

AVANZANDO EN LA FORMULACIÓN
DE UN ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL
DE MALTRATO ESTRUCTURAL
DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE

CAROLINA RIVEROS FERRADA

Directora

AVANZANDO EN
LA FORMULACIÓN
DE UN ÍNDICE
MULTIDIMENSIONAL
DE MALTRATO
ESTRUCTURAL DE LAS
PERSONAS MAYORES
EN CHILE



ESTUDIO LOCAL EN PERSONAS ENTRE 60 Y 75 AÑOS DE LAS COMUNAS DE TALCA Y SAN JOAQUÍN



Este trabajo surge en el contexto de un proyecto FONDEF denominado “El maltrato estructural a las personas mayores en Chile. Formulación de un índice multidimensional”, es financiado por CONICYT/FONDEF/ Primer Concurso Idea en Dos Etapas Temático en Adulto Mayor, FONDEF/CONICYT 2016 + ID16AM0006.

CONTENIDO

Prólogo	11
Presentación	15
Equipo de trabajo	17
Marco general: El maltrato estructural de las personas mayores	19
1. Intentos por incorporar el maltrato estructural	19
2. Una eventual composición del maltrato estructural y societario	20
3. Investigación del maltrato estructural y societario en Chile	21
4. Aspectos relevantes que considerar	22
4.1. Calidad de vida	22
4.2. Dimensión económica	24
4.3. Dimensión de salud	26
4.4. Dimensión de autonomía	28
4.5. Dimensión de entorno	30
Metodología	35
1. Una aproximación metodológica	35
2. Una descripción general de El Índice Multidimensional de Maltrato Estructural al Adulto Mayor (IMMAM)	36
3. Metodología de Alkire-Foster para la estimación del IMMAM (M0)	38
4. Resumen de la metodología utilizada en encuesta	40
Principales resultados referidos al maltrato estructural de las personas mayores en las comunas de Talca y San Joaquín	41
1. Descripción de la muestra	41
2. Resultados relevantes del índice multidimensional de maltrato estructural de las personas mayores en Talca y San Joaquín	43
2.1. Dimensión económica	49
2.2. Dimensión salud	51
2.3. Dimensión autonomía	52
2.4. Dimensión entorno	53
Política pública: propuesta para los Municipios de Talca y San Joaquín	57
Referencias bibliográficas	77

PRÓLOGO



El éxito de la sociedad como estructura colectiva se mide por la capacidad de entregar a sus miembros espacios y oportunidades efectivas para su desarrollo. En nuestro país en estos últimos años se ha avanzado decididamente en la integración de sectores que estuvieron históricamente excluidos del desarrollo, como por ejemplo de los beneficios de la enseñanza preescolar o de la educación superior.

En países en vías de desarrollo la política pública, responsable de orientar y definir los instrumentos necesarios para avanzar en el proceso de integración social, debe optar permanentemente entre distintas alternativas para la priorización de sus recursos. Regularmente aquellos sectores con una mayor capacidad de plantear sus demandas al sistema político obtienen respuestas de éstas más prontas e integrales. Otras veces las políticas públicas surgen de medidas denominadas “*top down*”, es decir, impulsadas por los propios gobiernos, las que suelen tener un correlato con indicadores sociales que surgen la comparación con países que pertenecen a agrupaciones de intereses comunes, como por ejemplo es el caso de la OCDE, organización a la cual nuestro país pertenece.

A un país que ha alcanzado un grado intermedio de desarrollo como es el caso de Chile, la priorización de ciertas políticas públicas, deja al descubierto áreas o sectores de la población que no son atendidas por éstas, como es el caso de los adultos mayores. Un sector que tienen escasas posibilidades de movilización, así como tampoco canales de re-

presentación efectivos. Las demandas de los adultos mayores además se verifican en distintos planos, particularmente salud, sistema de pensiones, vivienda o residencia, tiempo libre y recreación, entre otros. El nivel de desarrollo alcanzado por el país, en particular el de sus indicadores de salud ha ido elevando progresivamente un aumento en la esperanza de vida al nacer, la que hoy es muy similar a la de países con un nivel de desarrollo superior. Un tema que sólo ha sido abordado parcialmente por la política pública y que en el hecho ocasiona un deterioro creciente de sus condiciones de vida de la población adulta mayor.

Para el año 2050 se proyecta que en nuestro país habrá 6,3 millones de personas con más de 60 años, lo que corresponde a cerca del 30% de la población. La política pública con este segmento etario por su parte produce una tensión dialéctica entre su autonomía y la protección que debe otorgársele. Se requiere por ello, una adecuada simbiosis entre fuerzas que parecen antagónicas ya que, por un lado, el sistema debe ser capaz de resguardar su autonomía, pero por otro debe también ofrecerles un marco de protección adecuado para satisfacer con dignidad sus mínimas necesidades.

Nuestra sociedad debe ganar aún en la adecuada percepción y trato hacia el adulto mayor, toda vez que nuestras propias instituciones violentan -sin que muchas veces siquiera exista una clara conciencia de ello. Se trata de un tipo de maltrato invisible y silencioso, pero no por ello menos nocivo, que se expresa en los más diversos planos de nuestro ordenamiento cultural, social, jurídico y económico, que el propio Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) define como “estructural”.

Como ocurre con todo tipo de déficit social, en este caso de violencia, es tarea de las instituciones públicas trabajar con particular énfasis en su tipificación y erradicación. Un desafío del cual la Universidad de Talca ha querido sumarse, por cuanto interesa aportar antecedentes y propuestas a la política pública de una problemática que no está bien evaluada en nuestro país y que por lo tanto carece de instrumentos eficaces que permitan hacer una caracterización adecuada de un fenómeno que tiene características multidimensionales.

En este contexto, se constituyó un equipo multidisciplinario de investigadores de las Facultades de Ciencias Jurídicas y Sociales y de Economía y Negocios con el objetivo de realizar un aporte relevante para el tratamiento de esta temática, junto con el diseño de herramientas efectivas que permitan mensurar el fenómeno del maltrato estructural,

contribuyendo de esta manera a mejorar las iniciativas generadas desde el Estado hacia las personas mayores.

Se trata de un trabajo cuyo impacto comienza a socializarse, como bien puede ser evidenciado en las comunas de Talca, y San Joaquín, en las regiones del Maule y Metropolitana, respectivamente, que recibieron una propuesta orientada a fortalecer el rol de las personas mayores en el espacio local.

Esta es una demostración efectiva del rol que juegan las universidades públicas en mejorar las condiciones del entorno sociocultural del país, atentas siempre a buscar respuestas efectivas a los cambios que experimenta la sociedad en su desarrollo.

ÁLVARO ROJAS
Rector

PRESENTACIÓN



El texto que se presenta a continuación es el resultado de la primera iniciativa relativa específicamente al estudio de las personas mayores en Chile por medio del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico que se adscribe a la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.

El objetivo general de este proyecto ha sido generar una herramienta que permita medir el fenómeno del maltrato estructural a las personas mayores, contribuyendo de esta manera a mejorar tanto la planificación cualitativa como cuantitativa de las políticas públicas referidas a este grupo etario. Se ha efectuado una radiografía local de las comunas de Talca y San Joaquín, de la situación cultural, social, jurídica, económica, de salud que viven en la actualidad los adultos mayores de dichas comunas. Este diagnóstico incipiente, basado principalmente en el análisis de microdatos obtenidos de personas mayores encuestadas entre 60 y 75 años, permitir comenzar a identificar y cuantificar de forma embrionaria algunos déficits en políticas públicas orientadas a este creciente segmento de la población en el país. El trabajo que hoy se presenta es innovador, ya que, busca medir el maltrato estructural de las personas mayores en la comuna donde ellos residen. Asimismo, asume una metodología novedosa en Chile, que ha servido en los últimos tiempos para medir la pobreza multidimensional en nuestro país. Sin duda, es un primer ejercicio que puede ser perfeccionado pero que apunta a lo esencial: dilucidar por medio de la consulta directa a los ciudadanos

mayores cuáles son los déficits reales que reportan en diversos aspectos de su vida cotidiana, en tal sentido dedicamos este trabajo a las personas mayores de nuestro país.

Agradecemos la colaboración de las autoridades de la Universidad de Talca por el apoyo brindado a esta iniciativa, de los académicos internacionales y nacionales que han contribuido en este espacio de discusión, a nuestros estudiantes por su inquietud a desarrollar estos nuevos temas que sin duda formarán parte de su ejercicio profesional. Un lugar destacado ocupan en esta lista los organismos asociados a este proyecto, a saber Municipalidad de Talca, Municipalidad de San Joaquín y SENAMA. Vayan también los agradecimientos correspondientes al equipo de FONDEF, por cuanto, su constante apoyo hizo de la ejecución del proyecto un devenir más abordable. Finalmente, pero no por ello menos relevante, a título personal como directora quisiera agradecer al equipo de trabajo, por creer en este proyecto y colaborar arduamente en su culminación.

CAROLINA RIVEROS FERRADA
Directora

EQUIPO DE TRABAJO

DIRECTORAS



CAROLINA
RIVEROS



PATRICIA
RODRÍGUEZ

INVESTIGADORES



SANDRA ALVEAR



ÁNGELA ARENAS



MEDARDO
AGUIRRE



RODRIGO PALOMO



FRANCISCO
MALDONADO

COLABORADORAS



MARCELA CASTRO



MARICEL
CONTRERAS



CECILIA VILLAGRA

AYUDANTES DE INVESTIGACIÓN



CLAUDIO CANDIA



MAXIMILIANO
OLIVARES

MARCO GENERAL: EL MALTRATO ESTRUCTURAL DE LAS PERSONAS MAYORES

En el presente capítulo se pretende sentar las bases de problematización dogmática y aplicativa sobre el maltrato estructural hacia personas mayores, tema complejo, contingente, ampliamente extendido en nuestra sociedad y que suele invisibilizarse.

1. INTENTOS POR INCORPORAR EL MALTRATO ESTRUCTURAL

En la literatura internacional se observan dos investigaciones que logran algún avance en la incorporación del maltrato estructural como parte del maltrato general que sufren los adultos mayores. Estas investigaciones realizadas en 2002 por la World Health Organization (Organización Mundial de la Salud, OMS) y NAUGHTON *et al.* (2010). El primero de estos estudios surge como parte del intento de la Organización Mundial de la Salud por desarrollar una estrategia para la prevención del maltrato en personas mayores. Esta estrategia se desarrolla conjuntamente entre The International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), HelpAge International y algunas instituciones académicas de distintos países.

El primer paso para desarrollar la estrategia fue la realización de un estudio de tipo cualitativo en ocho países en desarrollo, siendo estos Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenya, Libano y Suecia. El estudio consistió en la realización de grupos focales (uno por cada país) con personas mayores y cuidadores (de ocho a diez personas por grupo) y su objetivo consistió en establecer los componentes del

maltrato a las personas mayores. Distintas categorías de maltrato a los adultos mayores surgieron a partir de la percepción y experiencia de los participantes, estas categorías son: maltrato estructural y societario, descuido y abandono, falta de respeto y actitudes hacia el envejecimiento, maltrato psicológico, emocional y verbal, maltrato físico y maltrato legal y financiero. De acuerdo a World Health Organization (2002) hasta el momento del estudio la literatura se concentra en factores individuales y familiares, es decir, en características de la víctima y del victimario y en la dinámica interpersonal de la unidad familiar lo que hacía ver al maltrato de los adultos mayores sólo como un problema familiar, y no como un problema social de mayor proporción. El estudio de la World Health Organization (2002) puso a prueba dicho foco documentando la vital importancia del factor estructural y societario, el cual subyace a todos los aspectos del maltrato reportado en los países en desarrollo.

Por su parte en Naughton *et al.* (2010) se intenta medir la prevalencia del maltrato a los adultos mayores en Irlanda a través de un estudio cuantitativo. Para ello se recolectó información de 2.021 personas de 65 o más años de edad que viven en domicilios privados. Finalmente, las dimensiones de maltrato consultadas fueron las clásicas, es decir, maltrato financiero, físico, sexual, psicológico y abandono, no considerando, por lo tanto, el maltrato estructural y societario como dimensión particular. Sin embargo, la recopilación de la información no sólo se realizó respecto de las relaciones familiares, relaciones con cuidadores o amigos cercanos sino también respecto a las relaciones con una comunidad más amplia como lo son los vecinos, conocidos y extraños, incorporando de alguna manera con esto una mirada más amplia del maltrato.

2. UNA EVENTUAL COMPOSICIÓN DEL MALTRATO ESTRUCTURAL Y SOCIETARIO

Si bien dentro de la literatura internacional existen aproximaciones a una definición para el maltrato estructural y societario en las personas mayores, no existe una descripción clara del concepto ni tampoco de las sub dimensiones que lo componen para poder medirlo. En relación a lo anterior, el único avance que se observa al respecto es el desarrollado por la Organización Mundial de Salud (2002). En el estudio se pueden

identificar algunos elementos que permiten esbozar una definición, así como también algunas de sus eventuales sub dimensiones de composición. En relación a los elementos relacionados al esbozo de una primera definición, se observa que el maltrato estructural sufrido se asocia al mal desempeño del Estado en términos de malas experiencias vividas por los adultos mayores en sus hogares, en su comunidad, en la sociedad en general y en instituciones de salud.

Respecto a sus eventuales sub dimensiones, se identifican tres: las inadecuadas pensiones, problemas de convivencia familiar y los cambios en roles sociales. Respecto de la primera aparecen como el resultado de la discriminación por la edad que sufren las personas mayores, las bajas pensiones no permiten cubrir las necesidades básicas que las personas previamente podían financiar.

En segundo lugar, los problemas de convivencia familiar están relacionados con la sensación de no poder vivir de manera cómoda y en condiciones adecuadas en su propia casa, debido al hecho de tener que compartir su vivienda con otros familiares.

