), Laumann (1966) y Coleman (1988). Se hacen también progresos decisivos, sobre todo en el campo de los métodos y de la conceptualización matemática (Cartwright y Harary 1956).

Aunque las redes sociales, como hemos señalado, existen desde mucho antes de los años ochenta, es en esa década cuando se constata mundialmente su generalización como estructura de relación social. En ésta década, se dieron luz a infinidad de estudios e investigaciones sobre el tema, que fueron a la vez causa y efecto del reconocimiento de su crecimiento e importancia en cuanto forma de interacción social. Las innovaciones más importantes se llevaron a cabo en los campos metodológico,

teórico y conceptual, por un lado, y en el de los métodos, algoritmos y técnicas, por otro, y, con menor intensidad, en el de la recogida de datos y del muestreo (Lozares 1996). Desde entonces a la actualidad, desde diversas disciplinas académicas se ha ampliado la conceptualización inicial ampliando el alcance de sus aplicaciones y desarrollando complejas metodologías para el análisis.

Molina, Teves y Maya (2004) afirman que el final del siglo XX ha presenciado el intento de superación de la dicotomía agencia-estructura, micro-macro, objetivismo-subjetivismo. Los trabajos de Pierre Bourdieu (1977) o James Coleman (1990) son intentos de superar estas dicotomías. En ambos casos, el capital social y las redes sociales son piezas claves de sus propuestas teóricas. Estos intentos de síntesis pretenden, a su vez, superar una profunda división epistemológica sobre la posibilidad del conocimiento de la realidad social: la que parte de la conciencia de los actores y de sus acciones (la sociología weberiana) y la que parte de las estructuras independientes de los actores y las instituciones (la sociología durkheimniana).

5.2.2. Definición de redes sociales de apoyo

El tema de las redes sociales de apoyo es uno de los hallazgos científicos más interesantes, no sólo para explicar cómo se sobrevive en condiciones difíciles sino también para rescatar el valor de lo comunitario y el papel tan importante que juega la interacción social en los procesos de desarrollo humano. Todos tenemos una red social y, prácticamente, en toda red existe una red de apoyo, formada por las personas disponibles o consideradas disponibles por la persona en cuestión, que le proporcionan apoyo emocional, compañía, ayuda instrumental y consejo (Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca 2003).

La categoría red social ha sido definida y problematizada con variaciones conceptuales propias de las disciplinas en cuestión. Al respecto, los investigadores Guzmán, et al. (2003) plantean que es posible distinguir en la génesis del concepto de red social, con respecto a su uso, dos corrientes, una anglosajona y la otra latinoamericana.

En la tradición anglosajona, Lomnitz señala que “todo campo social constituido por relaciones entre personas constituye una red social” (Barnes en Lomnitz 1975:140). Los aportes de Lopata señalan la red informal como un sistema de apoyo primario integrado

Capítulo 5. Redes de apoyo social

para dar y recibir objetos, servicios, apoyos sociales y emocionales considerados por el receptor y el proveedor como importantes (Lopata en Guzmán et al. 2003). Los hallazgos de Cobb (1976) concebían la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional y de información. Otros autores definen a las redes sociales como la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información (Walker et al. en Guzmán et al. 2003). En cambio, Maguire se refirió a las redes como fuerzas preventivas que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales (1980).

Gottlieb (1981) entiende que la red social es la unidad de la estructura social que incluye todos los contactos sociales del individuo, más tarde planteó que tales interacciones conllevaban beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos. Hall y Welman entienden la red social como una serie de nodos (personas, grupos, colectivos, etc.) ligados por uno o más tipos de vínculos (Hall y Welman en Guzmán et al. 2003). Para Bowling, la red es el entramado de relaciones sociales identificables que rodean al individuo, así como las características y peculiaridades de estas relaciones, entendiendo como red social “el conjunto de relaciones sociales que presenta un individuo y que pueden ser facilitadoras de apoyo social, neutras o incluso, dar lugar a efectos negativos” (Bowling 1991:92).

En Latinoamérica, los investigadores Guzmán et al. (2003) señalan que se fue estableciendo también una fuerte tradición antropológica respecto de las redes sociales. Su énfasis se centró en la importancia de las redes sociales como estrategia de reproducción social en aquellos que se encontraban en situación desventajosa (migrantes, sectores populares, mujeres jefas de hogar, desempleados y madres solteras, entre otros).

Un referente importante en Latinoamérica son los trabajos de Larissa Adler Lomnitz, quien analiza redes sociales en contextos de pobreza. En su trabajo sobre la reciprocidad de favores en la clase media urbana de Chile (1971), la autora explica los conceptos y manifestaciones prácticas de la amistad en América Latina, enumera los tipos de servicios prestados en el sistema de compadrazgo, las normas de reciprocidad y su relación con los grados de distancia social (llamada confianza). En México, en su

Capítulo 5. Redes de apoyo social

estudio clásico *cómo sobreviven los marginados*, Lomnitz concluye que “la función esencial de las redes de intercambio, desarrolladas por los pobladores como mecanismo de intercambio recíproco, comporta una respuesta específica a la inseguridad económica propia de la marginalidad”. Más tarde, agregó que también permitían ubicar los vínculos verticales y las relaciones de apoyo existentes entre grupos empresariales, comunidades científicas y las “redes informales en sistemas formales” (Lomnitz 1975:170-171).

Lomnitz (1975) define las redes sociales como el conjunto de relaciones de intercambio recíproco de bienes y servicios en un espacio social determinado. La autora hace una diferenciación importante, en cuanto a tipos de redes sociales, entre red egocéntrica y exocéntrica, que analizaremos más adelante.

Guzmán et al. (2003), siguiendo a De la Peña (2001), plantea que, de alguna manera, la existencia de las redes demuestra que no hay igualdad de oportunidades para todos los grupos sociales y que en la búsqueda de beneficios, incluso entre los más desposeídos, las redes se estructuran y reestructuran para conservar o aumentar los recursos. Al respecto, interesantes son las aportaciones de González de la Rocha (1999a), quién cuestiona el hecho de que se trate de encontrar soluciones, a través de la familia y las redes, a los problemas generados por la adversidad económica recurrente. Lo cierto es que las redes sociales se basan en principios de reciprocidad diferencial que permiten la continuidad y la permanencia de las relaciones sociales. González de la Rocha, retomando a Mingione (1994), argumenta que las redes sociales actúan en contextos específicos, en grupos sociales específicos y son diferentes para hombres y mujeres, como se señala en la literatura anglosajona que ha recuperado la perspectiva de género.

Al respecto, González de la Rocha (1999b) y Estrada (1999) advierten sobre la relevancia del factor reciprocidad para la continuación y permanencia de las relaciones interpersonales de apoyo social.

En Argentina, como en el resto de los países latinoamericanos, los conceptos de redes sociales han sido utilizados en investigaciones en el área de la sociología, política, geografía, historia, trabajo social y aplicado a los estudios de desarrollo comunitario, capital humano y social, organizaciones barriales, transporte y territorio, estrategias de migración, clientelismo político, relaciones interétnicas y económicas. Es así como Elina Dabas, en 1993, organizó un encuentro internacional sobre las redes sociales, que

Capítulo 5. Redes de apoyo social

dos años después deriva en un libro en coautoría con Najmanovich, que lleva por título “Redes, el lenguaje de los vínculos”, mostrando un abanico de posibilidades de acción comunitaria y de organizaciones de la sociedad civil (Guzmán et al. 2003).

Dabas considera las redes sociales “como sistemas abiertos que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales favorecen la potenciación de los recursos que posee” (1995: 45). Desde este punto de vista cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Así, los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común. Sin embargo, un planteamiento valioso es justamente el que aboga por el estudio de las redes, no desde la perspectiva del individuo o la familia, sino desde la misma comunidad. Al respecto, Dabas (1995) hace referencia a movimientos sociales plasmados en redes comunitarias que dan solución a demandas sociales específicas. En la literatura abunda más el enfoque de red social, pero ésta no tiene la misma acepción que red comunitaria, radicando la principal diferencia en que el individuo es el centro, no la comunidad (Guzmán et al. 2003).

Al hablar de redes sociales, está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la configuración de las redes. No obstante, hay que tener presente que la importancia de las redes de relaciones varía en el tiempo y en el espacio; en coyunturas específicas pueden ser muy importantes, pero en otras son menos relevantes (Robert en De Oliveira, Pepin y Salles. 1989); en el caso de América Latina y el Caribe, su vinculación con las estrategias de supervivencia o, en un sentido más amplio, su papel en las estrategias de reproducción social, tiene una importancia fundamental para comprender la existencia de los grupos más desprotegidos de la sociedad. Esto se debe a que, en general, las sociedades latinoamericanas adolecen de escasez de recursos y limitaciones en el ámbito de la protección social y las redes, sobre todo las de reciprocidad, desempeñan un papel relevante en los sectores desfavorecidos al proveer un sistema informal de seguridad social para la supervivencia, que tiende a satisfacer aquellas necesidades no cubiertas por el sistema formal (Estado y mercado). De este modo, el intercambio recíproco surge en respuesta a la escasez y se constituye en un sistema de solidaridad mutua esencial. En palabras de Lomnitz, “las redes actúan

Capítulo 5. Redes de apoyo social

como un seguro colectivo contra las amenazas del sistema formal y como una reserva de recursos, particularmente durante las emergencias” (1994: 161).

No obstante, argumentan Guzmán et al. (2003), es preciso consignar que la motivación principal para formar parte de una red no son sólo las necesidades materiales, ya que las de orden emocional y cognitivo también cumplen un papel destacado, sobre todo en el caso de las personas mayores

Las definiciones de redes sociales, que se han propuesto, son tan abundantes que sería imposible reseñarlas en este espacio. Algunos autores, en la delimitación conceptual del término red social, han establecido la distinción entre red social formal y red social informal (Turner y Tenhoor 1978; Díaz-Veiga 1987; Gracia 1997). Redes informales de apoyo serían “aquellas relaciones sociales que emergen del contexto de forma natural, tales como la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc., y que pueden considerarse, fuentes proveedoras de apoyo emocional, económico, instrumental etc.” (Díaz-Veiga 1987:125-126). Para Turner y Tenhoor (1978), las redes formales de apoyo comprenderían aquellos sistemas proveedores de apoyos organizados institucionalmente y de surgimiento no espontáneo. Este tipo de diferenciación guarda bastante relación con lo que nosotros estudiaremos al centrarnos en las redes de apoyo social informal.

En síntesis, podemos precisar que el concepto de redes sociales es demasiado complejo para ser comprendido desde una perspectiva unívoca. Para los efectos de nuestro estudio con una población de adultos mayores chilenos, rurales indígenas y no indígenas, se entenderá como red social;

una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán et al. 2003:43).

Igualmente en este constructo del concepto nos parece importante distinguir entre los términos red social, apoyo social y red de apoyo.

La red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto de apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña

en esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual. Mientras que el concepto de red social se refiere al conjunto de relaciones sociales, el concepto de red de apoyo, más restringido, hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo (Gracia 1997:24).

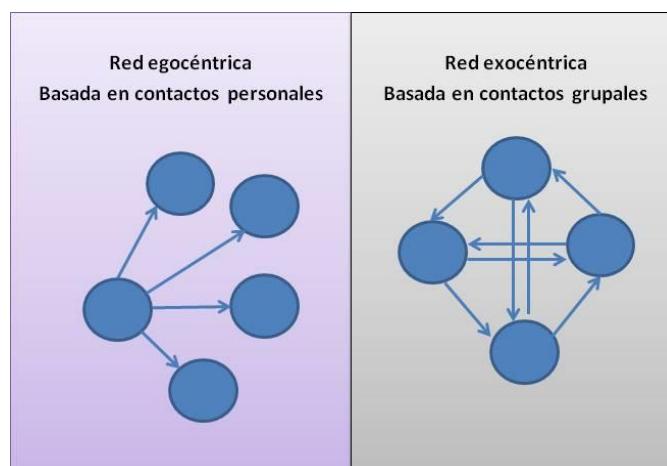
5.2.3. Tipología de las redes sociales

Con respecto a la tipología de las redes sociales, la literatura refiere diversas formas de tipificación y entre los criterios se señalan tipos de interconexiones y tipos de intercambios. En base al criterio de interconexiones, siguiendo a Lomnitz (1971:141), se distinguen dos categorías de redes (figura 4):

- A) *Red egocéntrica* o red basada en contactos personales inmediatos; es el conjunto de individuos con quienes se intercambia recíprocamente bienes y servicios. No incluye relaciones casuales de tipo comercial y se entiende la reciprocidad como un tipo de intercambio que se da en el contexto de una relación social y que presupone una relación económica análoga, por lo menos desde el punto de vista de las principales carencias. Por lo tanto, es un conjunto de relaciones diádicas de intercambio recíproco, en donde la intensidad del intercambio se rige en cada caso por cuatro factores: a) distancia social formal; b) distancia física; c) distancia económica y d) distancia psicológica.

- B) *Red exocéntrica* o red basada en contactos grupales, en donde lo característico no es el intercambio con un individuo determinado, sino el intercambio con miembros de grupos estructurados en torno de agrupaciones y organizaciones de las cuales forma parte. Se favorecen las relaciones poli-diádicas y se basan en el intercambio entre todos los integrantes de la red.

Figura 4. Redes según tipo de interconexión.



Fuente; Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca (2003:45)

De acuerdo con el segundo criterio, el intercambio en las redes sociales, según Polanyi y Dalton), puede ser de tres tipos: a) intercambios *recíprocos* (entre individuos con recursos y carencias similares que se dan dentro de un contexto de sociabilidad o confianza), b) de tipo *redistributivo* (patrón/cliente); es decir, entre individuos de diferentes jerarquías con recursos desiguales, estando estas típicas relaciones de poder inmersas en relaciones personales y en las cuales se intercambia lealtad por protección y c) intercambios de *mercado*, en los que la circulación de bienes y servicios se hace a través del mercado y sus leyes (Polanyi y Dalton en Lomintz 1994:89). La reciprocidad y la redistribución representan formas de intercambio informales, sociales y culturalmente normadas, y se remontan a los orígenes de las sociedades humanas. Estas relaciones y sus formas de intercambio varían de cultura en cultura, tanto en la definición de quiénes son los partners en el intercambio, como en lo que es susceptible de ser intercambiado y en las formas socialmente aceptadas de hacerlo; hay, pues, una estructura social en el interior de la cual se dan estos intercambios (las redes sociales verticales u horizontales), los objetos de intercambio (materiales y morales) y un sistema simbólico que refuerza la estructura de la red y de la sociedad en que ésta se desenvuelve. Es así como en sociedades complejas, el individuo debe manejar los tres tipos de intercambio, reciprocidad, redistribución y mercado, ello implica que éste participa simultáneamente de los tres tipos de relaciones sociales: relación de confianza, de jerarquía y de clase.

Montes de Oca, con respecto al adulto mayor, señala que en la literatura se han distinguido diferentes tipos de redes de apoyo hacia este colectivo, redes que son diferenciales entre hombres y mujeres y que sufren modificaciones en el curso de vida de los individuos, así como también en las etapas de ciclo vital de las familias. Entre las redes de apoyo distingue las siguientes (2006:34-41):

- *Redes familiares de apoyo.* En la base de las redes de apoyo social se encuentra la familia, sea ésta corresidente o no. Numerosos estudios han mencionado que el cónyuge y los hijos son los principales actores de este tipo de red. Sin embargo, las redes familiares se encuentran amenazadas por el descenso de la fecundidad y de la mortalidad que generan una reestructuración de la red familiar, la cual sufre también severas modificaciones cuando se generan movimientos migratorios por parte de sus miembros, con lo cual se espera que en el futuro otras redes sean capaces de apoyar a las personas adultas mayores. Las redes de apoyo familiar presentan diferencias por género, por ejemplo la mortalidad, a través de los diferenciales en la esperanza de vida, provoca que los hombres, al tener una vida más corta, vivan la vejez en compañía más que las mujeres. Por otro lado, los varones solteros y viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en cualquiera de esas categorías.
- *Redes no familiares de apoyo.* Después de la familia, sin lugar a dudas, las redes de los amigos, vecinos y ex compañeros de trabajo pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda. La literatura gerontológica ha mencionado que hay un patrón jerárquico de preferencia ante el trabajo de cuidar o la búsqueda de asistencia. Las personas mayores recurrirán primero a la esposa(o), luego a los hijos adultos, después a los parientes y finalmente a los amigos. Cabe mencionar la importancia de la amistad en la vejez, así como también el que las mujeres tengan y mantengan relaciones de gran confianza sea mayor que la de los hombres. Con frecuencia, los hombres muy ancianos se sienten aislados de sus iguales, ya que, sobre todo en el medio rural, pueden convertirse en el único superviviente varón de su grupo de edad. Por otro lado, las amistades de los hombres siguen basándose en actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo (Scott y Wenger en Guzmán et al. 2003).

Capítulo 5. Redes de apoyo social

- *Redes comunitarias.* Muchas veces las redes familiares y no familiares llegan a formar parte de una red comunitaria. Sin embargo, en otras ocasiones van más allá, estableciéndose dicha diferencia en los niveles de proximidad, la confianza e intimidad, la intensidad de la relación y la reciprocidad entre pares. Mientras las redes familiares y no familiares se establecen mediante relaciones entre individuos, las redes comunitarias se establecen mediante un criterio imaginario de grupalidad. Otra característica de las redes comunitarias es su territorialidad y el sentido de comunidad o pertenencia a un grupo específico en que se comparten características semejantes. La cercanía geográfica o la vecindad puede propiciar la formación de redes comunitarias.
- *Redes sociales e institucionales.* En las sociedades en que existe la concepción de tiempo de ocio, específicamente donde el adulto mayor ya no tiene que trabajar y cuenta con alguna estrategia de sobrevivencia económica, se dispone de tiempo para participar en grupos voluntarios o clubes organizados en torno de las personas mayores. En relación a las diferencias de género, por regla general, en las zonas rurales las mujeres tienden a participar más en actividades comunitarias que los hombres, mientras que en las ciudades son ellos quienes más participan. Scott y Wenger señalan que los niveles de participación son diferentes entre los adultos mayores, de acuerdo con su nivel socioeconómico (Scott y Wenger en Guzmán et al. 2003).

Montes de Oca advierte, además, que en la realidad esta distinción es tan solo analítica, porque en gran medida existe una relación entre unas y otras, y las personas de una red pasan a formar parte de otra; esto implica una dinámica que frecuentemente no es posible de captar, sino con testimonios directos y observaciones durante largos períodos (2006).

Antes de entrar en el análisis de las investigaciones que relacionan salud con apoyo social y precisar la influencia que el avance en el conocimiento del estrés y sus implicaciones ha tenido sobre la conceptualización del apoyo social, resulta conveniente hacer una breve revisión del concepto de apoyo social.

5.3. Constructo de apoyo social

5.3.2. Antecedentes de los apoyos sociales

No es nuestra intención hacer una revisión pormenorizada de las aportaciones al estudio del apoyo social desde épocas pasadas ya muy distantes, porque si así fuera habríamos de mencionar que ya Hipócrates consideraba importantes las interacciones humanas y determinados factores ambientales como íntimamente relacionados con la salud (Dean 1986). Por el contrario, nos limitaremos a aquellos autores considerados pioneros y con aportaciones relevantes a fines de esta investigación.

Desde la segunda mitad del siglo pasado, epidemiólogos y sociólogos han venido prestando cierto interés a los factores sociales que medían el estado de bienestar de las personas. Dichas investigaciones no se centraban en el propio concepto de apoyo social sino en torno a algunos de sus componentes o implicaciones. Es así como en el año 1897 Durkheim, en su clásico estudio sobre el suicidio, llegaba a la conclusión de que dicho fenómeno se daba con mayor frecuencia en individuos con lazos sociales débiles y escasos. Este autor pensaba que determinadas pérdidas de integración social reducían el bienestar psicológico (Durkheim 1985). Asimismo, a principios del siglo XX, los sociólogos se interesan por las consecuencias de la industrialización y urbanización. Junto con el desarrollo económico, se producen simultáneamente problemas de delincuencia, marginación, desigualdad social, conflictos raciales, bolsas de pobreza, etc. Al respecto, Barrón refiere que la sociología muestra cómo, en este tipo de sociedades, se debilitan los lazos sociales, apareciendo fenómenos de soledad, aislamiento y desarraigo. En definitiva, se “rompen las relaciones cara a cara y personales, características del mundo rural” (Bulmer en Barrón 1996: 6).

Faris y Dunham (1939), a lo largo de una serie de investigaciones epidemiológicas centradas en la esquizofrenia, observaron una mayor incidencia de dicho trastorno en zonas más desorganizadas de la ciudad y mayores niveles de esquizofrenia en las zonas de residencia de minorías étnicas. Dichos autores concluían que tanto la confusión sobre normas apropiadas de conducta, como la existencia de barreras o impedimentos a la comunicación entre las personas, así como la dificultad para obtener apoyo y reconocimiento, estaban asociadas con la esquizofrenia.

Capítulo 5. Redes de apoyo social

Investigaciones centradas en demostrar la importancia de cambios vitales recientes en la génesis de la enfermedad fueron las de Hinkle y Wolff (1958). Dichos estudios, centrados en factores situacionales y de personalidad, tuvieron mucha importancia por sus conclusiones, en las que se establecía que la facilitación de niveles de apoyo social adecuados servía para prevenir el surgimiento de enfermedades y que la movilización del apoyo social en personas vulnerables, o con determinados riesgos de padecimiento de enfermedades, atenuaba su ocurrencia e intensidad.

Otras investigaciones que aportaron cierta base teórica al surgimiento del concepto de apoyo social fueron las investigaciones pioneras sobre estrés. Selye (1956), por ejemplo, hablaba de un síndrome general de adaptación y lo interpretaba como el procedimiento a través del cual la persona se enfrenta con estresores ambientales. Sus conclusiones apuntaban en la línea de que cuando el organismo se enfrenta a situaciones estresantes se producen determinados procesos neuroendocrinos. De esta forma se vinculaban la estimulación ambiental con la aparición de la enfermedad.

Posteriormente, French y Kahn (1962), al estudiar los factores que influían en la aparición de enfermedades en el ámbito laboral, concluían que cuatro eran los factores que determinaban el estado de salud: a) las características objetivas del ambiente social; b) las características subjetivas del ambiente social; c) las características de la persona físicas y psicológicas; y d) las características conductuales de la persona.

La importancia de estos trabajos radica en la relevancia que otorgan a lo *subjetivo* y al reconocimiento de ciertas variables como mediadoras en la aparición o desarrollo de la enfermedad (Gottlieb 1981).

Todos estos planteamientos teóricos, algunos de ellos con raíces históricas a fines del siglo pasado, tendrán su evolución, en cuanto a la fundamentación de las bases del estudio del apoyo social, en lo que se llamó la salud mental comunitaria. Esta corriente puso de manifiesto la importancia de los recursos informales de apoyo de la comunidad como elementos potenciadores de la salud mental. Desde este punto de vista más aplicado, se les daba importancia a las repercusiones de los factores contextuales sobre la salud en donde se veía claramente como la mayoría de las personas buscan ayuda para sus problemas emocionales dentro de la familia y de sus redes de amistades,

desdeñando a priori la ayuda de profesionales (Gottlieb 1981; Gurin et al. 1960). De estas conclusiones se pasa a promover el aprovechamiento de recursos comunitarios teniendo en cuenta las posibilidades de los no profesionales como miembros de la red social informal.

El estudio del apoyo social se ve potenciado a raíz de estas investigaciones, fundamentalmente, por tres hechos: a) se pone de manifiesto la eficacia de los no-profesionales en el tratamiento directo, b) los programas de intervención en salud mental lograban mayores éxitos cuando implicaban a personas de la red social del paciente, y c) el deterioro de las redes sociales de los individuos incrementaba la probabilidad de aparición de problemas emocionales en los mismos (Gracia, Herrera y Musitu. 1995). Sin embargo, no será hasta la aparición posterior de los trabajos de dos epidemiólogos, Cassel y Cobb, así como de las aportaciones de Gerald Caplan, cuando se determina definitivamente al apoyo social como protector de la salud, reconociéndose como un tema de gran importancia en la investigación. A partir de ellos, se han estudiado los efectos sobre la salud y el bienestar de distintos tipos de relaciones en sus diferentes niveles de análisis, desde la integración social hasta las relaciones íntimas, pasando por las redes sociales, investigando tanto sus aspectos estructurales como funcionales.

Tanto Cassel como Cobb concebían la relación entre estresores sociales, apoyo social y malestar psicológico como interactiva, sin embargo es Cobb (1976) quién incluye en la concepción del apoyo social su dimensión cognitiva, pues considera de crucial importancia la percepción y la valoración subjetiva que el sujeto tenga de ese apoyo.

En síntesis, podrían establecerse tres líneas de investigación, interrelacionadas entre sí, sobre las que se ha desarrollado el conocimiento del apoyo social.

- a) La que vincula el apoyo social con el continuo salud-enfermedad. Parece fuera de dudas el cada vez más contrastado efecto positivo y protector que genera el apoyo social sobre multitud de parámetros relacionados con la salud, sobre todo a raíz de la adopción del concepto de salud entendido de manera extensiva por la OMS. Existen también múltiples estudios que relacionan la ausencia o debilidad del apoyo social

con el surgimiento o mantenimiento de enfermedades, estados precarios de salud e incluso mortandad.

- b) La investigación de las implicaciones y el surgimiento de las redes de apoyo social en las comunidades humanas, durante los pasados 25 años, ha acaparado la atención de los científicos sociales. Sin embargo, sigue prevaleciendo bastante controversia entre los complejos y relativamente desconocidos mecanismos de funcionamiento de las relaciones humanas.
- c) La que investiga las relaciones entre apoyo social y estrés (Sánchez 1988). Los científicos han examinado extensamente el impacto del estrés en la salud y la mediación en esta relación del apoyo social. Los investigadores se centraron en estudiar los posibles recursos disponibles de un individuo con el suficiente potencial de aminorar las consecuencias negativas que sobre la salud puede tener la exposición a eventos estresantes.

En América Latina, las investigaciones sobre apoyo social siguen dos vertientes: el intercambio de apoyo social de las personas mayores (Barros y Muñoz 2003; Sánchez 1990; Sánchez Ayendez 1994; Arias 2002) y el papel de los cuidadores o cuidadoras (Robles 2002; Vidal 1998; Berruti y Buzeki 2001). En esta investigación nos centraremos en la primera vertiente de estudio.

La investigación sobre el apoyo social es numerosa y diversa, encontrar un consenso en la conceptualización y planteamientos teóricos relativos al apoyo social es una labor compleja e inacabada. A continuación, comenzaremos por adentrarnos en una delimitación conceptual del apoyo social.

5.3.3. Definición de apoyo social

Como se mencionó anteriormente, existen ciertas dificultades al definir un fenómeno como el apoyo social. Tales dificultades proceden de su alta complejidad, de la gran cantidad de componentes con distintas dimensiones y significaciones que en él participan y de la variedad de interpretaciones que cada uno de ellos ofrece. Sin embargo, a pesar de esta diversidad, pueden encontrarse elementos convergentes. Y, ciertamente, si en algo se muestran de acuerdo los investigadores es en el carácter

multidimensional del constructo de apoyo social. Es así como, también, en el estudio del apoyo social es ampliamente aceptada la distinción entre una perspectiva cuantitativa o estructural y una cualitativa o funcional, y la diferenciación entre la percepción y la recepción del apoyo social y las distintas fuentes o contextos donde se produce o puede producirse el apoyo social (Gracia 1997).

Las definiciones integradoras pueden ser las más operativas y completas, aunque no son precisamente las más frecuentes en la literatura. Un ejemplo de ellas podría ser la que entiende el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin 1986; Lin y Ensel 1989). Aunque dicha definición podría tener un carácter introductorio, debemos revisar otras aproximaciones a la delimitación del concepto, así como a las dimensiones fundamentales que pueden estar presentes en una definición integradora.

Caplan postula que los sistemas de apoyo (en su sentido genérico) serían “agregados sociales continuos que dotan al individuo de oportunidades para obtener feedback sobre sí mismo y la validación de sus expectativas sobre los demás”. Y añade dicho autor una aclaración que puede ser relevante “las personas tienen una variedad de necesidades específicas que encuentran satisfacción a través de relaciones interpersonales duraderas (...), manteniendo un sentimiento de bienestar e involucrándose en un rango de relaciones que satisfacen en su totalidad esas necesidades específicas” (1974:4-5).

Gottlieb (1981) entiende el apoyo social como toda clase de intercambio de recursos entre ciudadanos no entrenados en habilidades de ayuda.

Weinberger, Tierney, Booher y Hiner definen el apoyo social como “el modo en que los individuos perciben que las relaciones personales pueden dar cobertura a una variedad de necesidades” (1990: 503). Esta definición introduce y da gran importancia a la percepción y valoración que la persona hace de sus interacciones sociales y del apoyo que puede recibir a través de ellas, aspectos de crucial importancia en el efecto del apoyo social en la salud, como veremos más adelante.

Capítulo 5. Redes de apoyo social

Algunas otras concepciones entienden el apoyo social, en concordancia con lo anteriormente dicho, como una manera de dar cobertura a ciertas necesidades básicas de tipo social que se satisfacen a través de la interacción con terceros. En esta línea, Bowling (1991) define el apoyo social como un principio interactivo merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en que se encuentra inmerso.

Fernández Torres y Díazafirman que “el apoyo social constituye la ayuda que para el individuo se deriva de un determinado entramado o red social” (1992: 177).

Suurmeijer et al. parten de la idea de que el apoyo social tiene un efecto beneficioso en la salud y en el bienestar de las personas y lo definen, siguiendo a Thoits, como,

el grado en el cual las necesidades básicas de una persona son cubiertas a través de interacciones con otras. Las necesidades sociales básicas incluyen afecto, estima o aprobación, posiciones materiales, identidad y seguridad. Estas necesidades deben ser conseguidas a través de ayuda socio-emocional (...) o por la provisión de ayuda instrumental. (1995: 1221).

Doeglas et al. afirman que el soporte social puede ser definido como “un intercambio de recursos entre al menos dos individuos percibidos como el proveedor o el receptor en el que aquél pretende mejorar el bienestar del receptor” (1994:10). El apoyo social se expresaría esquemáticamente a través de dos ideas: a) unas necesidades básicas de la persona y b) las interacciones con otros. Por supuesto, y de acuerdo con el principio ayudador (ayudando a otros te ayudas a ti mismo), el proveedor de apoyo social puede también beneficiarse de las interacciones de soporte aunque ello no sea la intención primaria.

Vemos pues, a través de esta pequeña muestra, que las definiciones que podemos encontrar son variopintas y abundantes. Con intención de poner orden y arrojar luz sobre el propio concepto, algunos autores han hecho esfuerzos por determinar que dimensiones pueden ser las elementales sobre las que gire una definición completa de apoyo social. Tomando en cuenta a Gracia (1997), Barrón (1996), Gracia, et al. (1995) Lin et al. (1989) y Lin (1986) podemos establecer una serie de elementos comunes en todas las definiciones y que, esquemáticamente, podrían ser los siguientes:

▪ **Fuentes del apoyo social**

Lin et al. (1989), así como los otros autores citados, coinciden en señalar una triple vertiente en la que se puede establecer el apoyo social. Estos tres niveles serían el comunitario, el de redes sociales y el de relaciones íntimas. Esta diferenciación coincide con la expresada por otros autores como Gottlieb (1981), quien hablaba de niveles macro, meso y micro en el entorno social. Cada uno de estos tres niveles proporciona al individuo un tipo concreto de apoyo, de esta forma, el apoyo comunitario proporcionaría sentimientos de pertenencia e integración social; el nivel de redes sociales, que incluiría todos los contactos sociales, produciría sentimientos de vinculación y unidad, dependiendo de determinadas características como el tamaño de la red, la densidad, el número de contactos etc.; por último, el nivel de relaciones íntimas sería aquel que queda reservado a los sentimientos de compromiso, a variables más de tipo afectivo y de carácter recíproco.

▪ **Aspectos objetivos-subjetivos**

Los aspectos objetivos harían referencia a las transacciones reales de ayuda, mientras que las connotaciones subjetivas estarían en relación con la percepción que el individuo tiene de tales transacciones. Para Barrón, la polémica entre lo subjetivo y objetivo está en plena vigencia y “quienes subrayan el aspecto subjetivo conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, como percepción de que uno es amado, querido, etc., que tiene personas a quienes recurrir en caso de necesidad y que le aportarán la ayuda requerida (...) En cambio, el apoyo recibido no es ya cognitivo; se evalúa en forma retrospectiva preguntando al sujeto qué apoyo concreto recibió en un momento determinado” (1996:20). Parece lógico pensar que no es el hecho de recibir apoyo lo que resulta concluyente sino la percepción de ese apoyo como adecuado. En este sentido podemos encontrar la existencia de personas que reciben apoyo pero no lo perciben como tal y por el contrario, personas que se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo (Dunkel-Schetter y Bennett 1990). Entre las posibles razones de estas discrepancias Barrón, plantea las siguientes: a) infra o supervaloración del apoyo social recibido debido a percepciones defectuosas o mala memoria; b) existencia de un sesgo optimista que lleve a esperar más apoyo del que luego se recibe; c) el apoyo percibido es menor que el recibido y d) es posible que en un principio el apoyo social percibido y

recibido coincidan pero que con el paso del tiempo el recibido disminuya (Dunkel-Schetter y Bennett en Barrón 1996:21-22).

▪ **Situaciones cotidianas o de crisis**

Esta dimensión, que Lin y Ensel (1989) y Gracia et al. (1995) encuentran destacada y diferenciada en muchas definiciones, diferencia entre apoyo de tipo permanente en situaciones de cronicidad y aquel que se presta en situaciones de urgencia o para atajar una situación crónica.

▪ **Dimensión estructural y funcional**

Tradicionalmente, se ha venido estudiando el apoyo social de acuerdo a diferentes categorizaciones dimensionales que han facilitado su comprensión; de esta manera, si seguimos a Sánchez (1988) y a Kessler, Price y Worthmann (1985), podemos encontrar las siguientes dimensiones o elementos en el apoyo social: a) apoyo afectivo y emocional, elemento éste de suma importancia por sus repercusiones en salud, psicoterapia y grupos de ayuda mutua; b) ventilación o expresión emocional; c) información y consejo; y d) ayuda material. Los mismos autores consideran que las redes sociales son definidas por las siguientes dimensiones: estructural, de contenido y funcional. La estructura de una red social haría referencia a variables constitutivas como su tamaño, densidad, etc. El contenido comprendería las cualidades de las relaciones que conforman los lazos de la red, por ejemplo económicos, familiares, de cooperación, etc. Por último, la función haría referencia a la naturaleza de las interacciones que se dan en la red, por ejemplo el apoyo emocional, el flujo de información, etc. La contribución que una red haga al bienestar, o estado de salud de una persona, dependerá mucho de las características de las dimensiones que la componen. A las tres anteriores algunos autores añaden la frecuencia de contactos, la densidad, la composición, la fuerza de la red o el grado de intimidad de los contactos en el interior de la red, la homogeneidad entre los miembros y la calidad o la percepción subjetiva del apoyo facilitado por la red, distinguiendo en la bibliografía existente dos grandes categorías dentro de las posibles aproximaciones al estudio del apoyo social: a) aquellas dimensiones relacionadas con aspectos cuantitativos o estructurales, y b) aquellas referidas a aspectos cualitativos o funcionales. El primero comprendería aspectos como el número de personas a las que un sujeto puede recurrir en un momento en que se

Capítulo 5. Redes de apoyo social

solicita ayuda, el apoyo material, ayudas cotidianas relacionadas con actividades de la vida diaria, etc., y vendría a constituir la auténtica red social de la persona. En cuanto al segundo componente, el de apoyo funcional, Revilla y Fleitas (1991) le atribuyen un carácter subjetivo y lo refiere a asuntos informales de apoyo que están en la base del bienestar afectivo del individuo, ello incluiría el aporte de amor, reconocimiento, consejo y demás factores que inducen determinados sentimientos en el individuo y que suponen un componente sumamente importante del apoyo social. A esta función cualitativa le atribuye una composición multidimensional que podría ser compleja en cuanto a su determinación. Revilla y Fleitas (1991) distinguen algunas de las características de esta dimensión cualitativa:

- a) Apoyo emocional afectivo, en el que se podrían distinguir tres niveles: 1) las demostraciones reales de afecto, estima, cariño y amor, 2) el recurso de terceros, o lo que es lo mismo la posibilidad de disponer de personas en caso de necesidad, y 3) la percepción subjetiva por parte de la persona de las manifestaciones de apoyo citadas en los dos niveles anteriores.
- b) Apoyo confidencial, por el cual entiende la posibilidad de una comunicación franca, y basada en la confianza, de hechos relevantes, problemas o conflictos entre el individuo y los miembros de su red social.
- c) El apoyo informativo abarcaría aquellas interacciones de la persona que le permiten acceder a informaciones o consejos importantes, gracias a estas comunicaciones se puede entrar en mejor contacto con el ambiente familiar, comunitario y laboral, propiciando de paso algo tan importante como la integración social de la persona.

Weinberger, Hiner y Tiernet (1987) y Weinberger et al. (1990) señalan que existe un acuerdo general en que los sistemas de apoyo social están relacionados con la provisión al individuo de apoyo sobre necesidades emocionales, materiales y de información y coinciden en interpretar la doble perspectiva de estudio del apoyo social en estructural y funcional.

Barrón se refiere al apoyo social como un meta-constructo, con tres elementos conceptuales, que se relacionan en un proceso dinámico de transacciones entre el sujeto

Capítulo 5. Redes de apoyo social

y su ambiente: a) recursos de la red de apoyo, entendida como una parte de la red social más amplia a la cual la persona acude en busca de ayuda para manejar las demandas que afrontar o para conseguir determinadas metas; b) conductas de apoyo, se refieren a los intentos de ayudar a las personas; c) evaluaciones de apoyo, se trata de las valoraciones subjetivas de los elementos anteriores que adaptan distintas formas: sentirse querido y satisfacción con el apoyo recibido (Vaux en Barrón 1996:23).

Todos los conceptos que encontramos en la literatura, referente al apoyo social, pueden centrarse en una u otra de las dimensiones analizadas anteriormente. Aquellas definiciones que comprenden a la mayoría de las dimensiones pueden entenderse como integradoras y suelen ser más operativas debido fundamentalmente a su contenido comprensivo. A pesar del consenso que existe en relación al concepto de apoyo social como un concepto multidimensional, cuya presencia o ausencia afecta a la salud de los individuos, en este trabajo nos identificamos con la definición expuesta por Martínez y García (1995), integrando los puntos de vista de autores como Lin (1986), Lin y Ensel (1989) y Dunkel-Schetter y Benet (1990) entre otros.

Se reconocería como apoyo social todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos, pertenecientes a las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor (Martínez y García 1995: 67). De este modo, el fenómeno apoyo social debe entenderse como un constructo caracterizado por los atributos beneficiosos y/o protectores que proporcionan las relaciones sociales.

Esta última definición integradora termina de delimitar operacionalmente el campo conceptual del apoyo social. A continuación, sin embargo, revisaremos el vínculo entre apoyo social y salud.

5.4. Salud y apoyo social

Existe abundante literatura que pone en relación el apoyo social y diversos estados de salud y bienestar. De hecho, la mayoría de las investigaciones sobre el apoyo social han planteado su estudio a través de los efectos más o menos directos sobre el continuo

salud-enfermedad. En este sentido, una de las definiciones importantes de salud fue la que promovió la propia OMS en el artículo primero del acta de su constitución del año 1948. Esta definición supuso un hito en el momento de su formulación, dado que era la primera vez que un organismo de esa envergadura concebía la salud como algo más allá de la ausencia de enfermedad. Sin embargo, y a pesar de su impacto en las ciencias de la salud y de la no poca controversia generada, su implantación y el desarrollo de sus implicaciones ha sido muy posterior, permaneciendo todavía incompleto en muchos ámbitos, sobre todo sanitarios. Tal definición ha sido revisada en múltiples ocasiones, entre otros motivos, por el afán de comprender la salud como un estado y no como algo dinámico, móvil y en constante cambio en las personas. En relación con lo anteriormente dicho, la enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico-ecológico y social, o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto; este proceso terminará por producir una perturbación de la fisiología y/o anatomía del individuo (San Martín 1985).

Autores, como Cassel y Caplan, aportan ideas relevantes en torno al apoyo social y su relación con la salud; por un lado, Cassel (1974) sostiene que los cambios en el ambiente social pueden alterar la resistencia de los individuos hacia la enfermedad, debido a las alteraciones metabólicas que desencadenan, ya que la falta de señales o de información relevante, por parte de relaciones sociales (en especial las referidas a personas significativas y próximas para el individuo), puede constituir el origen de la enfermedad. Asimismo, Gerald Caplan (1974) merece especial atención en el vínculo apoyo social y salud por sus aportes e ideas sobre las funciones protectoras del apoyo social sobre la salud. A lo largo de sus investigaciones destacó la importancia de los grupos primarios en el bienestar, de tal manera que cualquier persona podría ser fuente de apoyo para otras, al menos en tres de las siguientes modalidades: a) ayudara la gente a movilizar sus propios recursos, b) compartir tareas y c) proporcionar ayuda material, información y consejo bajo condiciones de exposición a estresores. Estas tres funciones podrían resumirse en guía cognitiva, apoyo emocional y apoyo material. Caplan consideraba además que el apoyo social debe considerarse como parte necesaria e integrante de las terapias en salud mental, al igual que suyas son también las propuestas de grupos de ayuda, formación para profesionales etc. (Caplan 1974).

Diversos estudios han mostrado que tanto factores funcionales como estructurales de las redes de apoyo social pueden predecir el riesgo de mortalidad. Las investigaciones indican que existe mayor probabilidad de muerte, a corto y medio plazo, para individuos que se encuentran socialmente poco integrados o para aquellos que han sufrido deterioro en sus relaciones sociales (House, Umberson y Landis 1988; Schwarzer y Leppin 1991). Se ha comprobado que el poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la salud, así como el riesgo de mortalidad posterior al alta (Irvine et al. 1999).

Las redes sociales y el bienestar psicológico han sido estudiadas profusamente, mostrando la incidencia de la falta de redes y soporte social en la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de los adultos mayores que viven en hogares particulares (Antonucci Fuhrer y Dartigues 1997; Forsell y Winblad 1999; Chou y Chi 2001; Vanderhorst y Mc Laren 2005) como en el de los que viven en residencias para mayores (Doyle 1995). De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital (Aquino et al. 1996; Arias 2004; Yoon y Lee 2007; Phillips et al. 2008), así como con el bienestar en el final de la vida de enfermos terminales (Prince-Paul 2008). Asimismo, las investigaciones han demostrado la repercusión positiva del apoyo social en la seguridad económica (Huenchuán 2002), las relaciones interpersonales (Barros y Muñoz 2003) y el nivel de satisfacción con la vida familiar (Sánchez Ayendez 1994). Además Montes de Oca ha mencionado que es un hecho demostrado que las personas que reciben un apoyo social en términos de conversaciones telefónicas, visitas con amigos, familiares, vecinos y participación en actividades sociales gozan de mejor salud (Miguel Krassoievitch en Montén de Oca 2006: 33). Aunque el efecto del apoyo social en el continuo salud-enfermedad parece evidente y numerosas investigaciones se han centrado sobre él, no existe todavía unanimidad al considerar las explicaciones de ese efecto positivo de las interacciones de apoyo. Veremos a continuación los principales acercamientos teóricos.

5.4.1. Modelos teóricos del apoyo social

Convencionalmente, se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del

individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. En esta investigación nos centraremos en el segundo modelo de efecto de amortiguación. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador) (Castro, Campero y Hernández 1997).

Modelo del efecto directo. Bajo este modelo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés (Cohen y Syme 1985; Cohen y Wills 1985; Berkman 1985; Barrón 1996). Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos están formulados de manera excluyente y son los siguientes: a) el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad; b) el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud (Castro et al. 1997). Asimismo Castro et al. (1997) señalan la importancia de algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo. Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés. En esta misma línea, Barrón señala que esta hipótesis en su versión más extrema postula que cualquier incremento en el nivel de apoyo social producirá un incremento del bienestar o una mejora de la salud, independientemente de los niveles iniciales de apoyo social (1996:31). Sin embargo los datos empíricos muestran que esto sólo ocurre cuando los niveles iniciales de apoyo social son mínimos (Cohen y Syme 1985). En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud (Berkman 1985; Cohen y Syme 1985).

Modelo del efecto amortiguador. Frente a la hipótesis anterior, este modelo postula que el apoyo social interviene como variable mediadora en la relación entre estrés y enfermedad (Cohen y Wills 1985; Cutrona, Russell y Rose, 1986; Parker y Barrett 1987); es decir, supone que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en aquellos sujetos con un bajo nivel de apoyo social. Sin embargo, según esta hipótesis “en ausencia de estresores, el apoyo social no influye en el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto del estrés” (Barrón 1996:32). Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante lo que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud (Castro et al. 1997).

Los modelos, antes expuestos, a pesar de la gran evidencia empírica a favor de ambos, no por ello están libres de problemas conceptuales y metodológicos. En este sentido, Barrón, siguiendo a Vaux (1998), señala dos dificultades principales. A) En primer lugar, algunos factores dificultan la integración de los hallazgos y la comparación de los resultados, como por ejemplo la propia complejidad del constructo, que provoca que los diferentes estudios se centren en diferentes aspectos del mismo, la diversidad de las medidas utilizadas, la diversidad de las muestras investigadas, los distintos estresores estudiados, las numerosas variables dependientes utilizadas (ansiedad, depresión, sintomatología psiquiátrica, estados de ánimo, etc.), así como también la variedad de diseños. Sobre la base de lo anteriormente dicho, no es de extrañar que en algunos estudios se reflejen efectos directos mientras que en otros se otorgan efectos protectores. B) En segundo lugar, el autor se plantea hasta qué punto es posible probar el efecto directo, puesto que se basa en situaciones en que no hay estrés. En este sentido, cabe recordar las tensiones de la vida diaria, que nos lleva a plantearnos si existen realmente situaciones libres de estrés, con lo cual la distinción efecto directo/ efecto protector está

más clara en el contexto de los estresores dramáticos que en aquellos casos de las demandas cotidianas (Vaux en Barrón 1996:32-33).

En suma, a pesar de la controversia que hemos revisado en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos (Castro et al. 1997). Al respecto podemos señalar que: a) el apoyo social juega un papel importante para el bienestar psicológico, con independencia del nivel de estrés padecido según el modelo de efecto directo; b) el apoyo social tiende a intensificar su papel cuando los niveles de estrés son relativamente altos; c) la importancia y extensión de ambos efectos oscilará según el nivel de influencia de variables como la pertenencia a grupos o la valoración, según el tipo de conceptualización y evaluación del constructo llevadas a cabo, e incluso según el tipo de discurso metodológico empleado en su exploración (Turner 1983). La intensa investigación suscitada ha dado lugar a conclusiones divergentes y que parecen no negar ninguna de las funciones sugeridas.

Finalmente, debemos mencionar que la felicidad está correlacionada con las redes sociales. Cuando una persona es feliz, los amigos cercanos tienen una probabilidad del 25 por ciento mayor de ser felices ellos mismos. Además, las personas que están en el centro de una red social tienden a ser más felices en el futuro que las situadas en la periferia. A partir de lo expuesto y coincidiendo con la referencia de Clemente, se podría afirmar que “los seres humanos, de todas las edades y sin distinción de género, son más felices si confían en tener a su alcance personas que les brinden apoyo, compañía, amor, ayuda, etc., en los distintos momentos de la vida” (James et al. en Clemente 2003:53).

5.4.2. Apoyo social y estrés

En este epígrafe repasaremos la definición de estrés y el proceso mediante el cual opera, fundamentándonos en que el modelo de efecto de amortiguación está basado en el estrés. Éste surge cuando el individuo ha de enfrentarse a una situación ante la que no dispone de respuestas adecuadas de afrontamiento. En ese caso, la situación se percibe como amenazante, peligrosa o con implicaciones de pérdida lo que da lugar a un

Capítulo 5. Redes de apoyo social

síndrome de activación o ansiedad general mantenido durante bastante tiempo, denominado estrés (Lazarus y Folkman 1986).

Cassel (1974 y 1976) y Cobb (1976) comprobaron que cuando las personas se enfrentan con acontecimientos vitales estresantes, su salud puede sufrir consecuencias negativas. Sin embargo, dichos efectos negativos podrían ser amortiguados si el individuo dispone de apoyo social. Al investigar el efecto perjudicial de determinados factores ambientales sobre la salud, Cassel observaba diferencias significativas entre individuos sometidos a los mismos estresores, deduciendo que tales diferencias podrían deberse a otros factores intervinientes. Cassel proponía que los factores contextuales eran capaces de alterar ciertos procesos metabólicos que redundarían en la enfermedad, y en ese proceso pernicioso es donde tendría su influencia el apoyo social (Fernández, Torres y Díaz 1992). Dos son las aportaciones más relevantes de este autor: a) la determinación del efecto del ambiente social en el desarrollo de la enfermedad y b) la importancia de determinantes sociales que pueden ser de gran ayuda en la protección de la salud (Gracia et al. 1995).

Barrón (1996) señala que, desde el modelo de amortiguación, se entiende que el apoyo social podría incidir de distintas formas sobre la reducción de los efectos perniciosos del estrés en la salud y el bienestar. Las dos formas más básicas serían en el plano preventivo y en el enfrentamiento del evento estresante. En el primero de los casos se estaría afectando la percepción del evento estresante y en el segundo ayudando a manejar sus consecuencias. Al respecto, el apoyo podría jugar un rol en diferentes puntos de la cadena que enlaza estrés y enfermedad o pérdida de bienestar (Cohen y Mckay 1984; Stroebe y Stroebe 1996):

- a) En primer lugar, la mera pertenencia a grupos y la disponibilidad de una red social eficiente puede dar lugar a una reducción de la probabilidad de ocurrencia de eventos vitales estresantes. La pertenencia a grupos incrementa la probabilidad de que un individuo reciba información que le permita evitar o prevenir la ocurrencia de estresores amenazadores de su bienestar.
- b) En segundo lugar, el apoyo social podría tener un efecto en cuanto a la reducción de la vulnerabilidad personal frente al evento estresante. Este efecto positivo podría

darse en dos momentos diferentes: 1) el apoyo podría intervenir entre el evento estresante y la reacción distresante derivada, atenuando o previniendo la respuesta al estrés percibido y 2) el apoyo adecuado puede incidir entre la experiencia del estresor y el resultado pernicioso, reduciendo o eliminando las reacciones conductuales, cognitivas y emocionales al estrés o por influencia directa sobre procesos psicológicos concretos. El apoyo social podría aliviar el impacto de evaluaciones estresantes proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida del mismo, tranquilizando al sistema neuroendocrino para que la persona pierda reactividad al estrés percibido o facilitando comportamientos saludables (House, Umberson y Landis 1988; Barrón 1996; Stroebe y Stroebe 1996). Una vez que la pertenencia a grupos y el apoyo social disponible no han podido evitar la ocurrencia del evento vital estresante, ni afectar al proceso de su percepción, el apoyo social puede incidir en el proceso de afrontamiento. En ese proceso de afrontamiento, el apoyo social básicamente puede prevenir procesos fisiológicos o controlar cambios conductuales que afectan a la salud y al bienestar.

- c) La ayuda deberá dirigirse hacia la recuperación de los efectos causados por el estresor si lo anterior no resulta eficaz. Este apoyo podrá materializarse por un lado en una motivación para el cambio, sobre todo a partir de un apoyo de tipo informativo y emocional, y por otra parte, en un incremento de la capacitación del receptor en orden a hacer frente a la situación generada por el evento estresante. En este sentido, un apoyo de tipo material que fomente o de lugar a nuevas habilidades podría ser muy útil. En esta fase no basta con la percepción de disponibilidad de apoyo, sino que éste ha de materializarse para poder ser efectivo, además, el apoyo aquí tendrá que producirse contingentemente al problema o perderá su efectividad, a diferencia del apoyo dirigido a prevenir la ocurrencia del estresor o el centrado en reducir la vulnerabilidad, los cuales no tienen necesariamente que estar vinculados temporalmente a la ocurrencia del evento estresante.

5.4.3. Redes de apoyo social en el adulto mayor

Los adultos mayores es el grupo en torno al cual se centra nuestra investigación, por lo tanto es pertinente mencionar algunos hallazgos en el conocimiento de las redes sociales de apoyo en este colectivo. Clemente (2003) menciona que, en esta etapa, se observa la

Capítulo 5. Redes de apoyo social

coexistencia de tres factores, cuyos efectos acumulativos contraen la red social personal del adulto mayor:

- a) La muerte, migración o debilitamiento de los miembros reduce los vínculos existentes.
- b) La disminución progresiva de las oportunidades, así como de la motivación para establecer nuevos vínculos, dificulta la renovación de la red social.
- c) El decrecimiento de la energía necesaria para mantener activos los vínculos disminuye la posibilidad de conservar la red social.

La misma autora señala que una fuerte reducción de la red en la vejez realza y, a veces, sobrevalora las relaciones que quedan, ejemplo de ello reside en la relación conyugal, que se transforma en la más central de todas las relaciones, sostenida a veces por los cuidados mutuos. Resulta interesante mencionar que esta relación conyugal es definida con mayor frecuencia como más central, importante y determinante por los varones que por las mujeres. Ellas definen con mayor frecuencia como más esenciales las relaciones que han mantenido a través del tiempo con amigas cercanas y hermanas. Estudios realizados por Arias (2009) evidencian que los adultos mayores, aún después de su jubilación, o de su ingreso a una residencia, poseen redes muy amplias y suficientes e incluso llegan a incorporar nuevos vínculos durante esta etapa de sus vidas.

En esta etapa del ciclo vital, en la cual los contactos extra-familiares se reducen, “las relaciones entre progenitores mayores e hijos adquieren una dinámica nueva y compleja cuando se convierten en cuidadores de los padres.” Sin embargo, los hijos también son receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación etc.) e instrumental (ayuda financiera, en las labores de la casa, crianza de los nietos, etc.) proporcionado por personas de edad avanzada (Sussman en Clemente 2003:45). En esta misma línea, estudios realizados en Chile por Huenchuán y Sosa, muestran “la existencia de un flujo igualmente importante de apoyos recibidos y dados por las personas adultas mayores” (2003:134). Asimismo, mencionan que las personas mayores cumplen una función de ayuda material en la que entregan no sólo servicios, comida, ropas, sino también dinero, siendo los corresidentes los principales destinatarios de tales respaldos. Los

Capítulo 5. Redes de apoyo social

beneficiarios del apoyo de los hombres son generalmente sus parejas, en el caso de las mujeres son sus hijos.

Antonucci y Jackson (1989) se interesaron en el análisis diferencial del apoyo proporcionado por familiares y/o amigos, manifestando que la ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas, en cambio el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye, además, a favorecer la integración social del adulto mayor.

Los datos existentes indican, en términos generales, que, para las personas mayores, la familia y los amigos constituyen los dos focos más importantes de recursos sociales. Cuando el intercambio recíproco con personas que constituyen el entorno social próximo no es posible debido a problemas de autonomía y/o salud, se observa que los últimos contactos que se pierden son los familiares y, cuando esto ocurre, se pone en juego la salud psicofísica del individuo (Díaz Veiga 1985).

Los amigos o amigas, en general, corresponderían a una fuente secundaria de apoyo, a quienes se recurre en busca de determinadas necesidades como la ayuda cognitiva, principalmente. Esa fuente, al parecer, cobra mayor importancia en personas que tienen escasas relaciones familiares (Barros 1994; Barros y Muñoz 2003). Las ideas existentes sobre la amistad varían según el estrato socioeconómico: “en los estratos más bajos se percibe un cierto temor frente a la amistad, hay desconfianza y reticencia a entablar relaciones de amistad profundas. Sin embargo, una fuente importante de apoyo está constituida por los amigos o amigas cercanas (Barros 1994).

Las investigaciones han mostrado, ampliamente, la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así como las implicaciones que la integración social tiene sobre su bienestar y salud integral. Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez (Arias y Scolni 2005).

Capítulo 5. Redes de apoyo social

Finalmente, queremos mencionar algunas de las variables socio demográficas en relación a las redes sociales de apoyo documentadas en estudios del adulto mayor.

Edad. Se menciona que, en las relaciones sociales de los adultos mayores, el componente emocional es mucho más importante que en las relaciones que mantienen los jóvenes, situación que se atribuye a que la red social de estos últimos cuenta con más miembros periféricos; en la red social de los jóvenes los vínculos tienen un menor compromiso afectivo durante un periodo de tiempo mucho más corto, mientras que la red de los adultos mayores se circunscribe a familiares y amigos íntimos, en donde el compromiso afectivo es muy importante. Sin embargo, en cuanto a la proporción de familiares y amigos que integran la red, Lang y Cartensen (1994) observan que los adultos mayores y jóvenes informan proporciones similares.

Género. Los resultados obtenidos en diferentes estudios coincidieron, en términos generales, en que las mujeres poseían fuentes de apoyo más diversificadas que los hombres (Antonucci 1985). Los hombres mayoritariamente daban más importancia a las relaciones familiares que a las de sus amigos, mientras que la mitad de las mujeres daban a ambas similar importancia (Barros 1994). En distintas situaciones de enfermedad ellas recibían ayuda del esposo, familiares y amigos, mientras que los hombres contaban casi exclusivamente con la ayuda del cónyuge (Chapell Segall y Lewis 1990). Entre los familiares, las mujeres tenían más ayuda de los hijos y los hombres de las esposas (Brennan y Moos 1990; Kade y Mc Daniel 1990) y en comparación con los hombres viudos, las mujeres viudas contaban también con más apoyo de los hijos (Seelbach 1977). Asimismo, varios autores informaban que las mujeres tenían redes sociales de apoyo más amplias y proveían apoyo a otras personas en mayor medida que los hombres (Kahn 1983). Con respecto a la satisfacción con la red, las mujeres se mostraban más satisfechas con los amigos y con el matrimonio, que los hombres (Antonucci 1982).

Estado Civil. Se ha demostrado que “los cónyuges constituyeron la fuente primaria de compañías de proximidad íntima y de bienestar y el hecho de estar casado se asociaba en grado muy elevado con la satisfacción en la vejez” (Quinn et al. en Scott y Wenger 1996:223). Asimismo, las viudas presentaban un mayor grado de aislamiento que las

Capítulo 5. Redes de apoyo social

mujeres casadas, tanto por la falta de apoyo de no parientes como de amigos (Petrowsky 1976).

Educación. Destacamos la influencia de la educación sobre la red social de apoyo, constatada en una investigación llevada a cabo por Muchnik y Seidmann (1999), quienes argumentaban que a mayor nivel educacional mayor tamaño de la red social y, por ende, menor sentimiento de soledad y aislamiento, tanto social como emocional.

En suma, el funcionamiento de la red de apoyo está relacionado con “la calidad de vida y el estado de ánimo en la vejez, con la amistad, el nivel de confianza, el apoyo social, el estado civil y el aislamiento social, así como con la salud, los recursos personales y el tipo de barrio en que vive el adulto mayor” (Wenger 1992 en Scott y Wenger 1996: 221).

5.5. Síntesis

El apoyo social es un concepto que comúnmente se comprende de manera genérica e intuitiva. Ahora bien, cuando se trata de pasar de esta idea general a la concreción y especificación de concepto, es cuando surgen las divergencias. La revisión de la literatura acerca del tema y la comparación de las definiciones que de este concepto se han propuesto hacen evidente los diferentes tipos de apoyo social que pueden existir y los diversos componentes que lo constituyen. A partir de aquí es inevitable cuestionarse sobre cuáles son los tipos o formas de apoyo social especialmente relevantes y con efectos importantes sobre el estrés, la salud o la relación entre ambos. Igualmente en este constructo del concepto nos parece importante distinguir entre los términos red social, apoyo social y red de apoyo. La red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto de apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña en esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual (Gracia 1997: 24). De este modo, el apoyo social debe entenderse como un constructo caracterizado por los atributos beneficiosos y/o protectores que proporcionan las relaciones sociales.

Aunque el efecto del apoyo social en el continuo salud-enfermedad parece evidente y numerosas investigaciones se han centrado sobre él, no existe todavía unanimidad al

Capítulo 5. Redes de apoyo social

considerar las explicaciones de ese efecto positivo de las interacciones de apoyo. Al respecto se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

CAPÍTULO 6: LOS MAPUCHE EN EL MUNDO CONTEMPORÁNEO

*"En este suelo habitan las estrellas.
En este cielo canta el agua de la imaginación.
Más allá de las nubes que surgen de estas aguas
y de estos suelos nos sueñan los antepasados.
Su espíritu dicen es la luna.
El silencio su corazón que late."*

Elicura Chihuailaf

6.1. Introducción

Este capítulo aborda algunas esferas de la vida de los mapuche en el contexto contemporáneo, en particular, haremos mención a aquellas comunidades localizadas en la región de la Araucanía, situadas al sur de Chile. En primer lugar hacemos una presentación general de la situación actual del pueblo mapuche. Posteriormente, revisamos algunos elementos centrales de la cosmovisión de este pueblo. En tercer lugar, nos abocaremos a sus concepciones de salud y enfermedad, así como también a la sanación mapuche, el rol de la Machi y sus acciones frente a la enfermedad.

Finalmente, exponemos una breve descripción de los principales hitos históricos que tienen relación con su organización social, señalando los efectos que aquellos han provocado en la estructura social actual del pueblo mapuche.

Los ámbitos abordados en este capítulo no pretenden ser una exposición exhaustiva, ya que debido a la complejidad del tema sería imposible sintetizarlo en breves líneas, pero al menos queremos esbozar los ejes socioculturales fundamentales del pueblo mapuche para la mejor comprensión de su conocimiento y praxis en torno a la categoría de calidad de vida.

6.2. Contexto: datos básicos sobre la población mapuche en Chile

Los mapuche constituyen la tercera sociedad indígena más numerosa de América del Sur (después de los quechuas y aymaras) y el pueblo mayoritario en Chile con un total de 692.192 habitantes de acuerdo con el censo de 2002, cifra que corresponde al 4,0% de la población total del país (15.750.096). Conforme la Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2009 (Ministerio de desarrollo social 2010), la población que se autentifica como perteneciente a pueblos indígenas alcanza 1.188.340 personas, lo que equivale al 7% de la población del país, de los cuales sólo el 11,4% reside en zona rural.

Los mapuche se distribuyen preferentemente en el sur de Chile, – en los sectores rurales de la regiones de BíoBío, La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos – hoy debido a un largo proceso de migración forzada, su presencia es fuerte también en distintas comunas y barrios de la ciudad de Santiago, capital del país. En términos generales es posible afirmar que la población mapuche que habita los sectores rurales vive en comunidades de entre cincuenta a doscientas personas agrupadas en familias nucleares y extendidas dedicadas usualmente a la agricultura, crianza de aves, ganado, pesca y recolección para la subsistencia y en alguna medida para la venta en mercados locales. Tales actividades se complementan, en los últimos 20 años, con trabajos remunerados temporales en empresas forestales y frutícolas, así como también con la inserción de población mapuche en órganos de gobierno donde ejercen actividades como mediadores interculturales. Los mapuche mantienen complicados vínculos con la sociedad chilena, así como relaciones de parentesco y rituales entre las distintas comunidades ubicadas en la zona centro sur del país.

Las denominaciones mapuche, *wenteche*, *nagche*, *pewenche*, *lafkenche* y *williche* corresponden a auto denominaciones construidas a partir de criterios de localización y vínculos con un espacio territorial particular, pero que al mismo tiempo, envuelven prácticas socioculturales que presentan ciertos matices en relación al uso del lenguaje, a los modos de organización ritual, patrones alimenticios, tipos de vivienda y vestimentas, entre otras cosas, las que en definitiva definen diferenciaciones intraculturales dentro de un mismo pueblo: el mapuche. En este caso, dentro de la categoría genérica de mapuche, la propia población distingue los *wenteche* como aquella población que se sitúa en los valles de la región de la Araucanía; a los *nagche*, o también denominados

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

abajinos por la literatura especializada como quienes ocupan las planicies del territorio que hoy corresponde administrativamente a la Provincia de Malleco; los *pewenche* como aquellos que habitan los sectores de pre-cordillera y cordillera de la zona sur del país; a los *lafkenche* como quienes desarrollan sus vidas en estrecho vínculo con el mar, y a la población *willliche* ubicada territorialmente al sur de la región de la Araucanía.

Desde el punto de vista de los indicadores tradicionales de salud, la población indígena presenta un perfil epidemiológico diferenciado, vale decir, los pueblos indígenas no siguen las tendencias nacionales en términos de tasas. Como lo indican Oyarce y Pedrero:

nuestra hipótesis de trabajo es que existe una carga genética que interactúa con la posición de marginalidad en la estructura social y con los modos de vida de los pueblos indígenas, lo que configura una exposición diferencial a diversos factores de riesgo y de protección que deben ser estudiados localmente y considerando una perspectiva histórica (2009: 5).

Las conclusiones generales que entregan la serie de estudios epidemiológicos con enfoque sociocultural, impulsados desde el Ministerio de salud, realizados en áreas etnográficas representativas de la diversidad cultural a nivel nacional indican que “se verifica el patrón de sobremortalidad, en todos los grupos de edad en el marco de un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en que persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud”. (Oyarce y Pedrero 2011: 67). Así, los diagnósticos epidemiológicos comparativos realizados con población indígena y no indígena indican que la sobremortalidad “es evidencia de la discriminación estructural que sufren los pueblos indígenas al interior de una sociedad que, en pleno siglo XXI, todavía presenta rasgos coloniales. Estos rasgos se manifiestan en la consecuente exclusión de los pueblos indígenas y que hoy, en el marco de los derechos colectivos específicos de los pueblos indígenas, sólo se puede interpretar como una brecha en la implementación de los derechos a la salud y la vida” (Oyarce y Pedrero 2011: 39).

6.3. *El cosmos mapuche*

Según la filosofía mapuche, con el propósito de lograr un orden descriptivo y totalizador del cosmos, el ser humano ha erigido marcos de referencia conceptuales; la observación empírica de los elementos sobresalientes del universo, tales como espacio, tiempo y materia, le ha permitido establecer entre dichos elementos relaciones significativas. La cosmovisión, recién descrita, está integrada a un contexto cultural y social; en palabras de Howard Roberston, “las cosmologías que el hombre ha construido, en diversas épocas y lugares, reflejan, inevitablemente, el medio ambiente físico e intelectual en el cual ha vivido, incluyendo, sobre todo, los intereses y la cultura de la sociedad particular a la cual él ha pertenecido” (Howard Roberston en Grebe, Pacheco y Segura 1972: 46).

Foerster señala que, posiblemente, en Chile los mapuche sean de “los pocos grupos o sectores que manifiestan con tanta claridad que su identidad y su ser (inseparable de las condiciones de vida de la tierra –mapu– los animales, la naturaleza) se ligan, hasta confundirse, con lo sagrado (las divinidades, los antepasados)” (1995: 11).

De acuerdo a lo que señala Armando Marileo, para llegar a comprender en su real dimensión al mundo mapuche, como un mundo particular y distinto, es recomendable no emitir juicio ni concepto desde lo occidental. A través del tiempo, los mapuche “llegaron a determinar y explicarse la estructuración de su propio mundo, es decir, lograron comprender, articular e interrelacionar todos y cada uno de los elementos que conforman el mundo en que viven” (1995: 91). Dicho en otros términos, consiguieron comprender los diferentes modos de vinculación que existen entre la persona, su territorio y el medio ambiente natural que los rodea, así mismo, definieron y establecieron la existencia de poderes y espíritus sobrenaturales y reflexionaron en qué medida estos tienen influencia e impactos positivos y/o negativos en el hombre.

Siguiendo el planteamiento de Marileo, existiría una tierra central llamada nag-mapu, “espacio visible donde habita el hombre y la naturaleza, y en cuyos extremos existen otras tierras: el Wenu mapu y el Minche mapu” (Marileo 1995: 92). La experiencia, vivencia y relaciones con el mundo posibilitaron a esta sociedad comprender que la existencia del mundo mapuche es posible gracias a la permisión otorgada por “el gran espíritu denominado el mapun, elchen, ngenemapun o ngenechen, quien conforma una

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

familia divina llamada kuse, fúcha, ülcha o weche”, (Marileo 1995: 92) que se reproduce y proyecta en la familia mapuche contemporánea a través de las figuras de los ancianos, las ancianas, el hombre joven y la mujer joven. De acuerdo con este autor, la conformación del cosmos mapuche está estrechamente relacionada con la concepción de territorio que este pueblo maneja. El wall mapu se conformaría por medio de la demarcación de un círculo en el cosmos, que configura la unión del lugar donde el cielo y la tierra se encuentran abarcando los cuatro puntos cardinales; de este modo, el Wall mapu constituye la base fundamental donde se sustenta la cultura y la naturaleza de este pueblo.

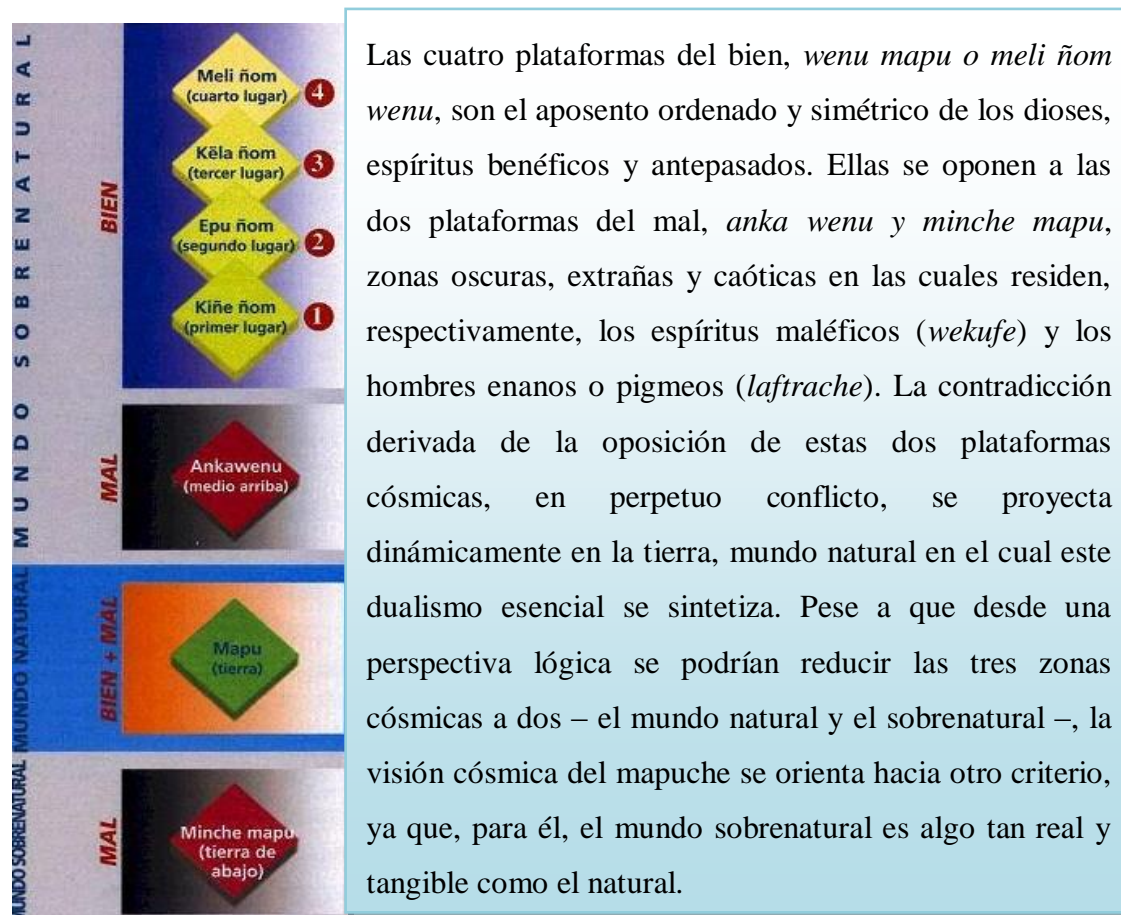
El wall mapu, vale decir el universo mapuche, está compuesto por los che (personas) y por los pu newen (fuerzas). Caniullán (2000) destaca, en este sentido, que en el mundo mapuche todas esas fuerzas poseen el mismo valor, ninguna es superior a la otra, incluso se encuentran en el mismo nivel que los propios che. Por otro lado, Marileo señala que estas fuerzas se pueden manifestar a través de distintas formas, siendo común que se apoderen de los vientos. Según este autor, los vientos, como fenómenos naturales y sobrenaturales, permiten una orientación en el diario vivir puesto que el curso de los vientos, tanto en el sueño como en el mundo natural, pueden pronosticar una situación calificada de buena o de mala. Otro elemento que cobra relevancia para el mundo mapuche es el sol, que es aquel que orienta y determina la vida mapuche y la naturaleza (Marileo 1995).

Por otra parte, desde la perspectiva de las investigaciones antropológicas en torno de la cosmovisión mapuche, se plantea que este pueblo concibe el cosmos como una serie de plataformas estratificadas y superpuestas en el espacio. Estas plataformas son cuadradas y de idéntico tamaño. Se crearon en orden descendente en el tiempo de los orígenes, tomando como modelo la plataforma más alta, recinto de los dioses creadores. En consecuencia, el mundo natural es una réplica del sobrenatural y plantean una concepción del cosmos vertical y horizontal, que analizamos a continuación (Grebe 1998).

Concepción vertical del cosmos

El cosmos se compone de siete plataformas cuadradas estratificadas y superpuestas en el espacio cósmico. Dichas tierras representan dominios controlados por potencias sobrenaturales, tanto benéficas y constructivas como también maléficas y destructivas. Estas plataformas cuadradas definen la ubicación de las tres zonas cósmicas: cielo, tierra e infierno (figura 5).

Figura 5. Concepción vertical del cosmos



Fuente: María Ester Grebe (1998)

En este sentido, “para el hombre religioso, lo sobrenatural está indisolublemente ligado a lo natural, puesto que la naturaleza expresa siempre algo que la trasciende” (Grebe et al. 1972:49).

En suma para Grebe, la visión cósmica mapuche es dualista y dialéctica: el *wenu mapu* contiene sólo el bien (tesis); el *anka wenu* y *minche mapu* representa el mal (antítesis); y en la tierra (*mapu*) coexisten el bien y el mal en una síntesis que no implica fusión, sino

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

yuxtaposición dinámica. La verdadera polaridad tiende a la unión, y la conjunción de dos fuerzas opuestas es una condición necesaria para conseguir el equilibrio cósmico dualista (1984). El cosmos se compone de un sistema de oposiciones complementarias, así, la existencia del cosmos se mantiene por la existencia de polos que, siendo diferentes, se necesitan el uno al otro, o más bien no puede existir el uno sin el otro. La vida sólo tiene sentido con la muerte, el hombre con la mujer, la noche con el día, la izquierda se concibe en dirección de la derecha, entre otras posibilidades (Grebe 1998). Al respecto Roelf Foerster, menciona una “serie de oposiciones complementarias cuyo simbolismo estaba asociado a la moralidad religiosa. Para él, el principio ordenador del sistema fue el de izquierda y derecha; esta oposición daría la orientación de sagrado/profano, bien/mal, superior/inferior, etc.” Además, introdujo un principio jerárquico en donde el orden izquierdo contenía las categorías inferiores y el derecho las superiores (Faron en Roelf Foerster 1995:57-58). Sin embargo, para Foerster, este es un ámbito en el cual queda mucho por investigar, ya que las lógicas clasificatorias del universo mapuche son enormemente mucho más complejas que las simples oposiciones de bien/mal o izquierda/derecha. Pero independientemente de cuáles sean los ejes pertinentes del sistema, lo que debe quedar claro es que para el mapuche todo fenómeno, acontecimiento, cosa, objeto, etc. estarán contenidos dentro de una totalidad. Éste es un punto que nadie discute.

A diferencia de lo que describen los intelectuales mapuche antes citados, Rolf Foerster (1995), describe una ordenación cuatripartita del cosmos mapuche: 1) *Wenu mapu* (tierra superior), 2) *Anka Wenu Mapu* (tierra intermedia), 3) *NagMapu* (tierra de abajo) y 4) *MincheMapu* (tierra inferior). Además de esta ordenación cuatripartita, señala que el cosmos mapuche se estructura en un "arriba" y un "abajo". La región del cielo, *wenu mapu*, está ocupada por un conjunto de deidades que tiene a la cabeza a *Ngüinechen*, (dueño de los hombres). Esta deidad es poseedora de atributos opuestos como masculino-femenino y viejo-joven

El *mapu* al ser el mundo real, la superficie de la tierra, la plataforma intermedia entre el mundo de los dioses, lo de arriba y el mundo de los espíritus malignos, lo de abajo, se constituye en una alternativa entre lo bueno y lo malo, pero el *mapu* no es solo una zona de fricción entre ambas fuerzas, sino que es el marco de referencia entre los mapuche y

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

su mundo, la fuente originaria del saber: los animales, las plantas y los ancestros (Dillehay 1990).

Foerster menciona que no existía constatación etnográfica acerca del cosmos descrito. Incluso hoy, esta representación vertical es rechazada por algunos investigadores mapuche como Curaqueo quien plantea que “las distinciones cielo, medio cielo, tierra y bajo tierra tienen una analogía con las categorías cristianas de cielo, purgatorio, tierra e infierno”. Para él, este eje no existe entre los mapuche, donde más bien la clasificación tiene un sentido horizontal, a través del cual el muerto no asciende, sino que camina hasta llegar al lugar donde llega después de haberse purificado, *kulchenmayeu* (1980:29-30). Sin embargo, otros como Alonqueo confirman esta visión: “su espíritu de Machi se remontará al séptimo cielo, allá donde está su gran protector que le dio el ser y el poder” (1985:51). Dillehay, en sus investigaciones, confirma los hallazgos de Grebe y colaboradores, especialmente en lo referente a la organización espacial del mundo *wenu mapu*, señalando que “en la actualidad pocos mapuche recuerdan la ubicación jerárquica y de status de los dioses mayores, de los espíritus y de los antepasados” (1990:98).

Según los planteamientos de Ñanculef (1990), la visión de mundo de este pueblo radica en dos dimensiones que se entrecruzan en un punto central, que señala una visión egocéntrica: a) una es la visión vertical, que se amalgama con la horizontal al señalar que las diferentes plataformas que la componen son tierras de cuatro esquinas; de este modo, el universo en la totalidad de su ancho y alto tiene una explicación coherente para la visión de este pueblo, que imita la creación de la plataforma divina, buscando en ello emular el poder sobrenatural que se refleja en el mundo que habitamos; b) otro prisma que permite visualizar la cosmovisión de esta cultura es la visión horizontal que revisaremos a continuación y que habla de los cuatro puntos (cuatro esquinas), que justamente se refleja en la división de las cuatro familias regionales del pueblo mapuche: *pikunche* (gente del norte), *williche* (gente del sur), *lafkenche* (gente del mar) y *pewenche* (gente del piñón). Puntos que tienen un encuentro en un lugar central, que para este pueblo es el mismo lugar donde ellos viven, el grupo denominado mapuche (*gente de la tierra*).

Como constatamos hasta aquí, y como veremos más adelante, la comprensión de la concepción vertical del cosmos mapuche, así como de su cosmovisión en general,

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

resulta ser un tema complejo. Por un lado, los autores citados enfatizan en la idea de que se trata de un campo de conocimiento que está en abierto y, por lo tanto, es necesario avanzar y profundizar en las investigaciones. Por otra parte, la bibliografía revisada evidencia claramente las diferenciaciones que existen, por un lado, entre los estudios desarrollados por investigadores formados en el mundo occidental y, por otro lado, las reflexiones que se realizan desde marcos referenciales nativos por parte de quienes han vivido, crecido y reflexionado respecto de su propia cultura y su propio mundo. Hay, en este sentido también, un llamado por parte de estos últimos actores a evitar partir desde los preconceptos clásicos del mundo occidental cristiano al momento de aproximarse al estudio de la cosmovisión mapuche, puesto que desde la perspectiva de los intelectuales mapuche estos generarían interpretaciones equivocadas de su realidad pasada y presente.

Concepción horizontal del cosmos

El mundo “real”, o *mapu*, está ordenado horizontalmente en base a los cuatro puntos cardinales. De ahí que la plataforma terrestre, el mundo de los mapuche, sea la “tierra de las cuatro esquinas” (*meli esquina mapu*), o también llamada “tierra de los cuatro lugares” (*meli witrán mapu*). Esta organización se establece a partir del ciclo solar diario que parte como punto de referencia con el “este”, donde nace el sol en la cordillera de los Andes, para terminar en el “oeste”, en el mar, donde se pone el sol (Grebe 1984). Foerster posteriormente corrobora lo planteado por Ñanculef (1990) en relación a la visión etnocéntrica del cosmos mapuche, donde convergen los cuatro puntos cardinales (1995). Dillehay, por su parte, añade que cada uno de los niveles verticales, tiene su dimensión horizontal orientada por los cuatro puntos cardinales. Cada punto cardinal representa un grado menor de lo bueno, partiendo del este como punto de referencia inicial. Las superficies verticales se intersectan unas a otras a través de la dirección este-oeste. “Al ascender los planos, un ancestro pasa desde la esquina ubicada en la parte este (muy bueno) hacia la esquina de la parte oeste (muy malo) del próximo nivel más alto hasta que se alcanza el mundo del *wenu mapu*” (1990:90).

Los testimonios recibidos por Grebe (1998) se agrupan en dos alternativas, de acuerdo con la diferente colocación espacial de la plataforma cuadrada (figura 6).

Figura 6. Concepción horizontal del cosmos.

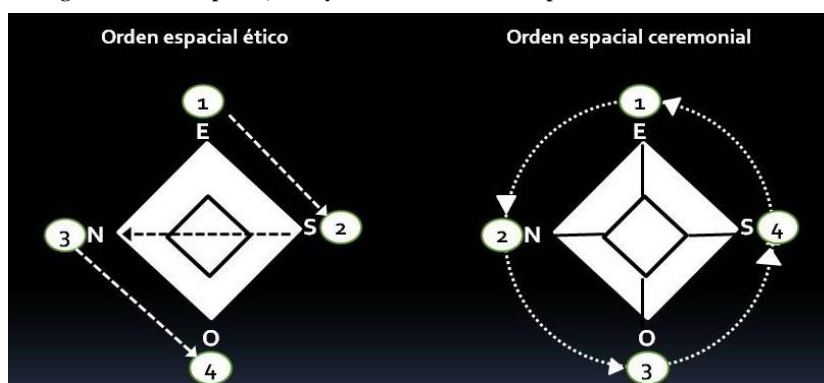


Fuente; Grebe María Ester 1998

La alternativa A es predominante entre los testimonios y es apoyada por un sabio mapuche, “porque la hoja de aquí abajo tendría que ser, de alguna manera, parte ángulo o triángulo” (Grebe et al. 1972: 53). En cualquier caso, ambas alternativas poseen una clara y hermosa analogía con el antiquísimo dibujo pintado sobre la membrana del *kultrún* (tambor chamánico mapuche que representa un microcosmos simbólico, que analizaremos más adelante). Ambas alternativas coinciden en colocar en el centro del cuadrilátero terrestre el *anën mapu* (tierra donde estamos sentados), denominado también la tierra de nosotros o el medio de la tierra. Los mapuche consideran que ellos residen en ese trozo de tierra por mandato de los dioses. Esta concepción horizontal del cosmos “tiene profundas raíces telúricas americanas conectadas con mitos de génesis u origen, en donde la división del cosmos en cuatro sectores corresponde, pues, a la división del universo en cuatro horizontes, hecho que se repite en diversas culturas y continentes” (Eliade 1998: 50).

De esta concepción horizontal del cosmos mapuche derivan dos tipos de orden espacial: uno ético y otro ceremonial. A los puntos cardinales se les “asigna un orden jerárquico guiado, respectivamente, por la oposición del bien y mal y por el movimiento circular contrario a los punteros del reloj a partir del este, que impera en el ceremonial religioso y profano”. En la figura 7 se ilustra ambos órdenes, tomando como punto de referencia la plataforma terrestre (Grebe et al. 1972: 54).

Figura 7. Orden espacial, ético y ceremonial en la concepción horizontal del cosmos



Fuente; María Ester Grebe 1998

Orden espacial ético. Se le asigna un orden jerárquico a los puntos cardinales y connotaciones de bondad y maldad que surgen tanto de la experiencia racional como de lo mágico-religioso, así podremos ver la íntima relación que hay entre sus vivencias, el contexto natural y geográfico en que habita y el mundo sobrenatural como un todo estructurado. Dichas asociaciones se organizan conforme se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Puntos cardinales y simbología

Puntos cardinales	Asociación Bien-mal	Elementos empírico- racionales	Elementos mágico-religiosos
ESTE (<i>puel mapu</i>)	Muy bueno	Buen viento, buen aire o brisa, buen tiempo, buen día, buen trabajo, buena cosecha, abundancia, salud.	Dioses, espíritus benéficos, antepasados, rogativa a los dioses, ayuda divina, buena suerte.
SUR (<i>willi mapu</i>)	Bueno	Bonanza: sol, buen viento, buen aire o brisa, buen día, buen trabajo, buena cosecha, salud.	Buena suerte.
NORTE (<i>piku mapu</i>)	Malo regular	Viento norte, mal tiempo, lluvia, agua, trueno, temporal, heladas, rocío, enfermedad, muerte	Mala suerte.
OESTE (<i>lafkén o nau mapu</i>)	Muy malo	Oscuridad, viento malo, temporal, maremoto, lluvia mala, nieve, heladas, ruina del cultivo, enfermedad grave, muerte.	<i>Wekufe</i> (espíritu del mal), mala suerte, mal.

Fuente; Grebe María Ester 1998

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

En el centro del mundo real, espacio plano, orientado y por lo tanto jerarquizado, se encuentra viviendo el pueblo mapuche en el llamado *Rañin Mapu* (tierra de nosotros o el medio de la tierra), desde allí establece una relación con su territorio a partir de él mismo: para situarse no necesita referencias adicionales a las de él mismo, siendo la única referencia necesaria su vivienda, la *ruka*⁴¹. Ésta se ubica con preferencia en lomas y a la orilla del agua, a distancia visible de otras de manera de prestarse ayuda; la ubicación en la altura los protege de la humedad y les permite mirar todo su dominio.

Nada puede comenzar, hacerse, sin una orientación previa, y toda orientación implica la adquisición de un punto fijo. Por esta razón el hombre religioso se ha esforzado por establecerse en el centro del mundo. Para vivir en el Mundo hay que fundarlo, y ningún mundo puede nacer en el caos de la homogeneidad y de la relatividad del espacio profano (Eliade 1998:22).

Cabe hacer notar que los mapuche, desde antes de su incorporación al Estado Chileno y hasta nuestros días, experimentaron y experimentan procesos de transformación sociocultural que han tenido impactos significativos en sus modos de vida (planos espiritual y material) y, por tanto, en sus estilos de organización social, en las maneras de interpretar y comprender el mundo, así como en los modos de interactuar con el mundo natural. No obstante, al mismo tiempo, los mapuche han reaccionado, y respondido desde marcos culturales de referencia propios a estas alteraciones. Dicho en otros términos, la continuidad de los pueblos indígenas ha dependido precisamente de los modos específicos, a través de los cuales ellos se transforman (Sahlins 1997).

Aun cuando la mayoría de los mapuche hoy día han dejado de vivir en rukas, de hablar el mapudungun (lengua nativa de los mapuche) de manera extendida y mantienen estrechos lazos con la sociedad chilena participando de sus instituciones, es posible plantear que “estamos frente a fenómenos emergentes de creatividad simbólica, así como también a crecientes procesos de reflexividad cultural, que dan origen a mecanismos y estrategias de reinención cultural y redefinición identitaria, siempre desarrollados dentro de recursos simbólicos propios” (Albert 2002).

⁴¹Vivienda tradicional mapuche

Orden espacial ceremonial. Tiene también un desarrollo circular orientado según el movimiento contrario a los punteros del reloj a partir del punto cardinal “Este”. Es evidente que dicho orden ceremonial nos transfiere a otro nivel de análisis en el cual el espacio y el tiempo están íntimamente enlazados. En efecto, al realizarse las actividades ceremoniales, ellas transcurren en el tiempo y sirven como una medida temporal según el número de veces que se repite el giro circular completo. Esto ocurre en ocasiones en el orden de lo profano, de la vida cotidiana, como el servir los alimentos o la bebida (mate, chicha, vino o *mudai*), siguiendo el mismo orden y sentido del giro ceremonial. En forma más destacada aún, en ceremonias rituales religiosas, tales como el *ngillatun* (ritual de fertilidad) y el *neikurrewén* (ritual post iniciático de la Machi⁴²), en los cuales las danzas y giros de los bailarines y jinetes siguen también el orden de la ruedecilla, repitiéndose en múltiples pares crecientes. Así, el tiempo es percibido a través del eterno retorno del giro circular alrededor del árbol cósmico que representa el centro del mundo y la representación de este centro es el *rewe*, tronco tallado que representa una escalera de comunicación entre las distintas plataformas, que se ubica a la entrada de la *ruka* (*axis mundi*), y en el *ngillatuwe* centro ceremonial, espacio donde el *ngillatun* acontece. Es interesante señalar que en este orden espacial temporal se repite el movimiento que algunos mapuche asignan al sol: "viaja por el día de este a oeste y por la noche de oeste a este, por debajo de la Tierra" (Grebe et al. 1972: 57). En el mismo sentido, cabe observar la similitud formal de la vivienda mapuche tradicional (*ruka*), tanto en su contorno general como en la distribución de su mobiliario alrededor del fuego con la ruedecilla antedicha y su giro circular. “La vivienda tradicional mapuche, como la de muchos otros pueblos, tiene su puerta siempre orientada al Este, pues por ese lugar viene la vida (*liwe*), el poder (*newen*), la salud y lo bueno” (Aukanaw 2003: 126) (figura 8).

⁴² Agente principal de cosmología y vida religiosa mapuche encargada de curar enfermedades comunes y dotada para sanar enfermedades espirituales.

Figura 8. Ruka mapuche



Fuente: Grebe et al. 1972

En la vivienda tradicional no existen las ventanas. Las otras aberturas que la comunican con el exterior son las salidas del humo, que se convierte en un axis mundi, un camino de comunicación con el mundo superior.

Merece ser destacado, como fue dicho con anterioridad, que las viviendas mapuche hoy día no responden al modelo tradicional de la ruka, por el contrario, lo que se observa, de modo general en las comunidades mapuche, son las viviendas de subsidio otorgadas por el Estado, las que, en algunos casos, han sido construidas intentando incorporar algunos elementos de la arquitectura mapuche, en especial aquellos que tienen que ver con la espacialidad y circularidad. Ahora bien, a través de una observación más profunda respecto de la situación actual del pueblo mapuche es posible constatar la tendencia de las familias mapuche por ubicar las viviendas respetando la posición de la puerta en orientación hacia el Este, punto que como vimos es asociado por los mapuche a situaciones relacionadas con el bien, con lo positivo, por ejemplo, con tener buena salud.

a) Concepción material del cosmos

Todas las plataformas del cosmos son hechas de la misma materia de la plataforma terrestre. Algunos testimonios recogidos por Grebe y colaboradores lo confirman;

Las hojas son como tierra. Igual como campo. Así mismo...creemos que estamos igual que aquí; "las cuatro hojas de arriba (del meli ñom) están hechas igual que el mapa, pero to'o, to'o güeno". Y un tercer más anciano agrega; "En esas cuatro hojas creo de que

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

todo hay. Cuando lo largan a uno, lo dan y allá está el embudo que los da, que los mantiene a nosotros. Si hay un embudo que los da los granos, que lo' da lo' porotos, que lo' da lo' animales. Allá arriba creo que está. Todo tiene que haber. Allá no hay pobreza como se ve mucho aquí (...) En igualdad (...) Un *mapu* abundante. Por eso tenemos que rogar allá arriba, para que lo que hace falta aquí, para que aquí llegue (...) Y los que viven allí manejan el animal, manejan la herramienta para defenderse. Manejan el *kimiün* (la sabiduría) para que a uno le den una sabiduría y de lo que le hace falta. Muchas veces por no saber lo abusan y lo friegan a uno. Entonces, de allá viene una, para defenderse: una herramienta (1972:57).

