



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Autopercepción de Salud en Adultos Mayores según participación en Organizaciones Sociales en Chile en el año 2015

Por: María Soledad Fuenzalida Lavín, María Ignacia Garrido Ríos, Valentina Ester

Martínez Contreras, Michelle Andrea Ormazábal Orellana, Nicole Angélica

Rodríguez Bustos

Profesor Guía: Pamela Escobar

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del

Desarrollo para optar al título profesional de Enfermera.

Diciembre, 2018

Universidad del Desarrollo, Campus RESB, Santiago.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias, amigos, compañeros, profesores y todo aquel que nos brindó su apoyo y fue parte fundamental de nuestra formación profesional durante estos años de carrera. Ha sido un largo camino, pero éste no se hubiese sido posible sin la ayuda de ellos.

ÍNDICE

1. Introducción:	4
2. Pregunta de Investigación:	6
3. Objetivos:	6
3.1. Objetivo General:	6
3.2. Objetivos Específicos:	6
4. Marco Teórico:	7
4.1. Antecedentes:	7
4.2. Participación social:	8
4.3. Autopercepción de Salud:	10
4.4. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud:	11
5. Metodología:	13
5.1. Diseño:	13
5.2. Universo y tipo de muestra:	13
5.3. Unidad de análisis:	13
5.4. Criterios de inclusión y exclusión:	14
5.5. Definición y operacionalización de las variables:	17
5.6. Instrumentos de recolección de datos:	22
5.7. Estrategia de análisis descriptivo:	25
6. Aspectos éticos:	27
7. Limitaciones:	31
8. Presentación y análisis de resultados:	32
9. Discusión:	59
10. Conclusión:	66
11. Resumen:	69
12. Referencias:	71
13. Anexos:	75

1. Introducción:

Durante los últimos años se ha iniciado un proceso demográfico importante a nivel mundial. En ese contexto la OMS establece que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años. La proporción de personas en este grupo seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025 se estima que habrá 1.200 millones de personas Adultos Mayores en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo (OMS, 2001).

En Chile existe un nivel de envejecimiento avanzado que en un corto plazo se agudizará. Según cifras del SENAMA en Chile el 15% de la población es mayor de 60 años (2.541.607) y el año 2025, se proyecta que esta cifra alcanzará el 20,4% (SENAMA, 2007). Este cambio demográfico ha llevado a la formulación de distintos proyectos a nivel nacional en base a los factores relacionados con la Autopercepción de Salud, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores (Ministerio de Salud, 2015). Se ha demostrado que uno de los factores que hace que una persona perciba mejor su salud es participar en una Organización Social, lo que trae beneficios para el ámbito biopsicosocial (Ministerio de Salud, 2009).

En base a las experiencias vividas por las investigadoras en prácticas de pregrado de Enfermería, específicamente en el área de geriatría y atención primaria de la salud, se pudo observar que aquellos pacientes Adultos Mayores que participaban en distintos grupos comunitarios demostraban una actitud más positiva frente a su estado de salud, por el contrario, se encontró que la mayoría de ellos no realizaban actividades de Participación Social. Por esta razón, surge el tema y pregunta de investigación:

“¿Cuál es el nivel de Autopercepción de Salud de los Adultos Mayores según su Participación en Organizaciones Sociales en Chile durante el año 2015?”.

En la actualidad, no existen suficientes estudios que avalen la relación de Autopercepción de Salud y Participación Social en la población Adulto Mayor chilena. Se considera necesario saber cómo se relacionan estas variables para el trabajo de Enfermería en la atención primaria. La importancia de esta investigación recae en conocer cómo se comportan las variables de Participación Social con Autopercepción de Salud en la población Adulto Mayor chilena. El propósito es dar a conocer a los centros de atención primaria los resultados para que puedan implementar medidas a nivel comunal que busquen potenciar y promocionar la salud de los Adultos Mayores mediante la Participación Social, con el fin de disminuir la carga sanitaria y los costos asociados que conlleva.

Esta investigación es de tipo cuantitativa, observacional, descriptiva y de corte transversal, la cual se pudo realizar analizando datos estadísticos secundarios provenientes de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), que fue realizada durante el período comprendido entre noviembre del 2015 y enero del 2016 y abarca un universo de 3.075.603 Adultos Mayores. Los principales resultados de esta investigación señalan que el no participar en una organización social incrementa la percepción de mala salud. A la vez, se evidenció que existen variables sociodemográficas como el quintil de ingreso autónomo, previsión de salud y nivel educacional, que podrían llegar a ser más relevantes que la Participación en Organizaciones Sociales al momento de analizar la Autopercepción de Salud.

2. Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el nivel de Autopercepción de Salud de los Adultos Mayores según su Participación en Organizaciones Sociales en Chile durante el año 2015?

3. Objetivos:

3.1. Objetivo General:

Conocer el nivel de Autopercepción de Salud de la población Adulto Mayor según Participación en Organizaciones Sociales en Chile durante el año 2015.

3.2. Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a la población Adulto Mayor chilena según factores sociodemográficos (sexo, grupo etario, estado civil, quintil de ingreso, nivel educacional, zona geográfica y previsión de salud), Autopercepción de Salud y Participación en Organizaciones Sociales.
2. Identificar el nivel de Autopercepción de Salud de la población Adulto Mayor chilena, según factores sociodemográficos como sexo, grupo etario, estado civil, quintil de ingreso, nivel educacional, zona geográfica y previsión de salud.
3. Identificar la Participación en Organizaciones Sociales de la población Adulto Mayor chilena según factores sociodemográficos como sexo, grupo etario, estado civil, quintil de ingreso, nivel educacional, zona geográfica y previsión de salud.
4. Identificar el nivel de Autopercepción en Salud según tipo de Organización Social en la que participa la población Adulto Mayor chilena.

4. Marco Teórico:

4.1. Antecedentes:

En los países desarrollados se considera como Adulto Mayor (AM) a toda persona que cumplió los 65 años. Sin embargo, para los países que se encuentran en vías de desarrollo como Chile, la tercera edad es desde los 60 a los 79 años y la cuarta edad desde los 80 años en adelante. De acuerdo con la Encuesta CASEN, es la proporción de personas mayores que más aumentó en los últimos 10 años (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, 2015).

En todo el mundo está ocurriendo un proceso de envejecimiento de sus habitantes, es decir, hay un incremento de la población AM (OMS, 2001). Un dato fidedigno de esto es que entre el año 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años pasará de 900 millones a 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22% (OMS, 2017). Por otro lado, a nivel país, en el 2010 el Índice de Adultos Mayores fue de cincuenta y ocho Adultos Mayores por cada cien menores de 15 años, los que en el año 2020 llegarán a 86 y a 103 AM el 2025 (Instituto Nacional de Estadística de Chile, 2007).

Diversas son las actividades que existen en Chile para lograr los objetivos sanitarios en la población mencionada, y todas ellas tienen un objetivo final, potenciar el envejecimiento activo y saludable. Es importante permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas, con carácter voluntario o remuneradas, culturales y sociales, educativas, vida diaria en familia y en la comunidad (Ministerio de Salud, 2015).

4.2. Participación social:

Participación Social corresponde a la asociación de miembros de un lugar específico a distintas instituciones, actividades, grupos y distintos recursos presentes en las comunidades pertenecientes a su país (UNESCO, 2015). Esto es un punto importante, ya que, por lo general, a medida que un individuo se acerca a la Adulterz Mayor se produce un debilitamiento de las redes sociales debido a la pérdida de pareja y amigos, por lo que se hace prioritario enfocarse en cómo es la Participación Social de este grupo etario en el mundo (Guzmán & Huenchuan, 2003).

En el año 2015, el 34,4% de los chilenos mayores de 60 años participó en alguna organización o grupo, versus un 65,6% que no participó. Las Organizaciones Sociales con mayor concurrencia son las religiosas, juntas vecinales y las agrupaciones de Adultos Mayores (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

Según diversos estudios algunos de los factores que influyen en que el AM participe o no en Organizaciones Sociales son la motivación intrínseca de la persona, la viudez, la salud física y mental, discapacidades de distinta índole, protección civil como la seguridad y la conectividad de las calles, si el entorno donde vive es rural o urbano, o si existen redes de apoyo social más allá de la familia (Lei, Xu, Nwaru, Long & Wu, 2015). Este último factor es relevante, ya que, en un estudio realizado en poblaciones anglosajonas, se indica que el tamaño de la red social, incluidos los vínculos con parientes y amigos, se asocia con un menor riesgo de discapacidad (Puga, Rosero, Glaser, & Castro, 2007).

El trabajo para aumentar la Participación Social en las personas mayores de 60 años se ha iniciado en todo el mundo (UNESCO, 2015). A principios de los años noventa, Brasil inició un programa de ayuntamientos y organizaciones religiosas para aumentar el compromiso social de los Adultos Mayores. En relación con lo anterior, el asociarse a un grupo religioso puede tener beneficios para la salud e incluso, se puede poseer menor tasa de mortalidad, mejor salud mental, y un menor número de problemas funcionales (Benedetti, Dorsi, Schwingel, & Chodzko-Zajko, 2012).

Como se mencionó anteriormente, el participar activamente en algún grupo organizado trae innumerables beneficios a la vida de las personas. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en que los AM que se vinculan en grupos que tienen por objetivo potenciar la actividad física, el trabajo, las actividades de ocio y la inclusión en actividades comunitarias, tienen un impacto positivo en su salud y en su calidad de vida disminuyendo la probabilidad de deterioros cognitivos y físicos. Incluso en los pacientes con enfermedades crónicas se observa un mejor desempeño en el control de su enfermedad y menores tasas de mortalidad en quienes estén en una Organización Social. Por el contrario, la falta de participación en las actividades sociales parece ser perjudicial para la salud de los Adultos Mayores y se correlaciona con la disminución de la movilidad y el aumento de la demencia (Stav, Hallenen, Lane, & Arbesman, 2008).

En la realidad nacional, la encuesta CASEN realizada en el año 2015 incluyó la siguiente pregunta a los participantes: "*¿Está usted actualmente involucrado en una asociación o grupo organizado?*". Se invitó a los encuestados a seleccionar, a partir

de una tarjeta con una lista de 11 grupos/asociaciones diferentes, la más importante en la que consideraron que participaron. Estas asociaciones fueron categorizadas en grupos organizados (junta de vecinos, agrupaciones de mujeres, agrupación de AM, agrupación corporativa como sindicato o asociación gremial, centro de padres y apoderados), grupos de ayuda (grupos de autoayuda, voluntariados como cruz roja, damas de colores, instituciones de caridad), grupos culturales (agrupación artística o cultural, grupos de identidad cultural tales como asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, otros, agrupaciones ideológicas de partidos político) y grupos deportivos (Ministerio del Desarrollo Social, 2016).

4.3. Autopercepción de Salud:

La autopercepción o percepción subjetiva del estado de salud es de utilidad a la hora de conocer el estado de salud de la población. Se define como el concepto que los individuos tienen de sí mismos y se basan en tales (Ocampo, 2010). Integra información sobre las dimensiones biológica, mental, estado funcional, social y espiritual del individuo, por lo que se cataloga como una variable multidimensional (Zapata-Ossa, 2015).

La OMS recomienda la autoevaluación de la salud como una medida a incorporar de manera regular en las encuestas de la salud. Se ha encontrado que la Autopercepción de Salud, medida a través de una pregunta, es un buen predictor de morbilidad. Esto se evidencia en un estudio que encontró un mayor riesgo de morir en las personas que califican su salud como mala; las covariables más frecuentes eran la edad, el sexo, las enfermedades crónicas, el estado funcional y la educación (Moreno, Huerta, & Albala, 2014).