En tercer término, los cambios en roles sociales se refieren, principalmente, al descuido y mal trato generado hacia los adultos mayores por parte de los miembros de la familia tensiones muchas veces generadas por los problemas de estos últimos de incorporarse al mercado de trabajo, así como también al mal trato que estos les brindan a las magras condiciones laborales que ellos mismos experimentan y que se puede acentuar por la falta de paciencia.

3. INVESTIGACIÓN DEL MALTRATO ESTRUCTURAL Y SOCIETARIO EN CHILE

No existen mecanismos en Chile que permitan, específicamente, calificar y cuantificar el maltrato estructural a los adultos mayores (ARENAS, 2012). A pesar de lo anterior, si existe una definición de maltrato estructural en Chile. Esta definición se encuentra en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2005), y lo define como aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. De acuerdo a este trabajo, este tipo de maltrato al adulto mayor incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas socia-

les, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor, lo cual va en perjuicio de la persona y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades y se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social. En cuanto a las sub dimensiones que componen el maltrato estructural de los adultos mayores en Chile, no se observa evidencia.

En relación a lo anterior, si bien existen algunos estudios multidimensionales que caracterizan determinados y específicos aspectos relativos a la realidad de los adultos mayores a nivel nacional, ninguno de ellos mide el maltrato estructural de los adultos mayores. Algunos ejemplos son el “Índice de Desarrollo Humano Para Adultos Mayores (IDHAM)” del 2012; el estudio “Maltrato a las personas mayores en Chile a nivel nacional” del SENAMA del año 2013 y el trabajo “Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile” del 2015 desarrollado también por el organismo estatal.

Por consiguiente, es menester generar una medida de maltrato estructural que aprecie y caracterice el grado de afectación al que se enfrenta el adulto mayor, y, por lo tanto, generar ideas fundadas para el mejoramiento de su calidad de vida y establecer políticas robustas de buen trato.

4. ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR

Se describen algunos aspectos relevantes relacionados con la investigación de la calidad de vida. Esto debido a que la investigación asociada a tal concepto se puede considerar un punto de partida para la construcción de un índice de maltrato estructural, entendiendo que la base teórica para el maltrato estructural recién comienza a definirse. Posteriormente, se revisa la literatura relacionada a cada una de las dimensiones propuestas en HelpAge International (2015). Finalmente se propone un indicador de maltrato estructural de los adultos mayores para Chile.

4.1. CALIDAD DE VIDA

El bienestar o calidad de vida ha sido estudiado desde dos perspectivas. La primera, considera al bienestar principalmente como una consecuencia de las condiciones materiales con que viven las personas. En tanto la

segunda entiende al bienestar como un efecto de la interpretación que las mismas personas hacen de las condiciones de vida que deben enfrentar, asociando por esta razón el bienestar a aspectos subjetivos (CUMMINS y CAHILL, 2000; VEENHOVEN, 1994; ARGYLE, 1993). Si bien primero tuvo lugar el desarrollo de la primera perspectiva, posteriormente los aspectos subjetivos del bienestar cobraron importancia (CUADRA y FLORENZANO, 2003).

La mayoría de los investigadores coinciden al indicar que en el estudio del bienestar subjetivo se observan dos distintas vertientes, la que se centra en el aspecto cognitivo (perspectiva eudaimónica) y la que lo hace en el aspecto afectivo o emocional (perspectiva hedonista). En general, la primera de estas perspectivas asocia el bienestar al vivir una vida con sentido mientras que la perspectiva hedonista asocia el bienestar al vivir experiencias placenteras (VEENHOVEN, 1984; WATERMAN, 1993; BRYANT & VEROFF, 1984; DIENER, 1984; DIENER, SUH, LUCAS & SMITH, 1999). El componente cognitivo del bienestar subjetivo, conocido como satisfacción con la vida, se manifiesta a través del juicio valorativo que tienen las personas respecto a las circunstancias generales que enfrentan en su vida en relación a sus expectativas, midiendo de esta forma la discrepancia entre aspiraciones y logros (PAVOT, DIENER, COLVIN & SANDVIK, 1991; SHIN & JOHNSON, 1978; VEENHOVEN, 1984; VEENHOVEN, 1994; DIENER, SUH, LUCAS & SMITH, 1999).

El aspecto afectivo o emocional del bienestar subjetivo se manifiesta a través del juicio valorativo que tienen las personas respecto a las emociones, sentimientos y estados de ánimo más frecuentes que experimentan en su vida (GARCÍA, 2002). Es por esto que dicho aspecto se puede dividir en afecto positivo y negativo (MOYANO & RAMOS, 2007). Debido a lo anterior, este aspecto se manifiesta como la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos o viceversa (DIENER & DIENER, 1995).

De acuerdo a URZÚA y CAQUEO-URÍZAR (2012) la perspectiva objetiva respecto de la cual se estudia la calidad de vida corresponde a la medición de condiciones de vida. Bajo esta perspectiva, la calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Un punto importante a observar, bajo esta perspectiva, es la falta de consenso respecto de las dimensiones que debiesen ser medidas. Un

ejemplo de lo anterior son los trabajos desarrollados por distintos autores tales como SHEN y LAI (1998), LEFLEY (1998) y O'BOYLE (1994), sólo por nombrar algunos.

En busca de alguna investigación que permita medir la calidad de vida desde un punto de vista objetivo y que defina dimensiones de alto consenso se encuentra HELPAGE INTERNATIONAL (2015). En este estudio llamado GLOBAL AGEWATCH INDEX 2015: Insight report, se definen cuatro dimensiones a través de las cuales se mide el bienestar de las personas mayores en 96 países cubriendo así el 91% de la población mundial de 60 años y más. Cada país en cada dominio obtiene un puntaje, luego un promedio ponderado es utilizado para calcular la posición de cada país en un ranking final. Estas dimensiones son (1) Situación Económica del Adulto Mayor (Dimensión Económica), (2) Estado de Salud del Adulto Mayor (Dimensión de Salud), (3) Autonomía del Adulto Mayor (Dimensión de Autonomía) y (4) Entorno (Dimensión de Entorno). Luego se divide cada dimensión en indicadores y sub indicadores.

4.2. DIMENSIÓN ECONÓMICA

La dimensión económica mide la capacidad de las personas para disponer de medios que aseguren una condición de vida adecuada y que les permita independencia en sus actividades cotidianas (GUZMÁN, 2002 y OSORIO *et al.*, 2011). De hecho, CEPAL (2014) establece que la seguridad económica corresponde a un aspecto prioritario en la calidad de vida en la vejez.

Es en este contexto que, de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014), los aspectos laborales afectan significativamente las condiciones de vida del adulto mayor. Con este propósito, se identifican los sub indicadores de ocupación, participación en el mercado del trabajo, informalidad el trabajo dependiente e intensidad en el trabajo. De acuerdo a HELPAGE INTERNATIONAL (2015) la ocupación y la participación en el mercado del trabajo, entre otros aspectos, están asociados a una vida con mejores alternativas y mayor sentido.

De acuerdo con Arias y Bernardini (2014) los adultos mayores presentan un abanico de vulnerabilidades relacionados a distintos aspectos, entre ellos los laborales. Según los autores, las personas mayores fre-

cuentemente son marginadas en el mercado laboral frente a la población más joven y, por lo tanto, muchos encuentran en el trabajo informal la obtención de beneficios económicos y una manera de participación activa frente a su familia y la sociedad, sin dejar de considerar que esta situación de vulnerabilidad corresponde a una problemática económica estructural.

Por otra parte, AQUINO, RUSSELL, CUTRONA y ALTMAIER (1996) establecen una relación entre la cantidad de horas trabajadas (intensidad) de manera remunerada y la satisfacción con la vida en adultos mayores.

Otro aspecto destacado en la literatura como un determinante clave en la dimensión en análisis es la cobertura previsional (jubilaciones) debido a que corresponde a la principal fuente de sustento para satisfacer necesidades en la vejez (PUC, SENAMA & Caja Los Andes, 2017; OSORIO *et al.*, 2011 y CEPAL, 2014). Este sub indicador viene a recoger el derecho que tienen los adultos mayores a tener una fuente de ingresos digna y autónoma en la vejez. Según HELPAGE INTERNATIONAL (2015), el sistema de pensiones puede jugar un importante rol en reducir la pobreza y desigualdad, así como también en como permitir una mejor adaptación de las familias de las personas en edad avanzada dada las condiciones sociales y económicas que enfrentan.

En base a los resultados de la Cuarta Encuesta Nacional de la Calidad de Vida en la Vejez (PUC, SENAMA & Caja Los Andes, 2017) se considera que el acceso al sistema financiero afecta la satisfacción de necesidades del adulto mayor. Por lo tanto, evaluar la accesibilidad, calidad y causas de la adquisición de un crédito por parte de los adultos mayores es muy relevante en esta dimensión. En la misma dirección HelpAge International & Center for Financial Inclusion (2015) indican la importancia que tiene el acceso al financiamiento para la calidad de vida del adulto mayor debido a que principalmente permite solventar gastos propios de esa etapa de su existencia.

Finalmente, un aspecto clave a la hora de evaluar la calidad de vida de un adulto mayor, o bien su grado de carencia, hace referencia al bienestar material que éste goza (OPHI, 2015). Así, las condiciones de la vivienda, el acceso a servicios básicos y bienes durables han sido habitualmente considerados en la medición del bienestar material de los adultos mayores (OPHI, 2015 y OSORIO *et al.*, 2011). WATANABE (2014) también identifica al bienestar material como un elemento relevante en la calidad de vida de los adultos mayores.

4.3. DIMENSIÓN DE SALUD

Se entiende por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedad (OMS, 2017). Asumimos la exclusión en salud, como una forma discriminatoria compleja. Se trata de un problema cuyas causas son múltiples (OPS, 2003).

En base al análisis de datos, Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2015, se observa que en cuanto a patologías recurrentes en los últimos 12 meses analizados, para el adulto mayor en Chile, destacan la hipertensión arterial (33,3%) y la diabetes (14,5%). Además, del total de adultos mayores, un 87,3% está afiliado al Fondo Nacional de Salud (FONASA), lo cual muestra la importancia de contar con un buen sistema de salud público, que logre responder a las necesidades de este segmento de la población. También se observa que un 72% de ellos estuvieron hospitalizados en los últimos 12 meses, en un hospital público.

En las personas mayores, la exclusión de los servicios de salud puede producirse por razones de edad, en combinación con etnia y residencia rural o urbana, por falta de cobertura para los servicios esenciales para sus necesidades y por falta de personal de salud capacitado en la medicina de la población adulta mayor (CEPAL, 2014).

Desde dicha perspectiva, actualmente el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile ofrece en el país programas exclusivos para los adultos mayores, tendientes a mitigar la exclusión en salud, centrado en un enfoque anticipatorio y preventivo, tendientes a que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible.

Es por lo anterior que la dimensión de salud se implementa a través de dos indicadores, sistemas de salud y cuidados integrados. El indicador de sistemas de salud se refiere a la atención centrada en las personas mayores, basada en el supuesto que más que portadoras de una afección o enfermedad son personas con experiencias, necesidades y preferencias únicas (OMS, 2015). Por otra parte, los cuidados integrados, se refiere a los medios implementados para que las personas puedan disfrutar de un envejecimiento saludable (OMS, 2015).

El primer indicador contempla dos sub indicadores: atención sanitaria y calidad de los servicios de salud.

Las personas de edad avanzada en el mundo se encuentran sujetas a dificultades en cuanto a la atención de salud (CASTAÑEDA & NELSON,

2013). La cobertura de los sistemas de salud, debe optimizar la trayectoria de las capacidades intrínsecas de los adultos mayores, entendidas como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona (OMS, 2015). Existe evidencia que muestra que se es más eficaz cuando los sistemas de salud se concentran en dichas capacidades de los adultos mayores, que priorizar el tratamiento de enfermedades crónicas específicas (HAM, 2010; EKLUND & WILHELMSON, 2009). Los sistemas de salud también deben garantizar el acceso a personas que, al enfrentar esta etapa de la vida, atraviesan períodos de capacidades intrínsecas altas y estables, otras con deterioro de dichas capacidades y otras definitivamente con una pérdida significativa de ellas. El sistema, debe estar preparado para atender a los tres grupos y con distintas respuestas.

Para el caso del primer grupo, el objetivo es continuar fomentando y manteniendo estos niveles por el mayor tiempo posible (FULOP, LARBI, WITKOWSKI, MCELHANEY, LOEB, MITNITSKI, *et al.*, 2010), para el caso del segundo grupo, se presentan las enfermedades crónicas, por ello, la intervención eficaz en la fase inicial del proceso es fundamental, permitiendo retrasar, moderar e incluso hacer retroceder el proceso patológico (DANIELS, VAN ROSSUM, DE WITTE, KEMPEN, VAN DEN HEUVEL, 2008). Las personas del tercer grupo, generalmente, han llegado a un punto en que ya no pueden realizar las tareas básicas sin la ayuda de otros, y por ello es fundamental integrar los sistemas de atención de salud y cuidados de largo plazo para mantener la capacidad funcional y la dignidad de las personas mayores en esta etapa de la vida (ELLIS, WHITEHEAD, ROBINSON, O'NEILL, LANGHORNE, 2011). Finalmente, es necesario atenciones centradas en las personas mayores, con estructuras suficientes para garantizar la calidad en la atención en salud, con recursos humanos y materiales suficientes, expresados en el trato que se da a los adultos mayores.