Este elocuente párrafo nos revela una raíz profunda del pensamiento mapuche. La pobreza en que se debaten, unida a la dura lucha por la supervivencia y la subsistencia, ha reforzado esta concepción material y concreta del más allá como una respuesta desesperada frente a la injusticia social y económica que por mucho tiempo ha predominado en su hábitat. A la escasez, deprivación, desigualdad e injusticia en la distribución de bienes materiales existente en la plataforma terrestre, se opone la abundancia, satisfacción, igualdad y justicia imperante en las cuatro plataformas de la tierra alta. Esta oposición revela nuevamente la esencia dualista del pensamiento mapuche. La vida terrestre y la sobrenatural forman una pareja de oposiciones, una antítesis dual. Frente a la imposibilidad de mejorar su situación actual en el mundo terrestre -en el cual se ha consolidado un sistema injusto- ellos reaccionan buscando refugio en su cosmovisión como única solución existencial posible (Grebe et al. 1972:57).

El orden del cosmos mapuche implica, entonces, una integración de las regiones cósmicas, puntos cardinales, astros y regiones terrestres, todos los cuales se relacionan simbólicamente, a través del color y sus connotaciones éticas, con la pareja de oposiciones básica bien-mal (Eliade 2010).

El mundo espiritual de los mapuche se fundamenta principalmente en el culto a los espíritus de los antepasados (míticos o reales), y a espíritus y/o elementos de la naturaleza. Estos espíritus no corresponden a divinidades, como comúnmente se entiende en el mundo occidental. Tampoco en la religiosidad mapuche más antigua existe un espíritu principal que sea considerado “Dios” supremo, creador del universo y del hombre; si bien la palabra *Ngünechen* generalmente viene traducida como Dios, esta relación Dios-*Ngünechen* se trataría de una equivalencia forzosa, creada por los

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

misioneros cristianos en los siglos XVII y XVIII, con el fin de hacer más comprensible el concepto cristiano. Por lo tanto, la creencia en un ser superior y omnipotente, antes del contacto con el cristianismo, es un tema muy discutido, actualmente se cree en *Ngünechen* (dueño de la gente). Este ser superior está formado por cuatro aspectos, pero antes de la influencia cristiana en esta cultura, sus características habrían correspondido a espíritus individuales e independientes. La familia originaria o espiritual, que se refleja en la familia mapuche, está compuesta por *kuze* (la anciana), *fücha* (el anciano), *üllcha* (la mujer joven) y *weche* (el hombre joven) y éstos poseen tierras, pájaros, animales, habitan en una *ruka* y viven a la manera de los hombres.

En la visión mapuche, Dios o *Ngünechen* está más allá de las denominaciones de género, está relacionada a otra forma de comprensión, como lo corroboran las palabras del padre capuchino Noggler en su libro *Cuatrocientos años de misión en la Araucanía*, donde él señala que *Ngünechen* es hombre y mujer al mismo tiempo (1983), por lo cual es llamado(a) Padre/*Chaw* y Madre/*Ñuke*, Anciano/*Fücha* y Anciana/*Kuze*.

El hecho de mencionar determinados atributos de *Ngünechen* o Dios -al referirse a Él en espacios diferenciados- ha servido para que, en general, los antropólogos definan al pueblo mapuche como politeísta. Esas denominaciones sólo muestran la fuerte vinculación de este pueblo con la naturaleza y dejan en evidencia que para los mapuche los distintos aspectos de la vida están integrados. El mapuche no es politeísta, el ser mapuche dispone de un sistema religioso ligado a la naturaleza, ya que en las religiones indígenas tanto la tierra, como el lago, el mar, los volcanes, las cumbres de las montañas, la luna, el sol, las nubes son considerados como vivos, pero no por la idea del animismo o panteísmo, sino en cuanto hay en ellos acciones y efectos de vida. En otras palabras, para los mapuche esos elementos de la naturaleza no son dioses. No obstante, el mismo autor agrega que la forma de la religiosidad mapuche ha dado pie a muy diversas y erróneas interpretaciones y apreciaciones hechas por antropólogos de reconocida trayectoria, lo que a su vez ha inspirado y orientado a muchos investigadores del sistema religioso mapuche (Curivil 1995).

El paso de las estaciones del año es un fuerte indicador para la distribución de actos rituales y oraciones. En el transcurso del año son distribuidos los actos rituales que no se deben olvidar, pues el hecho de no realizarlos implicará, para el mapuche, la pérdida de

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

la protección del Creador. Algunas de esas ocasiones son: el año nuevo mapuche o *we tripantu* (24 de junio), que es considerado tiempo de reposición de fuerzas por parte de la naturaleza; la primavera que es la época para solicitar buenas cosechas y el último período del verano, que es utilizado para agradecerlas.

El día es también un indicador de las actividades religiosas mapuche. Por ejemplo, el *epewun*, o sea un poco antes del amanecer, es el mejor momento para solicitar las bendiciones y para agradecer por el nuevo día y por la creación. Es un buen momento para iniciar un casamiento (*kureyewün*) o realizar un bautismo (*lakutun*). El atardecer o *naiiantü* es momento propicio para iniciar un *ngillatun*, la principal ceremonia mapuche de oración comunitaria. Por último, el horario en que está oscureciendo o *zumzum* es el momento más adecuado para realizar los rituales de cura a los enfermos o *machitun* (Alcamán y Araya 1993).

Los ritos enunciados anteriormente, que marcan algunos aspectos de la vida cotidiana del mapuche, dejan claro que para el ser mapuche la religión y la religiosidad no se sustentan a través de la lógica racional, ni se explican satisfactoriamente a través de conceptos metafísicos. En la lógica mapuche, se entiende que no es a través de argumentos racionales con los que se puede comprender la espiritualidad, en la lógica mapuche la espiritualidad está ‘más allá y más acá’ de las conceptualizaciones, se siente y se vive en la experiencia cotidiana donde se busca armonizar los niveles de materialidad y espiritualidad, para lo cual el mapuche ha desarrollado ritos y símbolos que lo llevan a un estado de espiritualidad, a un estado de vivencia espiritual permanente. De esa forma, por ejemplo, la naturaleza para el ser mapuche es parte de la creación divina y expresión de lo sagrado, y la fuerza divina contenida en la creación (*newen*) es buscada en el ritual en cada acto de la vida (Soto 2010).

En síntesis, podemos resaltar como aspecto básico de la cosmovisión mapuche su identidad ligada a la tierra y a la naturaleza, la cual se une hasta confundirse con lo sagrado a través de sus formas de representación y con los antepasados. La o el Machi, dentro de este pueblo, tiene la gran tarea de ser guía espiritual del grupo y de los individuos, así como de mantener el equilibrio entre la comunidad y el medio. En el proceso de transformación que ha experimentado este pueblo, así como también en base a nuevos estudios etnográficos y antropológicos sobre estos temas, sabemos que la

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

Machi es hoy también figura sociopolítica. En un artículo del año 1992 titulado *Mujer, tradición y shamanismo: relato de una Machi mapuche*, José Bengoa destaca como en el contexto social y cultural actual el papel de la *Machi* se ha reconfigurado. Resalta el surgimiento de su rol o función social como “guardiana del bien estar de este pueblo”, figura representativa e inspiradora de la resistencia étnica. Esto lleva al autor a pensar en el discurso de la Machi como un discurso nativista que se transforma hoy en acción política, programa de retorno al mundo ancestral, base de la ruptura con el mundo circundante, fundamento de la protesta radical. “Es un discurso realista, conservador en el sentido de apego a la vida antigua y conocida; es un discurso centrado en la cultura que deja abierto los espacios de la política, la tecnología y de otros ámbitos de la vida, a la libre elección de las personas” (Bengoa, 1992; 153-155). En este sentido, podemos constatar la existencia de un rol ampliado que trasciende el ámbito curativo, religioso y ritual y que se extiende a las esferas de la política, la economía y lo social.

Por su parte, los ritos permiten revivir el conjunto de tradiciones sagradas y hacen que el pueblo mapuche se mantenga unido. En medio del fenómeno de la globalización, cuya consecuencia más clara es la homogeneización, la espiritualidad es lo que une al mapuche y permite a esta cultura mantenerse en pie. La cosmovisión de este pueblo se basa en la ligazón del mundo espiritual con el mundo tangible. Sus fundamentos principales son el respeto al mundo espiritual, el culto a los espíritus y a los antepasados, llamados *Pillanes*, el culto a los espíritus de la naturaleza, llamados *Ngen*, y la interrelación del pueblo mapuche con la *Ñuke Mapu* (Madre Tierra).

Elementos de su cosmovisión, como una identidad ligada a la tierra a la naturaleza, que se une hasta confundirse con lo sagrado, nos permiten conocer que para el pueblo mapuche el concepto de salud está integrado a todos los fenómenos de la vida misma, es decir, el estar bien consiste en que el individuo como tal esté en equilibrio consigo mismo, con sus pares, con su familia y con sus seres queridos. También debe estar en equilibrio con su lof⁴³, su entorno social, cultural, político, ambiental, territorial,

⁴³ El lof, desde el punto de vista social, es un conjunto de familias que están asentadas en un espacio de tierras muy bien definido, a partir del cual se funda su identidad individual y colectiva. La identidad de cada integrante de un lof se funda en dos elementos básicos, el *tuwun* (lugar de origen) y el *kupalme* (tronco familiar). Estos elementos son determinantes para la pertenencia al lof, estando claramente establecidos dichos elementos una persona tiene definida su identidad social y territorial.

religioso y cósmico. También destacamos que la enfermedad es producto de una transgresión a las normas o *az mapu* del cosmos. La enfermedad puede tener múltiples formas pero la causa proviene siempre del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia; concepción que es muy distinta a la occidental, en donde el cuerpo es una entidad cerrada, por lo tanto en la cosmovisión mapuche la transgresión de uno puede afectar a los demás. A continuación revisaremos con mayor detalle esta concepción de salud y enfermedad en el pueblo mapuche.

6.4. Concepción de salud-enfermedad y sanación

Lo primero que es necesario consignar en la conceptualización propia de la salud/enfermedad del pueblo mapuche es que existen dos planos fundamentales que integran esta conceptualización (Citarella et al. 1995). Primero, un plano originario, que sitúa la relación de los hombres con la divinidad y lo sobrenatural, y esta relación supone, al menos, dos condiciones: a) la *reciprocidad*, pues la comunidad recibe todo lo que tiene (vida, salud, etc.) de la divinidad, a la cual debe, al mismo tiempo, retribuir estos dones en forma cíclica y continua; esto último se traduce en formas rituales y religiosas particulares; y b) la *normatividad*, pues lo anterior impone una serie de normas, no sólo religiosas, sino también sociales y económicas. Si todo ello se mantiene en equilibrio, hay salud. En segundo lugar, distinguimos un plano cosmológico que sustenta las relaciones con el entorno y, en particular, con el medio ambiente. De lo recientemente dicho, se desprenden dos fenómenos fundamentales: a) existe una permanente latencia de la salud/enfermedad en el sujeto, y b) la salud/enfermedad de un sujeto se relaciona directamente con las condiciones de su entorno y, como lo constatan las experiencias, quien interviene sobre la enfermedad (*Machi* o médico) debe, primero, lograr una armonía con el entorno, antes de iniciar cualquier tratamiento.

El concepto de salud está integrado en todos los fenómenos de la vida misma, es decir el estar bien y el estar mal tiene relación con la salud. En cada momento que se vive, por cotidiano que este sea, se va evaluando el transcurso de la vida. En cada *pentukun*⁴⁴ que

⁴⁴ Definiremos el *pentukun* como el saludo que se efectúa entre dos o más personas que se encuentran, las que efectúan una serie de preguntas para informarse acerca de los sucesos individuales, familiares y comunitarios de los interlocutores; Pen-tuku-n quiere decir, literalmente “encontrarse/ver- tocar- INF

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

se realiza, es decir, en cada encuentro que se da entre las personas existe un momento para preguntarse por su estado de salud. En este sentido, el *pentukun* pasa a ser una autoevaluación constante de las personas acerca de si mismo, de su familia y de su entorno. El hecho de que algo o alguien en su comunidad estén en condiciones no deseables afecta a la persona. Si los cultivos están en malas condiciones, la persona ya no está bien, es decir el ambiente en su conjunto afecta a la persona.

En la sociedad mapuche la enfermedad es atribuida a una transgresión al medio social y natural y esta transgresión produce un desequilibrio que trae como consecuencia la enfermedad. El quebrantamiento, que comete un mapuche, no solo lo afecta en su ser individual, sino que los efectos del mismo podrían repercutir además en su entorno, vale decir, en su familia y en última instancia en su comunidad, por lo tanto podría necesitar una reparación colectiva. Es así como si enferma la naturaleza, enferma el ser humano, y viceversa. Según Elicura Chihuailaf, la relación con la tierra puede alterarse y dar lugar a las enfermedades: para un pewenche, dejar sus tierras ancestrales puede significar el quiebre de los vínculos espirituales con su tierra, separarse de su tradicional fuente de subsistencia y romper la red de la comunidad" (Chihuailaf 1999: 135) En cambio, para un campesino chileno el trasladarse de un campo para vivir en otro no tendría necesariamente mucha trascendencia. Por lo tanto, para los miembros de la comunidad mapuche, la enfermedad va más allá de las causas meramente biológicas, de esta forma, aspectos como el coraje, la ansiedad, la tristeza, la envidia, el susto o bien el quebrantamiento de alguna regla social o religiosa son también causas de enfermedad. El concepto de salud lleva consigo un conjunto de significados que incluyen no sólo no estar enfermo físicamente, sino la capacidad de poder trabajar, de poder comer, de estar contento y tener buen humor.

La presencia de la enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia del dolor. El dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado hasta la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal

‘encontrarse y tocarse’. Por lo que se puede entender el *pentukun* como un acto de encuentro, que implica no sólo un saludo de palabras, sino también contacto físico (darse las manos y un abrazo). (Caniguan 2006).

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

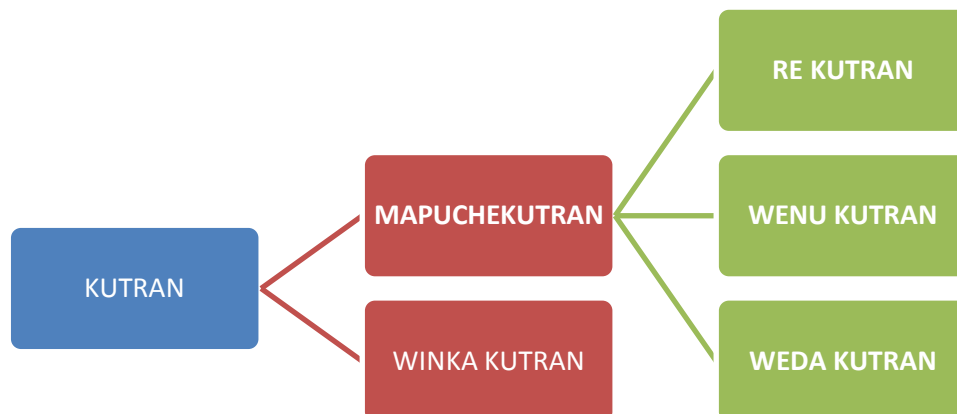
razón se desarrolla, mientras la persona se debilita, pero ella tiene un contexto, un origen como todos los seres vivos. Otro antecedente, desde la perspectiva mapuche, al que podemos recurrir para tratar de entender la salud y la enfermedad es el *tuwün* de la persona: sus orígenes, los territorios a los cuales sus padres y abuelos pertenecieron, vivieron y habitaron; nuevamente el territorio está presente para definir la identidad de una persona, de una familia o de un grupo (Servicio Salud Araucanía Sur 2002).

Como mencionamos anteriormente, la enfermedad y la salud son conceptos vistos como un hecho colectivo y no como un fenómeno meramente individual y biológico. Al respecto, Citarella (2000) señala que el paso de la salud a la enfermedad, o del bien al mal, depende de las acciones del individuo, quienes deben orientarse a mantener la reciprocidad y una vida en equilibrio con el entorno. Un ejemplo de lo anterior es el caso de una mujer de una de las comunidades que relata como ella se enfermó debido a que cruzó por un bosque pantanoso a una hora que no tenía que pasar y al cruzarse con un animal muerto comenzó a presentar síntomas de enfermedad. Se le hinchaban las piernas y se le comenzaron a podrir de la misma manera que al animal que ella vio. Este es un claro ejemplo de transgresión a las normas del *az mapu* que desencadena en una enfermedad.

Esta visión de la enfermedad del mundo mapuche es reforzada por las investigaciones de Citarella (2000), en donde una perturbación a esta armonía o balance causa la enfermedad. Para los mapuche, la enfermedad se divide en dos tipos, enfermedades *mapuche* y enfermedades *winka*, el autor da una explicación detallada de todos los posibles tipos de *kutran* (enfermedad) que los mapuche reconocen. Las enfermedades mapuches son típicas de ese mundo o cosmovisión. A este tipo de *kutran* corresponde aquellas enfermedades principalmente provocadas por fenómenos o poderes reconocibles dentro de esta cultura. Por eso es que estas enfermedades deben ser tratadas con remedios que les son característicos. Las causas de las enfermedades se dividen en tres categorías.

1. *Re Kutran*, enfermedades causadas por la naturaleza
2. *Weda Kutran*, enfermedades causadas por influencias mágicas (supernaturales)
3. *Wenu Kutran*, enfermedades supernaturales causadas por los espíritus

Figura 9. Clasificación de Kutran (enfermedad. Citarella 2000)



Cabe destacar la forma de pensar y actuar que tiene la cultura mapuche al enfrentar la salud y la enfermedad. Francisco Chureo, Director del Hospital Intercultural Makewe Pelales (Temuco-Chile), menciona que ellos aconsejan al enfermo interactuar y conversar con su enfermedad; porque ella vive, existe en algún lugar y tiene un origen. Señala, además, que nadie puede vencerla porque es una cosa viva, que escucha y que está en todas partes. La enfermedad llega a nosotros cuando transgredimos la naturaleza o cuando estamos muy tristes. El tema ha sido tratado por la psiquiatra, Adriana Schnake (1995), quien, en su libro los Diálogos del Cuerpo, abarca la temática mencionada por Francisco Chureo, relacionado con escuchar el mensaje que contiene la enfermedad, entendida ésta como una mensajera de la salud. La enfermedad, cuando no ha producido cambios estructurales de importancia, se retira luego de cumplir con su objetivo, haciéndolo tan misteriosamente como vino; en la medicina moderna a estos casos se les ha conocido como curas espontáneas.

Dentro de las fuerzas generadoras de desequilibrio y enfermedad se encuentran: a) *Weda newen*, energías negativas que son manejadas por algunas personas como los *daufe* y los *kalku*; b) *Weda piilli*, espíritus negativos de la naturaleza, tales como el *cherufe* o *chewurfe* (bola de fuego que cuando cae puede causar la muerte antes de la medianoche), los *iwaifilu* (seres que se presentan de diferentes formas afectando directamente a la persona que se encuentra con ellos), los *wallefen* (animales deformados que habitan en los árboles), y el *piwchen*, (pájaro que canta a medianoche

anunciando desgracias); y c) *Weda küriuf*, entre ellos los *trafentun*, encuentros con espíritus negativos que afectan o perjudican cuando la persona ya se encuentra vulnerable o en estado de desequilibrio, y los *meülen*, que son remolinos que aparecen al mediodía o cuando hay ceremonias anunciando desgracias (Echeverría et al. 2002).

Sobre la base de estas concepciones de salud y enfermedad, a continuación, abordaremos el sistema curativo para restablecer el equilibrio y la armonía: la sanación⁴⁵ mapuche.

6.4.1. Sanación mapuche

El sistema curativo para restablecer el equilibrio y la armonía se lleva a cabo con miembros de la comunidad que tienen capacidades curativas para restablecer el equilibrio y mantener la salud (Marileo 2002). Entre ellos se identifica a la Machi, que puede ser hombre o mujer, pero que desde el siglo XIX es principalmente de género femenino, en adelante nos referiremos a “La Machi”, ella es el agente principal de cosmología y vida religiosa, así como también ejerce un rol preponderante en situaciones de orden sociopolítico. En el marco del sistema curativo mapuche, ella es la encargada de curar enfermedades comunes y de gran complejidad, dotada para sanar enfermedades espirituales (Saavedra 2006). SE encarga de la curación natural a través del contacto con espíritus creadores y los *Ngen* (espíritus protectores) (Aukanaw 2001). Toda enfermedad, que sea atribuida a causas sobrenaturales o espirituales, solo puede ser tratada por la Machi, al contrario de aquellas causadas por otros factores que pueden ser tratadas y recuperadas por *Meica* o *Yerbatero* (Bacigalupo 1995).

Dos cuestiones merecen ser introducidas en relación al sistema curativo mapuche. Por un lado, que la Machi es una de las figuras, dentro de varias otras, que conforma este sistema y por otro lado, que a nivel individual y también familiar, estudios de Durán et al. (1997) constatan la existencia de conocimientos y prácticas tendientes también al cuidado, mantención y restitución de la salud, dependiendo del nivel de gravedad y complejidad del mismo. Por lo tanto, interesa destacar la idea de que el sistema curativo mapuche, así como los agentes tradicionales de salud mapuche, responden a un mundo

⁴⁵ Usamos el término “sanación” para referirnos al proceso por el cual se recupera la salud.

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

complejo que trasciende las prácticas curativas rituales. La figura de la Machi posee bases dialogales compartidas y extendidas entre los distintos miembros de una comunidad, vale decir que la capacidad de curar, de manejar ciertos diagnósticos de conocer el uso de determinadas plantas medicinales no es patrimonio exclusivo de la Machi, aun cuando sea ella la responsable por restablecer situaciones de desequilibrio complejas.

En este sentido, parece interesante introducir los hallazgos encontrados por la antropóloga Anne-Marie Losonczy, estudiosa del chamanismo entre grupos indígenas embera de Colombia. Su interpretación respecto de este ámbito bien podría ser extrapolable a la realidad de las prácticas chamánicas entre los mapuche.

“Las practicas chamánicas no como una religión –pues carece de toda doctrina unitaria de metafísica y de jerarquía social- ni como una sabiduría ancestral- pues integra constantemente aportes exteriores e improvisaciones rituales personales- sino como un dispositivo activo que polariza, trata, expresa y reproduce las discontinuidades y paradojas del campo sociopolítico, al mismo tiempo que funciona como modelo de acción que inspira tanto las estrategias culturales de protección y reafirmación de las fronteras de lo propio y la acomodación de lo nuevo y de lo exterior” (Losonczy, 2006:18).



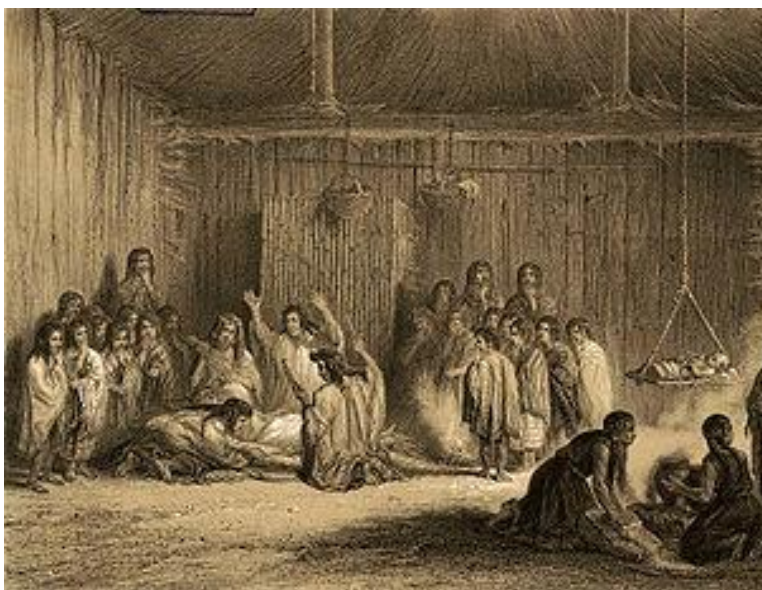
El rol de la Machi está culturalmente constituido como propiciador de los espíritus ancestrales, combatientes de las enfermedades y fuerzas del mal, conocedor de los sagrados códigos y normas que velan por el bienestar de la comunidad y gran conocedor de hierbas y remedios. La importancia de los sueños chamánico, del *rewe* o altar y del *kultrúng* o tambor ritual son elementos comunes a todas las Machis (Bacigalupo. 1995).

La Machi, con sus ceremonias y curación, no ataca el síntoma sino la causa de la enfermedad, requiere mucha energía y fuerza para que el espíritu que desequilibró a la persona la deje libre. Ella entra en trance para que el *fileu* realice el acuerdo con los espíritus perturbadores y encuentre el remedio y procedimiento exacto para restablecer el bienestar del enfermo (Echeverría et al. 2002).

Los principios activos de determinadas plantas a las que se otorga carácter sagrado, como el canelo y el boldo, constituyen la base natural de esta práctica médica. Existen cuatro tipos de hierbas curativas: las *weychafeke lawen* (plantas fuertes), las *fushku lawen* (plantas suaves), las *reke lawen* (plantas difíciles de conseguir) y las *rukake lawen* (plantas de uso común). Las comunidades mapuche han protegido siempre la biodiversidad asociada al trabajo de la Machi; sostienen, además, que las hierbas medicinales pertenecen a un *ngen* (dueño), a quien solicitan permiso para utilizarlas y garantizar así la efectividad de sus propiedades curativas. Aseguran también que el poder de curación -el *newén*- de la Machi y de las plantas proviene de la propia naturaleza del territorio ancestral, puesto que aquél disminuye si la Machi se encuentra lejos de éste, o si las hierbas no han sido recolectadas en los lugares adecuados.

Machitún

La Machi es quien lleva a cabo el ritual terapéutico conocido como *machitún*, que corresponde a la ceremonia que tiene como finalidad restablecer el equilibrio personal, familiar y comunitario y lograr sanar la enfermedad de una persona. Dicho ritual se compone fundamentalmente de tres fases:



a) Diagnóstico de la enfermedad; b) su expulsión y c) una revelación sobrenatural sobre esta sanación.

(Foerster 1995).

- a) Diagnóstico del mal o enfermedad. La Machi se vale de distintos medios para conocer el mal que aqueja a una persona, (entre otros destacamos el examen de la orina), por los signos extraordinarios o misteriosos que hayan observado el enfermo o sus parientes (quebradura de las extremidades en un animal, una gallina que se mueve dibujando círculos concéntricos, pérdida de animales etc.), contagio del mal a los animales o revelaciones del más allá (Foerster 1995:104).

- b) Expulsión del mal. Conforman una buena parte del ritual chamánico, que dura generalmente dos días. Comienza con un *pillantún*, rito solitario que realiza la Machi con su *kultrun* en la madrugada. Ya frente al enfermo comienza con una plegaria dirigida a las divinidades principales (fucha chau, kusche ñuke, weche wentru, ülcha domo), al Dios de las cascadas de aguas puras y cristalinas y al Dios de la Machi, madre de Machi, también se dirige a la familia y parientes del enfermo. Concluida esta plegaria se inicia la curación propiamente tal con una canción llamada *ngillathuñmankuthran*, la que tiene distintos momentos: oración de fricciones; oración de exorcismo, donde se conjura al diablo para que abandone el

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

cuerpo de la criatura de Dios; invocación a Dios, para pedirle más refuerzos y su acción directa; ella pide a Dios que le mande el espíritu de fortaleza para recibir sus inspiraciones, su revelación de lo que motiva la enfermedad y de los remedios virtuosos; intervención del *dungumachife*, en este momento juegan un rol destacado los parientes y vecinos del enfermo. Todos están en pie de guerra para expulsar al *wekufe* del enfermo; el *dungumachife* y la *Machi* dialogan para hacer intervenir activamente a los parientes en la lucha contra el mal; la oración concluye con una recitación de conjuros acompañada de fricciones del cuerpo del enfermo con hierbas medicinales deshojadas (Foerster 1995:105).

- c) Revelaciones sobrenaturales sobre la sanación. Terminada la fase anterior comienza el *kuimin*, o éxtasis de la *Machi*, que se compone, a su vez, de dos partes: a) *konpapëllun*, posesión del espíritu del *fileu*, en cuya conjunción a la *Machi* se le hacen revelaciones saludables; b) *wuldunuthun*, transmisión de las revelaciones del *fileu* a la familia del enfermo. En esta fase, la *Machi* hace uso de su *rewé*, al subir en él explicita el viaje de su alma a la tierra de arriba (Foerster 1995:105).

Como se ha mencionado, el sistema médico mapuche incluye a otros agentes de sanación además de la *Machi*, como el *lawentuchefe*, *meica* o *yerbatero*, persona que posee el don del conocimiento de las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales. El *ngütamchefe* se le atribuye el conocimiento sobre los huesos y la capacidad de restablecerlos cuando han sufrido algún daño. Y el *püñeñelchefe* trata con conocimientos sobre la maternidad, el parto y sus problemas asociados, además del manejo y cuidados del recién nacido (Aukanaw 2001).

Es importante reforzar un planteamiento que hemos venido reiterando a lo largo de este capítulo, que tiene que ver con las intensas relaciones que mantienen los mapuche con la sociedad chilena. No es adecuado concebir los sistemas médicos indígenas como sistemas aislados o como constructos estancos, autoreferentes y autoreferidos, sino que muy por el contrario, se trata de sistemas y modelos en permanente interacción de diálogo, conflicto y complementariedad. El concepto de pluralismo médico parece dar cuenta de esta realidad. “El término se refiere a que, en las sociedades, la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes

problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2003:186). Siguiendo con el planteamiento de este autor.

“Son las actividades impulsadas por los sujetos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas de atención a través de sus usos, y superan frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que puede existir entre las mismas, dado que dichas incompatibilidades y diferencias son secundarizadas por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas. Lo cual no niega que haya diferencias significativas y hasta incompatibilidades entre las diferentes formas de pensar y actuar sobre el proceso salud/enfermedad/atención, pero dichas diferencias deben ser observadas siempre en las prácticas sociales y técnicas, dado que es a través de ellas cómo podremos evidenciar las diferencias, pero también el uso articulado de, por lo menos, una parte de las mismas” (Menéndez, 2003:189).

Asimismo, dado que las enfermedades mapuche son provocadas por fenómenos y fuerzas claramente explicables e identificables, éstas deben ser tratadas en acuerdo con el sistema médico mapuche. Las enfermedades *winka*, por su parte, pertenecen al mundo occidental, y deben ser tratadas a la manera occidental. De acuerdo a la causa de la enfermedad, los mapuche deciden si el tratamiento debe ser hecho por una *machi* o por un doctor. Citarella (2000) plantea que la mayoría de los mapuche considera las enfermedades como mapuche kutran, pero cuando se presentan síntomas biológicos (tales como virus o infecciones bacteriales), los mapuche deciden acudir al doctor, ya que ese tipo de enfermedades son clasificadas como enfermedades *winka*.

Por último, haremos mención al kultrung, (kul: instrumento trun: eco o sonido), principal instrumento musical de la Machi. Fue elegido por *Nguenechén*, el creador mapuche, que lo puso en las manos de la Machi. Desde entonces es sagrado. Su vientre resonador tiene el perfume y las voces misteriosas de las maderas con que se talla, el *foye* (canelo) el *triwe* (laurel), el ciprés o el raulí, el sonido que emana este instrumento permite a la Machi entrar en trance durante su invocación y contacto con las divinidades, que pueblan el intangible y mítico mundo mapuche. Su simbolismo, para Grebe, estaría definido por una “síntesis dialéctica del universo, que resume los componentes cósmicos y terrestres materiales e inmateriales” (1973:27). Para Armando Marileo, también, el *kultrung* daría cuenta de su particular esquema de la divinidad y el cosmos, que detallamos a continuación.



El primer elemento que encontramos dibujado en el *kultrung* es la división del territorio conocido como *meli witrán mapu*, que significa encuentro de las cuatro partes de la tierra, donde convergen los cuatro puntos cardinales (*puel mapu*, tierra ubicada al este; *willi mapu*, tierra ubicada al sur; *piku mapu*, tierra ubicada al norte y *lafken mapu*, tierra ubicada al oeste).

El segundo elemento es la representación de la familia originaria o espiritual, *kuse* (anciana), *fücha* (anciano), quienes representan a los abuelos y mayores alimentando la sabiduría y conocimiento a nuestros jóvenes; *ülcha* (mujer joven) y *weche* (hombre joven), que representan el inicio de la vida, la pureza, el equilibrio, son los componentes de la naturaleza y el universo recién originado o creado. Esta composición se representa en el *kultrung*, mediante la figura de *antü* (sol) y *küyen* (luna), elementos considerados sagrados por su condición de generadores y controladores de vida y de la naturaleza (Marileo 1995 en Oyarce y Pedrero 2009: 23-27).

El *kultrung*, manejado por la Machi, tiene poder curativo, se asusta al *wekufe* con ellos, se asusta dentro del enfermo, se va corriendo el *wekufe* a otra parte, con el canto y el *kultrung* se va el *kuutrán* (enfermedad) y el *wekufe* (Grebe 1973:31), además también se le asignan propiedades diagnósticas y profilácticas.

En síntesis, la medicina mapuche tiene un concepto propio de salud y enfermedad. Para el mapuche la salud se caracteriza por ser integral, y ve a la persona como un todo en equilibrio con el contexto social, espiritual y ambiental.

6.5. *Organización social del pueblo mapuche desde una perspectiva histórica*

Para comprender la organización del pueblo mapuche, es preciso revisar parte de su historia que está profundamente ligada a la tierra. Para efectos de este análisis, nos abocaremos específicamente a su organización social como pueblo.

Bengoa (2004), en sus investigaciones, se refiere a la organización social del pueblo mapuche, previo a la colonización española, caracterizada por una economía de comunidades pequeñas, dispersas, autónomas y carentes de centralización. Las tierras eran ocupadas por familias o clanes, lo que dificultaba la existencia de una autoridad política centralizada que ejerciera control sobre los recursos básicos. La estructura esencial era la familia, o las relaciones establecidas entre las familias.

Existe acuerdo en señalar que la familia mapuche tiene que haber sido amplia y extensa, en donde primó un patrón de residencia patrilocal, es decir, donde convivían todos o la mayoría de los descendientes masculinos del padre o jefe de familia. Un agrupamiento de familias, denominado *lof*, se unificaba en torno a la consanguinidad, los familiares habrían pertenecido al mismo linaje que el *lonko*. Sin embargo, cada familia conservaba una autonomía territorial, manteniendo, muchas veces, el patrón de residencia disperso. La figura del *lonko* representa el liderazgo, se podría traducir como cabeza principal o jefe.

La organización social era y es la familia y prácticamente la única organización social permanente, ya que no se requería de un sistema de gobierno más allá de la unidad de producción y reproducción de ésta. Para regular conflictos, estaban y se mantienen hasta nuestros días los grandes sabios, viejos por lo general, que hacían las paces entre los grupos. Existía también un sistema de alianzas, que se realizaban no solo para la guerra, sino también para faenas económicas o situaciones puntuales, se elegía un *toqui* para dirigir las actividades financieras o bélicas.

La sociedad mapuche se enfrentaba a una naturaleza abundante en recursos, lo que le permitía crecer en tamaño y desarrollar adecuadamente a sus hombres, mujeres y niños. Esta situación se contrasta brutalmente con la acontecida a la llegada de los españoles,

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

la incorporación de diversos elementos externos a ellos mismos fue modificando esta sociedad, convirtiéndola en ganadera, lo que también contribuyó a la expansión de sus fronteras más allá de los Andes.

A partir de las nuevas relaciones económicas, se produce un cambio de su estructura social y política, lo que condujo a una creciente jerarquización social y centralización del poder político. Empezó a producirse una alta concentración de los ganados y una lucha por el control de los pastos. Este escenario se fue encruceciendo cada vez más hasta llegar a lo acaecido en las dos últimas décadas del siglo XIX y las primeras tres del siglo XX, lapso determinado por las políticas “liquidacionistas” del Estado. Entre los años 1884 y 1929 se otorgan 3.078 Títulos de Merced y se forman 3.078 reducciones⁴⁶ (Saavedra 1971).

El proceso de radicación, reducción y entrega de títulos de Merced, entre los años 1884 y 1929, estuvo acompañado de abusos contra los mapuche y tuvo consecuencias que transformaron de manera profunda a esta sociedad. La reducción significó que los mapuche perdieran la mayor parte de sus tierras, quedando reducidos a cerca de 500 mil hectáreas que el estado entregó como Títulos de Merced (Bengoa 2004: 25).

Según el antropólogo Roberto Morales, “entre los años 1883 y 1929 el Estado chileno entregó poco más de tres mil títulos de merced a los mapuche, que sumaron medio millón de hectáreas discontinuas, fragmentadas y dispersas en una amplia área. O sea, en menos de 50 años perdieron el control del 95% del territorio que habían mantenido durante casi 300 años” (Morales 2000: 19).

Efectivamente, la población mapuche se reduce: miles mueren; su territorio y sus tierras se reducen a un 5% de su total. Se transforma por la fuerza al pueblo mapuche en ciudadanos chilenos, en indígenas que pueden vivir en tierras entregadas como merced y no casualmente llamadas reducciones.

A mediados del siglo XIX, la crisis económica llega al territorio mapuche, un sinnúmero de chilenos se asentaron en la zona, ya sea como trabajadores, arrendatarios

⁴⁶ Aglomeraciones de familias en terrenos que antes les pertenecían y para los cuales se les otorgó un título gratuito sobre las tierras que poseían (título de merced).

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

o simplemente como propietarios de terrenos que fueron adquiridos de manera fraudulenta. Este proceso, denominado “colonización espontánea”, se llevó a cabo en los territorios comprendidos entre los ríos Biobío y Malleco. En 1866, se dictaron las primeras leyes de ocupación, momento en que el concepto “territorio de indígenas” es cambiado por el de “territorio de colonización”.

Las consecuencias de la radicación han sido muy bien descritas y puntualizadas por Vidal, en el sentido de que “el efecto inmediato para los mapuche fue la pérdida definitiva de su independencia y soberanía, su incorporación forzada al país, al Estado y a la jurisdicción nacional y a la pérdida de todo su territorio y tierras en manos del Estado que era sentido como un invasor” (1999: 74). Los impactos están directamente relacionados con muchos de los problemas y conflictos que aquejan hoy a la población mapuche contemporánea. “El hecho de que la ley reconociera solamente los suelos efectivamente ocupados en ese momento ignoró el territorio que realmente poseía cada grupo, pues en la práctica los mapuche se movían por extensas áreas haciendo un uso pautado de los suelos y sus recursos naturales” (Vidal 1999: 74). Dicho en otros términos, los mapuche quedaron sin un territorio propiamente dicho y con una cantidad de tierras estrictamente limitadas.

Estas reducciones actuaron con criterios económicos, y redujeron a familias distintas en espacios, en los que debían estar bajo tutela de otro cacique designado por ellos. Esto condujo a numerosas disputas internas. Se les obligó a vivir de una forma artificial, en la que el empobrecimiento comenzó a resquebrajar esta sociedad, y la solidaridad que los caracterizaba comenzó a desvanecerse y las alternativas de subsistencia fueron cada vez más escasas. De esta forma y ante la violencia imperante, los mapuche renuevan su capacidad de adaptarse y resistir culturalmente, transformándose así en una sociedad de resistencia, que logra su supervivencia conservando y también readaptando sus costumbres y tradiciones.

En el año 1927 comenzó la división de las reducciones, la ley de división -ley 4.160 de fecha 29 de agosto de 1927- dejaba lugar a la apropiación de sus tierras por terceros, de ahí que muy pronto la gran mayoría de los mapuche se opusiera a la división de comunidades, que sólo legalizaría la miseria en que ya se encontraban. Aparece un nuevo discurso, que va a predominar durante el siglo XX, y que consiste en la

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

recuperación de la historia pasada, la que llevaron los antepasados; en este contexto ideológico, se plantea continuar la lucha, pero con un cambio de perspectiva, el paso desde una lucha por la independencia política a otra por el bienestar social, reivindicando además los derechos que se tienen por ser mapuche y también por ser ciudadano chileno.

En el gobierno de Frei Montalva (1994-2000), se discute una nueva normativa para reformar la propiedad agrícola. La participación mapuche en la discusión de dicha ley será marginal, considerándose a los mapuche como campesinos pobres y no en su especificidad étnica, lo que impide responder a derechos territoriales indígenas, apuntando solo a mejorar sus condiciones de vida. Será en el gobierno de la Unidad Popular (1970-1973) donde se inicia una política sistemática y coordinada destinada a resolver la demanda de tierras mapuche.

El problema indígena es preocupación esencial del gobierno popular y debe serlo también de todos los chilenos (...) la problemática de los grupos indígenas es distinta a la del resto del campesinado, por lo que debe ser observada y tratada con procedimientos también distintos. Como es diversa su escala de valores lo es también su conducta. En cuanto tiene conciencia que por centenas de años ha sido el dueño de la tierra, su actitud es la de quien se siente desposeído de algo que en justicia le pertenece, en tanto, para los restantes campesinos el logro de la tierra constituye una conquista. Su bandera de lucha es la recuperación, mientras para los demás es la distribución para quienes mejor la trabajan (Bengoa 2004: 417).

En el gobierno de Salvador Allende (1970-1973), se logra un reconocimiento político nunca antes visto. Sin embargo, el gobierno militar impulsará un profundo proceso de contrarreforma agraria, que revocará los acuerdos y logros alcanzados hasta ese momento y comienza una represión contra la población chilena en general, de la cual los mapuche tampoco estuvieron exentos⁴⁷. Finalmente, en el año 1979, se promulgó el decreto Ley 2.568, que buscará y conseguirá la “liquidación” de las comunidades mapuche, mediante su división legal. Desde ese momento, hasta la actualidad, se

⁴⁷ De las 40 organizaciones mapuche que existían hacia fines del año 1972 y que en diversos niveles representaban al pueblo mapuche, nada se supo de ellas ni de sus dirigentes después del golpe militar de 1973, desapareciendo por completo el movimiento indígena nacional (Rupailaf 2002).

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

comienza a gestar un nuevo imaginario respecto de los mapuche, se les empieza a ver como revolucionarios, guerreros y subversivos que buscan sobrevivir en la modernidad.

En los Gobiernos de Concertación, especialmente el primero, los mapuche han ido mejorando progresivamente. Sin embargo, en el transcurso de los noventa se fueron acentuando los conflictos con los mapuche, tanto violentos como pacíficos. Prácticamente la totalidad de ellos tienen relación con el uso indiscriminado de los recursos naturales que hacen empresas chilenas y transnacionales dentro de los territorios históricamente indígenas. Los principales enfrentamientos se deben a la construcción de hidroeléctricas, de carreteras, de vertederos y de la destrucción del bosque nativo por empresas dedicadas a la explotación forestal.

Con el retorno a la democracia, en el año 1990, la sociedad en su conjunto, se plantea la necesidad de una nueva legislación para los pueblos indígenas en Chile. Se dicta entonces la actual ley Indígena N° 19.253. Sus bases comenzaron a ser pensadas a fines de la década de 1990. “Los mapuche - junto a otros pueblos indígenas de Chile- plantearon un conjunto de demandas con el propósito de proteger sus derechos amenazados, en particular el derecho a la tierra y de establecer una nueva relación con el Estado” (Aylwin 2002: 8). Tal propuesta fue acogida por Patricio Aylwin candidato a la presidencia de la época y luego presidente electo durante el periodo 1990-1994. En respuesta al compromiso firmado, creó en 1990 la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI) a la cual fue encomendada la elaboración de una propuesta de ley Indígena, que fue finalmente aprobada en octubre de 1993 (ley Indígena N° 19.253 sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas). Los elementos centrales que esta ley destaca son: a) reconocimiento de los indígenas, sus etnias y comunidades (art.1); b) reconocimiento de sus tierras ancestrales, su protección jurídica y el establecimiento de un fondo especial –el fondo de tierras y aguas – para promover su ampliación (art. 12 a 22); c) la creación de un fondo de desarrollo indígena destinado a financiar programas orientados al desarrollo de los indígenas y sus comunidades (art. 23 a 25); d) el establecimiento de áreas de desarrollo indígena como espacios territoriales para focalizar la acción pública del desarrollo armónico de los indígenas y sus comunidades (art. 26 – 27), y la creación de la Corporación de Desarrollo Indígena – CONADI – organismo encargado de la conducción de la política indígena del Estado (art. 38-39)” (Aylwin, 2002: 9).

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

Para José Bengoa, producto de la posición discriminatoria del Estado, los mapuche han tenido, a partir del siglo XX, dos aproximaciones a la sociedad chilena: la desarrollista y la nativista. La desarrollista ha planteado la necesidad del progreso moderno del pueblo mapuche a través de una integración respetuosa, no ha habido dirigentes dispuestos a dejar de ser mapuche, pero sí algunos pensaron que era necesario abandonar ciertas costumbres antiguas y modernizarse. La nativista busca volver a los orígenes, se trata de una postura social, cultural y política que trata de separarse de las contaminaciones culturales externas y busca lo propio, lo más tradicional, se trata de una mirada anti moderna que desconfía de la modernidad, y por eso se afirma en los valores y costumbres tradicionales (Bengoa 1999).

La historia de este pueblo se prolonga a partir de estos hechos, y hasta nuestros días, con la incorporación de los mapuche de manera subordinada y parcial a la vida nacional, en un proceso fuertemente influido por las leyes, las políticas públicas y la educación. En respuesta a la relación que el Estado ha establecido con ellos y con objeto de enfrentar los distintos problemas que los aquejan.

Todo este proceso histórico ha provocado una serie de cambios que repercuten hasta hoy en la sociedad mapuche.

En el plano sociocultural, la radicación de indígenas rompió la estructura social mapuche de los últimos ciento cincuenta años de vida indígena independiente. Se daba, en ese entonces, un proceso de centralización, estratificación y jerarquización de la sociedad mapuche. La estructura de grupos consanguíneos independientes que existía, a la llegada de los españoles, se estaba cambiando por una estructura más compleja en que ciertos *lonkos* tenían un ascendiente estable sobre un conjunto de familias que habitaban en sus dominios.

En el plano económico, la “minifundización” producto de la subdivisión de tierras, la escasez de tierras para la ganadería, la degradación y erosión de los suelos por su utilización intensiva y la carencia de capital y herramientas adecuadas para explotar la tierra contribuyeron a producir una pauperización creciente de la economía mapuche. Para Rebolledo (1995), en este mismo plano, la gran dependencia del mercado y la incapacidad de la agricultura familiar de lograr la subsistencia del grupo produjo la

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

salida de los hijos del hogar paterno en búsqueda de mejores oportunidades de vida. Destacar la migración femenina, que se produce cuando las mujeres son muy jóvenes, se van a trabajar a Santiago en el servicio doméstico y se ha comprobado que al pasar unos diez años un porcentaje muy alto (alrededor de un 50%) vuelve a la comunidad; el problema que podría generar esto es que ellas salen en su etapa de mayor fertilidad, amenazando los procesos reproductivos de la sociedad mapuche rural (Bengoa 1997).

Por lo tanto, en la actualidad, su organización social está formada por familias nucleares, cuyo trabajo corre por cuenta propia o en alguna empresa u organizaciones. Existen autoridades consideradas como “tradicionales”, el *lonko*, la *Machi*, el *werken*, el *kimche*, entre otros, además de otras autoridades que pueden considerarse no tradicionales como los dirigentes de organizaciones indígenas (Saavedra 2006). Los contextos en la contemporaneidad nos deben llevar a poder transitar desde aquella concepción de cultura como un listado de atributos, creencias, tradiciones, religión, lengua, ritual, etc., hacia aquella cultura que es entendida como una visión de mundo, esto es, una explicación sobre cómo el mundo es organizado, de cómo actuar en el mundo que gana sentido y es valorado a través de la cultura. Esta concepción permite abandonar nociones esencialistas como las de aculturación, transculturación o pérdida de la cultura, para pensar mucho más en términos de procesos permanentes de transformación de los pueblos, donde la cultura es modificada, resignificada y revitalizada. Observamos, en el marco de los movimientos indígenas, en general y de los mapuche en particular, fenómenos emergentes de creatividad simbólica, así como también crecientes procesos de reflexividad cultural, que dan origen a mecanismos y estrategias de reinención cultural y redefinición identitaria, siempre desarrollados dentro de recursos simbólicos propios (Albert 2002).

Un fenómeno de reciente aparición, e importante de consignar, es la constitución de familias secundarias de hijos o hijas del propietario, en el mismo predio, tendencia que se hace cada vez más frecuente, particularmente, en zonas cercanas a áreas urbanas. Los residentes rurales acuden en el día, o durante un tiempo limitado, por razones de estudio o trabajo, a los lugares antes mencionados, regresando luego a su comunidad o localidad. Se puede apreciar en esta actitud ello una modificación paulatina del contexto rural, que deja de tener un carácter agrario para dar paso a un minifundio residencial,

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

utilizado como lugar dormitorio o de estacionamiento para quienes salen por temporadas y luego regresan.

La relación que el mapuche establece con la tierra en general, sintiéndose consustancial con ella, y con su tierra en particular, heredada de sus padres y ancestros, su propia tierra y propiedad natural de sus hijos y generaciones siguientes, ha permitido que en diversos lugares la población mapuche continúe concentrada de manera homogénea, continuando con la vida comunitaria preexistente a la división legal de la comunidad y/o constituyendo localidades que mantiene un carácter claramente indígena. Para Bengoa y Sabag (1997), esto último resulta de vital importancia. Para estos autores, la cultura de un pueblo o de un conglomerado social se recrea y reproduce adecuadamente en los territorios y espacios homogéneos donde este pueblo vive. Esto se aprecia en localidades y comunidades mapuche, donde se desarrollan, hasta el día de hoy, distintos aspectos culturales que le son propios: se habla en mapudungun, se celebran ceremonias y rituales, se preparan alimentos típicos, se consulta a Machis y meicas, se practican y reproducen las costumbres, etc.

Organización estructural. El pueblo mapuche, según su visión armónica de mundo, que toma en cuenta la interrelación entre la gente, la tierra, la naturaleza y las divinidades, se tuvo que estructurar, dando lugar a dos grandes tipos de entidades: la organización sociopolítica y la organización ideológico religiosa. Cabe aclarar que dentro del mundo mapuche todas las organizaciones tienen una base y un principio religioso. No obstante, ellas también están determinadas por el *Az Mapu*, (costumbres de nuestra tierra) es decir, por la manera que tiene el pueblo mapuche, - por lo tanto, cada identidad territorial en su diversidad-, de entender, de dar impulso y desarrollar su organización.

La organización social mapuche posee, hasta nuestros días, una estructura sólida, reconocida en forma indiscutible por todos los miembros de las comunidades mapuche. La primera organización social mapuche y la base de las estructuras mayores es el *lof*, que corresponde a un grupo familiar de *küla* (tres) o *meli* (cuatro) generaciones, que se organizan y viven en torno a la casa del jefe de familia o *lonko* (cabeza). Los *lof* se agrupan entre sí hasta un total de nueve, conformando los *rewe*, organización que mantiene vínculos familiares de un mismo linaje patrilineal. Entre los *lonko* del *rewe* se

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

elige un líder, el *ülmen füttra lonko*, autoridad del *ayllarewe* (Quidel y Jineo 1999). Los *aylla rewe* a su vez se pueden agrupar en organizaciones mayores, organizándose a partir de cuatro *aylla rewe* un *fütal mapu*, que constituye la máxima organización socio-política mapuche, la que es dirigida por un *ñizol lonko*.

Estas organizaciones son, en sí, estructuras de poder vigentes y determinan el funcionamiento de su sistema social. Es importante, en este punto, dejar en claro la diferencia entre una estructura socio-política *winka* (no mapuche) de una mapuche, esta última responde no a intereses políticos sino a las leyes naturales del *Az Mapu*.

Principales autoridades tradicionales

- *Lonko*. Es la autoridad principal, tradicionalmente corresponde a una persona mayor, que es el jefe tradicional de la comunidad familiar. Su cargo puede *lloukey* (recibirlo) por descendencia familiar, antiguo tributo o por nombramiento de su comunidad. Además de su rol social, es frecuente que el *lonko* también se ocupe del aspecto religioso al dirigir el *nguillatun* (rogativa), una de las ceremonias más importantes del pueblo mapuche.
- *La Machi*, autoridad espiritual que fue analizada anteriormente en apartado 6.4.
- El *lonko*, como *kimke che* (conocedor) de la *kimün* (sabiduría) mapuche, debe velar por la continuidad del *Az Mapu* y las costumbres de la tierra mapuche.
- *Ülmen*. Autoridad que mantiene las alianzas de los *lof*, regulando los asuntos políticos y económicos de la organización del *rewe*.
- *Ñizol lonko*. Es la autoridad máxima de las organizaciones mapuche, encargado de dirigir el *fütal mapu*.
- *Toki*. En tiempos de *aukan* (guerra), aparece la figura del *toki*, máxima autoridad política.
- *Ülmen futra lonko*. Es la autoridad de los *ayllarewe* que se preocupa de la defensa del territorio, la cultura y el espacio sagrado.

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

Además, se cuenta con otras autoridades tales como *Werken*, hombre de confianza y mensajero personal del *lonko*, que también facilita la relación y alianzas entre *lof*; generalmente este rol es ejercido por un hijo del *lonko* y por *Weupife*, hombre *kimke che* (conocedor) del pasado mapuche y portador del conocimiento de los linajes de los *lof*.

Familia y sistema de parentesco. La familia mapuche desempeña, esencialmente, dos funciones: económica y cultural. En el primer ámbito, se manifiesta como una unidad de producción y consumo. Todos los miembros desempeñan un rol económico, diferenciado según el sexo y la edad. En el segundo, la familia es el ámbito donde los nuevos miembros de la familia son socializados, aprendiendo la cultura e incorporando el estilo de vida tradicional. Tres son las reglas fundamentales que determinan el sistema familiar: a) el patrilineaje, los miembros de la familia están unidos por vínculos de parentesco que vienen desde la línea paterna; b) la exogamia, se busca pareja fuera del grupo familiar propio; y c) la patrilocalidad, la mujer sigue al hombre a su residencia.

Ceremonias y actividades sociales más importantes

- *We Txipantu*. En un contexto intercultural se entiende el *we txipantu* (nueva salida del sol) como el año nuevo mapuche, sin embargo corresponde a la celebración del inicio de un nuevo ciclo, el que coincide con el solsticio de invierno (24 de Junio del calendario occidental). Es la fecha en que renuevan las fuerzas de la naturaleza, cuando se produce la noche más larga del año y donde el inicio de las lluvias más intensas prepara todo para acoger y favorecer el nacimiento de la vida.
- *Nguillatun*. Ceremonia de rogativa, llevada a cabo por la comunidad en su conjunto, que intenta obtener fertilidad, fortuna, buenas cosechas o restaurar el desequilibrio ante una calamidad telúrica o atmosférica. En su centro se instala el *rewe* y a su alrededor los participantes. Dura un mínimo de dos días y un máximo de cuatro.
- *Lakutun*. Esta celebración de tipo social y religiosa corresponde al acto de imposición del nombre, lo que tradicionalmente es realizado por el abuelo, quien además del nombre transmite sus atributos espirituales y permite a su vez establecer una relación de identidad con sus antepasados.

Capítulo 6. Los mapuche en el mundo contemporáneo

- *Mofen*. Corresponde a la unión de dos personas por el acto del casamiento, generalmente hombre y mujer pertenecientes a distintos *lof*, que mediante esta ceremonia no solo ellos se comprometen en esta nueva relación, sino que corresponde al inicio de una nueva alianza entre familias.
- *Mingako*. Constituye una actividad social importante, en el sentido de establecer trabajos colaborativos. El *mingako* permite contar con el apoyo de un equipo para realizar actividades importantes del tipo agropecuarias o en el *rukan* (hacer ruka).
- *Palin*. El *palín* es el deporte tradicional mapuche, tiene un carácter principalmente social comunitario, practicándose principalmente para fortalecer la amistad entre el *lonk* y su *lof*. Tradicionalmente, corresponde a ceremonias sagradas del pueblo mapuche, en la actualidad aún existen zonas en las cuales esta actividad sigue fuertemente arraigada a lo sagrado, sin embargo, en general, es una actividad social de carácter intercultural, siendo una de las pocas instancias que culturalmente acepta mostrar lo íntimo.

Transmisión del conocimiento. Como ya mencionamos al inicio de este capítulo, las normas, los códigos y las leyes son otorgados por la madre naturaleza, y constituyen valores éticos que determinan el actuar de los mapuche, formando personas que viven en armonía con todo lo que les rodea, en esto consiste la sabiduría mapuche. Señalamos, a continuación, las principales maneras de adquirir el conocimiento.

- **Nütxam (diálogo mapuche).** Constituye la manera de dar a conocer y comprende la cultura y estilo de vida mapuche. Son los ancianos los poseedores de la sabiduría, quienes conocen lo que está bien y lo que está mal, quienes transmiten enseñanzas y valores a los jóvenes.
- **Epeu (relatos).** Varios son los relatos que son transmitidos de generación en generación, como parte de la tradición oral mapuche. Entre ellos quizás el más importante sea el de Kai-kai y Txeng Txeng. Existen otros como el de Sumpall y Mankian, también relatos sobre animales, e incluso sobre viajes de los vivos a la tierra de los muertos o de los muertos a la tierra de los vivos. Es el kimün (conocimiento) ancestral de la memoria mapuche.

- **Peuma (sueño).** Constituye una de las maneras en que los espíritus de los antepasados se comunican con el mapuche. Generalmente, los avisos de desastres, la necesidad de realizar un nguillatun, o las buenas noticias son conocidas en el sueño. El acto de transmisión del conocimiento, a excepción del peuma, es verbal, donde la lengua originaria (mapuzugun) juega un rol fundamental. Sin escritura, el habla es la manera que tiene el pueblo mapuche de transmitir su cultura de generación en generación, de ahí la importancia de conservar su idioma. El acto en sí implica la reunión del lof en torno al fogón, en una conversación en la que todos participan mirándose las caras y donde se respeta la voz de los mayores.

6.6. Síntesis

Los elementos abordados en este capítulo nos permiten tener una mayor aproximación a la concepción de salud y formas de sanación del pueblo mapuche, dado que éstas se encuentran estrechamente ligadas a su cosmovisión, a su vínculo con la tierra e historia de un pueblo que convive con una sociedad dominante, los cuales han ido determinando tanto su organización social, política, económica y cultural. Esta inmersión de la cultura mapuche en otra sociedad dominante trajo consigo cambios sustanciales tales como la incorporación del castellano, el trabajo asalariado y transformación de la economía comunitaria en una economía agrícola de subsistencia; todos estos cambios han llevado a la comunidad mapuche a un creciente proceso de adopción de pautas y valores occidentales, lo que no les ha producido un mejor bienestar, sino que más bien ha sido la única forma de vivir en un país que se desarrolla día a día.

PARTE III: ESTUDIO EMPÍRICO Y ANÁLISIS

CAPÍTULO 7: MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

7.1. *Introducción*

En este capítulo, se incluyen los aspectos relativos al desarrollo de la investigación. En una primera parte, señalamos el diseño global, en donde abordamos el problema y la finalidad del estudio con las interrogantes que lo motivaron e incluimos un esquema global que ilustra la investigación y la población objeto de este trabajo. En una segunda parte, señalamos el diseño metodológico que profundiza en la teoría de los diseños mixtos concurrentes, la población y la muestra, el trabajo de campo realizado, con especial énfasis en las estrategias seguidas, las dificultades encontradas y la forma de resolución de éstas. Finalmente, abordamos el diseño de los estudios cuantitativo y cualitativo; desarrollamos, en el primer caso, los objetivos e hipótesis que permiten perfilar ese tipo de estudio, los instrumentos utilizados, la muestra seleccionada, el proceso de reclutamiento, recogida y análisis de información. Asimismo, en el diseño cualitativo señalamos los objetivos asociados a esta técnica, las estrategias de producción de información, el diseño del guion para la dirección de los grupos de discusión, los criterios y la modalidad de selección de los participantes, el registro y el análisis del discurso.

7.2. *Diseño global de la investigación*

7.2.1. Problema y preguntas de la investigación

Conforme se señala en la introducción general de esta investigación doctoral, el problema de investigación, que se intenta abordar, tiene relación con la exploración y la caracterización de la percepción de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y la percepción de apoyo social de las personas de 60 y más años indígenas y no indígenas, a fin de generar propuestas de iniciativas político-sociales dirigidas a estos grupos.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

Acorde a este problema de investigación, el diseño metodológico aquí planteado intenta dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué factores inciden en la percepción de CVRS y la percepción de apoyo social que tienen las personas mayores indígenas y no indígenas?
- ¿Cuál es el significado que los adultos mayores chilenos -indígenas y no indígenas- le atribuyen a la CVRS y al apoyo social?
- ¿Están relacionadas la percepción de CVRS y la percepción de apoyo social que tienen los adultos mayores - indígenas y no indígenas-?
- ¿Existen diferencias para estas preguntas entre indígenas y no indígenas?, ¿Cuáles son esas diferencias?

7.2.2. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Caracterizar la percepción de CVRS y la percepción de apoyo social que tienen las personas mayores indígenas y no indígenas

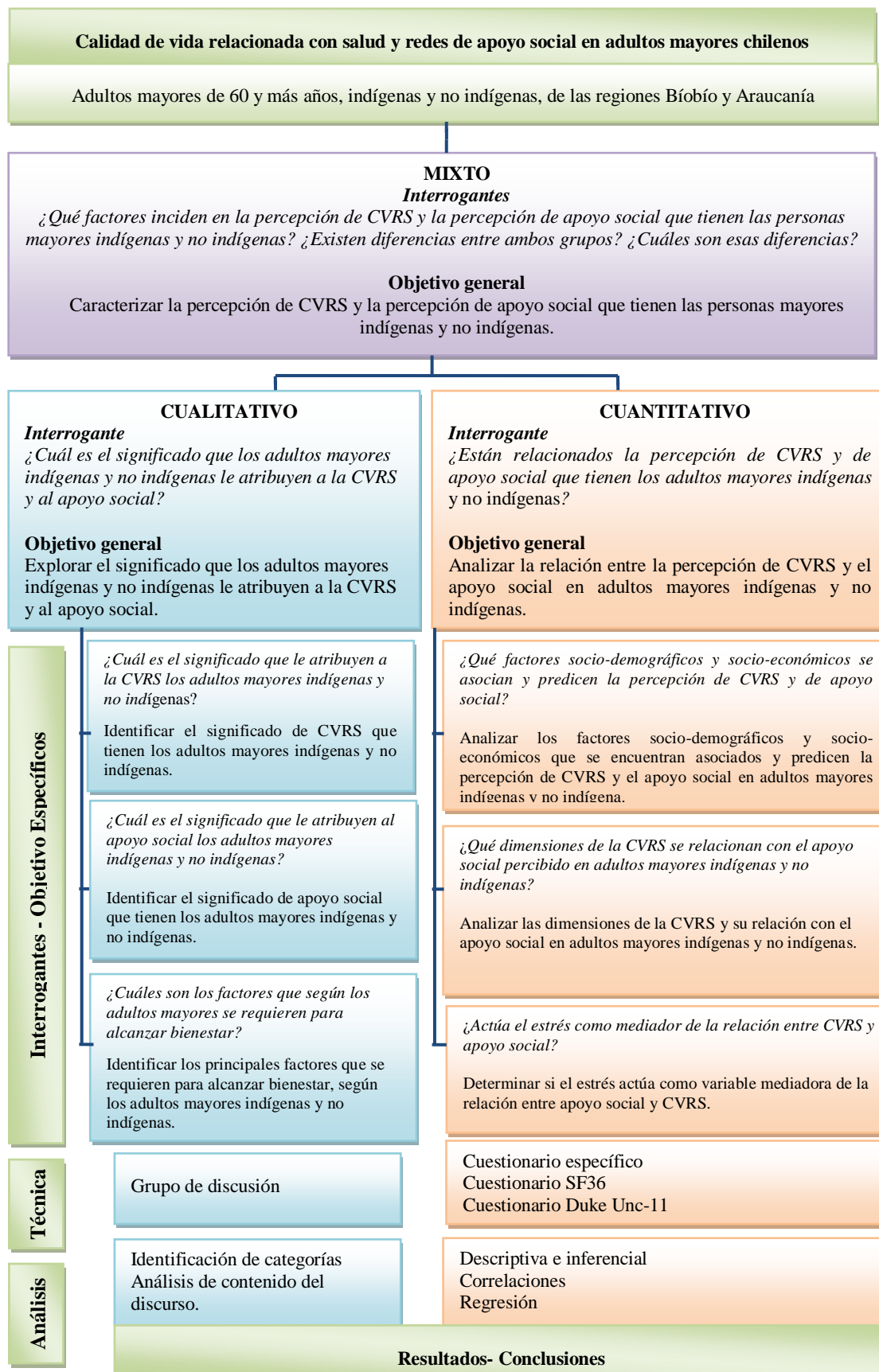
Objetivos específicos

- Explorar el significado que los adultos mayores -indígenas y no indígenas- le atribuyen a la CVRS y al apoyo social.
- Analizar la relación entre la percepción de CVRS y el apoyo social en adultos mayores indígenas y no indígenas

A modo de síntesis, se presenta a continuación un esquema global de la investigación

7.2.3. Esquema global de la investigación

Figura 10. Esquema global de la investigación



7.3. *Diseño metodológico*

Los estudios realizados en Chile, en calidad de vida y apoyo social en la vejez, son diversos en los ámbitos investigados y en la metodología de abordaje, pero son muy escasos desde la perspectiva de los ancianos pertenecientes a colectivos rurales, indígenas y no indígenas-, con la profundidad que aporta la complementariedad de la metodología mixta. La búsqueda de una comprensión más profunda del problema de investigación fue el estímulo para que el estudio se enmarcara en un proyecto de investigación mixta, que busca ahondar en la realidad y entregarnos una visión más amplia de ésta. Asimismo, las ventajas de su utilización descritas en la literatura (una mayor variedad de perspectivas del problema que se pretende investigar, se aumenta la posibilidad de utilizar mayor número de dimensiones de análisis en el proyecto de investigación, y ayuda a lograr una mayor comprensión de los fenómenos observados en la investigación) (Rodríguez 2010: 69) contribuyeron a la decisión del abordaje mixto en este estudio. Otro de los elementos argumentativos es que, particularmente, en salud uno de los propósitos de usar los métodos mixtos es buscar la integralidad para entender las complejidades del sistema sanitario, es así como el uso creciente en el Reino Unido de los métodos mixtos ha permitido comprender el impacto de las prestaciones y organización de los servicios de salud, con un enfoque centrado en los procesos y resultados (O’Cathain, Murphy y Nicholl 2008).

Esta investigación se define como de carácter mixto (cuantitativa-cualitativa), de corte transversal con un alcance exploratorio, descriptivo y analítico.

Filosófica y metodológicamente hablando, los métodos mixtos se fundamentan en el pragmatismo, el cual toma diversas ideas de John Dewey (1859-1952), William James (1842-1910) y Charles Peirce (1839-1914). Por pragmatismo entendemos la búsqueda de soluciones prácticas y trabajables para efectuar investigación, utilizando los criterios y diseños que son más apropiados para un planteamiento, situación y contexto en particular. Este pragmatismo implica una fuerte dosis de pluralismo, en donde se acepta que tanto el enfoque cuantitativo como cualitativo son útiles y fructíferos (Hernández y Mendoza 2008).

Dentro de los cuatro enfoques que se pueden adoptar desde la metodología mixta - concurrentes, anidados, secuenciales e integración- (Hernández et al. 2010),

consideramos que el más adecuado para guiar el proceso de esta investigación es el de diseños mixtos concurrentes, que profundizamos a continuación.

7.3.1. Diseño mixto concurrente

Entendemos el enfoque mixto como “un conjunto de procesos sistemáticos que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno en estudio” (Hernández, Fernández, y Baptista 2010: 546). Dicho enfoque fue abordado en esta investigación, con un diseño concurrente o en paralelo, otorgando la misma importancia a ambos tipos de datos, “se aplican ambos métodos de forma simultánea, tanto los datos cuantitativos como cualitativos se recaban en paralelo y de forma separada y de los resultados de ambas se realizan las interpretaciones sobre el problema investigado” (Hernández et al. 2010: 559) (figura 11).

Figura 11. Diseño mixto de triangulación concurrente



Fuente Adaptado de Hernández et al. 2010.

El diseño y los objetivos definidos para la investigación en la fase *cuantitativa* se abordaron mediante la técnica de encuesta aplicada a dos grupos o colectivos diferenciados según la variable independiente etnia (indígena-mapuche y no indígena), que nos permitió realizar análisis descriptivos, correlacionales y de regresión. En este tipo de diseño, donde la variable independiente no es manipulable, comparte algunas características con el diseño cuasi-experimental -el investigador no puede asignar los sujetos a los grupos que se van a comparar, ya que están ya formados- y con el expocfacto -ya que el investigador observa las consecuencias e infiere las posibles causas que

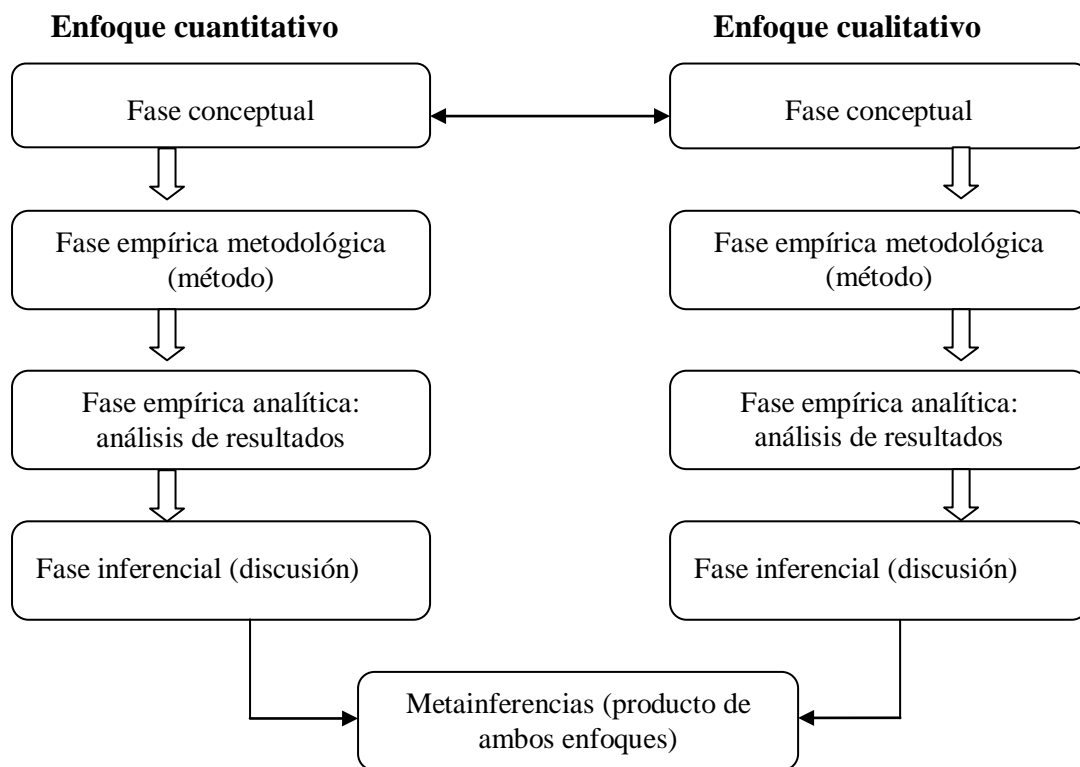
Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

ya han sucedido-. Para la fase cualitativa se llevó a cabo un estudio, mediante grupos de discusión que tuvo un alcance exploratorio, descriptivo y analítico. Ambos enfoques nos permitieron realizar propuestas explicativas.

Hernández et al. (2010: 559) señalan que los diseños mixtos concurrentes, en términos de sus procesos, implican cuatro condiciones:

1. Se recaban en paralelo y de forma separada datos cuantitativos y cualitativos.
2. El análisis de ninguno de los dos métodos (cuantitativo- cualitativo) se construye sobre la base del otro análisis.
3. Los resultados de ambos tipos de análisis no son consolidados en la fase de interpretación de cada método, sino que hasta que ambos conjuntos de datos han sido recolectados y analizados de manera separada.
4. Después de la recolección e interpretación de los datos cuantitativos y cualitativos, se efectúa una o varias metainferencias que integran las inferencias realizadas de manera independiente (figura 12).

Figura 12. Procesos de los diseños mixtos concurrentes



7.3.2. Población y muestra

La población objeto de estudio corresponde a personas chilenas de 60 y más años, beneficiarios del sistema público de salud de las regiones Bío-bío y Araucanía, que conformaron los siguientes dos grupos de estudio: “indígenas”, perteneciente a la etnia mapuche, que vivían en una comunidad indígena y que contaban con un apellido mapuche o un apellido reconocido como tal por la CONADI⁴⁸; y un segundo grupo, el de no indígenas, entendiendo como tal aquellas personas que vivían en zonas rurales pero que no eran mapuche ni pertenecían a ninguna otra etnia.

7.3.3. Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado conforme a lo planificado durante los meses de octubre del 2009 a enero del 2010, que son meses de primavera-verano en el hemisferio sur, favorable para el acceso a las zonas rurales. Sin embargo, dada las condiciones climáticas de ese año, en el cual las lluvias se prolongaron, el trabajo se dificultó y enlenteció. Sumado a esto, el país se encontraba en un contexto de elecciones presidenciales y de contingencia del conflicto entre el Estado chileno y el pueblo mapuche. El escenario de elecciones presidenciales se transformó en una dificultad dada la desconfianza de los adultos mayores de ser utilizados políticamente, relatando experiencias anteriores en que esto efectivamente había sido así, con lo cual el tiempo previo a la aplicación del cuestionario fue mucho mayor y significó grandes esfuerzos para generar un espacio de confianza y de aceptación. La contingencia entre el Estado y el pueblo mapuche tuvo especial relevancia en el desarrollo de la investigación, convirtiéndose en un obstáculo importante de acceso a las comunidades indígenas con la estrategia inicialmente diseñada -a través del conducto oficial desde el Ministerio de salud- lo cual implicó replantearnos la investigación hacia la alternativa del colectivo urbano. Finalmente, se optó por continuar los esfuerzos para entrevistar al colectivo mapuche y se decidió cambiar la estrategia de acceso a las comunidades mapuche, recurriendo a otras redes, que permitieron alcanzar los objetivos propuestos.

Se realizó un diario de anotaciones de lo acontecido en el trabajo de campo, en el cual se consignaron observaciones directas del terreno, interpretaciones de lo percibido,

⁴⁸ Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

problemas en la ejecución de las entrevistas, en la ejecución de los grupos de discusión, o en el contacto con las personas mapuche, situaciones inesperadas y aprendizajes personales. A continuación pasamos a relatar los aspectos relevantes de dicho trabajo.

- Establecimiento de contactos; los primeros acercamientos se realizaron formalmente a través del Ministerio de salud, lugar en el cual se desempeña laboralmente la doctoranda, obteniendo la aprobación y apoyo de dicha entidad para realizar la investigación como un estudio del Ministerio, lo cual facilitó la coordinación con los contactos a nivel regional. Para ello se sostuvieron reuniones con autoridades del Ministerio, como la jefa de división de redes asistenciales, la jefa del equipo de pueblos originarios y algunos integrantes del equipo.

Posteriormente, se efectuaron reuniones en las regiones con cada uno de los Servicios de Salud seleccionados. Los actores involucrados fueron los jefes de atención primaria de salud y del programa de pueblos originarios y tuvieron como finalidad dar a conocer la investigación, identificar las comunas⁴⁹ del estudio y establecer las estrategias adecuadas de acceso a dichas comunas conforme la realidad local. Cabe mencionar la disponibilidad de los Servicios de Salud a colaborar con la investigación, sin embargo para alcanzar los objetivos del estudio en los tiempos disponibles para el trabajo de campo fue necesario, como se mencionó anteriormente, buscar otras estrategias de acceso a la población a través de:

- Instituciones de Educación, mediante la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, quienes nos abrieron las puertas en las comunas de Perquenco y Padre Las Casas y del Programa Chile Califica, que nos permitió acceder a las comunas de Nueva Imperial y Lautaro.

⁴⁹ Las comunas en Chile son la división político-administrativa menor y básica del país, corresponde a lo que en términos genéricos se conoce como municipio o ayuntamientos. La administración local de cada comuna reside en una municipalidad, constituida por un alcalde y un concejo comunal, electos directamente por un periodo de 4 años renovable. Las municipalidades representan el nivel local de las instancias de Gobierno.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

- Servicio de Salud BíoBío con sus centros de salud familiar Norte y Sur, quienes nos facilitaron el acceso en la comuna de los Ángeles. En dicha comuna se contó con la colaboración de alumnos(as) de enfermería.
- Familiares y amistades que nos establecieron los contactos para acceder a las comunas de Lumaco, Quilleco, Santa Barbará y Freire (en Santa Barbará se contó con alumnos/as de enfermería de último año de la Universidad Bolivariana y en Freire con alumnas de la carrera de Servicio Social de la Universidad de la Frontera, que se encontraban en prácticas).

- Las dificultades anteriormente mencionadas no presentaron mayor relevancia en el desarrollo de los grupos de discusión, dado que el generar un espacio de conversación grupal fue muy bien valorado y acogido, así como también la forma de convocatoria, que describimos más adelante, resultó muy acertada. Sin embargo, se suscitaron otras dificultades relacionadas con los requerimientos iniciales de conformación de los grupos, tales como que sus integrantes no se conocieran, pero dado que al tratarse de comunidades pequeñas la mayoría se conocía se decidió que los mínimos de conformación de los grupos de discusión fueran que entre los integrantes del grupo no hubiese relación de parentesco, de pareja o de padres-hijos. Otra dificultad que se presentó en uno de los grupos mapuche fue el rol pasivo del moderador; por ejemplo, en uno de los grupos de discusión uno de los participantes insistió reiteradamente en una mayor participación del moderador en la conversación “y la señorita no cuenta nada”, “si la señorita no cuenta nada yo me voy”, esto sucedió en uno de los grupos de discusión y se aprovechó el momento en que estaba abordando el tema de la religión, para aportar como moderadora del grupo la experiencia personal con la religión y con esto cubrir el requerimiento de uno de los integrantes del grupo.
- La lengua, que inicialmente pensamos podría ser un obstáculo para recoger el discurso de forma fluida en una conversación grupal, no presentó mayores dificultades dado que la totalidad de los mapuche participantes de la investigación contaban con un buen manejo conversacional del castellano.
- El transporte, inicialmente, fue un obstáculo importante que enlenteció el trabajo, porque sumarse a la disponibilidad de vehículo de las instancias locales no siempre fue posible y el vehículo disponible no permitía llegar a los lugares requeridos. Esta

situación mejoró notablemente cuando se contó con una camioneta de uso exclusivo para la investigación, agilizando enormemente el trabajo de campo.

A continuación, detallamos el procedimiento seguido en la investigación en la aproximación cuantitativa y cualitativa, aclarando que ambas tienen la misma importancia y que se efectuaron simultáneamente.

7.3.4. Aproximación cuantitativa

La investigación cuantitativa nos permite describir las variables en estudio y explicar sus cambios y movimientos. Desde esta perspectiva, el estudio cuantitativo nos parecía adecuado para identificar las variables que se relacionan y predicen la CVRS y el apoyo social en adultos mayores indígenas y no indígenas. Los objetivos, que detallamos a continuación, justifican plenamente la utilización de las técnicas cuantitativas.

7.3.4.1. Objetivos

Analizar la relación entre la percepción de CVRS y la percepción de apoyo social en adultos mayores -indígenas y no indígenas-.

Los siguientes objetivos específicos tratan de detallar las relaciones que son especificadas en el objetivo general, anteriormente descrito:

- Analizar los factores socio-demográficos, socio-económicos y de participación que podrían predecir y se encuentran asociados con la percepción de la CVRS y el apoyo social en adultos mayores indígenas y no indígenas.
- Analizar las dimensiones de la CVRS y su relación con el apoyo social en adultos mayores indígenas y no indígenas.
- Determinar si el estrés actúa como variable mediadora de la relación entre el apoyo social y la CVRS.

7.3.4.2. Hipótesis

1. Suponemos que la percepción de la CVRS y el apoyo social de los adultos mayores chilenos se encontrará asociada a factores socio-demográficos y económicos, tales como la edad, el sexo, los años de escolarización y la vida marital, así como también con la satisfacción con el ingreso y la participación en organizaciones sociales. Además, dichos factores podrían predecir la percepción anteriormente aludida.
 - A mayor edad habrá una peor percepción de la CVRS y del apoyo social.
 - Los *hombres* tendrán una mejor percepción de la CVRS y las mujeres una mejor percepción del apoyo social.
 - A mayor cantidad de *años de estudios* mejorará la percepción de la CVRS y la percepción del apoyo social.
 - Los adultos mayores que tengan una *relación de pareja* mostrarán una mejor percepción de la CVRS y del apoyo social.
 - A mayor *satisfacción con el ingreso* mejorara la percepción de la CVRS y del apoyo social.
 - La *participación en organizaciones sociales* contribuirá a una mejor percepción de la CVRS y del apoyo social.
2. La satisfacción con el apoyo social percibido correlacionará positivamente con puntuaciones más altas en la percepción de CVRS en ambos colectivos.
3. La población Indígena (mapuche) tendrá peor percepción de su CVRS y del apoyo social que la población no indígena.
4. El estrés desempeña un rol mediador entre el apoyo social percibido y la percepción de la CVRS.

7.3.4.3. Descripción de instrumentos

Se diseñó un cuestionario (anexo 2) que incluía, por una parte, preguntas sobre datos socio-demográficos, socio-económicos, de participación, de salud, de soporte social, de religiosidad y sucesos importantes y, por otro lado, dos instrumentos genéricos (el cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario de apoyo social Duke Unc-11).

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

La parte del cuestionario que utiliza variables específicas fue diseñado en base a preguntas ya validadas en Chile, en instrumentos tales como la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) del año 2006, la encuesta nacional de calidad de vida y salud del mismo año y otros cuestionarios nacionales de salud. Dichas variables están dirigidas a obtener información con respecto a las siguientes dimensiones:

- Identificación de la persona: región y comuna donde vive, centro de salud primario en el cual se atiende y el tipo de comunidad donde se integra.
- Aspectos socio-demográficos: sexo, edad, educación, estado civil, cohabitación, parentesco con la persona con quien vive y situación laboral.
- Salud objetiva: enfermedades diagnosticadas, (le ha diagnosticado el medico (...)? Tratamientos (¿está en tratamiento?), hábitos de consumo de alcohol y tabaco.
- Soporte social: número de hijos, frecuencia de contacto con los hijos, amigos y familiares.
- Religión: relevancia de la religión en su vida y religión que profesa.
- Participación en organizaciones sociales.
- Estrato social: vivienda, saneamiento básico, sistema previsional de salud, fuente y monto de ingresos y satisfacción con estos.
- Sucesos importantes en el último año

Cuestionario de salud SF-36, versión española estándar con recordatorio de cuatro semanas. Es uno de los instrumentos genéricos más utilizados a nivel internacional para evaluar la CVRS (Vilagut et al. 2008). En Chile, ha sido utilizado en diversos estudios, entre ellos citamos el realizado por la Superintendencia de Salud en una muestra de más de 4000 personas de 15 y más años beneficiarios del sector público (Olivares 2006) y la encuesta nacional de calidad de vida y salud realizada por el Ministerio de salud, en la cual se aplicó la versión reducida de 12 ítems (Ministerio de Salud 2006b).

Es un instrumento que evalúa la CVRS percibida, entregando un perfil del estado de salud percibido, es decir, del grado de bienestar y de la capacidad funcional de las personas; se puede aplicar a partir de los 14 años, tanto en población general como en personas con algún tipo de enfermedad. Consta de 36 preguntas que miden ocho dimensiones, como resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

cuestionario; función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, se incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual, respecto al año anterior y a personas de la misma edad y sexo. La respuesta a esta pregunta describe la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. La tabla 9 muestra un resumen de las ocho dimensiones del cuestionario de salud SF-36.

Tabla 9. Resumen del contenido de las dimensiones del cuestionario SF-36

Dimensiones	Nº Ítems	Resumen del contenido
Función Física (FF)	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
Rol Físico (RF)	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
Dolor Corporal (DC)	2	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud General (SG)	5	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.
Vitalidad (V)	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social (FS)	2	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional (RE)	3	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud Mental (SM)	5	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
Evolución Declarada de la Salud	1	Evolución Declarada de la Salud (HT)

Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36

Las escalas están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud (0= peor puntuación y 100= mejor puntuación). El cálculo de puntuación se efectuó previo una re-codificación de variables conforme lo define el manual de

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

puntuación de la versión española del cuestionario (Institut Municipal d'Investigació Mèdica 2000).

Cuestionario de percepción de apoyo social funcional de Duke Unc-11, versión española (Bellon et al. 1996). Evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Consta de 11 ítems, que recogen valores referidos a dos dimensiones del apoyo social funcional: *apoyo confidencial* a disposición de información, consejo o guía o personas con quien compartir problemas y *apoyo afectivo* a amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos. Cada una de estos aspectos se evalúa mediante una escala de likert con 5 opciones de respuestas que se puntúan de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) y 5 (“tanto como lo deseo”). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación le corresponde un menor apoyo. En el apoyo total percibido, se considera apoyo normal a una puntuación superior a 32 puntos y apoyo bajo a una puntuación menor o igual a 32 puntos. Las preguntas y puntuación para cada dimensión son: apoyo social *confidencial* (preguntas 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10) y apoyo social *afectivo* (preguntas 3, 4, 5 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por dimensión oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos (Fernández et al. 2001).

La fiabilidad test-retest es de 0,66. La relación de cada ítem con la puntuación total del cuestionario también demuestra ser adecuada. La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es adecuada (alfa de Crombach de 0,90 para el total de la escala y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo respectivamente) (Bellon et al. 1996).

7.3.4.4. Selección de la muestra

El muestreo se realizó tendiendo a unas cuotas fijas en función de las siguientes variables: *edad, sexo, nivel educacional, nivel socioeconómico y grupo* (indígena y no indígena). Las variables seleccionadas, obedecen a estudio previo en el cual mostraron diferencias significativas (Vargas 2009). Cada grupo debía estar constituido por un número similar de personas en cada variable (edad, sexo, nivel educacional, nivel socioeconómico). Para poder comparar ambos grupos (indígena y no indígena) se estableció a priori que como mínimo se entrevistase a 100 personas por grupo, ya que la estadística inferencial afirma que éste es un buen número para poder comparar grupos y mostrar diferencias significativas que sean lo suficientemente importantes como para poderse interpretar desde un punto de vista teórico (Fernández y Fernández 2009). Así pues, este tipo de muestreo se puede considerar mixto, ya que por un lado es intencional (no fueron seleccionadas al azar, sino por su accesibilidad, siempre y cuando cumplieran unos requisitos preestablecidos) y además establece unas cuotas según las variables que se pudiesen considerar que formaban estratos (muestreo estratificado).

La muestra quedó constituida por un total de 225 personas distribuidas en dos grupos – indígena y no indígena- en proporciones similares. Finalmente se aplicó el cuestionario a un total de 225 personas de las cuales 113 correspondieron a población no indígena y 112 a población indígena (mapuche), debiendo eliminar en este último grupo cinco cuestionarios porque no cumplieron con los requisitos de “mapuche”, es decir vivían en comunidad pero no contaban con al menos un apellido indígena o reconocido como tal por la CONADI.

Para acceder a la muestra se tomaron las siguientes decisiones en cuanto a la selección de regiones, comunas y personas (muestreo polietápico):

- Regiones con mayor concentración de población rural y mapuche. Las regiones que cumplen estas condiciones en el país son la Araucanía, Los Lagos y Bío-bío. En función de las facilidades de tipo logístico para llevar a cabo la investigación (alojamiento, transporte, apoyo de alumnos, entre otros), se seleccionaron las regiones de La Araucanía con sus dos Servicios de Salud (Araucanía Norte y Sur) y de Bío-bío, con su Servicio de salud del mismo nombre. Posteriormente, se procedió a la selección de comunas, incorporando a la investigación las comunas de Lautaro,

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

Nueva Imperial, Padre las Casas, Perquenco, Freire Angol, Lumaco, Los Ángeles, Santa Barbará y Quilleco, que mostraron disponibilidad a colaborar en el estudio y facilidades para alcanzar lo propuesto en los tiempos establecidos.

Una vez definido el tamaño y localización geográfica de la muestra, se seleccionaron las personas a las cuales aplicar el cuestionario, conformando dos grupos de estudio - mapuche y no indígena- con la ayuda de referentes locales y conforme al siguiente criterio de inclusión: personas de 60 y más años, beneficiarios del sistema público de salud.

En la selección de la muestra, además, debemos hacer las siguientes puntualizaciones:

- Se trató de que hubiera una distribución similar entre hombres y mujeres.
- Se intentó una distribución similar entre los grupos de personas de 60 a 74 años y de 75 y más años.
- Se buscó, también, una distribución equitativa en el nivel socioeconómico y académico de la siguiente manera; por un lado, proporcionalidad de los ingresos totales mensuales del hogar, de acuerdo a los siguientes tramos: por debajo de 100.000 pesos (137 euros); entre 100.000 (137 euros) y 300.000 pesos (400 euros) y por encima de 300.000 pesos (400 euros); y por otro, repartición equitativa de los años de escolarización, de acuerdo a los tramos: sin estudios, básica (1 a 8 años de estudio), media (9 a 12 años de estudio) y estudios superiores (más de 12 años de estudios).

7.3.4.5. *Recolección de información*

La aplicación de los cuestionarios se efectuó, en las comunas de Freire, Lautaro, Lumaco, Nueva Imperial, Padre las Casas y Perquenco de la novena región y Los Ángeles, Quilleco y Santa Bárbara de la octava región. En su mayoría, fueron aplicados por la doctoranda a excepción de aquellos lugares donde fue posible contar con alumnos de último año de las carreras de trabajo social y enfermería (comunas de Freire, Santa Barbará y Los Ángeles). Dichos alumnos fueron adiestrados previamente en los objetivos de la investigación y en los contenidos y aplicación del instrumento; además, acompañaron a la doctoranda como observadores en una entrevista, antes de iniciar las suyas. Los cuestionarios, tanto los aplicados por los alumnos como por la doctoranda, fueron cumplimentados simultáneamente en el mismo lugar.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

La estrategia de aplicación del instrumento, dependiendo de la realidad local y organización de cada lugar, se efectuó conforme a los criterios de inclusión del estudio y a la forma de selección de la muestra, señalados anteriormente. Dichas estrategias de aplicación de los cuestionarios incorporaron las siguientes modalidades:

- Se citaba a las personas en la posta de salud rural en la cual se atienden o en los colegios cercanos al área de residencia de los entrevistados. En caso de inasistencia de las personas citadas, dichas personas fueron visitadas en sus hogares acompañados por el técnico paramédico o el auxiliar administrativo del colegio, quienes efectuaban las presentaciones sin participar de la entrevista.
- Se acudía a los domicilios de las personas para la aplicación del instrumento, acompañada por algún referente local, en el caso de comunidades indígenas con alguna autoridad o quien se haya designado, y en el caso del colectivo no indígena, se iba a los domicilios con personal de la posta de salud rural correspondiente, de colegios o municipios.
- En el centro de salud intercultural de Makewe, que atiende a comunidades indígenas de las comunas de Padre Las Casas y Freire, se solicitaba a las personas participar en el estudio, tomando contacto con ellas desde la oficina de admisión o en la sala de espera. El centro de salud se encuentra ubicado en la comuna de Padre Las Casas y, dada sus características de atención de salud intercultural así como también de las facilidades otorgadas para el estudio, fue un facilitador para llevar a cabo el trabajo de campo en estas comunas.
- Para la población mapuche, cuando las entrevistas fueron realizadas en su domicilio, la estrategia incorporó además una reunión previa con una autoridad de la comunidad, quien autorizó llevar a cabo la investigación y, en algunas ocasiones, acompañó personalmente a la doctoranda a los domicilios de las personas o, en su defecto, solicitó a alguien de la comunidad que acompañara en esta labor. Esto facilitó enormemente el trabajo con este colectivo, dado que permitió una mejor acogida y entendimiento cuando se suscitaron dificultades idiomáticas.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

Previamente a la aplicación del cuestionario, todas las personas fueron informadas sobre la investigación y, conforme lo define el comité de ética del Ministerio de salud, se les solicitó por escrito su consentimiento informado de participación y nos comprometimos a la confidencialidad de los datos (anexo 3).