Por consiguiente, los factores que determinan la salud y, por ende, la Autopercepción de ésta, son las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado conyugal, nivel educacional, ingresos), condiciones de vida como la cobertura de salud, también enfermedades crónicas y redes de apoyo. Los Adultos Mayores al estar casados y tener conversaciones constantes con sus parejas pueden mejorar su Percepción de Salud, es decir, tener cónyuge significa que el individuo está activo en el área de Participación Social (Chalovich & Eisenberg, 2005). También hay antecedentes que indican que el nivel socioeconómico influye directamente con la calidad de vida y la satisfacción vital. Estos resultados se dan diferenciadamente entre hombres y mujeres (Castillo-Carniglia, Albala, Dangour, & Uauy, 2012).

En Chile, una de las formas de medir la Autopercepción es a través de la encuesta CASEN, que se evalúa específicamente con la pregunta del ítem S13, la que refiere: *“En una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿Qué nota le pondría a su estado de salud actual?”* (Ministerio del Desarrollo Social, 2015). El resultado de la categoría “bien o muy bien” en Adultos Mayores ha disminuido desde el año 2009 al 2015 y en el año 2016 solo un 35% percibe su salud como bien o muy bien (Ministerio del Desarrollo Social, 2016).

4.4. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud:

El hecho de que la Participación Social afecta a la salud del Adulto Mayor se puede abordar desde el “Modelo de Determinantes Sociales en Salud”, el cual se define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2017). Los componentes básicos del

modelo incluyen la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Los determinantes estructurales se refieren específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la división de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Además, recalca la jerarquía de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. En consecuencia, el bienestar no se logrará a menos que se aborden estas temáticas. La CDSS (Comisión sobre determinantes sociales de la salud) formuló tres recomendaciones integrales, las cuales son mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir y entender el problema evaluando la repercusión de las medidas (OPS, 2012).

Actualmente existen desigualdades en salud que afectan directamente a las personas, por lo tanto, se hace relevante el hecho de que éstas sean tratadas, de tal modo que se deba tener en cuenta la importancia de los determinantes de la salud al momento de realizar intervenciones dirigidas a la población AM (Frenz, 2005).

5. Metodología:

5.1. Diseño:

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, basado en los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) en su versión 2015. Este estudio no interfiere en la realidad estudiada, sólo se mide. Es descriptivo, ya que describe la frecuencia de la exposición y no establece relación, y es de corte transversal ya que hace una única medición en un único período de tiempo.

5.2. Universo y tipo de muestra:

Universo:

El universo son 3.075.603 Adultos Mayores en Chile, año 2015 (CASEN).

Tipo de muestra:

El presente estudio considera el análisis de la muestra en la que se basa la encuesta CASEN, la cual es de tipo probabilística, estratificada y multietápico, es decir de tipo complejo.

5.3 Unidad de análisis:

Para este estudio la unidad de análisis corresponde a todos los Adultos Mayores de Chile del año 2015.

5.4. Criterios de inclusión y exclusión:

Encuesta CASEN año 2015:

Criterios de Inclusión de la Encuesta CASEN año 2015	Criterios de Exclusión de la Encuesta CASEN año 2015
<ul style="list-style-type: none"> - Población que reside en viviendas particulares a lo largo del territorio nacional. - El informante idóneo en CASEN 2015 debe ser el jefe de hogar o en su ausencia, algún miembro del hogar de 18 años o más. 	<p>En el proceso de selección de la encuesta CASEN 2015, al igual que en las versiones anteriores, se pueden identificar tres tipos de exclusiones de este último tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22 áreas geográficas que han sido catalogadas por INE (Instituto Nacional de Estadísticas) como áreas de difícil acceso (Anexo 2). - Las manzanas de viviendas y secciones incluidas en otras muestras seleccionadas por el INE para el período de recolección de datos de la encuesta CASEN 2015. - Las manzanas con menos de 8 viviendas.

(Ministerio del Desarrollo Social, 2016).

Criterios de inclusión y exclusión del estudio:

Criterios de inclusión de la investigación	Criterios de exclusión de la investigación
<ul style="list-style-type: none">- Población de 60 años y más que respondieron la encuesta el año 2015.- Adultos Mayores pertenecientes a pueblos indígenas.- Las 16 regiones de Chile, incluyendo zonas rurales y urbanas.- Se incluirá ambos sexos, ya que se quiere estudiar la autopercepción de salud según participación social de cada sexo.- Estado civil: Soltero, viudo, anulado, separado, divorciado, conviviente con y sin acuerdo civil y casados.- Ingresos económicos clasificados en quintiles: Quintil 1, quintil 2, quintil 3, quintil 4 y quintil 5. Se quiere incluir, debido a que es una	<ul style="list-style-type: none">- Adultos Mayores de 60 años y más que hayan tenido un accidente o problemas de salud en los últimos 3 meses (en la encuesta CASEN se encuentra una pregunta específica relacionada a este punto: pregunta S13).- Se excluyeron las respuestas dadas por terceros en relación con la pregunta s13.

<p>medida socioeconómica que permite clasificar a una población según su ingreso.</p> <ul style="list-style-type: none">– Nivel educacional: Se medirá cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual.– Participación en Organizaciones Sociales o grupos organizados.	
--	--

5.5 Definición y operacionalización de las variables:

1. Autopercepción de Salud:

- **Tipo de variable:** Primaria, cualitativa, ordinal.
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta s13 de la encuesta CASEN 2015: En una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual? La persona evalúa su salud con una nota: 1(Muy mal), 2, 3, 4, 5, 6, 7 (Muy Bien).
- **Identificador:**
La calificación dada por la persona se agrupó en tres categorías:
 - Mala salud: Nota 1, 2 y 3
 - Regular salud: Nota 4 y 5
 - Buena salud: Nota 6 y 7

2. Participación en Organización Social:

- **Tipo de variable:** Primaria, cualitativa, nominal.
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta r6 de la encuesta CASEN 2015: En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado? En base a esta pregunta se clasificará: Sí (tipo de organización), No, No sabe.
- **Identificador:**
 1. Grupos organizados (juntas de vecinos u otra organización territorial como comité de aguas, comité de allegados, agrupaciones juveniles o de estudiantes, scout, centros de

alumnos, agrupaciones de mujeres, centros de madres, talleres, organizaciones de género, agrupaciones de Adulto Mayor, corporativas, centro de padres y apoderados, otros).

2. Grupos deportivos

3. Grupos religiosos o de iglesia

4. Agrupaciones culturales (grupo folclórico, de teatro, de música, de baile, de danza, grupos de identidad cultural tales como asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, agrupaciones ideológicas, otros).

5. Grupos de ayuda (voluntariados, damas de colores, cruz roja, voluntariados en instituciones de caridad, grupos de autoayuda en salud).

6. No participa

3. Grupo etario:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cuantitativa, continua.
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta h3 de la encuesta CASEN 2015: ¿Qué edad tiene?, de la cual, se distribuyen las edades en dos categorías, grupo etario 1 y grupo etario 2.
- **Identificador:** Rango etario:
 - Grupo etario 1: 60 a 79 años
 - Grupo etario 2: 80 años y más

4. Sexo:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cualitativa, nominal.
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta h2 de la encuesta CASEN 2015: ¿Es hombre o mujer?
- **Identificador:**
 1. Hombre
 2. Mujer

5. Quintil de ingreso:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cuantitativa, discreta.
- **Descripción:** A partir de los ingresos per cápita declarados por las personas a partir de la pregunta de la encuesta CASEN y1: El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?, se clasificaron los ingresos según quintil de ingreso autónomo nacional, que corresponde a la quinta parte (20%) de los ingresos per cápita de los hogares ordenados en forma ascendente. Los límites de cada quintil corresponden a los valores mínimos y máximos del ingreso autónomo per cápita del hogar, que definen los valores mínimos y máximos del ingreso autónomo per cápita del hogar, que definen los intervalos de ingresos en que se encuentran los hogares de cada quintil.
- **Identificador:**
 1. Quintil I: \$0 - \$74.969
 2. Quintil II: \$74.970 - \$125.558

3. Quintil III: \$125.559 - \$193.104
4. Quintil IV: \$193.105 - \$352.743
5. Quintil V: \$352.744 –

6. Estado Civil:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cualitativa, nominal.
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta h4 de la encuesta CASEN 2015: ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?
- **Identificador:**
 1. Casado (a), Conviviente o pareja (con o sin acuerdo de unión civil)
 2. Anulado(a), Separado(a), Divorciado (a)
 3. Viudo (a)
 4. Soltero (a)

7. Nivel educacional:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cualitativa, ordinal.
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta e6.a. de la encuesta CASEN 2015: ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?, en la cual se agruparon las clasificaciones de nivel educacional en nivel primario, secundario y terciario.

– **Identificador:**

1. Sin Educación
2. Nivel primario: Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo), Educación Básica, Educación Especial (Diferencial).
3. Nivel secundario: Humanidades (Sistema Antiguo), Educación Media Científico - Humanista, Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo), Educación Media Técnica Profesional.
4. Nivel terciario: Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años), Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años), Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años), Profesional Completo (Carreras 4 o más años), Postgrado Incompleto, Postgrado Completo.

8. Zona geográfica:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cualitativa, nominal.
- **Descripción:** Se utiliza para clasificar el espacio geográfico entre dos zonas urbano o rural a partir de la descripción del encuestador de CASEN.
- **Identificador:**
 1. Urbano
 2. Rural

9. Previsión de salud:

- **Tipo de variable:** Secundaria, cualitativa, nominal
- **Descripción:** Se calificará en base a la pregunta CASEN 2015: ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?
- **Identificador:**
 1. Sistema Público FONASA grupo A, grupo B, grupo C, grupo D, no sabe grupo.
 2. FF.AA. y del Orden
 3. ISAPRE
 4. Otro sistema (mutuales, PRAIS, sin previsión).

5.6. Instrumentos de recolección de datos:

Se utilizará como fuente de información la encuesta CASEN en su versión 2015. Esta encuesta se divide en siete módulos: registro de residentes, educación, empleo, ingresos, salud, residentes y vivienda y tiene como finalidad caracterizar los hogares que participan del estudio. Tiene representatividad nacional ya que incluye datos de áreas geográficas urbana y rural, de regiones y provincias, de 139 comunas que concentran 80% o más de las viviendas de cada región, permitiendo realizar análisis para estos subgrupos de la población (Ministerio del Desarrollo Social, 2016).

Su objetivo es conocer periódicamente la situación de los hogares y de la población, especialmente de aquella en situación de pobreza y de aquellos grupos definidos como prioritarios por la política social, con relación a aspectos demográficos, de educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos (Ministerio del Desarrollo Social -

Observatorio social, 2017). Otro de estos es evaluar el impacto de la política social, esto es, estimar la cobertura, la focalización y la distribución del gasto fiscal de los principales programas sociales de alcance nacional entre los hogares, según su nivel de ingreso (Ministerio del Desarrollo Social - Observatorio social, 2017).

La población objetivo son los hogares que habitan viviendas particulares que se ubican en el territorio nacional, exceptuando algunas zonas muy alejadas o de difícil acceso, así como las personas que viven en ellos de forma permanente.

El organismo responsable de la encuesta CASEN es el Ministerio del Desarrollo Social y se realiza desde el año 1990 con una periodicidad bianual o trianual. Hasta ahora, las encuestas aplicadas corresponden a los años 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015 (Ministerio del Desarrollo Social, 2016).

El cuestionario CASEN se realizó en base a una entrevista personal aplicada por un encuestador a través de un cuestionario en papel. Se estima que su duración es de 47,3 minutos para un hogar de 4 personas y se realiza al jefe de hogar o persona miembro del hogar mayor de 18 años (Ministerio del Desarrollo Social, 2017).

Para cumplir con el diseño y objetivos de este estudio, se trabajará en base a un análisis descriptivo con información proveniente de la base de datos de la encuesta CASEN del año 2015, específicamente de las preguntas **h2** (Anexo 1), **h3**, **h4**, **s12**, **s13**, **r6**, **e1** y **e6.a**. Esto se logrará mediante la utilización del Software estadístico, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), el cual será la herramienta

fundamental para el desarrollo de esta investigación.