El segundo indicador, de cuidados integrales, contempla tres sub indicadores: salud mental, medicación y nutrición, que miden el grado en el que los adultos mayores reciben cuidados paliativos y rehabilitación cuando corresponda, su interacción con la administración de medicamentos y su calidad de nutrición. Según REYES y CASTILLO (2011), existen factores de riesgo modificables tales como tabaquismo, sedentarismo y la mala nutrición, que contribuyen de forma sustancial, al deterioro global asociado al envejecimiento, influyendo negativamente en la calidad de vida de los ancianos y, por ende, del disfrute de un envejecimiento acti-

vo y saludable. De acuerdo a HELPAGE INTERNATIONAL (2015) la baja disponibilidad de servicios de salud así como la existencia de barreras junto con su baja calidad, son aspectos críticos al momento de definir el estado de salud en las personas de edad avanzada.

Para OSORIO *et al.* (2011) y VELANDIA (1994) una alimentación o nutrición adecuada de acuerdo a la edad del adulto mayor es un factor relevante en su calidad de vida. El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional, las deficiencias sensoriales en muchos casos disminuyen el apetito y la desnutrición en la vejez a menudo no se diagnostica (OMS, 2015). Paralelamente, según la CASEN 2015, el 62,69% de los adultos mayores declaran no haber recibido o retirado la alimentación complementaria gratuita que se entrega en los Centros de Atención Primaria.

De manera similar Olsson, Runnamo y Engfeldt (2011) indican que una mala calidad en la medicación de los adultos mayores se asocia a una baja calidad de vida.

4.4. DIMENSIÓN DE AUTONOMÍA

La autonomía, en términos generales, se puede definir como la facultad de de los sujetos de autodeterminación con las posibilidades de ejercicio de sus derechos. Es por esto que esta dimensión incorpora diversos aspectos relevantes en la vida cotidiana de los adultos mayores que están vinculados con las dos dimensiones anteriores (económica y de salud). Desde una perspectiva netamente jurídica la autonomía se ve reflejada en la capacidad legal, y en la actualidad en Chile, todos somos capaces salvo que exista una causal de incapacidad.

La posibilidad de desarrollar aptitudes y ejercer derechos está fuertemente relacionada al nivel educacional que las personas logren durante su vida. La educación otorga a los individuos una mejor capacidad para transformar recursos en resultados que determinan su directo bienestar (OPHI, 2015). Los logros educacionales de los adultos mayores incrementan las habilidades y competencias que les permiten desenvolverse de mejor manera en un contexto caracterizado por las desiguales oportunidades que ofrece Chile (COMISIÓN BRAVO, 2015). Para SEN (2000) la educación posibilita a las personas, y en particular a los adultos mayores, a desplegar sus potencialidades de acuerdo a su voluntad. De acuerdo a HelpAge International (2015) el nivel educacional se relaciona con la

capacidad para aprovechar oportunidades de trabajo y exigir derechos económicos y sociales.

Un elemento que otorga autonomía es el desarrollo de actividades sociales y de esparcimiento por cuanto estas actividades fortalecen la autonomía y libertad del adulto mayor. Para MORENO (2004) parte importante de la calidad de vida de las personas mayores de edad son el ocio y las actividades que les generan placer. Gallardo indica que el nivel de participación social determina un envejecimiento exitoso (GALLARDO, 2016), lo que debe ser medido en cuanto las personas mayores interactúen de formas diversas en grupos sociales, la familia, grupo de amigos, grupos comunitarios, etc. Este punto también tiene relación con niveles de dependencia, el logro de una mejor calidad de vida y bienestar en la etapa de la vejez.

De acuerdo a DURÁN (2010) la autonomía debe estar centrada en el desarrollo de rutinas y cotidianidad. Igualmente, para OSORIO *et al.*, (2011) la posibilidad de mantener o crear una rutina diaria propia está vinculado con la autonomía y está a su vez con la calidad de vida del adulto mayor. Dentro de esta cotidianidad, para GRUNDY (2006), el saber qué hacer en caso de emergencia y la posibilidad de recibir ayuda legal son factores relevantes relacionados a la autonomía de los adultos mayores. Es importante distinguir a la autovalencia o capacidad funcional como parte de la autonomía. SANHUEZA *et al.* (2005) se refiere a “la funcionalidad o independencia funcional como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MINSAL, 2003; LARA *et al.*, 2010). Este concepto no determina a la autonomía totalmente, puesto que si una persona ha disminuido su capacidad funcional no por ello dejará de ser autónomo, es decir, capaz de tomar sus propias decisiones. El problema que puede surgir dice relación con la forma de ejercer los derechos. Para Moreno (2004) parte importante de la cotidianidad y calidad de vida de las personas mayores radica en la importancia en el uso de las tecnologías y dispositivos de apoyo.

De acuerdo a Zavala *et al.* (2006) “Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades”.

4.5. DIMENSIÓN DE ENTORNO

El maltrato estructural está asociado al entorno en el que habita el adulto mayor. De acuerdo a Fernández-Ballesteros y Macía (1993) y Watanabe (2014) la relación de los adultos mayores con los elementos esenciales de su entorno es importante en su calidad de vida. La violencia que se presenta en relación al entorno, es difícil de reconocer dado que no es ejercida por un “autor” en sentido pleno. Sin embargo, es omnipresente y está determinada por las condiciones sociales y estructurales. Del mismo modo, quien recibe este tipo de violencia no es un individuo, sino una categoría social. A menudo la violencia del entorno no es percibida inmediatamente, dado que no contiene agresiones personales, su modo de acción es silencioso (ASPI, 2003).

En este sentido, el concepto entorno se refiere al conjunto de características que definen el ambiente próximo que rodea al adulto mayor. Es así como el entorno tiene una manifestación pública y otra privada. En relación a la manifestación privada (familia y amigos) y pública (vía pública) del entorno, HelpAge International (2015) señala que las formas adecuadas de medir respectivamente dichas manifestaciones son la educación, libertad cívica, las conexiones sociales, el acceso al transporte público y la seguridad pública. En relación a la capacitación y transferencia generacional, es importante que se integre a hombres y mujeres de edad avanzada y establezca su posición en la sociedad. Las personas mayores son cada vez más conscientes de que, debido a las demandas tecnológicas y económicas y a los cambios en la sociedad, es necesario aprender y reentrenarse a lo largo de toda la vida. El fortalecimiento de la comunidad de solidaridad requiere no sólo la promoción de las personas mayores y jóvenes aprendiendo unos de otros, sino especialmente la transferencia de experiencias y conocimientos entre las personas mayores que se desarrollan en diferentes contextos. La razón de esta demanda de educación para los mayores se analiza en el contexto de un proceso demográfico y estructural de cambio. La educación de las personas mayores contribuye a conectar las experiencias y la capacidad para hacer frente a su situación con conocimientos actualizados y con nuevas estrategias para posibles soluciones (NIEDERFRANKE, 1992).

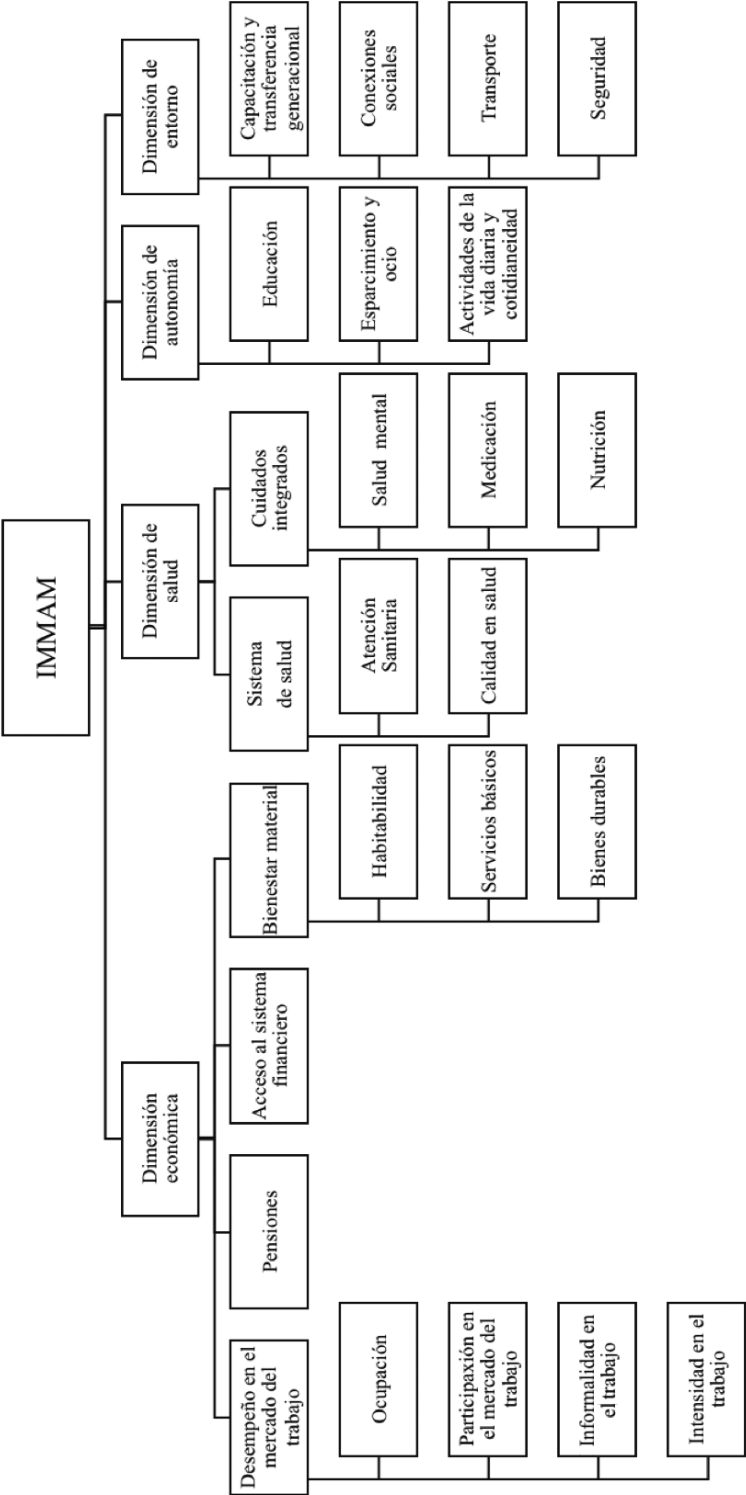
Cabe destacar que cuando se refiere a conexiones sociales que uno de los contextos consensuados para identificar el maltrato es la familia y los amigos (SENAMA, 2014). En este sentido, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad conllevan un debilitamiento

de las estructuras familiares tradicionales entre las diversas generaciones. Ha aumentado la diversidad en las formas familiares, valores, normas, y costumbres. La prolongación de la vida y la coexistencia de varias generaciones permite poder detentar durante más años los diversos estatus y roles familiares. A pesar de los cambios evidenciados, la familia sigue siendo una institución social fundamental en el apoyo a las personas que lo necesitan, y en cuyo seno todavía se sigue practicando el intercambio de bienes y servicios –como por ejemplo, el cuidado–, entre las generaciones (BAZO, 2008).

La potencialidad integrativa del mayor (al interior de la familia, de los grupos de pares y de la sociedad en general) supone recursos materiales e inmateriales que a menudo disminuyen o desaparecen con la edad. La falta de interacción con otros tiene como consecuencia más grave el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad que a la larga favorecen la instalación de estereotipos negativos de la vejez asociados a la desvinculación y a la falta de proyectos individuales (HUENCHUÁN, 2014).

Por último, la vía pública aparece como un espacio que no remite a lo privado (familia y amigos) y representa un lugar en el cual el adulto mayor es susceptible al maltrato estructural. Cabe destacar que, a nivel público, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen de los procesos de modernización como lo son el sistema de transporte y la seguridad pública. En relación al primero, cabe destacar que actos como caminar, andar en bicicleta y utilizar transporte público son formas de movilización que promueven la calidad de la vida, dado que fomentan el ejercicio, hacen disminuir los incidentes automovilísticos, aumentan los contactos sociales y reducen la contaminación del aire y acústica (WILKINSON & MARMONT, 2006). Por su parte, la seguridad dice relación con la violencia cívica, un arbitrario irrespeto a la persona mayor, dado por el uso intencionado de poder, amenazante o real, contra una persona o grupo de personas, del que resulta o probablemente resultará un no desarrollo o privación (KRUG *et al.*, 2002). El objetivo de un Estado de Derecho, entre otras cosas, es asegurar las condiciones para que las personas mayores se desenvuelvan con la tranquilidad de que su vida, patrimonio y otros bienes jurídicos tutelados se encuentran protegidos por la autoridad competente.

ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE MALTRATO ESTRUCTURAL AL ADULTO MAYOR (IMMAM)



METODOLOGÍA

1. UNA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

La principal aproximación a la construcción de un índice multidimensional de maltrato para el adulto mayor en Chile, es la metodología de medición de pobreza multidimensional desarrollada por el Ministerio de Desarrollo Social.

En la última década, distintos países de Latinoamérica y el mundo han iniciado un proceso de renovación de los indicadores y del instrumental utilizado para la medición de la pobreza, complementando las medidas tradicionales basadas en el enfoque de ingresos, con una medida multidimensional de pobreza. Recientemente, Chile se ha sumado a este proceso. En el año 2014 el Gobierno dio a conocer una nueva metodología para la medición de la pobreza que incorporó dos innovaciones sustantivas: la revisión y actualización de la medida de pobreza por ingresos (no modificadas en más de 25 años) y la introducción de una nueva medida multidimensional de la pobreza basada en la metodología propuesta por ALKIRE y FOSTER (2007).

La medida de pobreza multidimensional implementada por Chile y cuyos primeros resultados fueron entregados a comienzos del año 2015 consideró inicialmente cuatro dimensiones relevantes del bienestar: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, y Vivienda. Ellas son factibles de observar a través de los datos recogidos por la principal encuesta de hogares levantada en el país y cuya dirección está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social: la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Asimismo, el diseño, evaluación y validación de esta medida contó con la asesoría y apoyo técnico de la

Iniciativa para la Pobreza y el Desarrollo Humano, de la Universidad de Oxford (OPHI).