7.3.4.6. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa *SPSS* versión 15 para Windows. Mediante estadística descriptiva, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

La estadística inferencial se adecuó en función del tipo de hipótesis (relacionales, o de diferencias) así como del tipo de datos (pruebas paramétricas y no paramétricas). Así, por ejemplo para el estudio de relaciones simples (correlaciones) se calculaba el coeficiente de Pearson o el de Rho de Spearman, según el tipo de datos; para las correlaciones múltiples, el procedimiento de regresión lineal; para el análisis de la aportación de una tercera variable a la relación de las otras dos, se realizaron estudios de correlaciones parciales.

Para comprobar si existían diferencias entre grupos (por ejemplo, mapuche y no indígenas, o según edad, sexo) se utilizaron pruebas específicas, tales como la prueba t, ANOVA, o pruebas no paramétricas.

7.3.5. Aproximación cualitativa

Hernández et al. (2010) señalan que la investigación cualitativa nos permite comprender y profundizar los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes y en relación con el contexto. Desde esta perspectiva, el estudio cualitativo nos parecía adecuado para explorar la concepción de la CVRS y del apoyo social en adultos mayores indígenas y no indígenas, a través de los objetivos específicos que se detallan a continuación.

7.3.5.1. *Objetivos*

- Identificar el significado que los adultos mayores mapuche y no indígenas le atribuyen a la CVRS y al apoyo social.
- Identificar los principales factores que, según los adultos mayores, se requieren para alcanzar el bienestar.

7.3.5.2. *Estrategia de producción de información*

El instrumento de investigación utilizado fue la técnica de grupo de discusión (GD). Su formulación teórica, así como su desarrollo metodológico dentro de la sociología española, se encuentra fundamentalmente en los escritos de Jesús Ibáñez (2003) y Alfonso Ortí (1990). Se concibe como una técnica de investigación social que trabaja con el habla y cuyo objetivo fundamental es ordenar y dar sentido al discurso social que se va a reproducir. Técnicamente el grupo de discusión lo que hace es reunir a un grupo de personas, o participantes seleccionados, que son una muestra estructural con características propias que en ese momento constituye la dimensión grupal.

Para Jesús Ibáñez (2003), el proceso de investigación, mediante grupos de discusión, obedece a la estrategia de un sujeto en proceso (de un sujeto que cambia). El orden social en el que se encuadra el lenguaje de cada sujeto no es consciente, por eso es preciso el discurso en grupo para reproducirlo y reordenarlo. Ibáñez concibe al grupo como un todo, una conversación entre iguales, en el que cada interlocutor es parte del proceso. Los participantes son sujetos en proceso (que cambian), al conversar van generando cambios en su discurso y en la conversación; el sistema informacional es abierto, cada participante habla y puede responder, a su vez el que responde puede cuestionar y volver a hacer otras preguntas, lo que hace una conversación. El producto del grupo de discusión es un discurso grupal, que para el análisis interesa más que el habla individual. La conversación que surge dentro del grupo es siempre considerada como una totalidad. Por consiguiente, el grupo de discusión no es un grupo natural ya que los componentes tienen una tarea prefijada por el moderador. Por eso decimos que no es un grupo natural ya que existe por y para la tarea que les es encomendada. Tiene una duración finita, limitada que no va más allá de la duración discursiva, que para efectos de esta investigación osciló entre 90 y 120 minutos de duración.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

Las funciones del moderador fueron las de iniciar la reunión, presentar el tema, asegurar que todos puedan dar su opinión -evitando que algunos monopolicen la dinámica-, llevar el orden de los temas y cerrar el encuentro.

7.3.5.3. Diseño de guion o pauta de entrevista

En el diseño de la pauta de entrevista han estado presentes los ámbitos de interés en los que se centra la investigación, los cuales han sido definidos conjuntamente por la doctoranda y los directores de esta investigación. Junto a estos ámbitos, se han definido unas dimensiones sobre las que se estructura la recogida de información, la definición de cuestiones y la dirección de los debates: descripción, percepción, satisfacción y propuestas de mejora. El concepto de CVRS se abordó desde la perspectiva de los problemas cotidianos del entorno, de las cuestiones de salud que más le preocupaban a los interlocutores en la vida diaria- cuestiones que suelen influir para tener un mal estado de ánimo- y desde el punto de vista de las características que tendría que tener su vida para alcanzar una óptima CVRS. Asimismo, el apoyo social se abordó conversando sobre las personas con las que se comparte la vida diaria y reflexionando sobre la relación que se sostiene con ellas (anexo 4).

Así pues, se definió un guion que nos ha permitido recoger información sobre cómo los invitados al grupo de discusión perciben la situación, cuál es su grado de satisfacción con lo que hay y lo que ocurre (conocer sus argumentos) y en qué medida la realidad podría ser de otra manera (propuestas de mejora).

7.3.5.4. Muestra y selección de participantes

El criterio para definir el número de grupos fue el de saturación de discursos. Es así como se realizaron cuatro grupos de discusión, dos en población mapuche y dos en población no indígena, conforme los siguientes criterios de inclusión de participantes: adultos de 60 y más años de edad, beneficiarios del sistema público de salud, y sin lazos familiares entre ellos, ya sea de pareja o de padres-hijos. Para los grupos de discusión mapuche se agrega a los criterios anteriores la condición de vivir en una comunidad mapuche. Además, se trató de que en los grupos de discusión hubiera una distribución similar entre hombres y mujeres.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

A continuación, se detallan las características sociodemográficas de cada uno de los grupos y la modalidad de selección de los participantes (tabla 10 y 11).

Tabla 10. Características sociodemográficas, grupos de discusión de población mapuche

Grupo	Selección participantes
GD1 COMUNIDAD JUAN CURAQUEO	
Región Araucanía Servicio Salud Araucanía Sur Comuna Lautaro	Los contactos con la comunidad se establecieron a través del “Programa Chile Califica regional”, quien a su vez contactó con una monitora de alfabetización de comunidades indígenas.
Nº personas: 8 (4 mujeres 4 hombres) P1: Hombre casado (lonko) P2: Mujer viuda, vive sola P3: Hombre viudo, vive solo P4: Hombre soltero P5: Hombre casado P6: Mujer casada P7: Mujer viuda, vive sola P8: Mujer casada	Se realizó coordinación previa con monitora de alfabetización quien, conforme los antecedentes de la investigación y criterios de inclusión de participantes, gestionó la aceptación del estudio con el lonko ⁵⁰ de la comunidad.
Edad, entre 62 y 80 años	La convocatoria se efectuó a través del lonko de la comunidad mediante una carta tipo y conforme a los criterios de inclusión anteriormente definidos
	Se utilizó como lugar de reunión, para realizar el grupo de discusión, la sede comunitaria de la comunidad, y la monitora de alfabetización acompañó a la doctoranda para efectuar las presentaciones al lonko y éste a su vez al grupo.
GD2 COMUNIDAD MIGUEL CHEUQUEPÁN	
Región Araucanía Servicio Salud Araucanía Sur Comuna Lautaro	Los contactos con la comunidad se establecieron a través del Programa Chile Califica regional, quien a su vez contactó con el Departamento de desarrollo comunitario de la municipalidad de Lautaro, quienes facilitaron el acceso a la comunidad.
Nº personas: 11 (6 mujeres 5 hombres) P1: Hombre casado P2: Mujer casada P3: Hombre casado P4: Mujer viuda, vive sola P5: Mujer casada P6: Hombre casado P7: Hombre casado P8: Mujer viuda P9: Mujer casada P10: Mujer viuda P11: Hombre casado	Se realizó una visita previa, acompañando al equipo del Programa del adulto mayor de la municipalidad a una actividad con la comunidad. En dicha visita, se presentó la investigación a los asistentes a la reunión y se acordó por parte de dirigente de la comunidad gestionar al interior de la comunidad la aprobación para efectuar el estudio. La respuesta de aceptación fue entregada por el dirigente encomendado por la comunidad para ello.
Edad entre 60 y 90 años	La convocatoria se efectuó a través del dirigente de la comunidad mediante carta tipo y conforme a los criterios de inclusión anteriormente definidos.
	Se utilizó como lugar de reunión, para realizar el grupo de discusión, la sede comunitaria de la comunidad.

La distancia entre la comuna de Lautaro y Santiago (capital) es de 652 km., y con la capital regional (Temuco) son 50 km.

⁵⁰ Lonko, cabeza principal o jefe de la comunidad.

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

grabar la sesión, comprometiéndonos a resguardar las identidades de los participantes. Todas las personas estuvieron de acuerdo en participar (se firmaron los consentimientos informados), y los grupos se llevaron a cabo en una muy buena dinámica participativa.

7.3.5.5. Registro de información

Los discursos emitidos por los entrevistados fueron registrados, previa autorización de sus emisores, en cintas de grabación digital y posteriormente transcritos para su análisis. La codificación, utilizada para citar los fragmentos discursivos, incorporó número del grupo y de página, por ejemplo, grupo de discusión número, página 2, sería GD2, 2.

7.3.5.6. Análisis

❖ Análisis de contenido del discurso

Se entiende como análisis al “conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significados relevantes en relación a un problema de investigación” (Rodríguez, Gil y García 1999:200).

Laurence Bardin define el análisis de contenido como “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción de contenidos de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción contexto social de estos mensajes” (1996:32). Por tanto, pertenecen al campo del análisis de contenido todo el conjunto de técnicas tendientes a explicar y sistematizar el contenido de los mensajes comunicativos de textos, sonidos e imágenes y la expresión de ese contenido, con ayuda de indicios cuantificables o no. Todo lo explicado tiene como objetivo efectuar deducciones lógicas justificadas concernientes a la fuente –el emisor y su contexto – o eventualmente a sus efectos.

Rodríguez et al. señalan que analizar los datos supondrá examinar sistemáticamente un conjunto de elementos informativos para delimitar parte y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo. En definitiva, todo análisis persigue alcanzar un mayor conocimiento de la realidad estudiada y, en la medida de lo posible, avanzar

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

mediante su descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos (1999).

También, Rodríguez et al. consideran la categorización y la codificación como herramientas importantes en el análisis de datos cualitativos; la *categorización* hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico, en donde una categoría soporta un significado o todo tipo de significado, pueden referirse a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectiva sobre un problema, procesos, métodos y estrategias; la *codificación* es el proceso físico manipulativo mediante el cual dejamos constancia de la categorización realizada (1999: 208). La codificación utilizada en esta investigación fue de tipo numérico, es decir se marcaron con número las citas correspondientes a cada categoría definida.

Existen manuales específicos (Bardin 1996; Krippendorff 1980) donde encontrar pautas concretas para aplicar esta técnica. En general, y a riesgo de simplificar, todo análisis de contenido conlleva unas fases: 1) “lectura” del contenido de estudio, de la misma ir recogiendo ideas que ayuden a definir mejor el objeto y la unidad de análisis; 2) se plantearon las categorías de análisis, derivadas del objeto de estudio y del planteamiento teórico (para asegurar la validez de la medida), bajo los requisitos de ser exhaustivas, excluyentes y definidas operativamente, de tal forma que el proceso de categorización fuera fiable; 3) se trabajó con jueces independientes y contrastaron sus resultados mediante procesos estadísticos de concordancia, para asegurar unas categorías validas (que midan lo que pretenden medir). A continuación se detalla el proceso seguido:

- **Lectura preliminar de los datos.** Revisión de la transcripción original del discurso, con el fin de captar temas comunes que se puedan agrupar en categorías amplias con un mismo significado.
- **Definición unidad análisis.** Se definieron como unidades de análisis los párrafos del discurso, para ello la transcripción de la grabación del grupo fue dividida en frases que fueron numeradas correlativamente para su posterior codificación.
- **Construcción y validación de categorías.** Se definieron categorías en base a lo documentado en la literatura, a la pauta de entrevista y a lo señalado en los grupos de discusión por los participantes. Inicialmente, se alcanzaron más de treinta

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

categorías que finalmente fueron resumidas en las siguientes siete categorías: C1. *Concepto de enfermedad*; C2. *Situación de salud*; C3. *Gestión y atención de salud*; C4. *Dimensiones principales en la vida cotidiana de las personas*; C5. *Red de apoyo social*; C6. *Discriminación* y C7. *Religión*, explicitando para cada una de ellas los alcances y contenido con el máximo de detalle.

Dichas categorías fueron confirmadas y validadas en una prueba previa de ensayo con un grupo de cinco jueces de distintas disciplinas con experiencia en el trabajo cualitativo y conocimiento de la realidad chilena, mediante el siguiente procedimiento:

- *Adiestramiento de los jueces en el proceso de codificación*, con especial énfasis en la comprensión del significado y el alcance definido para cada una de las categorías.
- *Realización de un ensayo previo*, mediante una sub muestra de las transcripciones elegida al azar. Se solicitó a cada juez codificar en forma independiente, entregando para ello un set de materiales compuesto por una carta de procedimiento, un listado de categorías con sus respectivas definiciones y una sub muestra de transcripciones (anexo 5). La sub muestra correspondió al 10% del total de intervenciones de los cuatro grupos de discusión, enmarcándose dentro de las recomendaciones establecidas para dicho proceso (Wimmer y Dominick 1996: 186).
- *Codificación*. Cada juez asignó a cada intervención una o más de las categorías definidas y, en caso de no encontrar la categoría adecuada, se solicitó consignar propuesta de categoría u observaciones al respecto.
- *Calculo de acuerdo inter-jueces y categorías*. Con los resultados de codificación de cada uno de los jueces, se estimó la proporción de acuerdo inter-jueces y de categorías. El porcentaje de acuerdo inter-jueces se calculó según el procedimiento de Walker (1992), en cada frase la categoría dominante se establece como la categoría correcta. La fiabilidad de un juez es el porcentaje de juicios que coinciden con la categoría dominante. La fiabilidad inter-jueces es la media de los porcentajes de fiabilidad de cada juez, calculado de esta manera el acuerdo inter-jueces de este estudio alcanza el 92,2%. Los porcentajes más bajos son del 88,3% en jueces, y, respecto a las categorías, la puntuación más baja es

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

de 82,8% en la categoría “dimensiones principales en la vida cotidiana de las personas”, porcentajes ambos muy buenos, lo cual nos indica que la categorización se llevó a cabo correctamente, es decir, las categorías están bien definidas operativamente y los jueces categorizan correctamente (tabla 12).

Tabla 12. Resultados de acuerdo inter jueces y de categorías prueba previa

Jueces	Categorías							Total
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	
1	89,3	96,4	100,0	75,0	87,5	83,9	100,0	90,3
2	83,9	75,0	94,6	96,4	96,4	94,6	98,2	91,3
3	100,0	98,2	100,0	83,9	96,4	96,4	100,0	96,4
4	100,0	98,2	94,6	94,6	89,3	87,5	100,0	94,9
5	96,4	91,5	98,2	64,3	94,6	73,2	100,0	88,3
Total	93,9	91,9	97,5	82,8	94,2	87,1	99,6	92,2

Categorías: C1. Concepto de enfermedad; C2. Situación de salud; C3. Gestión y atención de salud; C4. Dimensiones principales en la vida cotidiana de las personas; C5. Red de apoyo social; C6. Discriminación y C7. Religión.

- *Reformulación de categorías.* En base a estos resultados y a las sugerencias entregadas por los jueces, se modificaron las siguientes categorías: la categoría C3 (gestión y atención de salud) se dividió en dos, gestión de salud y atención de salud. Además, se incorporó en gestión de salud aspectos referidos a sentimientos de frustración, surgidos en las personas producto de la descoordinación entre niveles de atención en salud; en la categoría C6 (discriminación) se explicita la falta de representación política y aprovechamiento político; en la categoría C4 (dimensiones principales en la vida cotidiana), se incorporan problemas con servicios básicos, tales como el transporte público, el agua u otros y se agregan aspectos relacionados con características de género atribuidos a mujeres y hombres; en la categoría C2 (situación de salud), se explicita la relación entre creencias, experiencias personales y la situación de salud. Por consiguiente, se definen ocho categorías: concepto de enfermedad, la situación de salud, la gestión de salud, la atención de salud, las dimensiones principales en la vida cotidiana, la red de apoyo social, la discriminación y la religión (anexo 5).
- *Codificación final.* Posteriormente, habiendo incorporado las observaciones y efectuado las modificaciones necesarias, se envía nuevamente a los jueces para

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

efectuar la codificación final la carta de procedimientos, un nuevo listado con las ocho categorías y la totalidad de las transcripciones. Los resultados de codificación final realizado por cada uno de los jueces mejoraron con respecto a la prueba previa, el acuerdo inter-jueces alcanzó un 93,7%. Los porcentajes más bajos son del 92,4% en jueces, y en categorías, el porcentaje más bajo la obtiene la categoría C5 con 85,3%; al igual que en la prueba anterior, ambos porcentajes fueron muy buenos, lo cual nos indica que la categorización se llevó a cabo correctamente, es decir, las categorías fueron bien definidas operativamente, y los jueces categorizaron correctamente (tabla 13).

Tabla 13. Resultados de acuerdo inter jueces y de categorías prueba final

Jueces	Categorías								Total
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	
1	97,1	94,9	95,5	92,0	85,3	92,6	95,3	99,6	94,0
2	98,2	93,7	92,6	93,9	84,3	93,9	92,6	96,3	93,2
3	96,5	95,5	96,5	97,1	88,3	93,5	93,7	99,2	95,0
4	94,5	94,5	94,3	92,8	84,7	94,5	95,7	98,2	93,7
5	98,4	90,0	93,5	90,6	84,0	90,6	91,0	99,0	92,4
Total	96,9	94,7	94,5	93,3	85,3	93,0	93,7	98,5	93,7

Categorías: C1. Concepto de enfermedad; C2. Situación de salud; C3. Gestión de salud; C4. Atención de salud; C5. Dimensiones principales en la vida cotidiana de las personas; C6. Red de apoyo social; C7. Discriminación y C8. Religión.

- **Lectura detallada de los datos, captando** temas comunes, significados locales e ideología del discurso. La lectura se efectuó por categorías, y por grupos de discusión diferenciando entre colectivo indígena y no indígena.
 - Temas comunes. Patrones de semejanza y diferencias entre ellos.
 - Significados locales. Se analizaron los siguientes aspectos: estilo del léxico y significado asociado a las palabras, presencia de polarización nosotros/ellos; formas de significado implícito o indirecto, presencia de implicaciones, prejuicios, alusiones, sobreentendidos, ambigüedades y otros; uso de voces activas y pasivas en relación a contenidos relevantes.
 - Ideología del discurso. Está representada en la forma de esquema de grupo, la influencia que ejerce el contexto y las convicciones ideológicas de quien elabora un discurso.
- **Agrupación de fragmentos discursivos en torno a los temas.** Mediante la agregación y comparación, se comenzó a identificar los temas comunes que

Capítulo 7. Marco metodológico del estudio

emergen de los datos, generando subcategorías que permitieran agrupar el discurso, a fin de visualizar “que se relaciona con qué”.

El análisis de discurso se realizó desde el modelo general propuesto por Van Dijk (2002), complementado por algunas aportaciones de Weiss y Wodak (2003). Estos pasos fueron seguidos para el análisis, tanto del discurso de la comunidad mapuche como de grupos no indígenas, para proceder, seguidamente, a comparar los discursos y en particular la ideología presente en ambas formas de agrupación.

8.1. *Introducción*

En este capítulo se incluyen los resultados de la investigación en su fase cuantitativa y cualitativa. En una primera parte se describen los resultados cuantitativos, en donde señalamos los aspectos principales que describen a la muestra de estudio, en sus características socio-demográficas, socio-económicas y de salud; posteriormente, se describen las puntuaciones alcanzadas en la CVRS a través del análisis de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36, finalizando esta fase descriptiva con el análisis del cuestionario de apoyo social Duke Unc-11, tanto en las puntuaciones totales como en sus dos dimensiones, afectivo y confidencial. Después de la descripción de las variables y dimensiones antedichas se realizan los siguientes análisis:

- Respecto a la relación entre la CVRS y el apoyo social, se analizan los resultados obtenidos para la satisfacción con el apoyo social percibido y su correlación con la percepción de CVRS, la distinción de percepción de la CVRS y del apoyo social en población mapuche y no indígena y el rol mediador del estrés entre el apoyo social y la CVRS.
- Los factores asociados a la percepción de la CVRS y del apoyo social.
- Los factores predictores de la percepción de la CVRS y del apoyo social.

Los factores predictores de la CVRS y del apoyo social se analizan tanto para las variables iniciales, es decir aquellas que son constituyentes de las hipótesis (*la edad, el sexo, los años de escolarización, la satisfacción con el dinero ingresado al hogar, la convivencia en pareja y la participación en organizaciones sociales*) como para las variables que mostraron asociación significativa con la CVRS y el apoyo social (*suceso importante acontecido en el último año, el número de enfermedades, tipo de cohabitación, el saneamiento de la vivienda, la existencia de trabajo remunerado, la frecuencia del contacto con los amigos, la frecuencia del contacto con los hijos y el número de hijos*). Se agregan en apoyo social, como variables que mostraron asociación significativa, *la reducción de tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas a causa de problema emocional, la realización de menos actividades a causa de algún*

Capítulo 8. Resultados

problema emocional y la no realización de actividades diarias como de costumbre a causa de algún problema emocional.

En una segunda parte se exponen los resultados de la investigación en su fase cualitativa, la cual tuvo como finalidad explorar la concepción de la CVRS y del apoyo social en personas mayores indígenas y no indígenas. Primeramente, señalamos el discurso de los actores sociales consultados respecto al significado que le atribuyeron a la CVRS, percepción que fue analizada bajo los ámbitos de entorno cotidiano, salud y enfermedad, para posteriormente revisar los factores que contribuyeron a una percepción de bienestar; finalmente, se analizó la percepción de apoyo social, considerando las principales redes sociales y tipos de soporte, presentes en el discurso de las personas mayores, así como su vinculación con la CVRS.

El análisis de contenido del discurso se detalla en el apartado metodológico (capítulo 7), e incorporó como unidad de análisis los párrafos y la validación de las categorías de análisis por jueces independientes, obteniendo con ello para cada párrafo del discurso la asignación dominante de una de las ocho categorías. Durante este proceso, se utilizó el Programa Atlas Ti, que permitió ordenar el discurso conforme estas categorías, facilitando el análisis.

Los resultados son presentados señalando los elementos comunes entre ambos colectivos (indígena y no indígena), así como también aquellos elementos discursivos que los diferenciaron.

8.2. Aproximación Cuantitativa

8.2.1. Caracterización de la muestra

Con el objeto de verificar que la conformación de ambos grupos de estudio (indígena y no indígena) no presentara diferencias significativas, se realizó prueba de significancia estadística a las variables utilizadas en la selección de la muestra (*sexo, edad, ingresos y educación*), lo cual confirma que ambos grupos presentaron características similares y que las diferencias entre uno u otro grupo no fueron estadísticamente significativas (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de la muestra según grupo y variables de selección

	Indígena		No indígena		Total		Sign.	Prueba
	n	%	n	%	n	%		
Sexo							0,988	X ² corrección por continuidad
Hombre	51	47,7	55	48,7	106	48,2		
Mujer	56	52,3	58	51,3	114	51,8		
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0		
Edad por tramos							1,00	X ² corrección por continuidad
60 a 74	53	49,5	56	49,6	109	49,5		
75 y más	54	50,5	57	50,4	111	50,5		
Total	107	100	113	100,0	220	100,0		
Ingreso mensual (pesos)⁵²							0,152	U Mann Whitney
Menos de 100.000	47	43,9	42	37,2	89	40,5		
100.001 y 300.000	56	52,3	64	56,6	120	54,5		
sobre 300.001	4	3,7	7	6,2	11	5,0		
Total	107	100	113	100	220	100,0		
Educación							0,854	X ²
Sin estudios	43	40,2	39	34,5	82	37,3		
Básica	57	53,3	66	58,4	123	55,9		
Media	5	4,7	6	5,3	11	5,0		
Técnicos	2	1,9	2	1,8	4	1,8		
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0		

Aspectos socio demográficos

El tamaño de la muestra analizada, en este estudio, constó de 220 adultos mayores, de los cuales 107 (48,6%) eran mapuche y 113 (51,4%) no indígenas. El 48,2% eran hombres y el 51,8% mujeres. Más de la mitad (55,9%) contaba con estudios de enseñanza básica (1 a 8 años de estudios), el 37,3% se declaró sin estudios, el 5% había

⁵² 1 euro aproximadamente son 725 pesos chilenos en el año 2014.

Capítulo 8. Resultados

cursado enseñanza media (de 9 a 12 años de estudios) y el 1,8% poseía estudios técnicos (alrededor de 12 años de estudios). El analfabetismo en las personas mayores se presentó en mayor proporción en el grupo indígena, diferencias entre ambos grupos que no presentaron significación estadística (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de la muestra por estudios cursados y según grupo

Estudios	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	43	40,2	39	34,5	82	37,3
Enseñanza básica	57	53,3	66	58,4	123	55,9
Enseñanza media	5	4,7	6	5,3	11	5,0
Enseñanza técnica	2	1,9	2	1,8	4	1,8
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

La edad media de la muestra fue de 73,6 años con una desviación típica de 8,8, un rango mínimo de 60 años y un máximo de 99 años. Las cifras fueron similares y no significativas por sexo (en los hombres la media fue de 72,7 años y en las mujeres de 73,7 años) y en ambos grupos (mapuche y no indígenas). En los primeros la media de edad fue de 73,6 años, la desviación típica de 8,5, rango mínimo de 60 años y máximo de 93 años, y en los adultos mayores no indígenas la media de edad fue de 73,5 años, desviación típica de 9,0, rango mínimo de 60 años y máximo de 99 años. La distribución encontrada para ambos grupos por tramo de edad indicó que las diferencias entre uno u otro grupo no fueron estadísticamente significativas (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de la muestra por tramo de edad y según grupo

Tramo edad	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 64 años	18	16,8	24	21,2	42	19,1
65 a 69 años	24	22,4	19	16,8	43	19,5
70 a 74 años	11	10,3	13	11,5	24	10,9
75 a 79 años	30	28,0	30	26,5	60	27,3
80 y más años	24	22,4	27	23,9	51	23,2
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

Capítulo 8. Resultados

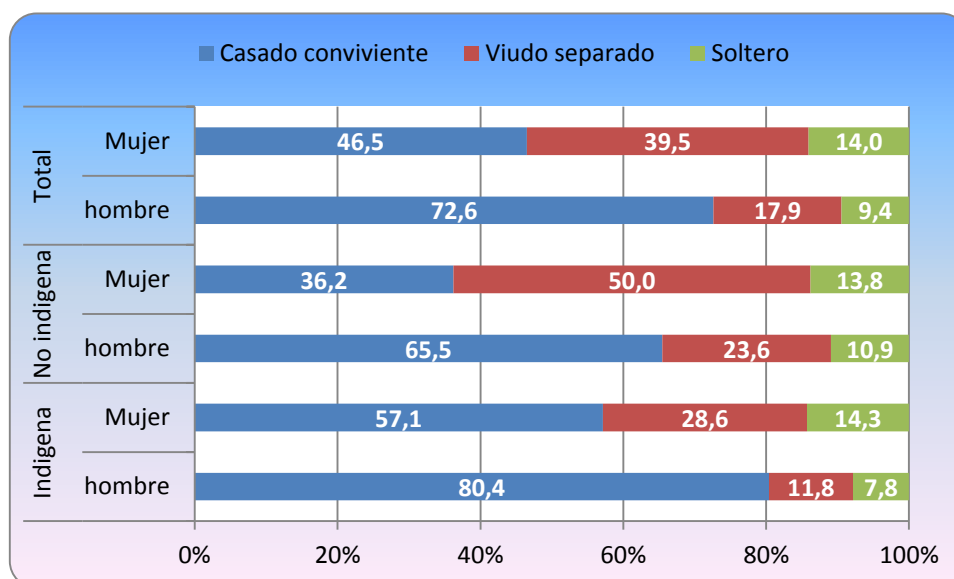
La tabla 17 muestra que más de la mitad de los adultos mayores se encontraban con pareja (59,1%), un 29,1% eran viudos o separados y un 11,8% solteros. Las diferencias entre ambos grupos, en la variable estado civil, fueron estadísticamente significativas al nivel 0,05, de tal forma que la población mapuche se encontraba viviendo en pareja (68,2%) en mayor proporción que la población no indígena (50,4%); a la inversa, los adultos mayores mapuche presentaron menor proporción de viudos o separados (20,6%) que los adultos mayores no indígenas (37,2%).

Tabla 17. Distribución de la muestra según estado civil

Estado civil	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casado o conviviente	73	68,2	57	50,4	130	59,1
Viudo o separado	22	20,6	42	37,2	64	29,1
soltero	12	11,2	14	12,4	26	11,8

La mayoría de los casados o de las personas que convivían en pareja de la muestra eran hombres, habiendo un número mayor en la población mapuche (80,4%) que en la no indígena (65,5%). En cambio, el número de viudos o de separados era mayor en las mujeres para ambos grupos, alcanzando un 50% en las mujeres no indígenas y un 26,8% en la mujeres mapuche. Asimismo, la soltería fue mayor, en ambos grupos, en las mujeres (gráfico 23).

Gráfico 23. Estado civil por sexo en población mayor indígena y no indígena



Capítulo 8. Resultados

La muestra se localizó en nueve comunas, seis de las cuales corresponden a la región de La Araucanía y tres a la región del Bío-bío. La población mapuche se distribuyó en las seis comunas de La Araucanía (tabla 18).

Tabla 18. Número de participantes de la muestra por región, comuna y grupo,

Región	Comuna	Indígena	No indígena	Total
Araucanía	Freire	8	3	11
	Lautaro	30	3	33
	Lumaco	11	12	23
	Nueva Imperial	17	14	31
	Padre Las Casas	23	13	36
	Perquenco	18	10	28
Bío-bío	Los Ángeles	0	21	21
	Quilleco	0	20	20
	Santa Barbará	0	17	17
	Total	107	113	220

Las comunidades mapuche incorporadas en el estudio fueron 42, las cuales se detallan a continuación por comuna (tabla 19):

Tabla 19. Comunidades mapuche incorporadas en el estudio

Comuna	Nombre de comunidad	Comuna	Nombre de comunidad	
Freire	Abicelhue	Padre Las Casas	Antonio Paillaleo	
	Corihuinca Romero		Chapod Makewe	
	José Luis Cariman		Juan Alca	
	Juan Huenchumil		Juan Coñuenao	
	Juan Ledicura		Juan Hueche	
Lautaro	Antonio Pichihuala		Lincoñir	
	Blanco Lepin		Loncoche Plan	
	Juan Curaqueo		Mahuidache	
	Miguel Cheuquepan		Makewe Molo Paene	
	Tripañan		Manuel Milañir	
Lumaco	Anadella el peral		Martin Curiche	
	Buta rincón		Mawidachi	
	Dibulco 1		Metrenco	
	Isla Catrileo 1		Misión Makewe	
	Liucura		Pichi Chapod	
	Reñico Grande		Santa Paula	
	Reñico Pellahuen		Santiago Lincoñir	
Nueva Imperial	Coigue		Trapillhue	
	Lorenzo Quintriqueo		Perquenco	Fernando Carilao
	Traiful			Jacinta Millalen
	Traitraico			Llancamil

La tabla 20 nos indica que la mayoría de los adultos mayores de la muestra cohabitaban con una o más personas en el hogar (87,3%) y sólo un 12,7% vivía solo. En la población no indígena fue levemente superior la proporción de quienes vivían solos, sin ser estadísticamente significativas estas diferencias.

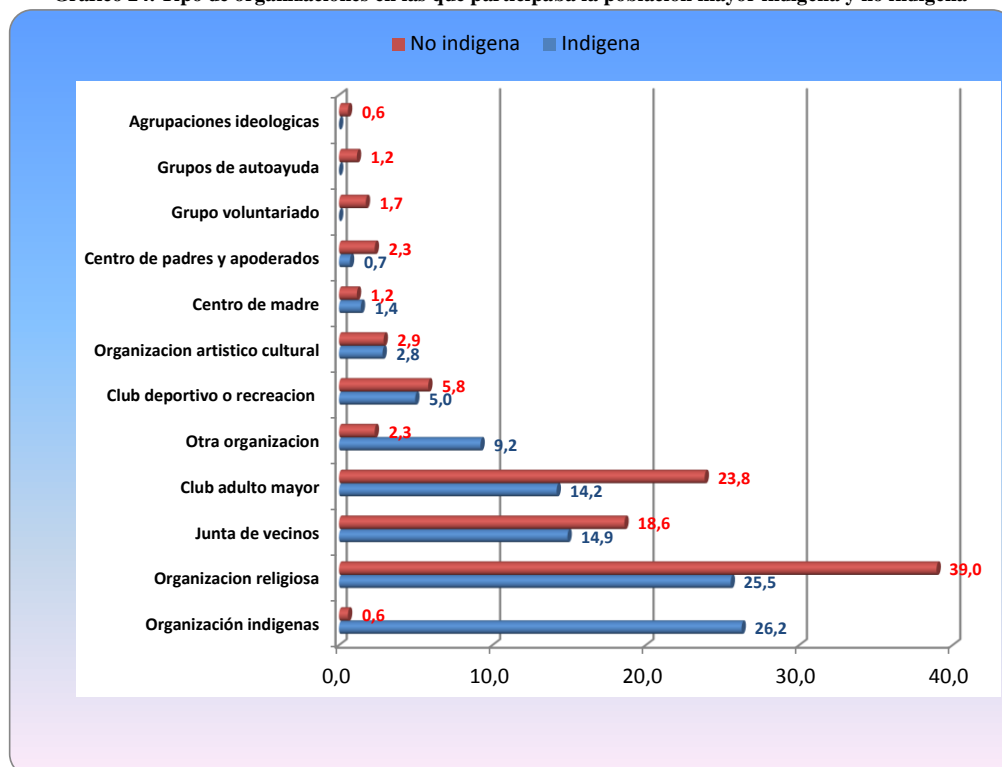
Capítulo 8. Resultados

Tabla 20. Tipo de cohabitación en población mayor indígena y no indígena

Cohabitación	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solo	13	12,1	15	13,3	28	12,7
con 1 o más personas	94	87,9	98	86,7	192	87,3

El gráfico 24 glosa que el 72,3% de la población mayor participaba a lo menos en una organización social, siendo la participación social en la población no indígena mayor (82,3%) que en la población mapuche (61,7%), con diferencias estadísticamente significativas al nivel 0,05. Los adultos mayores mapuche tenían una mayor participación en organizaciones indígenas, seguido de organizaciones religiosas y juntas de vecinos. Asimismo, los adultos mayores no indígenas tenían una mayor participación en organizaciones religiosas, seguido de club del adulto mayor y juntas de vecinos. La participación de los adultos mayores mapuche en otras organizaciones fue referida a comités de riego⁵³, grupos de discapacitados, grupos de alfabetización, entre otros.

Gráfico 24. Tipo de organizaciones en las que participaba la población mayor indígena y no indígena



⁵³ Grupo de personas que se organizan conformando un comité para postular a proyectos de riego de sus tierras con fines agrícolas.

Capítulo 8. Resultados

La mayoría de los entrevistados (92,7%) consideró que la religión era importante en su vida, siendo predominante la religión católica (61,7%), seguida de la evangélica (34%). Estas diferencias entre ambos grupos fueron significativas, ya que la importancia de la religión en la población no indígena (94,7%) resultó mayor que en población mapuche (88,8%), siendo también la religión católica en la población no indígena (72,3%) de más implantación que en la población mapuche (49,5%), sin embargo la religión evangélica tenía menor predicamento en el colectivo no indígena (25%) que en la población mapuche (44,3%) (tabla 21).

Tabla 21. Religión según población mayor indígena y no indígena

Religión	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si es importante la religión *	95	88,8	107	94,7	202	92,7
Religión que profesa**						
Católica	48	49,5	81	72,3	129	61,7
Evangélica	43	44,3	28	25,0	71	34,0
Otras	2	2,1	1	0,9	3	1,4
Católica y evangélica	4	4,1	2	1,8	6	2,9

(*) Significativo al nivel 0,05
 (**) Significativo al nivel 0,01

Aspectos socio económicos

El 40,5% de los hogares percibía ingresos mensuales inferiores a cien mil pesos (aproximadamente 137 euros), el 54,5% se situaba en el tramo de cien a trescientos mil pesos y sólo un 5% percibía ingresos que sobrepasaron los trescientos mil pesos. Al consultar sobre si los ingresos percibidos le alcanzaban para cubrir sus necesidades, el 46,8% refirió que no, siendo en la población mapuche mayor la insatisfacción (55,1%) que en la población no indígena (38,9%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 22).

Tabla 22. Satisfacción con el ingreso percibido según la población mayor indígena y no indígena

Satisfacción	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí, holgadamente	9	8,4	12	10,6	21	9,5
Sí, justo	39	36,4	57	50,4	96	43,6
No	59	55,1	44	38,9	103	46,8
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

Capítulo 8. Resultados

Los ingresos percibidos provenían mayoritariamente de pensiones o subsidios estatales (47,3%), seguido de la jubilación (16,8%). Un 2,3% refirió no haber percibido ingresos el mes anterior a la realización del cuestionario. El 32,1% de quienes refirieron más de una fuente de ingreso correspondió al trabajo y la pensión estatal, seguida de la jubilación y la pensión estatal (17,9%). Las primeras fuentes de ingresos mencionadas fueron mayores en los mapuche (56,3%) que en los no indígenas (22,5%) y respecto a las segundas la situación es a la inversa; solo los adultos mayores no indígenas recibían conjuntamente ingresos por jubilación y pensión o subsidio estatal (25%).

La pensión o subsidio estatal (lo recibía un 47,3% de nuestra muestra) correspondiendo, en un 60,3% de los casos, a la pensión asistencial de vejez, siendo la población mapuche, con pensión asistencial de vejez, mayor (74,7%) que la población no indígena que contaba con dicho beneficio (46,9%), diferencias estadísticamente significativas al nivel 0,05 (tabla 23).

Tabla 23. Tipo de pensión o subsidio estatal recibido según población mayor indígena y no indígena

Tipo de pensión o subsidio estatal	Indígena		No mapuche		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pensión asistencial de vejez	56	74,7	38	46,9	94	60,3
Pensión de invalidez	9	12,0	7	8,6	16	10,3
Subsidio familiar por invalidez	0	0,0	1	1,2	1	0,6
Subsidio agua potable	1	1,3	22	27,2	23	14,7
Subsidio vivienda	1	1,3	1	1,2	2	1,3
Subsidio de agua y vivienda	1	1,3	2	2,5	3	1,9
Otro	2	2,7	1	1,2	3	1,9
Pensión de vejez y subsidio de agua o Vivienda	5	6,7	9	11,1	14	9,0
Total	75	100,0	81	100,0	156	100,0

Trabajo

La tabla 24 muestra que el 19,5% de los adultos mayores trabajaban fuera del hogar, siendo menor la proporción en la población mapuche (18,7%) que en la población no indígena (20,4%) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 24. Situación laboral de la muestra del estudio según la población mayor indígena y no indígena

Trabaja	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	20	18,7	23	20,4	43	19,5
No	87	81,3	90	79,6	177	80,5
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

Capítulo 8. Resultados

Del 19,5% de los adultos mayores que trabajaban, la mayoría lo hacía por cuenta propia (74,4%), con un mayor porcentaje de este tipo de trabajo en la población mapuche (90%) que en la población no indígena (60,9%). Situación a la inversa se produjo en quienes trabajan en el sector privado, ya que la población no indígena (26,1%) superaba a la mapuche (5%) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (tabla 25).

Tabla 25. Tipo de trabajo en población mayor indígena y no indígena

Tipo trabajo	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Patrón o empleador	0	0,0	1	4,3	1	2,3
Trabajador por cuenta propia	18	90,0	14	60,9	32	74,4
Empleado sector publico	0	0,0	1	4,3	1	2,3
Empleado sector privado	1	5,0	6	26,1	7	16,3
Familiar no remunerado	0	0,0	1	4,3	1	2,3
Cuenta propia y sector publico	1	5,0	0	0,0	1	2,3
Total	20	100,0	23	100,0	43	100,0

Vivienda

La mayoría de los adultos mayores eran dueños de la vivienda que habitaban (91,8%). En la población mapuche esta proporción fue mayor (96,3%) que en la no indígena (87,6%), con diferencias estadísticamente significativas al nivel 0,05 (tabla 26).

Tabla 26. Tenencia de la vivienda en población mayor indígena y no indígena

Dueño vivienda	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	103	96,3	99	87,6	202	91,8
No	4	3,7	14	12,4	18	8,2
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

El 55% de los hogares contaba con saneamiento adecuado en sus viviendas, es decir, disponían de agua por cañería dentro de la vivienda y de un sistema de eliminación de excretas conectado a red de alcantarillado o fosa séptica. Al analizar por grupos, se observó que en la población mapuche el saneamiento deficitario alcanzó el 74,8% de los hogares y en la población no indígena el 44,5% ($p < 0,01$) (tabla 27).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 27. Índice de saneamiento de la vivienda en población mayor indígena y no indígena

Índice de saneamiento de vivienda	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aceptable	27	25,2	95	84,1	122	55,5
Deficitario	80	74,8	18	15,9	98	44,5
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

De acuerdo a la propuesta del Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE), utilizado por el Ministerio de vivienda chileno, el hacinamiento se operacionaliza como el cociente entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma. Para la elaboración de este indicador, se consideró el total de habitaciones, destinadas a dormitorio, que podían tener uso exclusivo o múltiple. El hacinamiento medio y crítico afectaba al 4,5% de los hogares, siendo superior en la población mapuche (5,6%) en comparación con la población no indígena (3,6%), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 28).

Tabla 28. Índice de hacinamiento de la vivienda en población mayor indígena y no indígena

Hacinamiento vivienda	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin hacinamiento ⁵⁴	101	94,4	109	96,5	210	95,5
Hacinamiento medio ⁵⁵	4	3,7	2	1,8	6	2,7
Hacinamiento crítico ⁵⁶	2	1,9	2	1,8	4	1,8
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

Los bienes con que contaban los hogares presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las siguientes variables: disponibilidad de ducha, acceso a agua caliente para higiene personal, tenencia de refrigerador, de lavadora, de televisión por cable y de teléfono fijo, siendo menor la disponibilidad de estos bienes en la población mapuche (tabla 29).

⁵⁴ Sin hacinamiento: hogares que ocupan viviendas con 2,4 o menos personas por dormitorio.

⁵⁵ Hacinamiento medio: hogares que ocupan viviendas en las que residen 2,5 o más personas por dormitorio.

⁵⁶ Hacinamiento crítico: hogares que ocupan viviendas en las que residen 5 o más personas por dormitorio.

Capítulo 8. Resultados

Tabla 29. Disponibilidad de bienes en los hogares en población mayor indígena y no indígena

Bienes disponibles	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Luz	106	99,1	112	99,1	218	99,1
Bañera o ducha**	35	32,7	93	82,3	128	58,2
Sistema de ducha caliente**	10	9,3	48	42,5	58	26,4
Calefacción	95	88,8	93	82,3	188	85,5
Refrigerador**	72	67,3	96	85,0	168	76,4
Lavadora**	64	59,8	95	84,1	159	72,3
Televisión*	92	86,0	108	95,6	200	90,9
Televisión por cable o satelital**	2	1,9	21	18,6	23	10,5
Radio	96	89,7	93	82,3	189	85,9
Teléfono fijo**	0	0,0	10	8,8	10	4,5
Teléfono celular	80	74,8	85	75,2	165	75,0

(*) Significativo al nivel 0,05 (**) Significativo al nivel 0,01

Solo el 4,1% de la muestra contaba con computador y el 1,4% con internet en su hogar, siendo todos ellos de población no indígena. Estos recursos no eran usados habitualmente por los adultos mayores, siendo utilizados por otros miembros del hogar.

Aspectos sanitarios y de salud

Las personas que pertenecen al sistema público de salud se agrupan según la clasificación de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA⁵⁷) de acuerdo a sus ingresos en cuatro grupos: grupo A, incluye a personas carentes de recursos o indigentes; grupo B, al que pertenecen individuos con ingresos inferiores a un salario mínimo⁵⁸ -tanto el grupo A como el grupo B cuentan con gratuidad en toda la red de atención pública-; grupo C, se refiere a sujetos con ingresos desde uno a uno y medio salario mínimo, que realizan un copago del 10% del valor total de la atención; y grupo D, que engloba a ciudadanos con ingresos superiores a uno y medio salario mínimo, efectuando un copago del 20% del valor total de la atención.

Los adultos mayores de la muestra pertenecían en su totalidad al sistema público de salud en donde la mitad (54,1%) tenía clasificación letra A, seguido de clasificación letra B (41,8%), siendo la población mapuche con letra A (69,2%) mayor que la no indígena (39,8%), situación a la inversa se produce con el grupo B, donde la población no indígena (54,9%) es mayor que la mapuche (28%) ($p < 0,01$) (tabla 30).

⁵⁷ Artículo 29 Ley 18469 y artículo 2° N° 3 de Ley 19650.

⁵⁸ Ingreso mínimo mensual del año 2014 es de 210.000 pesos chilenos (aprox. 290 euros).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 30. Distribución de la población mayor indígena y no indígena según clasificación de FONASA

Clasificación FONASA	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
A	74	69,2	45	39,8	119	54,1
B	30	28,0	62	54,9	92	41,8
C	1	0,9	5	4,4	6	2,7
D	2	1,9	1	0,9	3	1,4
Total	107	100,0	113	100,0	220	100,0

La población mapuche mostró una tendencia a tener menos enfermedades diagnosticadas que la población no indígena, excepto para diabetes, artritis, enfermedad respiratoria crónica y anemia. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en cataratas y/o glaucoma, osteoporosis, problemas digestivos y depresivos (tabla 31).

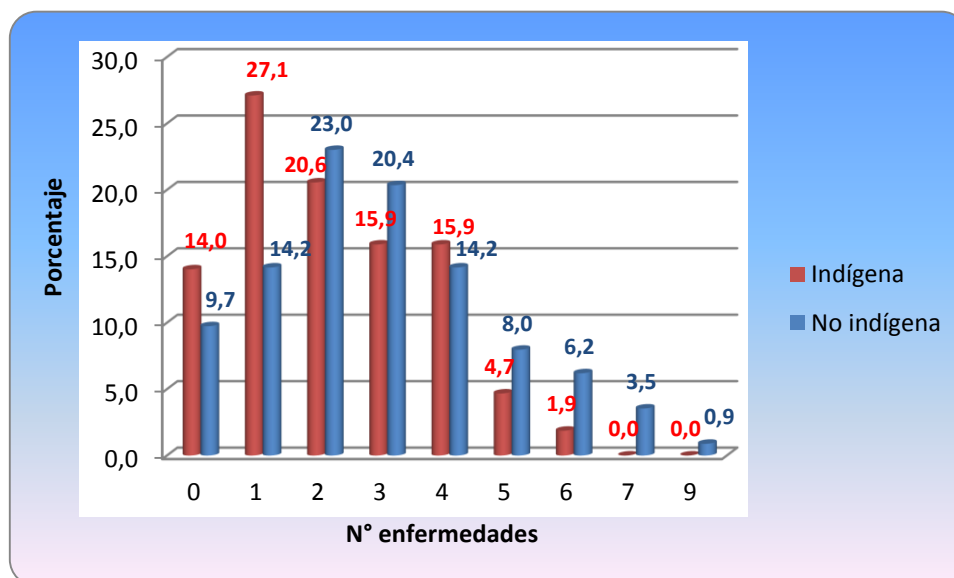
Tabla 31. Características de morbilidad en población mayor indígena y no indígena

Enfermedades	Indígena				No indígena			
	Diagnóstico		Tratamiento		Diagnostico		Tratamiento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	18	16,8	16	15,0	12	10,6	12	10,6
Hipertensión	58	54,2	56	52,3	76	67,3	75	66,4
Colesterol alto	17	15,9	15	14,0	30	26,5	29	25,7
Enfermedad cardiovascular	11	10,3	10	9,3	22	19,5	18	15,9
Enfermedad cerebro vascular	4	3,7	4	3,7	10	8,8	3	2,7
Artritis, artrosis	30	28,0	24	22,4	28	24,8	19	16,8
Enfermedad respiratoria crónica	19	17,8	17	15,9	17	15,0	15	13,3
Catarata-glaucoma*	6	5,6	4	3,7	18	15,9	12	10,6
Anemia	5	4,7	5	4,7	5	4,4	5	4,4
Osteoporosis*	2	1,9	2	1,9	10	8,8	8	7,1
Hipotiroidismo	1	0,9	1	0,9	2	1,8	2	1,8
Problemas Genitourinarios	16	15,0	15	14,0	18	15,9	14	12,4
Problemas Digestivos*	14	13,1	10	9,3	34	30,1	28	24,8
Problemas Depresivos*	9	8,4	7	6,5	23	20,4	18	15,9
Otras	19	17,8	17	15,9	20	17,7	15	13,3

(*) Significativo al nivel 0,05

El 88,2% de las personas mayores del estudio tenían, al menos, una enfermedad diagnosticada por el médico, siendo mayor en las mujeres. Se analizó, además, el número de enfermedades por persona en ambos grupos y, conforme muestra el gráfico 25, la población no mapuche presentaba una mayor proporción de enfermedades diagnosticadas por persona, resultando esta diferencia significativa al nivel 0,05 según la prueba de U de Mann-Whitney.

Gráfico 25. Proporción de enfermedades en personas mayores indígenas y no indígenas



Asimismo, el consumo de medicamentos fue menor en la población mapuche, un tercio (31,8%) no consumía ningún tipo de medicamento, cifra que, prácticamente, duplicó a la de la población no indígena, en donde solo el 16,8% no consumía ningún medicamento al día (Prueba U Mann-Whitney $p < 0.001$) (tabla 32).

Tabla 32. Consumo de medicamentos diario en población mayor indígena y no indígena

N° medicamentos/día	Consumo diario de diferentes medicamentos			
	Indígena		No indígena	
	n	%	n	%
0	34	31,8	19	16,8
1	14	13,1	11	9,7
2	17	15,9	22	19,5
3	20	18,7	16	14,2
4	14	13,1	27	23,9
5	3	2,8	11	9,7
6	3	2,8	5	4,4
7	2	1,9	1	0,9
9	0	0,0	1	0,9

La proporción de consumo de remedios naturales fue algo mayor en la población mapuche (52,1%) que en la no indígena (47,9%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Consumo de alcohol

Cerca de la mitad de los adultos mayores de la muestra consumían alcohol (49,1%), con una tendencia de mayor consumo en la población mapuche (52,3%) en comparación con la no indígena (46%). El vino para ambos grupos era la bebida de mayor consumo (mapuche 43,9% y no indígena 50,4%). La cerveza fue la segunda bebida más consumida siendo mayor su consumo en población mapuche (11,2%) en comparación con la no indígena (5,3%). Respecto a la frecuencia de consumo diario y de fines de semana fue algo mayor en la población no indígena. Las diferencias encontradas entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas para ninguna de las variables analizadas (tabla 33).

Tabla 33. Descripción de consumo de alcohol en población mayor indígena y no indígena

Consumo alcohol	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bebe alcohol	56	52,3	52	46,0	108	49,1
Bebía antes y lo dejó	17	15,9	25	22,1	42	19,1
Tipo de alcohol que bebe o bebía						
Vino	47	43,9	58	50,4	105	47,7
Cerveza	12	11,2	6	5,3	18	8,2
Otro	1	0,9	2	1,8	3	1,4
Más de uno	13	12,1	11	9,7	24	10,9
Frecuencia de consumo de alcohol						
A diario	6	5,6	8	7,1	14	6,4
Fines de semana	10	9,3	11	9,7	21	9,5
Ocasionalmente	57	52,3	58	51,3	115	52,3
Cantidad de consumo de alcohol						
Más de 5 vasos	15	14,0	14	12,4	29	15
De 3 a 5 vasos	11	10,3	11	9,7	22	11
De 1 a 2 vasos	47	43,9	52	46,0	99	47

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco en los adultos mayores de la muestra fue del 8,6%, siendo la población no indígena quienes tenían un consumo mayor (11,5%) respecto a la población mapuche (5,6%). Asimismo, la frecuencia de consumo diario y ocasional fue mayor en la población no indígena (24,8% y 9,7%) que en la población mapuche (12,1% y 5,6%). El tipo de consumo de tabaco mayoritario, en ambos grupos, correspondió al cigarro (tabla 34).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 34. Descripción de consumo de tabaco en población mayor indígena y no indígena

	Indígena		No indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fuma actualmente	6	5,6	13	11,5	19	8,6
Fumaba antes y lo dejó	23	21,5	29	25,7	52	23,6
Que fuma o fumaba						
Cigarro	29	27,1	42	37,2	71	32,3
Frecuencia de consumo*						
Fumador habitual (a diario)	13	12,1	28	24,8	41	18,6
Ocasionalmente (no a diario)	6	5,6	11	9,7	17	7,7
Raramente fuma	10	9,3	3	2,7	13	5,9

(*) Significativo al nivel 0,05

A continuación, realizamos una síntesis de las principales características de la muestra estudiada.

- Se trata de adultos mayores que contaban con una edad media de 73,6 años (desviación típica 8,8; rango mínimo 60 años y máximo 99 años), poco más de la mitad tenía pareja (59,1%), siendo la mayoría hombres en ambos grupos (mapuche 80,4% y no indígenas 65,5%); el 29,1% eran viudos o separados, siendo más frecuente en las mujeres para ambos grupos (mujer mapuche 28,6% y mujer no indígena 50,0%) y el 11,8% eran solteros, siendo también más frecuente dicho estado civil en las mujeres (mapuche 14,3% y no indígenas 13,8%).
- Más de la mitad (55,9%) contaba con estudios de enseñanza básica (1 a 8 años de estudios), el 37,3% se declaró sin estudios (siendo más frecuente en población indígena -34%- que en la no indígena -40%-), el 5% había cursado enseñanza media (de 9 a 12 años de estudios) y el 1,8% poseía estudios técnicos (alrededor de 12 años de estudios).
- La mayoría de los adultos mayores de la muestra:
 - Eran dueños de la vivienda que habitaban (91,8%), siendo propietarios en mayor medida en la muestra mapuche (96,3%). El 95,5% de los hogares, en ambos grupos, no se encontraban en situación de hacinamiento y el 74,8% de los hogares de mapuche tenían un saneamiento deficitario.
 - Cohabitan con una o más personas en el hogar el 86,4% de la muestra, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos (mapuche 86,9% y no indígena 86,7%).

Capítulo 8. Resultados

- Participaban a lo menos en una organización social el 72,3% de la muestra, siendo mayor dicha participación en la población no indígena (82,3%) que en la población mapuche (61,7%).
- El 92,7% consideró que la religión era importante en su vida, siendo mayor la proporción en los adultos mayores no indígenas (94,7%) que en los adultos mayores mapuche (88,8%). La religión católica fue predominante en ambos colectivos con un mayor predicamento en población no indígena, En cambio la religión evangélica tuvo un mayor predicamento en la población mapuche.
- El 54,5% se situaba en el tramo de ingresos de cien a trescientos mil pesos. Los ingresos percibidos provenían mayoritariamente de pensiones o subsidios estatales (47,3%). Entre quienes recibían pensión o subsidio estatal (47,3%), la mayoría correspondía a pensión asistencial de vejez (60,3%), siendo la población mapuche más beneficiaria de la pensión asistencial de vejez (74,7%) que la población no indígena (46,9%).
- El 19,5% trabajaba fuera del hogar, siendo menor la proporción en la población mapuche (18,7%) que en la población no indígena (20,4%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.
- La mitad (54,1%) tenía clasificación FONASA grupo A (personas carentes de recursos o indigentes), siendo mayor la población mapuche con dicha clasificación (69,2%) que la no indígena (39,8%) ($p < 0,01$).
- La población mapuche presentó una menor frecuencia de enfermedades como cataratas y/o glaucoma, osteoporosis, problemas digestivos y depresivos, respecto a la población mayor no indígena; asimismo, la población mapuche presentó una mayor proporción de enfermedades diagnosticadas como diabetes, artritis, enfermedad respiratoria crónica y anemia respecto a la no indígena; un tercio (31,8%) de los mapuche no consumía ningún tipo de medicamento, cifra muy por encima de la encontrada en la población no indígena (16,8%).
- Cerca de la mitad de los adultos mayores de la muestra consumían alcohol (49,1%). Se apreció una tendencia de mayor consumo de alcohol en la población mapuche (52,3%) en comparación con la no indígena (46%). El tipo de consumo mayoritario en ambos grupos fue el vino. El consumo de tabaco en los adultos mayores de la muestra era del 8,6%, siendo la población no indígena quien tenía un consumo

mayor (11,5%) respecto a la población mapuche (5,6%), siendo el cigarrillo el tipo de tabaco consumido habitualmente por los fumadores.

8.2.2. Descripción de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36

Se presentan las puntuaciones medias de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36; salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), salud mental (SM), función física (FF), rol físico (RF), rol emocional (RE) y dolor corporal (DC), de manera total y diferenciada según el colectivo mapuche y no indígena. Las puntuaciones más altas se encontraron en el dominio FS, con 69,9, seguido de SM (65,5) y FF (62,4). Las puntuaciones medias más bajas correspondieron a las dimensiones SG (50,7) y DC (56,5), sin embargo, los mapuche obtuvieron menor puntuación en estas áreas que los adultos mayores no indígenas (SG, 48,2; DC, 55,3). Asimismo, los mapuche obtuvieron mejor puntuación en FS (73,4) y en RE (64,8) (tabla 35).

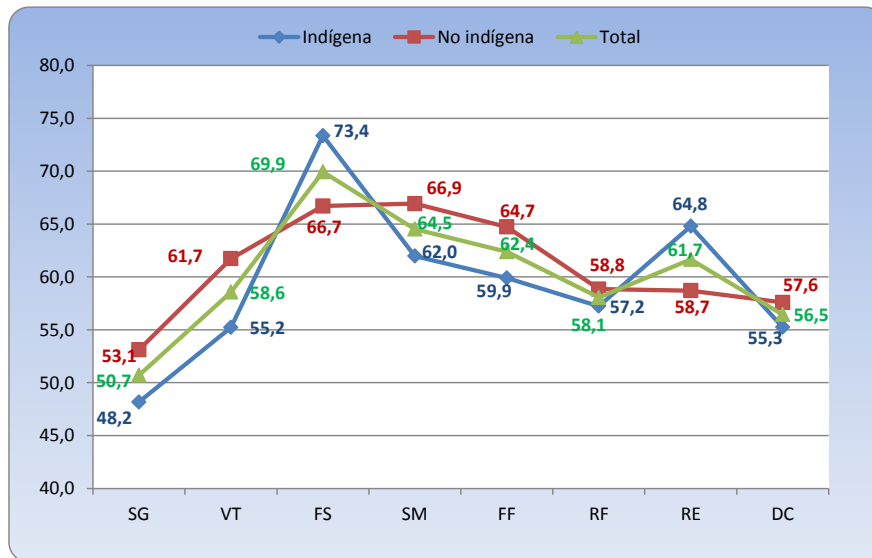
Tabla 35. Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-36 en la población mayor indígena y no indígena

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total					
Salud General (SG)	220	0	92	50,7	22,2
Vitalidad (VT)	220	0	100	58,8	24,3
Función Social (FS)	220	0	100	69,9	27,6
Salud Mental (SM)	220	4	100	65,5	22,2
Función Física (FF)	220	0	100	62,4	30,3
Rol Físico (RF)	220	0	100	58,1	42,1
Rol Emocional (RE)	220	0	100	61,7	46,6
Dolor Corporal (DC)	220	0	100	56,5	29,9
Indígena					
SG	107	0	90	48,2	22,5
VT	107	5	100	55,2	25,2
FS	107	13	100	73,4	27,4
SM	107	12	100	62,0	22,3
FF	107	5	100	59,9	30,4
RF	107	0	100	57,2	42,5
RE	107	0	100	64,8	46,9
DC	107	0	100	55,3	31,2
No indígena					
SG	113	0	92	53,1	21,8
VT	113	0	100	62,3	23,1
FS	113	0	100	66,7	27,5
SM	113	4	100	68,9	19,7
FF	113	0	100	64,7	30,2
RF	113	0	100	58,8	41,8
RE	113	0	100	58,7	46,3
DC	113	0	100	57,6	28,6

Capítulo 8. Resultados

A modo de síntesis, el gráfico 26 muestra que los adultos mayores mapuche refirieron en sólo dos de las ocho dimensiones del SF-36 (FS y RE) puntuaciones más altas que los adultos mayores no indígenas.

Gráfico 26. Puntuaciones de la CVRS en sus ocho dimensiones en población mayor indígena y no indígena



Las puntuaciones medias del SF-36, por sexo, mostraron que los hombres obtuvieron mayor puntuación que las mujeres en todas las dimensiones. Las puntuaciones más altas en los hombres se encontraron en el dominio FS (75,6), seguido de SM (71,3) y FF (67,5). Las mujeres, al igual que los hombres, presentaban puntuaciones más altas en los tres primeros dominios, FS (64,7), SM (60,2) y FF (57,7). La puntuación media más baja, tanto en hombres como en mujeres, se encontró en el dominio SG (hombres 56,3 y mujeres 45,6) (tabla 36).

Tabla 36. Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-36 según sexo

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Hombre					
SG	106	10	92	56,3	21,8
VT	106	0	100	66,3	21,4
FS	106	13	100	75,6	24,5
SM	106	4	100	71,3	18,9
FF	106	0	100	67,5	28,8
RF	106	0	100	66,0	41,0
RE	106	0	100	66,7	46,5
DC	106	0	100	58,5	28,0
Mujer					
SG	114	0	92	45,6	21,4
VT	114	0	100	51,9	24,9
FS	114	0	100	64,7	29,3
SM	114	12	100	60,2	21,9
FF	114	0	100	57,7	31,1
RF	114	0	100	50,7	41,9
RE	114	0	100	57,0	46,5
DC	114	0	100	54,5	31,5

Las puntuaciones medias del SF-36, por sexo y grupo, mostraron tanto en población mapuche como no indígena que son mayores las puntuaciones en hombres respecto a las mujeres en todas las dimensiones. Las puntuaciones más altas en los hombres se encontraron en el dominio FS (75,6), seguido de SM (71,3) y FF (67,5). En la población mapuche, tanto en hombres como en mujeres, las puntuaciones medias más altas se encontraron en el dominio FS (hombres 82,1 y mujeres 65,4). En cambio, en la población no indígena, las puntuaciones medias más altas se encontraron en la dimensión SM en ambos sexos (hombres 62,1 y mujeres 65,9). Con respecto a las puntuaciones medias más bajas, tanto en hombres como en mujeres para población mapuche, se encontraron en el dominio SG (hombres 56,3 y mujeres 40,8) y en la población no indígena en el dominio DC en los hombres (53,5) y SG en las mujeres (50,2) (tabla 37).

Tabla 37. Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-36 según sexo y población mayor indígena y no indígena

Dimensiones	Indígena					No Indígena				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Hombre										
SG	51	10	90	56,3	22,5	55	10	92	56,2	21,4
VT	51	20	100	65,1	21,6	55	0	100	67,4	21,4
FS	51	25	100	82,1	22,4	55	13	100	69,5	25,1
SM	51	28	100	70,4	18,5	55	16	100	72,1	19,5
FF	51	5	100	67,9	28,8	55	0	100	67,0	29,0
RF	51	0	100	67,6	41,3	55	0	100	64,5	41,0
RE	51	0	100	72,5	45,1	55	0	100	61,2	47,5
DC	51	0	100	63,9	29,3	55	0	100	53,5	26,0
Mujer										
SG	56	0	87	40,8	19,9	58	0	92	50,2	22,1
VT	56	5	100	46,3	25,0	58	0	100	57,4	23,8
FS	56	12,5	100	65,4	29,2	58	0	100	64,0	29,6
SM	56	12	96	54,3	22,8	58	20	100	65,9	19,6
FF	56	5	100	52,6	30,2	58	0	100	62,6	31,3
RF	56	0	100	47,8	41,6	58	0	100	53,4	42,3
RE	56	0	100	57,7	47,8	58	0	100	56,3	45,5
DC	56	0	100	47,3	31,1	58	0	100	61,4	30,6

8.2.3. Descripción del cuestionario de apoyo social Duke- Unc-11

Se presentan las puntuaciones medias de la escala de apoyo social total (AST) y sus dos dimensiones, apoyo social afectivo (ASA) y apoyo social confidencial (ASC) diferenciadas por colectivo (mapuche y no indígena) y sexo. La puntuación media de AST obtenida fue de 43,1 (puntuación superior a 32 puntos⁵⁹), por consiguiente se puede considerar que la muestra tenía un buen apoyo social. La puntuación de media más baja se encontró en el ASA (16,6).

Los adultos mayores mapuche presentaron puntuaciones medias levemente más altas para ambas dimensiones del apoyo social, (ASA 16,7; ASC 27,7) en comparación con adultos mayores no indígenas (ASA 16,5; ASC 27,4). El análisis por sexo mostró que las mujeres referían puntuaciones medias levemente menores que los hombres en ambas dimensiones del cuestionario (tabla 38).

⁵⁹ Se considera apoyo normal a una puntuación superior a 32 puntos y apoyo bajo a una puntuación menor o igual a 32 puntos (Bellón et al. 1996).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 38. Distribución de puntuaciones de cuestionario Duke Unc según sexo y población indígena y no indígena

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total					
Apoyo Social Total(AST)	220	11	55	43,1	10,3
Apoyo Social Confidencial (ASC)	220	7	35	27,6	6,3
Apoyo Social Afectivo (ASA)	220	4	20	16,6	3,9
Indígena					
AST	107	11	55	43,9	9,7
ASC	107	7	35	27,7	6,1
ASA	107	4	20	16,7	3,7
No indígena					
AST	113	15	55	42,3	10,8
ASC	113	10	35	27,4	6,5
ASA	113	5	20	16,5	4,1
Hombre					
AST	106	11	55	43,7	10,4
ASC	106	7	35	28,1	6,1
ASA	106	4	20	16,8	3,8
Mujer					
AST	114	19	55	42,6	10,3
ASC	114	11	35	27,0	6,5
ASA	114	6	20	16,4	4,0

8.2.4. Relación entre la CVRS y el apoyo social

Mediante estudio de correlación de Pearson (bivariada), se analizó la relación entre CVRS y apoyo social. Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre todas las dimensiones del SF-36. También correlacionaron positiva y significativamente las dos dimensiones del apoyo social, el ASA y el ASC, con el AST y entre ambas dimensiones.

Todas las dimensiones del SF-36 correlacionaron significativamente con las dimensiones de apoyo social. Esto implica que los sujetos, en la medida que tenían una mejor percepción de calidad de vida, percibían un mayor apoyo social (tabla 39).

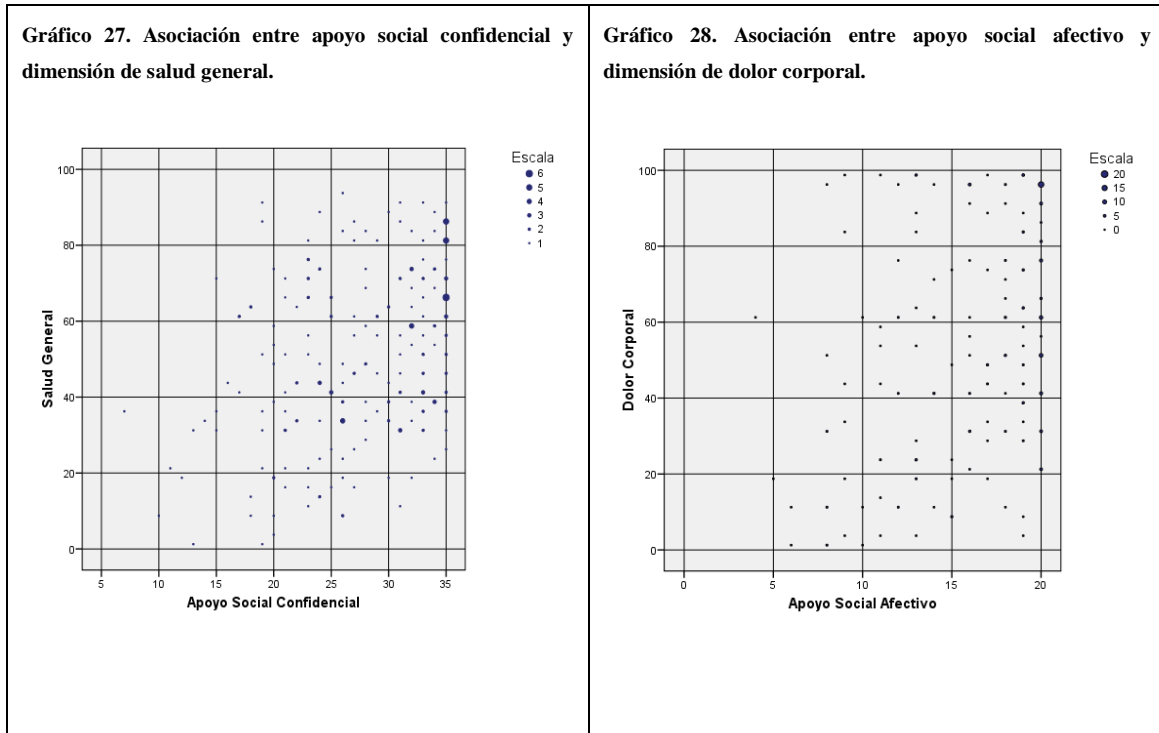
Tabla 39. Correlaciones entre las dimensiones del SF36 y del cuestionario del apoyo social de Duke Unc-11

Dimensiones	SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC	AST	ASC
VT	,546**									
FS	,480**	,392**								
SM	,558**	,601**	,415**							
FF	,641**	,503**	,474**	,417**						
RF	,412**	,367**	,478**	,387**	,505**					
RE	,419**	,383**	,443**	,433**	,398**	,450**				
DC	,487**	,345**	,371**	,411**	,523**	,444**	,399**			
AST	,366**	,294**	,313**	,322**	,264**	,246**	,257**	,335**		
ASC	,362**	,284**	,297**	,341**	,232**	,227**	,227**	,308**	,960**	
ASA	,326**	,272**	,299**	,250**	,281**	,245**	,272**	,335**	,919**	,796**

(**) La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Capítulo 8. Resultados

A modo de ejemplo, los gráficos 27 y 28 muestran como a una mejor percepción de CVRS se encontró una mejor percepción de apoyo social para el dominio SG y ASC (gráfico 27) y para el dominio DC y ASA (gráfico 28).



El análisis de diferencias en la percepción de CVRS y del apoyo social, entre población indígena y no indígena, se realizó mediante la prueba t para muestras independientes (previamente, se estudió con la prueba de Levene la homogeneidad de sus varianzas, mostrándose que no diferían significativamente).

En general, se encontraron puntuaciones medias más bajas para la población mapuche en todas las dimensiones del SF-36, excepto en FS (73,4) y RE (64,8). Por el contrario, en las dos dimensiones de apoyo social (ASA y ASC) las puntuaciones fueron más altas en la población mapuche (tabla 40).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 40. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SF-36 y del apoyo social en población mayor indígena y no indígena

Dimensiones	Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Indígena	107	48,2	22,5	2,171
	No indígena	113	53,1	21,8	2,054
VT	Indígena	107	55,2	25,2	2,436
	No indígena	113	62,3	23,1	2,172
FS	Indígena	107	73,4	27,4	2,646
	No indígena	113	66,7	27,5	2,590
SM	Indígena	107	62,0	22,3	2,151
	No indígena	113	68,9	19,7	1,854
FF	Indígena	107	59,9	30,4	2,941
	No indígena	113	64,7	30,2	2,839
RF	Indígena	107	57,2	42,5	4,106
	No indígena	113	58,8	41,8	3,937
RE	Indígena	107	64,8	46,9	4,532
	No indígena	113	58,7	46,3	4,360
DC	Indígena	107	55,3	31,2	3,021
	No indígena	113	57,6	28,6	2,690
AST	Indígena	107	43,9	9,7	0,942
	No indígena	113	42,3	10,8	1,020
ASC	Indígena	107	27,7	6,1	0,592
	No indígena	113	27,4	6,5	0,615
ASA	Indígena	107	16,7	3,7	0,359
	No indígena	113	16,5	4,1	0,387

Se encontraron diferencias significativas, entre ambos grupos, en las dimensiones de VT y SM del SF-36: en la dimensión VT, la población indígena mostró una media más baja (55,2) que la población no indígena (62,3); situación parecida se encontró con la dimensión de SM, en donde la media fue más baja en la población mapuche (62,0) que en la población no indígena (68,9) (tabla 41). Similares resultados se obtuvieron con la prueba U de Mann-Whitney (anexo 7.1).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 41. Prueba de muestras independientes entre la población mayor indígena y no indígena

Dimensiones	¿Se asume varianzas iguales?	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl.	Sig. (bilateral)
SG	Sí	0,496	0,482	-1,654	218	0,100
	No			-1,652	216,5	0,100
VT	Sí	2,207	0,139	-2,157	218	0,032
	No			-2,152	213,6	0,033
FS	Sí	0,090	0,765	1,799	218	0,073
	No			1,799	217,4	0,073
SM	Sí	1,443	0,231	-2,452	218	0,015
	No			-2,444	211,4	0,015
FF	Sí	0,002	0,965	-1,181	218	0,239
	No			-1,181	217,1	0,239
RF	Sí	0,743	0,390	-0,283	218	0,778
	No			-0,282	216,9	0,778
RE	Sí	0,000	0,982	0,970	218	0,333
	No			0,969	217,0	0,334
DC	Sí	2,399	0,123	-0,578	218	0,564
	No			-0,577	213,6	0,565
AST	Sí	3,729	0,055	1,114	218	0,266
	No			1,118	217,4	0,265
ASC	Sí	2,022	0,156	0,323	218	0,747
	No			0,324	217,9	0,747
ASA	Sí	0,790	0,375	0,403	218	0,688
	No			0,404	217,5	0,687

Se grafican las asociaciones entre la población mapuche y no indígena para los dominios VT y SM, que presentaron diferencias significativas entre ambos colectivos (gráficos 29 y 30).

Gráfico 29. Asociación entre dimensión de vitalidad y grupo

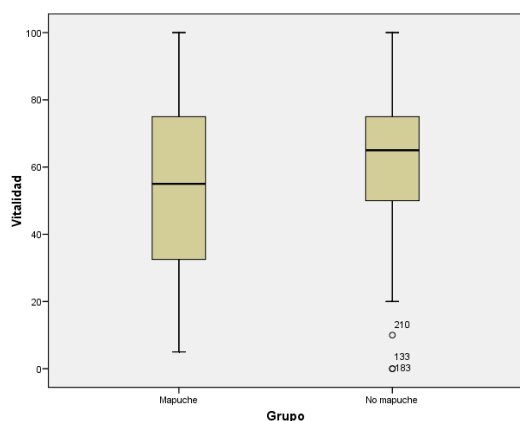
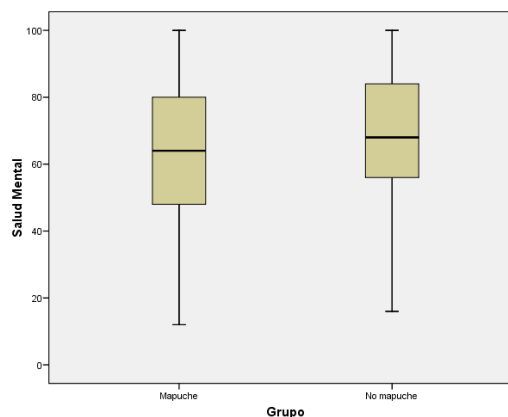


Gráfico 30. Asociación entre dimensión salud mental y grupo



Capítulo 8. Resultados

En síntesis, los resultados obtenidos muestran que los adultos mayores mapuche tenían una peor percepción de su CVRS en general, aunque no se confirmó en todas las dimensiones, sí lo hace especialmente en las dimensiones de VT y SM. Sin embargo, los hallazgos del estudio no mostraron significación en las diferencias entre ambos colectivos para la percepción de apoyo social.

8.2.4.1. Rol mediador del estrés

Con respecto al rol mediador del estrés entre el apoyo social y la CVRS, se realizó estudio de correlaciones parciales entre ellas (apoyo social y CVRS), eliminando el factor estrés medido por los siguientes indicadores: *suceso importante acontecido en el último año y dificultades en el trabajo o actividades cotidianas a causa de problemas emocionales* (reducir el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas, hacer menos de lo que hubiese querido hacer y no hacer sus actividades tan cuidadosamente como de costumbre).

El estudio de correlaciones directas entre la CVRS y el apoyo social, comparándolo con los resultados obtenidos después de eliminar las variables relacionadas con el estrés, indicaron que las correlaciones disminuyeron casi a la mitad, excepto para el par SG - ASC en que el descenso no fue tan brusco (de 0,362 a 0,277). El cambio más importante se observó en los siguientes pares, ya que eliminado el factor de estrés las relaciones con el apoyo social dejaron de ser significativas: SM-ASA: 0,000 a 0,069, RF-AST: 0,000 a 0,143, RF-ASC: 0,01 a 0,138 y RF-ASA: 0,000 a 0,129. Por lo tanto, estos datos apoyaron nuestra hipótesis de que el estrés tenía un rol mediador entre la CVRS y el apoyo social (tabla 42).

Tabla 42. Análisis del rol mediador del estrés mediante correlaciones

Variables de control			AST	ASC	ASA
Ninguna	SG	Correlación	,366	,362	,326
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	VT	Correlación	,294	,284	,272
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	FS	Correlación	,313	,297	,299
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	SM	Correlación	,322	,341	,250
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	FF	Correlación	,264	,232	,281
		Sig. (bilateral)	,000	,001	,000
	RF	Correlación	,246	,227	,245
		Sig. (bilateral)	,000	,001	,000
	DC	Correlación	,335	,308	,335
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
Reducir tiempo		Correlación	-,246	-,213	-,268
		Sig. (bilateral)	,000	,001	,000
Hizo menos		Correlación	-,265	-,236	-,277
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
No hizo lo acostumbrado		Correlación	-,226	-,203	-,234
		Sig. (bilateral)	,001	,002	,000
Suceso en el último año		Correlación	-,224	-,213	-,213
		Sig. (bilateral)	,001	,001	,002
Reducir tiempo por problema emocional	SG	Correlación	,267	,277	,213
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,002
Hizo menos por problema emocional	VT	Correlación	,201	,204	,168
		Sig. (bilateral)	,003	,003	,013
No hizo lo acostumbrado por problema emocional	FS	Correlación	,216	,213	,190
		Sig. (bilateral)	,001	,002	,005
Suceso último año	SM	Correlación	,218	,257	,124
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,069
	FF	Correlación	,160	,138	,172
		Sig. (bilateral)	,019	,042	,011
	RF	Correlación	,143	,138	,129
		Sig. (bilateral)	,036	,042	,058
	DC	Correlación	,229	,211	,226
		Sig. (bilateral)	,001	,002	,001

En general, las variables relacionadas con el estrés explicaron un cambio de entre 6,1 (SG-ASA) y 3,2 (RF-ASC) puntos en el coeficiente de determinación R^2 (expresado en porcentaje) (tabla 43).

Tabla 43. Resumen del rol mediador del estrés

PAR	Directa	R ² (%)	Parcial	R ² (%)
SG – AST	0,366	13,4	0,267	7,1
SG – ASC	0,362	13,1	0,277	7,7
SG – ASA	0,326	10,6	0,213	4,5
VT – AST	0,294	8,6	0,201	4,0
VT – ASC	0,284	8,1	0,204	4,2
VT – ASA	0,272	7,4	0,168	2,8
FS – AST	0,313	9,8	0,216	4,7
FS – ASC	0,297	8,8	0,213	4,5
FS – ASA	0,299	8,9	0,19	3,6
SM – AST	0,322	10,4	0,218	4,8
SM – ASC	0,341	11,6	0,257	6,6
SM – ASA	0,250	6,3	0,124	1,5
FF – AST	0,264	7,0	0,16	2,6
FF – ASC	0,232	5,4	0,138	1,9
FF – ASA	0,281	7,9	0,172	3,0
RF – AST	0,246	6,1	0,143	2,0
RF – ASC	0,227	5,2	0,138	1,9
RF – ASA	0,245	6,0	0,129	1,7
DC – AST	0,335	11,2	0,229	5,2
DC – ASC	0,308	9,5	0,211	4,5
DC – ASA	0,335	11,2	0,226	5,1

Como complemento, se efectuó un estudio de regresión lineal múltiple para predecir la CVRS. En un primer análisis, se incluyeron todas las variables de apoyo social y estrés; en un segundo análisis, sólo se introdujeron las del estrés, y por último, sólo se tomaron como variables predictoras las del apoyo social. Este tipo de análisis, al ser multivariante, complementó al anterior de correlaciones parciales. El coeficiente de determinación R² de las variables relacionadas con el estrés mostró que éstas, en todas las dimensiones, explicaban por sí mismas mucho más que “solo el apoyo social”; es así como en el dominio RF explicaba el 21,8% de la percepción de CVRS, en cambio el apoyo social por sí mismo explicaba el 5,4%, por lo que podemos afirmar que la mayor parte de la percepción de los dominios de la CVRS se explicaba por el estrés y menos por el apoyo social (tabla 44).

Tabla 44. Análisis del efecto mediador del estrés mediante regresión lineal múltiple

Predicción sobre:	Apoyo y Estrés R ² corregida	Sólo Estrés R ² corregida	Sólo Apoyo R ² corregida
SG	0,257	0,203	0,127
VT	0,180	0,152	0,078
FS	0,227	0,197	0,091
SM	0,266	0,209	0,109
FF	0,184	0,167	0,071
RF	0,226	0,218	0,054
DC	0,220	0,182	0,109

8.2.5. Factores asociados a la CVRS y al apoyo social

Se efectuó un análisis de los factores asociados a la CVRS en sus ocho dimensiones y al apoyo social en sus dos dimensiones.

8.2.5.1. CVRS y factores asociados

Se encontraron asociaciones significativas en una o más dimensiones del SF36 para las variables: *edad* (todas las dimensiones excepto SM), *años de escolarización* (SG y VT), *sexo* (todas las dimensiones excepto RE y DC), *satisfacción con la cantidad de dinero que ingresa al hogar* (SG, VT, SM y FF), *pareja* (FS, FF, RF, RE y DC), *participación en organizaciones sociales* (SG, SM, FF y DC), *número de enfermedades diagnosticadas por persona* (SG, VT, FF y RF), *número de horas trabajadas al día* (VT y RF), *suceso importante acontecido en el último año* (todas excepto RF), *cohabitación* (FS, RF y RE), *número de hijos vivos* (DC), *frecuencia de contacto con los hijos* (RF), *con los amigos* (SG y FF) y *saneamiento de la vivienda* (SM, RE y DC). Las variables *importancia de la religión en su vida* y *hacinamiento de la vivienda* no mostraron asociación significativamente estadística con ninguna de las dimensiones del SF36 (tabla 45).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 45. Variables asociadas con la CVRS por dimensiones del SF-36

Variables	Prueba	SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
Edad	Corr. de Pearson	-,150*	-,162*	-,222**	-,052	-,335**	-,272**	-,135*	-,163*
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,026	,016	,001	,447	,000	,000	,046	,015
Escolarización	Corr. de Pearson	,136*	,168*	,028	,124	,111	,106	,110	,065
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,043	,012	,682	,067	,101	,119	,105	,338
Sexo	Prueba t (sig.)	,000**	,000**	,003**	,000**	,017*	,006**	,125	,319
Satisfacción dinero	Prueba t (sig.)	,001**	,014*	0,528	,000**	,099*	,222	0,16	,215
Vive en Pareja	Prueba t (sig.)	0,087	,061	,000**	0,193	,032*	,000**	,009**	,041*
Participación	Prueba t (sig.)	,036*	,109	,128	,042*	,003**	,189	,602	,027*
N° enfermedades	Corr. de Pearson	-,254**	-,168*	-,112	-,077	-,302**	-,173*	-,120	-,112
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,000	,012	,098	,255	,000	,010	,075	,099
Trabajo	Corr. de Pearson	,084	,233**	,107	,010	,130	,233**	,125	,028
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,212	,001	,115	,879	,055	,000	,064	,681
Suceso importante	Prueba t (sig.)	,000**	,022*	,033*	,001**	,008**	,106	,017*	,000**
Cohabitación	Prueba t (sig.)	,430	,419	,001**	,474	,477	,001**	,015*	,109
N° de hijos vivos	Corr. de Pearson	,012	-,027	,043	-,086	,005	,106	-,099	,136*
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,857	,686	,525	,202	,946	,117	,144	,044
Contacto hijos	Rho de Spearman	,009	,021	,108	-,003	-,010	,160*	,137	,101
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,905	,768	,129	,963	,887	,024	,053	,154
Contacto amigos	Rho de Spearman	,142*	,089	-,012	,099	,134*	,075	,065	,116
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,035	,189	,858	,143	,047	,265	,340	,086
Saneamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,107	,355	,438	,015*	,182	,710	,025*	,026*
Hacinamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,570	,849	,474	,387	,730	,854	,166	,090
Religión	Prueba t (sig.)	,661	,860	,705	,091	,983	,275	,235	,947

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

A continuación se analizan las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con la CVRS en una o más de las ocho dimensiones del cuestionario de salud SF36:

Edad. Se realizó un estudio de correlación bivariada y los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la edad y siete de las ocho dimensiones del SF36 (FF, RF y FS: $p < 0,01$; DC, VT, RE y SG: $p < 0,05$), es decir a más años de edad peor era la percepción de su CVRS. No se encontró asociación significativa con la dimensión SM (tabla 45).

Años de escolarización. Se realizó un estudio de correlación bivariada y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de años de escolarización y dos de las ocho dimensiones del SF36 (VT y SG: $p < 0,05$), es decir a más años de estudios mejoraba la percepción de su CVRS en dichos dominios (tabla 45).

Sexo. Se realizó el contraste t para muestras independientes y los resultados indican para seis de las ocho dimensiones diferencias estadísticamente significativas en la

Capítulo 8. Resultados

percepción de CVRS de hombres y mujeres (SG, VT, FS, SM y RF: $p < 0,01$; FF $p < 0,05$) siendo los hombres quienes tenían una mejor percepción de su CVRS (tabla 45 y 46).

Tabla 46. Asociación entre el sexo y la CVRS

Dimensiones	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG**	Hombre	106	56,3	21,8	2,118
	Mujer	114	45,6	21,4	2,008
VT**	Hombre	106	66,3	21,4	2,080
	Mujer	114	51,9	24,9	2,336
FS**	Hombre	106	75,6	24,5	2,384
	Mujer	114	64,7	29,3	2,743
SM**	Hombre	106	71,3	18,9	1,838
	Mujer	114	60,2	21,9	2,053
FF*	Hombre	106	67,5	28,8	2,797
	Mujer	114	57,7	31,1	2,910
RF**	Hombre	106	66,0	41,0	3,982
	Mujer	114	50,7	41,9	3,921
RE	Hombre	106	66,7	46,5	4,513
	Mujer	114	57,0	46,5	4,351
DC	Hombre	106	58,5	28,0	2,716
	Mujer	114	54,5	31,5	2,953

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Satisfacción con cantidad de dinero que ingresa al hogar. Esta variable se reagrupó en sujetos satisfechos (117) e insatisfechos (103). Se realizó el contraste t para muestras independientes, y los resultados nos indican una asociación significativa en cuatro de las ocho dimensiones del SF36 (SG y SM: $p < 0,01$; VT y FF: $p < 0,05$) con una mejor percepción de su CVRS en quienes se encontraban satisfechos con los ingresos percibidos (tabla 45 y 47).

Tabla 47. Asociación entre la satisfacción con el dinero y la CVRS

Dimensiones	Satisfacción dinero	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG**	Insatisfecho	103	45,6	22,3	2,199
	Satisfecho	117	55,2	21,2	1,963
VT*	Insatisfecho	103	54,6	26,7	2,632
	Satisfecho	117	62,6	21,5	1,984
FS	Insatisfecho	103	68,7	28,9	2,844
	Satisfecho	117	71,0	26,5	2,450
SM**	Insatisfecho	103	59,8	21,7	2,140
	Satisfecho	117	70,6	19,5	1,805
FF*	Insatisfecho	103	58,8	30,6	3,013
	Satisfecho	117	65,6	29,9	2,761
RF	Insatisfecho	103	54,4	43,1	4,245
	Satisfecho	117	61,3	41,1	3,797
RE	Insatisfecho	103	57,0	48,2	4,749
	Satisfecho	117	65,8	44,9	4,155
DC	Insatisfecho	103	53,8	30,2	2,973
	Satisfecho	117	58,8	29,5	2,730

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Capítulo 8. Resultados

Pareja. Se realizó el contraste t para muestras independientes y se encontraron diferencias significativas en cinco de las ocho dimensiones que miden CVRS (RF, FS y RE: $p < 0,01$; FF y DC: $p < 0,05$) con una mejor percepción de CVRS entre aquellos que tenían pareja (tabla 45 y 48).

Tabla 48. Asociación entre la pareja y la CVRS

Dimensiones	Vive en pareja	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Solo	89	47,6	21,5	2,279
	Pareja	131	52,8	22,5	1,969
VT	Solo	89	55,1	24,0	2,543
	Pareja	131	61,4	24,3	2,126
FS**	Solo	89	60,4	28,2	2,984
	Pareja	131	76,4	25,3	2,212
SM	Solo	89	63,3	21,1	2,240
	Pareja	131	67,1	21,2	1,854
FF*	Solo	89	57,1	31,3	3,321
	Pareja	131	66,0	29,2	2,550
RF**	Solo	89	42,1	42,2	4,477
	Pareja	131	68,9	38,5	3,363
RE**	Solo	89	51,7	47,7	5,054
	Pareja	131	68,4	44,8	3,913
DC*	Solo	89	51,5	31,8	3,368
	Pareja	131	59,8	28,1	2,457

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Participación en organizaciones sociales. Se realizó el contraste t para muestras independientes y los resultados indican diferencias significativas en cuatro de las ocho dimensiones de CVRS (SG, SM, FF y DC: $p < 0,05$) con una mejor percepción de la CVRS entre aquellos que participaban en, al menos, una organización social (tabla 45 y 49).

Tabla 49. Asociación entre la participación en organizaciones sociales y la CVRS

Dimensiones	Participa al menos 1 vez al mes en una organización	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG*	No participa	61	45,6	22,6	2,896
	Participa	159	52,7	21,8	1,731
VT	No participa	61	54,6	27,6	3,534
	Participa	159	60,5	22,8	1,812
FS	No participa	61	65,4	32,4	4,147
	Participa	159	71,7	25,4	2,015
SM*	No participa	61	60,9	24,1	3,080
	Participa	159	67,3	19,8	1,572
FF**	No participa	61	52,7	33,3	4,263
	Participa	159	66,1	28,3	2,248
RF	No participa	61	52,0	42,9	5,491
	Participa	159	60,4	41,7	3,303
RE	No participa	61	59,0	47,7	6,105
	Participa	159	62,7	46,3	3,671
DC*	No participa	61	48,6	33,5	4,286
	Participa	159	59,4	27,9	2,212

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Número de enfermedades diagnosticadas por persona. Se realizó un estudio de correlación bivariada y los resultados (tabla 45) mostraron una asociación significativa negativa entre número de enfermedades diagnosticadas por persona y cuatro de las ocho dimensiones de SF36 (FF y SG: $p < 0,01$; RF y VT: $p < 0,05$), es decir, a mayor número de enfermedades diagnosticadas por persona peor era su percepción de la CVRS en dichos dominios.