Validez: La encuesta CASEN es válida, ya que busca caracterizar los hogares de la población chilena de forma holística, abarcando distintas temáticas tales como registro de residentes, educación, empleo, ingresos, salud, residentes y vivienda.

Confiable: La encuesta CASEN es confiable, porque se ha realizado en doce ocasiones desde el año 1990 hasta el 2015 en un intervalo de 2 o 3 años, siendo los resultados representativos para la sociedad chilena, es más, estos datos se han ocupado en argumentos para realizar nuevas políticas públicas. Se puede inferir que la encuesta CASEN es un instrumento serio, ya que es válido y confiable.

El organismo responsable de realizar la encuesta CASEN es el Ministerio de Desarrollo Social y el organismo ejecutor es el Instituto Nacional de Estadísticas INE (diseño muestral y elaboración de factores de expansión) y Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (levantamiento y procesamiento de la información), por lo que es una encuesta que es realizada de forma seria y responsable, validada por otras instituciones tales como el Ministerio de Salud, ya que sus datos se ocupan como argumentos para realizar políticas públicas para el país.

5.7. Estrategia de análisis descriptivo:

Para el desarrollo de esta investigación, se plantea el siguiente análisis estadístico en relación con cada objetivo específico mencionado.

Objetivo	Análisis estadístico
OE1	<p><i>Caracterizar a la población Adulto Mayor chilena según factores sociodemográficos (sexo, grupo etario, estado civil, quintil de ingreso, nivel educacional, zona geográfica y previsión de salud), Autopercepción de Salud y Participación en Organizaciones Sociales.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Se realiza tablas univariada para todas las variables.- Se realiza tablas de contingencia para caracterizar la muestra utilizando las variables sociodemográficas.- Para las variables cuantitativas como quintil de ingreso, se realizan gráficos de barra.
OE2	<p><i>Identificar el nivel de Autopercepción de Salud de la población Adulto Mayor chilena, según factores sociodemográficos como sexo, grupo etario, estado civil, quintil de ingreso, nivel educacional, zona geográfica y previsión de salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Para las variables cualitativas y cuantitativas se realiza una tabla de doble entrada con la variable Autopercepción de Salud con cada una de las variables sociodemográficas.

<p>OE3</p>	<p><i>Identificar la Participación en Organizaciones Sociales de la población Adulto Mayor chilena según factores sociodemográficos como sexo, grupo etario, estado civil, quintil de ingreso, nivel educacional, zona geográfica y previsión de salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para las variables cualitativas y cuantitativas se realiza una tabla de doble entrada con la variable Participación Social con cada una de las variables sociodemográficas.
<p>OE 4</p>	<p><i>Identificar el nivel de Autopercepción de Salud según tipo de Organización Social en la que participa la población Adulto Mayor chilena.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En el caso de variables cualitativas de Autopercepción de Salud y Participación en Organizaciones Sociales, se realiza una tabla de contingencia para el análisis estadístico y analizará la relación entre éstas.

6. Aspectos éticos:

En el presente trabajo se analizan datos estadísticos provenientes de la encuesta CASEN 2015. La institución que estuvo a cargo de aplicar la encuesta fue el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile, quienes resguardaron todas las medidas para que el desarrollo de ésta cumpliera con todos los aspectos éticos que conlleva implementar una encuesta (Centro de Microdatos - Universidad de Chile, 2015).

Uno de estos aspectos fue capacitar al todo el personal que tomaría el rol de encuestador, para que pudiesen estar preparados para responder a las dudas de los entrevistados (Centro de Microdatos - Universidad de Chile, 2015). Los encuestadores eran los responsables de mencionar la garantía de confidencialidad que se encuentra en la portada de la encuesta, la cual indica que no se podrá divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades determinadas de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. Además, indica que toda la reserva de datos constituye un “secreto estadístico” (Ministerio del Desarrollo Social, 2015).

En el caso de que hubiera rechazo por parte de las personas de colaborar, los encuestadores debían mencionar que los datos que se le solicitarán se utilizarán sólo con fines estadísticos, que se mantendrán en absoluta reserva, que son anónimos (no se solicita ni los apellidos ni el RUT de las personas) y que, con la colaboración de las personas, es posible que el Ministerio de Desarrollo Social pueda hacer un diagnóstico sobre la situación socioeconómica del país. Existe un teléfono de callcenter donde el entrevistado puede llamar, para resolver cualquier duda sobre la

encuesta, cuyo número es desde red fija 229772065 o desde celulares 0229772065. También se le indicó que podrá realizar consultas sobre la encuesta al siguiente correo electrónico: encuestaCasen@microdatos.cl (Centro de Microdatos - Universidad de Chile, 2015).

Esta investigación está aprobada por parte del Comité de Ética Científico de Pregrado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (Anexo 3).

De acuerdo con los 7 criterios de Emanuel, se realiza un análisis acerca de la investigación para otorgar un marco coherente y ético, según orden cronológico:

Requisitos	Explicación
Valor Social o científico	<p>Esta investigación analiza la Autopercepción de Salud según la Participación Social en personas Adultos Mayores. Esta etapa necesita ser provista de recursos y añadir conocimientos acerca de los cambios propios de esta para así sobrellevarla de una forma exitosa, saludable y plena. Es por esto, que posee un gran beneficio social y humano sin la necesidad del uso de recursos inadecuados.</p> <p>Además, el diseño consiste en una muestra representativa a nivel nacional, regional lo que permite que los resultados de la investigación puedan generalizarse en la población estudiada y así ser de gran utilidad social.</p>
Validez Científica	<p>La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) es un estudio riguroso realizado por el Ministerio de Desarrollo Social del Ministerio de Salud de Chile para producir datos confiables y válidos acerca de la población chilena durante el año 2015.</p>
Selección Equitativa de los sujetos	<p>El diseño de la encuesta CASEN consiste en una muestra representativa a nivel nacional, regional y para 139 comunas, compuestas por capitales regionales y provinciales, y otras comunas que en conjunto concentran el 80% o más de la población de viviendas de cada región.</p>

	Es así como los resultados de la investigación pueden generalizarse en la población estudiada y así ser de gran utilidad social.
Razón Riesgo/beneficio favorable	No existen riesgos directos en esta investigación en relación con los participantes, ya que se analizan los resultados de preguntas ya realizadas por la encuesta CASEN. Sin embargo, existen directos beneficios ya que los resultados son relevantes para poder realizar cambios con relación a los Adultos Mayores.
Evaluación independiente	No aplica, ya que esta investigación no tiene documento que necesite ser evaluado, puesto que se basa en la encuesta CASEN para recoger información, la que está evaluada por distintos organismos independientes.
Consentimiento Informado	No aplica, ya que esta investigación se basa en la encuesta CASEN, donde los que implementan la encuesta realizaron sus propios protocolos, entregando un consentimiento informado a las personas entrevistadas, etc., por tanto, solo se analizan datos de la encuesta CASEN.
Respeto por los sujetos inscritos	No aplica, ya que en esta investigación solo se recogen datos de la encuesta CASEN.

7. Limitaciones:

Medición de ingreso:

- Error de No Respuesta: Existe porcentaje de población que no responde a las preguntas sobre el ingreso económico.

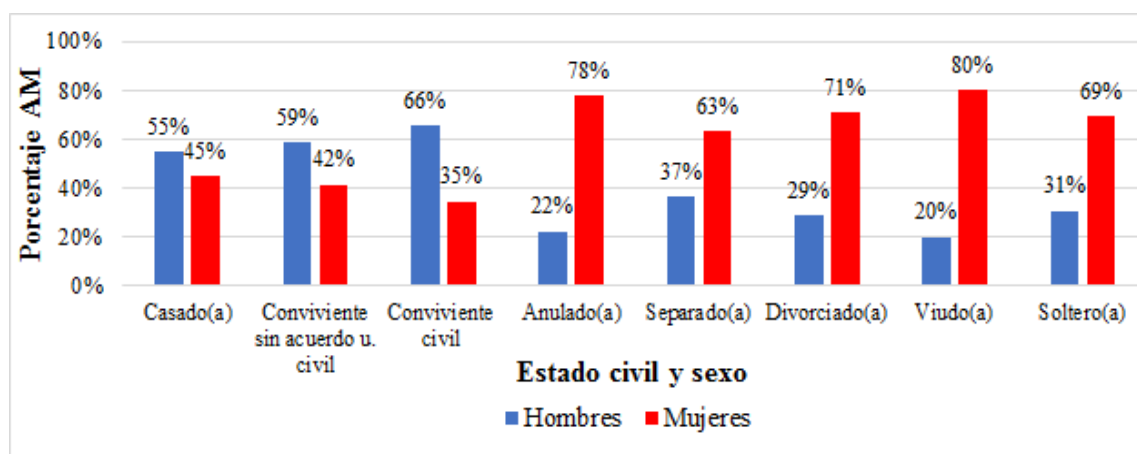
Error de medición:

- Precisión de las estimaciones: Alta heterogeneidad de error de muestreo para tasa de pobreza entre comunas.
- Periodicidad del levantamiento: Cada tres años no es suficiente (poca especialización del Ministerio de Desarrollo Social y en consultora a cargo de recolectar datos).
- Estudio sobre calidad de datos: No se realiza investigación en Ministerio de Desarrollo Social sobre calidad de datos.

8. Presentación y análisis de resultados:

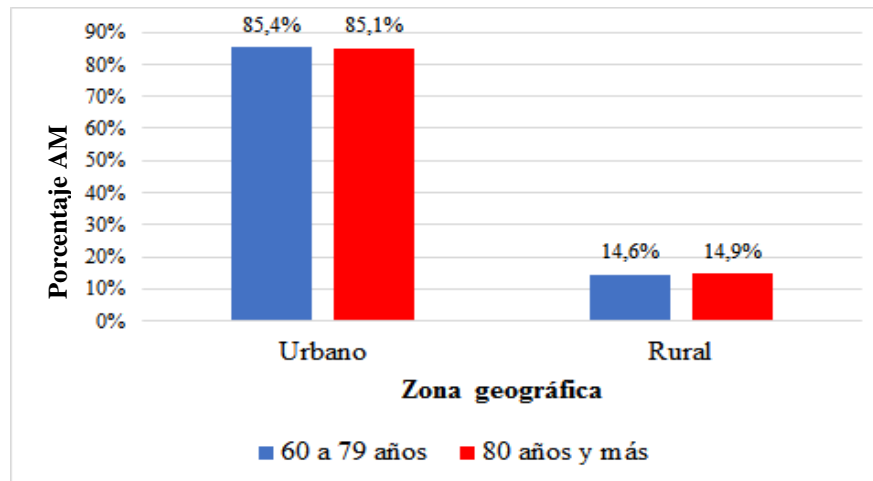
El estudio considero un universo de 3.075.603 personas mayores de 60 años (correspondientes al 17,5% de la población chilena), trabajándose con la totalidad de éste. El 82,8% de los Adultos Mayores tenía un rango etario de 60 a 79 años, versus el 17,2% de los AM que tenía una edad de 80 años y más. Independientemente a la variable de grupo etario, siempre predomina el sexo femenino.

Gráfico 1: Distribución de la población Adulto Mayor según sexo y estado civil.