Junto con valorar esta experiencia y el diagnóstico resultante, Chile asumió el desafío de avanzar en el perfeccionamiento y ampliación de la medida de pobreza multidimensional. En particular, en atención a las demandas de la sociedad civil, la propuesta de la Comisión para la Medición de la Pobreza (año 2013) y el consenso alcanzado por la Mesa Técnica Interinstitucional constituida por el Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) el año 2014 respecto de la relevancia del entorno de la vivienda y las redes de que disponen los hogares para su nivel de bienestar, se constituyó el año 2015 un Comité Asesor sobre Entorno y Redes, con el objetivo de acompañar al Ministerio en el proceso de evaluación de la incorporación de estos ámbitos en la medida de pobreza multidimensional vigente en Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

Las recomendaciones realizadas por el Comité Asesor de Entorno y Redes se tradujeron en propuestas concretas de preguntas a incluir en el cuestionario de la Encuesta CASEN y, posteriormente, en una serie de indicadores y dimensiones que proporcionaron la base para la construcción y validación de una medida ampliada de pobreza multidimensional. Las nuevas dimensiones consideradas en la medición del bienestar son: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno y, Redes y Cohesión Social (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, 2016).

2. UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE MALTRATO ESTRUCTURAL AL ADULTO MAYOR (IMMAM)

Basado en el enfoque de medición multidimensional de pobreza de ALKIRE y FOSTER (2007, 2011) con énfasis en el índice de recuento ajustado (M_0),¹ se propone una estructura susceptible de ser medida a través de encuesta (microdatos). Esta revisión simplifica la definición preliminar de las dimensiones e indicadores utilizados en la propuesta inicial para la construcción del Índice Multidimensional de Maltrato Estructural al Adulto Mayor (IMMAM). Además, incluye un comprehensivo listado de los sub indicadores que en conjunto y en base a una definición condicional,

¹ *Adjusted headcount ratio*, de acuerdo a su expresión en inglés.

servirán para medir la carencia a nivel de indicadores por dimensión, y subsecuentemente, maltrato estructural a nivel agregado. Es importante destacar que este enfoque “cuenta” a los adultos mayores maltratados en las dimensiones definidas como relevantes acorde a criterios predefinidos que han sido ampliamente discutidos en la literatura (SEN, 1981, 1992).

Como resultado, las mediciones en este sentido (entiéndase en adelante maltrato estructural al adulto mayor) son sensibles al número de carencias y sus distribuciones conjuntas. A diferencia de las mediciones del bienestar/carencia unidimensional, este enfoque considera el maltrato intrínsecamente como un fenómeno multidimensional. Por lo tanto, el poder observar las distribuciones conjuntas y no solamente las distribuciones marginales, constituye el interés metodológico principal de este enfoque (OPHI, 2015). Además, el índice general, es posible descomponerlo por grupos poblacionales (regiones, municipios, género, estrato socio económico, etc.) y dimensiones. Así se puede calcular la contribución relativa al maltrato por dimensión y por grupo demográfico, siendo ésta una de las características más atractivas del índice ya que permite orientar el uso del índice general, sus indicadores y sub-indicadores a la definición de políticas públicas.²

La primera restricción que enfrenta el investigador en su trabajo empírico con encuesta, se deriva de la información que es posible recolectar mediante este instrumento. Las unidades muestrales pueden proveer información sesgada, por ello, los indicadores y sub indicadores deben ser estimados en base a información en cuya recolección exista el menor error de medición posible.³ Una solución parcial a este problema consiste en recolectar información en base a preguntas objetivas de respuesta simple que en forma aditiva permitan “construir” la información buscada por el investigador. Es por ello que, a nivel de indicadores, esta propuesta sigue la práctica habitual empleada en las encuestas de hogares armonizadas por la CEPAL y reconoce de antemano las limitaciones propias del trabajo con micro datos.⁴

² Al igual que como ocurre con el índice de pobreza multidimensional (IPM), la actividad del índice lo hace apropiado para su implementación a escala local (ver CONEVAL, 2010 y MIDEPLAN, 2015 para México, Colombia y Chile, respectivamente).

³ Por ejemplo, debe evitarse formular a los adultos mayores preguntas directas cuando las posibles respuestas a éstas implican el menoscabo de su imagen, honra sea como fuera ésta percibida por los mismos adultos mayores.

⁴ A modo de ejemplo, se encuentra la encuesta CASEN en Chile, la Pesquisa Nac. Por Amostra de Domicilios en Brasil y las Encuestas Permanentes de Hogares de Argentina, Costa Rica y Paraguay.

3. METODOLOGÍA DE ALKIRE-FOSTER PARA LA ESTIMACIÓN DEL IMMAM (M0)

A continuación, se describe el método de cálculo para el IMMAM (M_0), el cual puede verse en detalle en trabajos como Alkire, Foster (2011).

Sea $x_{ij} \in R_+$ el desempeño del adulto mayor $i = 1, \dots$, en cada indicador $j = 1, \dots, d$. Considere a z_j como el vector umbral de carencia para cada indicador j . Por consiguiente, un adulto mayor (y su hogar) es carente en el indicador j si su desempeño en este indicador está bajo z_j .

Formalmente se define:

$$g_{ij}^0 = 1 \text{ if } x_{ij} < z_j$$

$$g_{ij}^0 = 0 \text{ if } x_{ij} \geq z_j$$

Dependiendo del número de dimensiones consideradas, las carencias específicas del adulto mayor son ponderadas por el vector w_j con $\sum_j w_j = 1$. Combinando para cada adulto mayor toda la información respecto a su desempeño, se puede calcular su respectiva suma ponderada de carencias $c_i = \sum_j^d w_j g_{ij}^0$. Este agregado toma valores entre 0 y 1. Entonces, un adulto mayor se clasificar como víctima de maltrato estructural si la suma ponderada de sus carencias sobrepasa cierto umbral k que representa el porcentaje de carencias acumuladas máximas toleradas de maltrato. Un adulto sufre entonces de maltrato estructural cuando $C_i > k$. En general, las carencias de aquel grupo de adultos mayores que no son clasificados como víctima de maltrato estructural, permanecerán ignoradas. Así, se define a continuación el siguiente agregado de carencias truncado para el adulto mayor i :

$$c_i(k) = \sum_j^d w_j g_{ij}^0(k)$$

Agregando estos indicadores de carencia individuales truncados se obtiene M_0 que es a su vez el resultado de la multiplicación de dos sub-indicadores llenos de contenido y significancia: la incidencia de maltrato (la proporción de los adultos mayores multidimensionalmente –estructuralmente– maltratados) y la intensidad del maltrato entre aquellos que han sido clasificados como sujetos de maltrato (que no

es más que el promedio ponderado de las carencias observadas en este grupo).

Formalmente, la proporción de adulto mayores maltratados está dada por $H = q/n$, donde q es el número de adulto mayores maltratados y n es la población de adultos mayores. La intensidad del maltrato está dada por:

$$A(K) = \sum_i^n \frac{c_i(k)}{q}$$

En consecuencia, el indicador multidimensional de maltrato del adulto mayor (IMMAM) se expresa como:

$$IMMAM = M_0(k, z, w, q) = H \times A = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^d w_j g_{ij}^0(k)$$

Al igual que el Índice Multidimensional de Pobreza (MPI), este indicador es monótono a las dimensiones (ver Alkire y Foster, 2011). En otras palabras, si un adulto mayor sufre una carencia adicional, el indicador capturará este empeoramiento mediante un incremento en el factor de intensidad. Además, este índice permite dos tipos de descomposiciones especialmente informativas y relevantes para el diseño de las políticas públicas pertinentes. La descomposición del indicador por contribución de grupos poblacionales y por contribución de la dimensión del maltrato. Ambas descomposiciones permiten calcular la contribución al maltrato por grupos poblacionales y por dimensiones (ingreso, salud, autonomía y entorno). Finalmente, el IMMAM es robusto a variables ordinales ya que se alimenta de desempeños dicotómicos (carente / no carente). En consecuencia, los valores de maltrato no se ven alterados cuando cambian las escalas de medición de las variables que alimentan al índice.

Para validar el IMMAM se utilizarán métodos y técnicas cuantitativos y cualitativos, recurriendo a distintas fuentes de datos primarios (adultos mayores y entidades asociadas) y secundarios (fuentes bibliográficas, estadísticas oficiales).

4. RESUMEN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN ENCUESTA

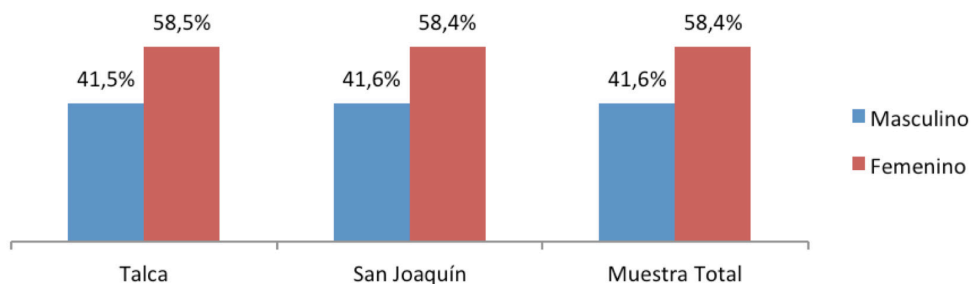
RESUMEN METODOLOGÍA ENCUESTA	
Tipo de investigación	Estudio cuantitativo no experimental de corte transversal y de alcance correlacional.
Universo	Adultos mayores de las comunas de Talca (Región del Maule) y San Joaquín (R.M.).
Población objetivo	Personas de entre 60 y 75 años de las comunas de interés.
Recolección de datos	Los datos se recolectan mediante el método de encuesta con entrevista cara a cara.
Plan de muestreo	La selección de los participantes se realiza a través de un muestreo no probabilístico (por conveniencia) y cuotas según sexo e ingreso familiar, para cada comuna, según CASEN 2015.
Instrumento	Cuestionario estructurado en cuatro dimensiones y de preguntas cerradas.
Período de terreno	Octubre a diciembre de 2017.
Muestra obtenida	200 observaciones en la comuna de Talca y 209 observaciones en la comuna de San Joaquín.

PRINCIPALES RESULTADOS PRELIMINARES REFERIDOS AL MALTRATO ESTRUCTURAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS COMUNAS DE TALCA Y SAN JOAQUÍN

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

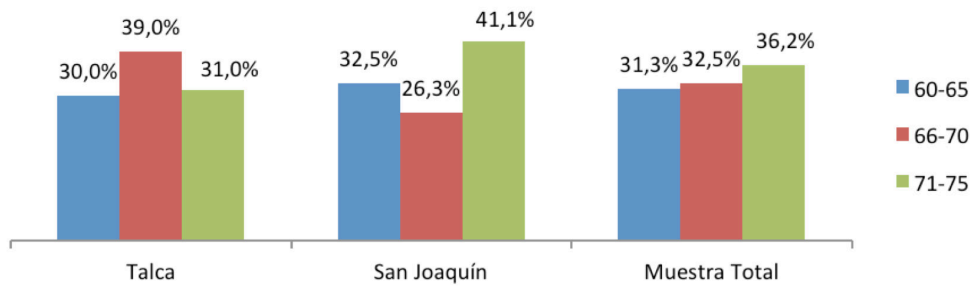
Según sexo, en la comuna de Talca el 58,5% son mujeres y el 41,5% son hombres, mientras que en la comuna de San Joaquín el 58,4% son mujeres y el 41,6% son hombres.

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO



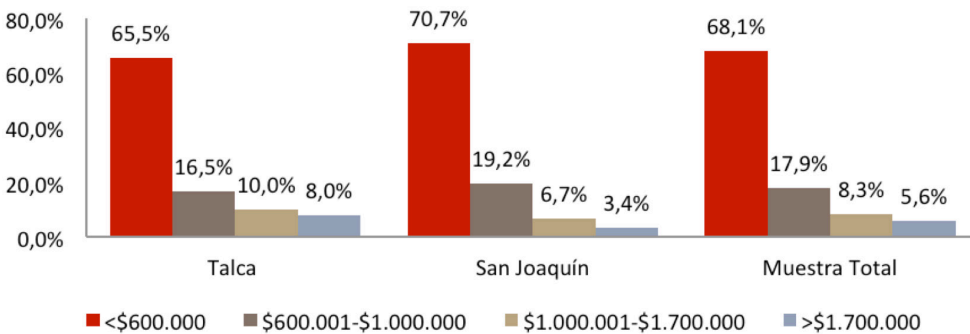
Según edad, en Talca 30,0% tiene entre 60-65 años, 39,0% entre 66-70 años y 31,0% entre 71-75 años. En San Joaquín 32,5% tiene entre 60-65 años, 26,3% entre 66-70 y 41,1% entre 71-75 años.

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD



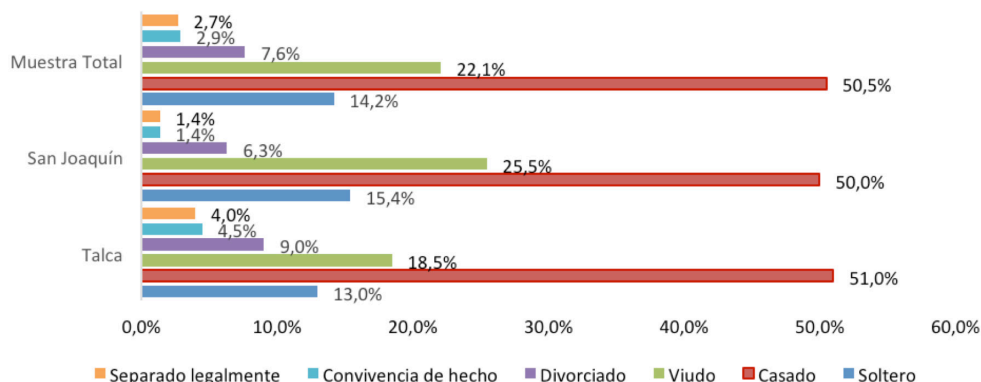
Según ingreso familiar, la muestra de Talca presenta un 65,0% con ingreso menor a \$ 600.000, 16,5% de entre \$ 600.000-\$ 1.000.000, 10,0% entre \$ 1.000.000-\$ 1.700.000 y 8,0% ingreso familiar mayor a \$ 1.700.000. En tanto la muestra de San Joaquín, un 70,7% declara ingresos de menos de \$ 600.000, 19,2% de entre \$ 600.000 y \$ 1.000.000, 6,7% declara ingresos de entre \$ 1.000.000 - \$ 1.700.000 y 3,4% sobre \$ 1.700.000.