Tiempo dedicado al trabajo. Conforme lo informado por quienes se encontraban trabajando con respecto a la cantidad de horas trabajadas diariamente, se realizó correlación bivariada y los resultados (tabla 45) mostraron una asociación significativa positiva entre horas trabajadas y la percepción de la CVRS en dos de las ocho dimensiones de SF36 (VT y RF: $p < 0,01$), es decir a mayor número de horas trabajadas mejoraba la percepción de la CVRS en dichos dominios.

Suceso importante acontecido en el último año que le haya afectado. Se realizó el contraste t para muestras independientes y se encontraron diferencias significativas en la percepción de la CVRS en todas las dimensiones excepto para dominio RF, con una mejor percepción de la CVRS en quienes en el último año no habían tenido algún problema importante (tabla 45 y 50).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 50. Asociación entre algún suceso importante ocurrido en el último año y la CVRS

Dimensiones	Suceso último año	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG**	No	111	56,3	20,7	1,967
	Si	109	45,0	22,4	2,141
VT*	No	111	62,6	23,1	2,196
	Si	109	55,0	25,0	2,399
FS*	No	111	73,9	26,2	2,492
	Si	109	65,9	28,5	2,726
SM**	No	111	70,3	20,9	1,984
	Si	109	60,7	20,5	1,964
FF**	No	111	67,7	27,4	2,602
	Si	109	57,0	32,3	3,089
RF	No	111	62,6	41,0	3,891
	Si	109	53,4	42,8	4,102
RE*	No	111	69,1	44,2	4,195
	Si	109	54,1	48,0	4,594
DC**	No	111	63,5	27,4	2,600
	Si	109	49,2	30,7	2,937

(**)La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Cohabitación. Se realizó el contraste t para muestras independientes y los resultados indican diferencias significativas en la percepción de la CVRS en tres de las ocho dimensiones (FS y RF: $p < 0,01$; RE: $p < 0,05$) con una mejor percepción de su CVRS en quienes vivían con otras personas (tabla 45 y 51).

Tabla 51. Asociación entre la cohabitación y la CVRS

Dimensiones	Con quien Vive	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG**	Solo	28	47,6	25,3	4,778
	Acompañado	192	51,2	21,8	1,572
VT*	Solo	28	55,4	22,1	4,186
	Acompañado	192	59,3	24,7	1,779
FS*	Solo	28	54,0	27,9	5,265
	Acompañado	192	72,3	26,8	1,937
SM**	Solo	28	62,9	23,2	4,378
	Acompañado	192	65,9	21,0	1,513
FF**	Solo	28	58,6	29,7	5,610
	Acompañado	192	62,9	30,5	2,198
RF	Solo	28	33,9	40,9	7,738
	Acompañado	192	61,6	41,2	2,971
RE*	Solo	28	41,7	49,4	9,332
	Acompañado	192	64,6	45,6	3,290
DC**	Solo	28	48,0	27,8	5,262
	Acompañado	192	57,7	30,0	2,166

(**)La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Capítulo 8. Resultados

Número de hijos vivos. Se realizó correlación bivariada y los resultados (tabla 45) mostraron solo en uno de los ocho dominios del SF36 (DC: $p < 0,05$) una asociación significativa positiva entre número de hijos y la percepción de la CVRS, es decir a mayor número de hijos mejoraba la percepción de la CVRS en dominio de DC.

Frecuencia de contacto con los hijos. Se realizó un estudio de correlación bivariada y los resultados (tabla 45) sólo mostraron para dominio RF asociación significativa ($p < 0,05$) entre la frecuencia de contacto con hijos y la percepción de la CVRS. Es decir, a mayor frecuencia de contacto con los hijos mejoraba la percepción de CVRS en dicho dominio.

Frecuencia de contacto con amigos y/o parientes íntimos. Se realizó un estudio de correlación bivariada y se encontró en dos de los ocho dominios de CVRS asociación significativa (SG y FF: $p < 0,05$), es decir a mayor frecuencia de contacto con amigos y/o parientes mejoraba la percepción de su CVRS (tabla 45).

Saneamiento de la vivienda. Se realizó el contraste t para muestras independientes y los resultados indicaron diferencias significativas entre saneamiento de la vivienda y la percepción de la CVRS en tres de las ocho dimensiones (SM, RE y DC: $p < 0,05$) con una mejor percepción de la CVRS en quienes consideraban que el saneamiento de su vivienda era aceptable (tabla 45 y 52).

Tabla 52. Asociación entre el saneamiento de la vivienda y la CVRS

Dimensiones	Saneamiento vivienda	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG**	Deficitario	98	48,0	20,8	2,106
	Aceptable	122	52,9	23,1	2,094
VT*	Deficitario	98	57,1	24,0	2,424
	Aceptable	122	60,2	24,6	2,229
FS*	Deficitario	98	71,6	28,2	2,848
	Aceptable	122	68,6	27,1	2,457
SM**	Deficitario	98	61,7	22,0	2,221
	Aceptable	122	68,7	20,1	1,823
FF**	Deficitario	98	59,3	30,9	3,121
	Aceptable	122	64,8	29,8	2,694
RF	Deficitario	98	56,9	43,2	4,363
	Aceptable	122	59,0	41,3	3,739
RE*	Deficitario	98	53,7	49,2	4,969
	Aceptable	122	68,0	43,6	3,945
DC**	Deficitario	98	51,4	30,2	3,050
	Aceptable	122	60,5	29,1	2,635

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Capítulo 8. Resultados

Las variables *religión* y *hacinamiento en la vivienda*, no presentaron asociación significativa con la CVRS en ninguna de las ocho dimensiones (tabla 53).

Tabla 53. Variables no significativas en asociación con la CVRS

Variable	SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
	Prueba t (significación)							
Religión	0,661	0,860	0,705	0,091	0,983	0,275	0,235	0,947
Hacinamiento Vivienda	0,570	0,849	0,474	0,387	0,730	0,854	0,166	0,090

Factores asociados con la CVRS en la población indígena y no indígena

De las dieciséis variables estudiadas en los adultos mayores mapuche, trece de ellas se encontraron asociadas con la percepción de la CVRS en una o más dimensiones: *edad* (a menor edad mejoraba la percepción de la CVRS en los dominios de FS y FF), *años de escolarización* (a mayor cantidad de años de estudios mejoraba la percepción de la CVRS en SG y FF), *sexo* (los hombres tenían una mejor percepción de la CVRS que las mujeres en todas las dimensiones, excepto RE), *satisfacción con el dinero* (a mayor satisfacción mejoraba la percepción de la CVRS en SG, VT y SM), *pareja* (quienes vivían en pareja tenían una mejor percepción de la CVRS en FS y RF), *participación en organizaciones sociales* (quienes participaban tenían una mejor percepción de la CVRS en SG y FF), *número de enfermedades diagnosticadas por personas* (a mayor número de enfermedades peor era la percepción de la CVRS en SG, VT y FF), *trabajo* (a mayor cantidad de horas trabajadas mejoraba la percepción de la CVRS en VT), *suceso importante en el último año* (quienes no habían tenido un suceso en el último año tenían una mejor percepción de la CVRS en SG y DC), *cohabitación* (quienes vivían con otras personas tenían una mejor percepción de la CVRS en FS, RF y RE), *frecuencia de contacto con los hijos* (a mayor frecuencia de contacto mejoraba la percepción de la CVRS en RF y RE), *frecuencia de contacto con amigos y/o parientes íntimos* (a mayor frecuencia de contacto mejoraba la percepción de la CVRS en SM y RE) y *saneamiento de la vivienda* (quienes consideraban que el saneamiento de su vivienda era adecuado tenían una mejor percepción de la CVRS en RE). No se encontró asociación significativa para las variables *número de hijos*, *hacinamiento de la vivienda* y *religión* (tabla 54).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 54. Factores asociados con la CVRS en adultos mayores indígenas

Variables		Indígena							
		SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
Edad	Corr. de Pearson	-,080	-,048	-,203*	-,021	-,306**	-,156	-0,106	-,157
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,415	,625	,036	,827	,001	,109	,277	,106
Escolarización	Corr. de Pearson	,223*	,182	,128	,161	,198*	,107	,121	,170
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,021	,060	,189	,097	,041	,274	,214	,081
Sexo	Prueba t (sig.)	,000**	,000**	,001**	,000**	,008**	,015*	,103	,005**
Satisfacción dinero	Prueba t (sig.)	,004**	,025*	0,413	,001**	,111	,812	,816	,257
Vive en Pareja	Prueba t (sig.)	,087	,238	,023*	,272	,077	,007**	,277	,194
Participación	Prueba t (sig.)	,046*	,182	,435	0,122	,001**	,359	,423	,124
	Corr. de Pearson	-,298**	-,222*	-,148	-,095	-,348**	-,186	-,074	-,151
N° enfermedades	<i>Sig. (bilateral)</i>	,002	,022	,129	,330	,000	,056	,450	,121
	Corr. de Pearson	,061	,206*	,010	,004	,140	,189	,049	,101
Trabajo	<i>Sig. (bilateral)</i>	,533	,034	,919	,968	,151	,051	,620	,298
	Prueba t (sig.)	,042*	,074	,216	,054	,376	,622	,582	,025*
Suceso importante	Prueba t (sig.)	,553	,744	,013*	,511	,538	,040*	,005**	0,39
Cohabitación	Corr. de Pearson	,074	,073	,094	-,040	,094	,120	-,020	,182
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,447	,457	,334	,686	,337	,218	,842	,061
N° de hijos vivos	Rho de	,094	,114	,189	,081	,123	,208*	,210*	,078
	Spearman								
Contacto hijos	<i>Sig. (bilateral)</i>	,362	,266	,063	,427	,230	,041	,039	,446
	Rho de	,185	,090	,120	,225*	,153	,084	,190*	,180
Contacto amigos	Spearman								
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,057	,356	,218	,020	,116	,392	,049	,063
Saneamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,205	,956	,962	,509	0,12	,587	,002**	,068
Hacinamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,766	,572	,105	0,171	0,142	0,652	0,224	0,698
Religión	Prueba t (sig.)	,788	,697	,937	,187	,911	,322	,426	,697

(**)La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En los adultos mayores no indígenas, al igual que en los adultos mayores mapuche, la percepción de CVRS se encontró asociada con la *edad* (SG, VT, FS, FF y RF), el *sexo* (VT), la *satisfacción con el dinero* (RE), la *pareja* (VT, FS, RF y RE), el *número de enfermedades diagnosticadas* por persona (SG y FF), el *trabajo* (VT, FS, RF y RE), *sucesos importantes ocurridos en el último año* (SG, SM, FF, RE y DC), existencia de *cohabitación* (FS y RF), *frecuencia de contacto con los hijos* (DC), *saneamiento de la vivienda* (RE) y *hacinamiento de la vivienda* (FF y DC). No se encontró asociación estadísticamente significativa para las variables *años de escolarización*, *participación en organizaciones sociales*, *número de hijos*, *frecuencia de contacto con amigos* y *religión* (tabla 55).

Tabla 55. Factores asociados con la CVRS en adultos mayores no indígenas

Variables	Prueba	No indígena							
		SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
Edad	Corr. de Pearson	-,216*	-,277**	-,243**	-,082	-,362**	-,378**	-,162	-,170
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,022	,003	,010	,387	,000	,000	,086	,072
Escolarización	Corr. de Pearson	,045	,134	-,029	,061	,026	,103	,115	-,035
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,634	,157	,759	,519	,787	,280	,224	,714
Sexo	Prueba t (sig.)	,144	,021*	,287	,098	,440	,160	,577	,143
Satisfacción dinero	Prueba t (sig.)	,177	,458	,614	,126	,619	,148	,044*	,635
Vive en Pareja	Prueba t (sig.)	,218	,033*	,010*	,138	,099	,000**	,024*	,073
Participación	Prueba t (sig.)	,751	,914	,078	,669	,873	,373	,830	,073
N° enfermedades	Corr. de Pearson	-,225*	-,130	-,059	-,082	-,266**	-,163	-,165	-,071
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,017	,170	,538	,388	,004	,084	,082	,456
Trabajo	Corr. de Pearson	,101	,456**	,195*	,009	,119	,272**	,195*	-,042
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,286	,000	,038	,926	,210	,004	,039	,661
Suceso importante	Prueba t (sig.)	,001**	,140	,075	,003**	,005**	,075	,005**	,004**
Cohabitación	Prueba t (sig.)	,572	,378	,031*	,677	,674	,011*	,498	,156
N° de hijos vivos	Corr. de Pearson	-,043	-,126	-,012	-,131	-,078	,093	-,181	,090
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,648	,188	,897	,168	,412	,326	,055	,343
Contacto hijos	Rho de Spearman	-,098	-,123	,037	-,087	-,151	,114	,070	,424**
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,327	,220	,715	,383	,129	,254	,483	,255
Contacto amigos	Rho de Spearman	,036	-,004	-,101	-,101	,067	,053	-,043	,009
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,704	,966	,286	,286	,484	,579	,649	,925
Saneamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,780	,547	,558	,250	,555	,804	,018*	,155
Hacinamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,291	,127	,584	,834	,001**	,856	,445	,043*
Religión	Prueba t (sig.)	,382	,707	,898	,073	,851	,607	,474	,474

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significante al nivel 0,05 (bilateral).

A continuación, se analizan para ambos colectivos -mapuche y no indígena- aquellas variables que mostraron asociación significativa con la CVRS.

Edad. En ambos colectivos -mapuche y no indígena- se encontró una asociación significativa entre la edad y dos de las ocho dimensiones del SF36; FS (mapuche $p < 0,05$ y no indígena $p < 0,01$) y FF (mapuche y no indígena $p < 0,01$). Se agregan en población no indígena una asociación significativa para SG: $p < 0,05$; VT y RF: $p < 0,01$, es decir a más años de edad peor era la percepción de su CVRS en dichos dominios (tabla 54 y 55).

Años de escolarización. Los resultados mostraron solo para población mapuche una asociación significativa positiva entre número de años de escolarización y dos de las ocho dimensiones del SF36 (SG y FF: $p < 0,05$), es decir a más años de estudios mejoraba la percepción de su CVRS en dichos dominios. En la población no indígena no se encontró asociación significativa para ninguna de las dimensiones del SF36 entre años de escolarización y CVRS (tabla 54 y 55).

Sexo. Los resultados indican en población mapuche que siete de las ocho dimensiones mostraron diferencias significativas en la percepción de CVRS de hombres y mujeres (SG, VT, FS, SM, FF y DC: $p < 0,01$; RF: $p < 0,05$) siendo los hombres quienes tenían una

Capítulo 8. Resultados

mejor percepción de la CVRS. En la población no indígena solo se encontró asociación significativa en el dominio VT ($p < 0,05$) en donde los hombres tenían puntuaciones más altas que las mujeres (tablas 54, 55, 56).

Tabla 56. Asociación entre el sexo y la CVRS por grupo

Dimensión	Sexo	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Hombre	51	56,3	22,5	3,149	55	56,2	21,4	2,879
	Mujer	56	40,8	19,9	2,653	58	50,2	22,1	2,897
VT	Hombre	51	65,1	21,6	3,028	55	67,4	21,4	2,880
	Mujer	56	46,3	25,0	3,345	58	57,4	23,8	3,124
FS	Hombre	51	82,1	22,4	3,136	55	69,5	25,1	3,383
	Mujer	56	65,4	29,2	3,901	58	64,0	29,6	3,890
SM	Hombre	51	70,4	18,5	2,586	55	72,1	19,5	2,625
	Mujer	56	54,3	22,8	3,041	58	65,9	19,6	2,577
FF	Hombre	51	67,9	28,8	4,039	55	67,0	29,0	3,911
	Mujer	56	52,6	30,2	4,037	58	62,6	31,3	4,116
RF	Hombre	51	67,6	41,3	5,786	55	64,5	41,0	5,531
	Mujer	56	47,8	41,6	5,564	58	53,4	42,3	5,549
RE	Hombre	51	72,5	45,1	6,311	55	61,2	47,5	6,401
	Mujer	56	57,7	47,8	6,384	58	56,3	45,5	5,980
DC	Hombre	51	63,9	29,3	4,097	55	53,5	26,0	3,502
	Mujer	56	16,3	3,7	0,494	58	61,4	30,6	4,018

Satisfacción con el dinero. En la población mapuche, tres de las ocho dimensiones mostraron diferencias significativas en la percepción de la CVRS (SG y SM: $p < 0,01$; VT: $p < 0,05$) siendo los adultos mayores que se encontraban satisfechos con el dinero ingresado al hogar quienes tenían una mejor percepción de la CVRS. En la población no indígena solo se encontró asociación significativa para dominio RE ($p < 0,05$) (tablas 54, 55 y 57).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 57. Asociación entre satisfacción con el dinero y la CVRS por población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Satisfacción dinero	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Insatisfecho	59	42,6	21,2	2,764	44	49,6	23,3	3,518
	Satisfecho	48	55,1	22,2	3,205	69	55,3	20,7	2,491
VT	Insatisfecho	59	50,3	25,7	3,350	44	60,2	27,2	4,106
	Satisfecho	48	61,3	23,4	3,380	69	63,6	20,1	2,421
FS	Insatisfecho	59	71,4	29,2	3,799	44	65,1	28,3	4,274
	Satisfecho	48	75,8	25,1	3,616	69	67,8	27,2	3,269
SM	Insatisfecho	59	55,7	21,5	2,802	44	65,4	21,0	3,161
	Satisfecho	48	69,7	20,9	3,013	69	71,2	18,7	2,246
FF	Insatisfecho	59	55,7	30,3	3,940	44	63,0	30,8	4,650
	Satisfecho	48	65,1	30,1	4,347	69	65,9	29,9	3,601
RF	Insatisfecho	59	56,4	43,2	5,624	44	51,7	43,3	6,523
	Satisfecho	48	58,3	42,0	6,062	69	63,4	40,6	4,885
RE	Insatisfecho	59	63,8	46,9	6,099	44	47,7	49,0	7,382
	Satisfecho	48	66,0	47,4	6,839	69	65,7	43,5	5,240
DC	Insatisfecho	59	52,2	29,6	3,855	44	56,0	31,1	4,691
	Satisfecho	48	59,1	33,1	4,772	69	58,6	27,0	3,256

Pareja. En la población mapuche dos de las ocho dimensiones mostraron diferencias significativas entre vivir en pareja y CVRS (RF: $p < 0,0$; FS: $p < 0,05$) y en la población no indígena cuatro de los ocho dominios del SF36 (RF: $p < 0,01$; VT, FS y RE: $p < 0,05$) con una mejor percepción de la CVRS entre aquellos que tenían pareja (tablas 54, 55 y 58).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 58. Asociación entre la convivencia en pareja y la CVRS según población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Pareja	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Solo	33	42,6	18,3	3,189	56	50,6	22,8	3,048
	Pareja	74	50,7	23,8	2,762	57	55,6	20,7	2,744
VT	Solo	33	50,9	22,3	3,889	56	57,6	24,8	3,310
	Pareja	74	57,2	26,3	3,056	57	66,8	20,5	2,715
FS	Solo	33	64,4	26,4	4,588	56	58,0	29,1	3,894
	Pareja	74	77,4	27,0	3,142	57	75,2	23,1	3,058
SM	Solo	33	58,4	21,6	3,762	56	66,1	20,5	2,741
	Pareja	74	63,6	22,5	2,615	57	71,6	18,7	2,471
FF	Solo	33	52,1	30,7	5,352	56	60,0	31,6	4,220
	Pareja	74	63,4	29,8	3,468	57	69,4	28,2	3,740
RF	Solo	33	40,9	45,4	7,907	56	42,9	40,7	5,432
	Pareja	74	64,5	39,3	4,564	57	74,6	37,0	4,907
RE	Solo	33	56,6	49,6	8,641	56	48,8	46,7	6,240
	Pareja	74	68,5	45,5	5,285	57	68,4	44,3	5,866
DC	Solo	33	49,4	33,3	5,795	56	52,7	31,1	4,154
	Pareja	74	57,9	30,2	3,505	57	62,4	25,3	3,348

Participación en organizaciones sociales. Los resultados indicaron, solo para población mapuche, diferencias significativas entre participar en organizaciones sociales y la percepción de la CVRS en dos de las ocho dimensiones (FF: $p < 0,01$; SG: $p < 0,05$) con una mejor percepción de CVRS entre aquellos que participaban al menos en una organización social. Las diferencias encontradas en la población no indígena no son significativas en ninguna de las ocho dimensiones del SF36 (tablas 54, 55 y 59).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 59. Asociación entre la participación y la CVRS según población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Participación	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	No participa	41	42,7	21,2	3,318	20	51,7	24,7	5,513
	Participa	66	51,6	22,7	2,789	93	53,4	21,3	2,210
VT	No participa	41	51,1	26,2	4,093	20	61,8	29,7	6,632
	Participa	66	57,8	24,4	3,004	93	62,4	21,6	2,241
FS	No participa	41	70,7	30,3	4,734	20	54,4	34,5	7,710
	Participa	66	75,0	25,5	3,136	93	69,4	25,2	2,617
SM	No participa	41	57,8	23,8	3,720	20	67,2	23,9	5,340
	Participa	66	64,6	21,0	2,583	93	69,3	18,8	1,951
FF	No participa	41	47,3	31,3	4,886	20	63,8	35,4	7,905
	Participa	66	67,7	27,3	3,359	93	64,9	29,2	3,024
RF	No participa	41	52,4	43,9	6,863	20	51,3	41,7	9,332
	Participa	66	60,2	41,6	5,120	93	60,5	41,9	4,347
RE	No participa	41	60,2	49,0	7,653	20	56,7	46,0	10,288
	Participa	66	67,7	45,7	5,620	93	59,1	46,7	4,838
DC	No participa	41	49,3	33,5	5,239	20	47,2	34,1	7,635
	Participa	66	58,9	29,4	3,618	93	59,8	26,9	2,794

Número de enfermedades diagnosticadas por persona. Se realizó un estudio de correlación bivariada y los resultados mostraron para población mapuche una asociación significativa negativa entre número de enfermedades diagnosticadas por persona y tres de las ocho dimensiones de SF36 (FF y SG: $p < 0,01$; VT: $p < 0,05$). En la población no indígena los dominios que mostraron asociación significativa con CVRS son FF: $p < 0,01$ y SG: $p < 0,05$, es decir, a mayor número de enfermedades diagnosticadas por persona peor era la percepción de su CVRS en los dominios mencionados (tablas 54 y 55).

Tiempo dedicado al trabajo. Se realizó un estudio de correlación bivariada y los resultados mostraron una asociación significativa positiva entre horas trabajadas y la percepción de la CVRS en la población mapuche solo en la dimensión VT: $p < 0,05$, en cambio en la población no indígena se encontró asociación significativa en cuatro de las ocho dimensiones (VT y RF: $p < 0,01$; FS: y RE: $p < 0,05$), es decir a mayor número de horas trabajadas mejoraba la percepción de la CVRS en dichos dominios (tablas 54 y 55).

Suceso importante acontecido en el último año que le haya afectado. Los resultados indicaron, para población mapuche, diferencias significativas en la percepción de la CVRS en las dimensiones SG y DC: $p < 0,05$; en la población no indígena existen

Capítulo 8. Resultados

diferencias significativas en cinco de las ocho dimensiones del SF-36 (SG, SM, FF y RE: $p < 0,01$; DC: $p < 0,05$) con una mejor percepción de su CVRS en quienes en el último año no habían tenido algún problema importante (tabla 60).

Tabla 60. Asociación entre suceso importante ocurrido en el último año y la CVRS según población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Suceso	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	No	54	52,5	22,5	3,058	57	59,9	18,4	2,437
	Si	53	43,7	21,7	2,987	56	46,3	23,0	3,079
VT	No	54	59,5	22,8	3,098	57	65,4	23,3	3,089
	Si	53	50,8	27,0	3,705	56	59,0	22,6	3,019
FS	No	54	76,6	25,8	3,513	57	71,3	26,6	3,526
	Si	53	70,0	28,7	3,946	56	62,1	27,9	3,728
SM	No	54	66,1	22,2	3,020	57	74,4	18,9	2,505
	Si	53	57,8	21,7	2,985	56	63,4	19,1	2,550
FF	No	54	62,5	27,8	3,784	57	72,6	26,3	3,489
	Si	53	57,3	32,9	4,523	56	56,7	31,9	4,263
RF	No	54	59,3	41,6	5,658	57	65,8	40,5	5,370
	Si	53	55,2	43,7	5,999	56	51,8	42,3	5,657
RE	No	54	67,3	46,0	6,261	57	70,8	42,8	5,663
	Si	53	62,3	48,1	6,601	56	46,4	47,0	6,281
DC	No	54	61,9	27,9	3,803	57	65,1	27,0	3,578
	Si	53	48,5	33,2	4,559	56	49,9	28,3	3,788

Cohabitación. Los resultados indicaron diferencias significativas en la percepción de la CVRS para la población mapuche en tres de las ocho dimensiones (RE: $p < 0,01$; FS y RF: $p < 0,05$) y en población no indígena en dos de las ocho dimensiones (FS: $p < 0,01$; RF $p < 0,05$) con una mejor percepción de la CVRS en quienes vivían con otras personas (tabla 61).

Tabla 61. Asociación entre cohabitación y la CVRS según población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Cohabitación	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Solo	13	44,6	22,343	6,197	15	50,1	28,112	7,258
	Acompañado	94	48,6	22,545	2,325	98	53,5	20,850	2,106
VT	Solo	13	53,0	23,143	6,419	15	57,3	21,865	5,646
	Acompañado	94	55,5	25,574	2,638	98	63,0	23,284	2,352
FS	Solo	13	55,7	28,236	7,831	15	52,5	28,426	7,340
	Acompañado	94	75,8	26,489	2,732	98	68,8	26,878	2,715
SM	Solo	13	58,1	23,867	6,620	15	66,9	22,550	5,822
	Acompañado	94	62,5	22,104	2,280	98	69,2	19,345	1,954
FF	Solo	13	55,0	32,596	9,041	15	61,6	27,689	7,149
	Acompañado	94	60,5	30,231	3,118	98	65,2	30,645	3,096
RF	Solo	13	34,6	47,367	13,137	15	33,3	36,187	9,344
	Acompañado	94	60,3	41,056	4,235	98	62,7	41,438	4,186
RE	Solo	13	30,7	48,038	13,323	15	51,1	50,185	12,958
	Acompañado	94	69,5	44,977	4,639	98	59,8	45,899	4,637
DC	Solo	13	48,2	29,679	8,232	15	47,8	27,203	7,024
	Acompañado	94	56,2	31,486	3,248	98	59,0	28,635	2,893

Frecuencia de contacto con los hijos. En población mapuche se encontró asociación significativa en dos de las ocho dimensiones (RF y RE: $p < 0,05$) y en población no indígena solo existe asociación en el dominio de DC ($p < 0,01$), es decir a mayor frecuencia de contacto con los hijos mejoraba la percepción de CVRS (tablas 54 y 55).

Frecuencia de contacto con amigos y/o parientes íntimos. Los resultados mostraron, para población mapuche, asociación significativa en dos de los ocho dominios de CVRS (SM y RE: $p < 0,05$), es decir a mayor frecuencia de contacto con amigos y/o parientes mejoraba la percepción de la CVRS. En adultos mayores no indígenas no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las ocho dimensiones de CVRS (tablas 54 y 55).

Saneamiento de la vivienda. Se encontraron diferencias significativas entre saneamiento de la vivienda y percepción de la CVRS, tanto en la población mapuche como la no indígena, en la dimensión RE (mapuche $p < 0,01$ y no indígena $p < 0,05$) con una mejor percepción de su CVRS en quienes consideraban que el saneamiento de su vivienda era aceptable (tabla 62).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 62. Asociación entre el saneamiento de la vivienda y la CVRS según población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Saneamiento vivienda	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Deficitario	80	46,6	21,1	2,359	18	54,4	18,9	4,448
	Aceptable	27	52,9	25,9	4,985	95	52,9	22,4	2,301
VT	Deficitario	80	55,3	24,6	2,755	18	65,3	19,4	4,582
	Aceptable	27	55,0	27,3	5,250	95	61,7	23,8	2,438
FS	Deficitario	80	73,4	27,3	3,052	18	63,2	31,4	7,390
	Aceptable	27	73,1	28,1	5,408	95	67,4	26,9	2,758
SM	Deficitario	80	61,2	23,1	2,582	18	64,0	16,6	3,907
	Aceptable	27	64,4	19,8	3,803	95	69,9	20,2	2,071
FF	Deficitario	80	57,3	30,6	3,426	18	68,6	31,1	7,341
	Aceptable	27	67,8	28,9	5,556	95	64,0	30,1	3,088
RF	Deficitario	80	55,9	42,9	4,795	18	61,1	45,6	10,737
	Aceptable	27	61,1	41,8	8,043	95	58,4	41,4	4,243
RE	Deficitario	80	57,9	48,8	5,459	18	35,2	47,8	11,264
	Aceptable	27	85,2	33,8	6,497	95	63,2	45,0	4,612
DC	Deficitario	80	52,1	31,5	3,517	18	48,8	24,4	5,741
	Aceptable	27	64,7	29,1	5,607	95	59,3	29,1	2,989

Hacinamiento de la vivienda. Los resultados indicaron diferencias significativas entre el saneamiento de la vivienda y la percepción de la CVRS solo en la población no indígena para dos de las ocho dimensiones (FF: $p < 0,01$ y DC: $p < 0,05$) con una mejor percepción de su CVRS en quienes consideraban que el hacinamiento de su vivienda era aceptable (tabla 63).

Tabla 63. Asociación entre el hacinamiento de la vivienda y la CVRS según población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Hacinamiento vivienda	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SG	Con	7	45,7	17,7	6,675	8	61,0	18,9	6,692
	Sin	100	48,4	22,8	2,281	105	52,5	22,0	2,147
VT	Con	7	50,0	19,8	7,480	8	68,8	10,3	3,629
	Sin	100	55,6	25,6	2,558	105	61,8	23,7	2,317
FS	Con	7	57,1	33,0	12,457	8	71,9	30,4	10,761
	Sin	100	74,5	26,8	2,676	105	66,3	27,4	2,675
SM	Con	7	73,1	14,9	5,638	8	67,5	16,8	5,925
	Sin	100	61,2	22,5	2,252	105	69,0	20,0	1,950
FF	Con	7	43,6	26,4	9,983	8	83,8	11,6	4,092
	Sin	100	61,1	30,5	3,047	105	63,3	30,7	2,995
RF	Con	7	64,3	40,5	15,292	8	56,3	43,8	15,490
	Sin	100	56,8	42,8	4,277	105	59,0	41,9	4,090
RE	Con	7	85,7	37,8	14,286	8	70,8	45,2	15,983
	Sin	100	63,3	47,3	4,726	105	57,8	46,5	4,540
DC	Sin	7	59,7	31,3	11,826	8	77,3	21,2	7,492
	Con	100	54,9	31,4	3,138	105	56,1	28,6	2,791

Capítulo 8. Resultados

Las variables *número de hijos y religión*, en ambos colectivos, no presentaron asociación significativa con la CVRS en ninguna de las ocho dimensiones. En la población mapuche, se agregan las variables de *hacinamiento de la vivienda* y en adultos mayores no indígenas los *años de escolarización, la participación en organizaciones sociales y el contacto con los amigos*.

8.2.5.2. Apoyo social y factores asociados

Se encontraron asociaciones significativas en la escala total (AST) y las dos dimensiones del apoyo social (ASA y ASC), para las variables: *la satisfacción con el dinero, convivencia en pareja, participación social, suceso importante ocurrido en el último año, cohabitantes en el hogar, frecuencia de contacto con hijos, frecuencia de contacto con amigos y/o familiares, reducción de tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas a causa de problema emocional, realización de menos actividades a causa de algún problema emocional y no realización de actividades diarias como de costumbre a causa de algún problema emocional*. En cambio la *edad* solamente presentó asociación estadísticamente significativa con la dimensión ASA. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social y las variables *años de escolarización, sexo, número de enfermedades por persona, trabajo, número de hijos, saneamiento de la vivienda, hacinamiento de la vivienda y religión* (tabla 64).

Tabla 64. Apoyo social y factores asociados

Variable	Prueba	AST	ASC	ASA
Edad	Corr. de Pearson	-,075	-,027	-,167*
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,269	,686	,013
Escolarización	Corr. de Pearson	,067	,051	,067
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,326	,454	,326
Sexo	Prueba t (sig.)	,432	,211	,385
Satisfacción con dinero	Prueba t (sig.)	,019*	,002**	,085*
Vive en Pareja	Prueba t (sig.)	,003**	,027*	,000**
Participación	Prueba t (sig.)	,000**	,000**	,000**
N° enfermedades	Corr. de Pearson	-,027	-,037	-0,08
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,692	,588	0,24
Trabajo	Corr. de Pearson	,017	,023	0,02
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,804	,739	0,768
Suceso importante	Prueba t (sig.)	,101*	,002**	,002**
Cohabitación	Prueba t (sig.)	,001**	,001**	,000**
N° de hijos vivos	Corr. de Pearson	,054	,023	0,056
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,425	,730	0,407
Contacto hijos	Rho de Spearman	,233**	,225**	,184**
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,001	,001	0,009
Contacto amigos	Rho de Spearman	,297**	,302**	,241**
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,000	,000	0,000
Por problema emocional redujo tiempo dedicado a trabajo o actividades diarias	Prueba t (sig.)	,002**	,001**	,000**
Por problema emocional hizo menos de lo que hubiera querido hacer	Prueba t (sig.)	,001**	,000**	,000**
Por problema emocional no hizo sus actividades diarias como de costumbre	Prueba t (sig.)	,005**	,002**	,000**
Saneamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,601	,232	,779
Hacinamiento vivienda	Prueba t (sig.)	,361	,284	,704
Religión	Prueba t (sig.)	,758	,496	,898

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significante al nivel 0,05 (bilateral).

A continuación, se analizan las variables que presentaron asociación significativa con el AST y sus dimensiones ASA y ASC:

Edad. Se encontró una asociación significativa negativa entre la edad y ASA, es decir a más años de edad peor era la percepción del apoyo social afectivo (tabla 64).

Satisfacción con dinero. Se encontraron diferencias significativas en la percepción de apoyo social, en las dimensiones (ASC: $p < 0,01$; ASA: $< 0,05$), es decir quienes se encontraban satisfechos con la cantidad de dinero ingresada al hogar presentaron puntuaciones de medias más altas que aquellos que estaban insatisfechos (tabla 64 y 65).

Tabla 65. Asociación entre satisfacción con dinero y apoyo social

Dimensión	Satisfacción dinero	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST*	Insatisfecho	103	41,4	10,3	1,013
	Satisfecho	117	44,6	10,2	0,940
ASC**	Insatisfecho	103	26,1	6,4	0,633
	Satisfecho	117	28,8	6,0	0,553
ASA*	Insatisfecho	103	16,1	4,1	0,402
	Satisfecho	117	17,0	3,7	0,345

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Pareja. Los resultados indicaron diferencias significativas en la percepción de apoyo social, en las dimensiones (ASA: $p < 0,01$; ASC: $p < 0,05$), es decir quienes se encontraban con pareja presentaban puntuaciones de medias más altas, en su percepción de apoyo social, que aquellos que estaban solos (tabla 64 y 66).

Tabla 66. Asociación entre la convivencia en pareja y el apoyo social

Dimensión	Vive en pareja	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST**	Solo	89	40,5	11,1	1,180
	Pareja	131	44,8	9,4	0,821
ASC*	Solo	89	26,4	6,7	0,710
	Pareja	131	28,3	6,0	0,521
ASA**	Solo	89	15,3	4,4	0,462
	Pareja	131	17,4	3,3	0,292

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Participación en organizaciones sociales. Se encontraron diferencias significativas en la percepción de apoyo social en las dimensiones (ASC y ASA: $p < 0,01$), es decir quienes participaban en alguna organización social presentaron puntuaciones de medias más altas, en la percepción de apoyo social, que aquellos que no participaban (tabla 64 y 67).

Tabla 67. Asociación entre la participación y el apoyo social

Dimensión	Participación	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST**	Participa	159	45,6	9,3	0,738
	No participa	61	23,7	6,5	0,831
ASC**	Participa	159	29,0	5,6	0,445
	No participa	61	14,3	4,2	0,532
ASA**	Participa	159	17,4	3,5	0,275
	No participa	159	45,6	9,3	0,738

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Suceso importante ocurrido en el último año. Los resultados indican diferencias significativas en la percepción de apoyo social en las dimensiones (ASC y ASA: $p < 0,01$), es decir quienes no habían tenido un suceso que haya afectado su vida en el último año tenían una mejor percepción de apoyo social (tabla 64 y 68).

Tabla 68. Asociación entre suceso importante ocurrido en el último año y el apoyo social

Dimensión	Suceso	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST*	No	111	44,2	9,3	0,884
	Si	109	41,9	11,2	1,072
ASC**	No	111	28,9	5,0	0,475
	Si	109	26,2	7,2	0,691
ASA**	No	111	17,4	3,1	0,296
	Si	109	15,7	4,5	0,426

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Cohabitación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de apoyo social, entre quienes vivían solos o acompañados en ambas dimensiones de la escala: ASC y ASA: $p < 0,01$. Las puntuaciones medias del apoyo social fueron más altas en aquellas personas que vivían acompañadas (tabla 64 y 69).

Tabla 69. Asociación entre la cohabitación y el apoyo social

Dimensión	Cohabitantes	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST**	Solo	28	36,9	11,3	2,127
	Acompañado	192	44,0	9,9	0,714
ASC**	Solo	28	23,9	7,2	1,367
	Acompañado	192	28,1	6,0	0,435
ASA**	Solo	28	13,8	4,3	0,808
	Acompañado	192	17,0	3,7	0,268

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Frecuencia de contacto con los hijos. Los resultados mostraron una asociación significativa positiva entre la frecuencia de contacto con los hijos y la percepción de apoyo social (ASC y ASA: $p < 0,01$), es decir a mayor contacto con los hijos mejoraba la percepción de apoyo social (tabla 64).

Frecuencia de contacto con amigos íntimos o parientes. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de contacto con los amigos y/o parientes íntimos y la percepción de apoyo social (ASC y ASA: $p < 0,01$), es decir a

Capítulo 8. Resultados

mayor contacto con los amigos y/o parientes íntimos mejoraba la percepción de apoyo social (tabla 64).

Problema emocional. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de apoyo social de quienes referían, a causa de un problema emocional, haber reducido el tiempo dedicado a sus actividades, haber realizado menos de lo que hubieran querido hacer o no haber hecho sus actividades tan cuidadosamente (ASC y ASA: $p < 0,01$), es decir, la percepción de apoyo social mejoraba en quienes sus actividades cotidianas o trabajo no se vieron afectadas por un problema emocional (tabla 64 y 70).

Tabla 70. Apoyo social y dificultades en el trabajo o actividades cotidianas a causa de un problema emocional

Dimensiones		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Reducir tiempo dedicado a sus actividades a causa de un problema emocional					
AST**	Si	87	40,4	10,8	1,156
	No	133	44,8	9,7	0,839
ASC**	Si	87	25,9	6,7	0,715
	No	133	28,6	5,9	0,509
ASA**	Si	87	15,3	4,5	0,485
	No	133	17,4	3,2	0,279
Realización de menos cosas a causa de un problema emocional					
AST**	Si	86	40,1	11,0	1,181
	No	134	45,0	9,4	0,816
ASC**	Si	86	25,7	6,8	0,729
	No	134	28,8	5,7	0,496
ASA**	Si	86	15,2	4,5	0,489
	No	134	17,4	3,2	0,276
No hizo sus actividades tan cuidadosamente a causa de un problema emocional					
AST**	Si	80	40,5	10,9	1,214
	No	140	44,6	9,8	0,824
ASC**	Si	80	25,9	6,6	0,742
	No	140	28,5	6,0	0,503
ASA**	Si	80	15,4	4,6	0,511
	No	140	17,3	3,3	0,280

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las variables años de escolarización, *el sexo*, *el número de enfermedades*, *el número de hijos*, *el trabajo*, *el saneamiento de la vivienda*, *el hacinamiento de la vivienda* y *la religión* no presentaron asociación significativa con el apoyo social (tabla 64).

Factores asociados al apoyo social en población mapuche y no indígena

En la población mapuche, de las diecinueve variables analizadas, trece de ellas presentaron asociación significativa con el apoyo social (*el sexo, la convivencia en pareja, la participación, el número de enfermedades, el acontecimiento de un suceso importante ocurrido en el último año, la cohabitación, el número de hijos, la frecuencia de contacto con los hijos, la frecuencia de contacto con los amigos, la reducción de tiempo dedicado a su trabajo o a actividades cotidianas a causa de algún problema emocional, realización de menos actividades a causa de algún problema emocional y la no realización de actividades diarias como de costumbre a causa de algún problema emocional y el saneamiento de la vivienda*). En la población no indígena se agregan a las anteriores, como variables estadísticamente significativas, *la edad y la satisfacción con el dinero* y se restan, como variables no estadísticamente significativas, *el número de hijos y el saneamiento de la vivienda* (tabla 71).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 71. Factores asociados al apoyo social por grupo

Variable	Indígena			No indígena			
	Prueba	AST	ASC	ASA	AST	ASC	ASA
Edad	Corr. de Pearson	-0,048	-0,040	-0,121	-0,098	-0,017	-,204*
	Sig. (bilateral)	0,622	0,681	0,213	0,304	0,859	0,030
Escolarización	Corr. de Pearson	0,025	0,014	0,026	0,112	0,084	0,102
	Sig. (bilateral)	0,801	0,889	0,793	0,237	0,378	0,281
Sexo	Prueba t (sig.)	0,082	0,042*	0,249	0,647	0,878	0,884
Satisfacción con dinero	Prueba t (sig.)	0,123	0,064	0,491	0,040*	0,007**	0,070
Vive en Pareja	Prueba t (sig.)	0,013*	0,043*	0,000**	0,096	0,254	0,021*
Participación	Prueba t (sig.)	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
N° enfermedades	Corr. de Pearson	0,290**	-0,289**	-0,268**	0,245**	0,228*	0,110
	Sig. (bilateral)	0,002	0,003	0,005	0,009	0,015	0,244
Trabajo	Corr. de Pearson	0,104	0,127	0,067	-0,046	-0,060	-0,015
	Sig. (bilateral)	0,286	0,191	0,493	0,627	0,531	0,877
Suceso importante	Prueba t (sig.)	0,074	0,009**	0,076	0,536	0,059	0,009**
Cohabitación	Prueba t (sig.)	0,005**	0,025*	0,000**	0,035*	0,018*	0,025*
N° de hijos vivos	Corr. de Pearson	0,194*	0,145	0,229*	-0,071	-0,088	-0,096
	Sig. (bilateral)	0,046	0,136	0,018	0,453	0,353	0,310
Contacto hijos	Rho de Spearman	0,208*	0,192	0,157	0,259**	0,262**	0,195*
	Sig. (bilateral)	0,040	0,060	0,124	0,009	0,008	0,049
Contacto amigos	Rho de Spearman	0,297**	0,313**	0,232*	0,316**	0,296**	0,241*
	Sig. (bilateral)	0,002	0,001	0,016	0,002	0,001	0,001
Redujo tiempo de trabajo o actividades diarias por problema emocional	Prueba t (sig.)	0,003**	0,001**	0,014*	0,140	0,242	0,005**
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por problema emocional	Prueba t (sig.)	0,017*	0,003**	0,047*	0,015*	0,037*	0,001**
No hizo sus actividades como de costumbre por problema emocional	Prueba t (sig.)	0,015*	0,003**	0,041*	0,123	0,162	0,011*
Saneamiento vivienda	Prueba t (sig.)	0,067	0,037*	0,323	0,813	0,765	0,923
Hacinamiento vivienda	Prueba t (sig.)	0,599	0,661	0,358	0,340	0,205	0,774
Religión	Prueba t (sig.)	0,670	0,537	0,612	0,808	0,973	0,693

(**) La prueba es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

(*) La prueba es significante al nivel 0,05 (bilateral).

A continuación se analizan, según el tipo de colectivo (indígena y no indígena), las variables que presentaron asociación significativa (tabla 71) con apoyo social en alguna de sus dimensiones, especificando más detalles en tablas posteriores:

Capítulo 8. Resultados

Edad. Se encontró en población no indígena una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la dimensión ASA, es decir a más años de edad peor percepción del apoyo social afectivo. En población mapuche las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (tabla 71).

Sexo. En la población mapuche se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la percepción de apoyo social para la dimensión ASC. En población no indígena las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. (tabla 71).

Satisfacción con dinero. Los resultados mostraron diferencias significativas en la percepción de apoyo social solamente en la población no indígena para la dimensión ASC: $p < 0,01$, es decir, quienes se encontraban satisfechos con la cantidad de dinero ingresada al hogar presentaron una mejor percepción de apoyo social que aquellos que estaban insatisfechos (tabla 71 y 72).

Tabla 72. Asociación entre la satisfacción con dinero y el apoyo social por grupo

Dimensión	Satisfacción dinero	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST	Insatisfecho	59	42,6	9,8	1,280	44	39,7	10,8	1,622
	Satisfecho	48	45,5	9,5	1,371	69	44,0	10,6	1,280
ASC	Insatisfecho	59	26,7	6,2	0,803	44	25,4	6,8	1,018
	Satisfecho	48	28,9	5,9	0,851	69	28,7	6,1	0,733
ASA	Insatisfecho	59	16,5	3,8	0,498	44	15,6	4,4	0,663
	Satisfecho	48	17,0	3,6	0,519	69	17,0	3,9	0,464

Convivencia en pareja. En la población mapuche se encontraron diferencias significativas en la percepción de apoyo social en las dimensiones ASC $p < 0,05$ y el ASA: $p < 0,0$. En población no indígena estas diferencias se encontraron solamente en el ASA; quienes se encontraban conviviendo en pareja presentaron puntuaciones medias más altas que aquellos que estaban solos (tabla 71 y 73).

Tabla 73. Asociación entre la convivencia en pareja y el apoyo social por grupo

Dimensión	Pareja	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST	Solo	33	40,4	10,8	1,873	56	40,6	11,4	1,530
	Pareja	74	45,4	8,9	1,035	57	44,0	10,0	1,327
ASC	Solo	33	25,9	6,7	1,174	56	26,7	6,7	0,898
	Pareja	74	28,5	5,7	0,662	57	28,1	6,3	0,840
ASA	Solo	33	14,8	4,3	0,748	56	15,6	4,4	0,588
	Pareja	74	17,5	3,1	0,362	57	17,4	3,6	0,482

Participación en organizaciones sociales. Esta es la variable más importante en ambos colectivos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de apoyo social, tanto en la población mapuche como en la población no indígena en las dimensiones (ASC y ASA: $p < 0,01$); quienes participaban, al menos, en una organización presentaron una mejor percepción de apoyo social que quienes no participaban (tabla 71 y 74).

Tabla 74. Asociación entre la participación y el apoyo social por grupo

Dimensión	Participación	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST	No participa	41	38,6	10,3	1,606	20	32,7	8,8	1,960
	Participa	66	47,2	7,8	0,960	93	44,4	10,1	1,050
ASC	No participa	41	24,5	6,8	1,058	20	22,0	5,6	1,263
	Participa	66	29,7	4,8	0,586	93	28,6	6,1	0,637
ASA	No participa	41	14,8	4,0	0,628	20	13,3	4,3	0,970
	Participa	66	17,8	3,0	0,371	93	17,2	3,7	0,388

Suceso importante ocurrido en el último año. Las diferencias encontradas fueron significativas en ASC ($p < 0,01$) para población indígena y en el ASA ($p < 0,01$) para población no indígena. Las medias muestran que quienes no tuvieron un suceso que afectará su vida en el último año tenían una mejor percepción de apoyo social (tabla 71 y 75).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 75. Asociación entre suceso importante ocurrido en el último año y el apoyo social por grupo

Dimensión	Suceso	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST	No	54	45,6	8,5	1,161	57	43,0	9,9	1,314
	Si	53	42,2	10,7	1,465	56	41,7	11,8	1,571
ASC	No	54	29,2	4,7	0,637	57	28,6	5,3	0,704
	Si	53	26,2	7,0	0,964	56	26,3	7,5	0,996
ASA	No	54	17,3	3,2	0,441	57	17,5	3,0	0,402
	Si	53	16,0	4,1	0,560	56	15,4	4,8	0,641

Cohabitación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tanto en la población mapuche (ASC: $p < 0,05$ y ASA: $p < 0,01$) como en la población no indígena (ASC y ASA: $p < 0,05$). Las puntuaciones medias del apoyo social eran más altas en aquellas personas que vivían acompañadas que en los que vivían solos (tabla 71 y 76).

Tabla 76. Asociación entre la cohabitación y el apoyo social según población mayor indígena y no indígena

Apoyo social	Cohabitantes	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST	Solo	13	36,9	11,5	3,195	15	36,9	11,4	2,949
	Acompañado	94	44,9	9,1	0,942	98	43,2	10,6	1,066
ASC	Solo	13	24,2	7,6	2,115	15	23,7	7,1	1,843
	Acompañado	94	28,2	5,8	0,594	98	28,0	6,3	0,636
ASA	Solo	13	13,3	4,3	1,184	15	14,3	4,4	1,132
	Acompañado	94	17,1	3,4	0,351	98	16,8	4,0	0,403

Frecuencia de contacto con hijos. Los resultados mostraron en la población mapuche una asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de contacto con los hijos y la percepción de apoyo social (AST: $p < 0,05$). Similares resultados se dieron también en la población no indígena (ASC: $p < 0,01$ y ASA: $p < 0,05$), es decir a mayor contacto con los hijos mejor fue la percepción de apoyo social (tabla 71).

Frecuencia de contacto con amigos íntimos o parientes. Los resultados mostraron, en la población mapuche, una asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de contacto con los amigos y/o parientes íntimos y la percepción del apoyo social (ASC: $p < 0,01$ y ASA: $p < 0,05$); similares resultados se dieron también en la población no indígena (ASC: $p < 0,01$, y ASA: $p < 0,05$), es decir a mayor contacto con los amigos y/o parientes íntimos mejoraba la percepción del apoyo social (tabla 71).

Problema emocional. Los resultados indican diferencias significativas en la percepción de apoyo social para las siguientes variables: haber reducido el tiempo dedicado al trabajo y/o actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (mapuche: ASC

Capítulo 8. Resultados

y ASA: $p < 0,01$; y no indígena: ASA: $p < 0,01$); haber realizado menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (mapuche: ASC: $p < 0,01$; ASA: $p < 0,05$ y no indígena: ASC: $p < 0,05$; ASA: $p < 0,01$) y no haber hecho sus actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (mapuche: ASC $p < 0,01$; ASA: $p < 0,05$ y no indígena ASA: $p < 0,05$), es decir la percepción de apoyo social era mejor en quienes sus actividades cotidianas o trabajo no se vieron afectadas por un problema emocional (tabla 71 y 77).

Tabla 77. El apoyo social y las dificultades en el trabajo o en actividades cotidianas a causa de algún problema emocional en población mayor indígena y no indígena

Dimensión		Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación n típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Reducir tiempo dedicado a sus actividades a causa de problema emocional									
AST	Si	39	40,3	9,5	1,527	48	40,6	11,8	1,703
	No	68	46,0	9,3	1,129	65	43,6	10,0	1,236
ASC	Si	39	25,1	5,9	0,947	48	26,6	7,2	1,040
	No	68	29,2	5,7	0,697	65	28,0	6,0	0,742
ASA	Si	39	15,4	4,2	0,667	48	15,1	4,8	0,697
	No	68	17,4	3,3	0,394	65	17,4	3,2	0,397
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de problema emocional									
AST	Si	37	40,8	9,9	1,620	49	39,5	11,8	1,684
	No	70	45,5	9,4	1,118	64	44,5	9,6	1,199
ASC	Si	37	25,4	6,2	1,021	49	26,0	7,2	1,028
	No	70	28,9	5,7	0,686	64	28,5	5,8	0,724
ASA	Si	37	15,7	4,1	0,682	49	14,9	4,8	0,688
	No	70	17,2	3,4	0,404	64	17,7	3,0	0,372
No hizo sus actividades tan cuidadosamente a causa de problema emocional									
AST	Si	37	40,8	9,8	1,617	43	40,3	11,8	1,796
	No	70	45,5	9,4	1,118	70	43,6	10,1	1,208
ASC	Si	37	25,3	6,2	1,020	43	26,3	7,0	1,071
	No	70	29,0	5,7	0,685	70	28,1	6,2	0,739
ASA	Si	37	15,7	4,1	0,680	43	15,1	4,9	0,754
	No	70	17,2	3,4	0,404	70	17,3	3,3	0,391

Saneamiento de la vivienda. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para población mapuche entre el saneamiento de la vivienda y el apoyo social (ASC: $p < 0,05$). Las puntuaciones medias del apoyo social eran más altas en aquellas personas que percibían como aceptable las condiciones de saneamiento de su vivienda (tabla 71 y 78).

Tabla 78. Asociación entre el saneamiento de la vivienda y el apoyo social en población mayor indígena y no indígena

Dimensión	Saneamiento vivienda	Indígena				No indígena			
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AST	Deficitario	80	42,9	10,1	1,126	18	41,8	11,6	2,737
	Aceptable	27	46,9	8,2	1,575	95	42,4	10,7	1,103
ASC	Deficitario	80	27,0	6,4	0,712	18	27,0	7,1	1,680
	Aceptable	27	29,8	4,8	0,928	95	27,5	6,5	0,663
ASA	Deficitario	80	16,5	3,8	0,426	18	16,6	3,8	0,905
	Aceptable	27	17,3	3,4	0,655	95	16,5	4,2	0,430

Las variables años de escolarización, sexo, tiempo dedicado al trabajo, hacinamiento de la vivienda y religión no presentaron asociación significativa con el apoyo social.

8.2.5.3. Interacción con el grupo (población mapuche y no indígena)

Se realizó análisis de la varianza tomando como variables dependientes para la CVRS las ocho dimensiones de la escala SF-36 y para el apoyo social la puntuación total de la escala Duke Unk y sus dos dimensiones afectivo y confidencial. Como variables independientes para la CVRS y el apoyo social se incorporaron *el sexo, la convivencia en pareja, la participación, la satisfacción con el dinero, algún suceso importante ocurrido en el último año que le haya afectado, la cohabitación, frecuencia de contacto con hijo, frecuencia de contacto con amigos y el grupo al que pertenece (mapuche o no indígena)*. En el análisis del apoyo social se agregan como factores: *reducir el tiempo dedicado a sus actividades, haber realizado menos de lo que hubiera querido hacer o no haber hecho sus actividades tan cuidadosamente a causa de un problema emocional*. Estas variables se añaden con el objeto de estudiar si alguno de esos factores interacciona con el colectivo (mapuche-no indígena) al que pertenece.

Los resultados de la prueba de los efectos inter-sujetos (anexo 7.2) mostraron que el colectivo al cual pertenecían las personas mayores sólo tuvo interacción con las variables *sexo y participación en organizaciones sociales*. La variable *sexo* interaccionó

Capítulo 8. Resultados

con la variable *colectivo* en la dimensión DC (sig. 0,002) y la variable *participación en organizaciones sociales* en la dimensión FF (sig. 0,042) (tabla 79, gráfico 31).

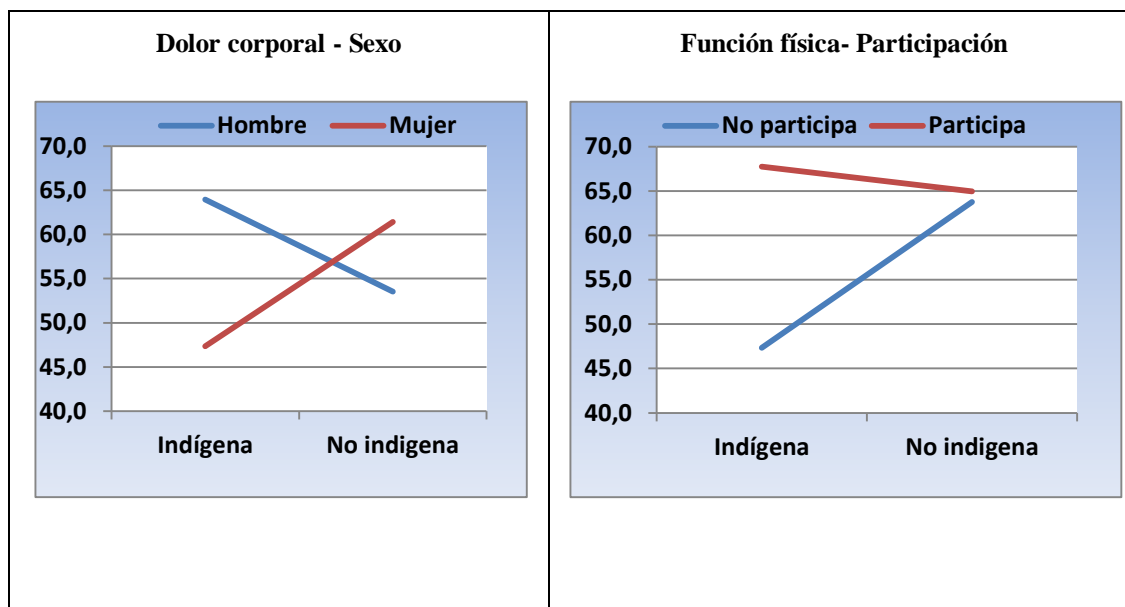
Tabla 79. Variables que interaccionan con la variable colectivo (mapuche, indígena) en las dimensiones de la CVRS y el apoyo social

Variable	Prueba	DC	FF
Sexo	Anova (sig.)	0,002 **	
Participación	Anova (sig.)		0,042*

La interacción con la variable *sexo* en el dominio DC mostró (tabla 56, gráfico 31) que en los indígenas, los hombres puntúan más altos (63,9) que las mujeres (47,3), mientras que en el grupo no indígena es a la inversa (hombres: 53,5 y mujeres: 61,4).

La interacción con la variable *participación en organizaciones sociales* en el dominio FF mostró (tabla 59, gráfico 31) una alta puntuación en ambos colectivos (indígena: 67,7; no indígena: 64,5). En cambio la no participación en el grupo indígena alcanzó una menor puntuación en dicho dominio (47,3), que en el grupo no indígena (63,8). En resumen, la no participación se asoció con una menor puntuación en la dimensión función física en el colectivo indígena, no así en el colectivo no Indígena.

Gráfico 31. Interacción de la variables colectivo con las variables sexo (en DC) y participación (en FF)



Capítulo 8. Resultados

En síntesis, respecto a los factores socio-demográficos, económicos y/o de salud que se relacionaban con la CVRS y el apoyo social, podemos hacer hincapié en los aspectos que creemos más relevantes.

- Las principales asociaciones de las dimensiones de la CVRS, según el SF-36, con las diferentes variables estudiadas fueron las siguientes:
 - Las variables que presentaban asociación significativa con una o más de las ocho dimensiones del SF36 fueron: la *edad* (mejor percepción de CVRS a menor edad), el *sexo* (mejor percepción de CVRS en los hombres), los *años de escolarización* (mejor percepción de CVRS a mayor cantidad de años escolarizados) la *satisfacción de cantidad de dinero ingresado al hogar* (mejor percepción de la CVRS en quienes se encontraban satisfechos con la cantidad de dinero que se ingresaba al hogar), la *pareja* (mejor percepción de la CVRS en quienes vivían en pareja) y con la *participación en organizaciones sociales* (mejor percepción en quienes participaban, al menos, en una organización).
 - Hubo variables, no formuladas en la hipótesis, que también presentaron asociación estadísticamente significativa con una o más de las ocho dimensiones del SF36: *el haber tenido durante el último año algún problema importante que le haya afectado* (mejor percepción en quienes en el último año no habían tenido algún problema importante), *el número de enfermedades por persona* (mejor percepción en aquellos que tenían un menor número de enfermedades), *número de horas trabajadas al día* (a mayor cantidad de horas trabajadas mejor percepción de CVRS), *cohabitación* (mejor percepción en quienes vivían acompañados), *frecuencia de contacto con los hijos* (mejor percepción de CVRS a mayor frecuencia de contacto con hijos), *frecuencia de contacto con amigos* (mejor percepción de calidad de vida a mayor frecuencia de contacto con amigos) y *saneamiento de la vivienda* (mejor percepción en quienes valoraban un saneamiento aceptable de la vivienda).
 - La CVRS no presentó asociación estadísticamente significativa para ambos colectivos (mapuche y no indígena) con las variables *religión* y *número de hijos*. Asimismo, en la población mapuche no se encontró asociación estadísticamente significativa con la variable *hacinamiento de la vivienda* y en la población no

Capítulo 8. Resultados

indígena tampoco se encontraron asociación estadísticamente significativa entre alguna dimensión de la CVRS y las siguientes variables: *participación en organizaciones sociales, número de hijos y frecuencia de contacto con amigos y/o parientes*.

- Las principales asociaciones de las dimensiones del apoyo social, según la escala Duke-Unk, con diferentes variables fueron las siguientes :
- Las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con el apoyo social fueron: la *edad* (a menor edad mejor percepción de apoyo social afectivo), la *pareja* (mejor percepción de apoyo social en aquellas personas que vivían en pareja), la *satisfacción con el dinero* (mejor percepción de apoyo social en quienes se encontraban satisfechos con la cantidad de dinero) y *participación en organizaciones sociales* (mejor percepción de apoyo en quienes participaban, a lo menos, en una organización). Ninguna dimensión del apoyo social presentó asociación estadísticamente significativa con los años de escolarización.
- Una o más dimensiones del apoyo social presentaron asociación estadísticamente significativa con otras variables que emergieron del análisis y no se incluyeron en las hipótesis: *suceso importante* (mejor percepción en aquellos que no habían tenido un suceso importante en el último año), la *cohabitación* (mejor percepción en aquellas personas que vivían acompañadas), la *frecuencia de contacto con hijos, con amigos o parientes* (mejor percepción en quienes tenían una mayor frecuencia de contactos), *problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional* (peor percepción de apoyo social en quienes referían haber reducido el tiempo dedicado a sus actividades, haber realizado menos de lo que hubiera querido hacer o no haber hecho sus actividades tan cuidadosamente a causa de un problema emocional).
- Ninguna dimensión del apoyo social presentó asociación estadísticamente significativa, para ambos grupos (mapuche y no indígena), con las variables: *años de escolarización, trabajo, hacinamiento de la vivienda ni religión*. Asimismo, en la población mapuche no se encontró asociación estadísticamente significativa con las

variables *edad ni con satisfacción con el dinero*; en la población no indígena, no se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables *número de hijos y saneamiento de la vivienda*.

- El análisis de interacción con el colectivo (mapuche y no indígena) mostró que interacciona con la variable *sexo* (DC), así como con la *participación en organizaciones sociales* (FF). En la población mayor mapuche, los hombres puntúan más alto en el dominio DC que las mujeres, mientras que en el grupo no indígena es a la inversa. Por otro lado, en los indígenas la *no participación en organizaciones sociales* se asocia con menor puntuación en la dimensión FF, mientras que en los no indígenas dicha asociación no se encontró. En ambos colectivos la *participación en organizaciones sociales* se asocia con puntuaciones mayores en dimensión FF.

8.2.6. Factores predictores de la CVRS y el apoyo social

En este epígrafe se analizan los posibles factores predictores de la CVRS y el apoyo social. Dichos factores estaban principalmente relacionados con aspectos socio-demográficos, tales como *la satisfacción con el ingreso, los años de escolarización, la convivencia en pareja, la participación en organizaciones sociales, la edad y el sexo*. Esta hipótesis surge de la revisión de estudios previos (por lo tanto, precede a la recogida de los datos), no obstante, después de observar los resultados de asociaciones descritos en el presente estudio (epígrafe 8.2.5) se creyó oportuno incorporar en el análisis de los factores predictores, de la CVRS y el apoyo social, los siguientes: *las enfermedades diagnosticadas, el trabajo, la ocurrencia de un suceso importante en el último año, el número de personas con las que se cohabita, el número de hijos, la frecuencia del contacto con los hijos, los amigos o los parientes, el saneamiento de la vivienda, el hacinamiento en la vivienda, la religión, la reducción de tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas a causa de un problema emocional, la realización de menos actividades a causa de algún problema emocional y la no realización de actividades diarias, como de costumbre, a causa de algún problema emocional*.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método paso a paso, con el objetivo de determinar qué variables tomadas conjuntamente contribuyen a predecir una peor o mejor valoración de la CVRS y del apoyo social.

Capítulo 8. Resultados

En un primer análisis se incorporaron sólo las variables de la hipótesis inicial, y posteriormente, en un segundo análisis se aumentaron a las variables que presentaron asociaciones significativas. Las variables incorporadas en el análisis son: dependientes (en la CVRS, se incluyeron las ocho dimensiones de la escala SF-36, y en el apoyo social se utilizaron sus dos dimensiones, afectivo y confidencial) e independientes (*la edad, los años de escolarización, el sexo, satisfacción con ingresos recibidos, la convivencia con la pareja, la participación en organizaciones sociales, las enfermedades diagnosticadas, el trabajo, la ocurrencia de un suceso importante en el último año, el número de personas con las que se cohabita, el número de hijos, la frecuencia del contacto con los hijos, los amigos o los parientes, el saneamiento de la vivienda, el hacinamiento en la vivienda, la religión, la reducción de tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas a causa de un problema emocional, la realización de menos actividades a causa de algún problema emocional, la no realización de actividades diarias, como de costumbre, a causa de algún problema emocional y la religión que profesa*). En el análisis de la CVRS se excluyeron las tres variables de problemas emocionales ya que formaban parte de la dimensión de salud mental de la escala SF-36, sin embargo sí se incluyen en el análisis del apoyo social.

8.2.6.1. CVRS y factores predictores

En un primer análisis de factores predictores de la CVRS, se realizó una regresión por dimensiones del cuestionario SF-36 para las seis variables independientes iniciales (*la edad, los años de escolarización, el sexo, la satisfacción con la cantidad de dinero ingresada en el hogar, la convivencia con la pareja y la participación en organizaciones sociales*). De acuerdo al coeficiente de correlación múltiple (R), las variables independientes incorporadas en el modelo predictivo presentaron una mayor asociación en forma directa con la dimensión RF y una menor asociación con la dimensión RE. De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , las variables introducidas explican en la dimensión RF el 16,6% de la varianza, en donde el modelo se ha completado en tres pasos y las variables fueron incorporadas en el siguiente orden: *convivencia con la pareja, la edad y la satisfacción con cantidad de dinero ingresado al hogar*. En la dimensión RE solo se incluyó la variable, *convivencia con la pareja* que explica el 3,1% de la varianza en la CVRS (tabla 80).

Capítulo 8. Resultados

Las variables independientes iniciales de nuestras hipótesis que predicen un mayor número de dimensiones de la CVRS del SF-36 fueron: la *edad* (SG, VT, FS, FF, RF y DC) y la *satisfacción con la cantidad de dinero ingresado en el hogar* (SG, VT, SM, FF y RF) (tabla 80)

Tabla 80. Resumen de modelo de regresión lineal de variables iniciales por dimensiones del SF-36

Estadísticos	Dimensiones							
	SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
R	0,346	0,359	0,335	0,343	0,393	0,408	0,177	0,217
R ²	0,120	0,129	0,112	0,118	0,154	0,166	0,031	0,047
VARIABLES	Coeficientes estandarizados beta							
Edad	,163*	,136*	-,177**		-,335**	-,224**		,163*
Años escolarización								
Sexo (1)	-,241**	-,295**		-,261**				
Satisfacción dinero	,190*	,157*		,224**	,164**	,143*		
Pareja			,286**			,313**	,177**	
Participación					,131*			,145*

(*) Significativo al nivel 0,05

(**) Significativo al nivel 0,01

(1) En la variable sexo se codificaron las dos alternativas como: hombre=0 y mujer=1

En un segundo análisis de factores predictores de la CVRS (tabla 81) se realizó una regresión por dimensiones de la escala SF-36 para las catorce variables independientes que mostraron asociación significativa en el análisis de correlación. De acuerdo al coeficiente de correlación múltiple (R), las variables independientes incorporadas en el modelo predictivo presentaron una mayor asociación (0,505) en forma directa con la dimensión FF y una menor asociación (0,327) con la dimensión DC. De acuerdo al coeficiente de determinación R², las variables introducidas explican en la dimensión FF el 25,5% de la varianza, en donde el modelo se ha completado en cuatro pasos y las variables fueron incorporadas en el siguiente orden, el *número de enfermedades diagnosticadas por persona, la participación en organizaciones sociales, la ocurrencia de un suceso importante en el último año y la edad*. En la dimensión DC, el modelo se completó en tres pasos y las variables incorporadas fueron en el siguiente orden, la *ocurrencia de un suceso importante en el último año, el saneamiento de la vivienda y la edad* que explican el 10,7% de la varianza en la CVRS (tabla 81).

Las variables independientes de nuestras hipótesis que predicen un mayor número de dimensiones de la CVRS del SF-36 fueron: la *edad* (SG, FS, FF, RF y DC),

Capítulo 8. Resultados

agregándose dos variables, como son el número de enfermedades (SG, FF, RF y RE) y la ocurrencia de suceso importante en el último año (SG, VT, FF y DC) (tabla 81)

Tabla 81. Resumen de modelo de regresión lineal de variables significativas por las dimensiones del SF-36

Estadísticos	Dimensiones							
	SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
R	0,428	0,368	0,361	0,424	0,505	0,433	0,375	0,327
R ²	0,184	0,135	0,131	0,180	0,255	0,188	0,141	0,107
Variabes	Coeficientes estandarizados beta							
Edad	-,169*		-,191**		-,132**	-,216**		-,155*
Años escolarización		,182**						
Sexo (1)		-,285**		-,224**				
Satisfacción dinero	,192**			,281**				
Pareja			,308**			,337**	,210**	
Participación					,204**			
Enfermedades	-,260**				-,304**	-,170*	-,143*	
Trabajo								
Suceso	-,230**	-,149*			-,157*			-,233**
Cohabitación								
Número de hijos							-,226**	
Contacto hijos								
Contacto amigos								
Saneamiento				,162*			,169*	,170*

(*) Significativo al nivel 0,05

(**) Significativo al nivel 0,01

(1) En la variable sexo se codificaron las dos alternativas como: hombre = 0 y mujer = 1

Si comparamos las tablas 80 y 81, observamos que la predicción, en el segundo análisis, mejora en todas las dimensiones del SF-36 y, especialmente, en las dimensiones RE, FF, SG, SM y DC y algo menos en RF, FS y VT.

Análisis de dimensiones del SF-36 para población mapuche y no indígena

El análisis en población mapuche y no indígena (tabla 82), de acuerdo al coeficiente de correlación múltiple (R), mostró que algunas variables independientes (incorporadas en el modelo predictivo presentaron una mayor asociación en la población mapuche (FF: 0,511; FS: 0,508; SG: 0,505 y SM: 0,458) que en la población no indígena (FF: 0,464; FS: 0,399; SG: 0,391 y SM: 0,272). De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , las variables introducidas explican en la dimensión FF el 26,1% de la varianza, en donde el modelo se ha completado en tres pasos y las variables fueron incorporadas en el siguiente orden: *el número de enfermedades, la edad y la participación en organizaciones sociales*. En cambio en población no indígena las variables introducidas explican en la dimensión RF el 26,9% de la varianza, en donde el modelo se ha completado en tres pasos y las variables fueron incorporadas en el siguiente orden, *la pareja, la edad y la satisfacción con el ingreso*.

Las variables independientes de nuestras hipótesis que predicen un mayor número de dimensiones de la CVRS del SF-36 en población mapuche fueron: *el sexo* (SG, VT, FS, SM y DC) y *saneamiento de la vivienda* (SG, RE y DC). En cambio en población no indígena fueron: *suceso importante ocurrido en el último año* (SG, SM, FF y DC) y *la convivencia en pareja* (FS, RF, RE y DC) (tabla 82).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 82. Resumen de modelo de regresión lineal por dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena

	Estadísticos	Dimensiones							
		SG	VT	FS	SM	FF	RF	RE	DC
INDIGENA- MAPUCHE-	R	0,505	0,357	0,508	0,458	0,511	0,303	0,421	0,320
	R²	0,255	0,128	0,258	0,210	0,261	0,092	0,177	0,102
	Variables	Coefficientes estandarizados beta							
	Edad					-,300**			
	Años escolarización								
	Sexo (1)	-,327**	-,357**	-,278**	-,371**				-,224*
	Satisfacción dinero	,235*			,280**				
	Pareja						,303**		
	Participación					,239*			
	Enfermedades	-,248*				-,344**			
	Trabajo								
	Suceso								
	Cohabitación			,299**				,222*	
	Número de hijos			-,203*				-,241*	
	Contacto hijos								
Contacto amigos									
Saneamiento	,198*						,277**	,229*	
NO INDÍGENA	R	0,391	0,402	0,399	0,272	0,464	0,519	0,473	0,426
	R²	0,153	0,162	0,159	0,074	0,216	0,269	0,224	0,181
	Edad		-,268**			-,312**	-,272**		
	Años escolarización								
	Sexo (1)		-,262**						,231*
	Satisfacción dinero						,214*	,203*	
	Pareja			,332**			,393**	,252**	,274**
	Participación			,223*					
	Enfermedades					-,281**			
	Trabajo								
	Suceso	-,339**			-,272**	-,204*			-,254*
	Cohabitación								
	Número de hijos	-,195*	-,203*					-,248*	
	Contacto hijos								
	Contacto amigos								
Saneamiento							,247**		

(*) Significativo al nivel 0,05

(**) Significativo al nivel 0,01

(1) En la variable sexo se codificaron las dos alternativas como: hombre = 0 y mujer = 1

8.2.6.2. Apoyo social y factores predictores

Al igual que con la CVRS se efectuó un primer análisis de regresión de factores predictores del apoyo social, tomando las seis variables independientes iniciales: *la edad, los años de escolarización, el sexo, la satisfacción con la cantidad de dinero ingresada en el hogar, la existencia de convivencia con la pareja y la participación en organizaciones sociales.*

Capítulo 8. Resultados

El modelo final para la dimensión de apoyo social afectivo (ASA), de acuerdo al valor de coeficiente de correlación múltiple (R), mostró que las variables incorporadas en el modelo se encuentran asociadas, con la variable dependiente ASA. De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , el modelo se ha completado en dos pasos y la primera variable en introducirse ha sido la *participación en organizaciones sociales* que explica por sí misma un 12,8% de la varianza total. La segunda variable en introducirse fue la *convivencia en pareja* que le suma una explicación de hasta el 19,6% (tabla 83).

Tabla 83. Modelo predictivo de regresión lineal de variables iniciales para ASA

Modelo	R	R^2	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,358(a)	,128	3,668	,128	32,085	1	218	,000
2	,443(b)	,196	3,530	,068	18,279	1	217	,000

- Variables predictoras: (Constante), Participa
- Variables predictoras: (Constante), Participa, Vive en pareja
- Variable dependiente: ASA

El modelo para la dimensión de apoyo social confidencial (ASC), de acuerdo al valor de coeficiente de correlación múltiple (R), mostró que las variables incorporadas en el modelo estaban asociadas con la variable dependiente ASC. De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , el modelo se ha completado en tres pasos y la primera variable en introducirse ha sido la *participación en organizaciones sociales* que explica por sí misma un 14,3% de la varianza total. La segunda variable en introducirse fue la *satisfacción con el dinero que ingresa al hogar* que le suma una explicación hasta el 16,3% y la tercera variable ha sido la *convivencia en pareja* que le suma una explicación de hasta el 18,6% (tabla 84).

Tabla 84. Modelo predictivo de regresión lineal de variables iniciales para ASC

Modelo	R	R^2	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R^2	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,378(a)	,143	5,870	,143	36,382	1	218	,000
2	,404(b)	,163	5,815	,020	5,193	1	217	,024
3	,432(c)	,186	5,746	,023	6,209	1	216	,013

- Variables predictoras: (Constante), Participa
- Variables predictoras: (Constante), Participa, Satisfacción dinero
- Variables predictoras: (Constante), Participa, Satisfacción dinero, Vive en pareja
- Variable dependiente: ASC

Capítulo 8. Resultados

Posteriormente, se realizó una regresión por dimensiones de la escala Duke-Unc para las variables independientes que mostraron asociación significativa en el análisis de correlación.

El modelo final para la dimensión del apoyo social afectivo (ASA), de acuerdo al valor de coeficiente de correlación múltiple (R), mostró que las variables incorporadas en el modelo estaban asociadas, con la variable dependiente ASA. De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , el modelo se ha completado en seis pasos y la primera variable en introducirse ha sido la *participación en organizaciones sociales* que explica por sí misma un 13,5% de la varianza total. La segunda variable en introducirse fue el *tipo de cohabitación* que le suma una explicación de hasta el 21,3%. La tercera variable fue *reducción del tiempo destinado al trabajo o actividades cotidianas a causa de un problema emocional* que le suma una explicación de hasta el 26,1%. La cuarta variable fue *frecuencia de contacto con amigos* que le suma una explicación de hasta el 31,1% y así, sucesivamente, se agregan las variables *la ocurrencia de un suceso importante en el último año* y *saneamiento de la vivienda* que suman una explicación de la varianza de hasta el 35,2% (tabla 85).

Tabla 85. Modelo predictivo de regresión lineal de variables significativas para ASA

Modelo	R	R^2	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R^2	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,368(a)	,135	3,687	,135	30,811	1	197	,000
2	,461(b)	,213	3,527	,077	19,275	1	196	,000
3	,511(c)	,261	3,427	,048	12,672	1	195	,000
4	,557(d)	,311	3,318	,050	14,015	1	194	,000
5	,579(e)	,336	3,265	,025	7,255	1	193	,008
6	,593(f)	,352	3,234	,016	4,769	1	192	,030

a. Variables predictoras: (Constante), Participa

b. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación

c. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, reducir tiempo por problema emocional (PE)

d. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, reducir tiempo por PE, Contacto amigo

e. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, reducir tiempo por PE, Contacto amigos, Suceso último año

f. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, reducir tiempo por PE, Contacto amigos, Suceso último año, saneamiento

g. Variable dependiente: ASA

Capítulo 8. Resultados

Para la dimensión del apoyo social confidencial (ASC), de acuerdo al valor de coeficiente de correlación múltiple (R), el modelo predictivo final mostró que las variables incorporadas en el modelo estaban asociadas con la variable dependiente ASA. De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , el modelo se ha completado en cuatro pasos y la primera variable en introducirse ha sido la *participación en organizaciones sociales* que explica por sí misma un 16,1% de la varianza total. La segunda variable en introducirse fue el *tipo de cohabitación* que le suma una explicación de hasta el 21,4%. La tercera variable fue la *frecuencia de contacto con amigos* que le suma una explicación de hasta el 26,2% y la cuarta variable fue la ocurrencia de un *suceso importante en el último año* que suma una explicación de la varianza de hasta el 29,5% (tabla 86).

Tabla 86. Modelo predictivo de regresión lineal de variables significativas para ASC

Modelo	R	R^2	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,401(a)	,161	5,845	,161	37,796	1	197	,000
2	,462(b)	,214	5,673	,053	13,149	1	196	,000
3	,512(c)	,262	5,511	,048	12,681	1	195	,000
4	,543(d)	,295	5,400	,033	9,090	1	194	,003

a. Variables predictoras: (Constante), Participa

b. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación

c. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, Contacto amigos

d. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, Contacto amigos, Suceso último año

Análisis de las dimensiones de apoyo social afectivo y confidencial del cuestionario Duke Unc para población mapuche y no indígena

El análisis de regresión de las dimensiones de ASA y ASC para la población mapuche y no indígena mostró que, de acuerdo al coeficiente de correlación múltiple (R), las variables independientes incorporadas en el modelo predictivo presentaron una asociación levemente mayor en población no indígena para las dimensiones ASA y ASC: (0,676 y 0,671) que en la población mapuche (0,633 y 0,620) (tabla 87).

La *participación en organizaciones sociales* fue la variable de mayor predicción del apoyo social, tanto en la población mapuche como en la no indígena, para las dimensiones ASA y ASC.

Capítulo 8. Resultados

Tabla 87. Resumen del modelo de regresión lineal de variables significativas por dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena

Estadísticos	Dimensiones			
	ASA		ASC	
	Mapuche	No indígena	Mapuche	No indígena
R	<i>0,633</i>	<i>0,676</i>	<i>0,620</i>	<i>0,671</i>
R²	<i>0,400</i>	<i>0,456</i>	<i>0,384</i>	<i>0,450</i>
Variables	Coefficientes estandarizados beta			
Edad				
Años escolarización				
Sexo				
Satisfacción ingresos				,237**
Pareja				
Participación	,401**	,401**	,429**	,422**
Enfermedades	-,203*		-,172*	
Trabajo				
Suceso		-,249**		-,206*
Cohabitación	,331**	,217**		,246**
Número de hijos			,220*	
Frecuencia contacto hijos	,237**			
Frecuencia contacto amigos	,202*	,294**	,244**	,293**
Saneamiento				
Hacinamiento				,175*
Reducir tiempo			-,271**	
Hizo menos de lo que quería		-,325**		
No hizo su trabajo como de costumbre				

(*) Significativo al nivel 0,05

(**) Significativo al nivel 0,01

De acuerdo al coeficiente de determinación R^2 para la predicción de ASA, tanto en la población mapuche como la no indígena, el modelo se ha completado en cinco pasos y la primera variable en introducirse ha sido la *participación en organizaciones sociales* que explica por sí misma un 16,0% y 16,1% de la varianza total en la población mapuche y la no indígena, respectivamente. En la población mapuche, la segunda variable en introducirse fue el tipo de *cohabitación* que le suma una explicación de hasta el 26,9%. La tercera variable fue *el contacto con los hijos* que le suma una explicación de hasta el 32,3% y así, sucesivamente, se agregan las variables el *número de enfermedades* y *el contacto con amigos* que suman una explicación de la varianza de hasta el 40,0%. En la población no indígena, la segunda variable en introducirse fue *hizo menos de lo que hubiera querido a causa de algún problema emocional* que le suma una explicación de hasta el 26,7%. La tercera variable fue *el contacto con amigos* que le suma una explicación de hasta el 35,3% y así, sucesivamente, se agregan las variables la ocurrencia de un *suceso importante en el último año* y *el tipo de cohabitación* que suman una explicación de la varianza de hasta el 45,6% (tabla 88).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 88. Modelo predictivo de ASA para variables significativas por las dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena

Modelo	R	R ²	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
Mapuche								
1	,401(a)	,160	3,368	,160	18,154	1	95	,000
2	,518(b)	,269	3,160	,108	13,893	1	94	,000
3	,568(c)	,323	3,057	,055	7,489	1	93	,007
4	,602(d)	,362	2,983	,039	5,632	1	92	,020
5	,633(e)	,400	2,908	,038	5,793	1	91	,018
No Indígena								
1	,401(a)	,161	3,896	,161	19,187	1	100	,000
2	,516(f)	,267	3,661	,106	14,262	1	99	,000
3	,594(g)	,353	3,457	,086	13,037	1	98	,000
4	,640(h)	,410	3,317	,057	9,422	1	97	,003
5	,676(i)	,456	3,201	,046	8,186	1	96	,005

a. Variables predictoras: (Constante), Participa

b. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación

c. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, contacto hijos

d. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, contacto hijos, Diagnostico enfermedades

e. Variables predictoras: (Constante), Participa, Cohabitación, contacto hijos, Diagnostico enfermedades, Contacto amigos

f. Variables predictoras: (Constante), Participa, Hizo menos por problema emocional (PE)

g. Variables predictoras: (Constante), Participa, Hizo menos por PE, Contacto amigos

h. Variables predictoras: (Constante), Participa, Hizo menos por PE, Contacto amigos, Suceso último año

i. Variables predictoras: (Constante), Participa, Hizo menos por PE, Contacto amigos, Suceso último año, Cohabitación

j. Variable dependiente: ASA

Al igual que para el modelo predictivo de ASA, el de ASC se ha completado en cinco pasos y tanto en población mapuche como no indígena la primera variable en introducirse ha sido la *participación en organizaciones sociales* que explica por sí misma un 18,4% y 17,1% de la varianza total en la población mapuche y la no indígena respectivamente. En la población mapuche, la segunda variable en introducirse fue *reducción del tiempo dedicado a actividades cotidianas o trabajo a causa de algún problema emocional* que le suma una explicación de hasta el 25,6%. La tercera variable fue *el número de hijos vivos* que le suma una explicación de hasta el 30,1% y así, sucesivamente, se agregan las variables *contacto con amigos* y *número de enfermedades* que suman una explicación de la varianza de hasta el 38,4%. En la población no indígena, la segunda variable en introducirse fue el *contacto con amigos* que le suma una explicación de hasta el 26,4%. La tercera variable fue *el tipo de cohabitación* que le suma una explicación de hasta el 32,4% y así, sucesivamente, se agregan las variables *la satisfacción con el dinero que se ingresa en el hogar* y *la ocurrencia de un suceso importante en el último año* que suman una explicación de la varianza de hasta el 42,1% (tabla 89).

Capítulo 8. Resultados

Tabla 89. Modelo predictivo de ASC para variables significativas por las dimensiones del SF-36 en la población mayor indígena y no indígena

Modelo	R	R ²	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
Mapuche								
1	,429(a)	,184	5,564	,184	21,466	1	95	,000
2	,506(b)	,256	5,340	,072	9,121	1	94	,003
3	,549(c)	,301	5,206	,045	5,923	1	93	,017
4	,597(d)	,356	5,025	,055	7,834	1	92	,006
5	,620(e)	,384	4,939	,029	4,229	1	91	,043
No Indígena								
1	,422(a)	,178	6,023	,178	21,702	1	100	,000
2	,514(f)	,264	5,728	,086	11,558	1	99	,001
3	,569(g)	,324	5,518	,060	8,679	1	98	,004
4	,616(h)	,380	5,313	,056	8,704	1	97	,004
5	,649(i)	,421	5,160	,041	6,841	1	96	,010

a. Variables predictoras: (Constante), Participa

b. Variables predictoras: (Constante), Participa, reducir tiempo por problema emocional (PE)

c. Variables predictoras: (Constante), Participa, reducir tiempo por PE, N° hijos vivos

d. Variables predictoras: (Constante), Participa, reducir tiempo por PE, N° hijos vivos, Contacto amigos

e. Variables predictoras: (Constante), Participa, reducir tiempo por PE, N° hijos vivos, Contacto amigos, N° enfermedades

f. Variables predictoras: (Constante), Participa, Contacto amigos

g. Variables predictoras: (Constante), Participa, Contacto amigos, Cohabitación

h. Variables predictoras: (Constante), Participa, Contacto amigos, Cohabitación, Satisfacción dinero

i. Variables predictoras: (Constante), Participa, Contacto amigos, Cohabitación, Satisfacción dinero, Suceso último año

En síntesis, con respecto a los factores socio-demográficos, económicos y/o de salud que predicen la CVRS y el apoyo social podemos señalar lo siguiente:

- Las variables independientes iniciales de nuestras hipótesis que predicen un mayor número de dimensiones de la CVRS del SF-36 fueron: la *edad* (SG, VT, FS, FF, RF y DC) y la *satisfacción con la cantidad de dinero ingresado en el hogar* (SG, VT, SM, FF y RF). Al agregar al análisis todas aquellas variables que resultaron significativas en el estudio de correlaciones, se mantiene que una de las variables que más predicen la CVRS es la *edad* (SG, FS, FF, RF y DC), agregándose dos variables, como son el *número de enfermedades* (SG, FF, RF y RE) y la *ocurrencia de suceso importante en el último año* (SG, VT, FF y DC). La comparación de ambos resultados mostró que la predicción de la CVRS, con el segundo análisis, mejora en todas las dimensiones del SF36, especialmente en RE, FF, SG, SM y DC y algo menos en RF, FS y VT.
- En la población mapuche las variables que predicen un mayor número de dimensiones de la CVRS fueron: el *sexo* (SG, VT, FS, SM y DC) y el *saneamiento de la vivienda* (SG, RE y DC). Asimismo, en la población no indígena fueron: la

Capítulo 8. Resultados

ocurrencia de un suceso importante en el último año (SG, SM, FF y DC) y la *convivencia en pareja* (FS, RF, RE y DC).

- Las variables independientes iniciales de nuestras hipótesis que más predicen el apoyo social, por dimensiones, son para apoyo social afectivo (ASA): la *participación en organizaciones sociales* y la *convivencia en pareja* sumando ambas una explicación de hasta el 19,6%; la *participación en organizaciones sociales* explicaba por sí misma un 14,3% de la varianza total. Para el apoyo social confidencial (ASC), se repite la *participación en organizaciones sociales* seguida de *la satisfacción con el dinero que ingresa al hogar* y *convivencia en pareja*, alcanzando el modelo una explicación de hasta el 18,6%. Al agregar al análisis todas aquellas variables que resultaron significativas en el estudio de correlaciones, se mantiene como una de las variables que más predicen el apoyo social afectivo (ASA), la *participación en organizaciones sociales*, agregándose el tipo de *cohabitación*, *la reducción del tiempo por algún problema emocional*, *la frecuencia de contacto con amigos*, *la ocurrencia de un suceso importante en el último año* y *el saneamiento de la vivienda*, alcanzando el modelo una explicación del 35,2%. Para el apoyo social confidencial (ASC), se mantiene *la participación en organizaciones sociales*, el tipo de *cohabitación*, *la frecuencia de contacto con amigos* y *la ocurrencia de un suceso importante en el último año*, que suman una explicación de la varianza de hasta el 29,5%. La comparación de ambos resultados mostró que la predicción del apoyo social, con el segundo análisis, mejoraba en ambas dimensiones del cuestionario Duke Unc-11, de 19,6% a 35,2% en ASA y de 18,6% a 29,5% en ASC.
- La variable *participación en organizaciones sociales* fue la de mayor predicción del apoyo social, tanto en la población mapuche como en la no indígena, para ambas dimensiones (ASA y ASC). En el apoyo social afectivo (ASA) para la población mapuche, la segunda variable en introducirse fue *el tipo de cohabitación*, sucesivamente se agregaron *el contacto con los hijos*, *el número de enfermedades* y *la frecuencia del contacto con amigos* que suman una explicación de la varianza de hasta el 40,0%. En la población no indígena, la segunda variable en introducirse fue *hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de un problema emocional*,

Capítulo 8. Resultados

sucesivamente se agregaron *frecuencia de contacto con amigos, ocurrencia de un suceso importante en el último año y tipo de cohabitación*, que suman una explicación de la varianza de hasta el 45,6%. En la dimensión apoyo social confidencial (ASC) para la población mapuche, la segunda variable en introducirse fue *reducción del tiempo dedicado a actividades cotidianas o trabajo a causa de algún problema emocional*, se agregaron sucesivamente *el número de hijos vivos, el contacto con amigos y el número de enfermedades* que suman una explicación de la varianza de hasta el 38,4%. En la población no indígena, la segunda variable en introducirse fue *la frecuencia de contacto con amigos seguida del tipo de cohabitación, satisfacción con dinero que ingresa al hogar y la ocurrencia de un suceso importante en el último año*, que suman una explicación de la varianza de hasta el 42,1%.