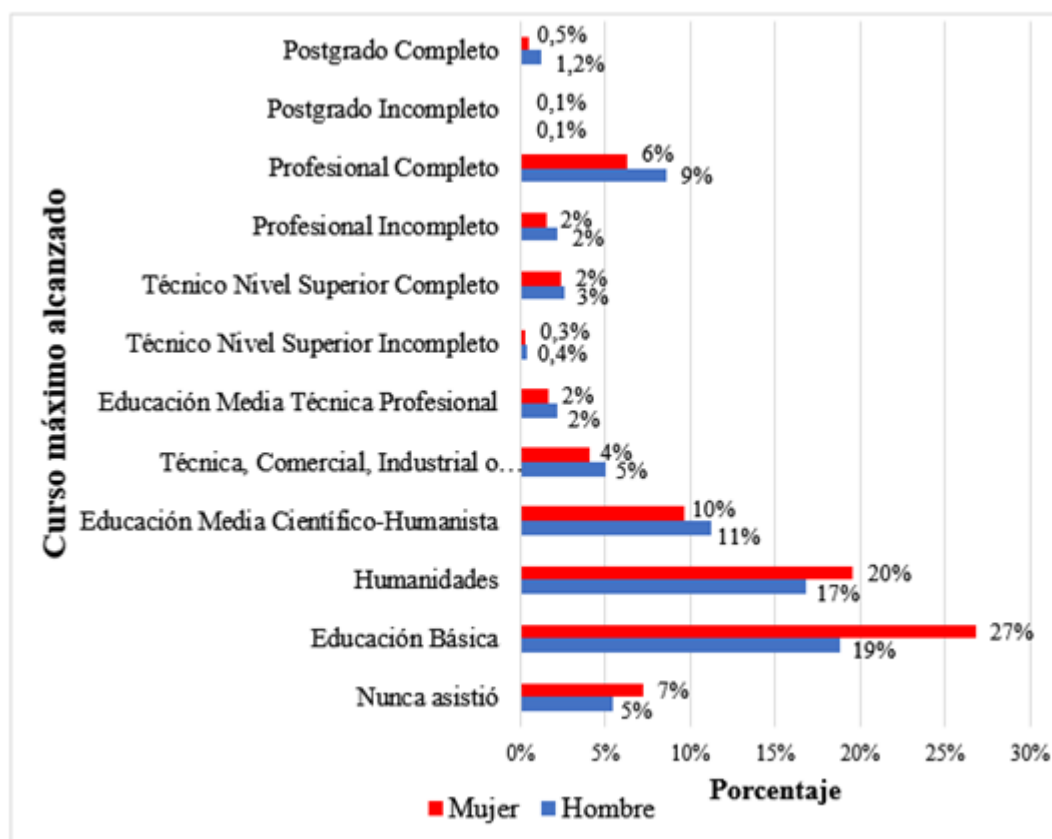
El estado civil que predomina en los AM de 60 a 79 es el de casado y en el tramo de 80 y más predominan los solteros seguido de las mujeres viudas. Se observa que aquellos que viven en pareja son en su mayoría hombres (73,3% hombres versus 44,2% mujeres emparejadas), las mujeres principalmente viven sin pareja, es decir, en el estado civil anulado, separado, divorciado y viudo la mayoría son del sexo femenino. Esto se relaciona con que las mujeres, tienen una mayor expectativa de vida.

Gráfico 2: Distribución de la población Adulto Mayor por zona geográfica según grupo etario y sexo.



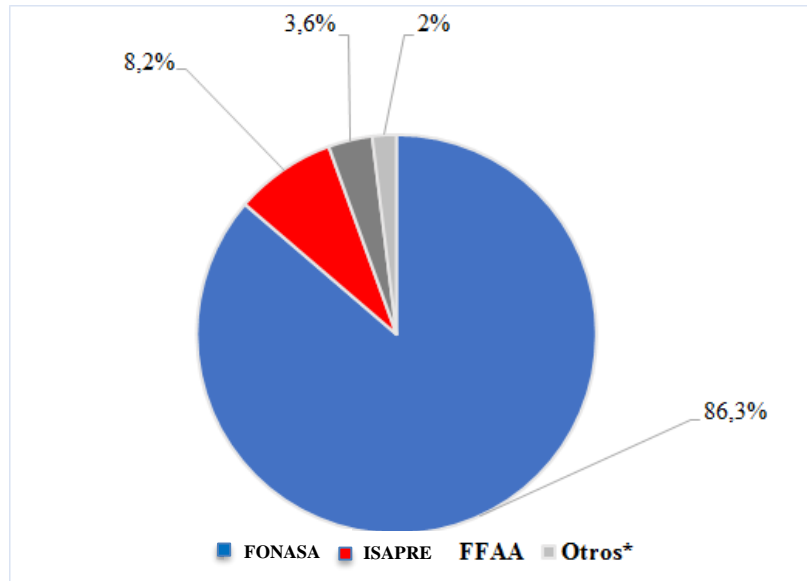
Al observar la totalidad del universo y su distribución, existe un mayor porcentaje de Adultos Mayores en zona urbana (85,4% versus un 14,6% que viven en zona rural). Residen preferentemente en esta zona, independiente de la edad. Sin embargo, al ver la distribución por sexo, existen más mujeres en la zona urbana (58,4%), en cambio en zona rural, el sexo se encuentra prácticamente equiparados (49,5% hombres y 50,5% mujeres).

Gráfico 3: Distribución de la población Adulto Mayor en Chile según nivel educacional y sexo.



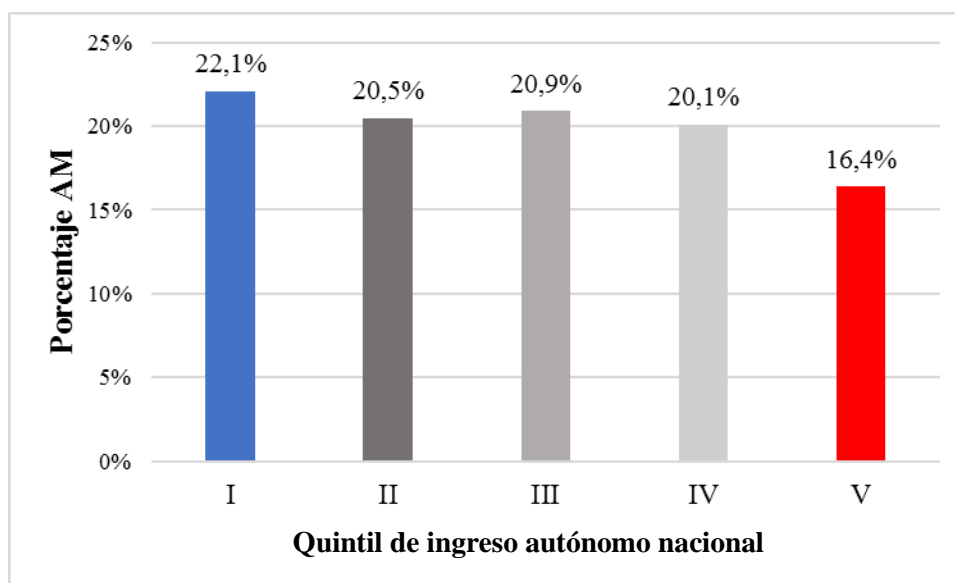
Aproximadamente la mitad de la población Adulto Mayor (46%) alcanzó el nivel educacional primario, que corresponde a estudios básicos (sistema antiguo de primaria o preparatoria y de 1° a 8° básico). El 6,4% del universo se encuentra sin estudios, y de esta categoría el 64% son mujeres. En el nivel educacional secundario (enseñanza media, liceos comerciales, industriales, técnicos, etc.) predomina el sexo masculino, al igual que en el nivel terciario (técnico superior, universitarios, posgrados, etc.).

Gráfico 4: Distribución de la población Adulto Mayor según previsión de salud.



Los Adultos Mayores pertenecen en su mayoría al sistema de salud FONASA (86,3%). En el grupo “otros” se encuentra el Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) a los Afectados por violaciones a los Derechos Humanos, mutuales y los que no tienen previsión de salud (41.768 personas correspondientes al 1,4% de la población AM).

Gráfico 5: Distribución de la población Adulto Mayor según quintil de ingreso autónomo nacional.



Nota:

Quintil I:

\$0 - \$74.969

Quintil II:

\$74.970 - \$125.558

Quintil III:

\$125.559 - \$193.10

Quintil IV:

\$193.105 - \$352.743

Quintil V: \$352.744 -

El 42,5% de los Adultos Mayores se encuentra entre los quintiles de ingreso más bajos (ingreso menor a \$125.558). En el IV° y V° quintil predomina porcentualmente el sexo masculino.

Tabla 1: Distribución de la población Adulto Mayor según Autopercepción de Salud.

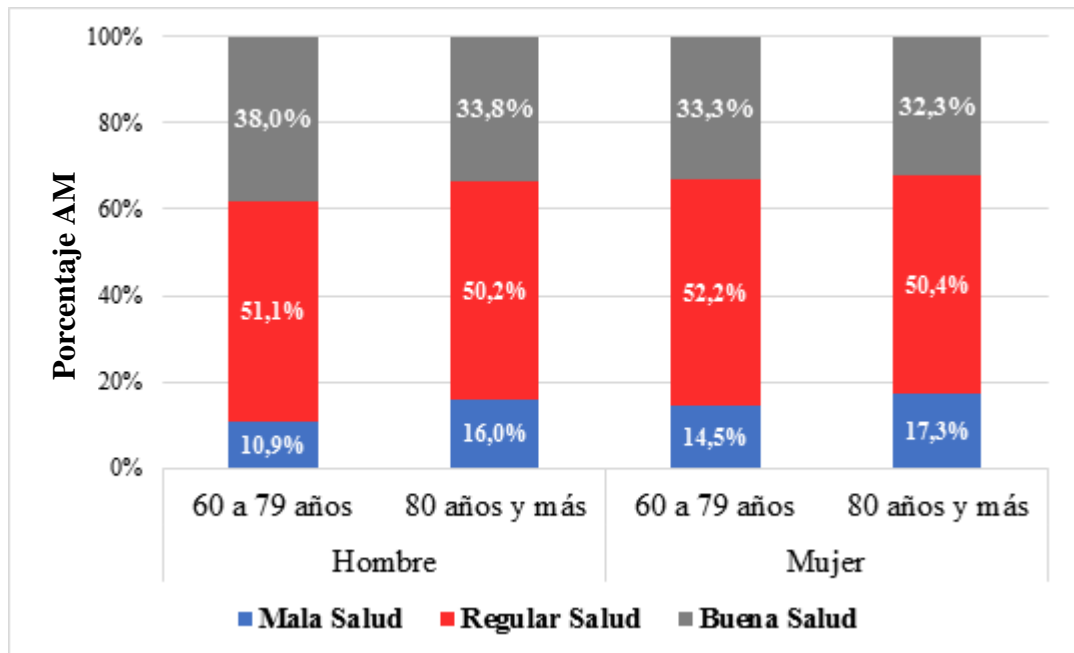
TIPO DE RESPUESTA		AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD			Total
		Mala	Regular	Buena	
Respuesta dada por otra persona	N°	213.625	559.167	336.617	1.109.409
	Porcentaje	19,3%	50,4%	30,3%	100%
Responde directamente	N°	267.955	1.008.171	677.953	1.954.079
	Porcentaje	13,7%	51,6%	34,7%	100%

En esta tabla se muestra el nivel de Autopercepción de Salud que fue evaluada a partir de las respuestas de los AM que contestaron directamente la pregunta s13 de la encuesta CASEN 2015 (“Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?”), que equivale a 1.954.079 personas (63,5%). En caso de que el Adulto Mayor no pudo contestar por encontrarse ausente al momento de aplicar la encuesta, esta respuesta fue dada por otro integrante del grupo familiar calificado (36%).

Los AM que responden directamente tienen una buena Autopercepción de su Salud (34,7%). Sin embargo, cuando es otra persona la que contesta por los Adultos Mayores ausentes en el hogar, este porcentaje disminuye a un 30,3% y el porcentaje de mala salud aumenta a un 19,3%.