GRÁFICO 3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN INGRESO FAMILIAR



Según estado civil, en la comuna de Talca el 13,0% es soltero, 51,0% casado, 18,5% viudo y 9,0% divorciado. Los entrevistados de la comuna de San Joaquín, 15,4% declara ser soltero, 50,0% casado, 25,5% viudo y 6,3% divorciado.

GRÁFICO 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL



2. PRINCIPALES RESULTADOS PRELIMINARES

En este acápite se presentan los resultados preliminares más relevantes de las diversas dimensiones del índice multidimensional de maltrato estructural de las personas mayores. En primer lugar, respecto a la dimensión económica para nadie resulta un misterio que el mercado laboral debe generar modificaciones sustantivas para poder hacerse cargo del cambio demográfico en Chile, asumiendo que todas las personas mayores necesitan disponer en forma permanente de ingresos mensuales generados por un trabajo, una pensión de jubilación o ambas, reconociendo distintas formas de envejecimiento productivo. Se advierte al lector que la muestra del estudio está constituida por personas mayores autónomas y autovalentes, cuya edad fluctúa entre 60 y 75 años y, por consiguiente, un grupo de adultos mayores manifiesta su deseo de trabajar, no obstante estar desocupado. También en esta dimensión se evidencia que existe una necesidad de acceso a internet lo que se condice con la falta de acceso y de uso de computadores y la consecuente analfabetización digital.

En la dimensión salud se destaca que en aspectos de calidad de la atención en salud específicamente a la puntualidad de la prestación del

servicio resulta que los mayores –en una cifra no menor– no son atendidos en el día y hora agendados, prorrogándose la fecha acordada o las atenciones se verifican retardadamente.

Ahora bien, en la dimensión autonomía asociado a la educación casi un 50% de la muestra total manifiesta no haber terminado la educación secundaria completa, hay una diferencia importante entre las comunas de Talca y San Joaquín dado que en Talca (54%) la carencia es mucho mayor que en San Joaquín (41%). Ello devela una inequidad entre las comunas de Chile. En cuanto al acceso y uso de computador se evidencia una correlación en los resultados de las dimensiones de economía y autonomía, ya que ambas dan cuenta de la necesidad de promover el uso de tecnologías en información y comunicación para favorecer la vida cotidiana, la utilización del tiempo libre y la socialización.

Para una comprensión global del estudio, se adjunta a continuación un cuadro-resumen y luego algunos gráficos relevantes.

DIMENSIÓN 1 ECONÓMICA				
CARENCIAS		TALCA	SAN JOAQUÍN	GLOBAL
D1.C1	Quien recibiendo pensión/jubilación está desocupado	1,5%	3,3%	2,4%
D1.C2	Quien necesitando trabajar remuneradamente no lo hace actualmente	14,5%	21,1%	17,8%
D1.C3	Quien deseando trabajar remuneradamente no lo hace actualmente	22,0%	26,8%	24,4%
D1.C4	Quien no deseando trabajar remuneradamente lo hace actualmente	5,5%	13,9%	9,8%
D1.C5	Siendo un trabajador dependiente o asalariado no recibió liquidación de sueldo el último mes	1,5%	4,8%	3,2%
D1.C6	Quien siendo trabajador por cuenta propia no realizó inicio de actividades	7,5%	12,0%	9,8%
D1.C7	Quien siendo empleador, su unidad económica no está registrada o constituida	,5%	1,4%	1,0%
D1.C8	Quien es un familiar no remunerado	,5%	1,0%	,7%
D1.C9	Teniendo un trabajo de jornada parcial, trabaja una cantidad de horas mayor a la que desea trabajar	0,0%	4,3%	2,2%

D1.C10	Quien teniendo un trabajo de jornada parcial, trabaja una cantidad de horas menor a la que desea	1,5%	2,9%	2,2%
D1.C11	Quien estando en edad de jubilar no percibe pensión de vejez	30,5%	27,3%	28,9%
D1.C12	Quien recibiendo jubilación de vejez, el monto de ésta se ubica por debajo de PENSIÓN BASICA SOLIDARIA A JULIO 2017 (\$ 104.000)	17,0%	10,5%	13,7%
D1.C13	Quien necesitando participar del mercado del crédito formal no tiene acceso	1,5%	5,7%	3,7%
D1.C14	Se encuentra en situación de hacinamiento	,5%	2,9%	1,7%
D1.C15	Quien vive en una vivienda ilegalmente ocupada, cedida o prestada o vive de allegado	9,5%	19,6%	14,7%
D1.C16	Quien no tiene acceso a algunos de los servicios básicos (agua potable, electricidad, alcantarillado)	4,0%	0,0%	2,0%
D1.C17	Quien no tiene acceso a TV	0,0%	1,0%	,5%
D1.C18	Quien no tiene acceso a radio	,5%	3,8%	2,2%
D1.C19	Quien no tiene acceso a teléfono	4,0%	5,3%	4,6%
D1.C20	Quien no tiene acceso a internet	44,0%	46,9%	45,5%
D1.C21	Quien no tiene a disposición a alguno de los bienes durables (Refrigerador, Lavadora, Artefacto de calefacción)	13,0%	8,6%	10,8%

DIMENSIÓN 2 SALUD				
CARENCIAS		TALCA	SAN JOAQUÍN	GLOBAL
D2.C22	Quien tuvo un problema de salud los últimos doce meses y no tuvo atención en algún servicio	3,5%	2,9%	3,2%
D2.C23	Quien en los últimos doce meses necesitó atención de especialista y no la tuvo	4,0%	5,7%	4,9%
D2.C24	Quien teniendo prescripción médica de exámenes en los últimos doce meses no los ha podido realizar	3,5%	3,8%	3,7%
D2.C25	Quien necesitando algún tipo de dispositivo de apoyo médico en los últimos doce meses no ha tenido acceso a ellos	3,0%	11,0%	7,1%
D2.C26	Quien teniendo problemas odontológicos, en los tres últimos meses, no tuvo atención dental	10,5%	16,3%	13,4%
D2.C27	Quien teniendo definida una fecha de atención de salud fue atendido en fecha posterior o no fue atendido	23,0%	30,1%	26,7%
D2.C28	Quien teniendo definida una hora de atención de salud fue atendido retrasadamente o no fue atendido	25,0%	25,4%	25,2%
D2.C29	Quien teniendo un diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico no ha recibido tratamiento (depresión, insomnio, estrés etc.)	3,5%	7,2%	5,4%
D2.C30	Quien consultando por síntomas de deterioro cognitivo o probable demencia no es derivado a un especialista	4,0%	2,4%	3,2%
D2.C31	Quien teniendo prescripción médica de medicamentos, no ha tenido acceso a ellos en los últimos seis meses	,5%	1,0%	,7%
D2.C32	Quien padeciendo una enfermedad crónica, no ha tenido continuidad en la entrega/uso/acceso de/a medicamentos en los últimos seis meses	1,5%	4,3%	2,9%
D2.C33	Quien teniendo un diagnóstico de desnutrición u obesidad durante los últimos 6 meses no haya tenido acceso a un tratamiento médico	13,0%	11,0%	12,0%

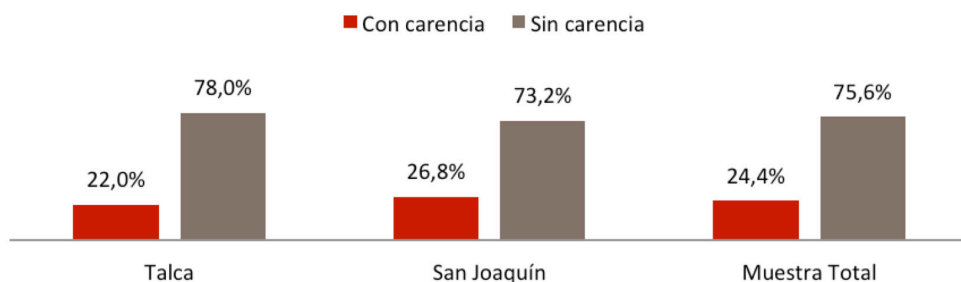
DIMENSIÓN 3 AUTONOMÍA				
CARENCIAS		TALCA	SAN JOAQUÍN	GLOBAL
D3.C34	Quien logró menos que el grado de educación secundaria completa y/o es analfabeto funcional	54,0%	41,1%	47,4%
D3.C35	Quien necesitando/deseando tener conocimientos sobre internet y/o redes sociales no los tiene en la actualidad	6,5%	16,3%	11,5%
D3.C36	Quien requiriendo algún tipo de capacitación no tiene acceso actualmente	8,5%	14,8%	11,7%
D3.C37	Quien durante los últimos 3 meses deseando acceder a actividades de ocio y esparcimiento no puede hacerlo	3,0%	16,3%	9,8%
D3.C38	Quien estando ocupado laboralmente no ha tenido vacaciones durante los últimos 3 años	12,0%	12,0%	12,0%
D3.C39	Quien no necesitando apoyo para el desarrollo de actividades de la vida diaria recibe asistencia de la comunidad	4,5%	4,8%	4,6%
D3.C40	Quien necesitando apoyo para el desarrollo de actividades de la vida diaria no recibe asistencia de la de la comunidad	2,0%	1,4%	1,7%
D3.C41	Quien declara no conocer, fuera del hogar, alguna persona que le pueda prestar apoyo en actividades de la vida diaria	39,0%	22,5%	30,6%
D3.C42	Quien declara no conocer como contactar a servicios de salud	8,5%	15,8%	12,2%
D3.C43	Quien declara no conocer como contactar a bomberos	9,0%	17,2%	13,2%
D3.C44	Quien declara no conocer como contactar a carabineros	8,5%	13,9%	11,2%
D3.C45	Quien no tiene un celular operativo	7,0%	20,6%	13,9%
D3.C46	Quien no sabe cómo usar un celular	6,0%	16,3%	11,2%
D3.C47	Quien no tiene acceso a un computador operativo	58,0%	49,8%	53,8%
D3.C48	Quien no sabe usar un computador	67,5%	60,3%	63,8%

DIMENSIÓN 4 ENTORNO				
CARENCIAS		TALCA	SAN JOAQUÍN	GLOBAL
D4.C49	Quien en el último año no participo en actividades junto a otros adultos mayores	33,0%	50,7%	42,1%
D4.C50	Quien en el último año no participo en actividades junto a personas más jóvenes	64,5%	62,2%	63,3%
D4.C51	Quien durante el último mes no se ha contactado, al menos cuatro veces, con algún familiar que no vive con él (ella)	23,0%	12,4%	17,6%
D4.C52	Quien durante el último mes no se ha contactado, al menos cuatro veces, con algún amigo	39,0%	32,5%	35,7%
D4.C53	Quien vive a más de un kilómetro (8 cuadras) de algún servicio de transporte público	6,5%	3,3%	4,9%
D4.C54	Quien, teniendo alguna dificultad física, tiene algún impedimento derivado de carencia de infraestructura pública para acceder al transporte	3,5%	15,8%	9,8%
D4.C55	Quien al caminar hacia el servicio de transporte debe transitar por veredas y calles en mal estado	58,0%	66,5%	62,3%
D4.C56	Quien reside en un lugar que no cuenta con ciclo vías	79,0%	57,9%	68,2%
D4.C57	Quien declara que ha vivido o presenciado, en su barrio, durante el último mes a lo menos una de las siguientes situaciones: tráfico de drogas, balaceras o disparos, robos o asaltos	38,0%	76,6%	57,7%

2.1. DIMENSIÓN ECONÓMICA

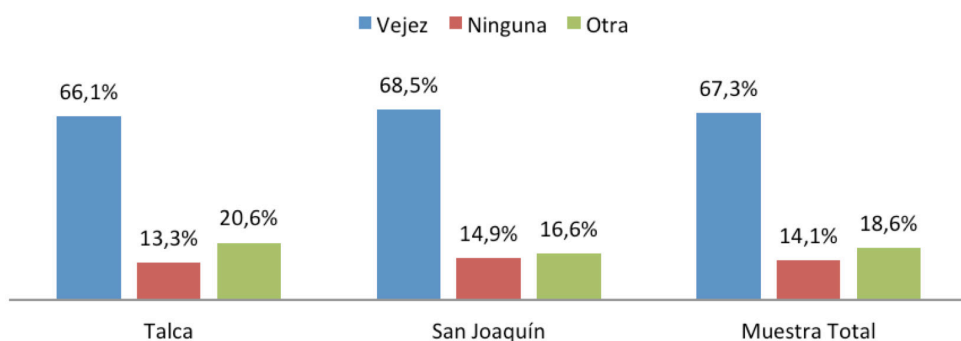
Al observar la carencia definida como “quien desea trabajar y no lo hace”, se tiene que son los entrevistados de San Joaquín (26,8%) los que se presentan en mayor proporción que los de Talca (22,0).