8.2.7. Síntesis

Los factores sociodemográficos y económicos estudiados se encontraron asociados y/o predicen la CVRS y el apoyo social. En la CVRS, el análisis bivariado mostró correlaciones significativas en una o más de las dimensiones del cuestionario SF-36 para 14 de las 16 variables estudiadas: *la edad, un suceso importante acontecido en el último año, el sexo, la convivencia en pareja, la satisfacción con el dinero que se ingresa en el hogar, la participación en organización social, número de enfermedades, tipo de cohabitación, el saneamiento de la vivienda, la existencia de trabajo remunerado, los años de escolarización, la frecuencia del contacto con los amigos, la frecuencia del contacto con los hijos y el número de hijos*. La variable *edad* presentó una asociación negativa con la CVRS, es decir a mayor edad peor percepción de la CVRS y en la variable *sexo*, los hombres presentaron una mejor percepción de CVRS. En la población indígena, las variables que predicen más dimensiones de la CVRS son *el sexo y el saneamiento de la vivienda*, así como en la población no indígena fueron *suceso importante ocurrido en el último año y la convivencia en pareja*.

Respecto al apoyo social, la mayor predicción en la dimensión de ASA está dada por la *participación en organizaciones sociales y la convivencia en pareja*; en la dimensión ASC se agrega la *satisfacción con el dinero ingresado en el hogar*.

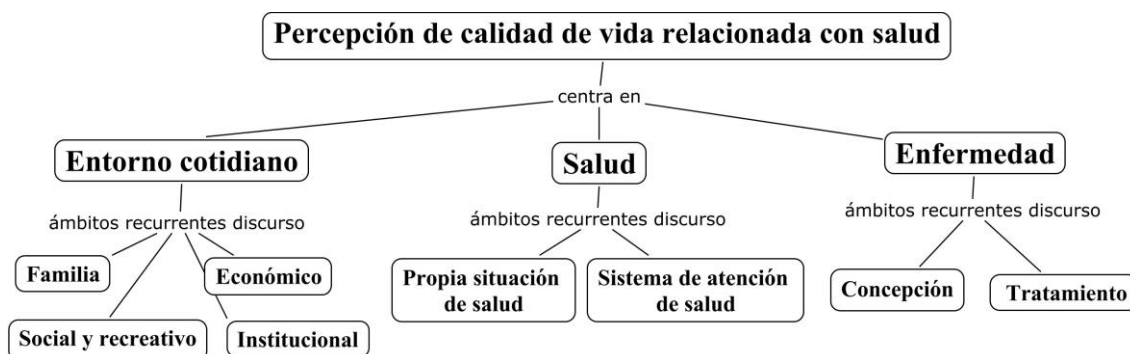
Finalmente, los resultados mostraron que los adultos mayores mapuche tenían en general una peor percepción de su CVRS, lo cual se confirma en las dimensiones de VT y SM. Respecto a la percepción de apoyo social, los hallazgos del estudio no mostraron significación estadística en las diferencias entre ambos grupos.

8.3. Aproximación Cualitativa

8.3.1. CVRS en el discurso de las personas mayores

El significado que le atribuyeron los mayores a la CVRS, según los discursos recopilados en los grupos de discusión, se analizó bajo el paraguas de los siguientes ámbitos: entorno cotidiano, salud y enfermedad; estos tres ámbitos fueron recurrentes en el discurso de los interlocutores, y la literatura los señala como componentes de la CVRS (figura 13).

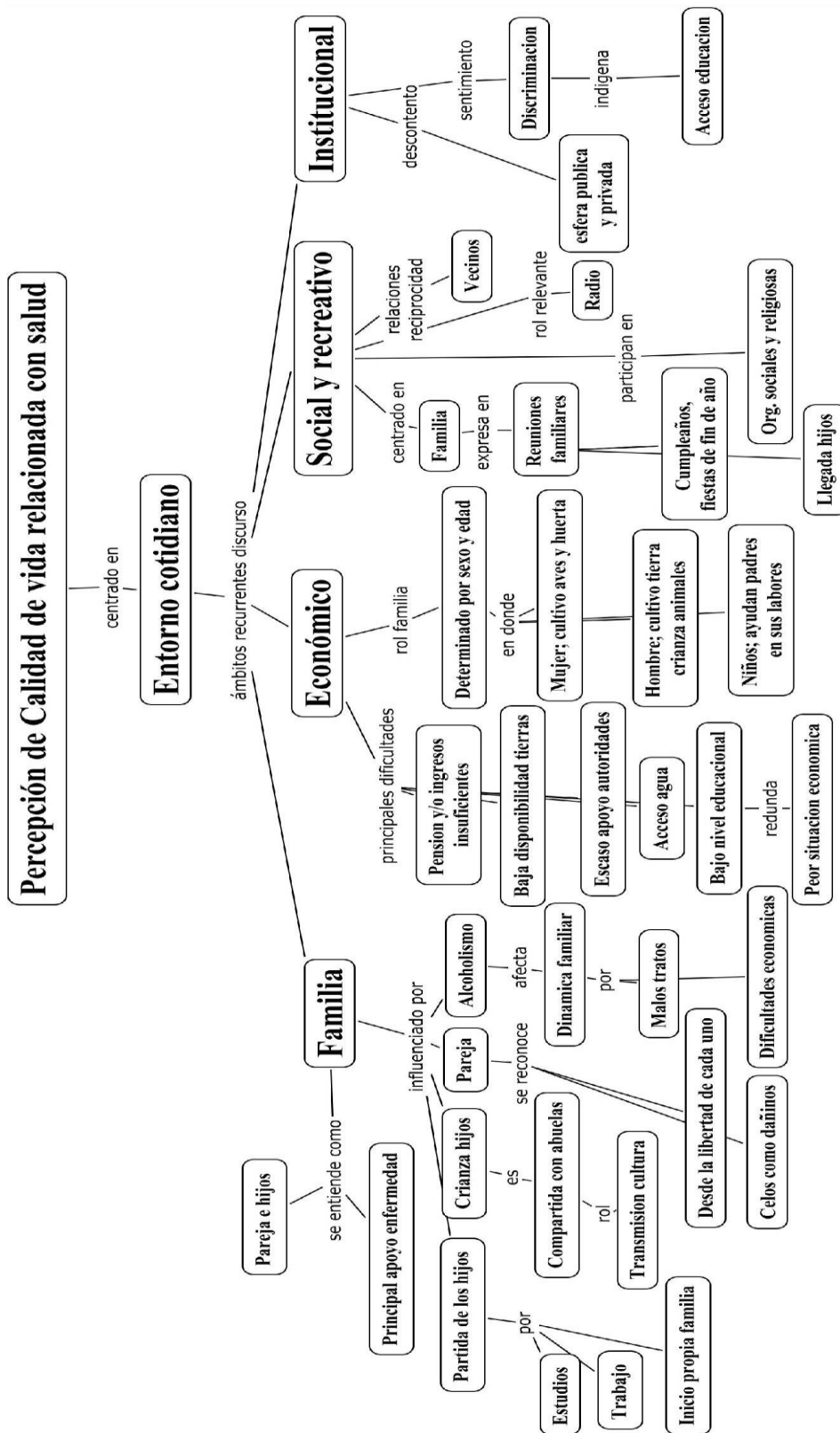
Figura 13. Percepción de calidad de vida relacionada con salud ámbitos recurrentes en el discurso



8.3.1.1. El entorno cotidiano en el discurso

Como una forma de acercarnos a la percepción de la CVRS, que tenían las personas mayores, se incorporó su visión del entorno cotidiano en el cual habitaban, el cual fue recurrente en el discurso, entendiendo como entorno cotidiano las situaciones del día a día que fueron relevantes para ellos. Con este propósito, se analizó el entorno cotidiano en base a cuatro aspectos; familiares, económicos, socio-recreativos e institucionales, los cuales fueron tratados por separado pero que, en el discurso, se encontraron entremezclados (figura 14).

Figura 14. Mapa conceptual entorno cotidiano en la percepción de la CVRS



▪ **Aspectos familiares**

De acuerdo a lo señalado en el marco teórico y la información recolectada en los discursos, mantener un vínculo con la familia es una de las condiciones que parecen determinar la percepción de calidad de vida en la vejez (Fernández 1998). Asimismo, la calidad de las relaciones familiares como la no presencia de relaciones insatisfactorias, tienen un efecto en el nivel de bienestar de las personas mayores (Herrera y Kornfeld 2008). La relevancia de la familia, en la calidad de vida de las personas, radica en que es fuente de bienestar, satisfacción, seguridad y apoyo, tanto material como emocional. En general, esto fue relacionado con el rol que ocupa la familia como la “institución” suministradora de protección social más importante de Chile; en sociedades altamente mercantilizadas, como la chilena, donde el Estado tiene un rol subsidiario en cuanto a la cohesión social, la familia constituye la institución que brinda el mayor bienestar y protección social a las personas. En los discursos de ambos colectivos, la familia fue identificada con la pareja y los hijos, constituyéndose en el espacio desde donde se contemplaron los temas relevantes que atañen a cada uno de sus miembros.

*“(...) los problemas que tenemos los vemos en la familia, con la señora y los hijos.”
(GD2, 13)*

El modo en que se compone el hogar también distingue a las personas en su cotidianeidad. En general, tanto en la población indígena como la no indígena, la familia estuvo compuesta mayoritariamente por familias nucleares. Ambos colectivos tuvieron una percepción positiva de la relación con sus hijos, particularmente el grupo indígena destacó en los jóvenes valores como el respeto, el amor y la preocupación por las personas mayores, los cuales en ocasiones eran expresados en forma de regalos materiales.

“La gente del campo de la raza de nosotros yo encuentro que son hartos buenos, por lo menos son respetuosos con los padres, son cariñosos, nos visitan, nos traen regalos, nos traen cosas, porque mis hijos llegan cargaditos cuando llegan, yo les digo pa’ qué traen, ustedes también necesitan, cariño que nos traen.” (GD2, 15)

Fueron recurrentes en ambos colectivos los fragmentos del discurso que hicieron referencia a la partida de los hijos, los cuales se vieron obligados a salir del hogar ya sea

Capítulo 8. Resultados

porque tenían que continuar sus estudios en la ciudad o por búsqueda de mejores condiciones laborales. Esta situación fue vivida por los padres como “algo propio del curso de la vida” en donde los hijos tuvieron que seguir su camino, así como ellos también lo hicieron en su momento. La salida de los hijos del hogar provocó sentimientos de tristeza en las personas mayores que, por un lado, percibieron un vacío y, por el otro, constataron el abandono de los campos.

“cuando se van quedamos tristes, qué le vamos a hacer, si todos nos hemos ido, yo también me fui dejé a toda mi familia, me fui con él viejo, y así y ellos hacen lo mismo po, qué le vamos a hacer, así es la vida, tienen que independizarse la gente.” (GD2, 15)

En el discurso de ambos colectivos se reconoció que los tiempos habían cambiado, que el campo ya no ofrecía oportunidades para los jóvenes; se señaló además que, en esta sociedad, para tener éxito se requiere de estudios. Sin embargo, la dedicación de los hijos a labores académicas generó ciertas disyuntivas discursivas, debido a que, por un lado, se necesitaba que los hijos continuaran, como ellos, trabajando el campo y, por el otro, se anhelaba que pudieran educarse, ser profesionales y tener mejores oportunidades de las que ellos tuvieron. Esta situación generó algunas dinámicas de conflicto familiar y aunque esto fue superado y la relación con los hijos era buena, quedó la tristeza para las personas mayores de ver los campos abandonados, ellos sin posibilidades y medios para poder seguir trabajándolos, y sus hijos sin proyecciones de retornar para hacerse cargo de la producción de las tierras.

“No hay vida pa los jóvenes en el campo, ahora no es como antes, ahora sin estudios no se puede salir adelante (...) da pena porque los campos van quedando botaos, yo tengo a mis hijos lejos y siempre nos hemos llevado bien, claro que cuando se fueron me enoje, yo quería que trabajaran el campo, pero ahora ellos están bien y nos vienen a ver.” (GD3, 19)

En los hogares rurales era común que la crianza de los niños fuera compartida con los miembros de la familia, en particular con las abuelas, que se encargaban de esta labor cuando las madres migraban en busca de trabajo a la ciudad. Fueron entonces las abuelas y los abuelos quienes contribuyeron no sólo al cuidado de los niños, sino también a transmitirles las pautas culturales de la sociedad mapuche, conforme se muestra en este fragmento discursivo de un grupo indígena.

Capítulo 8. Resultados

“Y los hijos se los críe solo, mis nietos los críe, son hartos los críe como más que mis hijos y ahora son hombres y trabajan en la construcción, también llegan cargaditos con cosas, acá nosotros lo recibimos, pero ahora vamos a quedar los dos con la señora.”
(GD2, 16)

Asimismo, en ambos colectivos se dieron situaciones en donde los hijos de estas personas mayores, al no tener las condiciones económicas para independizarse, una vez casados continuaron viviendo con los padres, a la espera de poder contar con las posibilidades de tener un hogar propio. Cuando los hijos y los nietos se iban del hogar paterno ello provocaba en las personas mayores satisfacción por la nueva vida que emprendían, así como también, cambios en la dinámica familiar que eran percibidos como un “volver a la soledad”, con la añoranza por los nietos, quienes eran compañía en su cotidianeidad.

“Yo igual po, allá en la casa mía tengo a mi hija ahí tiene un subsidio⁶⁰ ahora que se lo van a entregar esta semana parece que se lo entregan, se va a comprar una casa y ahí voy a quedar solo otra vez, estoy acostumbrado con él (...) van a tener una nueva vida.” (GD2, 16)

Eran recurrentes, en el discurso de ambos colectivos, las referencias a “tiempos pasados mejores”, en donde los cambios a nivel familiar y social provocaban cierto “desorden”, en el cual los roles de cada uno estaban difuminados y las atribuciones que correspondían a cada uno se habían ido reconfigurando. La época pasada fue caracterizada por un mayor respeto de los hijos hacia los padres, lo cual reflejaba lo que a ellos les tocó vivir como padres, sin embargo existía la percepción de que esta autoridad y poder se perdió en la relación que tienen sus hijos con sus nietos. En este sentido, se vislumbra la existencia de un discurso que cuestiona la crianza de los niños y jóvenes en la actualidad.

“si nos vamos un poquito más atrás antes no era tampoco así la cosa po, los chiquillos, eran más respetuosos (...) de 18 de 25 años uno ya podía mandarse un poco y ahora no

⁶⁰ Subsidio habitacional, se entrega desde el año 1978, financiado con ayuda directa del Estado, crédito hipotecario y ahorro previo. Se otorga por una sola vez al beneficiario y a su núcleo familiar para la adquisición de una vivienda para él y su núcleo familiar.

Capítulo 8. Resultados

son como era antes, de 6, 7 años uno ya no lo puede mandar, me mando solo y antes había respeto (...) Ahora si los controla a los hijos lo amenaza, me pega yo llamo a los pacos⁶¹ te mando preso y lo mandan preso (risas).” (GD1, 10)

Respecto a la relación de pareja, no se validó la afirmación “tiempos pasados son mejores”, sino más bien, especialmente en el discurso del grupo indígena, los tiempos actuales fueron valorados como positivos, reconociendo a la pareja desde la libertad de cada uno, y no desde la sumisión de la mujer al hombre como era la costumbre; en este cambio, fue visualizado, como un factor relevante, el nuevo rol asumido por la mujer, con una postura de firmeza, en la relación. Además, en el grupo indígena apareció un elemento importante para la dinámica familiar, “los celos en la pareja”, categorizado por los interlocutores como “dañinos” para dicha relación y, por ende, para la dinámica familiar. Asimismo, se justificó que el hombre que tiene pareja mire a otras mujeres, reconociendo ello como normal, particularmente en el periodo de embarazo de la mujer; esto podría atribuirse a patrones culturales de la sociedad chilena, donde lo que se reconoce como normal para el hombre no lo es para las mujeres e introduce contradicciones que serán comentadas en profundidad en la discusión.

“Hoy día ya las mujeres nos ponemos más firmes (risas). Imagínate que mi viejo no es mi esclavo, yo tampoco soy esclava de él, somos libres los dos (...) Antes sí po, por eso digo yo que antes fue tan terrible (...) yo soy gente nueva, las antiguas sí que sufrieron ellas sí que sufrieron.” (GD2, 14, 15)

“cuando está la señora embarazada miran pal lado (...) pero eso es normal que miren pal lado el hombre (risas) (...) por ahí no les gusta mucho que mire pal lado. Pero a quién no se le va a ir la vista si ven una niña linda, (...) si la vista es pa’ mirar ¿no es cierto? (...) eso de mirar no es tanto, pero el celo es peor, el celo que es muy dañino.” (GD2, 14, 15)

Asimismo, tampoco se validó para la crianza de los hijos la afirmación “tiempos pasados son mejores”. En el colectivo no indígena los tiempos actuales fueron valorados como positivos en comparación con las condiciones que antes existían para poder criar a

⁶¹ Carabineros, policía chilena.

Capítulo 8. Resultados

sus hijos, ello quedó ejemplificado con la leche, que en la actualidad es entregada gratuitamente desde los centros de salud primarios.

“(...) antes las cosas eran peores, yo cuando críe a mis hijos (...) no daban leche en esos tiempos, (...) había que comprarla, yo les daba agüita de harina, once hijos críe yo.” (GD3, 20)

El alcoholismo fue mencionado en ambos colectivos como un problema que ocasionó conflictos en la dinámica familiar de las personas mayores y que fue vivido con impotencia y frustración en la mujer. El problema del alcohol normalmente iba acompañado de malos tratos y dificultades económicas (en muchas ocasiones el marido dejó de trabajar y la mujer se acabó convirtiendo en la cuidadora de su pareja y soporte económico del hogar). Todo ello traía conflictos en la dinámica familiar, incluyendo a los hijos que se encontraban lejos, aunque estos se transformaron frecuentemente en el soporte económico de la madre.

“Él (pareja) era un niño bien hablado, bien educado, no puede decir uno que no fue trabajador, y ahora no quiere trabajar nada, está ahí, (...) como borrándose. El otro día yo fui a los Ángeles y me encargó que le trajera vino y yo no le quise traer, viera como se enojó, si ya ni pa eso sale, por eso que mis hijos me dicen que lo deje, que no siga sufriendo.” (GD3, 17)

“Es que ahora la diversión del mundo, que se goza el hombre, se malgasta la plata y hay personas que llegan a su casa ebrios, maltratan a la pobre mujer que no tiene nada de culpa.” (GD2, 14)

Otro aspecto, relacionado con la dinámica familiar, fue la expresión de los afectos entre padres e hijos, especialmente del padre, que, producto de las pautas de crianza, vio limitadas sus expresiones de cariño. Especialmente, en el discurso del colectivo no indígena, esta expresión del afecto entre padre e hijo fue reconocida como una necesidad de ambos, aunque los hijos hayan crecido y ya sean adultos.

“Y aunque uno sea adulta yo pienso que siempre necesita un abrazo del papá o de la mamá (...) los papás, bueno son hombres en realidad, pero yo pienso debieran de aprender aunque sus hijos sean adultos, decirles hijo hombre cómo estai, (...), pero los

Capítulo 8. Resultados

papás no le dicen hombre, yo te quiero hijo, es que por qué les da vergüenza, igual que los hijos (...) va en la crianza, va en la crianza.” (GD4, 7)

Asimismo, en el discurso del colectivo no indígena se planteó, como un rol del padre, generar estas expresiones de cariño y de acercamiento con el hijo. Al respecto, se efectuó una distinción entre la época en la que los niños eran infantes y en la que eran adultos, en esta última se le atribuyó al padre el rol de amigo de sus hijos, dejando de lado el rol de crianza, a fin de generar lazos desde la confianza.

“(…) pero uno tiene la obligación, el papá de acercarse al hijo de decirle hijo cómo ha estado, por qué no has venido, darle un abrazo, yo lo hago así con el hijo, cuando no viene en tres días, le abro el portón y le digo ¿Qué te pasó hombre, que no viniste estos días, ha estado enfermo?, le hago un saludo de mano como mi amigo, no más (...) porque uno ahora ya como viejos que somos ya no somos papas, saquémonos eso ahora seamos amigos de los hijos, hay que entrar en confianza.” (GD4, 10)

Finalmente, debemos mencionar que, en ambos colectivos, fue la familia quien otorgaba el apoyo físico y emocional en caso de enfermedades, adquiriendo un rol preponderante en el ámbito de la salud y la enfermedad del individuo, conforme se analizará en el epígrafe de apoyo social.

▪ Aspectos económicos

El tener una pensión y/o ingresos suficientes, por el trabajo realizado, fue otra de las condiciones señaladas, en el marco teórico y en el discurso de las personas mayores, como factores que parecían determinar la percepción de calidad de vida. A este respecto, la información recolectada en los discursos mostró una economía de subsistencia⁶², en ambos colectivos, en donde la producción era básicamente para el autoconsumo. En esta realidad, las personas mayores que llegaban a la vejez en soledad, sin ingresos suficientes y con problemas funcionales que les impedían desempeñarse en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, tenían serias dificultades para continuar insertos en el mundo laboral, generándose una percepción de agravio

⁶² La economía de subsistencia es aquella en la que la actividad permite la satisfacción de las necesidades básicas pero no hace posible ninguna forma de acumulación y crecimiento (Razeto 1998).

Capítulo 8. Resultados

comparativo respecto a sus pares que contaban con un ingreso mensual que les permitía vivir con cierta tranquilidad. Los relatos de estos grupos dejaron de manifiesto tanto la situación de subsistencia como la de holgura para llegar a fin de mes.

“A mí me dicen tanto que trabajai, (...) pa’ los dos, y si todo lo que planto me lo como después, me alimento, y si no planto de a dónde voy a tener plata pa’ comprar todo, no ve pues.” (GD2, 15)

“(...) ya no puedo trabajar y a veces no tengo pa comer (...).” (GD4, 19)

“yo la previsión tengo, me encuentro tranquila, estoy sola, soy una viuda,(...) y me mantengo sola con la previsión que saco, con eso me mantengo.” (GD1, 7)

En la dinámica familiar, los roles estaban delimitados por el sexo y la edad. Las mujeres, tanto en el grupo de indígenas como en el de no indígenas, se dedicaban a los cultivos de huerta y aves para el consumo familiar, generando con la venta de sus productos ingresos para el grupo familiar; los hombres se dedicaban al cultivo de la tierra y a la crianza de animales como ovejas, vacunos y caballos; los niños ayudaban en estas labores. Es por esto que cada integrante del núcleo familiar tenía un rol importante en el sustento familiar.

“Es que en todas partes, sea en el campo o sea en el pueblo, la gente está acostumbrada a trabajar, ni aunque esté enfermo, todos trabajan la mujer con la huerta, las gallinas y los niños también ayudan en la casa y cuidando los animales.” (GD2, 6)

La percepción de ambos colectivos fue que los ingresos que entraban al hogar no eran suficientes, con dificultad lograban cubrir los servicios básicos de luz y agua, especialmente la luz, dado el alto costo que tenía en zonas rurales en comparación con zonas urbanas. Esta situación provocaba que gastos adicionales, como por ejemplo el causado por problemas en salud, les generará muchas dificultades en su presupuesto.

“sale caro la luz, (...) nos cobran cada dos meses (...), yo estoy tomando control de medidor ahora y con mi hijo allá en Santiago con televisor, la luz prendida todo los días, paga 6 mil pesos, yo gasto 30 mil pesos y no tengo nada y yo no prendo luz todo los días, ni televisión ni radio, (...).” (GD1, 18)

Capítulo 8. Resultados

Junto a lo anteriormente dicho, se manifestó un descontento en ambos colectivos, aunque con mayor fuerza en los interlocutores indígenas, por la desigualdad que se producía en el acceso al agua, producto de las limitaciones de explotación de la misma por encontrarse en tierras privadas cuyos propietarios eran personas extranjeras. Dicha dificultad de acceso al agua les había ocasionado serias dificultades para abastecerse, especialmente en los meses de verano, meses en los cuales, de no ser por un camión de la municipalidad que les llevaba agua, no tendrían como abastecerse de este bien tan básico para la subsistencia. Estas fueron situaciones que al grupo indígena les hizo recordar tiempos pasados, en donde el agua era abundante, no tenía dueño y por lo consiguiente tampoco se pagaba por ella, dado que era un bien de libre disposición entregado por Dios a los hombres. Los inconvenientes en el acceso al agua han tenido múltiples implicaciones en la vida de los indígenas, particularmente en el saneamiento básico de las familias y comunidades. En cambio en los interlocutores no indígenas las demandas fueron de acceso a agua potable para aquellos que viven alejados del camino.

“los patrones todos tienen agua, pero uno no puede sacar agua dicen que va a volver el nido al río y uno no puede hacer una excavación pa sacar agua, es privado, no sé porque no les decimos a los gringos que se van, porque el agua no se vende, Dios manda el agua no ellos (...).” (GDI, 17)

“(...) hasta el agua aquí hay que comprarla, ahora faltan las aguas, y si no tiene plata no tiene agua (...) luz y hay que pagarla, si no tienen la cortan, antes no, con un par de chonchón no ma había, la humareda no ma (risas).” (GDI, 17)

“(...) otro problema es el agua potable, solo en algunas partes hay, no todos tienen, yo al menos no tengo agua (...) la gente que vivimos a orilla del camino somos favorecidos con agua potable, los demás no (...).” (GD3, 3)

Otro de los aspectos, presente solo en el colectivo indígena y que incidió en la situación económica de las personas mayores indígenas, fue la baja disponibilidad de tierras para cultivos, el escaso apoyo de las autoridades, el no contar con créditos de parte de las instituciones estatales para trabajar la tierra y el bajo nivel educacional, que no les permitía incrementar su producción y vender como ellos hubiesen querido sus productos, lo cual acentuó sus carencias económicas y, por ende, influyó en su calidad de vida.

Capítulo 8. Resultados

“Con recursos pa trabajar las tierras, nosotros sabemos trabajar pero no tenemos como, no nos dan crédito no confían en nosotros y las autoridades no hacen nada.” (GD1, 14).

Especial atención tuvieron las alusiones a la educación. El bajo nivel educacional de las personas mayores indígenas fue una limitante en el acceso a beneficios de parte del Estado para trabajar sus tierras; esta limitación estaba básicamente originada por el escaso acceso a la información y, sobre todo, por las dificultades para formular sus proyectos. Estas carencias significaron tener que depender de terceros para poder postular sus iniciativas de apoyo agropecuario, u otras, que les permitieran mejorar sus condiciones económicas. Asimismo, esta falta de recursos les impidió facilitar a sus hijos estudios superiores, prolongando, con ello, el bajo nivel educacional de su pueblo, la pobreza y las condiciones de vida.

“(…) hay muchos proyectos que da el Estado, SERCOTEC⁶³, (…) la CORFO⁶⁴, municipales y por el bajo nivel educacional no podemos optar a proyectos, (…) (…) porque los papás de antes el hombre aprendía a sumar y restar y ya estaba listo, con eso podía contar los chanchos, los pollos (…) y la mujer era la comida el aseo y saber criar a los hijos, ese era el objetivo de antes (…).” (GD1, 16)

“Muy atrasada la raza mapuche, nosotros estamos en todo muy atrasados en educación especialmente para gente nueva, porque no hay dinero para educar a los hijos, el pobre apenas tiene para sobrevivir, la platita que saca o que le dan la pensióncita, le sirve (…) para un par de mates y así, pero para educar a los hijos no hay plata, para la universidad ese es el problema.” (GD2, 8)

“(…) si no tenemos educación no vamos a valer nunca, sin educación no nos valora nadie, la sociedad nunca nos va a valorar (…) nos va a encontrar ignorantes y analfabetos (…).” (GD2, 11)

⁶³ SERCOTEC, Servicio de cooperación técnica, Corporación de Derecho Privado, dependiente del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que existe desde el 30 de junio de 1952.

⁶⁴ CORFO, Corporación de fomento de la producción, entidad estatal fundada en 1939.

Capítulo 8. Resultados

La educación y la situación económica se percibían muy ligados en el discurso de los interlocutores, ya que es plausible interpretar que a mayores estudios mejores posibilidades de acceso al mundo laboral. Resulta interesante la concepción de que el hombre, como jefe de hogar y desde su rol de proveedor del grupo familiar, debía tener mayores oportunidades de estudios, en comparación, por ejemplo, con sus hermanas mujeres. Aún más sugerente resulta que esta tesis fuera defendida por el género femenino. Si bien es cierto que los tiempos han cambiado y evolucionado positivamente en el acceso a la educación para hombres y mujeres, respecto a tiempos anteriores, aún persevera en las zonas rurales esta concepción de desigualdad de género, siendo un botón de muestra lo señalado en este verbatim.

“(...) el que llegó a cuarto medio es lo máximo, (...) nosotros tenemos cuatro hijos, y con mi señora teníamos diferencias, ella por ejemplo no quería darle estudios a la hija (...) yo quería a los cuatro, me conformaba con que llegaran a cuarto medio los cuatro, ella apoya a los hijos (...) si a la mujer no vale la pena darle estudios (risas) porque lo primero que después se casa y el estudio no vale nada, pero yo no tenía esa idea, porque (...) teniendo cuarto medio por lo menos se sabe defender más. Y sabe lo que pasó, las dos niñas pasaron sin repetir un curso, y los dos hombres quedaron últimos (...) el hombre anda como las bolas del chanco decía yo (risas).” (GD2, 9)

La discriminación, referida sólo por el colectivo indígena, en el ámbito económico estaba asociada al estereotipo⁶⁵ de “mapuche sinónimo de flojo”, tan acuñado en la sociedad chilena, ante lo cual éste colectivo efectuó una defensa basada en las dificultades a las cuales se ven enfrentados cotidianamente para trabajar sus tierras, por no contar con los terrenos ni con las herramientas e insumos necesarios que les permitieran producir lo suficiente para comercializar sus productos. Es un grupo que se auto-percibía con experiencia para realizar el trabajo de la tierra, trabajo que fue reconocido ancestralmente como propio de su pueblo, aunque adolecieran de los medios para ello.

⁶⁵ Estereotipo, formas o estructuras previas de pensamientos acerca de los grupos pero aplicables también a las personas que pertenecen a los mismos (Pastor 2000).

Capítulo 8. Resultados

“(...) porque dicen que el mapuche pa que quieren tierra si no trabaja si es flojo (...).” (GD1, 6)

“(...) que se hace con una hectárea, nada, (...) todos quieren crédito de INDAP⁶⁶ y después si no tiene uno sembrado lo tratan de flojo, pero de flojo no tiene nada, no puede uno, porque no tiene un caballo no hay como mantenerlo y si va a tener animales va a tener puro hueso, flaco, no hay pa hacer una empasta, experiencia de trabajar tenemos sino que no tenemos la capacidad.” (GD1, 15)

Finalmente, hacemos una breve mención al descontento de los interlocutores por los instrumentos gubernamentales que miden condiciones socioeconómicas de las familias. La crítica fue formulada por el colectivo mapuche, señalando que los instrumentos “oficiales” miden la pobreza considerando sólo las condiciones de la vivienda y los bienes que tienen en el hogar, sin embargo, la gran mayoría de los bienes que poseían en sus hogares tales como refrigerador, lavadora, televisión, fueron obsequiados por los hijos.

“(...) por eso, el pobre que tiene refrigerador, radio y lavadora se los da un hijo trabajando, se han sacado la cresta para regalarle a la mamá un refrigerador, una tele, nosotros de a dónde (...) y cuando nos vienen a ver (...) tiene de todo, está rica y le suben la encuesta, que quieren que nosotros estemos ¿no sé cómo? en el monte, en la montaña viviendo, (...) muy triste lo encuentro yo, (...)” (GD2, 10)

▪ Aspectos sociales y recreativos

Los discursos de ambos colectivos revelaron que tanto la vida social como los espacios de recreación eran escasos y estaban centrados básicamente en la familia, con menor frecuencia se expusieron actividades relacionadas con los vecinos y de participación en organizaciones sociales y religiosas; específicamente, en los interlocutores indígenas, se agregaron como espacios de participación actividades propias de su comunidad, tales como ceremonias y reuniones.

⁶⁶ INDAP, Instituto de desarrollo agropecuario, entidad estatal dependiente del Ministerio de agricultura fundada en 1962.

Capítulo 8. Resultados

En el ámbito familiar, entendido por los interlocutores de ambos colectivos como la pareja y los hijos (cuando estos aún no habían conformado familia propia, ya que luego se añaden los nietos y cónyuge del hijo/a), las formas de recreación más frecuentes eran las reuniones familiares, ya fueran estas para celebrar cumpleaños, fiestas de fin de año o navidad, en las cuales se acostumbraba preparar una comida en casa. Otro de los acontecimientos familiares, que para los interlocutores era un momento de especial alegría y celebración, era la llegada y visita de los hijos, que vivían usualmente en grandes ciudades.

*“Pa’ los cumpleaños con la familia, una comidita se hace, un ponchecito (risas).”
(GD3, 19)*

“(…) fin de año, pascua, para los cumpleaños de los cabros⁶⁷, lo pasan junto con su familia.” (GD2, 14)

“Llega mi familia, me lo paso bien, comemos carne, bebida y uno está alegre porque lo estamos pasando bien y viendo que mis hijos están lejos (...) llegan a veces a los dos, tres años, uno está contento porque lo vienen a ver (...).” (GD2, 14)

Hacemos especial mención a la radio, en las zonas rurales. Debido a las características de aislamiento de sus habitantes, ésta tenía una connotación de entretenimiento, de recreación, de compañía y de conexión social con su entorno. Estas afirmaciones están basadas en la existencia de servicios de utilidad cotidiana, que eran provistos por este medio de comunicación, como, por ejemplo, el envío de mensajes de familiares, de vecinos y de instituciones públicas, tales como salud y educación entre otros, transformándose en un espacio de compañía en la cotidianidad de sus días.

“en veces prendo una radio chiquitita con esa a pila me entretengo y las noticias me gusta más, ese yo no lo paso el noticiario (...) la mujer la novela (Risas) esa es mi impresión po (...) a mí no me gustan ni los monos, las noticias sí.” (GD1, 17)

“Es que usted no tiene con quien conversar (...) la radio no más, lo único.” (GD4, 3)

⁶⁷ Cabros, palabra utilizada para referirse a los niños y jóvenes.

Capítulo 8. Resultados

Las alusiones en el discurso a los vecinos, entendiendo como tales aquellas personas que vivían en la misma comunidad o sector y con los cuales no tenían lazos consanguíneos, mostraron en ambos colectivos la idea de reciprocidad y de que todos eran vulnerables ante la necesidad de apoyo de otros. Diferentes matices distinguieron a ambos colectivos, de esta forma, los interlocutores indígenas valoraban las relaciones con los vecinos positivamente, como relaciones de apoyo en la cotidianidad; en cambio, en los discursos de los interlocutores no indígenas esta concepción de reciprocidad, también presente, era cuestionada por una crítica a su propio comportamiento, en donde producto del temor al qué dirán, se veían limitados en su accionar frente a las necesidades de sus vecinos. Si bien es cierto que no se señalaron conflictos de relaciones relevantes entre vecinos, sí se mencionaron situaciones de personas que hablaban mal de otros sin estar estos presentes lo cual les provocó tristeza y desazón.

“(…) poco nos visitamos, (…) cuando estamos solos estamos preocupados de las casas de cuidar lo que tenemos los vecinos por ahí.”(GD1, 12)

“Yo sé que la persona está solita y la visito, (…) que está enferma, la visita, (…) tratar de hacer algo por ellos y esa es para mí la cosas de la gente que se da cuenta de la vida, que nadie está libre de enfermedades o de cosas malas.” (GD2, 13)

“(…) me bajonea cuando la gente es mal pensada (…) o de repente alguien te dice por detrás (…) eso me hace sufrir, (…) si han de decir algo díganmelo a mí no andar hablando por las espaldas yo si tengo que decir algo se lo digo a la persona.” (GD4, 8)

“Así pues, porque el corazón el que no resiste porque le tiene buena a aquella persona. Miren a mi hablan mal de mi nieto y es como si me echaran al fuego, porque yo lo crie de chico.” GD4,8)

En ambos colectivos, fueron escasas las alusiones a espacios compartidos con sus parientes, en general no se mantenían mayores vínculos, aduciendo que existían situaciones de envidia y conflictos que los distanciaban, por lo cual no se visitaban. Además se exponía que las labores del campo y de la casa les consumían todo su tiempo, siendo un impedimento para visitarse, quedando los momentos de socialización y de recreación, como hemos mencionado, para la familia y, ocasionalmente, para algunos vecinos. Los espacios compartidos con los parientes, más bien, estaban ligados

Capítulo 8. Resultados

a acontecimientos tales como la enfermedad, la muerte y en el colectivo indígena ceremonias propias de su cultura como por ejemplo el Nguillatún⁶⁸

“(...) cada cual tira pal lado, hay envidia, esa es la verdad. Pero si la cosa es así, solamente será que en su cerebro piensa así la gente, eso es lo que pasa aquí, hay envidia, entre hermanos, peleas, entre hijos también y son todo negativo (...) entre la familia y parientes igual, solo nos vimos cuando muere uno.” (GDI, 12)

“(...) tampoco hay tiempo pa salir a visitar, hay que cuidar los animalitos.” (GDI, 15)

“(...) ahora mismo usted vio estamos preparando pal nguillatún, ahí llegan los parientes, todos llegan.” (GDI, 12)

En el ámbito social y recreativo, un rol importante es el que ocupaban las organizaciones sociales y religiosas, que son parte del entorno en el cual habitaban las personas mayores. Para los interlocutores, este tipo de entidades les abría un espacio de participación que les permitía mantenerse vinculados y activos y les generaba muchas satisfacciones. La participación en dichas organizaciones, en ambos colectivos, estaba vinculada a grupos de adultos mayores que eran promovidos y apoyados en su mayoría desde los municipios, a excepción de algunos vinculados a la posta de salud rural⁶⁹ o a la iglesia, a programas de Gobierno en pro del desarrollo rural, tales como “Chile califica”, a programas de alfabetización en población adulta, a los comités de salud y a los comités de agua potable⁷⁰. Los interlocutores indígenas, además, contaban con los espacios de participación en las reuniones de la comunidad y en las ceremonias de agradecimiento y rogativas, que fueron descritas en el capítulo seis, “los mapuche en el mundo contemporáneo.”

⁶⁸ Ceremonia de rogativa, llevado a cabo por la comunidad en su conjunto, que intenta obtener fertilidad, fortuna, buenas cosechas o restaurar el desequilibrio ante una calamidad telúrica o atmosférica. Dura un mínimo de dos días y un máximo de cuatro.

⁶⁹ Las Postas de salud rural (PSR) forman parte de la red asistencial de menor complejidad bajo la dependencia de un centro de salud primario o de los departamentos de salud municipal; están localizadas en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión; tienen un horario de atención continuado para lo cual cuenta con uno o dos técnicos paramédicos. Tienen a cargo las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y el seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales.

⁷⁰ Grupo de personas que se organizan conformando un comité para postular a proyectos de agua potable para sus viviendas.

Capítulo 8. Resultados

Un momento importante, en el que las personas compartían tiempo y vivencias, es el que se daba en los cursos de alfabetización. Estos cursos tenían un horario establecido, las personas, especialmente las mujeres se juntaban, se apoyaban, compartían sus vivencias, aprendían, etc. Asimismo los grupos de tercera edad, que eran una instancia permanente de encuentro para las personas mayores, estaba muy bien valorada, ya que les permitía tener un espacio de encuentro semanal y efectuar viajes fuera de sus localidades, que para muchos significó el viaje de su vida, y conocer nuevos lugares.

“Ahora que estamos en el estudio, los días lunes ahí nos juntamos, (...) yo lo encuentro algo bonito, porque nos juntamos, (...) conversamos, participamos, hacemos un chiste, hacemos las tareas (...) y lo mejor es la profesora, (...) sabemos algo de ella también, sabemos firmar, el nombre.” (GD1, 12)

“(...) aquí hay un grupo de la tercera edad, yo participo y compartimos bien, cuando se sale, se comparte bien, no se ve de eso que vienen medios ebrios, así que yo también salgo con ellos feliz (...) ahora vamos a bañarnos al Salto del Laja (Risas), (...) en el grupo habla lo que usted quiera, nadie lo obliga a contar si no quiere contar, además que nos reímos mucho.” (GD4, 19)

Las organizaciones religiosas, a que hacían referencia los interlocutores fueron básicamente la iglesia católica y la iglesia evangélica. En el discurso, las referencias a Dios se presentaron en ambos colectivos como expresiones propias del lenguaje cotidiano, tales como gracias a Dios, Dios santo, ojala Dios quiera, etc.; a Dios, conceptualmente, se le definía como una entidad todopoderosa dadora de vida. Resaltamos que las referencias a Dios, en el discurso, fueron recurrentes en ambos colectivos, en el colectivo indígena tuvo relación con la práctica religiosa dominical, que se percibía como un espacio de gozo en sus vidas; señalamos también la visión de este colectivo de que las personas religiosas tenían un mayor respeto a los demás que las personas no religiosas. En cambio, en los interlocutores no indígenas, las referencias a Dios estaban relacionadas con aquellos momentos de vulnerabilidad del ser humano frente a la enfermedad, especialmente en aquellos en donde la medicina ya no tenía nada que ofrecer, lo que determinaba la construcción social del concepto de Dios.

Capítulo 8. Resultados

“El día domingo nosotros los cristianos vamos a la iglesia y de ahí nos gozamos, con las cosas de Dios, es el mejor gozo que se le puede dar, que cada día se le da.”(GD2, 14)

“Cada día están más civilizados, están creyendo en palabra de Dios y todo, hay muy poca gente que anda por otro lado, casi ya están creyendo en las cosas que son buenas, (...) las cosas buenas dan frutos pues, si las cosas malas no dan fruto (...) hay más creyentes, respetan más.”(GD2, 14)

“(...) ya los médicos no podían hacer nada, más que esperar que Dios es el único que los sana.”(GD4, 7)

“Pero como Dios es el que manda, hay que seguir viviendo.” (GD4, 19)

▪ Aspectos institucionales

Los servicios sociales provistos, por las instituciones gubernamentales y privadas, fueron uno de los aspectos en que, en ambos colectivos, mostraron una percepción de mayor descontento por dichos servicios. Este descontento se extendía sobre quienes trabajaban en dichas instituciones (municipios, salud, educación, INDAP, CORFO) y sobre quienes representaban la autoridad en ellas, fuesen estos de confianza política o no. En particular, en la población indígena, los fragmentos discursivos tuvieron relación con la discriminación, tanto en el trato como en las oportunidades, para acceder a los beneficios, así como también con la crítica hacia los políticos. Dicha crítica adquirió mucha fuerza discursiva en ambos colectivos, y estuvo asociado a la percepción de sentirse utilizados por los políticos para sus fines personales. Hacemos notar también que los interlocutores no establecían las críticas sólo a instituciones estatales, sino también a instituciones privadas, como por ejemplo los bancos, los cuales les excluían de toda posibilidad de acceder a créditos u otros requerimientos.

“(...) nosotros hace más de 20 años que no valimos nada en INDAP, ni un crédito, trabajamos con la fuerza, la mujeres que crían pollos, venden pollos, qué hacemos nosotros, creen que ellos dicen aquí tení un kilo de trébol, para hacer empastadas así, no señor aquí nosotros murimos, estamos haciendo fuerza nosotros, nadie nos ayuda.” (GD2, 11,12)

Capítulo 8. Resultados

“pero falta más institucionalizar la política para la gente campesina, más programas pal campesino porque los políticos todos hablan que si al campesino al campesino y aquí en la parte rural esta el 35% de la gente que sufraga es una muy buena parte.” (GD1, 16)

Destacamos una visión crítica en un ámbito institucional específico como es el educativo. Los interlocutores indígenas señalaron que sus hijos tenían menos oportunidades para estudiar por su condición de indígena, lo cual les dejaba en desigualdad respecto a los jóvenes no indígenas. Ello era vivido como una “discriminación a su raza”, lo cual generaba sentimientos de impotencia y rabia.

“(...) la discriminación de la raza mapuche está pero para donde vaya, ella tiene la posibilidad por la nota de sacar (...) la beca (...) pero qué es lo que pasa el alcalde (...) le mete trabas que tenís que estar metido en una organización indígena, (...) no le dijiste primero que tenía que incendiar un par de camiones para que te den el beneficio (risas), “¿Por qué no le dan la beca?, está en un instituto en Santiago ella trabaja de doméstica, lava los platos y en la tarde va a los cursos (...) está estudiando asistente jurídico y la más barata dice, (...) para ver si puede trabajar en algo un poquito mejor.” (GD2, 9)

Como hemos mencionado, fueron frecuentes, en ambos colectivos, las valoraciones negativas respecto de los políticos y autoridades gubernamentales, sin embargo, la valoración del rol de la mujer en la política tenía una connotación positiva, particularmente reflejada en este verbatim en la figura de la primera mujer presidenta de Chile, la Dra. Michelle Bachelet.

“(...) gracias a la Presidenta que nos ha ayudado también, ha ayudado mucho para el campo para la gente pobre (...) Gracias a la señora que hizo de Presidenta, porque los hombres no ayudan presidentes, ofrecen y ofrecen y qué es lo que pasa, nada.” (GD2, 12)

En síntesis, las condiciones del entorno cotidiano, en el cual habitaban las personas mayores, cambiaron a través de los años, trayendo consigo tanto elementos positivos como negativos para sus condiciones de vida, y por ende para su salud, por mencionar algunos, destacamos como positivos los adelantos que en el desarrollo del mundo rural trajo consigo la construcción de caminos, los cuales contribuyeron a mejorar las

Capítulo 8. Resultados

condiciones de acceso y acortaron las distancias con los pueblos más cercanos, estos cambios fueron atribuidos a la instauración de la democracia y a que la gente joven contaba con recursos educativos para gestionar dichos cambios. Por otro lado, uno de los aspectos negativos era la escasez de agua que provocaba serios problemas de saneamiento básico. Ello estaba ligado a las condiciones de explotación desmedida del medio ambiente por parte de las compañías madereras, que introdujeron en la zona árboles como el pino y los eucaliptos, que consumían las napas subterráneas de agua, con lo cual fue desapareciendo el bosque nativo y, con ello, también la flora y fauna vinculadas al mismo.

“Aquí si antes no teníamos ni camino, teníamos puro pantanos y ahora gracias a Dios está bonito digamos hay camino por lo menos.” (GD2, 13)

“(…) aquí falla el agua también po (...) y el agua viene de la cordillera, allá hay puro ¿cómo se llama? pino eucaliptus que dicen que ocupan harta agua (...) ante había kilautre⁷¹, (...) aquí un vecino tiene agua, y hay kilautre.”(GD1, 16-17)

“(…) antes este río nunca secaba y ahora después de diciembre va empezar a secar ya, (...) habían pescados, ranas, da gusto escuchar rana cantando y ahora no hay rana todo muerto, ahora como se fueron las aguas los pidenes⁷² que cantaban tan bonito, si no hay agua no cantan, están tristes todo los pajaritos, hasta uno po.”(GD1, 24)

8.3.1.2. La salud en el discurso

La CVRS, como veíamos en el marco teórico, concretamente en el planteamiento de Badía, “es un concepto que se nutre de tres elementos, salud, estado de salud y calidad de vida, agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud” (1995:105). La OMS define la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como la consecución del bienestar personal, es decir, de alguna forma se reconoce la importancia de lo biopsicosocial. Dado que la salud es uno de los elementos de la

⁷¹ Kilautre, especie botánica de gramínea de la misma subfamilia del bambú.

⁷² Piden, pájaro que habita en la zonas húmedas con vegetación densa desde el río Loa, en el norte de Chile, hasta el extremo sur, nombre científico *Pardirallus sanguinolentus landbecki*.

Capítulo 8. Resultados

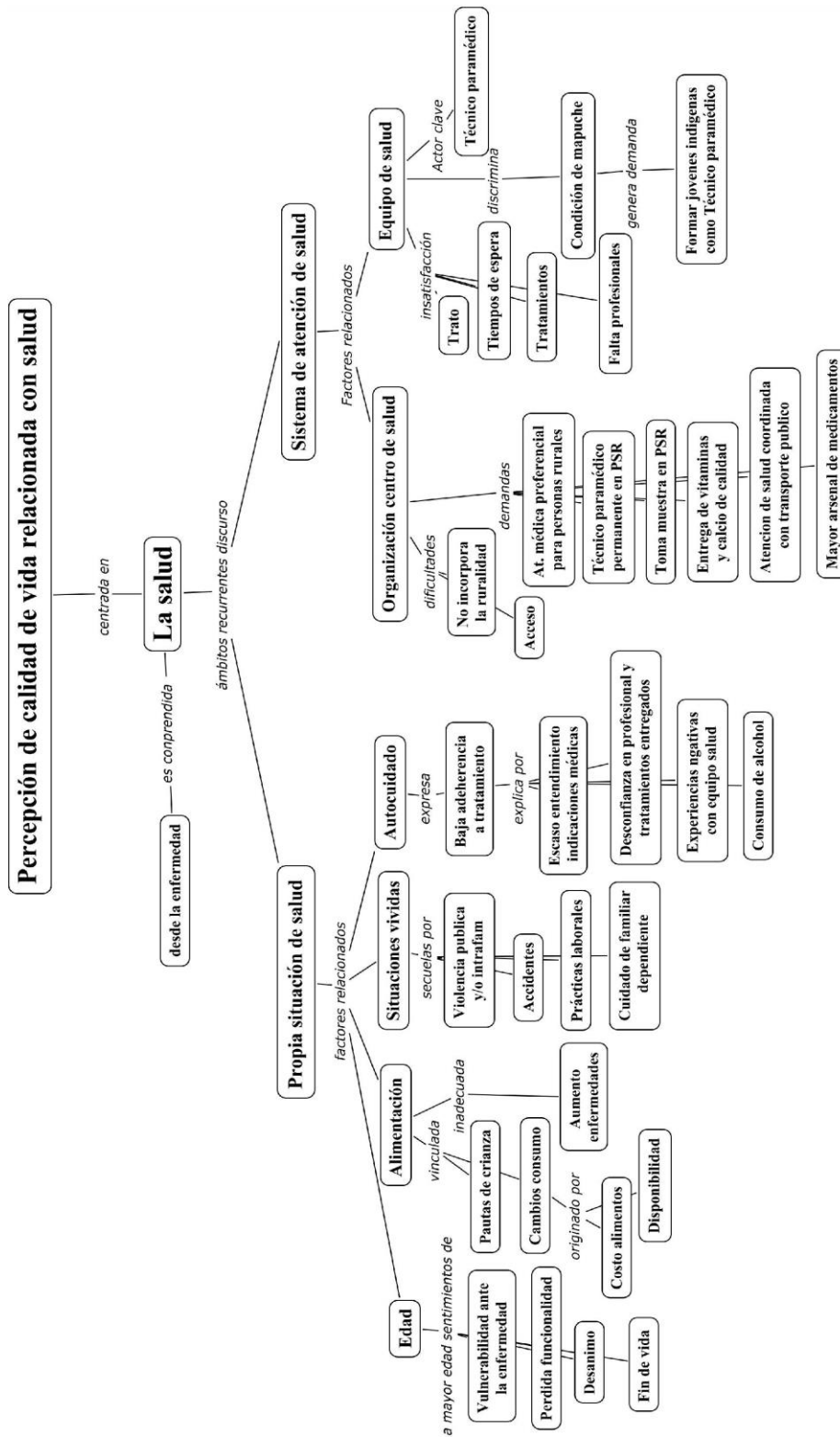
calidad de vida y esta investigación centra su interés en la CVRS, el análisis de los discursos incorporó la percepción de la salud de las personas mayores.

Fueron los propios discursos de los mayores los que permitieron hacer una distinción, en el análisis de este ámbito, entre su propia salud, es decir sus dolencias, y la interacción con el sistema de salud, es decir con la organización que comprende los centros de salud⁷³ que proveen los servicios sanitarios y atienden a los usuarios.

El análisis refleja como la autopercepción de la salud para los interlocutores tenía relación con las propias dolencias físicas, emocionales y formas de abordar el tratamiento de sus dolencias. Los conceptos se iban entremezclando en el discurso y fue, al hablar de sus dolencias, cuando se visibilizó su relación con el sistema de salud, especialmente en lo referido a la organización que tenían los establecimientos de salud para el acceso de las personas mayores a la atención, y también en lo relacionado con la interacción que se producía con el personal de salud del establecimiento cuando fueron atendidos. Ello queda reflejado en la figura 15.

⁷³ Los centros de salud familiar forman parte de la red asistencial de menor complejidad, cuya administración depende mayoritariamente de los departamentos de salud municipal y, en menor grado, de los Servicios de Salud; están localizados en sectores urbanos y rurales, con un horario de atención de 8:00 am a 17:00 horas y con una extensión hasta las 20:00 h. Funcionan bajo la modalidad de población a cargo y entregan las prestaciones definidas en el plan de salud familiar (promoción, prevención, curación y rehabilitación).

Figura 15. Mapa conceptual la salud en la percepción de la CVRS



▪ **Autopercepción de salud**

El análisis de la percepción de la CVRS de los interlocutores sugiere plantear previamente el concepto que los actores sociales tenían de su “propia salud”. Esta categoría de análisis nos permitió comprender como visualizaban las personas mayores su salud, cuáles eran los significados, tanto físicos como emocionales, que a ésta le atribuían. En este análisis, aparecieron desde la perspectiva de las personas mayores, por lo menos, cuatro factores que se relacionaban con la salud: la edad, la alimentación, las situaciones que se habían vivido a lo largo de la vida y el autocuidado, los cuales analizaremos a continuación.

En términos generales, en ambos colectivos la salud fue comprendida desde la “falta de salud”, es decir, desde la enfermedad, en donde fue habitual asociar la salud a relatos de sus propias dolencias. Una excepción a esto fue el relato, extraído de un grupo de discusión no indígena, en donde se mencionó, con sorpresa, el tener buena salud siendo ya una persona mayor.

“Yo tengo mis hermanas, todas están achacadas, pero yo gracias a Dios, yo no sé cómo y siendo de los mismos palos y salí sana.” (GD4, 4)

La edad y su relación con la salud

La carencia de salud solía ser explicada, en el discurso, por la edad de los participantes; dicha explicación tenía que ver con la fase del ciclo vital en que estos se encontraban, fase que se caracterizaba por una mayor frecuencia de enfermedades, especialmente de las crónicas, que conllevaron a consultar recurrentemente a los centros de salud.

La edad fue un factor transversal en la comprensión de su propia situación de salud; tanto las personas mayores indígenas como las no indígenas refirieron que la edad estaba asociada a la salud, es decir, a mayor edad se era más vulnerable ante las enfermedades, y había una pérdida progresiva de la funcionalidad, lo cual quedó ilustrado en el discurso de ambos colectivos.

“Ahora que somos viejitos, yo tengo 77 años cualquier cosa nos enfermamos y nos pesca fuerte la enfermedad (...).” (GD2, 2)

Capítulo 8. Resultados

“Yo tengo presión alta, el colon, un dolor aquí, no puedo caminar, se me enchuecan mis dedos, son los años también.” (GD3, 8)

Fueron reiterados los fragmentos discursivos de ambos colectivos que vinculaban la edad al estado de ánimo y al cansancio: a mayor edad, mayor frecuencia de cambios en el estado de ánimo y mayor cansancio también en el día a día. Esta relación se planteó siempre desde la comparación con un tiempo de juventud, en donde tanto el cansancio como el desánimo estaban ausentes y, muy por el contrario, estaba presente la vitalidad, la alegría y, sobre todo, la ausencia de dolor. Por lo tanto, aparecían con mucha frecuencia los sentimientos de añoranza por el estado de salud que se tenía cuando eran jóvenes, lo cual quedó reflejado en el siguiente verbatim.

“(…) con la edad, el cuerpo igual ya no está como era antes uno cuando es joven no siente dolor, se levanta con ánimo, ánimo de trabajar con alegría, después la persona cambia, (…), cambia el ánimo de la persona, yo tengo recién 65 años y no me siento como antes, hay días que tengo ánimo y hay días que no (…).” (GD1, 2)

Asimismo, el desánimo era entendido como un estado transitorio, que dependía de como en el día a día iban experimentando su cuerpo físico, en ello cobraba especial importancia la presencia o no de dolor y el contar con las fuerzas suficientes para realizar sus actividades. Cuando estos elementos se hacían presentes emergían el desánimo y el cansancio, que fueron atribuidos a la presencia de enfermedades que incrementaban con la edad y que les impedían desenvolverse en lo cotidiano como habitualmente lo hacían. Además de concebir el desánimo como un estado transitorio, se agrega en el discurso, del grupo indígena, que no había que dejarle espacio al desánimo y que, cuando se hiciera presente, eran ellos mismos quienes podían superar esta situación, dado que, en algunas ocasiones, carecían de redes de apoyo.

“(…) pero que no, dejamos desánimo (…) tenemos que darnos el ánimo tenemos que hacernos animo porque no hay nadie que le de ánimo estamos solo.” (GD1, 2)

Finalmente, en vinculación con la edad, otro elemento relevante de mencionar, que aparecía asociado a la vejez, fue el sentimiento de fin de la vida. Este sentimiento se generaba a partir de la experiencia del propio deterioro de la salud, de la muerte de los padres, de la pareja, de los amigos y vecinos; dichas situaciones favorecieron en las personas mayores la reflexión sobre la muerte, sobre lo cercana que podía estar en sus

Capítulo 8. Resultados

vidas. En ambos colectivos, los interlocutores manifestaron una actitud respetuosa ante la muerte, siendo ésta percibida como algo inevitable, un paso por el cual todos tenemos que pasar; esta idea estaba ligada al deseo de alcanzar el final de vida en las mejores condiciones de salud posible. Por consiguiente, no era la muerte una de sus principales preocupaciones, sino más bien la enfermedad, es decir, las condiciones de salud en que vivían sus últimos años, como se señala en este fragmento discursivo.

“Es que la salud, la vejez nos va a aplastar, a veces el problema también, más que nosotros que nos queramos sentir de 50 años, 40 años, no podemos, si la edad lo aplasta, lo aplasta, a mí cada año me va aplastando, al final voy a quedar no sé qué, no sé cómo. Ojalá Dios quiera que no po, ojalá, pero es el fin de la persona, vieja, es el fin.” (GD2, 6)

“(...) yo le pido a Dios ojala llegar sana, que me lleve cuando quiera, pero llegar sana.” (GD4, 7)

La alimentación y su relación con la salud

La alimentación fue otro de los factores que, para los interlocutores de ambos colectivos, afectaba la salud, el cual fue analizado desde dos perspectivas: la relación salud/alimentación y la concepción de la alimentación natural. En relación a lo primero, la alimentación y su relación con la salud, en el discurso indígena el estado de salud apareció asociado a los cambios en el tipo de alimentación que se consumía en la actualidad; dicho colectivo la definió como una alimentación artificial en comparación con la que se consumía antes, que era más natural, por lo cual se le atribuyeron al consumo de estos “nuevos” alimentos las enfermedades que les aquejaban. En el colectivo no indígena, el consumo de “nuevos” alimentos también se asociaba a falta de salud, sin embargo, se realizaron algunas matizaciones, como asociar la ingesta de alimentos “artificiales” a las pautas de crianza de los padres en la infancia, los cuáles generaron hábitos alimentarios inadecuados que a través de los años se han consolidado, trayéndoles con ello problemas de salud de adultos.

“es que la comida hee todo lo que se come, ósea comemos comida artificial ahora, no es como ante (...) no nos enfermábamos nosotros, ahora estamos enfermándonos con la comida, los fideos (...) ahora uno se enferma con esa comía, que comimos... antes no conocíamos los fideo.” (GD1, 11)

Capítulo 8. Resultados

“(…) para la mayoría el problema es la salud, quizás la mala alimentación, quizás lo que llevamos de abajo, o sea, la alimentación como los papás a nosotros nos educaron en la alimentación, es el problema por ejemplo de obesidad.” (GD4, 2)

En concordancia con lo señalado anteriormente, el incremento de enfermedades crónicas asociadas a la nutrición en las personas mayores, tales como obesidad, hipertensión arterial y diabetes entre otras, tenía como consecuencia en las personas mayores prohibiciones y limitaciones en cuanto al tipo de alimentación, lo que generaba sentimientos de impotencia, frustración y rabia en los interlocutores de ambos colectivos, dado que no podían ingerir lo que les apetecía; en este caso, comer sin restricciones, por lo tanto, se veía como un elemento añorado. Un ejemplo de esta situación era la diabetes, enfermedad prevalente en ambos colectivos, que implicaba para quienes la portaban una serie de cambios en sus patrones alimentarios. Innumerables son los ejemplos al respecto, como se puede observar en este verbatim.

“Claro que la enfermedad la aconsejan a uno, porque de esta enfermedad que uno es diabética no puede comer mucho y yo me paso un poco y entonces me hace mal y me da rabia que me quiten que no coma, si esa enfermedad de diabetes es de un hambre.” (GD4, 13)

Otro aspecto interesante de mencionar era la concepción de alimentación natural que tenían las personas mayores, la cual, en los fragmentos discursivos, se presentó en el marco de tiempos pasados y en comparación con la alimentación actual o artificial, como la denomina el colectivo indígena. Los alimentos naturales, que antes consumían muchos de los interlocutores, fueron valorados como una alimentación saludable que contribuía a su salud, sin embargo el consumo de dichos alimentos en la actualidad se veía dificultado por la escasez de estos y su alto costo.

“comíamos yuyo (...) ahora ni yuyo hay (...) allá puro mapuche lo compra (...) 500 pesos el manojo (...) está muy caro (...) hay que comprarlo no ma es el yuyo natural (...) pa cazuela, con acelga natural.” (GD1, 11, 12)

El discurso en relación a la alimentación, pese a las bondades de la dieta tradicional indígena, mostró que en la actualidad consumían cada vez más productos "de almacén", como fideos o arroz, aumentando con ello la ingesta de calorías y los consiguientes

Capítulo 8. Resultados

problemas acarreados por la gordura. El catuto, por ejemplo, mencionado en el siguiente verbatim, es un pan confeccionado con trigo maduro o cocido, que aporta cuatro veces menos grasas que el pan integral.

“(...) antes comíamos el catuto ese no nos enfermábamos nosotros, ahora estamos enfermándonos con la comida, los fideos (...) harina comíamos (...) comía cochayuyo, lokro, ensalada, mote (...) entonces esa comida a la antigua que era más natural nos mantenía, no se enfermaba uno(...) antes no conocíamos los fideos, puro la harina tosta, al desayuno un pavito se hace (...) pero la gente era más firme po (...) por eso mismo comían más natural.” (GDI, 11)

Las situaciones vividas y su relación con la salud

Las situaciones experimentadas en el transcurso de la vida, y que, para los interlocutores de ambos colectivos, tenían relación con las enfermedades que presentaban en el momento de realización de los grupos de discusión, fue otro de los factores que afectaba a la salud de las personas mayores. En ambos colectivos, se describió que experiencias de violencia en espacios públicos o intrafamiliar (maltrato físico en la infancia, maltrato conyugal), de accidentes, de prácticas laborales inadecuadas o de cuidados de familiar (padres), entre otras, fueron dejando secuelas que finalmente afectaron su salud y explicaron, en parte, las dolencias y/o enfermedades que, en ese momento, padecían. Hubo diferencias en ambos colectivos a la hora de enfatizar las situaciones violentas, que pudieran relacionarse con problemas de salud, de esta forma, los interlocutores indígenas señalaban las experiencias de violencia pública y los no indígenas las experiencias de maltrato vividas en la infancia; los siguientes discursos ejemplifican dichas situaciones vividas por los interlocutores y que señalan como causantes de sus problemas en su salud.

“porque uno es mapuche, es duro, (...) aquí mismo unos parientes de la comunidad una vez con un vecino tuvieron una pelea y por andar en la pelea me dieron un hachazo aquí (cabeza en la nuca), (...) y eso toda esa custiones me molesta la cabeza, estoy hasta sordo(...), pero siempre cuando trabajo, ando agachao me da como una borrachera, por el golpe que tengo aquí en la cabeza umm (..), mi Dios bueno me ira a llevar a campo santo.”(GDI, 4)

Capítulo 8. Resultados

“Mi padre (...) si po, me pego en la cabeza, no sé porque lo hizo pero casi me mató, yo digo que por eso ahora quede así con la cuestión esa de la cabeza. Después mi madre me pegó también cuando chica, me dio una pateadura y me pegó en la cabeza, porque me pegaban en la pura cabeza (Varios ahhh). Después las consecuencias los hijos las sacan cuando grande no ¿cierto? y ese puede ser mi problema ahora.” (GD4, 10, 11)

El autocuidado y su relación con la salud

Hablábamos de los estilos de vida de las personas mayores como factores importantes en la conceptualización de su propia salud. Dentro de este marco, en el discurso se le atribuyó un rol fundamental al autocuidado, que fue asociado por los interlocutores de ambos colectivos con un buen estado de salud. El autocuidado tenía que ver con aquellas decisiones que tomaba la persona sobre su salud y sobre las cuales ejercía cierto control.

En el discurso, la falta de autocuidado aparecía como uno de los principales argumentos para explicar el empeoramiento de su salud, el cual se vio reflejado, por ejemplo, en la baja adherencia a los tratamientos e indicaciones médicas. Las razones argumentadas para tener un bajo nivel de autocuidado tenían relación con: las experiencias positivas y negativas vividas en la interacción con el equipo de salud; la efectividad de los tratamientos; el escaso entendimiento de las indicaciones entregadas por el equipo de salud (esto estaba estrechamente vinculado a la falta de escolarización, lo que obligó a los interlocutores, muchas veces, a depender de otros para poder administrarse sus medicamentos); la desconfianza, en las personas indígenas, al tratamiento alopático entregado en los centros de salud y, en los interlocutores no indígenas, al profesional que los atendió.

“(...) también, me dieron unas pastillas no sé qué pastillas me dieron, casi me mató las pastillas también, me dieron pastillas pa orinar, parece pa envenenar, el médico me las dio y me echo pa fuera al tiro, me quede en los huesos, menos mal que me di cuenta al tiro que me hacían mal sino sigo tomando.” (GD1, 7)

“Es que la doctora tiene un genio muy mañoso, yo una vez tuve enferma sabe que me dijo, yo tenía dolor de músculos, de todo el cuerpo, no si son los huesos que te duelen y me dio una inyección pa los huesos. (...) tenía bronconeumonía (...) sabe que casi me morí sin ningún remedio.” (GD3, 4)

Capítulo 8. Resultados

De las prácticas para el autocuidado descritas en la literatura (alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, actividad física, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos) (Tobón 2003), los interlocutores se centraron en dos de ellas, la alimentación, que ya fue analizada anteriormente, y el seguimiento de las prescripciones de salud, que estaba muy ligado a la relación que se establecía entre la persona y el equipo de salud, en donde el rol del equipo de salud era promover las prácticas de autocuidado en su población a cargo, con un criterio de anticipación al daño.

“(...) escuchar a la posta, que sí hay que tomar remedios, se lo toma, en veces lo bota, en veces hacen mal las pastillas y al final uno ya dice que van a hacer las pastillas.”
(GD1, 7)

Asimismo, la falta de autocuidado, referida por los interlocutores, se mostró como una actitud de descuido con la propia persona y, por ende, con su enfermedad, en donde uno de los elementos causales, referidos en ambos colectivos, fue el alcoholismo, especialmente en los hombres. Esto quedó ejemplificado en el discurso, en donde se reconoció, a consecuencia del consumo de alcohol, un abandono del tratamiento con la consecuente reaparición de la enfermedad y un abandono total de la persona enferma de todo tipo de tratamiento.

“Yo estuve enfermo varios años más y me dio el parálisis, entonces el parálisis mejore un poco y después como al campesino le gusta el trago habían fiestas y yo me iba curao⁷⁴, después llegaba más o menos a la casa, entonces poco hacía caso a los remedios (...), entonces qué pasó, (...) el parálisis me está volviendo.” (GD2, 1)

“No, porque no lo puede obligar, si ese es el problema, porque una persona puede tener un problema de salud muy serio, pero si no quiere hacer nada, habría que buscar alguien en quien él confíe.” (GD3, 17)

⁷⁴ Ebrio por consumo excesivo de alcohol.

Capítulo 8. Resultados

Los principales problemas de salud percibidos por los interlocutores coincidieron con el actual perfil epidemiológico del país, en el cual prevalecen las enfermedades no transmisibles, tales como la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y la artrosis entre otras, las cuales además convivían con patologías agudas, tales como el dolor de oído y de garganta. Dicho perfil epidemiológico está estrechamente vinculado a los estilos de vida de la población, a las condiciones sociales, económicas, entre otras, en donde el autocuidado, debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad (Tobón 2003).

A modo de síntesis de este acápite de autopercepción de salud, los factores determinantes de la salud que referían los interlocutores tenían relación con la alimentación artificial, las situaciones vividas, asociadas a la violencia, que dejaron secuelas en su salud y la falta de autocuidado..

▪ **Percepción del sistema de salud**

Se analizó el discurso de los actores sociales consultados, considerando, en una primera fase, la organización de los centros de salud para proveer los servicios sanitarios y, posteriormente, lo expresado por los interlocutores respecto a la valoración de la atención entregada por el equipo de salud.

El discurso de los actores sociales puso de manifiesto aquellos elementos que el sistema no visualiza y/o no aborda y que eran propios de su realidad rural y de su bagaje cultural, de esta forma, se analizó la percepción de los interlocutores con respecto al acceso a la atención de salud (problemas vinculados al transporte público y de traslado en situaciones de emergencia), a la capacidad resolutive del sistema de salud y a la continuidad de atención en la red asistencial, en donde los factores de ruralidad y etnia emergieron como categorías discursivas transversales.

Organización de los centros de salud para proveer los servicios sanitarios

En términos globales, las personas mayores, tanto del grupo de indígenas como de no indígenas, señalaron recurrentemente que la organización dada por los centros de salud para la atención no facilitó el acceso para quienes viven en zonas rurales y que más bien son ellos quienes tuvieron que adaptarse a la organización, que estaba pensada para zonas urbanas cercanas al centro de salud. Existían problemas concretos relacionados con lo anteriormente mencionado, como las distancias geográficas y la frecuencia de horarios del transporte público, que se convirtieron en factores determinantes de un difícil acceso a las prestaciones de salud, lo cual quedó reflejado en este fragmento discursivo, en el cual se relataron las dificultades de acceder a atención médica en un centro de salud.

“Y el campesino, por ejemplo en el hospital, en el policlínico, es más difícil para conseguir hora, (...) el campesino siempre llega tarde y en el policlínico le dan veinte personas le dan hora, entonces nosotros siempre andamos atrasados y a veces no tocamos hora vamos a puro perder el viaje a Lautaro (...) la gente que son de pueblo tan primero que nosotros y nosotros cuando llegamos (...) no hay hora.” (GD2, 3)

Las dificultades en el acceso fueron las más recurrentes en el discurso de ambos colectivos, éstas se presentaron no solo para tratar las enfermedades, sino también al momento de acceder a otras prestaciones, como por ejemplo los medicamentos. Asimismo, los interlocutores valoraron positivamente la organización dada por el centro de salud para el acceso a control de enfermedades crónicas, como por ejemplo las respiratorias, para lo cual se contaba, en los centros de salud, de una sala especial con profesional especializado.

“A veces le dan horario para retirar los remedios (...) resulta que le dan el horario y uno llega a las 3 y no encuentra a nadie (...), al otro día hay que ir de nuevo y si no ir en la tarde.”(GD4, 16)

“En el consultorio (...) yo voy por lo general a la sala ERA⁷⁵ (...) uno va a sacar su hora y llega y sabe que la van a llamar y cero problema.” (GD4, 15)

⁷⁵ Sala ERA: sala de enfermos respiratorios adultos

Capítulo 8. Resultados

Sin embargo, aunque los centros de salud habían tomado medidas, a nivel local, que facilitaban el acceso de las personas de zonas rurales a la atención de morbilidad, no siempre éstas produjeron los efectos deseados, dado que la demanda existente en la población por atención médica dificultó al centro de salud el dejar horas reservadas para las personas provenientes de zonas rurales. Esta situación traía consigo descontento en los interlocutores, los cuales vivían con impotencia y desesperación el no poder contar con un acceso más expedito a la atención médica.

“el grave problema es cuando uno va a ver médico al consultorio, llega la ventanilla cero que nos corresponde a los rurales (...) y le dicen señora no hay hora, pero cómo no va a haber hora si se supone que iban a haber horas reservadas para la gente rural (...) qué pasa que uno va con su pasaje llega allá y queda plop, (...) a mí me produce una desesperación terrible (...) porque si uno quiere sacar hora para el médico es porque realmente me siento mal.” (GD4, 15)

Relacionado con lo anteriormente dicho, se planteó en el discurso que el transporte público existente era una dificultad para el acceso a la atención de salud de las personas mayores rurales, por la escasa e inapropiada frecuencia de horarios del transporte en los sectores rurales, a lo que se sumaba el alto costo que dicho transporte significaba para los interlocutores.

“De acá tenemos dos buses y para volver uno se viene a las 12 y el otro a las 12 y media y si se vienen esos dos uno tiene que quedarse todo el día (...). Hasta las cuatro y media o las cinco de la tarde otra vez.” (GD4, 14)

“(...) sale 1.200⁷⁶ pesos ida y vuelta (...) y de repente que el bolsillo está más o menos a fin de mes para gastar.” (GD4, 15)

Asimismo, en el discurso de ambos colectivos, el transporte de emergencia era otra de las dificultades que obstaculizaban el acceso, frente a lo cual los interlocutores aprendieron que obtenían mejores resultados cuando la ambulancia era solicitada directamente por el técnico paramédico a que cuando la solicitaban ellos. El

⁷⁶ 1 euro aproximadamente son 725 pesos chilenos en el año 2014.

Capítulo 8. Resultados

requerimiento de la ambulancia después de las cinco de la tarde generaba aún mayores dificultades, dado que no en todas las postas de salud rural el técnico paramédico residía en ella, y por lo tanto era aún más difícil pedir la ambulancia, como se puede observar en el siguiente verbatim.

“(...) cuando va y llaman de acá de la posta lo escuchan al tiro y si uno llama no. Si po, porque cuando estaba él y necesitábamos la ambulancia en la noche él llamaba y la ambulancia venía po, pero si la llama uno no, no viene (...) yo llamé a la ambulancia y me dicen, no tiene cómo traerlo, (...) si yo hubiera tenido cómo traerlo no estaría llamando la ambulancia, uno lo puede sacar a la carretera más cerca pero ¿cómo? (...).” (GD3, 13)

Conforme se deja ver en el verbatim anterior, la disponibilidad de técnico paramédico permanente, en la posta de salud, fue otro aspecto recurrente y relevante en el discurso de ambos colectivos, que se relacionaba con el acceso y continuidad de la atención en salud, cuya carencia generó sentimientos de vulnerabilidad frente a la enfermedad, dado que se percibían desprovistos de los servicios sanitarios básicos. Asimismo, el no poder hacerse los análisis en la posta de salud provocaba no sólo insatisfacción sino incomprensión, dado que el técnico paramédico normalmente contaba con vivienda cerca de la posta de salud, que reunía todas las condiciones para residir en ella y no tener que cerrar dicha posta. La no permanencia del técnico paramédico fue un tema conversado en las comunidades indígenas.

“(...) que aloje en la posta (...) porque tienen todo, calefacción, agua, (...) tienen pa bañar en cualquier minuto (...) si se enferma a las 5 o las 6 donde llamamos, donde vamos a acudir, teniendo posta ahí mismo.” (GD1, 22)

“(...), uno no tiene fecha ni hora que se va a enfermar. (...), las personas se enferman cualquier día, a cualquier hora, entonces eso encontramos nosotros un poco malo aquí porque el paramédico debía (...) todos los días, no de lunes a viernes, tendría que haber otro auxiliar que remplace sábado y domingo (...) esos dos días no hay que enfermarse, hay que estar hasta el lunes.” (GD2, 2)

Capítulo 8. Resultados

Respecto a cómo organizaban los centros de salud la toma de muestras⁷⁷, se plantearon dos situaciones por los interlocutores no indígenas, la primera reflejó las dificultades de tener que realizarlos en el centro de salud primario, en donde la valoración era negativa, producto de la espera prolongada (tenían que salir muy temprano de sus casas, no los atendían al momento y, además, se encontraban en ayunas); la segunda situación hacía referencia a la toma de muestras en la posta de salud rural por el técnico paramédico, con lo cual los beneficiarios de esa zona no tenían que desplazarse hasta el centro de salud para la realización de sus exámenes, evitando con ello los costos y tiempo asociados al transporte; es decir, se daba una valoración positiva de esta forma de gestionar la toma de muestras. Esta organización, en la toma de muestras, obedecía a que la camioneta de la municipalidad⁷⁸ iba todos los días a la posta de salud rural a buscar a la técnico paramédico, lo cual permitía el traslado de las muestras al centro de salud.

“(...) si los exámenes de sangre rurales (...) pero no sé si de repente tiene la paciencia de esperar hasta el final, (...) a las 10 de la mañana, 10:30 (...), pero es que hay que ir sin desayuno y hay que levantarse a las 7 de la mañana, da hambre.”(GD4, 16)

“hace los exámenes cita a su gente los días lunes, miércoles y viernes a exámenes (...) y le sacan los exámenes y los llevan en la camioneta en la tarde (...). Son exámenes de sangre, orina, todas esas cosas (...) eso está bueno.” (GD3, 9)

Los interlocutores propusieron innovaciones, al elaborar demandas discursivas, que tenían relación con el acercamiento de todos los servicios sanitarios a sus localidades, quedando de manifiesto la demanda de que todas las atenciones fueran entregadas en la posta de salud rural, que correspondía al dispositivo de salud más cercano a la población rural, y que los centros de salud contarán con una atención médica preferencial para las personas que vivían en zonas rurales.

“Yo opino que como que todo debería ser en cada posta, es como más fácil para la persona de campo venir a la posta.” (GD4, 15)

⁷⁷ Básicamente se efectúa la toma de muestra de exámenes de sangre y orina.

⁷⁸ Ayuntamiento.

Capítulo 8. Resultados

“O ahora también podría ser que dieran tres días en la semana para los del pueblo y tres días para los del campo, para las postas rurales no más.” (GD4, 15)

Finalmente, un tema sentido por los interlocutores indígenas, y que tenía relación con los derechos, fue la demanda de vitaminas y calcio, reconociendo en ellos un aporte para su salud y las posibilidades de un mejor envejecimiento; esta demanda pudiera ser atribuida a la interiorización, por parte de la población, de una conciencia respecto a los aportes para la salud de las vitaminas y el calcio, a través de los colegios, de programas informativos, de campañas comunicacionales etc. Sin embargo, el discurso de este grupo indígena agregó un matiz, consistente en que tanto el calcio como las vitaminas entregadas fueran de calidad, ya que las que eran entregadas en la posta de salud, desde su percepción, eran malas; resulta interesante mencionar como lo que era regalado era sinónimo de malo y aquello de alto costo fue sinónimo de bueno, conceptos muy arraigados en la sociedad chilena en general.

“En la posta nosotros deberíamos tener derecho a vitaminas, algo que nos fortalezca a los viejos (...), qué nos van a aportar el paracetamol, la aspirina, la dipirona, eso no son ninguna vitamina ni nada (...).” (GD2, 6)

“(...) porque el que tiene un poquito de edad ya lo va aplastando y si no toma ninguna vitamina ni compra, se pone mal no más. Ese es el problema de la gente pobre campesina.” (GD2, 8)

“deberían darle vitaminas a las personas de edad, vitaminas buenas, pero no las dan, si le dan unas vitaminas, les dan unas vitaminas malas, (...) porque los remedios buenos son carísimos, yo le pido recetas a veces al doctor, una vitamina que tomé este año, me costaban casi 15 lucas⁷⁹ un frasquito que traía, (...) pa'l mes traía, unas vitaminas, pa' los huesos, tomé tres de esos y gasté casi como 50 lucas en remedios que hacen bien, pero que cuestan caros particular comprarlos.” (GD 2, 6)

⁷⁹ Se entiende en la jerga popular como pesos chilenos.

Valoración del equipo de salud

Un segundo aspecto que analizamos a continuación, y que nos introdujo en el discurso de los actores sociales consultados, estuvo asociado a la valoración que estos tenían de la atención otorgada por el equipo de salud. Al respecto, señalaron recurrentemente experiencias que podían ser agrupadas bajo dos conceptos: satisfacción con las atenciones otorgadas por los miembros del equipo de salud y discriminación de dichos miembros hacia ellos.

Cuan satisfechos o no estaban las personas mayores, con la atención otorgada por los equipos de salud, se revisó conforme a los diferentes dispositivos de la red en los cuales se encontraba dicho equipo de salud (posta de salud rural, centros de salud primarios y hospitales).

Las postas de salud rural, como lo hemos mencionamos anteriormente, eran el dispositivo de salud más cercano a la población rural, y en ella atendían de forma permanente el técnico paramédico, y con una frecuencia quincenal el equipo del centro de salud familiar del cual dependía la posta. Primeramente, nos centraremos en la percepción que los interlocutores tenían del equipo de la ronda de salud⁸⁰ y, posteriormente, del técnico paramédico.

En relación al equipo de salud de la ronda, que otorgaba atenciones en la posta de salud, estaba generalmente compuesto por un médico, una enfermera, una nutricionista, una matrona, y una asistente social, entre otros; el equipo de salud se desplazaba a la posta, con una frecuencia quincenal, otorgando las prestaciones de morbilidad, controles de salud, inmunizaciones, entrega de alimentos, medicamentos, etc. El discurso de las personas mayores estuvo centrado en la demanda de mayor disponibilidad de algunos profesionales, ya que una de las máximas preocupaciones para los interlocutores no indígenas fue la escasa frecuencia de participación del médico en la ronda de salud que asiste a la posta, requiriendo el poder contar con médico en las dos rondas efectuadas al mes en la posta de salud rural. Los interlocutores indígenas agregaron la insatisfacción por la escasa diversidad de prestaciones, solicitando que, en la ronda de salud, existiera

⁸⁰ Ronda de salud corresponde a la atención del equipo del centro de salud primario, que se desplaza con una frecuencia quincenal a otorgar las acciones de salud a la población en las postas de salud rural (médicos, enfermeras, matronas, nutricionista, asistente social, psicólogos, entre otros).

Capítulo 8. Resultados

además de médicos generales, médicos especialistas, toma de muestra para exámenes y un mayor arsenal de medicamentos. La demanda de los interlocutores indígenas dejaba de manifiesto que las expectativas de estos eran superiores a lo que el sistema de salud chileno tiene definido como servicios sanitarios a entregar en las postas de salud rural.

“Lo ideal sería que vinieran médicos las dos rondas (...) siempre se le ha dicho se les ha pedido médico la segunda ronda (...) pucha la ronda médica ha servido cualquier cantidad.” (GD4, 17)

“Me gustaría otro médico y una enfermera acá, una enfermera que cuide día y noche, porque si uno se enferma en la noche no hay nada a quien acudir. Una posta bonita como la que tenemos (...) no sacamos na con tener el puro paramédico, si po.” (GD3, 13)

“y entonces (...) para tener un buen médico aquí en la comunidad o en el pueblo, o sea, pediatra y todas esas cosas que nombran los que saben, esos no atienden aquí, todos están en Temuco y eso tenía que haber habido aquí.” (GD 2, 3)

Asimismo, los ancianos indígenas, a diferencia de sus congéneres no indígenas, dieron mayor importancia en su discurso a la insatisfacción con el comportamiento del equipo de salud de la ronda que a la falta de profesionales en los centros de atención. Los interlocutores no indígenas hicieron hincapié en todos aquellos aspectos vinculados al proceso de atención, al tiempo de espera para que se hiciera efectiva la atención, al tiempo destinado a la atención, al trato recibido y a la empatía del profesional que los atendió.

“esa es la vida del campo, uno igual tiene que hacer cosas aquí en la casa, pal campesino no es como el pueblo, (...) aquí en la posta atienden 30, 25 personas y se van, llegan tarde, nunca llegan la hora atienden hasta las doce, tienen que almorzar y hay que esperar, esa es la atención del campesino.” (GD1, 3)

En ambos colectivos, el discurso se focalizó en la atención médica, los tratamientos entregados y el trato inadecuado del médico, que hacía alusión a elementos concretos del trato, tales como el saludar, o como la empatía en la atención clínica, entendida ésta como la identificación del profesional con la dolencia de quien le consultaba. Este tipo de actitudes de trato inadecuado y de falta de empatía en la atención de salud, que se traducían en una mala atención, generó que se percibiera que los resultados de la acción

Capítulo 8. Resultados

sanitaria no eran alcanzados, sino que, más bien, se produjera un empeoramiento de la situación de salud.

“Se supone que si uno entra a una parte, saluda, pero ella está con la cabeza agachada y ni la mira, ni la saluda. Pero uno la saluda igual (...) pero no sé porque ella (...) es así tan brusca, no puede ser un médico (...).” (GD3, 4-5)

“Y te dice, ya por qué viene y si uno le dice que es por dos cosas, dice no, tiene que ser una sola cosa. (...) y después esperar (...) hasta la próxima ronda.” (GD3, 5)

“(...) entonces uno se va con la enfermedad y peor pa la casa (...) se va con el ánimo pa abajo en vez de ir pa arriba y con rabia (...) uno ni se atreve a decirle lo que siente y de verla uno se echa pa abajo, (...) entonces sale más enfermo.” (GD3, 5-6)

Sin embargo, a partir de estas experiencias se generó en el colectivo no indígena un cuestionamiento de la actitud pasiva de ellos mismos como clientes del sistema de salud, y de la comunidad en su conjunto, por no haber efectuado acciones que modificaran lo acontecido; al respecto, los interlocutores, más que sentirse ellos llamados a generar acciones de cambio, manifestaron la necesidad de que el comité de salud⁸¹, en el sector, los representara, haciendo de nexo entre la comunidad y el equipo de salud y transmitiéndoles a estos su descontento y necesidades.

“ahí habría que hacer como una especie de ponerse de acuerdo, eso es lo que tienen que hacer ustedes, ósea explicarle a ella (...) pero si varias personas nos han dicho a nosotros que como comité de salud se podía hacer algo (...) conversar con ella (...) nosotros conversamos con la asistente social, ella dijo plantéenselo a la enfermera y que la enfermera le diga, pero yo pienso que le dijo porque un día vino y se llegó riendo (...).”(GD3, 7-8)

El discurso de los interlocutores no indígenas fue recurrente en las experiencias que valoraban al técnico paramédico como un actor de apoyo clave en el mundo rural. Además, el técnico paramédico no fue solo valorado como un apoyo en situaciones de enfermedad, sino también en otros ámbitos de la vida de las personas mayores, tal y

⁸¹ Espacio de participación y encuentro entre equipos de salud, usuarios y comunidad con el fin de aportar al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población en el cual se encuentra inserto el centro de salud (Ley de autoridad sanitaria 19.937).

Capítulo 8. Resultados

como fue reflejado en el discurso de este grupo no indígena, que destacó en él su capacidad de ayudarles a solucionar sus problemas y, con su apoyo, a fortalecer las organizaciones en las cuales participaban, tales como la junta de vecinos, los talleres etc. Además, también se mencionó que las falencias existentes en la posta eran atribuidas a problemas de gestión que escapaban al ámbito de acción del técnico paramédico, como por ejemplo la falta de medicamentos.

“(...) nos ayudó harto porque a mi hermano le dio una hemorragia nasal a las 2 de la mañana en junio o julio del año pasado (...) así que le dije yo ponte la manta porque estaba lloviendo a todo cántaro (...) y le puso un taponaje y tenía que la vena nasal se le había cortado, así que estaba sangrado y tuvo que llamar la ambulancia de la misma casa la vino a esperar mi hermano aquí y lo llevaron.” (GD4, 17)

“es que don “M” tiene muy buena voluntad, podemos decir muchas cosas buenas de él, (...) siempre anda preocupado de todo, (...) le decimos que tenemos algún problema, ah ya, cero problema, soluciona las cosas, (...) le gusta ayudarnos, ayudarnos en la junta de vecinos, (...) en el taller laboral, nos ayuda a nivel de todo (...) como amigo, como paramédico, como uno.” (GD4, 17)

“Porque los remedios son pocos y la atención de “S” (técnico paramédico) no está mal.” (GD2, 3)

“No con don “M” (técnico paramédico) no hay na que hacer (...) además que a los viejos los va a atender a la misma casa.” (GD4, 18)

Respecto a la atención en el centro de salud de atención primaria, el discurso de las personas mayores reflejó situaciones similares a las mencionadas anteriormente, ya que para las personas mayores indígenas la insatisfacción con la atención médica estaba determinada por los tratamientos entregados, que no surtían los efectos de mejoría; en los mayores no indígenas la insatisfacción estaba mediatizada por los aspectos vinculados al trato otorgado por el médico en la atención y a la falta de empatía del galeno con su dolencia. Finalmente, para las personas mayores el trato cobraba una especial relevancia en el proceso de atención de la salud, como lo podemos apreciar en los siguientes verbatim.

Capítulo 8. Resultados

“(…) entonces he ido al consultorio a traerles orina y todo, me examinaban también, pero los resultados no sé, no me daban remedios, me daban unas pastillitas no más y listo y te fuiste pa’ la casa.” (GD 2, 1)

“En el consultorio de Los Ángeles igual había un médico más o menos igual “J” (...) y ese también está escribiendo ni lo mira a uno.” (GD3, 6)

“pero si yo una vez fui al médico y resulta que habíamos dos con el mismo apellido, y me toco ese doctor “J” y llegan y llaman a la otra persona, era E.Z., pero el segundo apellido era distinto ya llega y pasa y después cuando salgo yo para afuera, me dice dígame a E. Z. que pase, pero doctor si soy yo y me dice ay no importa porque te atendí con la ficha de la otra con el mismo nombre, yo le dije pero doctor los remedios (...) además que la enfermedad no es la misma, ah ya no importa chao me dijo llama a la otra persona, (...) les interesa atender rapidito no más a la gente.” (GD3, 6-7)

“lo interesante es que uno tenga buen trato.” (GD3, 11)

Sin embargo, también el discurso denotaba situaciones de satisfacción con la atención médica, haciendo una distinción entre los diferentes facultativos, lo cual se veía reforzado por experiencias de valoración positiva de la atención médica. Asimismo, se destacó la satisfacción con la atención entregada por otros profesionales del equipo de salud, tales como la enfermera y la nutricionista.

“(…) hay médicos buenos y hay médicos malos.” GD3, 7)

“(…) yo fui y me atendieron bien, nada que decir.” (GD4, 16)

“Hay una señorita delgadita bonita en Los Ángeles (...) ella es la enfermera (...) ella se compadece de uno y le dice que siente y ella le dice quédese no más un momento (...) ella es muy buena igual que la nutricionista.” (GD3, 11)

Respecto a los equipos de salud que atendían en establecimientos hospitalarios, y que otorgaban prestaciones de especialidad, los interlocutores los mencionaron muy poco en el discurso, lo cual podría ser atribuido al escaso contacto de los interlocutores con estos centros asistenciales, dado que en Chile el sistema de salud está basado en la atención primaria, nivel que resuelve más del 90% de las consultas de salud. La insatisfacción se originó, mayoritariamente, por los tiempos de espera que resultaron excesivamente prolongados, especialmente para las intervenciones quirúrgicas, que tardaron aún más

Capítulo 8. Resultados

que para una consulta médica de especialidad; por lo tanto, los interlocutores más que valorar la atención recibida por parte de los especialistas, se focalizaron en los problemas generales de la atención médica especializada.

“(...) una hora para pedir a dónde sea son seis meses (...) yo tenía control del pulmón en Santiago, me llamaron que la hora es, pa tres meses más, ahora después fui y me dijeron que me tenían que llamarme de nuevo, ahora en unos seis meses más me irán a llamar.” (GD3, 2)

“(...) uno tiene que esperar un año, dos años, yo misma estoy esperando una hora para una operación hace más de un año en Los Ángeles, en un brazo tengo un temblor, (...) o sea, que este año que vamos a entrar en junio, voy a enterar dos años, y recién me llamaron para evaluarme el anestesista (...).” (GD6, 2)

Como mencionábamos anteriormente, las alusiones respecto a la atención en el hospital se presentaron con menor frecuencia en el discurso de ambos colectivos, siendo los interlocutores indígenas quienes relataban experiencias de haber estado hospitalizados, con una valoración negativa, tanto de los servicios de logística de la atención como de las prestaciones clínicas. Asimismo, se tendía a comparar la atención otorgada por establecimientos hospitalarios públicos y privados, teniendo una mejor valoración la clínica privada.