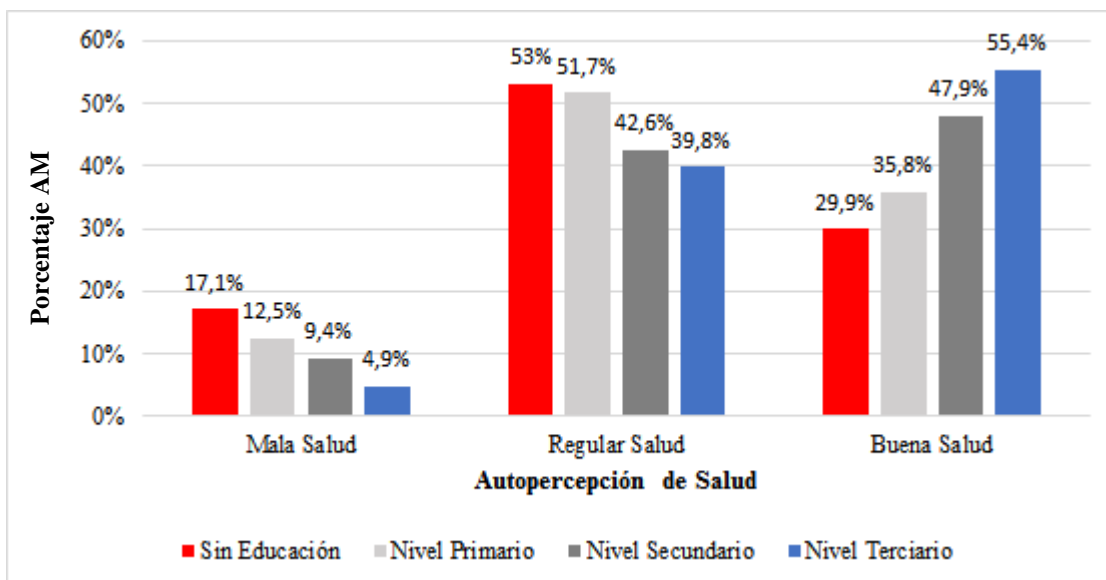
Luego al analizar la distribución de la población AM según la variable Participación en Organizaciones Sociales esta se compone de: 65,6% de AM que no participan y 34,3% sí participa.

Gráfico 6: Autopercepción de Salud en la Población Adulto Mayor según sexo y grupo etario.



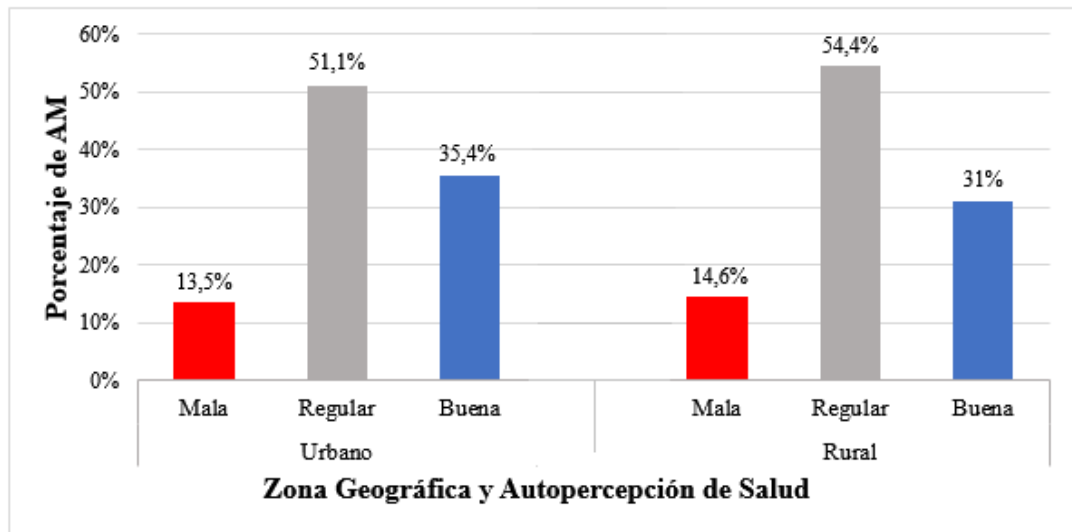
La Autopercepción de Salud que más predomina en la población Adulto Mayor es la categoría regular, y esta se mantiene constante independiente a la variable de sexo y grupo etario. La categoría de mala salud varía a medida que aumenta la edad (se incrementa), situación que es similar en ambos sexos. Con respecto a la percepción de tener una buena salud, ésta disminuye en los AM con el paso de los años.

Gráfico 7: Autopercepción de Salud en la Población Adulto Mayor según nivel educativo.



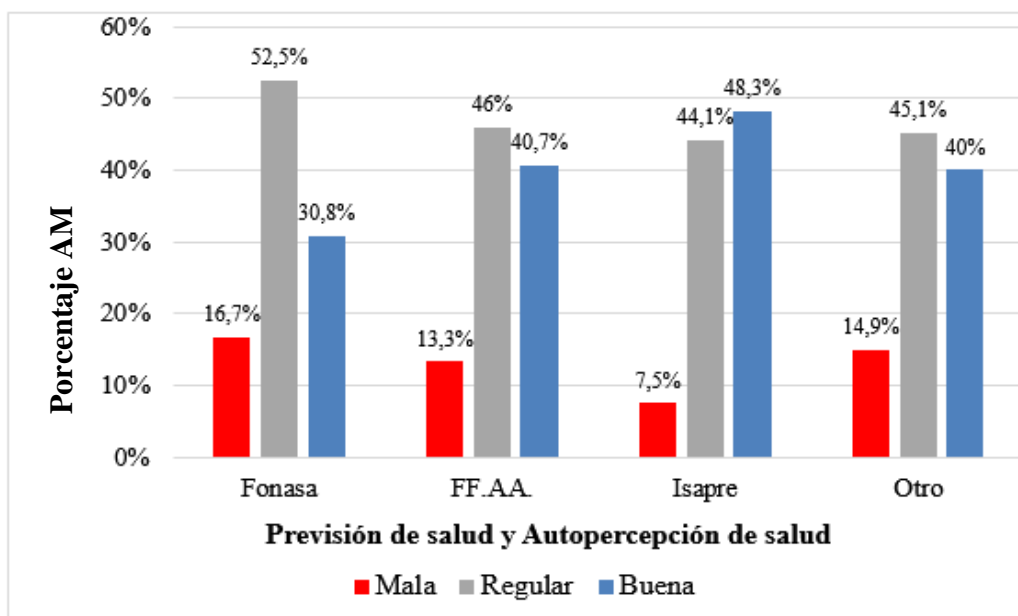
A mayor nivel educativo (secundario y terciario), se describe una buena Autopercepción de Salud. Mientras que los Adultos Mayores que no tienen educación y los que alcanzaron el nivel primario, perciben su estado de salud como regular.

Gráfico 8: Autopercepción de Salud en Adulto Mayor según zona geográfica.



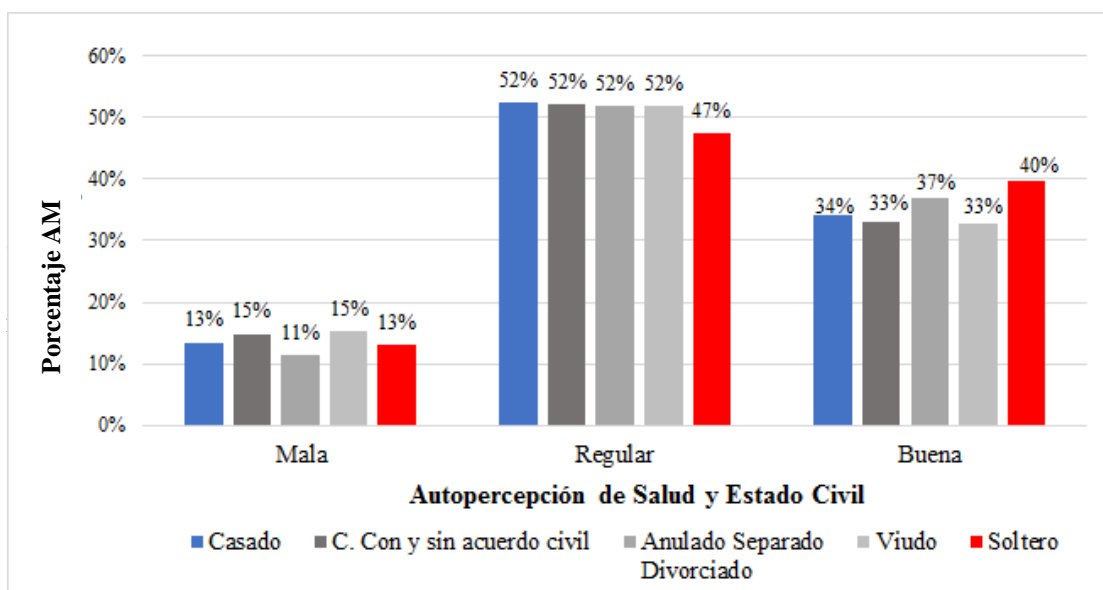
Hay un mayor porcentaje que considera tener una buena salud entre quienes viven en zonas urbanas con relación a zona rural. No se observa una diferencia importante entre quienes viven en zona rural y urbana y refieren tener una mala salud. Las diferencias no son muy grandes en ninguna de las categorías de Percepciones de Salud.

Gráfico 9: Autopercepción de Salud en la población Adulto Mayor según previsión de salud.



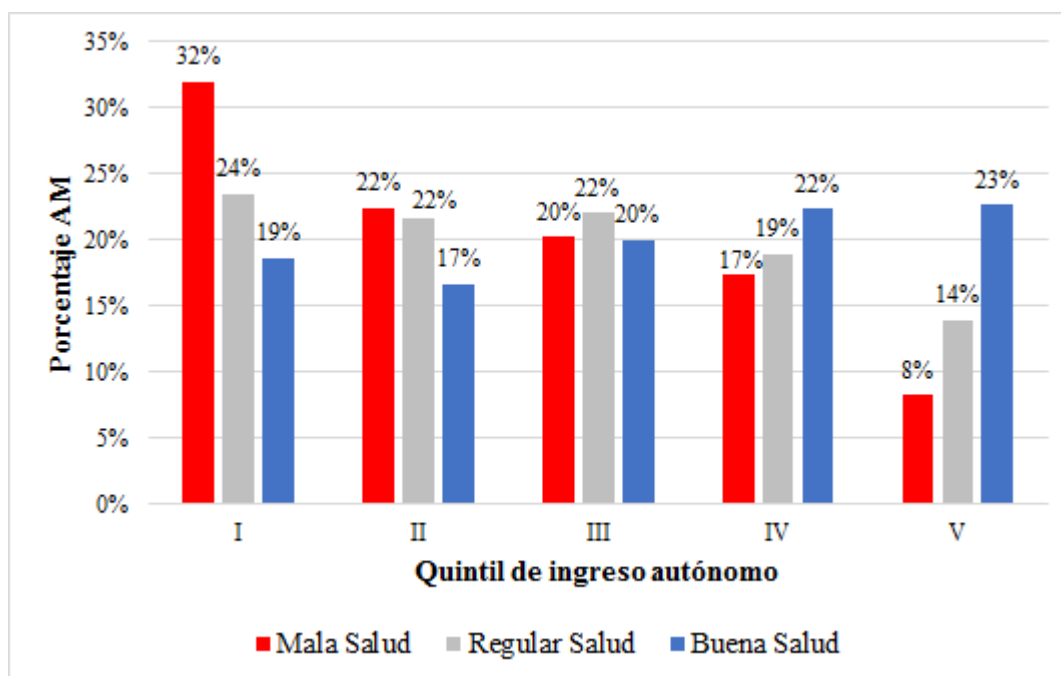
La población AM que tiene ISAPRE, es la que más considera tener una buena salud (nota 6 y 7 a su estado de salud). En FONASA, FF.AA. y otros sistemas de salud predomina la Autopercepción regular (nota 3, 4 y 5) y en el único sistema en el que no predomina este estado es en los AM que se encuentran en ISAPRE. Si se toma en cuenta sólo la percepción clasificada como mala, ésta se encuentra en mayor proporción en los AM adscritos a FONASA.

Gráfico 10: Autopercepción de Salud en la Población Adulto Mayor según estado civil.



Con respecto al estado civil, existe mayor porcentaje de Percepción de Salud como regular en todas las categorías de estado civil. En los Adultos Mayores que consideran buena su salud, predomina el estado de soltería con un 40% y en los que encuentran su salud mala (nota 1 y 2) sobresale el estado de conviviente y viudez.