GRÁFICO 5
CARENCIA: DESEA TRABAJAR Y NO LO HACE



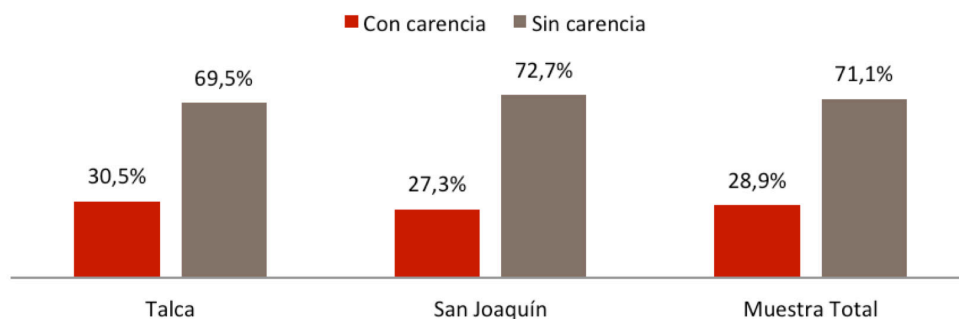
Al contemplar a las personas que se encuentran en edad de jubilación en contraposición con el tipo de pensiones que reciben, es relevante considerar que sobre un 15% no recibe ningún tipo de pensión.

GRÁFICO 6
PERSONAS EN EDAD DE JUBILACIÓN VERSUS TIPO DE PENSIONES QUE RECIBEN



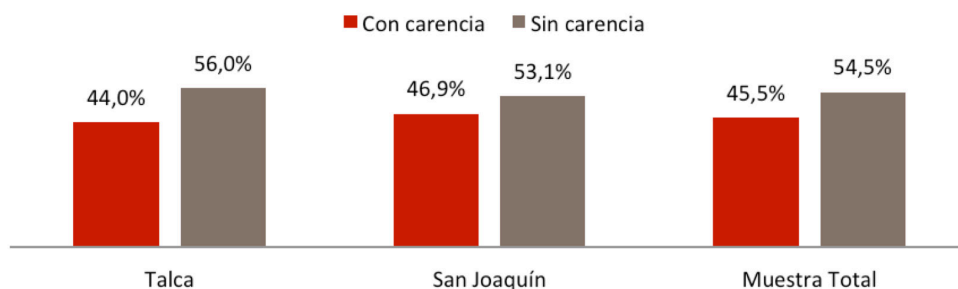
Al observar el tipo de pensión según la carencia definida: “Quien estando en edad de jubilar no recibe pensión de vejez” se tiene que para Talca el 30,5% (61 casos) presenta la carencia, mientras que en San Joaquín el 27,3%(57 casos) la presenta.

GRÁFICO 7
CARENCIA: ESTÁ EN EDAD DE JUBILAR Y NO RECIBE PENSIÓN DE VEJEZ



Mientras que en la carencia “No tiene acceso a Internet”, ambas comunas superan el 40% de carencia (44,4% en Talca y 46,9% en San Joaquín).

GRÁFICO 8
CARENCIA: QUIEN NO TIENE ACCESO A INTERNET

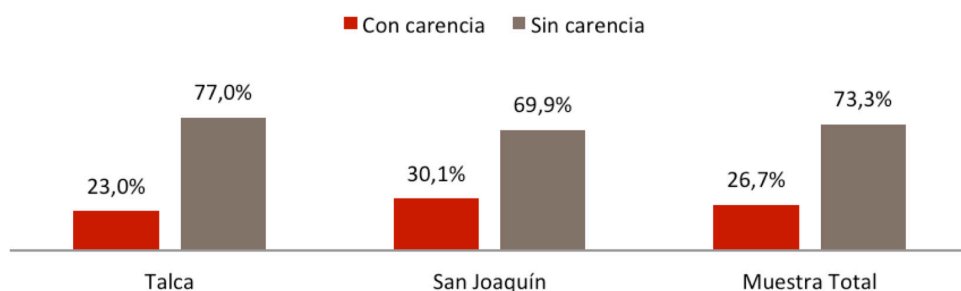


2.2. DIMENSIÓN SALUD

En relación con la carencia “Quien teniendo definida una fecha de atención de salud fue atendido en fecha posterior o no fue atendido”, se observa que la comuna de San Joaquín (30,1% correspondiente a 63 casos), tiene mayor carencia que los entrevistados de Talca (23,0% correspondiente a 46 casos). En lo que dice relación con la carencia “Quien teniendo definida una hora de atención de salud fue atendido retrasadamente o no fue atendido”, la proporción es similar para ambas comunas.

GRÁFICO 9

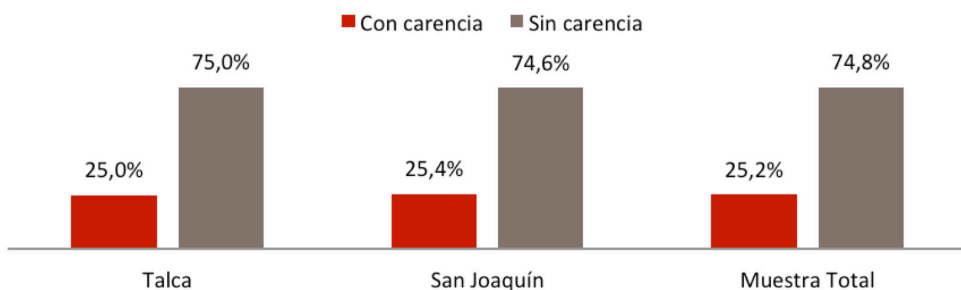
CARENCIA: QUIEN TENIENDO DEFINIDA UNA FECHA DE ATENCIÓN DE SALUD FUE ATENDIDO EN FECHA POSTERIOR O NO FUE ATENDIDO



En lo que dice relación con la carencia “Quien teniendo definida una hora de atención de salud fue atendido retrasadamente o no fue atendido”, la proporción es similar para ambas comunas.

GRÁFICO 10

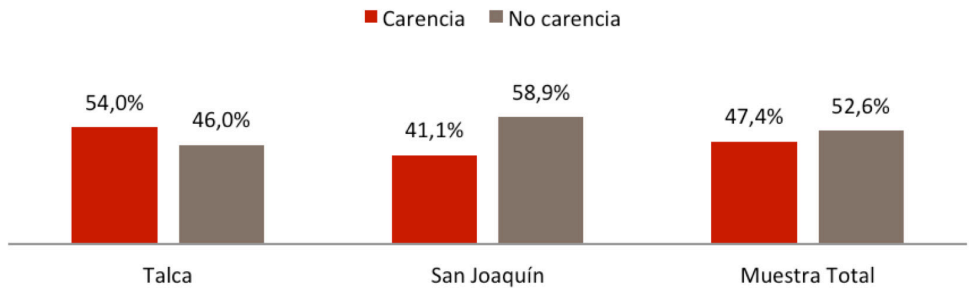
CARENCIA: QUIEN TENIENDO HORA DE ATENCIÓN AGENDADA Y FUE ATENDIDA CON RETRASO



2.3. DIMENSIÓN AUTONOMÍA

Lo que dice relación con la carencia definida como: “Quien logró menos que el grado de educación secundaria (o enseñanza media) completa”, son los entrevistados de Talca los que en mayor proporción presentan la carencia (54,0% versus 41,2% de los entrevistados de San Joaquín).

GRÁFICO 11
CARENCIA: QUIEN LOGRO MENOS QUE EL GRADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA COMPLETA



Se aprecia que los entrevistados de Talca son proporcionalmente más carentes en el uso y acceso a computador que las personas entrevistadas en San Joaquín. En Talca los resultados arrojan las siguientes cifras 58% y 67,5% respectivamente y en San Joaquín: 49,8% y 60,3%

GRÁFICO 12
CARENCIA: QUIEN NO SABE USAR UN COMPUTADOR

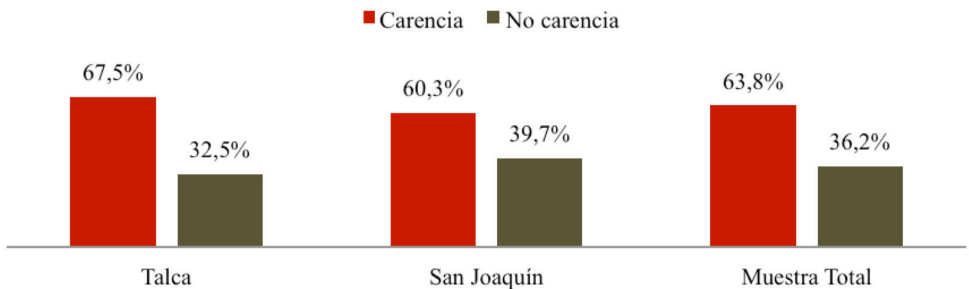
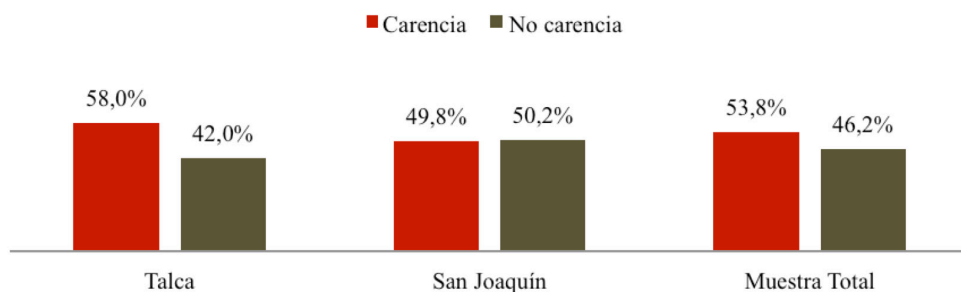


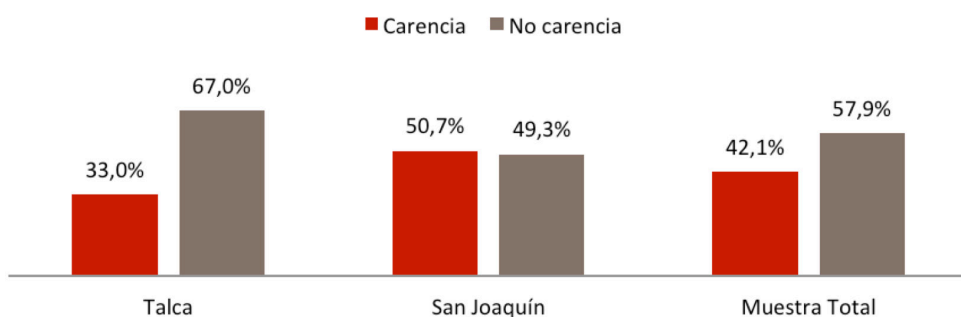
GRÁFICO 13
CARENCIA: QUIEN NO TIENE ACCESO A COMPUTADOR



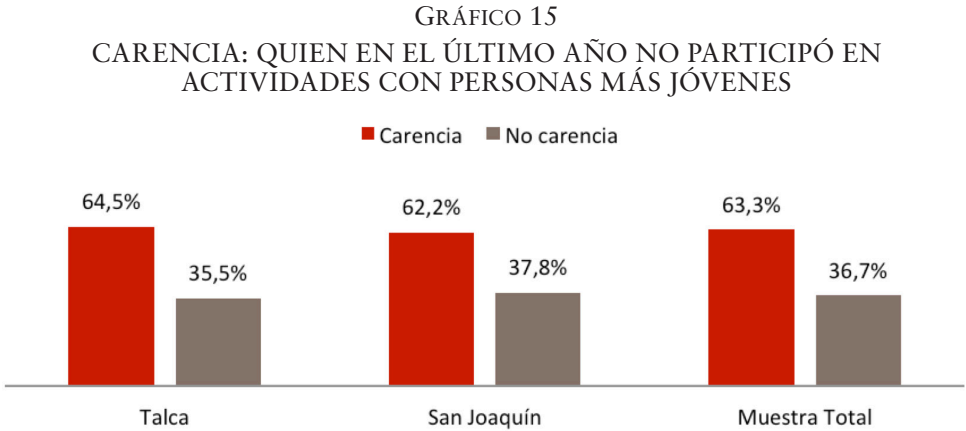
2.4. DIMENSIÓN ENTORNO

Desde la perspectiva de las carencias definidas: “Quién en el último año no participó en actividades junto a otros adultos mayores con oportunidad de transmitir y/o recibir aprendizajes y/o experiencia que considere importantes para la vida”, son los encuestados de San Joaquín (50,7% versus 33,0%) los que presentan mayor carencia.

GRÁFICO 14
CARENCIA: QUIEN EN EL ÚLTIMO AÑO NO PARTICIPÓ EN ACTIVIDADES CON ADULTO MAYOR



En tanto: “Quién en el último año no participó en actividades junto a personas más jóvenes con oportunidad de transmitir y/o recibir aprendizajes y/o experiencia que considere importantes para la vida”, la carencia es similar para ambas comunas (Talca 64,5% y San Joaquín 62,2%).



En relación con la carencia: “Quien, al caminar hacia el servicio de transporte debe transitar por veredas y calles en mal estado”, son los entrevistados de San Joaquín los que en mayor porcentaje señalan poseer esta carencia (66,5%).