“(...) también estuve en hospital, en el hospital parece preso los enfermos (silencio) (...) toda las cosas la encontraron mala, la comida, (...).” (GD1, 7)

“(...) que venga el doctor “V” de la municipalidad (...) me fue a ver y me dijo pucha hombre no tenía ni un mejoral anotado en la planilla, estaba botado, estaba botado así como si estuviera en mi casa no más (...).” (GD2, 5)

“¿Y cuál es el modo de ser de la medicina?, (...) el otro día (...), el mismo doctor me llevó a la Clínica Alemana, allá me examinaron (...) al otro día me operaron porque no tenía ni una cuestión más que la próstata, y acá me estaban diciendo que tenía cáncer y nunca po. Esas son las cosas que pasan y por eso que con lo que tenemos aquí (...) estamos mal los enfermos.” (GD2, 5)

Resultó relevante, como elemento distintivo entre ambos colectivos, los sentimientos de discriminación; estos eran referidos, especialmente, en el discurso de los interlocutores

Capítulo 8. Resultados

indígenas; los diálogos mostraron con fuerza los sentimientos de sentirse discriminados por su condición de mapuche, alcanzando la discriminación más allá de la atención de salud

“y eso lo malo que tenemos nosotros, somos muy mal atendidos, despreciado en todo, que siempre el mapuche, le dicen ahh este es mapuche porque tan cochino anda y aunque uno quiera andar limpio, en la micro, aunque lleve zapato lustrado, en la micro donde hay tanta gente se ensucia eso caso malo que tenemos.” (GDI, 4)

“(…) porque aquí el campesino hay barro, anda embarrao, andamos sucio y siempre nos dejan al último y eso no debe ser así, llega aquí el médico y empiezan a charlar ello primero y después la atención, (...), uno tiene que hacer, tiene que cuidar ordenar su casa, pero, allá esta todo el santo día pasando hambre umm, (Suspiro) eso del servicio de salud estamos mal.” (GDI, 4)

Esta percepción de discriminación queda ejemplificado en el discurso que alude a vivencias propias de rechazo en el ámbito de la salud, en donde se aludía a una técnico paramédico de la posta, que se negaba a otorgar atención a algunas personas solo por su condición de mapuche; esta situación para los interlocutores resultaba incomprensible, dado que, en su opinión, el funcionario estaba ahí para efectuar su trabajo, y su trabajo era atender a toda la población que consultaba, sin discriminar por su etnia. Asimismo, se mencionó que la discriminación, de la cual eran objeto en la atención de salud entregada en la posta, se debía a su condición de mapuche y no necesariamente a las condiciones de ruralidad en la cual estaban insertos, en donde la falta de agua, el calor y la tierra del camino les impedían llegar a la atención de salud en mejores condiciones de aseo.

“(…) incluso había una señora que no quería ver a lo mapuche les tomaba asco, pero si es un trabajo que tienen ello, (...), se fue la señora porque no quería ver con mapuche, mirar al mapuche, dice que ella era muy pituca⁸², aquí en la posta. Entonces se mandó cambiar, porque como decía, ella no quería ver mapuche llevaba meses no más la señora.” (GDI, 21)

⁸² Pituca, persona de extracción social alta. Asociación de academias de la lengua española. 2010. Diccionario de Americanismos. Perú: 1727.

Capítulo 8. Resultados

“(...) y aunque nosotros anduviéramos limpio le tomaba asco, que iba a atender al mapuche (...) más encima con la escasez de agua en tiempo de calor po (...) uno tenía llegar fragante en traspiración (Risas).” (GDI, 21)

Se formuló por los interlocutores indígenas, con mucha fuerza, la demanda de mayores oportunidades para los jóvenes indígenas, en el sentido que se les diera la posibilidad de formarse para, posteriormente, ser ellos quienes trabajasen en las postas de salud rural; de esta forma, lo que se reivindicaba es que fuera uno de su etnia, un mapuche, quien les otorgue la atención de salud, evitando con ello las situaciones de discriminación que les afectaban. Asimismo, esta propuesta se veía, también, como una oportunidad de trabajo para sus jóvenes, una oportunidad que les permitiera, además, permanecer en la comunidad y no tener que desplazarse a la ciudad en búsqueda de trabajo y mejores oportunidades.

“(...) hay gente aquí vacante (...) son como 18 comunidades que agrupa la posta, sacar de ahí alguna persona que sea campesino, que se le dé posibilidad que se preparen los niños como pa doctor o pa auxiliar, hay gente capaz como que puede hacer eso es que si no la autoridad aquí no le da lugar, no le dan el espacio como para que nosotros lleguemos allá (...) uno por sector siquiera, una chiquilla o un joven que se prepare hay gente prepara pa eso, son capaz la gente, como le digo no le dan el lugar, (...) entonces eso sería lo más necesario pa nosotros que hubiera un auxiliar sangre de nosotros ojala.” (GDI, 2)

En síntesis, debemos señalar que, en ambos colectivos, la percepción de la atención de salud, otorgada por algún miembro del equipo de salud, se presentaba en el discurso vinculada a aspectos de la organización del establecimiento para la provisión de servicios sanitarios. Asimismo, recurrentemente, dirigían su discurso hacia la atención de salud otorgada en el dispositivo de salud más cercano al lugar de residencia, como es la posta de salud rural, seguida del centro de salud de atención primaria, con escasa mención del hospital, de mayor complejidad tecnológica. Esta jerarquía discursiva a la hora de nombrar y analizar las entidades sanitarias podría atribuirse a la organización propia del sistema de salud chileno, basado en la atención primaria, en el cual, en el mundo rural, la posta de salud juega un rol sanitario cotidiano de relevancia para sus habitantes, y en donde el acceso a los servicios de atención especializada de la red de

Capítulo 8. Resultados

salud pública requiere de una derivación por parte del médico de atención primaria, mediante una interconsulta.

En ambos colectivos, las propuestas de mejora de la atención de salud, extraídas del discurso, se orientaron a contar, de forma permanente, con un técnico paramédico en la posta de salud (que aloje en la posta y esté disponible día y noche todos los días de la semana), a contar con ambulancia y que la atención del centro de salud se coordine con los horarios de movilización pública. El elemento distintivo del grupo indígena estriba en que desean que a los jóvenes se les dé la oportunidad de formarse como técnico paramédico, con la intención de que los profesionales de salud sean mapuche y no tener que estar expuestos a discriminación en la atención de salud. Además, se consideraba que un técnico paramédico de su etnia les entregaría vitamina, calcio y estaría más cerca, geográficamente, de sus comunidades.

8.3.1.3. *La enfermedad en el discurso*

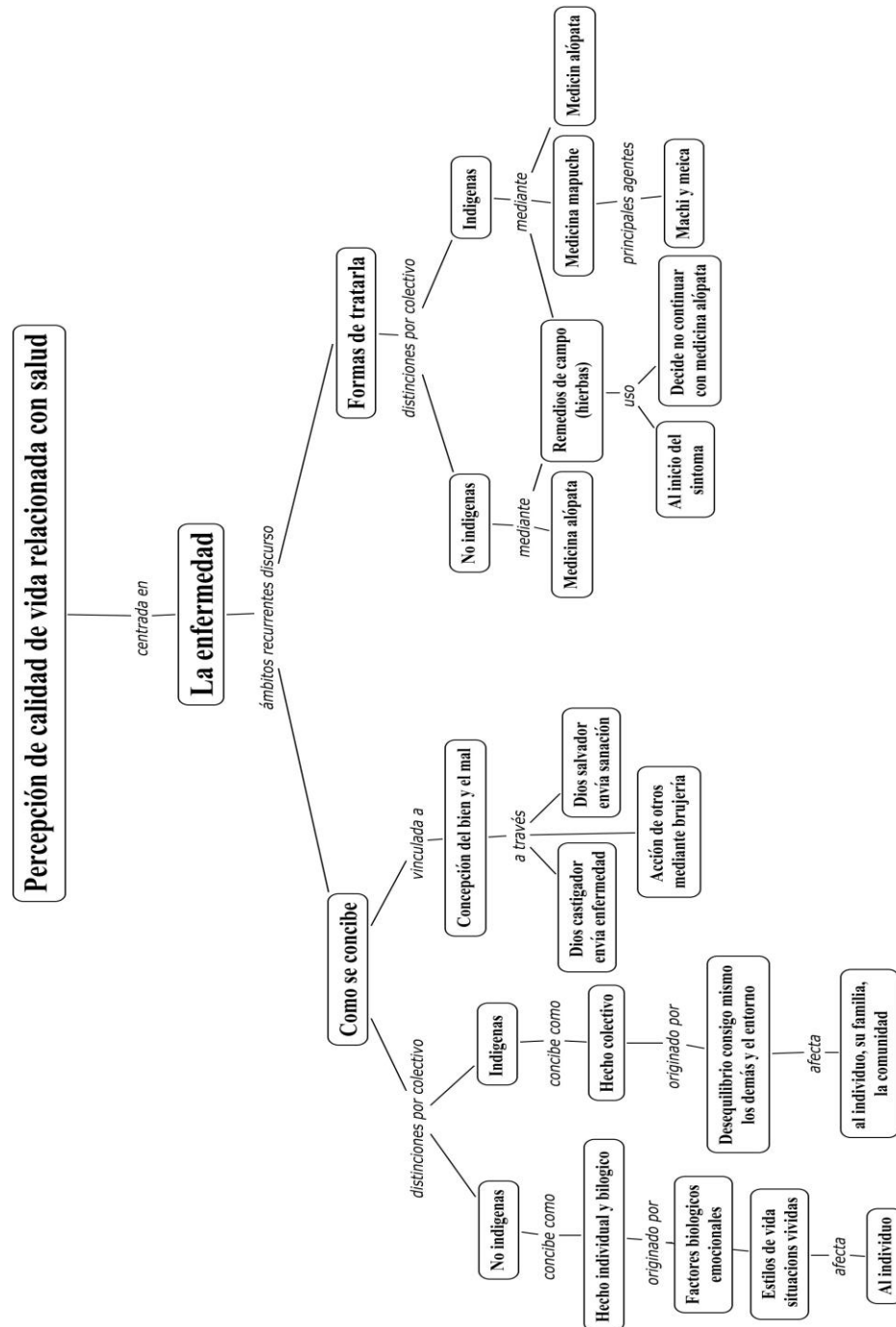
La comprensión de la enfermedad fue un eje básico para entender las percepciones de los indígenas y no indígenas en torno a la CVRS, la relación de ellos con la enfermedad, las particularidades al momento de tratarla y las explicaciones dadas en torno a sus causas y consecuencias.

Según lo visto en el marco teórico, podemos mencionar que existen formas diferentes entre los indígenas y no indígenas de explicarse la enfermedad. En los no indígenas, subyace el pensamiento occidental cartesiano con un sistema de salud oficial, que es el occidental o hipocrático, que posee la validación científica. En cambio, para los indígenas, subyace la concepción de que el cuerpo no es una entidad cerrada, por lo tanto la transgresión de uno puede afectar a los demás miembros de la familia, la enfermedad podía tener múltiples formas, pero la causa provenía del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. Como vemos, esta percepción del cuerpo es distinta a la del pensamiento occidental cartesiano (Quidel y Jineo 1999).

El análisis del discurso de las personas mayores nos permitió explicarnos su concepción de enfermedad, esta perspectiva la obtuvimos desde sus propias vivencias y significaciones de los relatos, recopilados en los grupos de discusión realizados, que

queda reflejado en la figura 16; en dicha figura se distingue la concepción que tiene cada colectivo (indígena y no indígena) de la enfermedad, así como de las formas de tratarla.

Figura 16. Mapa conceptual la enfermedad en la percepción de la CVRS según las personas mayores indígenas y no indígenas



▪ **Concepto de enfermedad**

Dado que estamos trabajando con dos colectivos pertenecientes a culturas diferentes, resultaba importante precisar en el discurso cuáles eran los aspectos de sus creencias vinculados a la enfermedad, entendiendo que tanto la enfermedad como la salud eran dos conceptos internos de cada cultura; por lo tanto, la forma de explicar ambos conceptos –enfermedad y salud- estaba ligado a dicha cultura. Fueron la cultura y las creencias las que estructuraron las formas particulares de ambos colectivos de abordar el tratamiento de la enfermedad y de explicar también su origen.

Las creencias respecto al concepto de enfermedad fueron diferentes en el discurso de ambos colectivos, para las personas mayores no indígenas la enfermedad era producto de factores biológicos, emocionales, de los estilos de vida, de situaciones vividas en la infancia, entre otros. En cambio, para los interlocutores indígenas, la enfermedad se concebía como un ente vivo que se introducía en el organismo de la persona, se alimentaba de ella misma y se desarrollaba mientras la persona se debilitaba.

“(...) la enfermedad está viva (...).”(GD2, 18)

“(...) no le hace bien estar tan solito, se va a enfermar.” (GD4, 19)

“(...) yo pienso que son los años más lo que enferma (...).” (GD3, 12)

La enfermedad, en el discurso de las personas mayores indígenas, daba cuenta de un desequilibrio consigo mismo, con los demás y con su entorno, en donde el hecho de que algo o alguien en la comunidad estuviera en condiciones no deseables afectaba a las personas, por ejemplo si los cultivos estaban en malas condiciones o los animales no tenían pasto suficiente entonces la persona no se encontraba bien. Es decir el ambiente, en su conjunto, afectaba a la persona, así como también la propia persona era capaz de afectar a su entorno. En cambio, para las personas mayores no indígenas el discurso giraba en torno a las dificultades que tenían para resolver su problema de salud, con mayor frecuencia que en torno al concepto de enfermedad, lo cual podía ser atribuido al modelo occidental en el que están insertos. Como mencionábamos anteriormente, en el discurso de los ancianos no indígenas, se hacía alusión a que la enfermedad era producto de situaciones vividas en la infancia tales como la violencia física de parte de los padres.

Capítulo 8. Resultados

“Me acuerdo que me pegó una sola vez pero casi me mató (risas), me pegó en la cabeza po (...) hay un dicho cierto, golpe de papá no duele (risas). Tenía como siete años, es que antiguamente los papas eran medios brutos pa pegar (...).” (GD4, 10, 11)

Asimismo, los interlocutores indígenas concebían al ser humano como un ser integral, parte de una realidad que es un todo, en donde la enfermedad tenía un contexto y un origen como todos los seres vivos. Esta concepción de la enfermedad nos permitió comprender que su origen era fruto del comportamiento humano que transgredía su entorno, lo cual quedó reflejado en el relato de este grupo indígena que rememoró la vivencia de un miembro de la comunidad cuando era pequeña.

“la chica jugaba por el campo y había unas aguas que vivían unos bichos raros y pasó que ella entró al agua y se enfermó, toda la pierna que metió al agua brotaba liquido (...).” (GD1, 18)

No menos importante, en las creencias de ambos colectivos respecto a la enfermedad, fue la concepción del bien y el mal, en donde la hibridación de la religión ha permeado también la cultura mapuche con la concepción de un Dios castigador que enviaba la enfermedad como castigo al comportamiento humano y de un Dios salvador, que enviaba la sanación.

“Dios manda los dolores y esos son los huascazos que nos manda a nosotros, castigo, porque el dolor que sentimos ahí nosotros pagamos un poco la maldad, ..., por medio del dolor, entonces por eso es bueno ser religioso, es bueno ser religioso.” (GD2, 18)

“(...) Dios es el único que los sana (...).” (GD4, 7)

Asimismo, la concepción del Dios que castiga con la enfermedad y del Dios que protege convivía con la creencia del mal como producto de la brujería. El no creer en Dios generaba el espacio para que el mal, representado en el demonio, fuera el causante de enfermedades, conflictos familiares, y/o situaciones negativas. Por este motivo, el grupo enfatizaba la importancia de rechazar al demonio, de no abrirle espacio en su vida y por el contrario creer en Dios, quien representaba el bien. El fragmento discursivo del grupo indígena mostraba la enfermedad como producto de la acción de otros a través de un brujo; normalmente esta acción recaía sobre los miembros más débiles del grupo familiar.

Capítulo 8. Resultados

“(...) me hicieron mal, me dieron una sopaipilla⁸³, yo no me di cuenta porque era niña chica, andábamos a la siga de mi papá (...).” (GD2, 17)

“(...) cuando hay mucha incredulidad en la raza, en la familia viven peleando, que la mamá me echó brujo, que la tía me echó brujo y ven entonces ahí vienen la pelea, ahí está el demonio, al demonio hay que rechazarlo, no creer tanto en eso y creer en Dios, que Dios da vida.” (GD2, 18)

“(...) ¿pero a usted alguna vez le hicieron mal? (...) a mí no, pero a los hijos sí, ellos son más débiles (...) usted es tan fuerte no le entró nunca la mala (...) ni me enfermo tampoco, (...) ¿y porque pasa eso, no se enferma?” (GD2, 17)

▪ Formas de tratar la enfermedad

Se encontraron distinciones entre ambos colectivos, los mayores no indígenas recurrían a remedios de campo y a la medicina alópata y los indígenas, además utilizaban también su propia medicina (la Machi y la meica). En el discurso de los ancianos indígenas, esta concurrencia conjunta de ambas medicinas planteaba una crítica al desconocimiento de los médicos de sus creencias. Esto se vio reforzado en el discurso de los interlocutores de este grupo de discusión indígena que refería como miembros de su comunidad nunca habían sido vistos por médicos y solo habían tratado sus enfermedades con la meica⁸⁴, dado que en su opinión los médicos no podían sanarla ya que no creen en lo que ellos creen.

“Los doctores chilenos tienen que aprender de la Machi⁸⁵, porque la persona no solo es el cuerpo hay mucho más, por eso yo me sane con las hierbas que tomo.” (GDI, 18)

“Los doctores no creen en lo que nosotros contamos, entonces no pueden sanarla (...) yo nunca, nunca y tengo 78 años he ido al doctor y he sido sana, voy donde la meica, me mira la orina, la palma de la mano, ve la enfermedad, me da hierbas y soy muy re sana y tengo 78 años.” (GDI, 18)

⁸³ Masa plana, de forma generalmente circular, frita y elaborada con harina, manteca y, en ciertas zonas, zapallo molido." Diccionario de uso del español de Chile. Academia Chilena de la Lengua. 2010.

⁸⁴ Meica o yerbatero (Lawentuchefe) es la persona que posee el don del conocimiento de las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales (Bacigalupo 1995).

⁸⁵ Machi es el agente principal de cosmología y vida religiosa mapuche encargada de sanar enfermedades espirituales y curar enfermedades comunes (Saavedra 2006).

Capítulo 8. Resultados

Se mencionó, además, en el discurso, a la Machi y su práctica del machitún⁸⁶, principal ceremonia de sanación del pueblo mapuche, a la cual cada vez accedían con menor frecuencia dado que no contaban con una Machi en su comunidad y porque los costos asociados a estas sanaciones eran muy altos para ellos. El fragmento discursivo de este grupo indígena nos permitió constatar lo señalado en el marco teórico, ya que la Machi, para el pueblo mapuche, es el mediador entre este mundo y lo sobrenatural.

Asimismo, el fragmento discursivo, además de mostrarnos el poder que se le atribuye a la Machi como agente principal de cosmología y vida religiosa, encargada de curar enfermedades a través del contacto con espíritus creadores, nos muestra a la enfermedad como un ente vivo, que habita en la persona y que la atormenta hasta debilitarla.

“La Machi en el machitún, ruega pa que la enfermedad deje ese cuerpo, pa que no lo atormente más, le habla le ordena a la enfermedad que se aleje que se vaya dónde vino, la enfermedad está viva y no le gusta que la atormenten solo le gusta atormentar, y cuando la enfermedad no se quiere ir, la Machi toca el kultrún y atormenta a la enfermedad. El sonido se siente en el corazón de todos los que están ahí.” (GD2, 18)

La Machi, con su sanación, se dirigía a la causa que originó la enfermedad, requiriendo de mucha energía y fuerza para que el espíritu que desequilibró a la persona la deje libre. La forma en que la Machi obtenía sus medicinas, quedó reflejado, en el siguiente relato, en donde bajo la creencia de que las hierbas medicinales tenían un Ngen (dueño) era a éste a quien le solicitaban permiso para utilizarlas y garantizar así la efectividad de sus propiedades curativas. En la actualidad, se ha producido la obstaculización del trabajo de las Machis, por la disminución de los recursos terapéuticos, al punto del exterminio de especies nativas en muchos sectores, que han sido remplazadas por pino y eucaliptus, provocando con ello que las Machis, cada vez más, tengan que desplazarse a mayores distancias en la búsqueda de las hierbas medicinales.

“Porque la Machi cuando quiere un remedio pa un enfermo, ella sueña con la planta, después va a buscarla, pero no la saca así no ma, le pide permiso (...) claro y si la

⁸⁶ Machitún es un rito de sanación llevado a cabo por la Machi, que tiene por finalidad única sanar la enfermedad de una persona (Foester 1995).

Capítulo 8. Resultados

yerba está con las ramitas caídas, a lo mejor la enfermedad no se va y la persona se muere.” (GD1, 19)

Ambos colectivos (tanto el colectivo indígena como el no indígena) recurrían en determinados momentos a la sanación mediante la utilización de “remedios del campo”⁸⁷ (hierbas); este conocimiento tradicional era transversal a estas dos culturas, sin embargo los usos y costumbres podían variar, de esta forma, en los ancianos no indígenas este tipo de remedios se utilizaban cuando aparecían los primeros síntomas de la enfermedad, como tratamiento previo a la consulta de médico, generalmente se llegaba a ellos por recomendación de algún familiar, amigos o conocidos.

“Yo ahora mismo estoy resfriado me hace así la cabeza (...) estoy tomando hierbas de campo, con agua caliente en las noches pa transpirar el resfrió y botar los bichos, claro que si no pasa luego voy a pedir hora al médico.” (GD3, 12)

En cambio, en el discurso de los interlocutores indígenas los remedios de campo aparecían asociados a una decisión de no continuar con la medicina alópata, decisión que se veía reforzada, cuando mejoraba la enfermedad, con el uso de las hierbas. Todo este discurso se interpretó en el marco de una decisión personal de búsqueda de sanación.

“Y lo que hice yo ahora como les digo hace tres años que no voy a la posta y al auxiliar, estoy tomando un remedio en el campo pa la presión, hice un tratamiento por si solo yo pensé “es mi vida y me dije no es permitido el dolor” (...)”hice tres tomas, inteligencia mía no más po, voy a hacer tres tomas dije y voy a dejar pasar unos tres días y después otros tres días más, después de ese tratamiento que hice cambie, a los 15 días cambie, no tan sano pero cambie, por ejemplo se me despejó la mente, podía mirar pa los lados, antes no podía mirar, se me venía encima el mundo, no podía eso sufría yo pero ahora estoy normal, de la cabeza nada no me duele na, pero no suelto mi tratamiento cada 15 días o cada 20 días.” (GD1, 2)

En síntesis, la concepción de enfermedad era diferente en ambos colectivos, para los mapuche la enfermedad era vista como un hecho colectivo, que se explicaba desde una

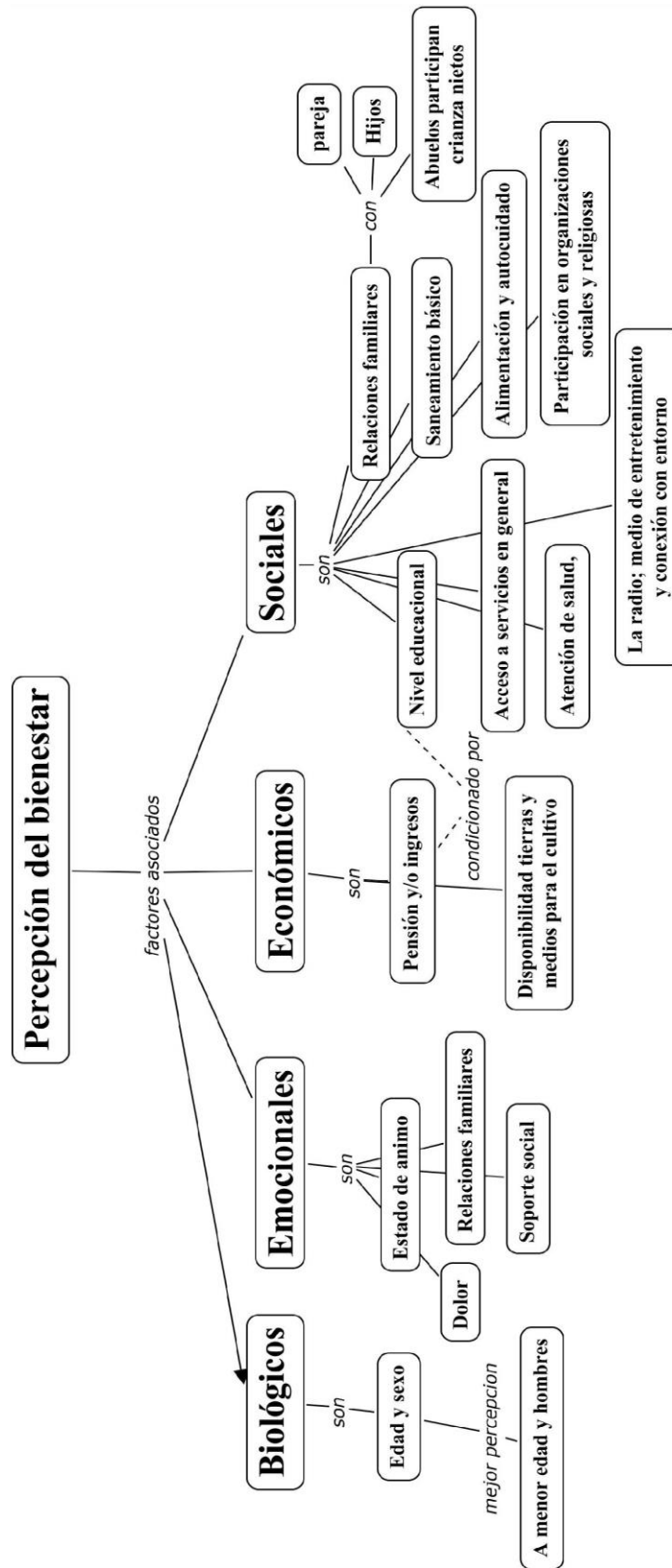
⁸⁷ Remedios de campo es la acepción popular para referirse a las hierbas que se utilizan con fines medicinales.

transgresión con el entorno que no solo lo afectaba a él en su ser individual sino que los efectos de la misma podrían repercutir además en su entorno, vale decir, en su familia y en última instancia en su comunidad; su sanación se efectuaba abordando las causas que la originaron. En cambio, para los ancianos no indígenas la enfermedad era vista como un fenómeno individual y biológico, al cual el sistema de salud de la sociedad moderna individualiza y somatiza, interviniendo a la persona de múltiples formas para lograr la sanación. Respecto a las formas de tratar la enfermedad, ambos colectivos recurrían a los remedios de campo, en los mayores no indígenas conjuntamente con la medicina alópata y en los indígenas, estos remedios de campo, también alternando con la medicina hipocrática, se plasmaban en la utilización de su propia medicina (la Machi y la meica).

8.3.1.4. Factores que se requieren para alcanzar el bienestar

El discurso de ambos colectivos nos permitió identificar aquellos factores que, desde la perspectiva de las personas mayores, contribuyeron a una mejor percepción de su bienestar; de esta forma, a mayor satisfacción con estos factores, la percepción de su satisfacción con la vida mejoraba. Los factores, con el fin de facilitar el análisis, fueron agrupados en biológicos, sociales, económicos y emocionales, que son detallados en la figura 17 y analizados posteriormente.

Figura 17. Mapa conceptual factores asociados a la percepción de bienestar



Capítulo 8. Resultados

Factores biológicos. Especial relevancia tuvo la edad en ambos colectivos, según la cual a menor edad mejoraba la percepción de su bienestar, y a mayor edad se incrementaba el sentimiento de vulnerabilidad ante la enfermedad sumado a una pérdida progresiva de la funcionalidad. El sexo fue otro factor que afectó la percepción, dado la condición de desmedro de la mujer en el acceso a la educación y de una mayor esperanza de vida en comparación con su congéneres masculinos.

Factores emocionales. Uno de los factores reiterados en el discurso fue el “estado de ánimo”, concebido como un estado transitorio, cambiante conforme a la capacidad funcional, la presencia o ausencia de dolor, las relaciones familiares, el soporte social, etc. Por consiguiente, a mayor satisfacción con su estado de ánimo, con las relaciones familiares, con el soporte social y ante la ausencia de dolor y pérdida de funcionalidad, mejor percepción de su bienestar.

Factores económicos. El eje principal en ambos colectivos, y reiterado en el discurso, fue contar con “pensión y/o ingresos suficientes”, factor de prioridad máxima para los interlocutores, que tenían una economía de subsistencia, con roles determinados según edad y sexo, con escasa disponibilidad de tierras y de condiciones que les permitieran incrementar su producción y generar ingresos. Otro factor fue la “educación”, que para los interlocutores, especialmente indígenas, tenía una vinculación con sus condiciones de vida, pudiendo sacar la conclusión que a mejor nivel educacional, mayores posibilidades de acceso al mundo laboral en mejores condiciones salariales.

Factores sociales. El principal factor social que incide en la salud, en ambos colectivos, tenía relación con la “familia”. Los elementos de la familia que constituyeron esta mejora en la percepción de su bienestar fueron la relación con los hijos, la relación con la pareja, la participación de las abuelas en la crianza de los nietos y la familia extendida, con hijos y nietos que residían en el hogar de los mayores. Otros factores identificados, en el discurso de ambos colectivos, fueron:

- Saneamiento básico, en referencia a la disponibilidad de agua.
- Educación, en el entendido que a mejor nivel educacional mejores condiciones de vida y de salud, específicamente mayores posibilidades de seguir las indicaciones de salud.

Capítulo 8. Resultados

- Accesibilidad a todo tipo de servicios en general (también a los de salud), que era vinculada a la construcción de caminos. Esta falta de “accesibilidad” fue relacionada con situaciones de aislamiento.
- Atención de salud con acceso expedito, continúa, resolutive y de buen trato.
- Estilos de vida, especialmente en referencia al consumo de alimentación natural y el autocuidado.
- Relaciones de reciprocidad con la familia y los vecinos
- La “radio”, dada su connotación de entretenimiento, de compañía y de conexión social con su entorno.
- La participación en organizaciones sociales y religiosas, como un espacio que les permitía mantenerse vinculados y activos.

La distinción entre ambos colectivos se produjo principalmente por el factor de “equilibrio consigo mismo, con los demás y con el entorno”, que fue mencionado sólo por el colectivo mapuche y que dice relación con su cosmovisión y concepción de salud-enfermedad.

8.3.2. El apoyo social en el discurso de las personas mayores

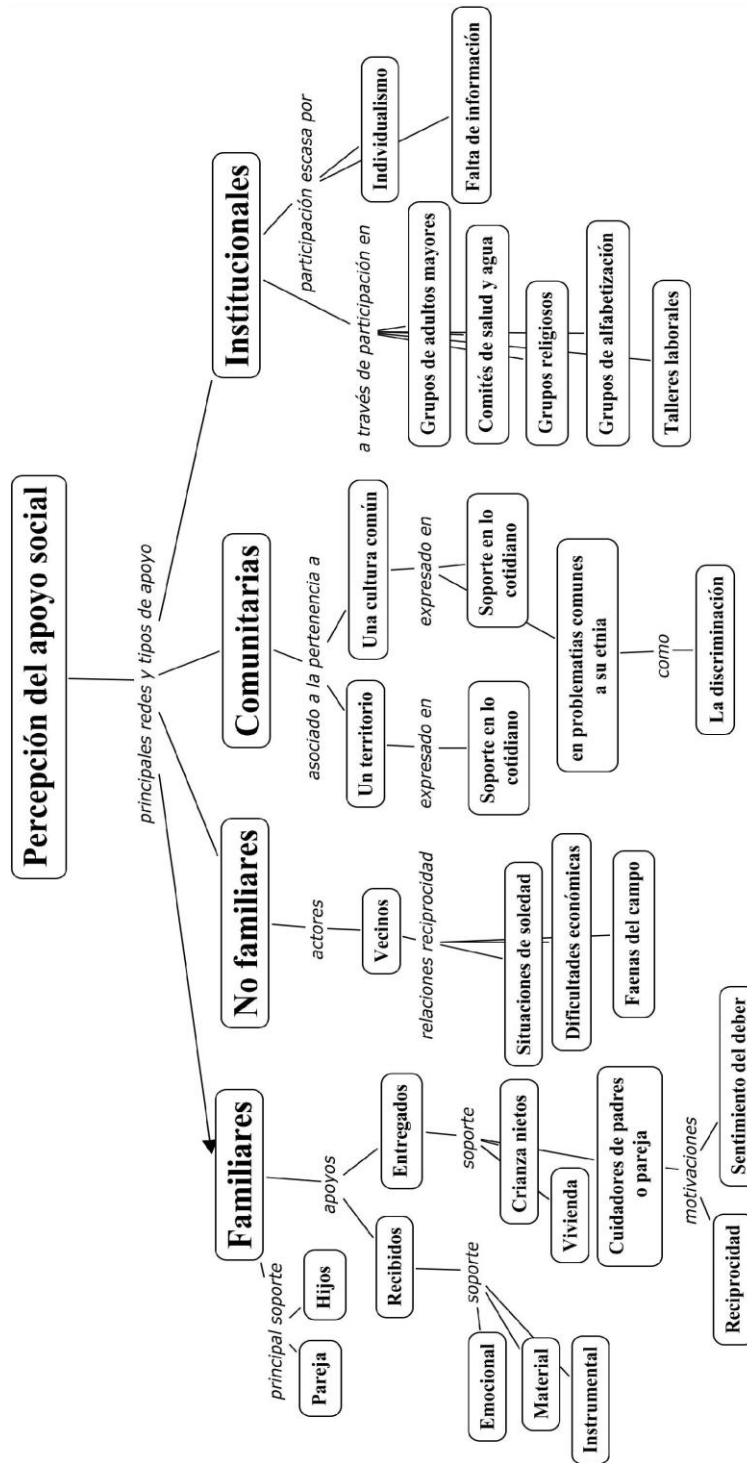
Entendemos el apoyo social como todas las transacciones interpersonales dirigidas a potenciar, mantener o restituir el bienestar de las personas mayores, por ello se tuvo en cuenta tanto el apoyo recibido por las personas mayores como el otorgado por éstas. Según lo visto en el marco teórico, existe abundante literatura respecto al significado que le atribuyen los mayores al apoyo social, que suele tener una fuerte relación con los diversos estados de salud y bienestar. De hecho, la mayoría de las investigaciones sobre el apoyo social han planteado su estudio a través de los efectos más o menos directos sobre el continuo salud-enfermedad.

Para finalizar este epígrafe se analizó las principales redes de apoyo social y tipos de soporte recurrentes en el discurso de las personas mayores.

8.3.2.1. Principales redes y tipo de apoyo social

El discurso respecto al apoyo social en las personas mayores fue abordado desde las principales redes de apoyo social y tipos de soporte recibidos y/o otorgados (figura 18).

Figura 18. Mapa conceptual percepción de principales redes y tipo de apoyo social



Capítulo 8. Resultados

Redes de apoyo familiar. Según lo visto en el marco teórico, y lo encontrado en los discursos, este tipo de redes se refiere a la familia, sea ésta corresidente o no, en la cual el cónyuge y los hijos son los principales actores. Las relaciones de apoyo familiares fueron, en ambos colectivos, las de mayor relevancia en el discurso, en el cual la valoración respecto al apoyo recibido de parte de los hijos fue muy positiva, tanto de los hijos que aún residían en el hogar como de aquellos que se encontraban lejos, lo cual introdujo en el análisis aspectos como la frecuencia de la interacción y la calidad de la misma, que serán comentados en profundidad en la discusión. En el caso de los interlocutores, cuyos hijos se encontraban lejos y necesitaban, por ejemplo, apoyo en labores propias del campo (como por ejemplo desmalezar, preparar la tierra para sembrar etc.) la actitud también fue propositiva, ya que se buscaban soluciones y no se lamentaba no poder tener el apoyo de los hijos en dichas labores.

“(...) mis hijos están siempre pendientes y me ayudan (...) si po, los hijos están lejos pero si uno los llama por un problema ellos siempre ayudan (...).” (GD1, 14)

“(...) mis hijos estudiaron, se quedaron en Los Ángeles y vienen los fines de semana y cuando es necesario que estén acá, para alguna emergencia ellos están todos.”(GD4, 4)

“Yo tengo a mis hijos lejos, estoy solita, así que para hacer las cosas (labores del campo) tengo que pagar no más.” (GD3, 18)

Las relaciones de apoyo respondían al afecto basado en la reciprocidad, en la cual los soportes de tipo emocional-afectivos, materiales e instrumentales fueron los más recurrentes en el discurso de ambos colectivos, por las demostraciones de afecto (estima, cariño, amor) y por la posibilidad de contar con sus hijos en caso de necesidad (enfermedad, dificultad económica). Otros apoyos familiares, además de la pareja, fueron los nietos, nuera y hermanos.

“Mi hijo está siempre pendiente, me ayuda con platita, me trae mercadería siempre que viene a verme llega con algo, por él yo me fuera a vivir a su casa.”(GD3, 17)

“(...) hijos e hijas que de que ellos están trabajando, yo nunca con mi compañera hemos sacado plata del bolsillo para hacer un cumpleaños, (...) todos llegan con todas las cosas a preparar el cumpleaños de los papás.” (GD4, 9)

Capítulo 8. Resultados

“Y mis nietos, el más chiquitito (...) se preocupa por mí, que abuelita que tomó sus remedios, (...) me han atendido mejor que nadie yo le agradezco a mi nuera porque ella se ha mortificado conmigo (...).” (GD4, 13)

Junto a lo anteriormente dicho, los principales apoyos otorgados por las personas mayores a sus hijos fueron vivir juntos mientras los hijos lograban tener una casa propia y la crianza de los nietos. En ambos colectivos, indígena y no indígena, estos apoyos fueron vivenciados positivamente.

“(...) y los hijos se los críe solo, mis nietos los críe (...).” (GD2, 16)

“(...) estoy contenta con mis nietos, yo vivo con un hijo, pero el hijo ahora está trabajando pa afuera, vivo con una nieta y rodeada de sobrinos, de hijos de mis hermanos, (...) así que no tengo con qué quejarme, acompañadita.” (GD4, 19)

En los apoyos otorgados entre los cónyuges, conforme el carácter favorable u hostil de la relación de pareja, en el discurso de ambos colectivos se encontraron referencias a la complicidad de la pareja como compañeros que se apoyaban mutuamente ante las dificultades, así como también situaciones a la inversa en donde la posibilidad del abandono estaba presente, por ejemplo como producto del alcoholismo del hombre.

“(...) con la señora, en la casa, los dos vimos los problemas.” (GD1, 14)

“(...) el otro día lo amenace le dije que si él no se daba cuenta si no salía yo me iba a ir donde mis hijos y te voy a dejar donde tu familia, pero no cambia, igual no cambia (llora).” (GD3, 17)

Especial mención mereció, en el discurso de los interlocutores no indígenas, el rol de cuidadores de las personas mayores con sus padres o la pareja, rol que era asumido desde la relación de reciprocidad, así como también desde el sentimiento del deber; ambas vivencias se fueron entremezclando en el discurso. En el cuidado de la madre, o el padre, aunque se asumía esta labor con amor, existía el sentimiento de carga para quienes otorgaban estos cuidados (hijas y nietas fundamentalmente).

Capítulo 8. Resultados

“(...) mi hija que esta acá, me ayuda en todo, siempre está preocupada de que yo salga, me distraiga, ella se preocupa de cuidar a mi mamá pa que yo salga tranquila, es muy buena hija (...) y esto es de hartos años.” (GD3, 19)

“Eso es terrible, eso mata, yo cuando tuve a mi mamá, a mi papá (...) yo los atendía a los dos entonces yo decía buen dar fe que ellos se fueron, porque era sufrimiento para ellos, porque si se levantaba ya estaba al otro ratito que vengan a ayudarme y no podíamos más que lo que podíamos, la enfermedad no daba (...).” (GD4, 7)

“(...) me he preocupado más de ella (esposa) que de nada, (...), uno se complica porque no duerme tranquilo, porque está esperando que en un momento cualquiera se pegue el último adiós.” (GD4, 4-5)

“(...) yo cuidé a mi padre que estuvo enfermo en cama, tenía 84 años, tenía que hacerle todas las cosas, lavarlo, afeitarlo, todo, todo, todo lo personal, lavarle la ropa y me quedó el dolor aquí en el brazo (...).” (GD4, 10)

Redes de apoyo social no familiar. Después de la familia, los vecinos fueron fundamentales en la entrega de servicios de apoyo para los mayores, especialmente para aquellos que vivían solos, estaban enfermos o con dificultades económicas. En ambos colectivos, el apoyo en la relación con los vecinos estaba mayoritariamente asociado a situaciones problemáticas, tales como la enfermedad y la soledad. En los interlocutores indígenas, el apoyo de los vecinos se asoció además con las necesidades de mano de obra para las faenas del campo, labores en las cuales se ayudaban unos a otros.

“(...) yo cuando necesito algo acudo a los vecinos, porque uno con los vecinos cuenta.” (GD3, 18)

“Yo tengo una vecina al ladito que conversamos que también es sola (...).” (GD3, 18)

“(...) por aquí la gente se ayudan cuando se necesitan manos, no se niega la gente, por lo menos mi viejo corre para ayudar, (...) yo si tengo que ayudar a amigos o enemigos, ayudo igual.” (GD2, 13)

Redes de apoyo social comunitarias. Estas redes fueron mencionadas, en ambos colectivos, en alusión a la pertenencia a un territorio con personas que se apoyaban en lo cotidiano. En los interlocutores indígenas, además del territorio que los unía, se

Capítulo 8. Resultados

evidenció el sentido de pertenencia a un colectivo con una cultura común y con problemáticas comunes, como por ejemplo la discriminación por su condición de mapuche que ha sido abordado transversalmente a lo largo de cada uno de estos acápite.

“(...) si hay problemas nos ayudamos unos con otros, (...) todos saben que siempre se les está tendiendo la mano a alguien que lo necesita.” (GD4, 2)

“(...) tenemos un doctor que es mapuche es de aquí y le dicen que es un excelente doctor.” (GD1, 25)

“(...) por eso la raza de nosotros los mapuche cuándo vamos a poder vivir un poco mejor, (...) hasta cuándo vamos a ser discriminados.” (GD2, 9)

Redes de apoyo institucional. La participación en organizaciones sociales fue escasa en ambos colectivos y estuvo asociada a la participación en grupos de adultos mayores, en comités de salud, en comités de agua y en grupos religiosos conforme su credo. La distinción entre ambos colectivos se caracterizó, en los interlocutores no indígenas, por la participación en grupos de trabajo de autoestima y talleres laborales y, en el colectivo mapuche, por la participación en grupos de alfabetización.

“(...) yo pertenezco a un taller laboral donde hay mujeres, todas nos conocimos nuestras vidas (...).” (GD4, 2)

Respecto a las razones que podrían explicar las carencias de apoyo social fueron, en el discurso del colectivo no indígena, el miedo y/o vergüenza a expresar sus propias necesidades y sentimientos, por el individualismo que les impedía acercarse a quienes podrían estar necesitando ayuda, por la preocupación por la imagen social proyectada y por *el qué dirán*. En cambio, en el colectivo indígena estuvieron más vinculadas a la falta de información respecto a quien estaba necesitando ayuda.

“(...) igual hay como miedo a decir lo que uno siente y lo que uno piensa ¿cierto?, a veces digo yo, por qué tenerle miedo, porque hay personas que quisieran decir cosas pero no se atreven (...) decir sabe yo siento soledad (...) o me gustaría conversar con otras personas o me gustaría salir, no importa que las personas digan oh esa se lo lleva saliendo (...).” (GD4, 3)

Capítulo 8. Resultados

“(…) de repente somos tan egoístas que uno no se acerca a las personas a preguntarle cómo está usted, cómo lo ha pasado y entablar una conversación que a lo mejor en el momento necesita de alguien.” (GD4, 3)

En síntesis, las relaciones de apoyo familiares fueron, en ambos colectivos, las de mayor relevancia en el discurso, en las cuales la valoración respecto al apoyo recibido de parte de los hijos fue muy positiva. Dichas relaciones de apoyo respondían al afecto basado en la reciprocidad, en donde los soportes de tipo emocional-afectivos, materiales e instrumentales fueron los más recurrentes en el discurso. Asimismo, el soporte que las personas mayores entregaban a sus hijos consistía fundamentalmente en darles cabida en su casa, mientras conseguían su propio domicilio y asistirles en el cuidado de los nietos.

Respecto a otras relaciones de apoyo social, que no fuera la familia, los vecinos fueron fundamentales en la entrega de servicios de apoyo para los mayores, especialmente para aquellos que vivían solos. Asimismo, los apoyos de la red social comunitaria fueron importantes en ambos colectivos, en el sentido de fuente de recursos para apoyarles; además, en el caso de los indígenas había una connotación de pertenencia e identificación con una cultura. Finalmente, la participación en organizaciones sociales fue escasa en ambos colectivos, y estaba asociada a la colaboración en colectivos de salud, de alfabetización y de defensa de recursos, como el agua.

Finalmente, basados en los discursos de ambos colectivos, fue posible constatar que a mayor satisfacción de las personas mayores con sus redes de apoyo, especialmente con su pareja e hijos, la percepción de su calidad de vida relacionada con salud también era mejor.

8.3.3. Síntesis

En relación al significado que las personas mayores le atribuyen a la CVRS y al apoyo social, podemos señalar lo siguiente:

- La familia tuvo especial relevancia en el discurso de las personas mayores, tanto en su percepción de la CVRS como del apoyo social. Aquella fue identificada, en ambos colectivos, como una entidad constituida por la pareja y los hijos, que se extiende a los nietos/as y nuera o yerno cuando los hijos ya han constituido su propia familia. Es en la familia donde se reconocen los apoyos ante situaciones de enfermedad y dificultades económicas.
- La salud en ambos colectivos fue comprendida desde la *falta de salud*, es decir, desde la enfermedad. Se identificaron, por lo menos, cuatro factores que se relacionaban con la salud: la edad, la alimentación, las situaciones que se habían vivido a lo largo de la vida y el autocuidado.
- La concepción de enfermedad era diferente en ambos colectivos, para los mapuche la enfermedad era vista como un hecho colectivo, que se explicaba desde una transgresión con el entorno que lo afectaba a él y también a su hábitat. Para los ancianos no indígenas la enfermedad era vista como un fenómeno individual y biológico, al cual el sistema de salud de la sociedad moderna individualiza y somatiza.
- En el tratamiento de la enfermedad, en ambos colectivos se recurría a los remedios de campo, en los mayores no indígenas conjuntamente con la medicina alópata y los indígenas, además de la medicina alópata, utilizaban también su propia medicina (la Machi y la meica).
- Respecto a la organización dada por los centros de salud para la atención, tanto el grupo de indígenas, como el de no indígenas, señalaron recurrentemente que dicha organización no facilitó el acceso para quienes vivían en zonas rurales y que, más bien, fueron ellos quienes tuvieron que adaptarse a la organización, que estaba pensada para zonas urbanas cercanas al centro de salud.
- Se identificaron en el discurso factores que contribuyeron a una mejor percepción de la CVRS por parte de las personas mayores, en donde a mayor satisfacción con estos factores mejor percepción de su CVRS. Dichos factores, que eran comunes a ambos colectivos los hemos agrupado en: factores *biológicos* (edad y sexo, peor percepción

Capítulo 8. Resultados

de la CVRS en las personas de mayor edad y en las mujeres), *emocionales* (estado de ánimo, a mayor satisfacción con éste mejor percepción de la CVRS), *sociales* (la familia, saneamiento básico, educación, atención de salud, accesibilidad a todo tipo de servicios, entre otros, a mayor satisfacción con éstos mejor percepción de la CVRS), *económicos* (pensión y/o ingresos suficientes, a mayor satisfacción con éstos mejor percepción de la CVRS).

- Respecto al apoyo social, en los discursos de ambos colectivos, se encontró que a mayor satisfacción de las personas mayores con sus redes de apoyo, especialmente con su pareja e hijos, la percepción de su CVRS también era mejor. Además de la familia, los vecinos fueron esenciales en la entrega de servicios de apoyo para los mayores. Asimismo, los apoyos de la red social comunitaria fueron importantes en el sentido de fuente de recursos para apoyarles; además, en el caso de los indígenas había una connotación de pertenencia e identificación con una cultura. Finalmente, la participación en organizaciones sociales fue escasa en ambos colectivos y mayoritariamente estaba vinculada a grupos religiosos (católica y evangélica) a grupos originados a partir de una política pública, tales como grupos de adultos mayores, de alfabetización y comités de salud; en la población indígena se agregaban además espacios de reuniones comunitarias y ceremonias de agradecimiento y rogativas indígenas.

9.1. *Introducción*

Este trabajo ofrece un análisis de la calidad de vida relacionada con salud y de las relaciones de apoyo social percibida por las personas de la muestra en estudio, para ello en la aproximación cuantitativa se han probado hipótesis y, conjuntamente, en la aproximación cualitativa se ha explorado el significado que las personas mayores le atribuyen a la CVRS y al apoyo social a través de interrogantes guías que tienen relación con las siguientes preguntas: ¿cuál es el significado que le atribuyen las personas mayores a la CVRS y al apoyo social? y ¿cuáles son los factores que, según las personas mayores, contribuyen a su bienestar?.

A continuación, ofrecemos una revisión crítica y reflexiva de los resultados obtenidos enfatizando aquellos que discrepan con los encontrados por otros investigadores, así como también aquellos que más ayudan a consolidar el conocimiento sobre las variables analizadas. Primeramente, se efectúa una reflexión de las peculiaridades de la muestra en nuestro estudio, para posteriormente revisar los elementos que convergen en la percepción de la CVRS, la percepción de apoyo social y la relación entre ambas variables. Ello fue abordado conforme se describe en capítulo 7 (figura 10), mediante discusión de los resultados cuantitativos y cualitativos por separado, para posteriormente integrar ambos.

9.2. *Las características socio-demográficas de la muestra del estudio*

Hemos descrito las principales características sociales, demográficas y económicas de la población estudiada, elaborando con dichas características un perfil de los adultos mayores del estudio. La población estudiada estuvo compuesta por personas de 60 y más años no institucionalizadas, residentes en el sur de Chile, en zonas rurales de la regiones del Biobío y Araucanía, las cuales fueron agrupadas en dos colectivos - indígena (mapuche) y no indígena-; en su mayoría fueron encuestadas por la doctoranda en su domicilio. El sexo femenino (51,8%) predominó sobre el sexo masculino (48,2%), datos que se aproximan a la descripción que hace el Instituto Nacional de Estadística chileno (2011), siendo en este último un 53,6% de mujeres y un 43,4% de varones.

Capítulo 9. Discusión

Asimismo, el Centro de Estudios Latinoamericano de Demografía (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011) refiere que, en la mayoría de países en Latinoamérica, la población femenina de adultos mayores es superior a la masculina, debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida promedio de 6 años más que los hombres. Situación similar acontece en España, en este país la feminización de la vejez es superior en aproximadamente dos puntos porcentuales a la encontrada en la muestra de nuestro estudio (Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2010).

Aunque la vejez no es un hecho estadístico (De Beauvoir 1970), no se puede obviar que Chile se sitúa entre los tres países más envejecidos de la región, detrás de Cuba y Uruguay (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2011). La edad promedio encontrada en la muestra fue de 73,6 años, un poco mayor en las mujeres (73,7 años) que en los hombres (72,7 años), cifras similares se obtienen de la encuesta nacional de caracterización socioeconómica (Ministerio de Desarrollo Social 2010), con un promedio de 70,8 años. Al analizar la edad en función de la condición indígena, las cifras son similares en ambos grupos (73,6 años en la población indígena y 73,5 años en la no indígena). El rango de edad en la muestra de estudio osciló entre 60 y 99 años.

El matrimonio era la forma de convivencia más extendida entre los mayores del estudio; un 59,1% tenía pareja, un 29,1% eran viudos y un 11,8% solteros. Las cifras de nuestra muestra son inferiores a las descritas por Abellán y Ayala (2012), en España, para el estado civil casados (en nuestra muestra fueron el 59,1% y en la de Abellán y Ayala el 62,2%), superiores para solteros (en nuestra muestra fueron el 11,8% y en la de Abellán y Ayala el 6,2%) y de características similares para la viudez (en nuestra muestra fueron el 29,1% y en la de Abellán y Ayala el 29,2%). De los viudos, fue mayor la proporción de mujeres (39,5%) que de hombres (17,9%). Este último dato se corrobora con los resultados de la encuesta nacional de caracterización socioeconómica (Ministerio de Desarrollo Social 2010), en la cual las mujeres viudas (35,1%) casi triplicaban a los hombres (12,3%). En ambos colectivos, indígena y no indígena, la viudez era eminentemente femenina, destacándose en el colectivo no indígena que las mujeres viudas casi duplicaban (50%) a sus congéneres indígenas (28,6%), lo cual se condice con la mayor tasa de mortalidad en la población mapuche (5,9) respecto a la población no indígena (4,7). Oyarce y Pedrero (2009) explican esta diferencia de mortalidad,

Capítulo 9. Discusión

aludiendo a los riesgos relativos de mortalidad, que en la población mapuche se concentran en edades tempranas, lo que indica la mayor vulnerabilidad a que se encuentra expuesto este colectivo. Nuestros resultados son similares a los referidos por la segunda encuesta nacional de calidad de vida en la vejez realizada en Chile (Servicio nacional del adulto mayor 2010), que mostraron que la mayoría de los adultos mayores vivía acompañado (85%), ya sea de su cónyuge o sus hijos; de esta forma, en nuestro estudio el 86,4% compartían hogar con una o más personas; no obstante, una proporción importante no tenía pareja (40,9%), siendo mayor esta proporción en el colectivo no indígena (49,6%) que en sus congéneres indígenas (31,8%), esta población podría perfilarse como un grupo vulnerable y con riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida (Inga y Vera 2001).

La totalidad de las personas de nuestra muestra pertenecían al sistema de salud público, siendo mayor en el colectivo indígena los adscritos a FONASA A, -carentes de recursos- (69,2%) que en el colectivo no indígena (34%), lo cual denota una mayor precariedad en el colectivo indígena, y contrasta con la información entregada por los interlocutores respecto a ingresos percibidos, en donde no se encontró diferencias significativas entre ambos colectivos. Respecto a las enfermedades reportadas por las personas de la muestra, en el colectivo indígena las principales fueron la hipertensión arterial, la artritis reumatoide, la enfermedad renal crónica, la diabetes y la hipercolesterolemia. Asimismo, en el colectivo no indígena, en primer lugar se produce la hipertensión arterial seguida de problemas digestivos, hipercolesterolemia, artritis reumatoide y problemas depresivos. La frecuencia de enfermedades como cataratas y/o glaucoma, osteoporosis, problemas digestivos y depresivos fue mayor en la población no Indígena. Al respecto, estudios realizados por Oyarce y Pedrero (2009) señalan causas de muerte con un patrón similar entre el país y el Servicio de Salud Araucanía Sur, en el cual se inscribe parte de la muestra del estudio, evidenciando, particularmente, la alta proporción que presenta la zona de muertes clasificadas como síntomas, signos y hallazgos anormales (23,9) del total de defunciones, constituyendo la principal causa de muerte. Estos datos sugieren la necesidad de atender las particularidades sociales y culturales de la población, dado que estas muertes no solo se podrán relacionar, como generalmente se asume, con una falta de atención médica, sino también con decisiones familiares tomadas en el marco de la propia cultura –por ejemplo, hay personas de edad avanzada que eligen un “buen morir”, permaneciendo

Capítulo 9. *Discusión*

con sus familias y en sus comunidades, por lo que su defunción no tuvo certificación médica.

El consumo de medicamentos en la muestra de personas indígenas fue menor y la polifarmacia⁸⁸, considerada un factor de riesgo en las personas mayores, fue de un 12%, siendo poco más del doble en la población no indígena (16%) que en la indígena (7%). Aunque el consumo de remedios naturales fue mayor en este último grupo, las diferencias no alcanzaron significación estadística.

Se releva la fuerza que tiene la propiedad como forma de ocupación de las viviendas en los chilenos, la mayoría de las personas del estudio eran propietarios de la vivienda que habitaban (91,8%), cifras superiores a las encontradas en España en donde ocho de cada diez son propietarios de la vivienda que habitan (Instituto de mayores y servicios sociales 2010). Este dato constata lo señalado en la encuesta nacional de caracterización socioeconómica realizada el año 2009, en donde ocho de cada diez chilenos mayores de 60 años eran propietarios de la vivienda en que residían. Asimismo, la mayoría (87,3%) cohabitaban, en la vivienda, con una o más personas, siendo inferior la proporción de quienes vivían solos. Especial mención merece el saneamiento de la vivienda, en donde el 44,5% lo catalogaba como inadecuado, cifra que se elevó al 74% en población indígena, lo cual evidencia las condiciones de mayor pobreza en el colectivo indígena.

El 19,5% aún se encontraba trabajando, cifra muy por encima de las referidas como promedio en países de la Unión Europea (4,5%), así como también en España, donde solo el 2% continua trabajando después de cumplir los 65 años (Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2008), diferencia que puede atribuirse a que en Chile la jubilación, dado sus bajos montos, no permite a los adultos mayores prescindir de sus ingresos (el 90,4% refirió que sus ingresos no le alcanzaban o le alcanzaban justo). Asumiendo la gravedad del problema recién descrito, a partir de 2008 comenzó a implementarse la reforma previsional, instrumento de Política Pública dirigido, entre otros objetivos, al aumento de las pensiones de los adultos mayores por la vía de dos instrumentos: las pensiones básicas solidarias y los aportes previsionales solidarios. El primer

⁸⁸ Polifarmacia es el consumo de más de 4 fármacos diferentes (Hazzard. et al. 2009).

Capítulo 9. Discusión

instrumento está dirigido a garantizar pensiones básicas a los adultos mayores, miembros de los hogares más vulnerables, y el segundo está dirigido a aumentar las pensiones más bajas de los adultos mayores, miembros de los hogares más vulnerables.

Asimismo, poco más de un tercio de la muestra (37,3%) refirió no saber leer ni escribir y poco más de la mitad (55,9%) contaba con estudios de enseñanza básica (entre 1 a 8 años). Al respecto, los resultados de la encuesta nacional de caracterización socioeconómica (Ministerio de Desarrollo Social 2010), en este grupo etario, evidenciaron una cifra bastante inferior de analfabetismo (16,2%), lo cual puede ser atribuido a las características de ruralidad y etnia de la muestra, grupo para el cual los niveles de educación en el país son inferiores. Las cifras de analfabetismo reportadas, por la encuesta citada anteriormente, en el grupo indígena fueron superiores (28%) al grupo no indígena (16%), asimismo a medida que se incrementaba la edad se incrementaba la población que no sabía leer ni escribir en ambos colectivos (en el colectivo indígena el 17% era analfabeto en el tramo de 60 a 64 años, llegando a 28% en el tramo de 80 y más años; en el colectivo no indígena esta cifra oscila entre el 8% para el tramo de 60 a 64 años y el 15% para los mayores de 79 años).

Casi la mitad de la muestra (46,8%) refirió que los ingresos percibidos no le alcanzaban para cubrir sus necesidades, siendo en el colectivo indígena mayor la insatisfacción (55,1%) que en el colectivo no indígena (38,9%). Los ingresos percibidos provenían mayoritariamente de pensiones o subsidios estatales (47,3%) seguido de la jubilación (16,8%), lo cual es concordante con estudios realizados desde el Servicio nacional del adulto mayor (2011), que evidencian que la mayoría de las personas de 60 y más años en Chile reciben ingresos entre 70 y 80 mil pesos, originados desde pensiones básicas solidarias.

Respecto a la participación en organizaciones sociales, la mayoría (72,3%) participaba al menos en una entidad de este tipo, siendo mayor la colaboración en el grupo indígena (82,3%) que en el no indígena (61,7%). En el grupo indígena, se observó una mayor implicación en organizaciones propias de su comunidad, religiosas y juntas de vecinos, asimismo en el grupo no indígena fue mayor la frecuencia de participación en organizaciones religiosas, club de adultos mayores y juntas de vecinos. Los hallazgos de Quiaoming y Besser (2003) señalan que, a pesar de las circunstancias duras que

Capítulo 9. Discusión

enfrentan los adultos mayores que envejecen en comunidades rurales y las limitaciones geográficas que pueden dificultar la participación social, de las personas mayores son capaces de integrarse y generar actividades de mejoras en su comunidad.

Finalmente, respecto a la religión, la mayoría (92,7%) consideró que la religión era importante en su vida, siendo mayor en la población no indígena (94,7%) que en la indígena (88,8%). La religión predominante fue la católica (61,7%) seguido de la evangélica (34%). La religión católica fue predominante en el grupo no indígena y la evangélica en el grupo indígena. Una de las principales causas por las cuales las personas mapuche se han sumado a la Iglesia evangélica es la presencia de alcohol en las comunidades, lo que ha incidido en el progresivo aumento de las iglesias en las comunidades (Consejo nacional de la cultura y las artes 2011). Ello podría ser atribuido a que la religión evangélica propone pautas morales estrictas en donde todos los miembros de la comunidad deben velar por su cumplimiento, produciendo un efecto inmediato en las conductas de sus fieles.

9.3. *Discusión de resultados cuantitativos*

Primeramente, analizaremos los datos cuantitativos en relación a la CVRS, seguido del apoyo social en la vejez, posteriormente revisaremos la relación existente entre la CVRS y el apoyo social percibido por las personas del estudio, para finalmente revisar el rol del estrés entre ambas dimensiones.

9.3.1. La CVRS en la vejez

Para el análisis y discusión de los datos, se efectuó una mirada comparativa de las puntuaciones obtenidas en la muestra, mediante el cuestionario SF-36, con los valores de referencia para población española de 60 y más años, posteriormente se revisaron los factores estudiados que se encontraban asociados y/o nos permitían predecir la CVRS.

La mayoría de las puntuaciones del cuestionario SF-36 no tienen significado por sí mismas, como es el caso de la gran parte de las medidas de salud percibidas; éstas son interpretadas en función de la mayor o menor presencia de la característica evaluada y en comparación con la distribución de las puntuaciones de otro grupo de referencia; nunca se hace una interpretación de forma aislada. En España se tienen valores

Capítulo 9. Discusión

poblacionales referenciales en personas de 60 y más años (López-García et al. 2003). Los valores medios de las diferentes dimensiones de la muestra tuvieron un recorrido de 50,7 en salud general hasta 69,9 en función social, en una escala de 0 a 100. En una mirada comparativa, los resultados mostraron que las personas mayores del estudio tenían puntuaciones por debajo de lo encontrado por López-García et al. (2003) en todas las dimensiones, coincidiendo las puntuaciones más bajas de nuestro estudio con la referencia española en la dimensión salud general (tabla 90). Estos resultados nos permiten inferir que nuestra muestra, tanto en el colectivo indígena como el no indígena, mostró una peor percepción de su CVRS en todas las dimensiones.

Tabla 90. Comparación de la percepción de la CVRS en las personas mayores por las dimensiones del SF-36

Dimensión	Muestra estudio	España*
Salud general	50,7	55,9
Vitalidad	58,8	60,5
Función social	69,9	79,2
Salud mental	65,5	68,3
Función física	62,4	66,7
Rol físico	58,1	73,3
Rol emocional	61,7	84,8
Dolor corporal	56,5	68,4

*Valores poblacionales de referencia de la versión española de 60 y más años

Los resultados, por colectivo (indígena-no indígena), mostraron una peor percepción de la CVRS en las personas indígenas, para todas las dimensiones del SF-36 a excepción de las dimensiones FS y RE. Si partimos de la base que el rol de las personas mayores está condicionado por la cultura, en la manera como se vive y valora esta etapa de la vida, tenemos que en el pueblo mapuche se es viejo “cuando ya no se hace lo que antes se hacía. Cuando el adulto mayor ya no puede realizar, entre otras cosas, tareas o actividades para la mantención de la familia” (Oyarce 1995) y desde ahí asume un rol distinto vinculado a la promoción y protección del patrimonio cultural, pasando a ser respetados y valorados al interior de sus comunidades, a algunos/as se les asigna la calidad de *kimche* (sabio/a), debiendo dedicarse a traspasar los elementos culturales a los más jóvenes, encabezando cada celebración tradicional. Ello podría explicar en parte las diferencias en dichas dimensiones, según las cuales el rol del anciano(a) y el respeto social hacia la vejez son propios de su cultura, es decir estamos ante un grupo de personas mayores que tiene un papel predominante en la transmisión de la cultura, y es bien valorado por su comunidad. Además, en dicha cultura, el mantenimiento de los

roles y de la participación social, así como el contacto personal, contribuye a que la persona mayor se sienta emocionalmente más satisfecha y socialmente menos aislada.

9.3.1.1. Factores asociados y/o predictores de la CVRS

La mayoría de las variables estudiadas (*satisfacción con el ingreso, años de escolarización, convivencia en pareja, participación en organizaciones sociales, edad, sexo, número de enfermedades diagnosticadas, tiempo dedicado al trabajo, suceso importante acontecido en el último año, tipo de cohabitación, número de hijos, frecuencia de contacto con hijos, con amigos o parientes, saneamiento y hacinamiento de la vivienda*) se asociaron en el análisis bivariado a las dimensiones del cuestionario SF-36, a excepción de *hacinamiento de la vivienda y religión* que se profesa (tabla 45). Asimismo, el análisis de regresión por dimensiones de la escala SF36 mostró, de acuerdo al coeficiente de determinación R^2 , que las variables introducidas explicaron en la dimensión FF el 25,5% de la varianza. El modelo se completó en cuatro pasos y las variables fueron incorporadas en el siguiente orden, *número de enfermedades diagnosticadas, participación en organizaciones sociales, ocurrencia de suceso importante en el último año y la edad*.

Las variables que predicen mayor número de dimensiones de la CVRS, según el cuestionario SF-36, fueron *la edad*, (SG, FS, FF, RF y DC), *el número de enfermedades*, (SG, FF, RF y RE), *la ocurrencia de un suceso importante en el último año* (SG, VT, FF y DC), *la convivencia en pareja* (FS, RF y RE) y *el saneamiento de la vivienda* (SM, RE y DC) (tabla 81). Las variables mencionadas se analizan a continuación, primeramente, conforme los resultados del análisis bivariado, seguido del análisis de regresión, para, finalmente, revisar el comportamiento de las variables por grupo indígena-mapuche y no indígena.

La edad se encontró asociada a todas las dimensiones del cuestionario SF36 excepto SM, en donde a mayor edad peor percepción de la CVRS; esto coincide con los estudios realizados por Prieto et al. (2008) en Madrid y la Encuesta nacional de calidad de vida y salud (Ministerio de salud 2006c) en Chile, ya que mostraron una tendencia negativa en la valoración de características emocionales a medida que las personas mayores se adentran en edades más avanzadas. Estudios de Kunzmann, Little y Smith (2000) informan de la estabilidad del bienestar subjetivo de salud a lo largo de los años,

Capítulo 9. *Discusión*

estabilidad que puede verse amenazada por las limitaciones físicas que se incrementan conforme avanza la edad. Otros estudios contrarios a los hallazgos de la investigación, correspondientes a doce muestras nacionales de países de Europa occidental, que abarcan desde los años sesenta hasta principios de la década de los ochenta, muestran que las personas mayores tienden a manifestar niveles más altos de satisfacción vital y de felicidad que las personas de menos edad (Diener y Suh, 1998). Esta tendencia llega a ser más evidente cuando se controlan los efectos debidos a los ingresos, la ocupación, el nivel educativo, el estado civil y la nacionalidad. Incluso en países donde la satisfacción y la edad estaban negativamente correlacionadas, como por ejemplo Bélgica o Italia, una vez que se controlan los factores económicos y sociales, los coeficientes dejan de ser negativos (George, Okun y Landerman en García 2002; Herzog y Rodgers 1982). Por otro lado, si bien en diferentes trabajos (Mroczek y Kolarz 1998; Villar, Triadó y Osuna 2003; Meléndez, Tomás y Navarro 2008) se observa que puede existir una ligera disminución de la CVRS según aumenta la edad, esta relación es baja, reafirmando la idea de que la satisfacción vital, como medida, parece ser bastante estable con la edad, especialmente a partir de la adultez y concretamente en el grupo de mayores de 65 años. En este sentido, y según Villar, Triadó y Osuna (2003), la reevaluación, el cambio o el reescalamiento de metas en la vejez puede ser uno de los mecanismos de mantenimiento que expliquen, en parte, por qué permanece esta medida constante a lo largo de los años, incluso cuando las condiciones vitales se tornan cada vez más amenazantes y las pérdidas superan a las ganancias.

La edad es la variable que explica en mayor medida la percepción de la CVRS de los adultos mayores, alcanzando en nuestro estudio significación en cinco de las ocho dimensiones del cuestionario SF36 (SG, FS, FF, RF y DC). Al respecto, en un meta-análisis basado en 119 estudios, se encontró una relación positiva entre bienestar subjetivo y edad (Stock, Okun, Haring y Witter en García 2002). Conclusiones similares se encontraron, tras la revisión de la literatura sobre el efecto de la edad en la satisfacción vital, señalando que la edad es un moderador importante de los efectos del estado civil, de los ingresos y del apoyo social sobre la satisfacción vital (Okun y Landerman en García 2002).

El **número de enfermedades diagnosticadas** se encontró asociada a cuatro de las ocho dimensiones del cuestionario SF36 (FF, SG, RF y VT). El padecimiento de múltiples

Capítulo 9. Discusión

enfermedades denota en el grupo estudiado una peor percepción de la CVRS. Se destaca la alta proporción (88,2%) de personas mayores con al menos una enfermedad diagnosticada por el médico. En estudios de Coronado y Díaz (2009), esta cifra alcanza al 52,7% de las personas mayores. Asimismo, existen más mujeres con enfermedades diagnosticadas que hombres, lo cual no significa, necesariamente, que las ancianas sufran más enfermedades que los ancianos, sino que probablemente visiten con mayor frecuencia al médico. Entre las características de la enfermedad en los ancianos, estudios realizados en Cuba mostraron un incremento paulatino en el riesgo de discapacidad a medida que aumentaba el número de enfermedades no transmisibles hasta tres, donde se producía un incremento brusco en dicho riesgo una vez que se adicionaba al menos una enfermedad, llegando incluso a cuadruplicarse este riesgo en las actividades instrumentales de la vida diaria (Brenes et al. 2006). Además de la mayor presencia de enfermedades discapacitantes, se encuentra una tendencia a la cronicidad y a la invalidez (García 2002; Debout 2011), lo que supone una necesidad de atención específica y especializada dirigida a los problemas funcionales de las personas pertenecientes a este grupo de edad. Además, también es conocida la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en la salud y en la enfermedad de los ancianos y la estrecha relación existente entre estos aspectos (Fernández et al. 1992; Sánchez 1994; Yanguas, Sancho y Leturia 1998).

Asimismo, los resultados del estudio nos indican que la referencia de un mayor número de enfermedades diagnosticadas, en las personas mayores, actúa como un factor predictor de una peor percepción de CVRS, alcanzando significación en cuatro de las ocho dimensiones del cuestionario SF36 (SG, FF, RF y RE), ya que la presencia de más de una patología es un aspecto que contribuye a una peor percepción de CVRS. Este dato podría denotar que, con frecuencia, el envejecimiento, cuando se acompaña de la presencia de patologías que requieren tratamiento, puede contribuir a una peor percepción de la CVRS. Este hallazgo es confirmado por estudios realizados por Beaman et al. (2004) quienes señalan que la percepción de salud es un constructo con asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc. Dicha relación, sin embargo, no es confirmada por los estudios realizados por Naumann y Byrne (2004), en los cuales se ha señalado que el número de diagnósticos clínicos no es un

predictor de resultados en calidad de vida, aunque sí se ha asociado con el número de fármacos.

La ocurrencia de un suceso importante en su vida en el último año se encontró asociado a todas las dimensiones del cuestionario SF 36 excepto para la dimensión RF, ello refleja que aquellas personas, que tuvieron la muerte o enfermedad de una persona importante en su vida, tuvieron una peor percepción de su CVRS. Asimismo, el análisis de regresión indica que la ocurrencia de un *suceso importante en su vida* actúa como un factor predictor de una peor percepción de CVRS, en cuatro de las ocho dimensiones del cuestionario SF36 (SG, VT, FF y DC). Al respecto, Prieto et al. (2008) señalan que el estado emocional tiene una relación directa con la salud, tanto en sus aspectos objetivos (morbilidad) como subjetivos (percepción de salud), en una relación recíproca. Por una parte, la salud influye sobre el bienestar de las personas mayores y por otra parte las actitudes positivas tienen un efecto protector sobre la salud y la calidad de vida. Estudios de Barra et al (2004) señalan que los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacían al individuo más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementándose la percepción y reportes de síntomas, disminuyendo la predisposición a buscar atención médica oportuna e inducían conductas no saludables como fumar o ingerir alcohol. Esto permitiría explicar que el pesimismo y ánimo depresivo se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud, por consiguiente, los estados emocionales podrían influir en la salud mediante efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas, en la búsqueda de atención médica, en la involucración de conductas saludables y no saludables como en estrategias de regulación emocional y en la percepción de apoyo social. Asimismo, Windholz, Marmar y Horowitz (1985) referían que, para una persona que ha perdido a su pareja, la integración a una red social, compuesta por personas que han sido capaces de superar un mismo suceso vital, le proporcionaba tanto fortaleza como un modelo para afrontar la pérdida.

La **convivencia en pareja** mostró una asociación estadísticamente significativa con la CVRS, de tal forma, que aquellos/as que vivían con su pareja percibieron una mejor CVRS. Del total de adultos mayores incluidos en nuestro estudio y que se encontraban en estado de viudez (29,1%), la mayor proporción eran mujeres (39,5%). En cambio de quienes se encontraban conviviendo en pareja (59,1%) el 72,6% eran hombres. Estos

Capítulo 9. Discusión

datos fueron corroborados por los resultados de investigaciones realizadas por Papalia y Wendkos (2002), en las cuales existe una tasa de viudez más alta en las mujeres. En cuanto a la satisfacción con la CVRS según estado civil, se encontraron diferencias significativas, siendo el grupo de personas viudas el que menor satisfacción obtenía, resultados que corroboran trabajos como el de Wood, Rhodes y Whelan (1989), Acock y Hurlbert (1993) o Villar et al. (2003). Son numerosos los estudios que han mostrado una mayor prevalencia e incidencia de desórdenes tanto físicos como psicológicos, así como una menor esperanza de vida entre las personas sin pareja, mientras que el matrimonio es uno de los mayores predictores de satisfacción con la vida (García 2002). Con respecto a las personas viudas, según datos del IMSERSO (2006), si bien la viudedad está más extendida entre las mujeres, parece que su efecto es menos negativo para éstas que para los hombres. Esta situación es debida a que las féminas son más capaces de establecer lazos cercanos con otras personas, en especial con otras mujeres mayores y, además, mantienen un alto apoyo por parte de los hijos.

Asimismo, los resultados del estudio nos indican que vivir en pareja actúa como un factor predictor de una mejor percepción de CVRS, alcanzando significación en tres de las ocho dimensiones del cuestionario SF36 (FS, RF y RE). Según el estudio SABE, realizado por la Organización mundial de la salud en varias ciudades de Latinoamérica (Albala 2005), vivir en pareja es un factor protector en la vejez. Por otra parte, hemos de tener en cuenta que, según Meléndez, Tomás y Navarro (2007), la presencia del cónyuge es fundamental en la vejez, por ser uno de los principales dadores de apoyo junto a los hijos, de ahí podría derivarse que las personas casadas tengan una mejor percepción de satisfacción vital.

Son escasos los estudios que aborden la CVRS en personas mayores rurales con la distinción étnica, como son los mapuche en Chile, y aún más si se trata de estudios que documenten factores asociados y/o predictores de la CVRS desde la perspectiva de las personas mayores. Los resultados mostraron en ambos colectivos (indígena-mapuche y no indígena), una asociación significativa con la CVRS en las variables *satisfacción con el dinero* (a mayor satisfacción mejor percepción de la CVRS), *convivencia en pareja* (mejor percepción de CVRS en los que viven en pareja), *edad* (a mayor edad peor percepción de la CVRS), *sexo* (las mujeres tienen una peor percepción de la CVRS), *número de enfermedades diagnosticadas* (a mayor número de enfermedades peor

Capítulo 9. Discusión

percepción de la CVRS), *tiempo dedicado al trabajo* (a mayor número de horas diarias trabajadas mejor percepción de la CVRS), *ocurrencia de un suceso importante en el último año* (peor percepción de la CVRS ante la ocurrencia de suceso en el último año), *tipo de cohabitación* (quienes viven con otras personas tienen mejor percepción de la CVRS), *frecuencia de contacto con los hijos* (a mayor frecuencia de contacto con los hijos mejor percepción de la CVRS) y *saneamiento de la vivienda* (a mayor saneamiento mejor percepción de la CVRS). Además, la *escolarización*, la *participación en organizaciones sociales* y el *contacto con amigos o parientes* presentaron asociación significativa con la CVRS sólo en el grupo indígena, no así en el grupo no indígena en donde no se encontró asociación con ninguna de las dimensiones del SF-36 para estas variables, ello podría explicarse por la mayor proporción de analfabetismo (Instituto nacional de estadísticas 2005) y la concepción comunitaria del pueblo mapuche (Bengoa y Sabag 1997).

Asimismo, el análisis de regresión por dimensiones de la escala SF36 mostró para el grupo indígena, que las variables introducidas explican la mayor proporción de la varianza en la dimensión FF, con las variables: *número de enfermedades diagnosticadas*, *participación en organizaciones sociales* y *edad*. En cambio, en el colectivo no indígena, la dimensión RF es la que alcanza la mayor explicación de la varianza con las variables: *convivencia en pareja*, *edad* y *satisfacción con el ingreso percibido*. En ambos colectivos, las variables estudiadas alcanzan una mayor predicción en aquellas dimensiones de la CVRS que se relacionan con lo físico, en el grupo indígena con el grado en que la salud limita las actividades físicas, y en el grupo no indígena con el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias. Ello es consistente con los hallazgos del discurso de los interlocutores en donde la autopercepción de salud tenía relación con las propias dolencias físicas que se veían incrementadas con la edad y, por ende, impactaban en su capacidad funcional.

En síntesis, las variables que predicen un mayor número de dimensiones de la CVRS en la población indígena fueron: *sexo* (SG, VT, FS, SM y DC), y *saneamiento de la vivienda* (SG, RE y DC). En cambio, en la población no indígena, las variables más predictivas fueron: *ocurrencia de suceso importante en el último año* (SG, SM, FF y DC), *convivencia en pareja* (FS, RF, RE y DC), *edad* (FF, RF y VT) y *número de hijos* (SG, VT y RF). En términos generales, los resultados obtenidos muestran que los

Capítulo 9. Discusión

factores sociales, demográficos y económicos se encontraban asociados a la percepción de la CVRS, asimismo los adultos mayores indígenas tenían una peor percepción de su CVRS, aunque no se confirmó en todas las dimensiones, sí lo hacía especialmente en las dimensiones de VT y SM.

9.3.2. El Apoyo social en la vejez

9.3.2.1. Factores asociados y/o predictores del apoyo social

Mediante el cuestionario Duke Unc-11, se efectuó la valoración del apoyo social en sus dos dimensiones; apoyo social afectivo (ASA), que distingue las demostraciones de amor, empatía, la disponibilidad de las personas para proporcionar esas emociones y la percepción por parte del individuo de estas manifestaciones, y la dimensión apoyo social confidencial (ASC), que distingue la posibilidad de contar con personas a quién poder comunicarle problemas o situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión.

Los resultados mostraron que de las variables socio demográficas y económicas estudiadas (19), la mayoría (13) presentó, en el análisis bivariado, asociación significativa con las dimensiones del cuestionario Duke Unc-11, a excepción de las variables *sexo, años de escolarización, número de horas trabajadas, número de enfermedades, número de hijos, saneamiento de la vivienda, hacinamiento de la vivienda y seguimiento de una religión* (tabla 64).

Asimismo, el análisis de regresión por dimensiones de la escala Duke Unc-11, para la dimensión ASA evidencio que las variables que explicaban en mayor medida la varianza fueron: *participación en organizaciones sociales, tipo de cohabitación, existencia de algún problema emocional que le llevó a reducir el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas, frecuencia de contacto con amigos o parientes, ocurrencia de un suceso importante acontecido en el último año y saneamiento de la vivienda*. En cambio, en la dimensión ASC, las variables introducidas explicaron una proporción menor de la varianza con las siguientes variables, *participación en organizaciones sociales, tipo de cohabitación, contacto con amigos o parientes y ocurrencia de un suceso importante acontecido en el último año*.

Capítulo 9. Discusión

De las variables sociodemográficas estudiadas que predicen una mejor percepción del apoyo social, especial mención merecen aquellas incorporadas al modelo de regresión en ambas dimensiones de la escala Duke Unc-11, que analizamos a continuación.

Se encontró que las personas que *participaban en organizaciones sociales* tenían una mejor percepción de apoyo social. Al respecto, Otero et al. (2006), en referencia a Sabin (1993), Sugisawa *et al.* (1994) y Fuhrer *et al.* (1999), afirma que la participación en organizaciones se identifica como protectora para todos los individuos y para las mujeres mayores de 75 años. Asimismo Otero et al. en referencia al estudio Envejecer en Leganés tras seis años de seguimiento de una muestra de personas mayores (1993-1999), señala que el 82% de aquellas personas con una buena red social continuaban vivas, mientras que entre las personas socialmente aisladas esta proporción bajaba al 68%.

Además, la *participación en organizaciones sociales*, tanto en la población indígena como en la no indígena, fue la de mayor predicción del apoyo social en ambas dimensiones (ASA y ASC). Cabe mencionar que en el colectivo indígena es más frecuente la participación en organizaciones indígenas, religiosas y juntas de vecinos y en el colectivo no indígena en organizaciones religiosas, club del adulto mayor y junta de vecinos.

La mayor *frecuencia de contacto con los hijos y vivir en pareja* se encontró asociada significativamente con una mejor percepción del apoyo social. Al respecto, Domínguez, Espín y Bayorre (2001) señalan que, entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de redes formales. Dentro de la familia, se ha observado que el matrimonio constituye un apoyo fundamental, especialmente para los hombres, ya que estos además de presentar una menor red social, dependen de sus esposas en la realización de actividades (Reyes, et al. 2006).

Investigaciones realizadas por Bazo (1991) muestran que la familia ha sido y sigue siendo la proveedora principal de cuidados, en donde la mayoría de los mayores que viven solos disfrutan de un alto grado de interacción con sus familiares, en particular si

Capítulo 9. Discusión

hay proximidad residencial, dichos cuidados que se dispensan han ido evolucionando también con la tecnología y ya no solo son físicos sino que se utilizan otros medios de comunicación. La autora, haciendo referencia a De Miguel (1995), señala que al aumentar las distancias geográficas, los contactos regulares se atenúan aunque se mantienen por otros medios, preferentemente el teléfono, cartas, visitas esporádicas. La comunicación telefónica entre padres e hijos puede considerarse usual, en estos contactos no se observan diferencias por sexo, aunque sí por edad, las personas mayores de menor edad se benefician más de este tipo de comunicación.

Además, es de esperar que ancianos con pareja cuenten con un mayor apoyo de ésta, con la que es capaz de intercambiar emociones, sentimientos, compartir secretos y necesidades propias de la edad, al emerger el cónyuge o pareja como uno de sus confidentes más importantes. La pareja puede constituir un apoyo afectivo sin igual, que ayuda al anciano a llevar su vida en compañía (Bayarre et al. 2008). Este dato es reafirmado por diversas investigaciones, entre ellas la de Pinguart y Sorensen (2001), que señala que los adultos mayores casados poseen un importante recurso de apoyo y validación de parte de su pareja, por consiguiente las personas divorciadas y/o viudas serían más propensas a enfermar y presentan mayores índices de mortalidad y accidentes que aquellas casadas.

Asimismo, la amplitud de las redes sociales, la frecuencia de contacto con amigos, o la fortaleza de la red familiar han mostrado efectos protectores frente al inicio de discapacidad, frenando su progresión e incluso incrementando el grado de recuperación (Mendes de León et al. 2003; Giles et al. 2004).

Aquellos que vivían con otros mostraron una mejor percepción de apoyo social que quienes viven solos, siendo el *tipo de cohabitación* una de las variables que permite predecir el apoyo social. Al respecto, Bozo, Toksabay y Kürüm (2009); han encontrado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos. La literatura, coincidentemente con nuestros resultados, evidenciaba una mayor vulnerabilidad en personas que vivían solas, dado que recibían menor apoyo en las actividades básicas y del hogar (Johnson, Gallagher y Wolinsky 2004). Asimismo, estudios realizados en Chile por Herrera et al. (2011), agregan al respecto que el no

Capítulo 9. Discusión

tener relaciones insatisfactorias y tener mejores relaciones familiares fue Relación entre la CVRS y el apoyo social en la vejez

Estudios realizados por Herrera, Barros y Fernández (2011) agregan que el no tener relaciones insatisfactorias y tener mejores relaciones familiares es uno de los predictores más importantes de satisfacción con la vida en las personas mayores.

El análisis de la relación entre la CVRS y el apoyo social mostró que todas las dimensiones del SF-36 correlacionaron significativamente con las dimensiones de apoyo social, lo cual es concordante con investigaciones realizadas por Otero et al. (2006) y Avlund et al. (2004), quienes evidencian la influencia protectora de las relaciones sociales sobre la salud y frente a la discapacidad, en sus inicios. Según dichos autores, el apoyo social podría frenar la progresión de la discapacidad e, incluso, incrementar el grado de recuperación, lo cual resulta relevante en la vejez, ya que, en esta etapa vital, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de llevar una vida independiente.

Son diversos los estudios que han demostrado asociaciones positivas entre niveles elevados de relaciones sociales y mejores condiciones de salud. Al respecto, Herrera, et al. (2011), en referencia a Putman (2000), señalan cuatro mecanismos por los que las redes sociales tienen un impacto positivo en la salud: proporcionan los recursos de ayuda material que reduce el estrés, refuerzan normas de vida saludable, aumentan las presiones para los servicios médicos y estimulan el sistema inmunológico. Otras investigaciones corroboran la influencia protectora de las relaciones sociales sobre la salud, de esta forma Glass et al. (1999) señalan que las personas mayores que disfrutan de amplias relaciones sociales tienen mayores probabilidades de sobrevivir y muestran mejores resultados en salud y autonomía.

Sin embargo, en la literatura no hay acuerdo al respecto, Lee et al. (1995) encontraron que el apoyo recibido aumenta la angustia entre las personas de edad avanzada, ya que esto se interpreta como una pérdida de independencia. Estudios, realizados en Chile, mostraron que el apoyo social no parece afectar el bienestar de las personas de edad (Silva et al. 2003; Barros et al. 2006; Herrera y Kornfield 2008; Herrera, et al. 2011).

Capítulo 9. Discusión

Al respecto, los resultados de nuestro estudio nos permiten afirmar que el estrés tiene un rol mediador entre la CVRS y el apoyo social, dado que una vez eliminado el factor de estrés las relaciones con el apoyo social dejan de ser significativas en los pares: SM – ASA; RF –AST; RF –ASC; y RF -ASA. El coeficiente de determinación R^2 de las variables relacionadas con el estrés mostró que éstas, en todas las dimensiones, explican por sí mismas mucho más que solo el apoyo social; es así como por ejemplo, en el dominio RF se explica el 21,8% de la percepción de la CVRS, en cambio el apoyo social por sí mismo explica solo el 5,4%, por lo que podemos afirmar que la mayor parte de la percepción de los dominios de la CVRS se explica por el estrés y menos por el apoyo social.

La ausencia de un efecto directo de apoyo se puede explicar por el hecho de que el efecto de apoyo es más indirecto, aunque la literatura indica que tiene una gran utilidad para mitigar el efecto negativo producido por situaciones de estrés (Silverstein y Bengtson en Herrera et al. (2011). Otras investigaciones, realizadas por Aguerre y Bouffard (2008), Fernández, et al. (2000), señalan, también, al apoyo social como un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida.

9.4. *Discusión de resultados cualitativos*

Como se mencionó al inicio de este capítulo, en la aproximación cualitativa se ha explorado el significado que las personas mayores le atribuyeron a la CVRS y al apoyo social a través de las siguientes interrogantes guías: ¿cuál es el significado que le atribuyen las personas mayores a la CVRS y al apoyo social? y ¿cuáles son los factores que las personas mayores identifican como contribuyentes a su bienestar? En este marco, la discusión de los resultados se efectúa, primeramente, analizando el significado que las personas mayores le atribuyeron a la CVRS y al apoyo social, para finalmente revisar los factores que identificaron como necesarios para alcanzar el bienestar en ambos colectivos estudiados (indígena y no indígena).

9.4.1. Significado que le atribuyen a la CVRS

En este epígrafe, tenemos en cuenta la aproximación que las personas mayores hicieron de la percepción de CVRS, en los ámbitos de entorno cotidiano, la salud y la enfermedad.

9.4.1.1. *Entorno cotidiano*

El entorno cotidiano fue entendido como las situaciones del día a día que fueron relevantes para ellos, para el análisis de esta dimensión, incorporamos la revisión de los aspectos familiares, económicos, socio-recreativos e institucionales, los cuales en el discurso se encontraron entremezclados. Los resultados encontrados señalan, en el discurso de las personas mayores, especial relevancia de **la familia** en su percepción de la CVRS. Este dato se encuentra en sintonía con los hallazgos descritos en la literatura por diversos autores, entre ellos Azpiazu et al. (2002), quien señala que las relaciones familiares son uno de los factores más importantes en la percepción de calidad de vida, junto con la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. Así lo evidencia también la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez (Servicio nacional del adulto mayor 2010), que revela que el bienestar de las personas mayores en Chile sigue teniendo un baluarte en sus propias familias. En nuestra muestra, ambos colectivos estudiados reconocían a la familia como una entidad constituida por la pareja y los hijos, que se extiende a los nietos/as y nuera o yerno cuando los hijos ya han construido su propia familia. Asimismo, se la reconocía como el principal apoyo ante situaciones de enfermedad, de dificultades económicas y

Capítulo 9. Discusión

emocionales, lo cual se ve fundamentado en el rol que ocupa la familia en la sociedad chilena como la principal institución suministradora de protección social.

Estamos ante hogares compuestos mayoritariamente por familias nucleares, en donde es común que la crianza de los hijos fuera compartida con familiares, especialmente las abuelas, quienes contribuían no solo al cuidado de los nietos sino también a la transmisión de la cultura, particularmente en el colectivo indígena. Estudios realizados por Sadler et al. (2006) señalan que, en los contextos rurales, la figura de los abuelos, principalmente la abuela, aparece como muy relevante en la crianza y socialización de los niños y niñas, incluso más que en la urbe, transformándose en agentes centrales de socialización. Este hecho se vincula principalmente a la migración, ya que muchas madres deben dejar a sus hijos/as con sus propias madres para poder ir a trabajar a las ciudades o como temporeras en labores agrícolas.