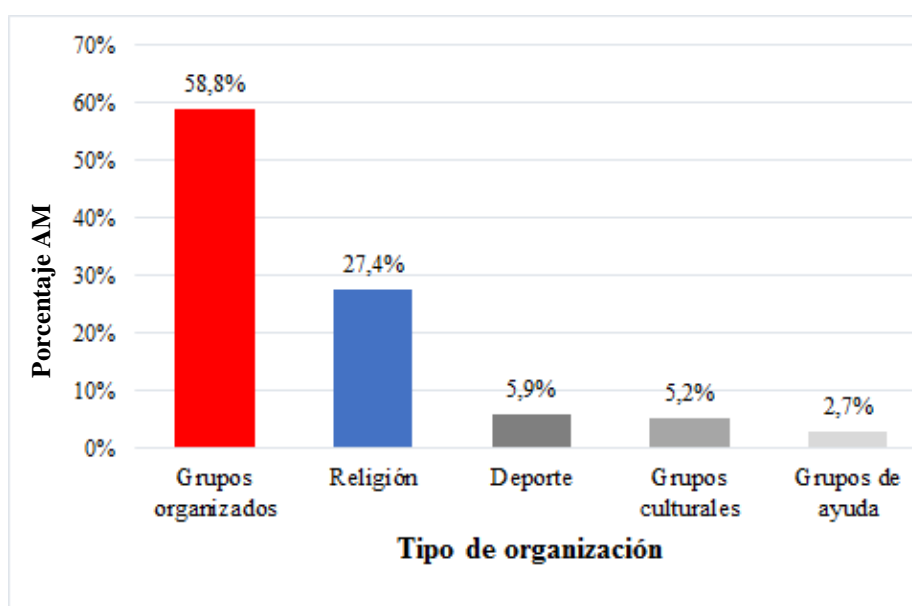
Gráfico 11: Autopercepción de Salud en la población Adulto Mayor según quintil de ingreso autónomo nacional.



En relación con el quintil de ingreso, si se pertenece al 20% más bajo, la Percepción de Salud que destaca es la clasificada como mala, equivalente a un 32% de este primer segmento. Los AM que se encuentran en los quintiles más altos (IV° y V°), consideran su salud como buena e incluso muy buena (nota 7).

Gráfico 12: Participación de Adultos Mayores en Organizaciones Sociales.

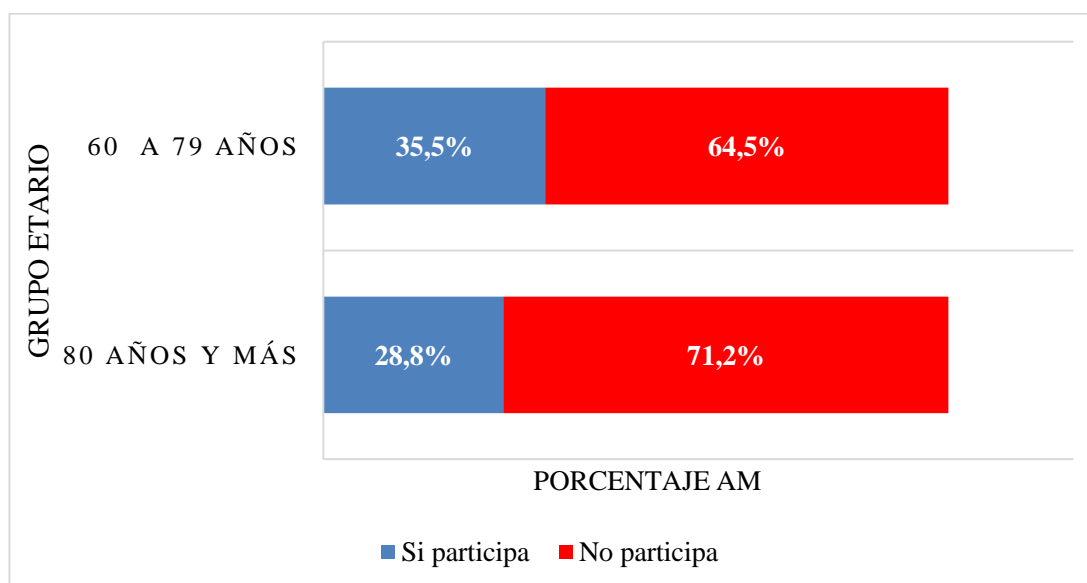
Al observar la participación en los AM chilenos se da cuenta que la mayoría de ellos no participa (65,6%) en Organizaciones Sociales. En la pregunta r6 de la encuesta CASEN 2015 (*En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado?*), se detallan catorce tipos de Organizaciones Sociales, las cuales fueron agrupadas en cinco categorías: grupos organizados, religiosos, deportivos, culturales y grupos de ayuda.



De la población AM que sí participa, la categoría que predomina con un 58,8% son los grupos organizados, tal como se demuestra en el gráfico N° 12. Dentro del cual destaca las juntas de vecinos y organizaciones territoriales (comité de aguas o allegados) con un 10,6%.

En segundo lugar, se encuentra la categoría de grupos religiosos (9,4% del total de los catorce tipos de organizaciones) y en tercer lugar las agrupaciones de Adulto Mayor (7,3%).

Gráfico 13: Participación en Organizaciones Sociales en la población Adulto Mayor según grupo etario.



A medida que los AM van envejeciendo, se observa un incremento porcentual en la población que no participa en Organizaciones Sociales.

Sólo un 29.9% de los hombres participa en una Organización Social y un 70,1% no lo hace. El sexo femenino sobrepasa la participación de ellos en un 7,8%, y un 62,3% de ellas se relaciona en Organizaciones Sociales. En conclusión, los hombres participan menos que las mujeres.

Los AM que viven en zona rural participan porcentualmente más que los AM que viven en zona urbana (43,7% versus 32,8%).

Por otra parte, al analizar la variable de Participación Social según estado civil, se observa que en todas las categorías existe un mayor porcentaje de AM que no

participan, destacando las parejas que conviven con o sin acuerdo de unión civil (71,8% sin participar). En cuanto a la población que sí participa destacan los AM casados, seguido de los separados y/o divorciados.

Finalmente, al cruzar las variables de Participación en Organizaciones Sociales según previsión de salud, se advierte que en todas las categorías predomina la no participación, con un mayor incremento en los AM que se encuentran sin cobertura de salud. Sin embargo, dentro de los que sí participan, se distingue un mayor porcentaje de participación en aquellos que pertenecen al sistema de FONASA (34,9%).

Gráfico 14: Participación en Organizaciones Sociales de población Adulto Mayor según Quintil de ingreso autónomo nacional.

Quintil de ingreso autónomo nacional		Participación Social		Total
		Si participa	No participa	
I	Nº	243.726	433.230	676.956
	Porcentaje	36%	64%	100%
II	Nº	218.939	408.779	627.718
	Porcentaje	34,9%	65,1%	100%
III	Nº	224.324	417.869	642.193
	Porcentaje	34,9%	65,1%	100%
IV	Nº	190.654	424.158	614.812
	Porcentaje	31%	69%	100%
V	Nº	177.241	327.618	504.859
	Porcentaje	35,1%	64,9%	100%
Total	Nº	1.054.884	2.011.654	3.066.538
	Porcentaje	34,4%	65,6%	100%

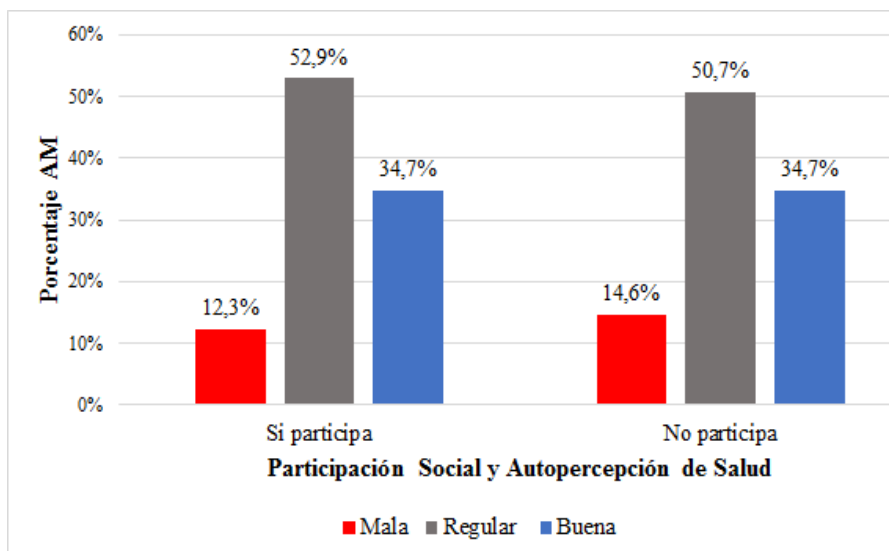
En relación con la variable quintil de ingreso autónomo nacional, se observa que en la población AM que recibe el 20% de ingreso más bajo, se observa el mayor porcentaje de participación. En contraste, los que menos participan se encuentran en el quinto quintil.

Tabla 2: Participación en Organizaciones Sociales en la población Adulto Mayor según Nivel educacional.

			Participación Social		Total
			Si participa	No participa	
Nivel Educativo	Sin Educación	Nº	636.130	1.205.729	1.841.859
		Porcentaje	34,5%	65,5%	100%
	Nivel primario	Nº	212.460	427.445	639.905
		Porcentaje	33,2%	66,8%	100%
	Nivel Secundario	Nº	131.230	227.572	358.802
		Porcentaje	36,6%	63,4%	100%
	Nivel Terciario	Nº	12.339	12.202	24.541
		Porcentaje	50,3%	49,7%	100%
Total		Nº	992.159	1.872.948	2.865.107
		Porcentaje	34,6%	65,4%	100%

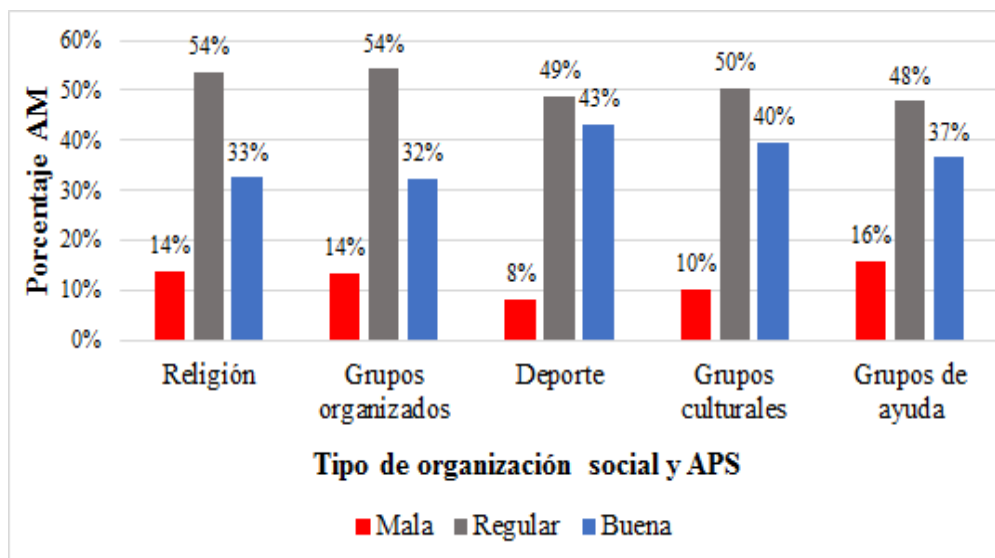
En los AM que alcanzaron un nivel educacional superior (técnico o universitario) se ve notablemente aumentada su Participación en Organizaciones Sociales. Por otra, existe mínima diferencia de participación en quienes no tienen estudios o alcanzaron educación básica y/o enseñanza media. El nivel primario se considera como el nivel educacional con menor participación.