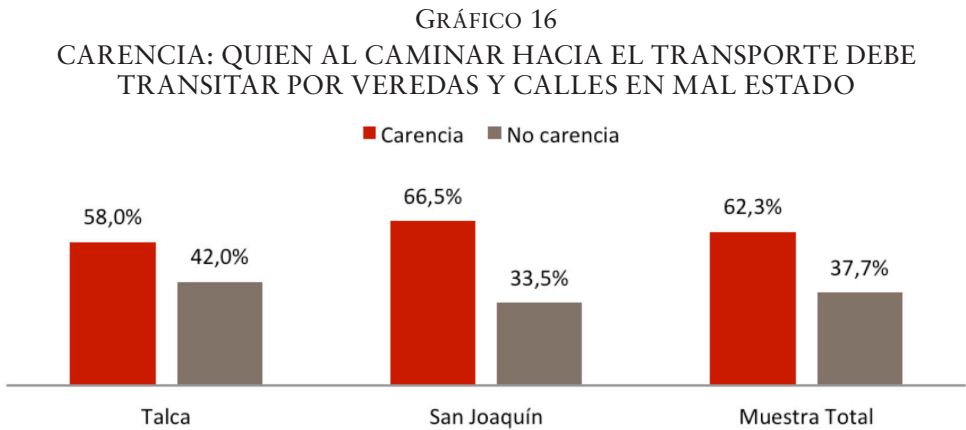


GRÁFICO 17
CARENCIA: QUIEN RESIDE EN UN LUGAR QUE NO CUENTA
CON CICLO VÍAS

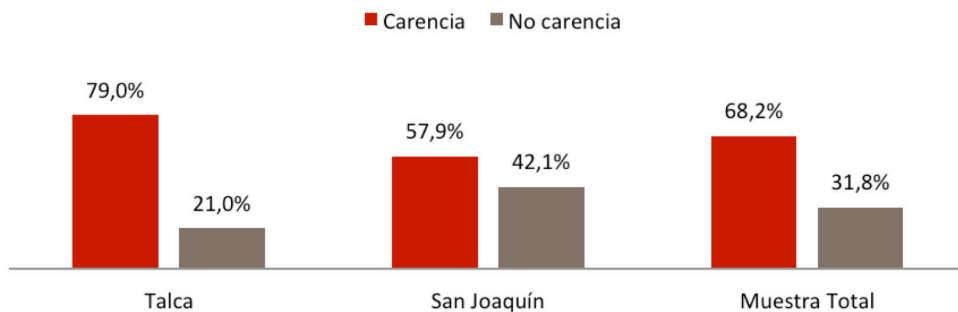
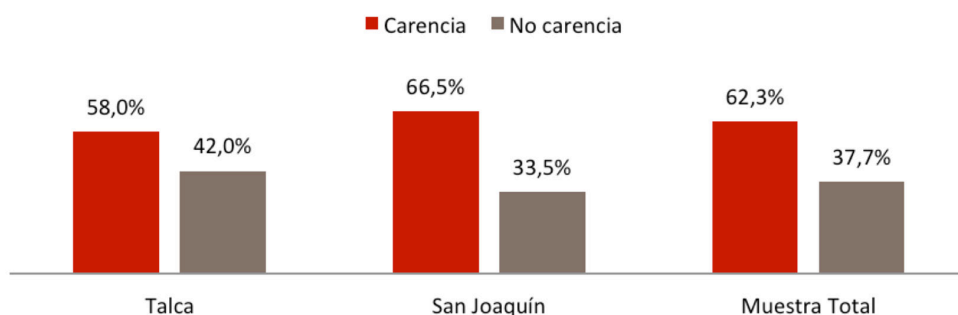


GRÁFICO 18
CARENCIA: QUIEN AL CAMINAR HACIA EL TRANSPORTE DEBE
TRANSITAR POR VEREDAS Y CALLES EN MAL ESTADO



POLÍTICA PÚBLICA: PROPUESTA PARA LOS MUNICIPIOS DE TALCA Y SAN JOAQUÍN

En el constante y acelerado envejecimiento de las personas en Chile y en consideración a la encuesta aplicada de las personas mayores de las comunas de San Joaquín y Talca, se presentan en este capítulo algunos resultados preliminares en base a los cuales se identificaron una serie de desafíos que permiten efectuar una primera propuesta dirigida a las respectivas comunidades locales. Ellas constituyen el producto de este primer ejercicio en el marco de la formulación del índice multidimensional de maltrato estructural en relación con la “Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025”.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 contiene 3 objetivos generales; proteger la salud integral de las personas mayores (1), mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad (2), e incrementar en forma transversal el bienestar subjetivo de las personas mayores (3).

Los objetivos específicos de la Política¹ se basan en lineamientos desarrollados en instrumentos internacionales, frutos de diálogos precedentes. En base a ellos, se genera la propuesta que se presenta en este documento.

El proyecto y la propuesta de política pública sectorial asumen el concepto de envejecimiento positivo que contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer, y posicionan a las personas mayores como sujetos de derecho. El envejecimiento positivo considera, simultáneamente, aspectos positivos (por ejemplo, una pensión adecuada a sus necesidades) y negativos (por ejemplo, si vive en condición de polimorbilidad).

¹ Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025, p. 39.

El presente estudio es eminentemente cuantitativo, lo que en el ámbito de las ciencias sociales representa una novedad para este grupo etario. Se busca medir el bienestar objetivo de las personas mayores insertas en una comunidad específica. En este sentido, las personas mayores envejecen en un lugar y época determinada, situación de la que dan cuenta los resultados de este estudio, reforzando una perspectiva territorial.

En consideración a que el índice multidimensional de maltrato a las personas mayores contiene cuatro dimensiones; económica, salud, autonomía y entorno, ellas han sido organizadas según su pertinencia a los objetivos específicos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo.

COMUNA DE TALCA

Objetivo	DIMENSIÓN ECONÓMICA					
	Acciones	Carencia relevante	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Promover cursos de especialización en gerontología social y Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores	No aplica.	U. Talca - I. Municipalidad de Talca	X	x	x
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas, y productivas.	Diseño e implementación de una bolsa de trabajo comunal para personas mayores.	Quien desean-do trabajar remunerada-mente no lo hace actual-mente.	I. Municipa-lidad de Talca	X	x	
	Campaña de sen-sibilización em-presarial respecto de la permanen-cia en el empleo para personas mayores.	Quien desean-do trabajar remunerada-mente no lo hace actual-mente.	I. Municipa-lidad de Talca	X	x	x

5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.	Diseño e implementación de capacitaciones laborales enfocadas a las mujeres mayores.	Quien estando en edad de jubilar no percibe pensión de vejez.	S E R N A - MEG - Seremi	x	x	x
	Capacitación en alfabetización digital.	Quien no tiene acceso a internet. Quien necesitando/deseando tener conocimientos sobre internet y/o redes sociales no los tiene en la actualidad. Quien no tiene acceso a un computador operativo. Quien no sabe usar un computador.		X	x	x
6. Proteger la seguridad económica de las personas mayores.	Crear un programa de orientación financiera para personas mayores.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	X	x	x
8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.	Levantar seguimiento de casos de abuso patrimonial en la comuna.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	X	x	x
9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.	Campaña de sensibilización judicial respecto los contextos en que se encuentra usuario adulto mayor.	No aplica.	Corte de Apelaciones Talca - Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales U. Talca	x	x	

10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Campaña de difusión de información.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	X	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Presentarse como un socio estratégico, entidad asociada a proyectos investigación en gerontología social.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	X	x	x

Objetivo	DIMENSIÓN SALUD					
	Acciones	Carencia relevante	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
1. Mejorar la oferta, calidad y eficiencia tanto en los servicios de cuidado, como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores.	Generar un catastro y seguimiento de personas mayores que vivan solas.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
2. Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores.	Implementar una estrategia comunicacional focalizada en la promoción de una vida saludable en las personas mayores.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Generar convenio con Universidad para dictar cursos especializados de envejecimiento y vejez. Promover la odontogeriatría.	Quien, teniendo problemas odontológicos, en los tres últimos meses, no tuvo atención dental	I. Municipalidad de Talca Universidad de Talca	x		
8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.	Capacitar las APS-CESFAM, respecto de cómo actuar frente a eventuales pesquisas de una persona mayor maltratada.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca Universidad de Talca	x		

10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Publicación y difusión de todas las prestaciones ofrecidas por el Estado y la Municipalidad respectiva a personas mayores en Chile.	Quien teniendo definida una fecha de atención de salud fue atendido en fecha posterior o no fue atendido. Quien teniendo definida una hora de atención de salud fue atendido retrasadamente o no fue atendido.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Elaborar material de investigación y difusión.	No aplica.	Universidad de Talca	x		

Objetivo	DIMENSIÓN AUTONOMÍA					
	Acciones	Carencia relevante	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Promover la formación de profesionales en gerontología social a través de capacitaciones.	No aplica.	Universidad de Talca	x	x	x
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas, y productivas.	Implementar programa de voluntariado que promueva la inserción de las personas mayores en la comunidad.	Quien declara no conocer, fuera del hogar, alguna persona que le pueda prestar apoyo en actividades de la vida diaria.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.	Diseño e implementación de capacitaciones laborales enfocadas a las mujeres mayores.	Quien estando en edad de jubilar no percibe pensión de vejez.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
	Capacitación en alfabetización digital.	Quien no tiene acceso a internet. Quien necesitando/de-seando tener conocimientos sobre internet y/o redes sociales no los tiene en la actualidad. Quien no tiene acceso a un computador operativo. Quien no sabe usar un computador.	U. Talca - I. Municipalidad de Talca	x	x	x

9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.	Firmar Convenio con Universidad para derivar casos de personas mayores a Clínicas Jurídicas de Atención al Adulto Mayor.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales – Universidad de Talca.	x		
10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Publicación y difusión que describa los beneficios que entrega el Estado y la Municipalidad respectiva a personas mayores en Chile.	Quien declara no conocer, fuera del hogar, alguna persona que le pueda prestar apoyo en actividades de la vida diaria.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.	Elaborar una campaña comunicacional positiva hacia las personas mayores.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Elaborar material de investigación y difusión.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca – Universidad de Talca	x	x	x

Objetivo	DIMENSIÓN ENTORNO					
	Descripción	Carencia relevante	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Promover la formación de profesionales en gerontología social a través de capacitaciones.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca – Universidad de Talca.	x	x	x
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas, y productivas.	Implementar programas variados de voluntariado para insertarlas en la comunidad. Específicamente un programa de transferencia intergeneracional.	Quién en el último año no participó en actividades junto a personas más jóvenes.	I. Municipalidad de Talca.	x	x	x
7. Adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades para las personas mayores.	Adscribirse al proyecto ciudades amigables.	Quien al caminar hacia el servicio de transporte debe transitar por veredas y calles en mal estado. Quien reside en un lugar que no cuenta con ciclo vías. Quién declara que ha vivido o presenciado, en su barrio, durante el último mes a lo menos una de las siguientes situaciones: tráfico.	I. Municipalidad de Talca – Fundación Oportunidad Mayor.	x	x	

9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.	Firmar Convenio con Universidad para derivar casos de personas mayores a Clínicas Jurídicas de Atención al Adulto Mayor.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales – Universidad de Talca	x		
10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Publicación y difusión los beneficios que entrega el Estado y la Municipalidad respectiva a personas mayores en Chile.	No aplica.	I. Municipalidad de Talca	x	x	x
11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.	Elaborar una campaña comunicacional positiva hacia las personas mayores contribuyendo al proyecto ciudades amigables.	Quien al caminar hacia el servicio de transporte debe transitar por veredas y calles en mal estado. Quien reside en un lugar que no cuenta con ciclo vías. Quién declara que ha vivido o presenciado, en su barrio, durante el último mes a lo menos una de las siguientes situaciones: tráfico de drogas, balaceras o disparos, robos o asaltos.	I. Municipalidad de Talca – Oportunidad Mayor.	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Elaborar material de investigación y difusión.	No aplica.	Universidad de Talca – I. Municipalidad de Talca.	x	x	x

COMUNA DE SAN JOAQUÍN

Objetivo	DIMENSIÓN ECONÓMICA					
	Acciones	Carencias Relevantes	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Promover cursos de especialización en gerontología social y respecto de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores.	No aplica.	U. Talca - I. Municipalidad de San Joaquín	X	x	x
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas, y productivas.	Diseño e implementación de una bolsa de trabajo comunal para personas mayores.	Quien desean-do trabajar remunerada-mente no lo hace actual-mente.	I. Municipa-lidad de San Joaquín	X	x	
	Campaña de sen-sibilización em-presarial respecto de la permanen-cia en el empleo para personas mayores.	Quien desean-do trabajar remunerada-mente no lo hace actual-mente.	I. Municipa-lidad de San Joaquín	X	x	x

5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.	Diseño e implementación de capacitaciones laborales enfocadas a las mujeres mayores.	Quien estando en edad de jubilar no percibe pensión de vejez.	S E R N A - MEG - Seremi	x	x	x
	Capacitación en alfabetización digital.	Quien no tiene acceso a internet. Quien necesitando/deseando tener conocimientos sobre internet y/o redes sociales no los tiene en la actualidad. Quien no tiene acceso a un computador operativo. Quien no sabe usar un computador.				
6. Proteger la seguridad económica de las personas mayores.	Crear un programa de orientación financiera para personas mayores.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.	Levantar seguimiento de casos de abuso patrimonial en la Comuna.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.	Campaña de sensibilización judicial respecto los contextos en que se encuentran usuarios adultos mayores.	No aplica.	Corte de Apelaciones Talca - Facultad de Ciencias Jurídicas U. Talca	x	x	

10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Campaña de difusión de información.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Presentarse como un socio estratégico, entidad asociada a proyectos investigación en gerontología social.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x

Objetivo	DIMENSIÓN SALUD					
	Acciones	Carencias Relevantes	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
1. Mejorar la oferta calidad y eficiencia tanto en los servicios de cuidado, como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores.	Generar un catastro de personas mayores que vivan solas.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
2. Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores.	Implementar una estrategia comunicacional focalizada en la promoción de una vida saludable en las personas mayores.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Generar convenio con Universidad para dictar cursos especializados de envejecimiento y vejez. Promover la odontogeriatría.	Quien, teniendo problemas odontológicos en los tres últimos meses, no tuvo atención dental.	I. Municipalidad de San Joaquín - Universidad de Talca	x		
8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.	Capacitar las APS-CESFAM, cómo actuar frente a eventuales pesquisas de una persona mayor maltratada.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín - Universidad de Talca	x		