La convivencia familiar se convierte en un factor primordial y de extraordinaria importancia para sus vidas. Esta información está en sintonía con los resultados del estudio de Molina y Meléndez. (2006), que señalan a las actividades familiares como las que producen mayor satisfacción en mayores no institucionalizados. En ambos colectivos, se refirió una percepción positiva de la relación con sus hijos y aunque estos mayoritariamente habían tenido que partir en búsqueda de mejores oportunidades a las ciudades, la percepción de vínculo con estos fue satisfactoria, sin dejar de lado el sentimiento de tristeza que les provocaba la partida y, por ende, el abandono de los campos. Al respecto, la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez (Servicio nacional del adulto mayor 2010) señala que los adultos mayores chilenos, en su mayoría, permanecen íntimamente vinculados con sus hijos, formando una cadena de encuentro intergeneracional muy estrecha y sólida.

Con respecto a la percepción de la pareja, se la reconocía, especialmente en el colectivo indígena, desde la libertad de cada uno de sus miembros y no desde la sumisión de la mujer al hombre, como sucedía en tiempos pasados, un cambio visualizado como relevante en el nuevo rol de la mujer que ha ido adquiriendo una mayor firmeza en la relación. Al respecto, Valdés (2007) señala que, producto de la transformación que experimentan las familias y los individuos en el presente, vemos afirmarse a las mujeres

Capítulo 9. Discusión

como sujetos de derechos y actores sociales que han contribuido en los cambios de los patrones familiares y en las relaciones sociales de género en la vida privada.

Asimismo, se reconocía a los celos en la pareja como un elemento dañino para la relación y dinámica familiar. Sin embargo, en el discurso fue justificado que el hombre con pareja mire a otras mujeres, particularmente en el periodo de embarazo de la mujer, dando una connotación de normalidad a que los hombres se “fijen” en otras mujeres, aunque se atribuía a los celos características negativas en relación a la pareja. Ello denota una connotación de género en el discurso que puede ser atribuible a los patrones culturales de la sociedad chilena, enmarcados por la simbolización de lo masculino como autoridad familiar, la cual incluso se encuentra inscrita en los cuerpos jurídicos, construidos en el siglo XX por el Estado y en su sistema de protección social (Valdés 2007).

La dinámica familiar no estuvo exenta de dificultades, y estuvieron dadas principalmente por el alcoholismo de los hombres, acompañado en ocasiones de malos tratos y problemas económicos. El alcoholismo en Chile es un problema de salud pública de gran impacto, debido a los múltiples efectos y daños que genera en la salud física y mental de los individuos, asociándose a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la inseguridad, la violencia y la desintegración familiar. El alcoholismo es altamente complejo, multicausal, no reconoce límites territoriales, sociales, ni tampoco de edad. Al respecto, el observatorio chileno de drogas, en un estudio realizado el año 2011, precisa que la probabilidad de no consumir es mayor para las mujeres que para los hombres. En contraste, estos últimos presentan una mayor probabilidad de consumo frecuente, independiente de la edad o nivel educacional que posea el individuo. Sin embargo, la frecuencia de consumo aumenta con la edad para los hombres manteniéndose estable para las mujeres (Ministerio del interior y seguridad pública 2011).

La satisfacción con **aspectos económicos** (pensión y/o ingresos suficientes) reflejó una mejor percepción de su CVRS. Particularmente, en el discurso del colectivo indígena, los aspectos económicos se encontraron estrechamente vinculados con la educación, en el sentido que el bajo nivel educacional se acababa transformando en una limitante para el acceso a beneficios (a dichos beneficios se suele postular a través de proyectos,

Capítulo 9. *Discusión*

significando muchas veces tener que depender de terceros para poder presentar sus iniciativas a financiamiento), por otro lado los escasos recursos no les permitían entregar a sus hijos una educación superior, prolongando con ello el bajo nivel educacional de sus familias. Al respecto, estudios realizados por Herrera y Kornfeld (2008) señalan que tanto el nivel socioeconómico como la educación de los adultos mayores tienen relación con su bienestar, lo que indica que la educación aporta algo más que ingresos para tener una mejor calidad de vida en la vejez. A través de la educación se adquieren habilidades psicosociales que permiten adaptarse mejor a los cambios que pueden ocurrir al envejecer, así como la transmisión de un conjunto de hábitos (como los nutricionales y realización de actividad física) que pueden impactar directamente en la calidad de salud de los adultos mayores. Sin embargo, en el discurso de las personas de nuestra muestra, se justificó las mejores oportunidades de educación para los hombres, en su rol de jefe de hogar y proveedor del grupo familiar, tesis defendida mayoritariamente por las mujeres, que coexistía en ambos sexos con un discurso de igualdad en el acceso a la educación para sus hijas e hijos.

Tanto la **vida social como los espacios de recreación**, en ambos colectivos, eran escasos y estaban centrados básicamente en la familia, a través de reuniones familiares, que celebraban eventos como cumpleaños, fiestas de fin de año, navidad, etc. Las relaciones con los vecinos eran básicamente de apoyo en la cotidianidad, ante enfermedades, cuidados de animales, cultivo de la tierra; la relación con los parientes lejanos se acotaba a acontecimientos de enfermedad o muerte. En el colectivo indígena, se agregaron actividades propias de la comunidad (ceremonias de Nguillatun, reuniones). Dada las características de ruralidad de ambos colectivos, no se concebían otras formas de esparcimiento y de convivencia social, más allá de las existentes en sus localidades, tales como club de adultos mayores y organizaciones religiosas (mayoritariamente católica y evangélica). Según Manfred Max Neef, la necesidad de recreación es carencia y potencialidad. Como carencia responde al plano fisiológico, podríamos decir que el adulto mayor necesita entretenerse, relajarse y divertirse; como potencialidad se refiere a cuando se produce un compromiso, motivación y movilización de las personas. Es en este sentido en el que podríamos señalar que el adulto mayor realiza actividades de esparcimiento y convivencia social, que les motiva y les hace organizarse para lograr satisfacer la necesidad de recreación.

Capítulo 9. Discusión

La radio tuvo especial relevancia en la cotidianeidad de los interlocutores de los grupos de discusión, como espacio de entretenimiento, información y de conexión social con el entorno. Este dato podría ser atribuible a las características de ruralidad de ambos colectivos, en donde la radio, además de ser un medio de comunicación accesible, cumplía también con el rol de "teléfono de la comunidad", con muchas horas al día reservadas para la transmisión de mensajes personales, nacimientos, defunciones, invitaciones, llamado de emergencia médica, pedidos de alimentos y suministros a una tienda en la localidad más cercana, entre otros. Estudios realizados, por la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (1999), refieren que la radio tiene una base en la tradición oral de la población rural y sigue siendo el medio de comunicación de masas más potente y menos costoso para llegar a un gran número de miembros de la población rural en zonas aisladas.

La alusión en el discurso a estos espacios sociales y de recreación fue positiva, señalándolos como momentos de disfrute, de alegría y de pasarlo bien, podemos inferir que cuando estos se dieron se intuyó una mejor percepción de su CVRS.

Los **aspectos institucionales**, ya sean gubernamentales o privados, fueron referidos, en el discurso, como los de mayor descontento. En la esfera privada, la institución más nombrada fue la entidad bancaria, dado que ésta les excluía de toda posibilidad de acceder a créditos u otros requerimientos. En cambio en la esfera pública, el mayor descontento en ambos colectivos tuvo relación con la percepción de utilización que los políticos hacían de su apoyo para sus fines personales (salir electos), produciéndose una distinción entre el sexo de los políticos, ya que las mujeres que accedían a cargos de poder tenían una valoración positiva respecto a los hombres, reconociendo en éstas una mayor concreción de sus promesas.

Asimismo, particularmente en el colectivo indígena, el descontento se evidenció con una crítica negativa hacia las políticas educativas, señalando discriminación en el acceso y menores oportunidades para continuar estudios de educación superior que sus congéneres no indígenas. Esta "queja" dejó en evidencia la desinformación y/o dificultades de acceso de este colectivo a las políticas públicas definidas, a pesar que, desde el año 1992, Chile cuenta con recursos de apoyo a la población indígena (a través de becas), dirigidos a estudiantes de ascendencia indígena de educación básica, media y

Capítulo 9. Discusión

superior que presentaban buen rendimiento académico y una situación socioeconómica vulnerable y también para los de educación superior (en este caso, el beneficio es de \$607.000 anual –aproximadamente 830 euros-). La evaluación de impacto de las becas de educación superior, realizada por la Universidad de Chile (2012), evidenció que el dinero entregado por el gobierno no era suficiente para los estudiantes de menores ingresos, pues no les permitía comprar libros u otros recursos asociados a sus estudios; además, los estudiantes debían complementar sus ingresos con un trabajo de tiempo parcial, con lo cual obtenían un menor rendimiento académico y veían disminuida su capacidad para aprovechar la experiencia universitaria; estos hechos ocurrían, en mayor proporción en los estudiantes indígenas que en los no indígenas. En consecuencia, el informe de la Universidad de Chile enfatizó el peligro de incremento del fracaso educativo de los estudiantes de contextos socioeconómicos desfavorecidos, a no ser que se asignen más dinero a las ayudas estudiantiles en este ámbito económico.

La discriminación, referida por los interlocutores indígenas, involucraba a distintos ámbitos de la sociedad, en donde el análisis crítico del discurso permitió revelar cómo la dominación y la desigualdad, dentro de un contexto de relaciones sociales e interétnicas específicas, son llevadas a la práctica y reproducidas, con un racismo cotidiano encubierto, de una forma imperceptible y aparentemente intangible; esto es descrito por Merino como racismo cotidiano. La discriminación experimentada hacía alusión tanto a la institucionalidad pública como privada, a la sociedad dominante en su conjunto, así como también a las autoridades que la representan (Merino et al. (2008). Esta discriminación fue constatada, de nuevo, por Merino en su estudio sobre la percepción y experiencia de trato discriminatorio en población mapuche, en donde el 82% de los adultos reportaba ser despreciado y tratado como inferior por los no indígenas por su condición de mapuche (Cantoni en Merino et al 2008). Asimismo, Oyarce y Pedrero (2011) aducían que la sobre mortalidad que presenta la población mapuche es evidencia de la discriminación estructural que sufren los pueblos indígenas al interior de una sociedad que en pleno siglo XXI todavía presenta rasgos coloniales.

9.4.1.2. La salud

El concepto de salud ha sido un aspecto muy controvertido de la medicina a través del tiempo. Ha quedado en desuso el criterio de que salud es igual a la ausencia de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud introdujo el concepto que entiende como tal “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Al respecto, Fernández, Martínez y Santos. (2012) refieren que el criterio utilizado por la Organización mundial de la salud para definir la salud no se ajusta a los ancianos, dado que los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan, en una buena parte de ellos, determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo.

En el discurso de ambos colectivos, la salud fue concebida desde la enfermedad, siendo recurrentes los relatos respecto a sus propias dolencias, dejando en evidencia que contar con una buena salud pasa a ser un elemento relevante en su percepción de CVRS. Al hablar de salud, hicieron una distinción entre “su estado de salud” y la “interacción con el sistema de salud”, el primero tenía relación con sus propias dolencias y formas de tratarlas, en cambio el segundo hacía referencia a la organización dada por los centros de salud para otorgar sus servicios. Ambos aspectos se encontraron íntimamente ligados en el discurso, lo cual podría ser atribuible a la fase del ciclo vital en que se encontraba el grupo, caracterizada por una mayor frecuencia de enfermedades crónicas y, por ende, mayor frecuencia de consulta en los centros de salud.

Explorando el concepto que tenían de su salud, fue posible identificar a lo menos cuatro factores relevantes en su percepción de CVRS: la edad, la alimentación, las situaciones vividas y el autocuidado.

La **edad**, en ambos colectivos, se concibió vinculada a la salud (a mayor edad mayor propensión a enfermedades), a la pérdida progresiva de la funcionalidad, al desánimo, al cansancio y al sentimiento de fin de vida. Todas estas asociaciones tenían como marco diversas añoranzas por los tiempos de juventud.

Estudios realizados por Yanguas (2006) evidencian la necesidad de establecer diferencias entre generaciones, dentro del colectivo de personas mayores, y la necesidad

Capítulo 9. Discusión

de redimensionar los modelos de intervención existentes, adaptando las áreas y los programas de intervención en función de la edad.

Hacemos una breve mención al sentimiento de fin de la vida, generado por el propio deterioro de la salud y la muerte de personas cercanas. En ambos colectivos, la percepción del sentimiento de fin de la vida estuvo marcado por el deseo de alcanzar el final de la vida en las mejores condiciones de salud posible, reflejando que su preocupación no era morir sino las condiciones de vida con qué se llega al final de la etapa vital. La actitud ante la muerte fue respetuosa y percibida como un paso por el cual todos tenemos que pasar. Respecto a este aspecto, Rivera y Mancinas señalan que “el concepto que se tiene de la muerte se modifica y configura a lo largo del desarrollo evolutivo del hombre y por lo tanto, después de todo un ciclo en el cual se han ido asimilando criterios, experiencias y sentimientos, es en la vejez que se llega a aceptar la muerte como un proceso natural, como algo inevitable” (2007: 342-343).

La **alimentación** fue percibida como uno de los factores relevantes en su visión de la CVRS. Sin embargo, este es un aspecto poco estudiado y que genera discusión dentro del ámbito científico (Veenhoven 2008), dado que además de la evidente relación entre alimentación y salud, el consumo de alimentos se encuentra mediado por muchos factores al margen de los estrictamente nutricionales. La elección de los alimentos ha sido reconocida como un proceso que conlleva fuerzas psicológicas, sociales, culturales, económicas y biológicas (Bisogni et al. 2002). Los alimentos contribuyen al bienestar físico de las personas, son una importante fuente de placer y ocupan parte importante de la vida de las personas (Rozin et al. 1999). Dean et al. (2008) señalan que un buen estado de salud se relaciona con una mayor satisfacción con la alimentación.

Asimismo, en ambos colectivos estudiados la alimentación se encontró asociada a la salud de las personas, en donde una mala alimentación fue identificada como la causante de sus enfermedades. En el colectivo no indígena la alimentación que consumían fue relacionada con las pautas de crianza de sus padres, quienes les transmitieron hábitos alimentarios inadecuados en su infancia, que ellos han sostenido a través de los años. En el colectivo indígena, el tipo de alimentación que consumían, catalogada como de alimentación artificial, fue explicada por el alto costo de mantener una alimentación sana y natural para su salud,-que, en antaño, sí podían tener-. Estudios

Capítulo 9. Discusión

realizados por Viola (2008) ratifican la premisa de que la alimentación constituye una parte fundamental de la identidad cultural de las sociedades. Los participantes de este estudio sentían que podrían tener mejor salud si mantuviesen las prácticas de la alimentación tradicional de su grupo étnico, lo que constituye un elemento tangible de la mantención de su propia identidad cultural y un factor de cohesión social.

Grebe (2000), en sus estudios, señala algunos elementos históricos importantes de considerar en la discusión; antes de 1960, el acceso a los alimentos procedía de la producción agrícola y de las prácticas de recolección de frutos y especies del bosque nativo. Probablemente, la multiplicación de los medios de transporte y la construcción de caminos, durante la década de los 80-90, permitió el ingreso de alimentos y productos traídos desde la urbe (hierba mate, azúcar, aceite, fideos, arroz), los cuales en la actualidad son ampliamente utilizados en la dieta de cada familia.

Las situaciones vividas fue otro de los factores identificados en el discurso que afectaba a la salud de los interlocutores. Las principales alusiones fueron a experiencias de violencia en espacios públicos o intrafamiliar, accidentes, prácticas laborales o de cuidados de algún familiar dependiente inadecuadas, las cuales fueron dejando secuelas que afectaron su salud y explicaron, en parte, las dolencias y enfermedades que les afectaban. Al respecto, estudios de depresión en ancianos realizados por Gómez- Feria (2002) concluyen que no son los problemas económicos ni la soledad los factores estresantes más importantes sino aquellos relacionados a la familia. Asimismo, estudios de Izal y Montorio (1999) señalan que la forma en que la persona mayor interpreta su mundo, su pasado y su futuro son determinantes básicos en el origen y mantenimiento por ejemplo de los síntomas de depresión.

Otro hecho que llama la atención es la gran importancia que adquieren los problemas relacionados con la familia, , respecto al. trastornos adaptativos, en la distimia y en los trastornos mixtos, su número es elevado en todos los diagnósticos.

El autocuidado, entendido como aquellas acciones y decisiones que un individuo debe tomar para mantener un nivel deseado de salud, independientemente de la interacción con los profesionales de salud (Clark et al. 1991), en el discurso de ambos colectivos, estuvo relacionado con una mejor salud. Asimismo, la carencia de éste apareció como

Capítulo 9. *Discusión*

uno de los principales argumentos explicativos del empeoramiento de su salud, ejemplificado en la baja adherencia a los tratamientos e indicaciones médicas. Las alusiones de autocuidado promocionales y/o preventivas fueron escasas y solo se expresaron a través de una alimentación adecuada a sus necesidades. Dichos hallazgos son descritos por Yanguas (2006), quien señala que se han investigado relativamente pocas conductas como preventivas y promotoras de salud en estudios clínicos con metodología exhaustiva. Las conductas preventivas más estudiadas son la dieta y el ejercicio físico, en donde sus beneficios están claramente establecidos en las personas mayores. El autor, en referencia a lo señalado en la literatura, menciona que el ejercicio físico moderado en personas mayores se ha demostrado que mantiene la fuerza y el funcionamiento físico, previene secuelas adversas de infartos de miocardio, aumenta la esperanza de vida, mejora el funcionamiento y disminuye la morbilidad en los últimos años de vida. El ejercicio físico también se muestra, tan efectivo como los tratamientos farmacológicos y la psicoterapia para el tratamiento de personas mayores con depresión clínica (Moore y Blumenthal 1998 en Yanguas 2006).

Las investigaciones, referidas por Yanguas (2006), dejan en evidencia que el comportamiento de las personas mayores se relaciona con la salud a través de múltiples vías. Sin embargo, el autor se interroga respecto al efecto que puede esperarse sobre la salud de las personas mayores si se modifican sus estilos de vida. Los resultados de estudios longitudinales realizados son lo suficientemente concluyentes como para permitir afirmar que la práctica de determinadas conductas de salud (horas de sueño, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco, obesidad, pautas de alimentación) pueden producir efectos positivos sobre la salud, incluso en edades avanzadas. Para que un individuo lleve a cabo determinadas conductas saludables, deben cumplirse dos condiciones: 1) la consideración de que determinados resultados, que son relevantes para él, se derivan de un comportamiento específico y 2) contar con la capacidad para llevar a efecto tal comportamiento.

La autopercepción de salud, además de estar vinculado a sus propias dolencias físicas y emocionales, apareció en el discurso entremezclado con su **relación con el sistema de salud**, con la organización que tenían los establecimientos para la provisión de servicios y la interacción que se producía con el personal de salud en el proceso de atención. En ambos colectivos, el discurso evidenció que la organización de los centros de salud no

Capítulo 9. Discusión

reconocía sus condiciones de ruralidad, sino que más bien fueron los interlocutores quienes tuvieron que adaptarse a la organización del sistema. Las dificultades en el acceso fueron las más recurrentes en ambos colectivos, particularmente para las condiciones de morbilidad aguda no así en la atención de enfermedades crónicas, en donde más bien las dificultades se centraron en los horarios poco flexibles para la entrega de fármacos. Aunque existen políticas públicas de atención preferencial para la morbilidad médica antes de 48 horas para grupos prioritarios, entre los cuales se encuentran las personas mayores, y los equipos de salud habían tomado medidas, como por ejemplo dejar horas reservadas para las zonas rurales, éstas no fueron suficientes dada la alta demanda y la necesidad de los usuarios de atención inmediata, originada por sus condiciones de ruralidad que les dificultaban tener que regresar en otra oportunidad, por el alto costo y escasa frecuencia horaria del transporte. Al respecto, estudios de Leininger (1994) refieren que la ruralidad constituye un importante factor de riesgo de acceso a los servicios, ya que en este ámbito la capacidad de resolver problemas in situ, de forma oportuna y eficiente y de brindar cuidados integrales y continuos, desde una perspectiva cultural, cobra especial relevancia; este autor considera que, en el ámbito rural, existen múltiples formas de cuidado cultural tradicional y, finalmente, de gestión del acceso de la población a la red asistencial.

Asimismo, otro elemento recurrente en el discurso fue la disponibilidad de técnico paramédico permanente en las postas de salud rural, cuya carencia provocó sentimientos de vulnerabilidad frente a la enfermedad. Al respecto, la normativa vigente (Ministerio de Salud 2011) establece la existencia de un segundo técnico paramédico en la posta de salud rural durante doce horas de lunes a viernes, cuatro horas los días sábados y con turno de llamada el fin de semana, cuando la población asciende a ochocientas personas concentradas o más de quinientas dispersas. Sin embargo, parece que lo establecido por la norma no fue suficiente para los interlocutores de los grupos de discusión.

La valoración del equipo de salud tenía relación con la frecuentación a los diferentes dispositivos de la red, ya que a mayor frecuentación se hacía un análisis más exhaustivo de dicho equipo; las alusiones más frecuentes fueron para la atención en las postas de salud rural –bien por el técnico paramédico, bien por el equipo de la ronda de salud-, luego para la atención en los centros de salud y escasamente para establecimientos hospitalarios.

El técnico paramédico fue reconocido como un actor clave del equipo de salud en el mundo rural, no solo en situaciones de enfermedad, sino también como una persona cercana a sus necesidades, que les brindaba apoyo en la solución de sus problemas y en el fortalecimiento de las organizaciones del sector.

En relación al **equipo de salud de la ronda rural** que se desplazaba a atender en la posta de salud, en ambos colectivos, el discurso se focalizó en la atención médica, los tratamientos entregados y el trato inadecuado del médico, con algunos matices; la insatisfacción del colectivo no indígena se asoció a los tiempos de espera excesivos, al trato inadecuado, la falta de empatía del profesional y la ausencia del médico en algunas rondas de salud. En cambio, en sus congéneres indígenas, la insatisfacción se asoció, además del trato inadecuado, a una percepción escasa de la cartera de prestaciones otorgadas, demandando la presencia de especialista, toma de muestras para exámenes y un mayor arsenal farmacológico disponible en la posta de salud.

En relación al **equipo de salud del centro de salud primario**, las situaciones de insatisfacción referidas fueron similares a las mencionadas anteriormente, ya que el trato recibido cobraba especial relevancia en ambos colectivos, con la distinción de alusiones positivas para la atención médica de algunos galenos y para profesionales, como enfermeras y nutricionistas.

Como mencionamos anteriormente, respecto a los equipos de salud de **establecimientos hospitalarios** las alusiones en el discurso de ambos colectivos fueron escasas, produciéndose la mayor insatisfacción con los tiempos de espera excesivamente prolongados, especialmente para intervenciones quirúrgicas que superaban los de una consulta de especialidad o procedimiento. En el colectivo indígena, la experiencia vivida de hospitalización fue insatisfactoria, tanto por los servicios de logística como por la atención clínica.

Estudios que valoran el trato de los funcionarios de servicios públicos, como la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez (Servicio nacional del adulto mayor 2010), y otras encuestas (por ejemplo, Bicentenario Universidad Católica-Adimark, 2010), reportan que los tratos injustos o discriminatorios no fueron altos, salvo en los consultorios de salud, donde casi el 30% siente que se le trata indignamente. En otros

Capítulo 9. Discusión

servicios públicos, la percepción de trato inadecuado no llega a tanto como en los servicios médicos. Las dificultades en la atención de salud –largas horas de espera, incumplimientos en compromisos médicos, inseguridad en la atención de urgencia entre otros– constituye una excepción inexcusable en el marco de una sociedad que quiera respetar la vejez y ofrecer un trato digno a sus adultos mayores.

9.4.1.3. La enfermedad

Partimos de la idea que tanto la enfermedad como la salud eran dos conceptos internos de cada cultura, siendo, por tanto, cada cultura responsable de estructurar las formas particulares de abordar el tratamiento de la enfermedad y de explicar su origen; por consiguiente, las creencias del individuo, acerca de la enfermedad, podrían determinar también las conductas relacionadas con su salud.

La concepción de la enfermedad fue diferente en el colectivo indígena y no indígena; para los ancianos indígenas, la enfermedad se concibió como un ente vivo, con una connotación colectiva que se explicaba desde un desequilibrio consigo mismo, con los demás y con su entorno, es decir, que no solo afectaba al individuo sino que los efectos de la misma podían repercutir en su entorno (familia, comunidad); y su sanación pasaba por tratar las causas que la originaron. En cambio, para los ancianos no indígenas, la enfermedad se concebía de forma individual, de expresión biológica, producto de situaciones vividas en la infancia y de estilos de vida inadecuados.

Vinculado a la noción de enfermedad, en ambos colectivos, estuvo presente, además, la concepción del bien y el mal, en relación con la figura de un Dios que castiga el comportamiento humano con la enfermedad y con la de un Dios salvador que envía la sanación. Estos datos denotaron como en las zonas rurales la cosmovisión religiosa de la salud se ha mantenido de una forma más presente que en las zonas urbanas (Bacigalupo 2001), tanto en el colectivo indígena como en el no indígena, en donde salud y enfermedad son en sí una dualidad, pareja de opuestos complementario (Citarella 1995). Asimismo, esta concepción del Dios castigador y sanador convivía con la creencia del mal como producto de la brujería; en esta cosmovisión, la creencia en Dios constituye una protección frente a la enfermedad, especialmente de aquella generada por terceros (Citarella 1995), y que afectaba a los miembros más vulnerables del grupo. Dicho de otro modo, la enfermedad ocurre cuando el hombre se encuentra en su estado más

Capítulo 9. *Discusión*

vulnerable, es decir, cuando su condición de persona se ha debilitado; si el cuerpo y el alma de la persona no funcionan en un momento dado como una sola voluntad de ser y hacer, con una única e íntegra intención, se torna en nido atractivo para que lo posesionen o cohabiten en él espíritus (Mora 1991). Estas energías patógenas, descritas por Aukanaw (2001), afectan tanto al mapuche como al hombre occidental cuando se encuentra vulnerable o en estado de desequilibrio, la diferencia se encuentra en la vivencia de la misma; el hombre moderno, a diferencia del mapuche, no se percataba que estaba siendo víctima de esta energía intrusiva hasta que los efectos patológicos de la misma fueron evidentes, luego atribuirá a éstos una explicación causal válida sólo en la realidad ordinaria.

Para tratar la enfermedad, los ancianos no indígenas recurrían a los remedios de campo (hierbas) y a la medicina alópata entregada por los establecimientos del sistema público de salud y los ancianos indígenas además usaban su propia medicina; la concurrencia conjunta de ambas medicinas en los ancianos indígenas plantea una crítica al desconocimiento de los médicos respecto a sus creencias ancestrales, lo cual les impedía sanarlos. No obstante, una mayoría de personas mapuche optaba por acudir a las postas y centros de salud, considerando necesario hacerse los exámenes de salud periódicos y visitar al profesional de salud ante una enfermedad (Díaz et al. 2004), aunque ignoraban sus conceptos y clasificaciones (Rivera et al. 1997); por lo tanto, se admitía que existen enfermedades *winkas*⁸⁹ ajenas, que debían ser tratadas por la medicina occidental (Sadler et al. 2006). La Machi, en el discurso del colectivo indígena, era la mediadora entre este mundo y el mundo sobrenatural, la cual a través del contacto con espíritus creadores era la encargada de curar la enfermedad; estaba culturalmente reconocida como propiciador de los espíritus ancestrales, combatientes de las enfermedades y fuerzas del mal, era conocedora de los sagrados códigos y normas que velaban por el bienestar de la comunidad y de hierbas y remedios (Bacigalupo, 1995). Asimismo, en el relato discursivo, el acceso a la machi era cada vez menor, propiciado por la inexistencia de Machi en sus comunidades y por costos altos para ellos. Además, en la actualidad, se ha obstaculizado el trabajo de las Machis, por la eliminación de especies nativas, que constituyen sus recursos terapéuticos, provocando, con ello, que las Machis

⁸⁹ Denominación que da la población mapuche a los/as chilenos en general.

Capítulo 9. Discusión

tengan que desplazarse cada vez más lejos para obtener las hierbas medicinales. Uno de los postulados básicos de Bacigalupo (2001), en relación a la situación contemporánea de las/los *machi* y su medicina, contiene la idea de que el sistema se continúa reproduciendo debido a la insatisfacción que experimentan los pacientes mapuche y no mapuche dentro del sistema de salud público. Así, la autora llega a afirmar que las *machis* que viven cerca de las ciudades reciben el excedente de enfermos insatisfechos con los hospitales y agrega que “el éxito de las machi (...) circundantes a la ciudad se debe principalmente a su habilidad para curar las “enfermedades espirituales” (Bacigalupo 2001: 48).

Los remedios de campo (hierbas), como mencionamos anteriormente, eran utilizados por ambos colectivos, aunque en el colectivo no indígena dicho uso estaba asociado a la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, previo a la consulta médica, y en el colectivo indígena a una decisión de no continuar con la medicina alópata.

Finalmente, es importante reconocer que los sistemas médicos están en transformación, al igual que las identidades culturales. En Chile, conviven ambos sistemas, los indígenas, y el occidental, cada cual con sus concepciones y prácticas en torno a la salud y enfermedad. Se puede apreciar la lógica dominante de la medicina occidental oficial, ya que ha logrado penetrar y modificar ciertos comportamientos en las culturas, como es, por ejemplo, el caso de la posición de la mujer parturienta (Pérez 2003). Asimismo, en la vida cotidiana, dependiendo de la cultura de la cual nos sentimos parte, combinamos y probamos diferentes opciones médicas, construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de salud. Sin embargo, es preciso mencionar además, que, aunque lentamente, desde el sistema oficial de salud, se han ido desarrollando elementos de interculturalidad en la práctica sanitaria, con nuevos modelos de atención específicos para cada contexto cultural, entre ellos el Hospital Makewe-Pelale, el Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen en la Novena región, el Modelo de Salud Complementario Huilliche en Chiloé (Sáez 2008; Comisión económica para América Latina y Fundación Kellogg 2004).

9.4.2. Significado que se le atribuye al apoyo social

El discurso, respecto al apoyo social, fue abordado desde las principales redes de apoyo y tipos de apoyo social recibidos y/o otorgados por las personas mayores. Las

Capítulo 9. Discusión

principales redes de apoyo social, evidenciadas en el discurso, fueron las familiares, no familiares, comunitarias e institucionales.

La evidencia empírica muestra que la familia es la principal fuente de apoyo social durante esta etapa de la vida (Antonucci y Akiyama 1987; Antonucci y Jackson 1989; Arechabala y Miranda 2002; Barros 1994; Bazo 2008; Help Age International 2002; Herrera y Kornfeld 2008; Huenchuán y Sosa 2003). En el discurso de ambos colectivos, las redes de apoyo familiares fueron identificadas con el cónyuge, los hijos y, si procede, a los nietos/as y nuera o yerno. Es en la familia donde se reconocían los principales apoyos ante la enfermedad y la dificultad económica. Investigaciones, realizadas por Herrera y Kornfeld (2008), muestran que las personas con buenas relaciones familiares, y las que no tienen relaciones insatisfactorias con sus hijos o con quienes viven, tienen un nivel de bienestar mejor que las que tienen malas relaciones familiares o experimentan relaciones insatisfactorias con sus hijos. Sin embargo, las investigadoras no confirman, en sus estudios, el efecto ni del apoyo social ni de las configuraciones del hogar sobre la percepción de bienestar de los adultos mayores.

Asimismo, Díaz-Veiga (1987) indica que para las personas mayores los dos focos más importantes de recursos sociales son la familia y los amigos. Este dato es consistente con lo evidenciado en el discurso de ambos colectivos, en donde los principales soportes provenían de la familia y las redes de apoyo no familiares, entendida esta última como los vecinos, en donde se reconocía el apoyo ante situaciones problemáticas, tales como la enfermedad y soledad, especialmente para aquellos ancianos que vivían solos. En el colectivo indígena, además, el apoyo social estaba vinculado con el apoyo de mano de obra para las faenas del campo, tratándose de un espacio distinto al familiar, de reciprocidad y retroalimentación positiva, además de independencia.

Las redes de apoyo comunitarias fueron mencionadas, en ambos colectivos, en alusión a la pertenencia a un territorio con personas que se apoyaban mutuamente, específicamente, en el colectivo indígena se vinculó además al sentido de pertenencia a una cultura común. En este sentido, diversos autores señalan que la importancia de las redes comunitarias en la vejez se debe a que permiten a las personas mayores reconstruir un sentido de pertenencia y una identidad entre pares, con experiencias vitales comunes (Gracia et al. 2002; Mackean y Abbott 2012; Montes de Oca 2006).

Capítulo 9. Discusión

Asimismo, la participación en actividades comunitarias durante la vejez se asocia con el sentido de identidad, salud física y mental, que respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar subjetivo en las personas mayores (Herzog et al. 1998; Mackean y Abbott 2012). Dado este contexto, no es de extrañar que la actividad social se asocie positiva y significativamente con el bienestar subjetivo en los mayores (Okun et al. 1984).

La participación comunitaria y las redes de apoyo institucionales, que en las personas del estudio contaron con escasa participación, estuvieron representadas por organizaciones, en su mayoría de origen gubernamental, que obedecían a políticas públicas de promoción de la participación en zonas rurales y de alfabetización de personas mayores, tales como grupos de adultos mayores, grupos de alfabetización, comités de salud y comités de agua; también se dio la participación de grupos religiosos que, si bien no son propiamente de la sociedad civil ni del espacio gubernamental, conforman un espacio importante de participación para las personas mayores. Las organizaciones religiosas, como señala Montes de Oca (2006), no tienen como objetivo primario fortalecer redes sociales sino agregar adeptos a sus creencias religiosas, sin embargo, en ocasiones se produce, como consecuencia no intencionada, la cohesión de la red social a través de este tipo de organizaciones.

Los discursos de ambos colectivos han permitido señalar que a mayor satisfacción con sus redes de apoyo, especialmente con la familia, la percepción de su CVRS era más satisfactoria. Este dato, como señala Yanguas (2006), podría atribuirse a que los efectos del apoyo social en las personas mayores favorecen una disminución del estrés en momentos de crisis e impiden la aparición de la enfermedad, y si el individuo ya está enfermo, puede favorecer su adaptación y su recuperación. El autor agrega que, al menos desde la clínica, el funcionamiento social sigue siendo una variable fundamental, con una percepción importante de su eficacia en la práctica diaria que deberá ser corroborada a través de diversas investigaciones.

Son diversos los estudios, realizados en entornos culturales diferentes, que refieren que en la vejez se mantienen la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo, aunque la vejez está por lo general asociada a una menor actividad social, así como a un aumento de los sucesos vitales asociados a pérdidas relevantes (Fleishman y Shmueli en Yanguas 2006). Estos datos son consistentes con lo evidenciado en el discurso de ambos

Capítulo 9. Discusión

colectivos, en el cual las relaciones de apoyo estaban basadas en la reciprocidad a nivel familiar y con los vecinos. El concepto reciprocidad cobra especial relevancia en nuestro discurso, ya que, aunque la propia red social generaba efectos positivos entre los participantes, cuando uno da más de lo que recibe puede experimentar la frustración y la sobrecarga o cuando uno recibe más apoyo que el que él otorga, es posible sentir dependencia y endeudamiento. En este contexto, las personas no desean establecer vínculos de apoyo a menos que estos sean recíprocos (Guzmán et al. 2003).

Los soportes de tipo emocional, afectivos, materiales e instrumentales fueron los más recurrentes, quedando ello ejemplificado en las demostraciones de afecto de la pareja e hijos/as y la posibilidad de contar con ellos ante situaciones de necesidad. Otros miembros de la familia mencionados, como soporte social, además de la pareja e hijos, fueron los nietos, la nuera y los hermanos. Dichos soportes fueron vivenciados positivamente por ambos colectivos, lo cual difiere con lo señalado por Herrera et al. (2011) en referencia a Lee et al.1995, quienes encontraron que el apoyo recibido aumenta la angustia entre las personas de edad avanzada, ya que esto se interpreta como una pérdida de la independencia. Ello es avalado por los estudios de Parrot y Bengtson, (1999), quienes señalan que las personas mayores que reciben ayuda pueden querer evitar el sentimiento de dependencia que eventualmente puede resultar de dicha situación, y pueden intentar compensar suministrando, ellos mismos, otras formas de ayuda, como el apoyo emocional o el consejo, de modo que se encuentre un cierto equilibrio y se vuelva más recíproca la relación.

Asimismo, los principales soportes otorgados por los ancianos fueron apoyar a los hijos en la crianza de los nietos y posibilitarles un espacio en su hogar, mientras los hijos lograban obtener su casa propia; estas ayudas fueron vivenciadas positivamente en ambos colectivos. Similares resultados mostraron Chappell y Funk (2011), quienes señalan que las personas mayores dan apoyo a través de la ayuda en las tareas diarias, cuidado de niños, apoyo financiero y el cuidado personal. Particularmente, en el colectivo no indígena, el rol de cuidadores de sus padres o la pareja fue vivenciado con dificultad dado que aunque se asumía esta labor con amor era una carga para quienes otorgaban estos cuidados, lo cual se evidenció en el discurso. Estudios realizados en Chile, por Domínguez (1991), señalan que las personas mayores brindan a sus familiares apoyo material, de manera que incluso cuando se trata de dinero y vivienda

Capítulo 9. Discusión

su aporte tendería a ser superior al recibido; a las amistades las personas mayores les brindan apoyo cognitivo y emocional, como confiar problemas personales, resolver una preocupación, etc. No obstante, existen estudios que muestran resultados diversos. Así, por ejemplo, Kaye y Monk, en Gallardo (2013), advierten una asimetría entre el intercambio de apoyo social proporcionado por las personas mayores y el otorgado por sus familiares, de forma que los resultados indican que los mayores perciben recibir más apoyo del que brindan.

En el discurso de ambos colectivos, se dejaron entrever algunas razones que limitaban a las personas mayores para dar y recibir soporte social; en el caso de los ancianos no indígenas dichas limitaciones se atribuyeron al miedo y/o a la vergüenza a expresar sus propias necesidades y/o sentimientos y al individualismo que les impedía acercarse a quienes podrían estar necesitando ayuda. En cambio, en el colectivo indígena, la carencia de otorgar soporte se vinculó a la falta de información respecto a quien estaba necesitando ayuda, producto de que las labores del campo les impedían una interacción más intensa con sus vecinos.

Las investigaciones que pretenden identificar qué factores influyen en que las personas mayores tengan un mayor o menor sentimiento de bienestar han permitido que hoy se conozca un buen número de ellos, entre los que se pueden destacar la salud (percibida y objetiva), los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos (estado civil, ocupación, ingresos económicos) (Yanguas 2006). Nuestra investigación parece indicar que las percepciones subjetivas de las condiciones ambientales en las que vivían los ancianos son mejores predictores de bienestar que medidas más objetivas de tales condiciones de vida. Aunque también es cierto que las circunstancias más objetivas influyen sobre el bienestar, de una forma indirecta, mediante su impacto sobre las percepciones subjetivas (Yanguas 2006). En esta investigación se indagó la autopercepción de las personas mayores respecto a los factores que contribuían a su bienestar.

Ante la interrogante de cuáles son los factores que las personas mayores identifican como necesarios para alcanzar su bienestar, los discursos de ambos colectivos señalaron como principales factores los que detallamos a continuación. **A) Factores biológicos**, se

Capítulo 9. Discusión

refiere a una mayor vulnerabilidad ante las enfermedades y pérdida de capacidad funcional a medida que se incrementaba la edad y por ser mujer. Como era de esperar, la edad fue uno de los principales predictores de capacidad funcional (mayor edad se asocia con una menor capacidad funcional) (Herrera et al. 2011). Asimismo, las mujeres, aunque tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, suelen tener también un bajo nivel educativo y económico, con lo cual su satisfacción vital también suele ser menor que en el caso de los varones (Herrera et al. 2011), además su percepción subjetiva de salud es siempre peor que la de los hombres (Servicio nacional del adulto mayor 2010).

B) Factores emocionales, se refiere a que a mayor satisfacción con el estado de ánimo, las relaciones familiares, el soporte social y ante la ausencia de dolor existía una mejor percepción del bienestar.

C) Factores sociales, hacía referencia a que una mayor satisfacción con la familia, el saneamiento básico, la educación, la atención de salud y el acceso a todo tipo de servicios, entre otros, mejoraba la percepción del bienestar. Respecto a la educación, es importante entender que ésta no sólo ofrecía posibilidades de obtener mayores ingresos, además, ofrecía una serie de habilidades psico-sociales que permitían a los individuos hacer frente a la vejez de mejor forma a través de una mejor adaptación a los nuevos escenarios. Además, Herrera et al. (2011) aducen que la educación es un recurso que puede ser acumulado en el tiempo, afectando, de diversas maneras, a los diferentes componentes de la calidad de vida y sus predictores.

D) Factores socioeconómicos, hacía alusión a que una mayor satisfacción con los ingresos económicos mejoraba la percepción del bienestar. Al respecto, estudios realizados, por Herrera y Kornfeld (2008), señalan que tanto el nivel socioeconómico como la educación de los adultos mayores tienen relación con su bienestar, lo que indica que la educación aporta algo más que ingresos en su contribución a la mejora de la calidad de vida en la vejez.

El conocimiento de que factores son más relevantes, para las personas mayores, en relación a su calidad de su vida, es fundamental para diseñar estrategias que mejoren dicha calidad de vida en este sector de la población, cada día más numeroso (Azpiazu 2002)

9.5. *Aspectos integrados de la discusión*

A continuación, haremos hincapié en las principales meta-inferencias del estudio, las cuales nos han permitido abordar con mayor profundidad el análisis del problema que origina esta investigación.

La percepción de la CVRS en ambos colectivos, luego de la complementariedad del análisis multivariado y cualitativo, nos ha permitido señalar que la CVRS estaba asociada a factores sociodemográficos y económicos tales como: *la edad, el número de enfermedades, la convivencia en pareja, el saneamiento de sus viviendas y la ocurrencia de suceso importante en el último año, así como también a elementos que fueron recurrentes en el discurso de los interlocutores, -la alimentación, el autocuidado y las situaciones vividas-*.

En ambos colectivos dichos factores fueron vinculados a la salud, en el sentido de que a mayor *edad* mayor propensión a enfermar más posibilidades de deterioro de la funcionalidad, de desánimo y cansancio general; así lo evidencia la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez, realizada en Chile (Servicio nacional del adulto mayor 2010), señalando que las enfermedades son más frecuentes en aquellas personas mayores de 75 años, con una marcada frecuencia de las enfermedades no transmisibles. Estudios, realizados por George, Okun y Landerman en García (2002), concluyen que la edad es un moderador importante de los efectos del estado civil, de los ingresos y del apoyo social sobre la satisfacción vital. Asimismo, el sentimiento de fin de vida, que cobra relevancia a medida que aumenta la edad, estuvo asociado al deseo de alcanzar los últimos años de su vida en buenas condiciones de salud, más que al temor por la muerte misma, siendo recurrentes, en el discurso de los interlocutores, las añoranzas por los tiempos de juventud como tiempos de mayor vitalidad. Asimismo, también es muy tangible la relación entre la salud y la percepción de la CVRS, en el sentido de que a mayor *número de enfermedades* peor percepción de la CVRS. La salud se convierte, en el discurso de los interlocutores, en una preocupación creciente, pues la posibilidad de adquirir enfermedades aumenta con la edad, viendo disminuida su capacidad funcional, mientras que, de manera consistente, aumentan las visitas al médico. Por consiguiente, la edad es uno de los principales predictores de la capacidad funcional (la mayor edad se asocia con una menor capacidad funcional) (Herrera et al. 2011).

Capítulo 9. Discusión

Es de destacar también que quienes *vivían en pareja* presentaron una mejor percepción de su CVRS, así, de esta forma, en los discursos se evidenciaba una percepción positiva de la relación de pareja, tanto en el colectivo indígena, como en el no indígena. Estudios de Krause (1998) refieren que la vida marital es un aspecto muy beneficioso para la salud del anciano y el disfrute de bienestar, ya que la vida en familia resulta ser un elemento que protege la salud, pues a estas edades la familia adquiere un lugar relevante y se constituye en la fuente fundamental de bienestar (Parreño 1990).

Los elementos recurrentes en el discurso, asociados a la percepción de CVRS, tales como *la alimentación, el autocuidado y las situaciones vividas*, nos aportan elementos vinculados a patrones de estilos de vida que enriquecen el análisis de la percepción de CVRS en los colectivos estudiados. Así, una mala alimentación, las prácticas inadecuadas de autocuidado y las situaciones vividas fueron identificadas como causantes de sus enfermedades y/o de empeoramiento de su salud. Al respecto, Yanguas (2006) señala dos condiciones necesarias para que un individuo lleve a cabo determinadas conductas saludables: que el individuo considere que determinados resultados, que se derivan de un comportamiento específico, son relevantes para él y que, además, dicho individuo cuente con la capacidad para llevar a efecto tal comportamiento.

La percepción de la CVRS presentó además, distinciones entre ambos colectivos estudiados, encontrándose en el colectivo indígena, en comparación con sus congéneres no indígenas, una peor percepción de la CVRS, en general. Los factores más relevantes, por su asociación con la percepción de CVRS, una vez realizado el análisis multivariado, en el colectivo indígena, fueron el *sexo* (peor percepción en mujeres) y *saneamiento de la vivienda* (peor percepción en quienes valoraban el saneamiento de su vivienda como deficiente). En cambio, en el colectivo no indígena los factores más relevantes fueron la ocurrencia de un *suceso importante ocurrido en el último año* y la *convivencia en pareja*. La peor percepción de CVRS en el colectivo indígena podría ser explicada, en parte, por una mayor insatisfacción, en dicho colectivo, con las condiciones deficientes de saneamiento de sus viviendas (74,8%) en comparación con sus congéneres no indígenas (15,9%), además, desde el discurso, fueron referidas limitaciones en el acceso al agua, por encontrarse ésta en tierras privadas, generando con ello múltiples inconvenientes en la vida de los indígenas; otra causa de esta peor

Capítulo 9. Discusión

percepción podría ser una mayor insatisfacción del colectivo indígena con los ingresos percibidos (55% versus 38%); también, se detectó en el colectivo indígena una mayor insatisfacción en diversos ámbitos de las políticas públicas y del entorno cotidiano, por ejemplo, en **educación** existía un gran descontento con las políticas educacionales, las cuales fueron consideradas como discriminatorias para ellos en el acceso, con signos claros de discriminación, dado que el bajo nivel educacional fue considerado como una limitación para el acceso a beneficios estatales, que les permitiese una mayor producción de sus tierras, ya que dichos beneficios eran otorgados a través de proyectos y, obviamente, los interlocutores vinculaban la mejor presentación de los proyectos a una mayor preparación académica. Al respecto, la relación entre una peor percepción de CVRS y un nivel más bajo de educación ha sido contrastada en diferentes estudios, de esta forma, la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez (Servicio nacional del adulto mayor 2010) señalaba que las personas mayores sin educación tenían una peor percepción de su calidad de vida, con un 71,9%, frente a un 35,9% en aquellos con educación superior. En **salud**, se evidencio una crítica a la atención médica oficial por no incorporar sus conocimientos ancestrales en el abordaje del proceso salud-enfermedad, por la insuficiencia de la cartera de prestaciones disponibles, así como también por el trato recibido en la atención médica, las largas esperas y los tratamientos entregados, los cuales no surtían los efectos de mejoría esperados. Por lo tanto, podríamos considerar que los factores que pudieran influir en una peor percepción de la calidad de vida, del colectivo indígena frente al no indígena, serían una mayor insatisfacción en el saneamiento de las viviendas, en la percepción de sus ingresos y en políticas públicas como la educación y salud.

El **apoyo social**, entendido como todas las transacciones interpersonales dirigidas a potenciar, mantener o restituir el bienestar de las personas mayores, fue explorado mediante la escala de Duke Unc-11 y a través del discurso de los interlocutores, identificando sus principales redes de apoyo social y tipos de soporte recibidos y/o otorgados.

Se identificaron como factores que incidían en la percepción de **apoyo social**, luego del análisis multivariado y el análisis de los discursos, la *participación en organizaciones sociales, el tipo de cohabitación, la existencia de problemas emocionales, el contacto con amigos o parientes, la ocurrencia de un suceso importante acontecido en el último*

Capítulo 9. Discusión

año, el saneamiento de la vivienda y la relación con los vecinos. Hay estudios que indican, en relación a la participación en organizaciones sociales y el apoyo social, que las dificultades en la participación e integración comunitaria producen una mayor probabilidad de depresión y ansiedad (Barrón y Chacón 1992; Bukov, Maas y Lampert 2002; Gracia y Musitu 1990; Prince et al. 1997). Asimismo, Otero et al. (2006) identificaron la participación en organizaciones sociales con la protección de la soledad para todos los individuos y, particularmente, para las mujeres mayores de 75 años. De una manera general, estos autores apuntaban a que los adultos mayores, con dificultades en las relaciones con sus iguales o con escasa participación en organismos sociales, tienden a la soledad y al empeoramiento de la calidad de vida en general. El análisis del tipo de instituciones o entidades, a través de las cuales se producía la participación social, nos indica que, dada las características de ruralidad de ambos colectivos, no se concebían otros espacios más allá de los existentes en sus localidades tales como club de adultos mayores y organizaciones religiosas (mayoritariamente católica y evangélica). Asimismo, los espacios de recreación estaban centrados básicamente en la familia, a través de reuniones familiares en las cuales se celebraban los cumpleaños, las fiestas de fin de año y la llegada de los hijos, que se encontraban usualmente fuera del hogar. Especial relevancia tuvo, para ambos colectivos, la radio como espacio de entretenimiento, información y conexión con el entorno en la cotidianeidad, configurándose en el medio de comunicación de masas más potentes y menos costoso en el mundo rural (Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación 1999).

En relación al ***contacto con amigos y/o parientes***, la familia, en el discurso de ambos colectivos, fue identificada con la pareja y los hijos, constituyéndose en el espacio desde donde se contemplaron los temas relevantes que atañían a cada uno de sus miembros. La familia fue reconocida como el principal apoyo ante situaciones de enfermedad, de dificultades económicas y/o emocionales, configurándose para las personas mayores en un factor protector que contribuía a una mejor percepción de su salud; cabe mencionar que dicho efecto dependía de la calidad de dichos vínculos, en concordancia con lo descrito por la literatura (Herrera et al. 2011). Asimismo, Kelley et al. (2011) evidenciaron no solo que la familia era una red de apoyo social relevante en situaciones de enfermedad, sino que además las personas mayores con alto apoyo familiar (cercanía familiar) tendían a presentar una disminución de los gastos asociados a salud.

Capítulo 9. *Discusión*

En relación al apoyo social, tenemos que señalar el rol que ocupa la familia en la sociedad chilena como la principal institución suministradora de protección social. Los estudios realizados en América Latina (Martínez et al. 2007 en México; Sánchez 1990 en puerto Rico y el Servicio nacional del adulto mayor 2010 en Chile), y también en España (Instituto de mayores y servicios sociales 2010), pusieron de manifiesto el protagonismo de la familia en el marco de las redes sociales de las personas mayores. En este sentido, no es exagerado afirmar que las redes familiares constituían la fuente fundamental de apoyo social entre las personas mayores, siendo un elemento indispensable en la consideración de su bienestar psicosocial. Esta línea argumentativa se desprendió no solo de la bibliografía latinoamericana, sino que se inscribe en el análisis de los antecedentes empíricos en general. El carácter fundamental de la familia en las redes de apoyo para las personas mayores no excluía la importancia de otras fuentes, como el contacto con amigos o parientes que mostraron significancia en el análisis multivariado con una mejor predicción de apoyo social. Al respecto, los interlocutores en el discurso acotaban los vínculos con los parientes a la celebración de acontecimientos relacionados con la enfermedad y la muerte y en el colectivo indígena se agregaban actividades propias de la comunidad (ceremonias, reuniones).

Los amigos representaban para las personas entrevistadas el mayor apoyo emocional (actuaban como confidentes, consejeros, brindaban empatía en momentos de necesidad), así como también apoyo instrumental (ayuda práctica en situaciones cotidianas y de emergencia, proporcionando, además compañía). Estas relaciones se desarrollaban en un contexto voluntario, con menos normas y de mayor igualdad (Pinazo 2005). Así, las **amistades** se configuraban como un apoyo social relevante en el proceso de envejecimiento, ya que prolongaban la independencia en la vejez a través del apoyo emocional que proporcionaban, lo que parece explicarse por el hecho de que fomentaban la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables. Al igual que lo descrito por Díaz-Veiga (1987), en el discurso de ambos colectivos las redes de apoyo no familiares (amigos, vecinos) fueron junto con la familia, los dos soportes más importantes de recursos sociales. A diferencia de lo encontrado por Antonucci y Jackson (1989), en nuestro estudio, el apoyo social brindado por la familia fue más apreciado que el soporte provisto por los amigos, definido como de carácter voluntario, en contraste con el cuidado “obligadamente” provisto por la familia. Asimismo, las personas mayores de nuestro estudio buscaban apoyo fuera de la familia ante

Capítulo 9. Discusión

situaciones como enfermedad y soledad, especialmente en aquellos ancianos que vivían solos. Se trataba de un espacio distinto al familiar, de reciprocidad, retroalimentación positiva y de independencia, lo cual se condice con lo referido en la literatura, en donde las redes de apoyo no familiares eran fuente de apoyo para mantener su independencia (Aronson 1992; Barry 1995; Cox y Dooley 1996).

Como puede apreciarse, la familia y los amigos constituyeron una fuente de apoyo social de notable relevancia para las personas mayores, apuntando además a la relevancia del apoyo comunitario como un elemento que potenciaba el bienestar psicosocial en dicho grupo.

El discurso de los interlocutores de ambos colectivos nos permitió evidenciar que estábamos ante ancianos con relaciones de apoyo basadas en la reciprocidad, tanto a nivel familiar como no familiar, que fueron vivenciadas positivamente, de esta forma, las personas mayores suministraban apoyo a sus hijos, a través del cuidado y la crianza de sus nietos, asimismo, los principales soportes recibidos fueron de tipo emocional, material e instrumental, básicamente de parte de la pareja e hijos, quedando ejemplificados en las demostraciones de afecto y la posibilidad de contar con la familia ante situaciones de necesidad. Ello se condice con los resultados de la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez (Servicio nacional del adulto mayor 2010), que identificaba a las personas mayores chilenas con una alta percepción de apoyo social para distintas situaciones de la vida. Por ejemplo, en caso de enfermedad, el 91,3% declaraba contar con una red de apoyo, el 87,4% contaba con alguien en las buenas y en las malas y el 82,2% tenía alguien a quien acudir en caso de tristeza o soledad. Esta misma encuesta mostró que el apoyo que más brindaban los mayores es el emocional. Sin embargo, la capacidad de dar apoyo decrecía a medida que se avanzaba en edad. Situación inversa sucedía a medida que la persona mayor cumplía más años, puesto que tendía a aumentar el apoyo social recibido.

Finalmente, los hallazgos del estudio, respecto al apoyo social, no mostraron grandes diferencias entre ambos colectivos, evidenciando que la familia era la principal fuente de apoyo social en la vejez. Otras fuentes relevantes fueron las amistades que brindaban un espacio distinto al familiar, de mayor apertura, independencia y retroalimentación.

Igualmente los vecinos fueron una fuente informal relevante en el apoyo en actividades cotidianas, dada su disponibilidad.

CVRS y apoyo social

En el ámbito de la salud es donde más se ha analizado la influencia del apoyo social para las personas mayores y son diversos los estudios que confirmaron una relación positiva entre apoyo social y salud física en personas mayores. Un deficiente apoyo social se relacionaba con mayor riesgo de enfermedad (Prince et al. 1997), patología cardiovascular (Tsouna-Hadjis et al. 2000; Shaya et al. 2010; Uchino 2006) o alteración inmunológica (Bisconti y Bergeman 1999). Se ha constatado también su influencia positiva sobre el estado funcional en personas mayores (Al-Kandariy 2011; Hays et al. 2001; Travis et al. 2004; Unger et al. 1999), la salud percibida (Grundy y Sloggett 2003), la inmunidad (Uchino 2006), la función cognitiva el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Mendes de Leon et al. 1999), el riesgo de mortalidad posterior a un alta hospitalaria (Irvine et al. 1999; Shaya et al. 2010), la mortalidad en general (Bryant y Rakowski 1992; Mazzella et al. 2010) o conductas saludables (Thanakwang y Soonthorndhada 2011).

Cassel (1976) y Cobb (1976) comprobaron que los sujetos sometidos a situaciones estresantes en compañía de pares significativos, o en un contexto interactivo de apoyo, no mostraban los cambios negativos en la salud que presentaban aquellos que enfrentaban tales situaciones en condiciones de aislamiento social. De esta manera, ambos autores concluyeron que las personas que experimentaban sucesos vitales estresantes, en circunstancias en que el apoyo social estaba disponible, sufren menos consecuencias físicas y psicológicas comparadas con quienes se enfrentaban a dichas condiciones de estrés en situaciones contrarias

Sin embargo, en la literatura no se encontró acuerdo al respecto y, aunque el efecto del apoyo social en el continuo salud-enfermedad parecía evidente y numerosas investigaciones, como hemos descrito anteriormente, se han centrado en él, no existe todavía unanimidad al considerar las explicaciones de ese efecto positivo de las interacciones de apoyo. Estudios realizados en Chile mostraron que el apoyo social

Capítulo 9. Discusión

pareciera no afectar el bienestar de las personas mayores (Silva et al. 2003; Barros, Forttes y Herrera 2006; Herrera y Kornfield 2008; Herrera et al. 2011). Otros estudios mostraron que el apoyo recibido aumenta la angustia, ya que es interpretado por las personas mayores como una pérdida de independencia (Lee et al. 1995). Asimismo, el apoyo social ha sido descrito como variable mediadora en la relación entre estrés y enfermedad (Cohen y Wills 1985; Cutrona et al. 1986; Parker y Barrett 1987; Hamilton, Poza y Washington 2011). En este sentido, la bibliografía existente apunta a la existencia de una interacción entre apoyo social y estrés. Como puede apreciarse, se trata del desarrollo de la hipótesis de amortiguación, la cual establece que un alto apoyo social sirve para reducir el impacto negativo del estrés sobre la salud mental (Cutrona et al. 1986). Los hallazgos de nuestro estudio se circunscribieron en el marco de este modelo del efecto amortiguador, con un rol mediador del estrés en la relación CVRS y apoyo social, en donde la mayor parte de la percepción de la CVRS se explicaba por el estrés y en menor medida por el apoyo social, dado que una vez eliminado el factor de estrés las relaciones con el apoyo social dejaban de ser significativas. Asimismo, en el discurso de los interlocutores se reconoce la influencia negativa en su salud de las situaciones estresantes, haciendo referencia a la enfermedad o muerte de un familiar cercano, las dificultades económicas y el alcoholismo de la pareja, ante las cuales el apoyo de la familia y amigos se reconoce como un soporte importante. En sintonía con los hallazgos de investigaciones, realizadas por Aguerre y Bouffard (2008), el apoyo social se evidenció como protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida.

CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, como es la chilena, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales y de los servicios socio-sanitarios. Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud. Pero, precisamente, el hecho de que se viva más conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes, con un aumento de la discapacidad. Diversos son los estudios que abordan la temática de calidad de vida y apoyo social en la ancianidad, pero son muy pocas las investigaciones que abordan la perspectiva de los ancianos, los colectivos rurales chilenos-indígenas y no indígenas-, y mucho menos con metodología mixta concurrente. Por lo tanto, esta investigación se desarrolló con el propósito de caracterizar la percepción de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y la percepción de apoyo social de las personas mayores rurales -indígenas y no indígenas- desde una aproximación mixta concurrente, a fin de generar conocimiento que aporte mejoras al diseño de políticas de protección social.

Las conclusiones de este trabajo se han ido desgranando a lo largo de los últimos capítulos. A continuación, presentamos un resumen que facilite su visualización, añadiendo algunos aspectos tratados anteriormente que han de estar necesariamente presentes en las conclusiones finales.

En términos generales, este estudio nos permitió concluir que la puntuación en la percepción de la CVRS, en ambos colectivos, estuvo por debajo lo encontrado en población española por López- García (2003) en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, a excepción de salud general que fue coincidente con dicha población de referencia. Asimismo, las personas mayores indígenas tuvieron una peor percepción de CVRS, en comparación con sus congéneres no indígenas.

Subyacen en la percepción de la CVRS, de las personas mayores de la muestra, los **conceptos de salud y enfermedad**. La Salud, en ambos colectivos, fue concebida desde la enfermedad, desde sus propias dolencias, dejando en evidencia que una buena salud es clave para tener una buena CVRS. La enfermedad estuvo definida desde la cultura de ambos colectivos; los interlocutores no indígenas la concibieron de forma individual,

Capítulo 10. Conclusiones

como expresión biológica, producto de situaciones vividas en la infancia y de estilos de vida inadecuados. En cambio, para el mapuche, la enfermedad se concibió como un ente vivo, con una connotación colectiva, que se explica desde un estado de desequilibrio consigo mismo, los demás y/o el entorno.

La concepción de la enfermedad, además, de lo señalado anteriormente, estuvo vinculada en ambos colectivos a la concepción del bien y el mal en relación con la figura de un Dios que castiga el comportamiento humano con la enfermedad y con la de un Dios salvador que envía la sanación. Esta concepción del Dios castigador y sanador convivía, además, con la creencia del mal como producto de la brujería; la creencia en Dios constituía una protección frente a la enfermedad, especialmente de aquella generada por terceros, que afectaba a los miembros más vulnerables del grupo, es decir, a aquellos que su condición de persona se había debilitado, siendo un nido atractivo para que lo posesionen o cohabiten en él espíritus. Estas energías patógenas podían afectar tanto al colectivo indígena como al no indígena, sin embargo, las personas pertenecientes a este último colectivo, a diferencia del mapuche, no se percataba que estaba siendo víctima de esta energía intrusiva hasta que los efectos patológicos de la misma eran evidentes, luego atribuiría a éstos una explicación causal válida sólo en la realidad ordinaria.

Respecto a las formas de tratar la enfermedad, los interlocutores no indígenas acudían a los remedios de campo (hierbas) y a la medicina alópata. Los indígenas, además, usaban su propia medicina, dependiendo de la causa de la enfermedad se decidía si el tratamiento debía ser hecho por una Machi, si se trata de una enfermedad mapuche, o por un médico alópata, si se trataba de una enfermedad winca, ajena a su cultura. La concurrencia conjunta de ambas medicinas en los ancianos indígenas planteaba una crítica al desconocimiento de los médicos respecto a sus propias creencias, lo cual les impedía sanarlos.

El uso de hierbas medicinales respondió a diferentes motivaciones en ambos colectivos. En los ancianos no indígenas estaba asociado a la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, previo a la consulta médica, y en los ancianos indígenas a una decisión de no continuar con la medicina alópata.

Capítulo 10. Conclusiones

El concepto de salud, además de estar asociado a la enfermedad, fue vinculado en ambos colectivos a la **interacción con el sistema de salud**, en referencia a la organización de los centros de salud para la provisión de servicios, así como también, a la interacción con el personal de salud en el proceso de atención. Dentro de los elementos más relevantes mencionamos:

- La falta de reconocimiento de parte de las organizaciones de salud de sus condiciones de ruralidad, por consiguiente fueron ellos quienes tuvieron que adaptarse a la organización dada por los centros de salud para la atención. Ello dejó en evidencia que las políticas sanitarias, orientadas a mayor promoción y fortalecimiento de la atención primaria desplegadas en sectores rurales fueron insuficientes desde la perspectiva de los interlocutores, particularmente en lo que a acceso a atención de morbilidad se refería.
- Las mayores alusiones para la interacción con el equipo de salud fueron para la atención en las postas de salud rural, seguido de los centros de salud primarios y los establecimientos hospitalarios. Este orden dice relación con la organización del sistema de salud chileno, en donde la posta de salud rural es el primer punto de contacto con el sistema en el mundo rural y, por ende, el dispositivo de mayor frecuentación.
- El técnico paramédico fue considerado por ambos colectivos como un actor clave del equipo de salud en las postas de salud rural, no sólo ante situaciones de enfermedad, sino también como una persona cercana a sus necesidades, que les otorgaba apoyo en la solución de sus problemas y en el fortalecimiento de las organizaciones del sector.
- Esta valoración del rol social que desempeñaban los técnicos paramédicos, así como también sus propias expectativas de una atención de salud más cercana a sus creencias y cultura, explicaba en parte la demanda del colectivo indígena de mayores oportunidades para que los jóvenes de sus comunidades pudieran formarse como técnicos paramédicos.
- En cuanto al equipo de salud de la ronda rural que atiende en la posta de salud, fueron la atención médica, los tratamientos entregados y el trato inadecuado del médico donde se focalizó el discurso de ambos colectivos. La insatisfacción del colectivo no indígena fue producto de los tiempos de espera excesivos, el trato inadecuado, la falta de empatía del profesional y la ausencia del médico en algunas

Capítulo 10. Conclusiones

rondas de salud rural. En cambio, para sus congéneres indígenas, la insatisfacción se asoció además del trato inadecuado, a una escasa cartera de prestaciones otorgada (toma de muestras, presencia de especialistas). En cuanto al equipo sanitario del centro de salud primario, se agregaba a lo señalado anteriormente alusiones positivas para la atención médica de algunos galenos y profesionales como enfermeras y nutricionistas.

- La insatisfacción con los establecimientos hospitalarios fue producto de los excesivos tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas. La experiencia de estar hospitalizado tuvo una connotación negativa, tanto por los servicios de logística como por la atención clínica.

Respecto al apoyo social, este estudio ha confirmado a la familia como la principal fuente de apoyo social ante situaciones de enfermedad, de dificultades económicas y/o emocionales, configurándose para las personas mayores en un factor protector que contribuye a una mejor percepción de su salud, no encontrándose diferencias significativas entre ambos colectivos. Para una gran mayoría de las personas mayores, las relaciones familiares fueron bien valoradas y las relaciones insatisfactorias referidas en el discurso fueron escasas. Sin embargo, dinámicas familiares y/o relaciones insatisfactorias con personas cercanas afectaban negativamente a su bienestar.

Otros vínculos de apoyo fueron los amigos, quienes representaron para las personas mayores el mayor apoyo emocional (actúan como confidentes, consejeros, brindaban empatía en momentos de necesidad), así como también apoyo instrumental (ayuda práctica en situaciones cotidianas y de emergencia, proporcionando además compañía). El soporte de los vecinos, que podían o no ser amigos, fue valorado positivamente en situaciones de apoyo de la cotidianidad (enfermedad, cuidado de animales, cultivo de las tierras).

En el discurso de ambos colectivos, las relaciones de apoyo familiares y no familiares-amigos y vecinos- estuvieron sustentadas en la reciprocidad, tanto a nivel familiar como no familiar, las cuales fueron vivenciadas positivamente por los interlocutores. Las personas mayores suministraban apoyo a sus hijos a través del cuidado y la crianza de sus nietos, y los principales soportes recibidos fueron de tipo emocional, material e

Capítulo 10. Conclusiones

instrumental, básicamente de parte de la pareja e hijos, quedando ejemplificado en las demostraciones de afecto y el contar con la familia ante situaciones de necesidad.

Asimismo, los resultados indican que las personas mayores de la muestra estaban integradas en redes formales que mejoraban sus condiciones de vida, principalmente los servicios sociales del área de salud.

La **discriminación**, referida sólo por el colectivo indígena, fue uno de los hallazgos del estudio, ya que ha sido escasamente investigado en ancianos mapuche. Dicha discriminación hace alusión tanto a la institucionalidad pública como privada, a la sociedad dominante en su conjunto, así como también a las autoridades que la representan. Los principales ámbitos de la sociedad, en los cuales experimentaron la discriminación, fueron: el ámbito **económico**, asociada al estereotipo de “mapuche sinónimo de flojo”, sin embargo, el grupo se auto-percibía con experiencia para realizar el trabajo de la tierra, trabajo que fue reconocido ancestralmente como propio de su pueblo, aunque adolecieran de los medios para ello; en el ámbito de **salud**, por el trato inadecuado, el no reconocimiento de sus condiciones de ruralidad y medicina ancestral, y las escasas oportunidades de formación para sus jóvenes como técnicos paramédicos; en el ámbito de la **educación**, por el acceso y menores oportunidades para continuar estudios de educación superior. Además, la discriminación estructural hacia el colectivo mapuche fue reforzada con alusiones a la baja disponibilidad de tierras para el cultivo, al escaso apoyo de las autoridades en el acceso a créditos estatales para trabajar la tierra y al acceso, casi obligado, a una alimentación artificial, dañina para la salud. Aunque no tenemos datos cuantitativos que lo avalen, no sería descabellado pensar que la percepción de discriminación del colectivo indígena pudiera dar lugar a una peor percepción de CVRS.

Hallazgos relevantes del estudio, referidos en el discurso de ambos colectivos como factores vinculados a la salud de las personas, fueron **la alimentación, el autocuidado y situaciones vividas**:

- Una mala alimentación. Fue identificada, en ambos colectivos, como causante de sus enfermedades. En el colectivo no indígena la mala alimentación se atribuyó a las pautas de crianza de sus padres, quienes les transmitieron hábitos alimentarios

Capítulo 10. Conclusiones

inadecuados en su infancia, que ellos han sostenido a través de los años. En el colectivo indígena la mala alimentación fue relacionada con los cambios en el entorno que habitaban, -el desaparecimiento del bosque nativo, la incorporación de nuevas especies foráneas, la escasez de agua, el mayor acceso a las ciudades, con la consiguiente incorporación de productos alimenticios de almacén a su dieta-.

- El autocuidado; la carencia de éste, en ambos colectivos, fue uno de los principales argumentos explicativos de su salud, cuando la enfermedad ya estaba instalada. Las alusiones promocionales y/o preventivas fueron escasas. Las situaciones vividas fueron referidas, en ambos colectivos, a experiencias de violencia en el espacio público o intrafamiliar, que fueron dejando secuelas que afectaban su salud y explicaban, en parte, las dolencias y enfermedades que les afectaban. En el colectivo indígena, se trataron de experiencias de violencia pública vividas ya de adultos. En el colectivo no indígena, fueron experiencias de maltrato intrafamiliar, vividas en la infancia, o en cuidados inadecuados de familiares dependientes.

Finalmente, conforme hemos analizado, los hallazgos del estudio permiten concluir que las personas mayores indígenas tuvieron una peor percepción de la CVRS en comparación con sus congéneres no indígenas. Asimismo, nos hemos aproximado a los factores explicativos de dicha percepción, sin embargo, no es posible afirmar en este estudio que dicha percepción sea atribuida a su condición de etnicidad mapuche; en términos generales, creemos que este patrón diferencial es el resultado de una compleja combinación de inequidad acumulada, debido a la posición marginal en la estructura social que presenta el pueblo mapuche.

A continuación, procedemos a analizar la confirmación de las hipótesis formuladas para la aproximación cuantitativa.

1. En nuestra primera hipótesis, suponemos que la percepción de la CVRS y el apoyo social de los adultos mayores se encontrará asociada a factores socio-demográficos y económicos, tales como la edad, el sexo, los años de escolarización, la vida en pareja, el ingreso y la participación en organizaciones sociales. Además, dichos factores podrían predecir la percepción anteriormente aludida.
 - Se confirmó en ambos colectivos asociación entre la percepción de la CVRS y todos los factores socio-demográficos y económicos presentes en la hipótesis,

con una mejor percepción de ésta en personas mayores de sexo masculino, de menor edad, que vivían en pareja, que contaban con más años de estudios, que estaban satisfechas con sus ingresos y participaban en organizaciones sociales. Además, todas las variables presentes en la hipótesis, a excepción de *nivel educacional*, permitieron predecir la CVRS, siendo *la edad y la satisfacción con los ingresos económicos en el hogar* las de mayor predicción de la percepción de la calidad de vida.

- Se confirmó en ambos colectivos la asociación entre la percepción de apoyo social y todos los factores presentes en la hipótesis, a excepción del *sexo y nivel educacional*. Asimismo, tres de las seis variables presentes en la hipótesis permitieron predecir el apoyo social, siendo *la participación en organizaciones sociales, la convivencia en pareja y la satisfacción con el ingreso*, las de mayor predicción de la percepción de apoyo social.
2. En nuestra segunda hipótesis, se confirmó que la satisfacción con el apoyo social percibido, en ambos colectivos, correlacionó positivamente con puntuaciones más altas en la percepción de CVRS; todas las dimensiones del SF-36 correlacionaron significativamente con las dimensiones de apoyo social, En general, se encontraron puntuaciones más bajas para la población mapuche en todas las dimensiones del cuestionario SF 36, excepto en función social y rol emocional. Por el contrario, en las dos dimensiones de apoyo social las puntuaciones son más altas en la población mapuche.
 3. Se confirmó la hipótesis de una peor percepción de CVRS en ancianos indígena respecto a sus congéneres no indígena. La población indígena en general tuvo una peor percepción de la CVRS que sus congéneres no indígenas, especialmente en las dimensiones de vitalidad y salud mental. Sin embargo, los hallazgos del estudio no mostraron significación estadística en las diferencias entre ambos colectivos para la percepción de apoyo social, confirmándose esta hipótesis solo para la percepción de CVRS, no así para apoyo social.
 4. Se confirmó la hipótesis de que el estrés desempeña un rol mediador entre el apoyo social percibido y la percepción de la CVRS. El coeficiente de determinación R^2 , de

Capítulo 10. Conclusiones

las variables relacionadas con el estrés, mostró que éstas en todas las dimensiones explican por sí mismas mucho más que solo el apoyo social, por lo que podemos afirmar que la mayor parte de la percepción de los dominios de la CVRS se explica por el estrés, y no tanto por el apoyo social.

Un **hallazgo inesperado**, en el desarrollo de esta investigación, fue la recurrencia en el discurso de ambos colectivos de la alimentación como causante de sus enfermedades, y como factor protector de su salud cuando esta era adecuada. No fue un tema explícito en la pauta de entrevista, pero emerge en el discurso de los interlocutores como un tema reiterado e importante.

Respecto a las **limitaciones** de la investigación, creemos necesario tener en consideración lo siguiente:

- Nuestra investigación solo estudia a personas mayores que habitaban en zonas rurales de la octava y novena región -no indígenas y mapuche-, no teniendo representatividad en el conjunto del país, ni siquiera para ambas zonas. Ante futuros desarrollos de esta línea de investigación, sería pertinente ampliar el trabajo de campo a otras localidades de las regiones mencionadas, que complementen lo hasta ahora realizado aportando un conocimiento de mayor representatividad.
- Nuestro estudio no contempló dentro de sus objetivos profundizar en los cuidados familiares, que resulta importante para entender el circuito de reciprocidad del apoyo social en el interior de la familia. De esta manera, se sugiere, en un futuro, realizar estudios específicos sobre los cuidados familiares en contextos de ruralidad y etnicidad, pero no centrar el análisis solamente en el familiar que cuida a la persona mayor. Al contrario, debería investigarse también el rol de cuidador que ejerce una persona mayor hacia el resto del grupo, al cónyuge, los hijos o principalmente a los nietos.
- Hubiéramos necesitado profundizar en el estudio del rol del estrés en la percepción de CVRS, incorporando una escala específica de valoración del estrés, que sea más concreta que las escalas utilizadas, en aras de un mayor conocimiento al respecto.
- Asimismo, hubiera resultado útil incluir en el estudio el otro grupo indígena numeroso en Chile, como son los Aymaras y que, para un futuro estudio, sería una excelente aportación su inclusión.

Capítulo 10. Conclusiones

- Se hubiera requerido adaptar la técnica de grupos de discusión a la cultura de quienes conforman dichos grupos. Particularmente, el rol pasivo del moderador, definido en la literatura, generó desconfianza en los interlocutores mapuche, dado que, desde su cultura, lo esperado es que si ellos estaban contando sus vivencias también quien modera el grupo lo debiera hacer. Esta experiencia nos indica que las técnicas no deben ser inamovibles y deben ser adaptadas a las diferentes circunstancias transculturales.

Como **aplicaciones prácticas** de nuestra investigación creemos necesario señalar las siguientes:

- Esta investigación se constituye en uno de los primeros estudios en Chile que aborda la temática de CVRS y apoyo social en la vejez desde la ruralidad y etnicidad de las personas mayores, considerando una metodología mixta concurrente. Conforme el diagnóstico inicial, el conocimiento sobre este tema en el país estaba limitado a estudios mayoritariamente cuantitativos en personas mayores en general. La utilización de la metodología mixta nos permitió alcanzar una mayor profundización en la percepción de la CVRS y del apoyo social de las personas mayores.
- Nuestra investigación puede ayudar a transitar de políticas sociales asistenciales a políticas sustentadas en derechos, que incorporen el enfoque de interculturalidad, ya que, si bien es cierto que desde el punto de vista de la salud, se cuenta con políticas específicas y transversales orientadas a las personas mayores y los pueblos indígenas, es necesario continuar avanzando en políticas de salud integrales que garanticen los derechos colectivos de las personas mayores y de los indígenas.
- Nuestro trabajo puede ayudar a que las políticas de salud incorporen, de forma colectiva, la valoración integral al individuo en general, y al anciano en particular, que incorpore las dimensiones clínica, mental, social, funcional y espiritual.
- Nuestros datos indican que se requeriría de estrategias de intervención adecuadas a las necesidades de las personas mayores, que potencien la autonomía del sujeto y procuren mantener a las personas en sus entornos socio-afectivos, como, por ejemplo, servicios de ayuda a domicilio.
- Nuestros hallazgos indican que las políticas públicas deben mirar no solo a la persona que envejece sino también a su familia y la comunidad en que están

Capítulo 10. Conclusiones

insertos, de modo que se constituya en un soporte que potencie el rol del anciano, sin que se produzca la sobrecarga.

- Por último, de nuestro estudio se puede desprender que se precisa cierto cambio en los equipos de salud locales, en el sentido que tendrían que asumir el desafío de desarrollar una verdadera epidemiología con enfoque sociocultural, que rescate las propias categorías de definición étnica, social, económica, demográfica, emocional, e incluya los modelos médicos indígenas. Este cambio permitiría comprender la red de causalidad de la percepción de la CVRS, y definir estrategias de fortalecimiento de los factores protectores de una buena calidad de vida y de modificación de los factores agresores que inciden en la misma.

Para finalizar, se quiere apuntar que este estudio abre un inmenso campo de investigación donde poder profundizar y, sobre todo, posibilitar el conocimiento que permita la generación de políticas públicas, acorde a las personas mayores en condiciones de ruralidad y etnicidad, y redimensionando los modelos de intervención existentes en pro de un envejecimiento con bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, Antonio y Alba Ayala. 2012. “Un perfil de las personas mayores en España 2012, indicadores estadísticos básicos”. Informes Portal Mayores N° 131. Madrid. Obtenido el 20 de octubre de 2011 (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>).
- Acock, Alan y Jeanne Hurlbert. 1993. “Social networks, marital status, and well-being.” *Social Networks* 15: 309-334.
- Aguerre, Colette y Leandro Bouffard. 2008. “Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas”. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría* 22: 1146-1162. Obtenido el 13 de junio de 2011 (<http://www.acgg.org.co/descargas/revista-22-2.pdf#page=31>).
- Albala, Cecilia., María Luisa Lebrão, Esther María León, Roberto Ham-Chande, Anselm J. Hennis, Alberto Palloni, Martha Pelaez y Omar Pratts. 2005. “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17: 307–322.
- Albert, Bruce. 2002. “Introdução. Cosmologias do contato no Norte-Amazônico.” Pp. 9-18 en: Albert Bruce e Ramos, Alcida Rita. *Pacificando o branco. Cosmologia do contato no Norte Amazônico* editado por A. Bruce y A. Ramos. São Paulo: Editora Unesp.
- Alcamán, Severiano y Jorge Araya. 1993. *Manifestaciones culturales y religiosas del pueblo Mapuche*. Temuco: Fundación Instituto Indígena.
- Al-Kandariy, Y. 2011. “Relationship of strength of social support and frequency of social contact with hypertension and general health status among older adults in the mobile care unit in Kuwait.” *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 26: 175-187.

Bibliografía

- Alonqueo, Martin. 1985. *Mapuche ayer-hoy*. Padre Las Casas, Chile:Editorial San Francisco.
- Alonso Jordi, Enrique Regidor, Gregorio Barrio, Luis Prieto, Carmen Rodríguez y Luis De La Fuente De Hoz. 1998. “Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36.” *Medicina Clínica* 111: 410-416.
- Arechabala, M^a Cecilia y Claudia Miranda. 2002. “Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana.” *Ciencia y Enfermería* 8: 49-55.
- Aronson, Jane. 1992. “Women's sense of responsibility for the care of old people: But who else is going to do it?”. *Gender and Society* 6: 8-29.
- Antonucci, Toni. 1985. “Personal characteristics, social support, and social behavior.” Pp. 94-128 en *Handbook of aging and the social sciences* editado por R.H. Binstock y E. Shanas. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Antonucci, Toni. y Charlene. E. Depner. 1982. “Social support and informal helping relationships.” Pp. 233-253 en *Basic processes in helping relationships* editado por T.A. Wills. Nueva York: Academic Press.
- Antonucci, Toni, R. Fuhrer and J.F. Dartigues. 1997. “Social relations and depressive symptomatology in a sample of community- dwelling French older adults.” *Psychology and Aging* 12: 189-195.
- Antonucci, Toni y Hiroko Akiyama. 1987. “Social networks in adult life and a preliminary examination of the Convoy Model”. *Journal of Gerontology* 42 :519-527.
- Antonucci, Toni. y J. Jackson. 1989. “Apoyo social eficacia interpersonal y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida.” Pp. 128-149 en *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social*, editado por L. Carstensen y B.A. Edelstein. Barcelona: Martinez Roca.

Bibliografía

- Aquino, J. R., D. W. Russell, C. E. Cutrona, and E. M. Altmaier. 1996. "Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly." *Journal of Counseling Psychology* 43: 480-489.
- Aranibar, Paula. 2003. "Calidad de vida y vejez." Obtenido el 20 de abril 2009 de (<http://www.ciape.org.br/artigos/participacionsocialeimagenocialdelavejez%5b1%5d%5b1%5d.doc>).
- . 2001. *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Arber, Sara y Jay Ginn. 1996. "Mera conexión, relaciones de género y envejecimiento." Pp. 17-35 en *Relación entre género y envejecimiento*, compilado por S. Arber y J. Ginn. Madrid: Ediciones Narcea SA.
- Ardón, Nelson. 2002. "Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida." Obtenido el 20 de mayo de 2009 de (<http://www.gerenciasalud.com/art28.htm>).
- Arias, Claudia. 2009. "La red de apoyo social en la vejez, aportes para su evaluación." *Revista de psicología IMED* 1:147-158.
- . 2004. *Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad*. Mar del Plata: Suárez.
- . 2002. "Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad." Tesis magister en psicología social, Universidad de Mar del Plata.
- Arias, Claudia. y M. Scolni. 2005. "Evaluación de la calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata." Pp. 55-68 en *La Ocupación en la Vejez, una Visión Gerontológica desde la Terapia Ocupacional*, editado por C. Miranda. Mar del Plata: Suárez.
- Asociación de Academias de la lengua española. 2010. *Diccionario de Americanismos*. Perú: Santillana.

Bibliografía

- Aukanaw. 2003. "La ciencia secreta de los Mapuche." Obtenido el 20 de junio de 2012 (http://futatraw.ourproject.org/descargas/libros/aukanaw-ciencia_sec.pdf).
- , 2001. "Medicina y psicología mapuche." Obtenido el 30 de abril de 2010 (www.geocities.com/aukanawel).
- Avlund Kirsten, R. Lund, B. E. Holstein, P. Due, R. Sakari-Rantala y R. L. Heikkinen RL. 2004. "The impact structural and functional Characteristics of social relations as determinants of functional decline". *The Journals of Gerontol Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. Jan; 59 (1): 44-51.
- Aylwin, José. 2002. "Tierra y territorio mapuche: un análisis desde una mirada histórico- jurídica." Temuco: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de la Frontera.
- Azpiazu Mercedes, Alfonso Cruz, José Villagrasa, Juan Abanades, Natividad García y Fernando Alvear. 2002. "Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años." *Revista Española Salud Pública* 76: 683-699.
- Bacigalupo, Ana Mariella 2001. *La voz del kultrun en la modernidad: tradición y cambio en la terapeutica de siete Machi mapuche*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- 1995. "Métodos de curación tradicional mapuche. La práctica de la Machi contemporánea en Chile." *Enfoques en Atención Primaria* 9: 7-13.
- Badía, Xavier. 1995. "La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos." Pp. 49-74 en *Evaluación económica de medicamentos* editado por J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira. Farmacoeconomía. Madrid: Editores Médicos .
- Bardin, Laurence. 1996. *Análisis de contenido*. 2ª edición Madrid: Ediciones Akal.
- Barnes J.A. 1954 "Class and Committees in a Norwegian Island Parish" *Humans Relations* 7: 39-58.

Bibliografía

- Barra, Enrique. 2004. "Apoyo social, estrés y salud". *Psicología y Salud* 14: 237-243.
- Barrón, Ana. 1996. *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Barrón, Ana y Fernando Chacón. 1992. "Apoyo social percibido su efecto protector frente a los eventos vitales estresantes". *Revista de psicología social* 7: 53-59.
- Barros, Carmen. 1994. "Apoyo social y bienestar del adulto mayor." Documento Instituto de Sociología N° 60, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Barros C., A. Forttes y S. Herrera. 2006. Predictores de un buen envejecimiento entre los adultos mayores afiliados a la caja de compensación de Los Andes. Santiago de Chile: Universidad Católica, Caja Los Andes.
- Barros, Carmen y Mónica Muñoz. 2003. "Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor." *Revista de trabajo social: perspectivas. Notas sobre intervención y acción social. Especial adulto mayor* 12: 23-29.
- Barry, J. 1995. "Care-need and care-receivers: Views from the margins" *Women's Studies International Forum* 18: 361-374.
- Bayarre Héctor, Julia Pérez, Jesús Menéndez, Teddy Tamargo, Agustín Morejón, Dayami Garrido y Arlín González. 2008. "Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004." *Revista Cubana Salud Pública* ;34(2). Obtenido el 20 de marzo de 2012 (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es).
- Bazo, María Teresa. 2008. "Personas mayores y solidaridad familiar." *Política y Sociedad* 45: 73-85.
- , 1991. "El estatus familiar y la salud, elementos claves en la institucionalización de las personas ancianas." *Revista de Gerontología* 1: 53-60 .
- , 1990. *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI de España.

Bibliografía

- Beaman, Peter, Sandra Reyes, Carmen García y Alma Cortés. 2004. "Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social." Pp. 117-138 en *La salud del adulto mayor*, editado por O. Muñoz, C. García, y L. Durán (Eds.). México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Obtenido el 10 de septiembre de 2012 (<http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/la-salud-del-adulto-mayor-temas-y-debates>).
- Becerril-Montekio Víctor, Reyes JD, Manuel A. 2011. "Sistema de salud de Chile". *Revista de Salud Pública* 53 :132-143.
- Bellon-Saameno JA, A. Delgado-Sanchez, JD. Luna-del-Castillo y P. Lardelli-Claret. 1996. "Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11." *Aten Primaria* 18:153-63.
- Bengoa, José. (comp.). 2004. *La memoria olvidada: historia de los pueblos indígenas de Chile* Santiago de Chile: Editor Cuadernos Bicentenario, Presidencia de la República.
- , 1999. *Historia de un Conflicto. El Estado y los mapuche en el siglo XX*. Santiago de Chile: Editorial Planeta.
- Bengoa, José y Alejandro Sabag. 1997. *Los mapuche, comunidades y localidades en Chile*. Santiago: SUR Centro de Estudios Sociales e Instituto nacional de estadísticas.
- Bengoa, José. 1992. "Mujer, tradición y shamanismo: relato de una Machi mapuche." (132-155). *Proposiciones* 21: 132-155.
- Berkman, Lisa. 1985. "The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality." Pp. 241-262 en *Social support and health*, editado por S. Cohen y L. Syme. New York: Academic Press.
- Berruti, María Belén y Mariana Buzeki. 2001. "Cuidadores formales en la institucionalización de larga estada." Presentado en el simposio Antropología de la vejez, cuarto congreso chileno de antropología, noviembre, Santiago de Chile.

Bibliografía

- Bisconti, Toni y C.S. Bergeman. 1999. "Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health." *The Gerontologist* 39: 94-104.
- Bisogni Carol, Margaret Connors, Carol Devine y Jeffery Sobal. 2002. "Who We Are and How We Eat: A Qualitative Study of Identities in Food Choice." *Journal of Nutrition Education Behavior* 34: 128-139.
- Blau, Peter Michael. 1955. *Dynamics of bureaucracy a study of interpersonal relations in two government agencies*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bobes, J., P. González, M. Bousoño y E. Suárez. 1993. "Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida." *Revista Psiquiatría* 6: 5-9.
- Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a Theory of Practice*. New York: Cambridge University Press.
- Bott, Elizabeth. 1955. "Urban Families: Conjugal Roles and Social Networks." *Human Relations* 8: 345-384.
- Bowling, Ann. 1991. "Social support and social networks: theirs relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence." *Family Practice* 8: 68-83.
- Bozo, Özlem, N. Toksabay y Oya Kürüm. 2009. "Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people." *Journal of Psychology*. 143: 193-205.
- Bukov, Aleksej, Ineke Maas y Thomas Lampert. 2002. "Social participation in very old age: a cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study." *Journals of Gerontology, Series B* 57: 510-517.
- Bury, Mike. 1996. "Envejecimiento, genero y teoría sociológica." Pp 34-54 en *Relación entre genero y envejecimiento*, compilado por S. Arber y G. Jay. Madrid: Narcea Ediciones SA.
- Brennan, Penny y Rudolph Moos. 1990. "Life stressors, social resources, and late life problem." *Psychology and Aging* 5:491-501.

Bibliografía

- Brenes Ludmila, Jesús Menéndez y Adialys Guevara. 2006. "Comorbilidad y Discapacidad: su relación en Adultos Mayores de Ciudad de La Habana". Geroinfo 2 (2). Obtenido el 11 de agosto de 2013 (http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/trastronos_afectivos_final.pdf).
- Brook R, J. Ware, W. Rogers, E. Keeler, A. Davies, C Sherbourne, G. Goldberg, K. Lohr, P. Camp y J. Newhouse. 1983. "The effect of coinsurance on the health of adults. Results from the RAND Health Insurance Experiment." *Journal of Medicine* 309: 1426-1434.
- Bryant, Sharon y William Rakowski. 1992. "Predictors of mortality among elderly African-Americans." *Research on Aging* 14: 50-67.
- Caniguan, Jaqueline. 2006. "Apuntes sobre el pentukun." *Periódico Azkintuwe*, edición aniversario Febrero-Marzo, P. 15- 16.
- Caniullán, Víctor. 2000. "El mundo mapuche y su medicina." Pp. 123-140 en *Acercamientos metodológicos hacia pueblos indígenas. Una experiencia reflexionada desde la Araucanía, Chile*, editado por T. Durán, E. Parada, N. Carrasco. Temuco, Chile: Centro de Estudios Socioculturales. Universidad Católica de Temuco.
- Cantor Marjorie. 1975. "Life space and the social support system of the inner city elderly of New York." *The Gerontologist* 15: 23-27.
- Caplan, Gerald. 1974. *Support systems and community mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Cartwright, Dorwin y Frank Harary. 1956. "Structural Balance: a Generalisation of Heider's Theory." *Psychological Review* 63: 277.
- Cassel, John. 1976. "The contribution of the social environment to host resistance." *American Journal of Epidemiology* 104: 107-123.
- , 1974. "Psychosocial processes and stress: theoretical formulations." *International Journal of Health Services* 4: 471- 482.