Gráfico 15: Autopercepción de Salud en Adultos Mayores según Participación en Organizaciones Sociales.



Los AM que participan en Organizaciones Sociales perciben en mayor porcentaje su salud como regular, al igual que aquellos que no participan, por lo que no existe gran diferencia al comparar solo por participación. Sin embargo, hay un mayor porcentaje que perciben su salud como mala en aquellos que no participan en Organizaciones Sociales.

Gráfico 15: Autopercepción de Salud según tipo de Organización Social en la que participan Adultos Mayores.



Grupos organizados: Junta de vecinos, agrupaciones de mujeres, agrupación de AM, agrupación corporativa (sindicato, asociación gremial), centro de padres y apoderados.

Grupos de ayuda: Grupos de voluntariado (cruz roja, damas de colores, voluntarios en instituciones de caridad), grupos de autoayuda en salud (diabetes, HTA, obesos, etc.).

Cultural: Agrupación artística o cultural, grupos de identidad cultural (asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, otros), agrupaciones ideológicas (partido político).

Se observa que los AM que tienen una mejor Percepción de su Salud son los que practican deporte. Por otro lado, los AM que participan en grupos de autoayuda son los que consideran en mayor porcentaje mala su salud.

Tabla 4: Adultos Mayores según Autopercepción de Salud, Participación en Organizaciones Sociales y sexo.

Autopercepción de Salud		SEXO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL			
		Hombre		Mujer	
		Si participa	No participa	Si participa	No participa
Mala	Nº	25.432	56.326	69.901	115.881
	Porcentaje	10,1%	12,4%	13,4%	15,9%
Regular	Nº	131.693	226.730	277.189	371.771
	Porcentaje	52,5%	50,1%	53,1%	51,1%
Buena	Nº	93.770	169.800	174.560	239.309
	Porcentaje	37,4%	37,5%	33,5%	32,9%
Total	Nº	250.895	452.856	521.650	726.961
	Porcentaje	100%	100%	100%	100%

No existe diferencia porcentual entre los hombres que participan y no participan en Organizaciones Sociales y que clasifican su salud cómo buena, en cambio, tanto en hombres como en mujeres, hay una diferencia porcentual entre los que participan en Organizaciones Sociales y los que no participan que clasifican su salud como mala.

Tabla 5: Adultos Mayores según Autopercepción en Salud, Participación en Organizaciones Sociales y grupo etario.

Autopercepción de Salud		PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GRUPO ETARIO			
		60 - 79 años		80 años y más	
		Si participa	No participa	Si participa	No participa
Mala	Nº	82.180	136.997	13.153	35.210
	Porcentaje	12,3%	13,8%	12,8%	19,1%
Regular	Nº	355.626	507.026	53.256	91.475
	Porcentaje	53,1%	51,0%	51,9%	49,5%
Buena	Nº	232.124	351.080	36.206	58.029
	Porcentaje	34,6%	35,3%	35,3%	31,4%
Total	Nº	669.930	995.103	102.615	184.714
	Porcentaje	100%	100%	100%	100%

Los AM comprendidos entre los 60 y 79 años que perciben mala su salud, un mayor porcentaje (13,8%) se encuentra en quienes no participan en Organizaciones Sociales, lo que aumenta en los AM de 80 años y más, (19,1%). Además, a mayor edad hay un incremento porcentual de buena salud en aquellos que sí participan.

En relación con la Autopercepción considerada buena, se produce un fenómeno distinto en el tramo de edad de 60 a 79 años, en el que el porcentaje de los que no participan en una Organización Social, consideran mejor su salud que aquellos que sí participan, lo que puede ser probable porque en este grupo etario siguen trabajando.

Tabla 6: Adultos Mayores según Autopercepción de Salud, Participación en Organizaciones Sociales y estado civil.

Estado Civil	P. Social	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Casado	Si participa	47.165	13%	205.625	54%	125.987	33%	378.775	100%
	No participa	76.082	14%	275.689	51%	187.181	35%	538.952	100%
Convivi. con o sin acuerdo de U. civil	Si participa	5.680	14%	22.134	53%	13.679	33%	41.493	100%
	No participa	12.663	15%	42.824	52%	27.502	33%	82.989	100%
Anulado Separado. Divorciado.	Si participa	8.434	11%	42.051	54%	28.129	36%	78.614	100%
	No participa	14.536	12%	62.177	51%	45.852	37%	122.565	100%
Viudo	Si participa	25.014	13%	99.902	38%	64.345	34%	189.261	100%
	No participa	46.450	17%	143.324	51%	89.773	32%	279.547	100%
Soltero	Si participa	9.040	11%	39.172	46%	36.190	43%	84.402	100%
	No participa	22.476	14%	74.487	48%	58.801	38%	155.764	100%

Independiente al estado civil en el que se encuentre una persona mayor, éste percibirá peor su salud al no participar en una Organización Social, con mayor porcentaje en la población viuda. Se destaca que los AM emparejados (casados o convivientes con o sin acuerdo de unión civil) y que no participan, consideran porcentualmente mejor su salud que los que sí participan. Por otro lado, los viudos y solteros que participan en Organizaciones Sociales consideran mejor su salud que los que no participan.

Tabla 7: Adultos Mayores según Autopercepción de Salud, Participación en Organizaciones Sociales y quintil de ingreso autónomo nacional.

Quintil de Ingreso Autónomo	P. Social	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
I	Si participa	29.972	16,3%	100.750	54,7%	53.529	29,1%	184.251	100%
	No participa	55.406	21,0%	135.972	51,7%	71.862	27,3%	263.240	100%
II	Si participa	22.402	14,1%	89.792	56,7%	46.213	29,2%	158.412	100%
	No participa	37.462	16,2%	128.153	55,3%	65.965	28,5%	231.580	100%
III	Si participa	20.871	12,7%	89.442	54,3%	54.368	33,0%	164.681	100%
	No participa	33.309	13,6%	131.987	53,7%	80.267	32,7%	245.563	100%
IV	Si participa	15.336	11,0%	72.120	51,8%	51.829	37,2%	139.285	100%
	No participa	30.786	12,4%	118.372	47,7%	99.150	39,9%	248.308	100%
V	Si participa	6.747	5,4%	56.778	45,1%	62.324	49,5%	125.849	100%
	No participa	15.215	8,0%	83.574	44,2%	90.443	47,8%	189.232	100%

Independiente del quintil en el que se encuentren los AM, los que no participan en una Organización Social califican más mala su salud, este porcentaje se incrementa en quienes se encuentran en los quintiles I y II. En los AM que participan en una Organización Social, a medida que aumenta el quintil de ingreso, existe una proporción directa, ya que también aumenta el porcentaje de AM que considera buena salud. Por lo tanto, las personas que pertenecen al quinto quintil y participan en una Organización Social, son los que perciben mejor su estado de salud (nota 6 y 7) en comparación al resto de los quintiles.

Tabla 8: Adultos Mayores según Autopercepción en Salud, Participación en Organizaciones Sociales y previsión de salud.

Previsión de Salud	P. Social	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
FONASA	Si participa	83.407	13,1%	347.603	54,4%	207.862	32,5%	638.872	100%
	No participa	150.417	15,7%	498.241	51,8%	312.303	32,5%	960.961	100%
FF.AA	Si participa	2.361	9,0%	11.491	43,9%	12.337	47,1%	26.189	100%
	No participa	3.952	9,7%	18.522	45,4%	18.336	44,9%	40.810	100%
ISAPRE	Si participa	3.514	5,8%	27.591	45,8%	29.177	48,4%	60.282	100%
	No participa	6.233	6,8%	39.539	43,4%	45.387	49,8%	91.159	100%
PARTICULAR	Si participa	1.228	15,4%	3.253	40,9%	3.476	43,7%	7.957	100%
	No participa	2.208	12,9%	7.602	44,4%	7.312	42,7%	17.122	100%
Otro Sistema	Si participa	182	5,1%	1.858	51,7%	1.553	43,2%	3.593	100%
	No participa	837	10,8%	4.623	59,7%	2.284	29,5%	7.744	100%

Los AM que participan y que se encuentran en ISAPRE, son los que consideran en mayor proporción su salud como buena, en comparación al resto de las previsiones.

Dentro de los que no participan, FONASA es el sistema de previsión de salud con más número de Adultos Mayores que califican su salud como mala o muy mala (nota 1, 2 o 3).

Tabla 9: Adultos Mayores según Autopercepción en Salud, Participación en Organizaciones Sociales y zona geográfica.

Autopercepción de Salud		Urbano		Rural	
		Si participa	No participa	Si participa	No participa
Mala	Nº	75.894	148.146	19.439	24.061
	Porcentaje	12,1%	14,5%	13,5%	15,5%
Regular	Nº	329.177	515.661	79.705	82.840
	Porcentaje	52,3%	50,3%	55,5%	53,4%
Buena	Nº	223.829	361.018	44.501	48.091
	Porcentaje	35,6%	35,2%	31%	31%
Total	Nº total	628.900	1.024.825	143.645	154.992
	Porcentaje	100%	100%	100%	100%

En ambas zonas geográficas los AM que perciben su salud como mala porcentualmente son más los que no participan en Organizaciones Sociales

Los AM que viven en zonas urbanizadas tienen una mejor Percepción de su Salud. Esto se contrapone con el hecho de que, en zonas rurales, aunque sí participen en una Organización Social, la Percepción de Salud es peor que las de los AM de zonas urbanizadas. Por lo tanto, los AM que viven en zonas urbanizadas y participan en Organizaciones Sociales tienen mejor Percepción de su Salud.

Tabla 10: Adultos Mayores según Autopercepción de Salud, Participación en Organizaciones Sociales y nivel educacional.

Nivel Educativo	P. Social	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Sin Educación	Si participa	7.516	18,7%	20.656	51,4%	11.990	29,9%	40.162	100%
	No participa	15.585	22,8%	35.987	52,7%	16.726	24,5%	68.298	100%
Nivel Primario	Si participa	51.013	14,3%	201.095	56,3%	105.033	29,4%	357.141	100%
	No participa	88.354	16,3%	286.141	52,8%	167.766	30,9%	542.261	100%
Nivel Secundario	Si participa	22.722	10,5%	138.576	52,4%	97.912	37,1%	264.210	100%
	No participa	56.596	13,6%	211.160	50,9%	147.500	35,5%	415.256	100%
Nivel Terciario	Si participa	8.747	7,9%	48.208	43,8%	53.202	48,3%	110.157	100%
	No participa	11.251	7,3%	64.946	42,4%	76.902	50,2%	153.099	100%

Los AM pertenecientes al nivel terciario de educación son porcentualmente los que más clasifican su salud como buena independiente de si se encuentran participando o no en una Organización Social. Sin embargo, dentro de esta categoría existe un fenómeno donde el no participar genera una mejor Percepción de Salud.

Por otro lado, se observa una relación inversamente proporcional entre nivel educacional y Participación Social, con Autopercepción de Salud, ya que, a medida que aumenta los años de estudios, disminuye la mala salud y viceversa.

9. Discusión:

Los AM corresponden al 17,5% de la población chilena, donde en su mayoría son personas de 60 a 79 años predominando el sexo femenino. El estado civil que destaca en este tramo son los hombres casados, y en el tramo de 80 y más predomina la soltería en ambos sexos, seguido de las mujeres viudas. La población AM vive principalmente en zona urbana (85,4%). La mayoría de los AM alcanzó el nivel primario de educación y los hombres tienen mayor nivel educacional que las mujeres. La mayoría pertenece al sistema de salud público (FONASA) y un 42,5% de los AM se encuentra en los quintiles I y II.

Solo el 34,7% de los AM que responde por sí mismo considera su salud como buena, y algunas variables que se relacionan con esto es el estar soltero, afiliados a un sistema privado de salud, con mayores años de escolaridad, vivir en zonas urbanas, y encontrarse en el quinto quintil de ingresos autónomo nacional. Por otro lado, los AM al pasar del tramo de edad de los 60 a 79 al de 80 y más, independiente del sexo, perciben como mala su salud, pertenecen a FONASA y se encuentran en el primer quintil de ingresos autónomo nacional.