10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Publicación y difusión de todas las prestaciones Estado y la Municipalidad respectiva a personas mayores en Chile.	Quien teniendo definida una fecha de atención de salud fue atendido en fecha posterior o no fue atendido. Quien teniendo definida una hora de atención de salud fue atendido retrasadamente o no fue atendido.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Elaborar material de investigación y difusión.	No aplica	Universidad de Talca	x		

Objetivo	DIMENSIÓN AUTONOMÍA					
	Acciones	Carencias Relevantes	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Promover la formación de profesionales en gerontología social a través de capacitaciones.	No aplica.	Universidad de Talca	x	x	x
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas, y productivas.	Implementar programa de voluntariado que promuevan la inserción de las personas mayores en la comunidad.	Quien declara no conocer, fuera del hogar, alguna persona que le pueda prestar apoyo en actividades de la vida diaria.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x

5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.	Diseño e implementación de capacitaciones laborales enfocadas a las mujeres mayores.	Quien estando en edad de jubilar no percibe pensión de vejez.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
	Capacitación en alfabetización digital.	Quien no tiene acceso a internet. Quien necesitando/deseando tener conocimientos sobre internet y/o redes sociales no los tiene en la actualidad. Quien no tiene acceso a un computador operativo. Quien no sabe usar un computador.		x	x	x
9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.	P o t e n c i a r C o n v e n i o existente con Universidad para derivar casos de personas mayores a Clínicas Jurídicas de Atención al Adulto Mayor.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales - Universidad de Talca.	x		

10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Publicación y difusión que describa los beneficios que entrega el Estado y la Municipalidad respectiva a a personas mayores en Chile.	Quien declara no conocer, fuera del hogar, alguna persona que le pueda prestar apoyo en actividades de la vida diaria.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.	Elaborar una campaña comunicacional positiva hacia las personas mayores.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Elaborar material de investigación y difusión.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín – Universidad de Talca	x	x	x

Objetivo	DIMENSIÓN ENTORNO					
	Descripción	Carencias Relevantes	Actor	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.	Promover la formación de profesionales en gerontología social a través de capacitaciones.		I. Municipalidad de San Joaquín – Universidad de Talca.	x	x	x
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas, y productivas.	Implementar programas variados de voluntariado para insertarlas en la comunidad. Específicamente un programa de transferencia intergeneracional.	Quién en el último año no participó en actividades junto a personas más jóvenes.	I. Municipalidad de San Joaquín.	x	x	x
7. Adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades para las personas mayores.	Adscribirse al proyecto ciudades amigables.	Quien al caminar hacia el servicio de transporte debe transitar por veredas y calles en mal estado. Quien reside en un lugar que no cuenta con ciclo vías. Quién declara que ha vivido o presenciado, en su barrio, durante el último mes a lo menos una de las siguientes situaciones: tráfico de drogas, balaceras o disparos, robos o asaltos.	I. Municipalidad de San Joaquín - Fundación Oportunidad Mayor.	x	x	

9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.	Potenciar Convenio existente con Universidad para derivar casos de personas mayores a Clínicas Jurídicas de Atención al Adulto Mayor.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín - Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales - Universidad de Talca	x		
10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionadas a personas mayores.	Publicación y difusión los beneficios que entrega el Estado y la Municipalidad respectiva a personas mayores en Chile.	No aplica.	I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x
11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.	Elaborar una campaña comunicacional positiva hacia las personas mayores contribuyendo al proyecto ciudades amigables.	Quien al caminar hacia el servicio de transporte debe transitar por veredas y calles en mal estado. Quien reside en un lugar que no cuenta con ciclo vías. Quién declara que ha vivido o presenciado, en su barrio, durante el último mes a lo menos una de las siguientes situaciones: tráfico de drogas, balaceras o disparos, robos o asaltos.	I. Municipalidad de San Joaquín - Oportunidad Mayor.	x	x	x
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.	Elaborar material de investigación y difusión.		Universidad de Talca - I. Municipalidad de San Joaquín	x	x	x

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALKIRE, S. & FOSTER, J. (2007), 'Counting and Multidimensional Poverty Measurement', *OPHI Working Paper 7*, Oxford University.
- ALKIRE, S. & FOSTER, J. (2011), 'Counting and Multidimensional Poverty Measurement', *Journal of Public Economics*, 95(7-8): 476-487.
- AQUINO, J.; RUSSELL, D.; CUTRONA, C. & ALTMAYER, E. (1996), *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 480-489.
- ARENAS, ÁNGELA (2012), *Adulto Mayor: Nuevas perspectivas para el desarrollo humano*, Ediciones Universidad Finis Terrae.
- ARGYLE, M. (1993), "Psicología y la calidad de vida", *Intervención Psicosocial*, 2(6), 5-15.
- ARIAS, S. & BERNARDINI, D. (2014), "Retos económicos del envejecimiento", *Voces en el Fénix*, 5 (36), 126-131.
- ASSOCIAZIONE SVIZZERA PER LA PROTEZIONE DELL'INFANZIA (2003), *Per una educazione senza violenza*, Opuscolo N° 5 della collana "Educare senza violenza", p. 4.
- BAZO, MT (2008), "Personas mayores y solidaridad familiar", *Política y Sociedad*, 01 december 2008, vol. 45(2), pp. 73-85.
- BRYANT, F. B., & VEROFF, J. (1984), "Dimensions of subjective mental health in american men and women", *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 116-135.
- CASTAÑEDA, I., & NELSON, O. (2013), "Necesidades de servicios de salud en mujeres y hombres mayores de 60 años", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2013; 29(1), 36-43.
- CEPAL, (2014) "Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible", publicación de las Naciones Unidas, disponible en <http://repositorio.cepal.org>, consultado 18 de agosto de 2017.
- COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL SOBRE EL SISTEMA DE PENSIONES [versión web] [consultado 25 de abril de 2016], disponible en <http://www.comision-pensiones.cl/Documentos/GetInforme>
- CUADRA, H., & FLORENZANO, R. (2003), "El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva", *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, 83-96.

- CUMMINS, R., & CAHILL, J. (2000), "Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva", *Intervención psicosocial*, 9(2), 185-198.
- DANIELS, R., VAN ROSSUM, E.; DE WITTE, L.; KEMPEN GL., & VAN DEN HEUVEL, W. (2008), *Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review*, BMC Health Serv Res. 8 (1): 278. (en OMS, 2015).
- DIENER, E. (1984), *Subjective Well-Being*, Psychological Bulletin, 95, 542-575.
- DIENER, E., & DIENER, M. (1995), *Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem*, Journal of Personality and Social Psychology, 68, 653-663.
- DIENER, E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E., & SMITH, H. L. (1999), *Subjective well-being: Three decades of progress*, Psychological Bulletin, 125(2), 276-302.
- DURÁN, M. M. (2010), "Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral", *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84.
- EKLUND, K., & WILHELMSON, K. (2009), *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomized controlled trials*, Health Soc Care Community, sep. 17(5): 447-58 (en OMS, 2015).
- ELLIS, G.; WHITEHEAD, MA.; ROBINSON, D.; O'NEILL, D., & LANGHORNE, P. (2011), *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials*, BMJ, oct. 27, 343.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. & MACÍA, A. (1993): "Calidad de vida en la vejez", en *Intervención Psicosocial*, 2(5); 7-94.
- FULOP, T.; LARBI, A.; WITKOWSKI, JM.; MCELHANEY, J.; LOEB, M.; MITNITSKI, A., et al. (2010), *Aging, frailty and age-related diseases*, Biogerontology, oct. 11(15): 547-63 (en OMS, 2015).
- GALLARDO PERALTA, L.; CONDE LLANES, D., & CÓRDOVA JORQUERA, I. (2016), *Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas*, Gerokomos (Madr., Ed. impr.), 104-108.
- GARCÍA, M. A. (2002), "El bienestar subjetivo", *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- GRUNDY, E. (2006), *Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives*, Ageing and society, 26, 105-134.
- GUZMÁN, J. M. (2002), *Envejecimiento y Desarrollo en America Latina y el Caribe*, CEPAL, Serie Población y Desarrollo N° 28.
- HAM C. (2010) *The characteristics of the high-performing chronic care system Health Econ Policy Law*, jan: 71-90 (en OMS, 2015).
- HELPAGE INTERNATIONAL & CENTER FOR FINANCIAL INCLUSION (2015), *Inclusión financiera y envejecimiento: una oportunidad*.
- HELPAGE INTERNATIONAL (2015), *Global AgeWatch Index 2015: Insight report*, HealAge International, London.
- HUENCHUÁN, S. (2014), "El maltrato de las personas mayores: conceptos, normas y experiencias de políticas en el ámbito internacional", en libro *Maltrato a las personas mayores en Chile. Haciendo visible lo invisible*, Ediciones SENAMA 2014, colección de estudios, pp. 19-34.
- KRUG EG.; DAHLBERG LL.; MERCY JA.; ZWI AB., & LOZANO E. (2002), *World report on violence and health*, Geneva: World Health Organization 2002.

- LARA, R. & PINTO, C. & ESPINOZA, E., “Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados”, *Rev. Chil Salud Pública* 2010; vol. 14 (2-3): 291-310.
- LEFLEY, H. P. (1998), *Foreword quality of life model*, Community Mental Health Journal, 34, 455-457.
- LOWENSTEIN, A.; EISIKOVITS, Z.; BAND-WINTERSTEIN, T. & ENOSH, G. (2009), *Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel*, Journal of Elder Abuse & Neglect, 21(3), 253-277.
- COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL SOBRE EL SISTEMA DE PENSIONES [versión web] [consultado 25 de abril de 2016], disponible en <http://www.comision-pensiones.cl/Documentos/GetInforme>
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, “Encuesta de caracterización socioeconómica nacional” (CASEN), 2015.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2016), “Metodología de medición de pobreza multidimensional con entorno y redes”, Serie de documentos CASEN N° 32.
- MORENO, J. (2004), “Mayores y calidad de vida”, *Portularia*, 41(1), 187-198.
- MOYANO, E., & RAMOS, N. (2007), “Bienestar subjetivo: midiendo Satisfacción con la Vida, felicidad y salud en población chilena de la región Maule”, *Revista Unversum*, 22(2), 177-193.
- NAUGHTON, C.; DRENNAN, J.; TREACY, M. P.; LAFFERTY, A.; LYONS, I.; PHELAN, A.; QUIN, S., O’LOUGHLIN, A. & DELANEY, L. (2010), *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*, University College Dublin.
- NIEDERFRANKE, A. (1992), *Education for the Elderly: New Directions in a Changing Europe*, *Revue Internationale de l’Education*, vol. 38, N° 4, Education and the Elderly (jul., 1992), pp. 327-341.
- O’BOYLE, C. (1994), *The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL)*, *Internacional Journal of Mental Health*, 23, 3-23.
- OLSSON, I. N., RUNNAMO, R. & ENGFELDT, P. (2011), *Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study*, *Health and Quality Life Outcomes*, 9, 95.
- OMS, (1948), *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- OMS (2015), *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- OPHI (2015), *A Multidimensional Poverty Index for Latin America*, Oxford Poverty & Human Development Initiative, Working Paper N° 79.
- OPS (2003), *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*, disponible en https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50941/mod_resource/content/0/Modulo_2/Exclusion_salud_paises_Latinamerica.pdf, consultado 18 de agosto de 2017.
- OSORIO, P.; TORREJÓN, M. J. & ANIGSTEIN, M. S. (2011), “Calidad de vida en personas mayores en Chile”, *Revista Mad-Universidad de Chile*, 24, 61-75.
- PAVOT, W. G.; DIENER, E.; COLVIN, C. R., & SANDVIK, E. (1991), *Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures*, *Journal of Personality Assessment*, 5(1), 149-161.

- PUC, SENAMA & CAJA LOS ANDES (2003), *Chile y sus Mayores*, Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez, Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua, Programa del Adulto Mayor UC.
- PUC, SENAMA & CAJA LOS ANDES (2017), *Chile y sus Mayores*, Resultados Cuarta Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez, Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua, Programa del Adulto Mayor UC.
- REYES, I. & CASTILLO, J. (2011), “El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad”, en *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30 (3): 354-359.
- SANHUEZA, M.; CASTRO, M. & MERINO J., “Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud Ciencia y Enfermería” XI (2): 17-21, 2005.
- SEN A. K. (1992), *La disuguaglianza*, Bologna: il Mulino.
- SEN A. K. (2000), *Lo sviluppo è libertà*, Milano: Mondadori, pp. 25-26.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (2005), “Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor en Chile”.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (2012), “Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, 2012-2025”.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (2014), “El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile”, Investigación cualitativa en vejez y envejecimiento.
- SHEN, S. & LAI, Y. (1998), *Optimally scaled quality-of-life indicators*, Social Indicators Research, 44, 225-254.
- SHIN, D. C., & JOHNSON, D. M. (1978), *Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life*, Social Indicators Research, 5, 475-492.
- URZÚA, A., & CAQUEO-URÍZAR, A. (2012), “Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto”, *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- VEENHOVEN, R. (1994), “El estudio de la satisfacción con la vida”, *Intervención Psicosocial*, 3 (9), 87-116.
- VELANDIA A. (1994), *Investigación en salud y calidad de vida*, 1ª ed., Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 300.
- WATANABE, B. Y. A. (2014), “Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar”, *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- WATERMAN, A. S. (1993), *Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness: (eudaemonía) and hedonic enjoyment*, Journal of Personality and Social Psychology, 64, 678-691.
- WILKINSON R., & MARMONT, M. (2006), *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*, Edizioni Provincia Autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento: 2003, p. 13.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) *Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*, World Health Organization / International Network for the Prevention of Elder Abuse, Geneva.
- ZAVALA, M. & VIDAL, D. & CASTRO, M. & QUIROGA, P., KLASSEN, G., “Funcionamiento social del adulto mayor”, *Ciencia y Enfermería*, vol. XII, N° 2, diciembre, 2006, pp. 53-62.