Bibliografía

- Castro Roberto, Lourdes Campero y Bernardo Hernández. 1997. “La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos” *Revista Saúde Publica* 31: 425-435.
- Castells, Manuel y Lourdes Pérez. 1992. *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de Servicios Sociales.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2011. *Observatorio demográfico N° 12: Envejecimiento poblacional*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Citarella, Luca. 2000. *Medicinas* y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2011. *Los derechos de las personas mayores. Material de estudio y divulgación*. Obtenido el 23 de marzo 2012 (http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf).
- Citarella, Luca y José Cayuela. 1995. *Salud y desarrollo humano: una experiencia de cooperación en atención primaria de salud en Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de salud.
- Cobb, Sidney. 1976. “Social support as a moderator of life stress”. *Psychosomatic Medicine* 38:300-314.
- Cohen, Sheldon. y L. Syme. 1985. “Issues in the study and application of social support.” Pp. 3-22 en *Social support and health*, editado por S. Cohen y S.L. Syme. New York: Academic Press.
- Cohen, Sheldon. y Thomas Wills. 1985. “Stress, social support, and the buffering hypothesis.” *Psychological Bulletin* 98: 310-357.
- Cohen, Sheldon. y G. McKay. 1984. “Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis.” Pp. 253-267 in *Handbook of psychology and health*, editado por A. Baum, J.E Singer y S.E. Taylor. Hillsdale: Erlbaum.

Bibliografía

- Coleman, James Samuel. 1990. *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- , 1988. "Social Capital in the Creation of Human Capital." *American Journal of Sociology* 94: 95- 120
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2007. "Agenda social Políticas públicas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina: Capítulo V" Pp. 241-281 en *Panorama social de América Latina 2007* editado por CEPAL. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y Fundación Kellogg. 2004. "Experiencias en innovación social en America Latina y el Caribe. Programa de Salud Intercultural - Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloé" – Chile. Obtenido el 30 de junio de 2012 de (<http://www.cepal.org/dds/Innovacionsocial/e/proyectos/cl/Chiloe/>).
- Cóndor Eddie, Gabriela Neira y Tania Arzapalo. 2008. *Grupos en situación de especial protección en la región andina: pueblos indígenas: Informe sobre políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos*. Lima: Comisión Andina de Juristas.
- Consejo nacional de la cultura y las artes. 2011. *Diagnóstico de desarrollo cultural del pueblo mapuche*. Santiago: Observatorio cultural.
- Costa P. T. and R. R. McCrae. 1980. "Influence of Extraversion and Neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people." *Journal of Personality and Social Psychology*. 38: 668-678.
- Coronado, Juan y C. Díaz. 2009. "Percepción de la calidad de vida relacionada con salud de adultos mayores residentes en la ciudad de Chiclayo." *Acta Médica Peruana* 26: 230-238.
- Cox, Enid y Alberta Dooley. 1996. "Care-receivers' perception of their role in the care process." *Journal of Gerontological Social Work* 26: 133-152.

Bibliografía

- Curivil, Ramón. 1995. "Religión mapuche y cristianismo." Pp. 31-50 en *¿Modernización o sabiduría en tierra mapuche?*, editado por A. Marileo. Santiago de Chile: Talleres gráficos San Pablo.
- Cutrona, Carolyne, Dan Russell y Jayne Rose, 1986. "Social support and adaptation to stress by the elderly." *Psychology and Aging* 1: 47-54.
- Cumming, E. y W. Henry. 1961. *Growing Old: The process of disengagement*. New York, Basic Books Inc.
- Cumming, E. 1963. "Nouvelles réflexions sur la théorie du désengagement." *Revue internationale de sciences sociales* 15: 393-412.
- Clemente, María Alejandra. 2003. "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano, revisión bibliográfica." *Revista Interdisciplinaria* 20: 31-60.
- Chackiel, Juan. 2000. *El envejecimiento de la población Latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, División Población.
- Chapell, Neena., A. Segall y D. Lewis. 1990. "Gender and helping networks among day hospital and senior center participants." *Canadian Journal on Aging* 9: 220-233.
- Chappell, Neena y Laura Funk. 2011. "Social support, Caregiving, and Aging." *Canadian Journal on Aging* 30: 355-370.
- Chesnais, Jean Claude. 1990. *El proceso de envejecimiento de la población N°35*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Chihuailaf, Elicura. 1999. *Recado confidencial a los chilenos*. Santiago de Chile: LOM ediciones.
- Chou, K. L. and I. Chi. 2001. "Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators?" *International Journal of Aging and Human Development* 52: 155 - 171.

Bibliografía

- Clark, Noreen, M.H. Becker, N.K. Janz, K. Lorig, W. Rakowski, y L. Anderson. 1991. "Self-management of chronic disease by older adults. A review and questions for older adults." *Journal of Aging and Health* 3: 3-27.
- Dabas, Elina y Denise Najmanovich. 1995. *Redes sociales: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Dean, Moira, K. Grunnert, M. Raas, N.A. Nielsen y M. Lumbers. 2008. "The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly." *Appetite* 50: 308-315
- Dean, Alfred, B. Kolody, P. Wood, y G. Matt. 1992. "The influence of living alone on depression in elderly persons." *Journal of Aging and Health* 4: 3-18.
- Dean, Alfred. 1986. "Social support in epidemiological perspective." en *Social support, life events and depression* editado por N. Lin, A. Dean y W. Ensel. Nueva York: Academic Press.
- De Beauvoir Simone. 1970. *La vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Debout, C. 2011. "The concept of quality of life in healthcare, a complex definition." *Soins; la revue de reference infirmière* 759: 32-34.
- Delgado de Bravo, María Teresa y Silvia Falache. 1993. "El Concepto de calidad de vida: Una revisión de su alcance y contenido". *Revista Geográfica Venezolana* 34:275-295.
- De Federico de la Rúa, Ainhoa. 2008. "Análisis de redes sociales y trabajo social." *Portularia: Revista de trabajo social* 8: 9-21.
- De Oliveira Orlandina, Marielle Pepin y Vania Salles. 1989. *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Díaz A., V. Pérez, C. González y J. Simon. 2004. "Concepto de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental." *Revista ciencia y enfermería* 10:9-16.

Bibliografía

- Díaz-Veiga, P. 1987. "Evaluación del apoyo social". Pp 125-149 en *El ambiente: análisis psicológico*, editado por R. Fernández-Ballesteros. Madrid: Pirámide.
- Diener, Ed y Mark Eunkook Suh. 1998. "Subjective well-being and age: An international analysis." Pp. 304-324 en *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development volumen 1*, editado por K. Schaie, K. Warner y L.M. Powel. Nueva York: Springer Publishing.
- Dillehay, Tom. 1990. "Araucania, presente y pasado." Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Doeglas, Dirk., TJ. Suurmeijer, B. Krol, R. Sandermann, M. van Rijswijk y M. van Leeuwen. 1994. "Social support, social disability and psychological well-being in rheumatoid arthritis." *Arthritis & Rheumatism* 7: 10-15.
- Domínguez, Tamara, Ana Espín y Héctor Bayorre. 2001. "Caracterización de las relaciones familiares del anciano." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 17: 418-422.
- Doyle, C. 1995. "Effect of staff turnover and the social environment on depressive symptoms in nursing home residents." *International Psychogeriatrics* 7: 51- 61.
- Domínguez, Oscar. 1991. *Criterios de trabajo en el programa del adulto mayor*. Programa del Adulto Mayor, Facultad de Medicina. Universidad de Chile: Santiago de Chile.
- Dunkel-Schetter, Christine y Tracy L. Bennett. 1990. "Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support." Pp. 267-296 en *Social support: an interactional view* editado por B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce. Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.
- Durán, Teresa, José Quidel y Enrique Hauenstein. 1997. *Conocimientos y vivencias de dos familias wenteche sobre medicina mapuche*. Santiago de Chile: Lom editores y Universidad Católica de Temuco.
- Durkheim, Emile. 1985. *El suicidio*. Segunda edición. Madrid: Ediciones Akal.

Bibliografía

- Echeverría, R., P. González, A. Sánchez y P. Toro. 2002. *Imaginario social de salud pehuenche de la comunidad de Callaqui en el Alto Bío-Bío*. Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.
- Eliade, Mircea. 2010. "Observaciones metodológicas sobre el estudio del simbolismo religioso" Pp. 116-139 en *Metodología de la historia de las religiones*, editado por M. Eliade y J. Kitagawa. Barcelona: Paidós.
- . 1998. *Lo sagrado y lo profano*. Barcelona: Editorial Paidós..
- Erikson, Erik. 1985. *El ciclo de vida completado*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Esping-Andersen, Gosta. 1993. *Los tres mundos del Estado del bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.
- Estrada, Margarita. 1999. *Familias en la crisis..* México, D.F: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Estes, Carroll. 1986. "Politics of ageing in America." *Ageing and society* 6: 122-156.
- Faris, Robert y Henry Dunham. 1939. *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fayers, Peter y David Machin. 2000. *Quality of life: Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: Jhon Wiley y Sons.
- Felce David, Jonathan Perry .1995. "Quality of life: Its definition and measurement." *Research in Developmental Disabilities* 16 : 51-74.
- Fericgla, Josep María. 2002. *Envejecer, una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fernández Díaz Ivonne, Antonio Martínez y Carmen Santos. 2012. "La salud y el envejecimiento poblacional." *Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012*, diciembre, La Habana.

Bibliografía

- Fernández Niuris, A. Clúa, R. Báez y M. Ramírez. 2000. “Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos.” *Revista Cubana de Medicina General* 16: 6-12.
- Fernández A.M., M.J. Bujalance, F. Leiva, F. Martos, J. García y F. Sánchez. 2001. “Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.” *Medifam* 11: 530-539.
- Fernández Ballesteros, Rocío. 1999. *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- , 1998. “Calidad de vida: Las condiciones diferenciales.” *Colegio Oficial de psicólogos España* 2: 57-65.
- Fernández Ballesteros, Rocío, M^a Dolores Zamarrón y A. Maciá. 1996. *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández Ballesteros, Rocío y A. Anton. 1993. “Calidad de vida en la vejez”. *Intervención social* 5: 77-94.
- Fernández-Ballesteros, Rocío, María. Izal, Ignacio Montorio, J.L. Gonzalez y P. Diaz-Veiga. 1992. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martinez-Roca.
- Fernández Cano, Antonio e Inés Fernández Guerrero. 2009. *Crítica y alternativas a la significación estadística en el contraste de hipótesis*. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.
- Fernández Ríos, L., M. Torres, y L. Díaz. 1992. “Apoyo social: implicaciones para la psicología de la salud.” en *Comportamiento y salud* editado por M. Simón. Valencia: Promolibro.
- Figueiredo, A., P. Araujo y P. Figueiredo. 2006. “Qualidade de vida do doente oncológico.” *Revista de enfermagem oncológica* 36: 15-22.

Bibliografía

- Flanagan, Jhon. 1982. "Measurement of the quality of life: Current state of the art." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 3:56-59.
- Flaquer, Lluís. 2000. *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Foerster, Rolf. 1995. *Introducción a la Religiosidad Mapuche*. 2ª edición, Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Forsell, Y. and B. Winblad. 1999. "Incidence of major depression in a very elderly population." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14: 368 - 372.
- French, Jhon y Robert Kahn. 1962. "A programmatic approach to studying the industrial environment: and mental health." *Journal of Social Issues* 18: 1-47.
- Gallardo Lorena. 2013. Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de trabajo social, Madrid.
- García, Miguel. 2002. "El bienestar subjetivo." *Escritos de Psicología* 6: 18-39. Obtenido el 22 de junio 2013. (http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el_bienestar_subjetivo.pdf).
- Giles, Lynne, P. Metcalf, G. Glonek, M. Luszcz y G. Andrews. 2004. "The effects of social networks on disability in older australians." *Journal of Aging and Health* 16: 517-538.
- Glass TA, C. Mendes de Leon, RA. Marottoli and LF: Berkman. 1999. "Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans." *British Medical Journal* 319:478-483.
- Gognalons-Nicolet, Maryvonne. 1994. "Du vieillissement normal au vieillissement réussi. Aspectes culturels, sociaux et psychologiques." *Cahiers Psychiatriques Genevois* 17:11-36.

Bibliografía

- Gómez-Feria, I. 2002. "La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades." *Psiquiatría Biológica* 9:13-7.
- Gómez-Vela, María. y Eliana Sabeh. 2000. "Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica." *Integra* 3 : 1-4.
- González de la Rocha, Mercedes. 1999a. "La reciprocidad amenazada: un costo más de la pobreza urbana." Pp. 12-35 en *Hogar, pobreza y bienestar en México* editado por R. Enríquez. Guadalajara, México: ITESO.
- , 1999b. *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos en Guadalajara, Jalisco*. Guadalajara, México: El Colegio de Jalisco/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Gottlieb, Benjamin. 1981. "Social networks and social support in community mental health." *Social networks and social support* 4: 11-42.
- Gurin, G., S. Veroff and S. Feld. 1960. *Americans view their Mental Health*. New York: Basic Books.
- Guzmán, José Miguel y Sandra Huenchuán. 2005. "Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada." Presentado en Reunión de expertos: Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Cepal, Junio, Santiago de Chile.
- Guzmán, José Miguel, Sandra Huenchuán y Verónica Montes de Oca. 2003. "Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual." *Notas de población* 77: 35-70.
- Gracia, Enrique. 1997. *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, Enrique. y Musitu, Gonzalo. 1990. "Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario." *Psicología Comunitaria*. Valencia: NAU Llibres.

Bibliografía

- Gracia, Enrique, Juan Herrero y Gonzalo Musito. 2002. *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- . 1995. *Apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Grebe, María Ester. 2000. “Creencias e identidad en la cultura mapuche: rewe, kultrun y ngillatue”. *Lengua y literatura mapuche* 9: 273-288.
- . 1998. *Culturas indígenas de Chile: un estudio preliminar*. Santiago de Chile: Pehuén.
- . 1984. “Cosmovisión del mundo mapuche. Aspectos antropológicos-sociales.” Pp. 219-242 en *Culturas indígenas de la Patagonia*, editado por J. Bárcenas. Santiago de Chile: Turner.
- . 1973. “El Kultrún, un microcosmos simbólico.” *Revista Musical Chilena*, año XXVII 123-124: 3-42.
- Grebe, María Ester, Sergio Pacheco, José Segura. 1972. “Cosmovisión mapuche.” *Cuadernos de la realidad nacional* 14 :46-73.
- Grundy, Emily y Andy Sloggett. 2003. “Health inequalities in the older population: The role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances.” *Social Science & Medicine* 56: 935-947.
- Ham Chande, Roberto. 1996. “El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México.” *Salud Pública Mex* 38: 409-418.
- Hamilton, Alison, Inés Poza y Donna Washington. 2011. “Homelessness and trauma go hand-in-hand: Pathways to homelessness among women veterans.” *Women's Health Issues* 21: S203-S209.
- Hayflick, Leonard. 1973. “The biology of human aging”. *The American Journal of the Medical Sciences* 265: 433-445 .
- Hays, Judith, D. Steffens, E. Flint, H. Bosworth, y L. George. 2001. “Does social support buffer functional decline in elderly patients with unipolar depression?” *The American Journal of Psychiatry* 158: 1850-1855.

Bibliografía

- Hazzard, William, N. Woolard, J. Halter, J. Ouslander, M. Tinetti, S. Studenski, K. High y S. Hasthana. 2009. *Principle of Geriatric medicine and gerontology*. 6ª ed. New York: Mc Graw Hill.
- Help age International. 2002. El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. Londres: Earthscan.
- Hernández, Roberto, Carlos Fernández. y Pilar Baptista. 2010. *Metodología de la investigación*. 5ª ed.. México DF: Mc Graw Hill/interamericana editores.
- Hernández, Roberto y C. Mendoza. 2008. “El matrimoniocuantitativo-cualitativo: el paradigma mixto.” Documento presentado en 6º Congreso de Investigación en Sexología. Efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, A.C. y la Universidad Juárez.Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México.
- Herrera, Soledad y Beatriz Fernández. 2011. “Tablas de resultados encuesta nacional de calidad de vida en la vejez 2007-2010. Comparación 2007-2010.” Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Herrera, Soledad, Carmen Barros y Beatriz Fernández. 2011 “Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile.” *Journal of Population Ageing* 4(3): 121-139. Obtenido el 25 de enero de 2013 (<http://link.springer.com/article/10.1007/s12062-011-9043-7#page-1>).
- Herrera, Soledad y Rosa Kornfeld. 2008. “Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. *Revista en Foco-Expansiva* 131: 1-15.
- Herzog, A., M. Franks, H. Markus y D. Holmberg. 1998. “Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment.” *Psychology and Aging* 13: 179-185.
- Herzog, Anna, Willard Rodgers y Joseph Woodworth. 1982. “Subjective well-being among different age groups.” Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Hidalgo, Jorge. 2001. *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José de Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Bibliografía

- Hinkle, Lawrence y Harold Wolff. 1958. "Ecologic investigations between illness, life experiences and the social environment." *Annals of internal medicine* 49: 1373-1388.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. 2005. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública* 17: 210-220.
- Hörnquist, Jan. 1990. "Quality of life: concepts and assessment". *Scandinavian Journal of Public Health* 18: 68-79.
- House, James, Debra Umberson y Karl Landis. 1988. "Structures and processes of social support." *Annual Review of Sociology* 14: 293-318.
- Huenchuán, Sandra. 2005. "Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales." *Notas de Población* 78: 155-182.
- . 2003. "Políticas de vejez en América Latina. Una propuesta para su análisis." Presentado en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Julio, Santiago de Chile.
- . 1999. "De objetos de protección a sujetos de derecho. Trayectoria de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos." *Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social* 8: 1-17.
- Huenchuán, Sandra y Luis Rodríguez-Piñero. 2010. "Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección." Documento de proyecto, Comisión Económica para América Latina, CEPAL, Santiago de Chile.
- Huenchuán, Sandra, D. González, M. Paredes y J.M. Guzmán. 2007. "Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile." Santiago de Chile: CELADE, División de población de la CEPAL.
- Huenchuán, Sandra. y Zulma Sosa. 2003. "Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile." *Notas de población* 77: 35-70.

Bibliografía

- Huenchuán, Sandra y V. Toledo. 1999. “Adultos mayores, diversidad y políticas públicas.” *Fondo para el estudio de las Políticas Públicas e Instituto de Normalización* Santiago de Chile: CEPAL.
- Hunter, Floyd. 1953. *Community Power Structure: A Study of Decision-Makers*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Ibáñez Jesús. 2003. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. 5ª ed. Madrid: Siglo XXI.
- Inga Julio y Arístides Vara. 2001. “Calidad y Satisfacción de Vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú-Estudio Piloto y análisis Psicométrico.” Asociación por la Defensa de las Minorías Obtenido el 2 de julio de 2012 (http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/investigaciones/psicologia/calidad_vida/)
- Instituto de Normalización Previsional (INP). 2006. *Aprendizaje Mayor. Guía de orientaciones para el aprendizaje de personas mayores*. Santiago de Chile: INP.
- Institut Municipal d’Investigació Mèdica (IMIM). 2000. Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de Salud F-36. Barcelona: Institut Municipal d’Investigació Mèdica.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2013. “Compendio estadístico 2013.” Santiago de Chile: INE. Obtenido el 12 de febrero de 2014 (http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/COMPENDIO_2013.pdf).
- , 2012. “Compendio estadístico. 1.2 estadísticas demográficas.” Santiago de Chile: INE. Obtenido el 12 de enero de 2014 de (http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2012/estadisticas_demograficas_2012.pdf).
- , 2011. “Compendio estadístico. 1.2 estadísticas demográficas.” Santiago de Chile: INE. Obtenido el 8 de febrero de 2014 (http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2011.pdf).

Bibliografía

- , 2009. "Compendio estadístico. 1.2 estadísticas demográficas." Santiago de Chile: INE. Obtenido el 26 de enero de 2011 (http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2009/1_2_estadisticas_demograficas.pdf).
- , 2008. *Enfoque estadístico, pueblos indígenas*. Santiago de Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). 2005. *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile-censo 2002*. Santiago de Chile: INE, MIDEPLAN. Obtenido el 12 de enero de 2013 (http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/pdf/estadisticas_indigenas_2002_11_09_09.pdf).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2010. *Encuesta de personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Obtenido el de (http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf).
- , 2008. *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008/Tomo I*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Obtenido el 30 de julio de 2013 (<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf>).
- , 2006. *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2006/Tomo I*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Irvine, Jane, A. Basinski, B. Baker, S. Jandciu, M. Paquette, J. Cairns y P. Dorian. 1999. "Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: Testing for the confounding effects of fatigue." *Psychosomatic Medicine* 61: 729-737.
- Izal, María e Ignacio Montorio. 1999. *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.

Bibliografía

- Johnson, Robert, Timothy Gallagher y Fredric Wolinsky. 2004. "The influence of the end of life on the extent of informal help received by older adults." *Research on Aging* 26: 259-283.
- Kade, Joany Susan. McDaniel. 1990. "Caregiving and care-receiving: A double bind for women in Canada's aging society". *Journal of Women & Aging* 2: 3-26.
- Kahn, R. 1983. "Social support of the elderly: Family, friends, professionals." Final Report of the National Institute on Aging. Bethesda, M.D
- Kehl, Susana y Manuel Fernández. 2001. "La construcción social de la vejez". *Cuadernos de trabajo social* 14: 125-162.
- Kelley, Amy, S. Ettner, R. Morrison, Q. Du, N. Wenger y C. Sarkisian. 2011. "Determinants of medical expenditures in the last 6 months of life." *Annals of Internal Medicine* 154: 235-242.
- Kessler, Ronald., Richard Price y Camille Wortman. 1985. "Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes." *Annual review of Psychology* 36: 531-572.
- Keller, Susan, J Ware, P. Bentler, N. Aaronson, J Alonso, G. Apolone, J. Bjorner, J. Brazier, M. Bullinger, S. Kaasa, M. Sullivan y B. Gandek. 1998. "Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment." *Journal of Clinical Epidemiology* 51: 1179-1188.
- Kinsella, Kevin y Victoria Velkoff. 2001. *An Ageing World: 2001*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Korpi, Walter. 1989. "Power, politics and state autonomy in the growth of social citizenship: social rights during sickness in eighteen OECD countries since 1930". *American Sociological Review* 54: 309-328.
- Krause, Neal. 1988. "Stressful life events and physician utilization." *Journal of Gerontology* 43:D53-S61.

Bibliografía

- Krippendorff, Klaus. 1980. *Content Analysis. An introduction to its methodology*. London: Sage.
- Kunzmann Ute., Todd Little y Jacqui Smith. 2000. "Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study." *Psychology and aging* 15: 511-526.
- Lang, Frieder y Laura Cartensen. 1994: "Close emotional relationship in late life: Further support for proactive aging in the social domain." *Psychology and aging* 9: 315-324.
- Laumann, Edward. 1966. *Prestige and Association in an Urban Community: An Examination of an Urban Stratification System*. Indianapolis: Bodds-Merrill.
- Lautier, Bruno. 2001. "Las políticas sociales en América Latina: propuestas metodológicas para analizar el cambio que se está produciendo." *Espiral: estudios sobre Estado y sociedad* 8: 91-130.
- Lawton, M. 2001. "Quality of life and the end of life." Pp. 592-616 en *Handbook of the psychology of aging*. 5ª ed.. Editado por J. Birren y K. Schaie. San Diego CA: Academic Press.
- Lazarus, Richard y Susan Folkman. 1986. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, Gary, Julie Netzer y Raymond Coward. 1995. "Depression among older parents: the role of intergenerational exchange." *Journal of Marriage and family* 57: 823-833.
- Leibfried, Stephan. 1993. "Towards a European welfare state?" Pp. 133-156 en *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, editado por C. Jones. Londres: Routledge.
- Leininger, Madeleine. 1994. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. Columbus, Ohio: Greyden Press.

Bibliografía

- Lin, Nan. 1986. "Conceptualizing social support." Pp. 17-30 en *Social support, life events and depression*, editado por N. Lin, A. Dean and W. Ensel. Orlando, Florida: Academic Press.
- Lin, Nan y Walter Ensel. 1989. "Life stress and health: Stressors and resources." *American Sociological Review* 54:382-399.
- Lomnitz, Larissa. 1994. "Redes sociales, cultura y poder: Ensayos de antropología latinoamericana." México, D.F.: Editorial Miguel Ángel Porrúa. D. T.
- , 1975. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI Editores.
- , 1971. "La reciprocidad de favores en la clase media urbana de Chile." Pp. 93-106 en *Estudios en Antropología Económica*, nº7, editado por G. Dalton. Washington DC: Asociación Antropológica Americana.
- López-García, Esther, José Banegas, Auxiliadora Pérez-Regadera., Juan Gutiérrez-Fisaca, Jordi Alonso, Fernando Rodríguez-Artalejo. 2003. "Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años." *Medicina Clínica* 120(15): 568-573. Obtenido el 3 de enero de 2013 (<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/valores-referencia-version-espanola-del-13046436?referer=buscador>).
- Losonczy, Anne-Marie y B. Lozano. 2006. *Viaje y violencia: La paradoja chamánica emberá*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Lozares, Carlos. 1996. "La teoría de las redes sociales." *Revista Papers* 48: 103-126.
- Mackean, Rowena y Joan Abbott-Chapman. 2012. "Older people's perceived health and wellbeing: The contribution of peer-run community-based organizations." *Health Sociology Review* 21: 47-57.
- Maguire, L. 1980. "The interface of social workers with personal networks." *Social Work with Groups*. 3:39-49.
- Max Neef, Mandref. 1993. *Desarrollo a Escala Humana, Conceptos Aplicaciones y algunas Reflexiones*. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad.

Bibliografía

- Marileo, Armando. 2002. Mundo mapuche. Meridión Comunicaciones, Chile
- . 1995. *¿Modernización o sabiduría en tierra mapuche?* Volúmen 2. Santiago de Chile: San Pablo.
- Márquez, Rodrigo. 2002. “El Índice de Desarrollo humano en la población Mapuche. Una mirada a la equidad inter e intra étnica.” Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Universidad de la Frontera (UFRO).
- Martínez, N., E. Ángel, C. Enríquez, M. Santes, C. Aranda, y J. Salazar. 2007. “Apoyo familiar y actividades de la vida diaria del adulto mayor de Veracruz, México.” *Anales de Psiquiatría* 23: 295-300.
- Martínez, Manuel y Manuel Garcia. 1995. “La Perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social.” *Revista de Psicología Social* 10(1): 61-74
- Mazzella, Francesca, F. Cacciatore, G. Galizia, D. Della-Morte, M. Rossetti, R. Abbruzzese y P. Abete. 2010. “Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity.” *Archives of Gerontology and Geriatrics* 51: 323-328.
- McMullin, Julie. 1996. “Teoría de las relaciones de edad y género.” Pp. 55-70 en *Relación entre género y envejecimiento* compilada por S. Arber, y J. Ginn. Madrid: Ediciones Narcea: 55-70.
- Meléndez-Moral, Juan, M. Tomás y E. Navarro-Pardo. 2008. “Análisis del bienestar en la vejez según la edad.” *Revista Especialista en Gerontología y Gerontología* 43 90-95.
- . 2007. “Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manhein de apoyo social.” *Salud Pública de México* 49 : 408-416.
- Mendes de Leon, C., T. Glass y L. Berkman. 2003. “Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults.” *American Journal of Epidemiology* 157: 633-642.

Bibliografía

- Mendes de Leon, Carlos, T. Glass, L. Beckett, T. Seeman, D. Evans y L. Berkman. 1999. "Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE." *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 54: S162-S172.
- Menéndez, Eduardo. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas." *Ciência y Saúde Coletiva* 8: 185-208.
- Merino, María Eugenia, Daniel Quilaqueo y José Luis Saiz. 2008. "Una tipología del discurso de discriminación percibida en mapuches de Chile." *Revista Signos* 41: 279-297.
- Mesa-Lago, Carmelo. 2005. *Las reformas de pensiones en América Latina, y su impacto en los principios de la Seguridad Social*. Santiago: CEPAL.
- Ministerio de Desarrollo Social. 2013. *Informe de política social (IPOS)*. Santiago: Departamento de monitoreo del Ministerio de Desarrollo Social.
- 2010. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2009. Resultados Adulto Mayor*. Santiago de Chile: Obtenido el 22 de marzo de 2013 de (<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=115>).
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. 2011. *Caracterización de los niveles de consumo de alcohol en Chile. Boletín N° 4*, Observatorio Chileno de Drogas. Obtenido el 12 de marzo de 2013 (http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/12/boletin04_alcohol.pdf).
- Ministerio de Planificación. 1995. *Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor*. Santiago de Chile: MIDEPLAN.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). 2013a. Decreto N°04. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. tomado de razón 05 febrero 2013
- 2013b. Decreto N° 82. Determina aporte estatal a municipalidades que indica para sus entidades administradoras de salud municipal. Santiago de Chile

Bibliografía

- , 2011. *Normas técnicas de posta de salud rural en Chile*. Santiago de Chile.
- , 2006a. *Principales causas de muerte*. Santiago de Chile: Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), MINSAL.
- , 2006b. *Encuesta nacional de calidad de vida y salud: Manual del encuestador*. Santiago de Chile: Departamento de Epidemiología, MINSAL.
- , 2006c. *Resultados primera encuesta nacional de calidad de vida y salud*. Santiago de Chile: MINSAL
- Mitchell, James. 1969. *The concept and Use of social networks*. Paris: Mouton.
- Montes de Oca, Verónica.. 2006. *Redes comunitarias género y envejecimiento*. Cuadernos de investigación N° 31. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- , 1994. "Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos". *Nueva sociedad* 129: 132-141.
- Molina, José Luis, Laura Teves e Isidro Maya. 2004. "El análisis de redes en Iberoamérica; una agenda de investigación." *Redes Revista Hispana para el análisis de Redes Sociales* 6: 1-15.
- Molina C.J. y J.C. Meléndez (2006). "Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana." *Geriátrika* 22: 97-105.
- Mora, Ziley. 1991. *Antiguos secretos y rituales sagrados según el arte de curar indígena*. Temuco Chile: Editorial Kushe.
- Morandé, Pedro. 1990. "Problemas y perspectivas de la identidad cultural de América Latina." Presentado en Encuentro nacional de identidad local, Talagante, Chile..
- Moragas, Ricardo. 1991. *Gerontología social*. Barcelona, España: Herder.
- Morales, Roberto. 2000. *Sonhos: âncoras do poder. O significado dos sonhos nas políticas dos Mapuche contemporâneos no Chile*. Tesis doctoral Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de Sao Paulo , Sao Paulo.

Bibliografía

- Moreno, Jacob. 1934. "Who shall survive?: A new approach to the problem of human interrelations." Pp. 363-369 en *Nervous and mental disease monograph series* 58. Washington, DC: United State.
- Mroczek, Daniel y Christian M. Kolarz. 1998. "The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness." *Journal of personality and social psychology* 75: 1333-1349.
- Muchnik, Eva y Susanna Seidmann. 1999. *Aislamiento y soledad*. Barcelona, Gedisa.
- Mouzelis, Nicos. 1991. *Back to Sociological Theory: the construction of social orders*. Londres: MacMillan.
- Naughton, MJ., SA. Shumaker, RT. Anderson y SM. Czajkowski. 1996. "Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales." Pp.117-131 en *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. B. Spilker. New York: Lippincott-Raven.
- Naumann, V. y G. Bymes. 2004. "WHOQOL-BREF como medida de la calidad de vida en pacientes ancianos con depresión." *Psychogeriatrics int.* 16(2): 159-173.
- Navarro Ruvalcaba, Mario. 2006. "Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina". Desacatos 21, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Obtenido el 14 de enero de 2014 (<http://www.ciesas.edu.mx/Desacatos/Ini.html>).
- Noggler, Albert. 1983. *Cuatrocientos años de misión entre los araucanos*. Universidad de Indiana, Editorial San Francisco.
- Ñanculef, Juan. 1990. "La filosofía e ideología Mapuche." *Revista Nutram* 6: 9-16.
- O'Cathain, Alice, Elizabeth Murphy y Jon Nicholl. 2008. "Why, and how, mixed methods research in England: a mixed methods study." *Journal of Health Services Research and Policy* 13:92-98.
- Okun, Morris, W. Stock, M. Haring y R. Witter. 1984. "The social activity/subjective well-being relation. A quantitative synthesis." *Research on Aging* 6: 45-65.

Bibliografía

- Olivares-Tirado P. 2006. "Estado de salud de beneficiarios del Sistema de Salud de Chile 2004-2005." Superintendencia de Isapres, Departamento de Estudios y Desarrollo. Obtenido el 25 de mayo de 2010 (http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-1062_recurso_1.pdf).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2012a. *Envejecimiento en el sigloXXI:una celebración y un desafío*. Nueva York:Publicaciones ONU.
- 2012b. "Population ageing and development: Ten years after Madrid." United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Obtenido el 10 de enero de 2014 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2012-4.pdf).
- 2007a. *Estudio economico y social mundial:el desarrollo en un mundo que envejece*. Nueva York:Publicaciones ONU.
- 2007b. "Cuadro de datos de la población mundial". Washington: Publicaciones ONU.
- 2009. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). "Voces para el cambio; la comunicación y la mujer rural." Obtenido el 2 mayo de 2013 (<http://www.fao.org/docrep/X2550S/X2550S00.htm>).
- Organización Mundial de la salud. 1994. *Quality of life Assessment. An annotated bibliography*. Geneva: WHO.
- Ortí, Alfonso. 1990. "La apertura o el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo." Pp 171-203 en *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, editado por G. Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira. Madrid: Alianza.
- Ortiz, Dolores. 2001. "Efectos sociales del envejecimiento". Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Obtenido el 5 de Enero de 2009 (<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>).

Bibliografía

- Otero A., M. Zunzunegui, F. Béland, A. Rodríguez-Laso, M. García de Yébenes. 2006. “Relaciones sociales y envejecimiento saludable.” Working paper 9. Fundación BBVA: Madrid.
- Oyarce, Ana María y Malva Pedrero. 2011. “Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Provincia del Bío-Bío.” Serie análisis de estudios de salud de los pueblos indígenas de Chile.
- , 2010. “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco.” Ministerio de Salud (MINSAL)/Programa de Salud y Pueblos Indígenas, Santiago de Chile.
- , 2009. “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur.” Ministerio de Salud (MINSAL)/Programa de Salud y Pueblos Indígenas, Santiago de Chile.
- Oyarce, Ana María. 1995. *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago: Sudamericana.
- Panez, Alexander. 2011. “Hijos de la eficiencia: la política social en el gobierno de Piñera.” Pp. En 27-40 en *Políticas públicas y Trabajo Social, aportes para la reconstrucción de lo público*, editado por A. Arias, B. Garcia y A. Bazzalo. Argentina: Editorial Espacio.
- Parker, Gordon y Bryanne. Barrett. 1987. “A test of the social support hypothesis”. *British Journal of Psychiatry* 150: 72-77.
- Parreño, Juan. 1990. *Tercera edad sana*. 2ª ed. Madrid: ARTEGRAF.
- Papalia, Diane, Sally Wendkos y Ruth Duskin. 2005. *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- , 2002. *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.

Bibliografía

- Parrot, Tonya y Vern Bengtson. 1999. "The effects of earlier intergenerational affection, normative expectations, and family conflict on contemporary exchanges of help and support". *Research on Aging* 21:73-105.
- Pastor, Gerardo. 2000. *Conducta interpersonal: ensayo de psicología social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Patrick, Donald L., y Pennifer Erikson. 1993. *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pedrero, Encarni. 2001. "La calidad de vida y las personas mayores." Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología. Obtenido el 25 de junio de 2012. (<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm>).
- Pérez-Castejona, J.M., S.Durany, A.Garrigós y A.Olivé. 2007. "Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable". *Revista Jano: Medicina y humanidades* 1638: 40-44
- Pérez, María Soledad. 2003. "Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud-enfermedad." *Anuario de Escuela de Postgrado Facultad de Filosofía y Humanidades* 5: 63-74.
- Pérez Ortiz, Lourdes. 1997. *Las necesidades de las personas mayores: vejez, economía y sociedad*. Madrid: IMSERSO
- Petrowsky, Marc. 1976. "Marital status, sex and the social networks of elderly". *Journal of Marriage and family* 38:749-756.
- Phillips, D.R., O.L. Sui, A.G. Yeh and K.H. Cheng. 2008. "Informal social support and older person's psychological well-being in Hong Kong." *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 23: 39-55.
- Pinazo, Sacramento. 2005. "Apoyo social y las relaciones de las personas mayores." Pp. 221-258 en *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* editado por S. Pinazo y M. Sánchez . Madrid: Pearson.

Bibliografía

- Pichardo, Arlette. 2005. "Estado de la investigación sobre calidad de vida." Obtenido el 26 de junio 2012. (<http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/facultad%20de%20ciencias%20humanas%20y%20sociales/carrera%20de%20bibliotecolog%20y%20ciencias%20de%20la%20informacion/03/desarrollo%20humano%20y%20Calidad%20de%20Vida/calidad-vida.pdf>.)
- Pinquart, Martin y Silvia Sörensen. 2001. "Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis." *Journal of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences* 56: 195-214.
- Prieto, María Eugenia, G. Fernández, F. Rojo, R. Lardiés, V. Rodríguez, K. Ahmed y J. Rojo. 2008. "Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida en las personas mayores de la comunidad de Madrid". *Revista española de salud pública* 82: 301-313
- Prince M.J., R.H.Harwood, R.A. Blizard y A.Thomas. 1997. "Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. Psychological Medicine". *A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences* 27: 311-321.
- Prince-Paul, M. 2008. "Understanding the meaning of social well-being at the end of life." *Oncology Nursing Forum* 35: 365 -371.
- Puga, Dolores, L. Rosero-Bixby, K. Glaser y T. Castro. 2007. "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada:Costa Rica, España e Inglaterra". *Revista Población y Salud en Mesoamérica* 5: 1-22.
- Quiaoming, A. y T. Besser. 2003. "Social capital and participation in community improvement activities by elderly residents in small towns and rural communities". *Review Rural Sociology* 68:103-121.
- Quidel, J. y F. Jineo. 1999. "Las raíces para nuestro cultivo." Pp 147-158 en *Estilos de Desarrollo en América Latina. Un Aporte a la Discusión* editado por A. Caro, T. Durán y J. Tereucán. Temuco: Universidad Católica de Temuco.

Bibliografía

- Razeto, Luis. 1998. *De la economía popular a la economía solidaria en un proyecto alternativo*. Santiago de Chile: Ediciones PET.
- Rebolledo, Loreto. 1995. "Los cambios de personalidad en mujeres mapuche migrantes: consideraciones en torno a la identidad." Documento no publicado. Santiago de Chile: Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Chile.
- Redondo, Nélica. 1990. *Ancianidad y pobreza: una investigación en sectores populares urbanos*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Reig, A. 2000. "La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico" *Revista Española de Geriatría y Gerontología*:35: 5-16.
- Revilla, L.y L. Fleitas. 1991. "El apoyo social y la atención primaria de salud." *Atención primaria* 8: 664-666.
- Reyes, Carlos, M Camacho, K. Eschbach y K. Markides. 2006. "El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano ". *Colombia Médica* 37: 45-49.
- Rivera, Blanca., Benjamín Vicente, Eduardo Medina, Pedro Rioseco, Mabel Vielma y Sandra Saldivia.1997. "Las enfermedades mentales en el ámbito de la medicina científica y popular desde la perspectiva de los pehuenches del Alto Bío-Bío." *Revista de Psiquiatría*. XIV: 33-41.
- Rivera, Jesús y Sandra Mancinas. 2007. "El anciano ante la muerte; análisis del discurso en el noreste de México". *Estudios sociológicos* 25: 341-367.
- Robles, Leticia. 2002. "¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia." Presentado en el simposio Viejos y viejas, participación, ciudadanía e inclusión social, Quincuagésimo Congreso Internacional de Americanistas, 14 al 18 de julio, Santiago de Chile.
- Rodríguez, Gregorio, Javier Gil y EduardoGarcía. 1999. *Enfoques en la Investigación Cualitativa. Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Bibliografía

- Rodríguez Peñuelas, Marco. 2010. *Métodos de investigación diseño de proyectos y desarrollo de tesis en ciencias administrativas, organizacionales y sociales*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Romieux, M. 1998. "La educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad." *Enfoques educacionales* 1: 134-138.
- Rozin, Paul, C. Fischler, S. Imada, A. Sarubin y A. Wrzesniewski. 1999. "Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish, Belgium and France: possible implications for the diet-health debate." *Appetite* 33:163-180.
- Rupailaf, Raúl. 2002. "Las organizaciones mapuche y las políticas indigenistas del Estado chileno (1970-2000)." *Revista de la Academia* 7: 59-103.
- Saavedra, Alejandro. 2006. *Transformaciones de la población mapuche en el siglo XX*. Santiago de Chile: LOM ediciones.
- , 1971. *La Cuestión Mapuche*. Santiago de Chile: ICIRA (Instituto de Capacitación e Investigación en Reforma Agraria).
- Sadler, Michelle, Alexandra Obach, Ana Alarcón, Aldo Vidal, Paula Astudillo y Rodrigo Videla . 2006. "Pautas de crianza Mapuche; Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años." Obtenido el 22 de agosto de 2013 (<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/03-Pautas-de-crianza-mapuche.pdf>)
- Sadler, Michelle, Alexandra Obach, Mariela Cortés, Valentina Fajreldín, Gloria Salazar, Ana Carrasco y Sonia Montecinos. 2006. "En los dominios de la salud y la cultura estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al vih/sida en pueblos originarios." Obtenido el 22 de septiembre de 2012 (http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/g_divisiones/g_diprece/g_conasida/conasida_centrodocumentacion/g_centrodedocumentacion/centro_estudios/en%20los%20dominios%20de%20la%20salud%20y%20la%20cultura%20estudio%20pueblos%20originarios.pdf)

Bibliografía

- Sáez, Margarita. 2008. "Protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad." Obtenido el 30 de junio de 2012. (<http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo9.pdf>).
- Sahlins, Marshall. 1997. "O "pessimismo sentimental" e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção." *Mana* 3: 41- 73.
- San Martín, Hernán. 1985. *La crisis mundial de la salud*. 2º ed. Madrid: Editorial Ciencia 3.
- Sánchez, Alipio. 1988. *Psicología comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Sánchez Ayendez, Melba. 1994. "El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa." Publicación científica, 546. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Sánchez, Carmen Delia. 1990. "Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico. Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe." Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Asociación Americana de Personas Jubiladas.
- Serrano, Claudia y Dagmar Raczynski. 2003. "Derechos sociales básicos, superación de la pobreza y protección social ante la vulnerabilidad". Obtenido el 10 de noviembre de 2011 (http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/files/derechos_sociales_basicos.pdf).
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). 2013. Indicadores sociodemograficos de las personas mayores a nivel territorial. Santiago de Chile: SENAMA
- , 2012. *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025*. Santiago de Chile: SENAMA
- , 2011. *Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile*. Santiago de Chile: SENAMA.

Bibliografía

- , 2010. *Chile y sus mayores; resultados segunda encuesta nacional de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: SENAMA.
- , 2009. *Las personas mayores en Chile; situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: SENAMA.
- , 2007a. *Aplicación en Chile de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción de Madrid sobre el envejecimiento*. Santiago de Chile: SENAMA.
- , 2007b. *Glosario gerontológico*. Santiago de Chile: SENAMA.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). 2009. *Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores*. Obtenido el 30 de junio de 2012. (http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf).
- Servicio Salud Araucanía Sur. 2002. *Propuesta para una política de salud en territorio mapuche*. Temuco: Serie 7 Ñuke Mapuförlaget.
- Schalock, Robert, Ian Brown, Roy Brown, R.A. Cummins., D. Felce, L. Matikka, K. Keith y T. Parmenter. 2002. “La conceptualización, medida y aplicación de calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales”: *Siglo Cero* 33: 5-14.
- Schalock, Robert, Miguel Angel Verdugo y David Braddock. 2002. *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schnake, Adriana. 1995. *Los diálogos del cuerpo*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Schwartzmann, Laura. 2003. “Calidad de vida relacionada con salud: Aspectos conceptuales.” *Revista Ciencia y enfermería* 9: 9-21.
- Schwarzer, Ralf y Anja Leppin. 1991. “Social support and health: A theoretical and empirical overview”. *Journal of Social and Personal Relationships* 8, 99-127.

Bibliografía

- Scott, Anne y G. Clare Wenger. 1996. "Género y redes de apoyo social en la vejez." Pp. 221-240 en *Relacion entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico* editado por S. Arber y J. Ginn. Madrid: Narcea.
- Seelbach, Wayne. 1977. "Gender differences in expectations for filial responsibility." *Journal of Gerontology* 5: 421-425.
- Selye, Hans. 1956. *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Shaya, Fadia, X. Yan, M. Farshid, S. Barakat y M. Jung. 2010. "Social networks in cardiovascular disease management." *Expert Review of Pharmacoeconomics y Outcomes Research* 10: 701-705.
- Silva, J., C. Albala, C. Barros, J. Jerez y A. Villalobos. 2003. *Evaluación funcional del adulto mayor*. Santiago de Chile, Proyecto fondo de fomento al desarrollo científico y tecnológico (FONDEF).
- Soto, Elba. 2010. "Una mirada a la espiritualidad de los mapuche de Chile." *Revista electrónica del Departamento de Estudios Ibéricos y Latinoamericanos de la Universidad de Guadalajara*. Año 1(2). Obtenido el 16 de mayo de 2010(http://www.contextualizacioneslatinoamericanas.com.mx/numeros_anteriores/contextualizaciones_n_2/pdf/n2_/soto.pdf).
- Stewart, Anita y Jhon Ware. 1992. *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Stroebe, Wolfgang y Margaret Stroebe. 1996. "The social psychology of social support." Pp. 597-621 en *Social Psychology. Handbook of basic principles* editado por E.T. Higgins, A. W. Kruglanski. New York: The Guilford Press.
- Suurmeijer, Theo, D.M. Doeglas, S. Briancon, W.P. Krol, R. Sanderman, T. Moum, A.Y. WJ.A. and Van den Heuvel. 1995. "The measurement of social support in the european Research on incapacitating diseases and social support the development of the social support questionnaire for transaction (SSQT)." *Social Science & Medicine* 40:1221-1229.

Bibliografía

- Testa, Marcia y Donald Simonson. 1996. "Assessment of quality-of life outcomes." *New England journal medicine* 334: 835-840.
- Thanakwang, Kattika y Kusol Soonthorndhada. 2011. "Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly." *Journal of Aging y Health* 23: 1352-1378.
- Thoits, Peggy. 1995. "Stress, coping, and social support processes: where are we? What next?". *Journal Health and Social Behavior* 35: 53-79.
- Tobón, Ofelia. 2003. "El autocuidado una habilidad para vivir: Hacia la promoción de la salud". *Scielo* 8:37-49
- Travis, Linda, J. M. Lyness, C.G. Shields, D.A. King y C.Cox, 2004. "Social support, depression, and functional disability in older adult primary-care patients." *The American Association for Geriatric Psychiatry* 12: 265-271.
- Troncoso, Deiza. 2009. "El Cuidado Formal e Informal en la Dependencia: Evolución y Cambios en Chile y España". Tesina de Master. Universidad de Salamanca, Facultad de Ciencias Sociales. Salamanca.
- Tsouna-Hadjis, Evie, K.N.Vemmos, N.Zakopoulos y S. Stamatelopoulos. 2000. "First-stroke recovery process: The role of family social support." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81: 881-887.
- Turner, R.J. 1983. "Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions." Pp. 105-155 en *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research* editado por H.B. Kaplan. New York: Academic Press.
- Turner J.C. y W.J. Tenhor. 1978. "The Mind Community support program pilot approach to a needed social reform." *Schizophrenia bulletin* 4: 319-345.
- Uchino, Bert. 2006. "Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes." *Journal of Behavioral Medicine* 29: 377-387.

Bibliografía

- Universidad de Chile, facultad de Economía y Negocios. 2012. *Evaluación de impacto de las becas de educación superior entregadas por el Ministerio de Educación*. Santiago de Chile: MINEDUC.
- Unger, Jeniffer, G. McAvay, M.L. Bruce, L. Berkman, y T. Seeman. 1999. "Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging." *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 54: S245-S251.
- Valdés, Ximena. 2007. "Futuro de las familias y desafíos para las políticas públicas." Obtenido el 23 de mayo de 2013. (<http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/9/30289/Resumen.XimenaValdes.pdf>).
- Van Dijk Teun.A. 2002. "Tipos de conocimiento en el procesamiento del discurso". Obtenido el 22 de octubre de 2013 (<http://www.discursos.org/oldarticles/Tipos%20de%20conocimiento%20en%20el%20procesamiento%20del%20discurso.pdf>).
- Vanderhorst, R.K. and S. Mc Laren. 2005. "Social relationship as predictors of depression and suicidal ideation in older adults." *Aging and Mental Health* 9: 517-525.
- Vargas, Irma. 2009. "Calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores en Chile". Tesina de master. Universidad de Salamanca, Facultad de Ciencias Sociales. Salamanca.
- Veenhoven, Ruut. 2008. "Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care." *Journal of Happiness Studies* 9: 449-469.
- Vellas, Pierre. 1996. "Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva positiva." *Salud Pública* 38: 513-522.
- Ventegodt S., J. Merrick y N.J. Andersen. 2003. "Quality of life theory I. The IQOL Theory: An integrative theory of the global quality of life concept." *The Scientific world journal* 3:1030-1040.

Bibliografía

- Vidal, Aldo. 1999. "Políticas legislativas en Chile. El caso de las tierras y territorios Mapuche." *Revista CUHSO* 1:67-111.
- Vidal, Daisy. 1998. "El significado del paciente con demencia para el cuidador en una comunidad urbana y rural." Obtenido el 12 de mayo de 2013 (<http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero2/index.html>).
- Vilagut, Gemma., J.M. Valderas, M. Ferrer, O. Garin, E.Lopez-Garcia y J. Alonso. 2008. "Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components." *Medicina Clinica* 130 : 726-735.
- Vilagut Gemma Montse Ferrer Luis Rajmil, Pablo Rebollo, Gaietà Permanyer-Miralda José Quintana, Rosalía Santed, José Valderas, Aida Ribera, Antonia Domingo-Salvany y Jordi Alonso. 2005. "El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos." *Gaceta Sanitaria*.. 19: 135-150.
- Villa, Miguel y Daniela González. 2004. "Dinámica Demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro." *Revista de Sociología* 18: 81-116.
- Villar, Feliciano, Carme Triadó y M^a José Osuna. 2003. "Rutinas cotidianas en la vejez: patrones de actividad e influencia del sexo y la edad." *Revista multidisciplinar de Gerontología* 13: 29-36.
- Viola, María. 2008. "Estudios sobre modelos de consumo; una visión desde teorías y metodologías." *Revista Chilena de Nutrición* 35: 93-99.
- Walker, Michael. 1992. "Irrational thinking among slot machine players." *Journal of Gambling studies*. 8: 245-261
- Ware, J.E., K.K. Snow, M. Kosinski, and B. Gandek. 1993. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
- Ware, John y Cathy Sherbourne. 1992. "The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection." *Medical Care* 30: 473-83.

Bibliografía

- Weinberger Morris, W.M. Tierney, P. Booher y S.L. Hiner. 1990. "Social support, stress functional status in patients with osteoarthritis." *Social Science & Medicine* 30: 503-508.
- Weinberger, Morris, Sharon L. Hiner y William M. Tierney. 1987. "Assessing social support in elderly adults." *Social Science & Medicine* 25: 1049-1055.
- Weiss, Gilbert y Rutk Wodak. 2003. *Critical discourse analysis theory and interdisciplinarity*. Great Britain: Palgrave Macmillan Ltda.
- Wimmer Roger y Joseph Dominick. 1996. *La investigación científica de los medios de comunicación, una introducción a sus métodos*. Estados Unidos: Editorial Bosch.
- Windholz, Michael, Charles Marmar, y Mardi J. Horowitz. 1985. "A review of the research on conjugal bereavement: Impact on health and efficacy of intervention." *Comprehensive Psychiatry* 26: 433-447.
- Wood, Wendy, Nancy Rhodes y Melanie Whelan. 1989. "Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status." *Psychological Bulletin* 106: 249-264.
- Wu, ChungHsien. 2009. "Enhancing quality of life by shifting importance perception among life domains." *Journal of happiness studies* 10:37-47.
- Yanguas, José Javier. 2006. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.
- Yanguas, J., M. Sancho y F. Leturia. 1998. "Aspectos psicológicos del envejecimiento." Pp. 59-68 en *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* editado por P. Durante y P. Pedro. Barcelona: Masson.
- Yoon, D. and E. Lee. 2007. "The impact of religiousness, spirituality and social support on psychological well-being among older adults in rural areas." *Journal of Gerontological Social Work* 48: 281-298.

LEYES

Chile. Ley 4.160. Creación de tribunal especial de división de comunidades indígenas y reglamenta procedimientos. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile*, 29 de agosto de 1927. Obtenido el 04 de marzo de 2014 (<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=24531&idParte=0&idVersion=1930-02-11>).

Chile. Ley 17.729. Creación del Instituto de Desarrollo Indígena. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile*, 26 de septiembre de 1972. Obtenido el 8 de marzo de 2012 (<http://www.leychile.cl/Consulta/listaresultadosimple?cadena=17729>).

Chile. Ley 19.253. sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, crea la corporación nacional de desarrollo indígena. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile*, 09 de mayo de 2008. Obtenido el 13 de octubre de 2013 (<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30620&buscar=19253>).

Chile. Ley 19.828 Creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile*, 27 de septiembre de 2002. Obtenido el 5 de agosto de 2012 (<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=202950>)

Chile. Ley 19.937. Sobre Autoridad Sanitaria. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile*, 24 de febrero de 2004. Obtenido el 5 de agosto de 2012 (<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629&buscar=19937>).

Chile. Ley 20.255, sobre Seguridad Social; Reforma Previsional. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile*, 17 de marzo de 2008. Obtenido el 10 de julio de 2012 (<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269892>).

Bibliografía

Anexo 1: Cartera de servicios**Plan de salud familiar en atención primaria**

Este Plan representa el conjunto de acciones de salud que cada establecimiento de atención primaria ofrece a las familias beneficiarias, dentro del modelo de atención de salud integral, destinado a resolver las necesidades de salud de sus integrantes y abordar los factores protectores y de riesgo presentes en el entorno inmediato en el cual se desarrolla la vida familiar.

El conjunto de prestaciones, que componen el Plan de salud familiar, responden a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud. Dicho plan se ha modificado de acuerdo a los objetivos sanitarios del país, los cambios demográficos y epidemiológicos, de modo que las acciones, incorporadas en él, estén acorde a los nuevos protocolos y a la necesidad de dar garantías explícitas de atención a la población (Ministerio de salud 2013b). A continuación, se enumeran aquellas prestaciones contenidas en el Plan de salud familiar vigente dirigidas al adulto mayor.

Actividades contenidas en el plan de salud familiar dirigidas al adulto mayor

<p>SALUD DEL ADULTO MAYOR</p> <p>52. Consultas de morbilidad 53. Consulta y control de enfermedades crónicas 54. Consulta nutricional 55. Control de salud preventivo 56. Intervención psicosocial 57. Consulta de salud mental 58. Educación grupal 59. Consulta kinésica 60. Vacunación anti influenza 61. Atención en domicilio 62. Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM) 63. Atención podológica 64. Curación pie diabético</p>	<p>SALUD ORAL</p> <p>65. Examen de salud 66. Educación grupal 67. Urgencias 68. Exodoncias 69. Destartraje y pulido coronario 70. Obturaciones temporales y definitivas 74. Endodoncias 75. Rayos X dental</p> <p>ACTIVIDADES GENERALES</p> <p>88. Educación grupal ambiental 89. Consejería familiar 90. Visita Domiciliaria Integral 91. Consulta social 92. Tratamiento y curaciones 93. Extensión horaria 94. Intervención familiar psicosocial 95. Diagnóstico y control TBC 96. Exámenes laboratorio básico</p>
---	--

Garantías explícitas en salud en atención primaria

La Reforma Sectorial del año 2004 se compone de una serie de cuerpos legales, entre ellos la Ley N° 19.966 del año 2004, que establecen un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, esto es Problemas de Salud con garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad que son exigibles por los usuarios tanto del sector público como del privado.

Esta reforma implicó, para la atención primaria, que en el año 2005 se produjera una innovación en el Plan de salud familiar, incorporándose las prestaciones del régimen de garantías correspondientes a la atención primaria y algunos de los programas que eran parte de los programas de reforzamiento de la atención primaria.

El cuerpo legal vigente (Decreto N° 4 del 19 de febrero de 2013) incluye 80 problemas de salud, de los cuales 24 son de resolución de atención primaria, en los que en el 75% de los casos corresponden a garantías a ser cumplidas en Atención Primaria, (a octubre de 2013 se han registrado 2.755.422 garantías en total, de las cuales 1.808.200 fueron de atención primaria).

De los 24 problemas de salud de resolución en atención primaria, **15 de ellos se focalizan en las personas mayores**. Dicho plan incluye en la actualidad 80 patologías, 50 de las cuales cubren a las personas mayores, tanto a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, FONASA (seguro público), como a los de las ISAPRES (seguros privados de salud) (Ministerio de Salud 2013a).

A continuación, se detallan los problemas de salud incorporados a la gestión de garantías explícitas de salud en atención primaria que dicen relación con las personas mayores.

GES en atención primaria que beneficia a las personas mayores

1. Diagnóstico y tratamiento de **hipertensión arterial** primaria o esencial: consultas de morbilidad y crónicos, para beneficiarios de 15 años y más, adultos y personas mayores.
2. Diagnóstico y tratamiento de **diabetes mellitus tipo 2**: consultas de morbilidad y controles de crónicos.

3. Acceso a diagnóstico y tratamiento de **Neumonía de manejo ambulatorio** a personas de 65 y más años; consultas de morbilidad y atención kinésica.
4. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la **depresión de manejo ambulatorio** en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial.
5. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica**: consulta de morbilidad, controles de crónicos, atención kinésica.
6. Acceso a diagnóstico y tratamiento de **Vicios de Refracción, en personas de 65 y más años**: considera consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos.
7. Tratamiento médico en personas de 65 y más años con **artrosis de cadera y/o rodilla** leve o moderada.
8. **Urgencia odontológica** ambulatoria, para todas las edades.
9. **Salud oral integral** del adulto de 60 años
10. Acceso tratamiento de **epilepsia no refractaria**, para beneficiarios mayores de 15 años: consultas de morbilidad y controles crónicos
11. **Prevención de Insuficiencia Renal Crónica** en todas las edades. Tratamiento médico de esta condición, para postergar o prevenir las consecuencias asociadas a la insuficiencia renal crónica terminal.
12. **Asma Bronquial** en mayores de 15 años: incluye consultas, tratamiento.
13. **Ortesis** a personas mayores de 65 años: entrega y entrenamiento de ayudas técnicas indicadas
14. Enfermedad de **Parkinson** en todas las edades: consultas y tratamiento
15. **Hipoacusia Bilateral** en mayores 65 años: entrega de audífonos con instrucción de uso.
16. **Hipotiroidismo** en personas de 15 años y más
17. Tratamiento erradicación **helicobacter pylor**

Programas de reforzamiento en atención primaria

Conjuntamente al mecanismo de pago per cápita, conforme se hizo necesario otorgar prestaciones no contempladas en el plan familiar y/o se necesitaba incentivar la realización de algunas prestaciones específicas, se creó la asignación de recursos por Programas de Reforzamiento de la atención primaria. Estos programas se respaldan en

convenios entre Servicios de Salud y entidades administradoras de salud municipal, que incluyen definición de objetivos, metas, indicadores y procedimientos de evaluación, lo que da origen a reliquidación, en el caso de incumplimiento. A continuación, se mencionan aquellos programas más relevantes que incorporan al adulto mayor en alguna de sus estrategias:

- **Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa y/o pérdida de autonomía.** Éste considera la entrega de cuidados domiciliarios y un aporte de \$21.532 mensual a los cuidadores de personas con dependencia severa y/o con pérdida de autonomía. El 85,6% de la población del programa corresponde a personas de 65 y más años (16.860), de los cuales el 66% son mujeres (14.010).

- **Programa de rehabilitación con base comunitaria.** Atiende personas de 20 y más años, se orienta al logro de la funcionalidad de las personas en situación de discapacidad, con el objetivo final de obtener la inclusión social, atiende las discapacidades leves, moderadas y severas, tanto agudas como crónicas. Su canasta de prestaciones incluye: consejería familiar e individual, habilitación o rehabilitación funcional, entrenamiento en actividades de la vida diaria, evaluación y entrenamiento en la entrega de órtesis, adecuación del domicilio y espacios físicos, confección de órtesis y ayudas técnicas, evaluación laboral, atención domiciliaria. Además, considera un fuerte componente de prevención secundaria especialmente en enfermedades crónicas (fundamentalmente artritis y artrosis), para detener o retardar la discapacidad y en el apoyo al cuidado de los cuidadores. El 74% de la población del programa corresponde a personas de 65 y más años (74.434), de los cuales el 68,6% son mujeres (51.089) (DEIS 2012).

- **Programa de enfermedad respiratoria del adulto (ERA).** Es una actividad descentralizada, estandarizada y desarrollada en las salas ERA de los Centros de atención primaria a nivel nacional coordinada desde el nivel central. Destinada al manejo ambulatorio de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas como Asma Bronquial y EPOC de severidad leve a moderada, con características clínicas de estabilidad, como también, el seguimiento de los pacientes con cuadros respiratorios agudos tal como la neumonía comunitaria, asimismo, actividades de prevención y rehabilitación. Su objetivo principal es mejorar el acceso a diagnóstico

oportuno de los síntomas respiratorios agudos y crónicos, asegurando una terapia efectiva, estandarizada y que contribuya a mejorar la calidad de vida, disminuyendo sus complicaciones y la mortalidad prematura por esta causa. Para el desarrollo de esta estrategia, se habilitan en los centros de atención primaria salas con apoyo adicional de Kinesiólogos, médicos y enfermeras, complementándose con el programa Apoyo diagnóstico Radiológico en el nivel primario de atención para la resolución eficiente de neumonía adquirida en comunidad (NAC) del adulto mayor de 65 años. La cobertura del programa a septiembre del año 2011, alcanza el 5,5% de la población beneficiaria de 65 y más años

- **Programa AVNIA** es un programa de ventilación mecánica no invasiva domiciliaria, destinado a pacientes adultos con hipoventilación diurna y/o nocturna derivada de diversas patologías de la bomba respiratoria, vía aérea o parénquima pulmonar. Este programa integra los distintos niveles de atención de salud, teniendo como eje central el hogar y la familia, los que son capacitados por profesionales (Medico, Enfermera, Kinesiólogo) quienes también realizan visitas domiciliarias para control, supervisión y ejecución de procedimientos que cautelan la terapia ventilatoria domiciliaria. El 35,19% de los pacientes en tratamiento corresponde a usuarios de 65 años y más de los cuales 62,4 son mujeres y 37.6% son hombres.
- **Programa de salud cardiovascular;** complementario al per cápita, considera exámenes de laboratorio incorporados en listado de prestaciones GES (hemoglobina glicosilada y micro albuminuria) y que no correspondan a la canasta básica de laboratorio de atención primaria, evaluación de fondo de ojo, ECG, Holter de presión arterial, atención podológica a pacientes diabéticos, tratamiento farmacológico e insulina en sus dos presentaciones y las jeringas. El 50% de los pacientes bajo control con hipertensión arterial (HTA) son adultos mayores. La cobertura es de 74%, y un 59% de las personas mayores con HTA se encuentran compensados, es decir con cifras menores a 140/90 mmHg. El 46% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (DM2) son adultos mayores. La cobertura de DM2, es de un 66% y el 50% se encuentran compensados, es decir con cifras de HbA1c menor al 7%.

Asimismo se cuenta con programas alimentarios y de inmunizaciones específicos para la población adulta mayor beneficiaria del SNSS.

El Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM) considera la entrega de alimentos formulados especialmente para este grupo etáreo, el requisito para la entrega es tener su control de salud vigente. La población de 70 y más años que retira mensualmente alimentos del PACAM en establecimientos de atención primaria es cercana al 75% de la población bajo control.

Programa de inmunizaciones. El Programa de inmunizaciones considera para el adulto mayor la vacuna de influenza y neumocócica. La cobertura a diciembre año 2012, es de un 63% (957.936) para inmunización de influenza y de 56,6% (103.600) para inmunización de neumocócica.

SITUACION LABORAL

7A ¿Actualmente usted trabaja fuera del hogar? (no se incluye el trabajo en el hogar)			
Si		No	

7B En la última semana ¿Cuántas horas al día dedico a su trabajo?	
Nº de horas día	

SALUD-ENFERMEDADES

8A ¿Le ha diagnosticado algún médico?				8B ¿Está en tratamiento?		
	1 Si	2 No	9NS/NR	1 Si	2 No	9NS/NR
1. Diabetes						
2. Hipertensión						
3. Colesterol alto						
4. Enfermedad cardio vascular						
5. Enfermedad cerebro vascular						
6. Artritis o artrosis						
7. Enfermedad respiratoria crónica						
8. Cataratas o glaucoma						
9. Anemia						
10. Osteoporosis						
11. Hipotiroidismo						
12. Problemas genitourinarios						
13. Problemas digestivos (gastritis, ulcera colon irritable)						
14. Problemas depresivos						
15. Otras						

FARMACOS

9A ¿Cuántos medicamentos diferentes toma al día? (0= ninguno 99= NS/NR)	
--	--

9B ¿Actualmente toma otros remedios naturales para el cuidado de su salud? (hierbas, productos homeopáticos)	1 Si	2 No	9 NS/NR

HABITOS

10A. ¿Bebe Ud. alcohol?	
1. Si (pasar a 10C)	
2.No (pasar a 10B)	
9.NS/NR	

10B. ¿Bebía antes y lo dejó?	
1. Si	
2.No	
9.NS/NR	

10C. ¿Qué tipo de alcohol bebe o bebía	
1.Vino	
2.Cerveza	
3.Otro	
9.NS/NR	

10D. ¿Con que frecuencia bebe o bebía?	
1.A diario	
2.Fines de semana	
3.Ocasionalmente	
9.NS/NR	

10E. Los días que toma algo ¿cuánto suele beber o bebía? (1 porción= 1 vaso de cualquier bebida alcohólica)	
1.Más de 5	
2.de 3 a 5	
3.de 1 o 2	
9. NS/NR	

11A. ¿Fuma usted?	
1. Si (pasar a 11C)	
2.No (pasar a 11B)	
9.NS/NR	

11B. ¿Fumaba antes y lo dejó?	
1. Si	
2.No	
9.NS/NR	

11C. ¿Qué fuma o fumaba?	
1.Cigarrillos	
2.Puros	
3.Pipa	
9.NS/NR	

11D. ¿Con que frecuencia fuma?	
1. Fumador habitual (a diario)	
2. Ocasionalmente (no a diario)	
3. Raramente fuma	
9. NS/NR	

E. ¿Cuánto fuma en promedio?	Cigarro	Puros	Pipa
1. Ocasionalmente (no a diario)			
2. A diario			

SOPORTE SOCIAL

12A. ¿Cuántos hijos vivos tiene usted?	
0	
1	
2	
3	
4	
5 o más	
9 NS/NR	

12B. ¿Con que frecuencia ve o llama a sus hijos? (En caso de varios hijos anotar respuesta del que ven con mayor frecuencia)	
1 A diario	
2 Dos a 3 veces por semana	
3 Una vez a la semana	
4 Una vez cada dos semanas	
5 Una vez al mes	
6 Una a 2 veces al año	
7 Menos de 1 vez al año	
8 Nunca	
9 NS/NR	
No corresponde	

12C. El último mes ¿con cuánta frecuencia Ud., habló por teléfono o vio a sus amigos íntimos o parientes?	
1 Cada día	
2 Varios días a la semana	
3 Una vez a la semana	
4 Dos a 3 veces por semana	
5 Una vez al mes	
6 Nunca	
9 NS/NR	

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (DUKE UNK)

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
13A. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
13B. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
13C. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo					
13D. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
13E. Recibo amor y afecto					
13F. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa					
13G. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
13H. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
13I. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
13J. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
13K. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

CUESTIONARIO DE SALUD PERCIBIDA (SF_36)

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A LO QUE USTED PIENSA SOBRE SU SALUD. SUS RESPUESTAS PERMITIRÁN SABER CÓMO SE ENCUENTRA USTED Y HASTA QUÉ PUNTO ES CAPAZ DE HACER SUS ACTIVIDADES HABITUALES.

14. En general, usted diría que su salud es:	
1 Excelente	
2 Muy buena	
3 Buena	
4 Regular	
5 Mala	

15. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	
1. Mucho mejor que hace 1 año	
2 Algo mejor ahora que hace un año	
3 Más o menos igual que hace un año	
4 Algo peor ahora que hace un año	
5 Mucho peor ahora que hace un año	

Anexos

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

SU SALUD ACTUAL	1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita un poco	3 No, no me limita nada
16. ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
17. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar aspiradora o caminar más de una hora?			
18. ¿Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
19. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?			
20. ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?			
21. ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?			
22. ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?			
23. ¿Le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
24. ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
25. ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	SI	NO
26. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
27. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
28. ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
29. ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
30. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?		
31. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
32. ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?		

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

33. ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.	34. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?	35. ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada	1 No, ninguno	1 Nada
2 Un poco	2 Si, muy poco	2 Un poco
3 Regular	3 Si, un poco	3 Regular
4 Bastante	4 Si, moderado	4 Bastante
5 Mucho	5 Si, mucho	5 Mucho
	6 Si, muchísimo	

Anexos

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED, DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
36. ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
37. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
38. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
39. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
40. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
41. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
42. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?						
43. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?						
44. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?						

45. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	
1. Siempre	
2. casi siempre	
3. Algunas veces	
4. Sólo alguna vez	
5. Nunca	

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
46. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
47. Estoy tan sano como cualquiera.					
48. Creo que mi salud va a empeorar.					
49. Mi salud es excelente					

SUCESOS INFLUYENTES

50. ¿Ha tenido algún problema importante en el último año de su vida que le haya afectado?	
1 Si	
2 No (Pase a 51)	
9 NS/NR	

51. ¿Qué tipo de problema?	
1 Muerte del cónyuge	
2 Muerte de algún familiar cercano*	
3 Enfermedad del cónyuge	
4 Enfermedad de familiar cercano*	
5 Problemas económicos	
6 Otros	

(* Se refiere a hermanos, hijos, cuñados, nueras, o padres

RELIGION

52. ¿Considera que la religión es algo importante en su vida?	
1 Si	
2 No (Pase a 53)	
9 NS/NR	

53. ¿Cuál es su religión?	
1 Católica	
2 Evangelista	
3 Protestante	
4 Otras	

PARTICIPACION

54. ¿Participa Ud. en las siguientes organizaciones al menos 1 vez al mes?	Si	No
1. Juntas de vecinos u otra organización territorial (comités de agua, de allegados, otros)		
2. Club deportivo o recreativo (de fútbol, de pesca, de juegos de mesa, otros)		
3. Organización religiosa o de iglesia		
4. Agrupaciones artístico cultural (Grupo de folclore, teatro, música, baile, otros)		
5. Club o grupo del adulto mayor		
6. Grupos de voluntariado (damas de colores, cruz roja, instituciones de caridad, otros)		
7. Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, hipertensos, obesos, alcohólicos anónimos, otros)		
8. Agrupaciones ideológicas o corporativas (sindicatos, partidos políticos, colegios profesionales)		
9. Organizaciones indígenas		
10. Centro de padres y apoderados		
11. Centros de madres		
12. Otra		

ESTRATO SOCIAL

Vivienda.

55. ¿Es Ud. o su cónyuge dueño de la casa en que vive?	
1 Si	
2 No	
9 NS/NR	

56. ¿cuantas piezas de cada tipo posee la vivienda? Anote el número de piezas	
1. Dormitorio (uso exclusivo)	
2. Estar- comer (uso exclusivo)	
3. Estar- comer y dormir uso múltiple	
4. Estar-comer y cocinar uso múltiple	
5. Baño	
6. Cocina (uso exclusivo)	
7. Otras piezas no habitables	

57. ¿Cuál es el sistema de distribución de agua en su vivienda?	
1. Con la llave dentro de la vivienda	
2. Con la llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda	
3. No tiene sistema acarrea	

58. ¿La vivienda donde Ud. Vive ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?	
1. Si, con WC conectado a alcantarillado	
2. Si, con WC conectado a la fosa séptica	
3. Si, con letrina sanitaria conectada a pozo negro	
4. Si, con cajón sobre pozo negro	
5. Si, con cajón sobre acequia o canal	
6. Si, con cajón conectado a otro sistema	
7. No dispone de sistema	

59. ¿Cuáles de los siguientes bienes posee en su hogar en funcionamiento y en uso?	Si	No
1. Luz		
2. Bañera o ducha		
3. calefont u otro sistema de ducha caliente		
4. Calefacción		
5. Refrigerador		
6. Lavadora		
7. Televisión		
8. Televisión por cable o satelital		
9. Radio		
10. Telefono fijo		
11. Telefono móvil		
12. Computador		
13. Internet		

Anexos

Sistema Previsional

60. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece Ud.?	
1. Sistema público (FONASA)	
2. ISAPRE	
3. Fuerzas armada y de orden	
4. Ninguno (particular)	
5. Otro sistema	
9. NS/NR	

61. ¿calificación FONASA?	
1. A	
2. B	
3. C	
4. D	
9.NS/NR	
No Corresponde	

INGRESOS

62. ¿El mes pasado recibió ingresos por?	
1.Trabajo o negocio	
2.Jubilación, pensión de viudez, montepío o rentas vitalicia*	
3.Ayuda de familiares	
4.Arriendo	
5.Ahorros o ingresos bancarios	
6. pensiones o subsidios estatales (Pase a 62)	
7 Otro	

(*) No incluir pensiones asistenciales del Estado

63 ¿Qué tipo de pensión o subsidio estatal recibió Ud...?			
1.Pensión asistencial de vejez		5. Subsidio cesantía	
2. Pensión de invalidez		6.Subsidio vivienda	
3.Subsidio familiar por invalidez		7. Otro	
4.Subsidio agua potable		9. NS/NR	

64. ¿Cuál es el monto total de los ingresos mensuales de su hogar? (mostrar tarjeta)	
1. Menos de 50.000	
2. Entre 50.001 y 100.000	
3. Entre 100.001 y 300.000	
4. Entre 300.001 y 500.000	
5. Entre 500.001 y 1.000.000	
6. Más de 1.000.000	
9.NS/NR	

65. ¿El dinero que tiene le alcanza para cubrir sus necesidades?	
1.Si, holgadamente	
2.Si, justo	
3.No	
9.NS/NR	

NOTAS DEL ENTREVISTADOR:

Anexo 3. Consentimiento informado

“Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores” Consentimiento informado para los participantes de ENTREVISTAS

El propósito del presente proyecto es contribuir al desarrollo efectivo de estrategias de salud acorde a la percepción que los adultos mayores tienen sobre su calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social, facilitando la toma de decisiones futuras de acuerdo a criterios de realidad. Dicho proyecto está a cargo del Departamento de sociología de la Universidad de Salamanca de España y el Ministerio de Salud de Chile.

En ese contexto, usted está invitado/a a participar en una Entrevista para conocer su opinión respecto de la calidad de vida relacionada con salud y las redes de apoyo social de los adultos mayores. Esta entrevista se llevará a efecto el _____, a las ____ horas., en _____ . Será una conversación de aproximadamente 60 minutos. Usted no recibirá retribución económica por participar en esta actividad. Esta conversación será una oportunidad para dar su opinión. Usted no tiene que responder aquella(s) pregunta(s) que no desee responder y siempre podrá retirarse y terminar su participación, si es que no se siente comfortable.

De parte del equipo responsable se tomarán todos los resguardos para el buen cuidado de la privacidad y confidencialidad que este tipo de estudios amerita. Su colaboración será muy importante. La participación es completamente voluntaria. El negarse a participar o el retirarse no significará ninguna sanción o pérdida de beneficios que de otra forma usted habría tenido derecho a gozar.

**Si Usted tiene preguntas sobre esta actividad, por favor, no dude en consultar.
Muchas Gracias.**

**Irma Vargas Palavicino.
Investigadora Responsable**

FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO. Fecha: ____/____/____

Yo, _____ (su nombre), he sido informado sobre esta actividad, sus posibles beneficios, riesgos y molestias. Expreso, a través de este medio, que estoy de acuerdo en participar voluntariamente en esta actividad. Reconozco que soy libre de rechazar este consentimiento y abandonar esta actividad en cualquier momento, y que si ello ocurre no me significará ninguna sanción o pérdida de beneficios que de otra forma habría tenido derecho a gozar	_____ (nombre del sujeto) ha sido informado de la naturaleza y propósito de esta actividad, incluyendo cualquier riesgo implicado en este evento. Él o ella han tenido tiempo para hacer cualquier pregunta y tales preguntas han sido respondidas de la mejor forma posible por el equipo responsable.

**“Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores”
Consentimiento informado para los participantes de los GRUPOS DE DISCUSION**

El propósito del presente proyecto es contribuir al desarrollo de estrategias de salud acordes a la percepción que los adultos mayores tienen sobre su calidad de vida relacionada con salud y sus redes de apoyo social, facilitando la toma de decisiones futuras para potenciar su adecuada implementación y sustentabilidad, de acuerdo a criterios de realidad. Dicho proyecto está a cargo del Departamento de sociología de la Universidad de Salamanca de España y el Ministerio de Salud de Chile.

En ese contexto, usted está invitado/a a participar en un Grupo de Conversación para conocer su opinión respecto del tema. Este Grupo se llevará a efecto el _____, a las ____ horas., en _____ . Será una conversación de aproximadamente 90 minutos, se estima que habrá no más de 10 participantes aproximadamente. El grupo será conducido por _____ miembros del equipo responsable del estudio. Usted no recibirá retribución económica por participar en esta actividad. Esta conversación será una oportunidad para dar su opinión. Usted no tiene que responder aquella(s) pregunta(s) que no desee responder y siempre podrá retirarse y terminar su participación, si es que no se siente comfortable.

Esta conversación será audio grabada para su posterior transcripción y análisis. Se tomarán los resguardos para el buen cuidado de la privacidad y confidencialidad que este tipo de estudios amerita. Solicitamos a los invitados, igualmente, el respetar y resguardar la confidencialidad de las opiniones de los demás participantes.

Su colaboración será muy importante. La participación es completamente voluntaria. El negarse a participar o el retirarse no significará ninguna sanción o pérdida de beneficios que de otra forma usted habría tenido derecho a gozar.

**Si Usted tiene preguntas sobre esta actividad, por favor, no dude en consultar.
Muchas Gracias.**

**Irma Vargas Palavicino
Investigadora Responsable**

FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO. Fecha: ____/____/____

Yo, _____ (su nombre), he sido informado sobre esta actividad, sus posibles beneficios, riesgos y molestias. Expreso, a través de este medio, que estoy de acuerdo en participar voluntariamente en esta actividad. Reconozco que soy libre de rechazar este consentimiento y abandonar esta actividad en cualquier momento, y que si ello ocurre no me significará ninguna sanción o pérdida de beneficios que de otra forma habría tenido derecho a gozar	_____ _(nombre del sujeto) ha sido informado de la naturaleza y propósito de esta actividad, incluyendo cualquier riesgo implicado en este evento. Él o ella han tenido tiempo para hacer cualquier pregunta y tales preguntas han sido respondidas de la mejor forma posible por el equipo responsable.

Anexo 4. Guion de grupos de discusión

Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores

Objetivo: El objetivo general es la búsqueda de aspectos clave sobre la concepción de calidad de vida y redes de apoyo social en adultos mayores de las regiones Biobío y Araucanía, para obtener un panorama ilustrativo del discurso que permitiese profundizar en aquellas cuestiones de interés.

Temas principales: Concepto de calidad de vida, ¿Qué significa estar bien? y características de las Redes de apoyo social que identifican los adultos mayores en su vida.

Pregunta inicial

Conversemos sobre cuáles son los principales problemas que encuentran en su vida diaria en relación con su entorno más cercano (su comuna, su barrio, su casa)

CALIDAD DE VIDA.

1. Problemas cotidianos en el entorno

- En la comuna: saneamiento básico, transporte, seguridad
- En la familia: conflictos familiares, etc.
- En la comunidad de vecinos

2. Salud, cuestiones de salud que más les preocupan en su vida diaria

- En relación con la estructura sanitaria acceso a los centros de salud ante una emergencia, frecuencia de la ronda con equipo de salud a la posta de salud rural, habilitación tecnológica, de transporte de recursos humanos de los centros de la comuna
- En relación con el equipo de salud se pregunta por los temas que más le preocupan en la atención de salud general, en los ingresos hospitalarios, en operaciones, en tratamientos, en urgencia etc.
- En relación con su propio estado de salud.

3. Cuestiones que suelen influir en usted para tener un mal estado de ánimo

- Problemas familiares
- Problemas económicos
- Problemas con su salud
- Problemas con los vecinos

4. Características que tendría que tener su vida para alcanzar una óptima CVRS

APOYO SOCIAL

Conversemos sobre cuáles son las personas con las que compartimos en la vida diaria y como es nuestra relación con ellas.

1. Personas con las que normalmente se convive
2. Personas a quienes acudimos cuando necesitamos ayuda
3. Relación con los hijos/as
4. Relación con otros miembros de la familia (hermanos/as, nietos/as, nuero/yerno, etc.)
5. Relación con miembros de la comunidad (los vecinos)
6. Ocio, ¿qué les gusta hacer para divertirse a nivel cotidiano?

Anexo 5. Documentos de prueba inter jueces

1. Carta de procedimiento

Estimados(as),

La investigación “*calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores chilenos*” se propone analizar la relación entre percepción de calidad de vida relacionada con salud y la del apoyo social en adultos mayores chilenos, que son beneficiarios del sistema público de salud y tienen 65 y más años, tanto en población “indígena”, concretamente mapuche⁹⁰, y población no indígena. La incorporación de la comunidad mapuche la justificamos en base a que consideramos que tanto el imaginario, como la cosmogonía de esta comunidad pueden darle una dimensión distinta, tanto en su percepción de salud como de su red de apoyo social.

La investigación en su fase cualitativa contempló realizar cuatro grupos de discusión, (dos en población mapuche y dos en población rural no mapuche) para los cuales, conforme señala la metodología de análisis de contenidos, se requiere contrastar la codificación con un grupo de personas impares para así obtener fiabilidad y validez en el análisis. A este grupo de personas les invitamos a colaborar en la codificación conforme al siguiente procedimiento:

Codificación

1. Definición del material:
 - Listado de códigos
 - Planilla con transcripción de grupos de discusión para su codificación.
2. Procedimiento de codificación, a través del cual les solicitamos: codificar cada una de las intervenciones, teniendo presente el listado de códigos modificado conforme prueba de ensayo y sus definiciones.
 - a. Codificar, teniendo presente que una intervención puede estar relacionada con más de un código, y por lo tanto, se pueden registrar los códigos que se estimen pertinentes.
 - b. Codificar, anotando el número del código.
 - c. Expresar una opinión libre en letras mayúsculas en el caso de que ninguno de los códigos registrados en el listado de dichos códigos se identifique con su opinión
3. Escribir comentarios al final del apartado observaciones, si existen intervenciones que se juzgan como relevantes.
4. Periodo de codificación; tenemos todo el mes de abril para este proceso, les sugiero de ser posible enviarme los grupos codificados a medida que vayan avanzando.

Un abrazo y muchas gracias a todos por su apoyo.

⁹⁰ Se define como población mapuche aquellas personas que viven en una comunidad indígena y tiene al menos un apellido de origen mapuche.

2. Listado de categorías modificado

Código	Tema	Descripción
1	Concepto de enfermedad; cómo se concibe la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Características que se le atribuyen al concepto de enfermedad. - Conocimiento y/o experiencia sobre salud mapuche. - Relación entre el mal y la enfermedad
2	Su propia situación de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Alusión a sus propias enfermedades o dolencias - Desinformación con respecto a su propia. enfermedad o dolencia. - Relación entre edad y su situación de salud. - Relación entre trabajo y su situación de salud. - Relación entre creencias, experiencias personales y su situación de salud.
3	Gestión de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de los centros y servicios sanitarios; comprende la coordinación con especial énfasis en la articulación interna de los centros y externa entre niveles de atención, a fin de mejorar resultados en la salud de la población. - Acceso a atención de salud ante una emergencia, facilidades para llamar telefónicamente, disponibilidad de ambulancia u otros medios de traslado. - Periodicidad con que el equipo de salud se desplaza a la Posta. - Sentimientos de frustración por la descoordinación entre instancias de derivación en salud, servicios que no consideran la realidad rural, falta de eficiencia y consideración de la edad y origen étnico de los pacientes.
4	Atención de salud, se refiere al proceso de atención entre el paciente y el profesional de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de salud entregada en posta de salud rural por técnico paramédico y equipo de salud que se desplaza a atender en la posta. - Atención de salud entregada en centro de salud familiar (centro de salud o consultorio), hospital u otro establecimiento de salud público. - Valoración de tratamientos entregados por médico, técnico paramédico u otro profesional. - Disponibilidad de medicamentos e insumos. - Derechos en salud reconocidos como propios de su edad. - Sentimientos de frustración originados de la atención de salud.
5	Dimensiones principales en la vida cotidiana de las personas (hábitat, economía, trabajo, educación, ocio, participación, desánimo, entre otros)	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas cotidianos con la comuna, la familia, los vecinos. - Percepción de las relaciones sociales. - Problemas con servicios básicos como transporte público, agua u otros. - Dificultades económicas para alcanzar un bienestar material. - Actividades laborales que realizan como independientes en sus tierras o en otro lugar como trabajador dependiente de un empleador. - Acceso a la educación y responsabilidad de los padres en la misma - Como se entiende la diversión y tipos de actividades que realizan para divertirse. - Participación en organizaciones sociales. - Desánimo provocado por problemas familiares, económicos, con vecinos y/o con su salud, entre otros. - Referencia a las características de género que se atribuyen a mujeres y hombres.
6	Red de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción y apoyos recibidos, en la relación con los hijos, con otros familiares, con los vecinos. - Ante situaciones de necesidad recurre a personas de la familia con las cuales convive, a otros familiares y/o vecinos. - Percepción de cuidados de nietos u otro familiar. - Tipos de apoyo social que recibe y/o entrega
7	Discriminación	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias o sentimientos de discriminación por parte de instituciones públicas, tales como; municipio, centros de salud, centros educativos, etc. - Experiencias o sentimientos de discriminación por parte de autoridades y políticos. - Falta de representación política. - Sentimiento de aprovechamiento y utilización por parte de los políticos. - Otras experiencias o sentimientos de discriminación.
8	Religión	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de Dios - Características de la relación con Dios - Construcción social del mal y del bien.

Anexo 6. Mapa de Chile



Anexo 7. Resultados

Anexo 7.1: Diferencias entre grupos, prueba U de Mann-Whitney

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
SG	5224,000	11002,000	-1,743	,081
VT	4984,000	10762,000	-2,255	,024
FS	5191,500	11632,500	-1,845	,065
SM	5049,500	10827,500	-2,114	,034
FF	5522,000	11300,000	-1,112	,266
RF	5969,500	11747,500	-,170	,865
RE	5584,000	12025,000	-1,112	,266
DC	5767,000	11545,000	-,592	,554
AST	5656,500	12097,500	-,826	,409
ASC	5956,500	12397,500	-,189	,850
ASA	6026,500	11804,500	-,041	,967

a. Variable de agrupación: Grupo

Anexo 7.2: Pruebas de los efectos inter-sujetos

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Grupo * Sexo	SG	1257,297	1	1257,297	2,734	,100
	VT	1086,293	1	1086,293	2,045	,154
	FS	1711,547	1	1711,547	2,370	,125
	SM	1373,053	1	1373,053	3,372	,068
	FF	1641,445	1	1641,445	1,835	,177
	RF	1058,113	1	1058,113	,612	,435
	RE	1350,276	1	1350,276	,624	,430
	DC	8239,017	1	8239,017	9,572	,002
	AST	150,826	1	150,826	1,591	,209
	ASC	92,544	1	92,544	2,323	,129
	ASA	7,082	1	7,082	,458	,499
Grupo * Pareja	SG	111,958	1	111,958	,231	,631
	VT	113,592	1	113,592	,198	,657
	FS	224,022	1	224,022	,318	,573
	SM	1,663	1	1,663	,004	,951
	FF	44,200	1	44,200	,049	,825
	RF	825,431	1	825,431	,515	,474
	RE	750,141	1	750,141	,353	,553
	DC	16,388	1	16,388	,019	,892
	AST	55,578	1	55,578	,605	,437
	ASC	17,648	1	17,648	,446	,505
	ASA	10,589	1	10,589	,736	,392
Grupo * Participa	SG	515,247	1	515,247	1,062	,304
	VT	369,777	1	369,777	,635	,427
	FS	1144,004	1	1144,004	1,543	,215
	SM	225,877	1	225,877	,515	,474
	FF	3680,925	1	3680,925	4,195	,042
	RF	20,837	1	20,837	,012	,914
	RE	253,376	1	253,376	,116	,734
	DC	91,807	1	91,807	,104	,747
	AST	55,935	1	55,935	,699	,404
	ASC	21,292	1	21,292	,623	,431
	ASA	8,206	1	8,206	,615	,434

Anexos

Grupo * Satis. Dinero	SG	614,567	1	614,567	1,304	,255
	VT	767,590	1	767,590	1,342	,248
	FS	37,906	1	37,906	,050	,823
	SM	877,599	1	877,599	2,108	,148
	FF	565,254	1	565,254	,618	,433
	RF	1260,668	1	1260,668	,710	,400
	RE	3346,477	1	3346,477	1,555	,214
	DC	244,070	1	244,070	,272	,602
	AST	59,250	1	59,250	,642	,424
	ASC	18,273	1	18,273	,474	,492
	ASA	11,715	1	11,715	,767	,382
Grupo * Suceso	SG	317,655	1	317,655	,689	,407
	VT	70,622	1	70,622	,123	,726
	FS	96,127	1	96,127	,129	,720
	SM	105,116	1	105,116	,250	,617
	FF	1572,731	1	1572,731	1,768	,185
	RF	1355,564	1	1355,564	,768	,382
	RE	5123,796	1	5123,796	2,426	,121
	DC	41,642	1	41,642	,049	,825
	AST	,001	1	,001	,000	,998
	ASC	7,571	1	7,571	,196	,659
	ASA	7,732	1	7,732	,522	,471
Grupo * Cohabitación	SG	1,703	1	1,703	,003	,953
	VT	63,129	1	63,129	,108	,743
	FS	81,070	1	81,070	,112	,738
	SM	25,949	1	25,949	,059	,809
	FF	25,500	1	25,500	,028	,868
	RF	81,680	1	81,680	,048	,827
	RE	5466,628	1	5466,628	2,593	,109
	DC	65,787	1	65,787	,074	,786
	AST	7,133	1	7,133	,079	,779
	ASC	,291	1	,291	,008	,931
	ASA	10,306	1	10,306	,716	,398
Grupo * Contacto amigos	SG	95,119	1	95,119	,193	,661
	VT	214,317	1	214,317	,365	,546
	FS	304,738	1	304,738	,402	,527
	SM	380,904	1	380,904	,867	,353
	FF	180,538	1	180,538	,196	,658
	RF	1074,750	1	1074,750	,601	,439
	RE	164,817	1	164,817	,075	,784
	DC	1,044	1	1,044	,001	,973
	AST	31,076	1	31,076	,358	,550
	ASC	6,426	1	6,426	,173	,677
	ASA	9,239	1	9,239	,652	,420
Grupo * Contacto hijos	SG	19,328	1	19,328	,040	,842
	VT	1351,984	1	1351,984	2,256	,135
	FS	112,887	1	112,887	,149	,700
	SM	390,748	1	390,748	,875	,351
	FF	7,544	1	7,544	,008	,928
	RF	162,588	1	162,588	,093	,760
	RE	2128,796	1	2128,796	,981	,323
	DC	2,058	1	2,058	,002	,961
	AST	8,660	1	8,660	,092	,762
	ASC	,368	1	,368	,009	,924
	ASA	12,597	1	12,597	,830	,363