Al analizar la Participación Social en Organizaciones Sociales, se evidencia que la mayoría de los AM no participa (65,7%), donde un 70,1% de ellos son hombres. De los que sí participan, lo hacen en grupos organizados y religiosos, se destaca que aquellos que participan en deporte en mayor porcentaje refieren tener una buena salud.

Los AM que más participan en Organizaciones Sociales, pertenecen a la zona rural, se encuentran afiliados a FONASA, pertenecen a los quintiles más bajos y alcanzaron un nivel educacional terciario. Por otro lado, se observa que a mayor edad y quienes pertenecen al quinto quintil de ingreso son los que menos participan socialmente, sin embargo, se destaca que éstos últimos son los que mejor perciben su salud. Es importante destacar que la Participación Social no varía independiente del estado civil en el que se encuentren los Adultos Mayores ya que predominan los que no participan.

De acuerdo con los resultados obtenidos se especula que participar o no en alguna Organización Social no se relaciona con percibir mejor la salud, es decir, que el AM participe en una Organización Social no hará que perciban mejor su salud, sin embargo, si repercutirá en aquellos que perciben su salud como mala, sea menor el porcentaje.

Con respecto a variables sociodemográficas como sexo, estado civil, edad, quintil de ingreso autónomo y zona geográfica, independiente a las subcategorías de estas, se observa que, si no se participa en una Organización Social, predominará la percepción de mala salud.

También se observa que a mayor edad aumenta la percepción de mala salud en quienes no participan, por el contrario, si se participa existe un incremento porcentual de buena salud. En relación con la Autopercepción de Salud, el participar

o no pareciera ser poco relevante en la calificación de su estado de salud en los Adultos Mayores pertenecientes al tramo de 60 a 79 años.

Según la variable de estado civil, el mayor porcentaje de los AM que consideran mala su salud son viudos y no participan en una Organización Social. Con respecto a los AM que se encuentran en FONASA y no participan, consideran más mala su salud. Se debe considerar que la mayoría de los AM se encuentra en este tipo de previsión. En relación con el nivel educacional, se observó que en el que a medida que aumenta los años de estudio, disminuye la mala percepción de salud.

El Ministerio de Salud, promueve la importancia de permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas para potenciar el envejecimiento activo y saludable (Ministerio de Salud, 2015). Sin embargo, según lo evidenciado anteriormente el 65,7% de los AM en Chile no participa en Organizaciones Sociales, por lo tanto, aún no se ha logrado transmitir la importancia de los beneficios de participar.

A medida que un individuo se acerca a la Adulthood Mayor, se produce un debilitamiento de las redes sociales debido a la pérdida de pareja, esto se evidencia en que en el tramo de los 80 años y más predomina notablemente la soltería seguido de la viudez. Además, en este proceso de envejecimiento se observa una disminución en la participación en Organizaciones Sociales. Estos resultados son similares a los mencionados por Guzmán & Huenchuan (Guzmán & Huenchuan, 2003).

Se observa que un mayor porcentaje de AM en Chile no participa en Organizaciones Sociales, independiente del grupo etario, aun así, los que participan, lo hacen mayormente en grupos organizados y religiosos. Se evidencia que hay claros beneficios al asociarse a un grupo religioso, tales como menor tasa de mortalidad, mejor salud mental y menor número de problemas funcionales. Sin embargo, se ha encontrado que los AM que participan en grupos religiosos se encuentran en los porcentajes más altos de Percepción de mala Salud. (Benedetti, Dorsi, Schwingel, & Chodzko-Zajko, 2012).

En relación con los resultados de zona geográfica, se obtuvo que los AM que viven en zona rural participan en mayor porcentaje. Estos resultados se avalan en el estudio de Lei, Xu, Nwaru, Long y Wu (2015) que señala que algunos de los factores que influyen en que el AM participe o no es la protección civil, la seguridad y la conectividad de las calles y si el entorno donde vive es rural o urbano.

En la investigación de Puga, Rosero, Glaser, y Castro (2007) se indica que el tamaño de la red social, incluidos los vínculos con parientes y amigos, se asocia con un menor riesgo de discapacidad, sin embargo, los resultados obtenidos acerca del estado civil de los AM indican que los casados participan en mayor porcentaje, no obstante, éstos mismos perciben su salud mala en relación con otros grupos de estado civil.

Según lo investigado, los AM que participan haciendo actividad física perciben mejor su salud lo que se relaciona con el estudio realizado por Stav, Hallenen, Lane,

y Arbesman (2008) que menciona que los AM que se vinculan en grupos que tienen por objetivo potenciar la actividad física, entre otros, tienen un impacto positivo en la salud y en la calidad de vida de las personas.

En el estudio de Moreno, Huerta, y Albala (2014) se ha encontrado que la Autopercepción de Salud, medida a través de una pregunta, es un buen predictor de morbimortalidad. Esto se observa indirectamente en esta investigación a través de la pregunta s13 de la encuesta CASEN, la cual evalúa la Autopercepción de Salud en AM.

En este estudio se encontró que existen factores que hacen que un AM perciba su salud como buena tales como el que sea soltero, que se encuentre afiliado a un sistema privado de salud, que posea mayores años de escolaridad, que viva en zona urbana, y que se encuentre en el quinto quintil de ingresos autónomo nacional. En el estudio de Chalovich y Eisenberg (2005) se menciona que los factores que determinan la salud y, por ende, la Autopercepción de ésta, son las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado conyugal, nivel educacional, ingresos), condiciones de vida como la cobertura de salud, también enfermedades crónicas y redes de apoyo.

En este mismo estudio el autor refiere que los Adultos Mayores al tener cónyuge significa que el individuo está activo en el área de Participación Social lo cual se avala en los resultados obtenidos en esta investigación, ya que, los AM casados participan en mayor porcentaje. Éste mismo menciona que al estar casados y tener

conversaciones constantes con sus parejas pueden mejorar su Percepción de Salud, sin embargo, en los análisis realizados se obtiene que los solteros perciben mejor su salud en mayor porcentaje. Es interesante profundizar en esta variable, puesto que, se contradice a la evidencia.

Según Castillo-Carniglia, Albala, Dangour, y Uauy (2012), el nivel socioeconómico influye directamente con el estilo de vida y la satisfacción vital. En esta investigación se obtiene que a mayor nivel socioeconómico (mayor quintil autónomo), aumenta la Percepción de buena Salud.

Según el Modelo de Determinantes Sociales en Salud, existen atributos que generan o fortalecen la división de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Además, recalca la jerarquía de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. En consecuencia, el bienestar no se logrará a menos que se aborden estas temáticas. La CDSS (Comisión sobre determinantes sociales de la salud) formuló tres recomendaciones integrales, las cuales son mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir y entender el problema evaluando la repercusión de las medidas. Ciertamente se ha encontrado en esta investigación que las variables que son relevantes en la Autopercepción de Salud son el quintil de ingreso autónomo, el nivel educacional y la previsión de salud, no así, la Participación Social, la cual ayuda a que la Percepción de Salud no disminuya (OPS, 2012).

En el estudio realizado por Frenz (2005), se respalda lo mencionado anteriormente, donde se hace referencia a la relevancia de que las desigualdades de salud sean tratadas, de tal modo que se deba tener en cuenta la importancia de los determinantes de la salud al momento de realizar intervenciones dirigidas a la población AM.

El estudio tiene alta validez interna, ya que la encuesta CASEN es una fuente de información confiable, el tipo de diseño utilizado fue el adecuado y el programa estadístico SPSS permitió el análisis e interpretación de resultados. Además, se realizó el máximo esfuerzo por parte de las investigadoras para controlar posibles errores desde la formulación de la pregunta hasta el cierre del proyecto. Respecto a la validez externa, a nivel internacional presenta una baja validez ya que existen diferencias culturales, sociales y políticas que no permiten extrapolar estos resultados a otros países. Por otro lado, a nivel nacional tiene una alta validez externa ya que muestra representatividad de la población AM chilena y se puede realizar proyecciones a partir de estos resultados a las nuevas generaciones de personas de 60 años.

10. Conclusión:

Respecto a los objetivos específicos de la investigación se puede mencionar que se cumplieron satisfactoriamente puesto que, se caracterizó la muestra con cada variable, se analizaron las variables primarias con cada factor sociodemográfico y finalmente se observó la relación entre Autopercepción de Salud, Participación Social y variables sociodemográficas.

Respecto a lo que ha significado el proceso de realizar este proyecto de investigación, se piensa que el período de aprendizaje ha sido fructífero, ya que se entregaron las herramientas necesarias para poder realizar una tesis cuantitativa para pregrado. Gracias a éstas, se pudo desarrollar esta investigación de forma clara y comprendiendo cada concepto utilizado.

Por otra parte, se concluye a partir de esta investigación, que las variables principales de este estudio se relacionan entre ellas, ya que, los AM que no participan en una Organización Social perciben peor su salud, sin embargo, se evidenció que hay otras variables más relevantes que la Participación Social y que se relacionan en mayor grado con la Autopercepción de Salud de los Adultos Mayores.

Las implicancias de este estudio para la práctica clínica de Enfermería son, por una parte, que potenciar la Participación Social de los AM parece ser una buena práctica para disminuir la mala Percepción de Salud, siendo la actividad física una medida que se puede promover a nivel de atención primaria. Por otra parte, la OMS recomienda la autoevaluación de la salud como una medida a incorporar de manera

regular en las encuestas de la salud (Moreno, Huerta, & Albala, 2014), por lo tanto, se cree importante proponer que se incluya en los controles de salud y/o en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) la pregunta cómo es la Autopercepción de Salud del AM y si participa o no en alguna Organización Social para luego derivar en forma oportuna.

En relación con las fortalezas del estudio se cree que la metodología escogida para contestar la pregunta fue adecuada, ya que, es necesario considerar las variables sociodemográficas con la Autopercepción de Salud y la Participación Social para saber cómo se comportan entre sí lo que permitió conocer las principales variables.

Para futuras investigaciones se sugiere realizar estudios cualitativos o cuantitativos analíticos que permitan profundizar aún más en variables que influyan directamente en la Autopercepción de Salud de las personas mayores y en la elección del tipo de Organización Social, como por ejemplo la variable de quintil de ingreso autónomo nacional, el nivel educacional y la previsión de salud. Además, estas variables dan luces de cómo guiar las políticas públicas en salud para los AM, ya que, dependiendo ellas, se pueden obtener mejores herramientas de abordaje basándose en las inequidades en salud propuestas en el Modelo de Determinantes Sociales. Por otra parte, se sugiere que los enfoques desde Enfermería que se pudiesen tener al momento de realizar intervenciones a la población AM deberían ser desde edades tempranas con énfasis en la población de 80 años y más, esto es independiente del sexo. Además, éstas deberían ser extendidas a zonas rurales y a AM pertenecientes a FONASA.

Se cree que esta temática de investigación es fundamental en los tiempos actuales y en los que vienen en que el país enfrenta una transición demográfica avanzada aumentando drásticamente el porcentaje de AM, por lo que es necesario profundizar en esta línea de investigación con versiones más actualizadas de la encuesta CASEN, cuyos resultados pueden respaldar nuevas estrategias que permitan mejorar el estado de salud de los AM y por tanto la Autopercepción de ésta.

11. Resumen:

En Chile y el mundo está ocurriendo un proceso demográfico importante en que la población se está envejeciendo. Las entidades gubernamentales están enfocando sus acciones en potenciar la salud de este grupo etario. La evidencia actual muestra que una de las formas de lograrlo es participando en una Organización Social.

El objetivo general de esta investigación es conocer el nivel de Autopercepción de Salud de la población AM según Participación en Organizaciones Sociales en Chile durante el año 2015. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal, basado en los datos de la encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) año 2015. El universo son 3.075.603 AM.

Se analizaron variables como Autopercepción de Salud, Participación en Organizaciones Sociales, sexo, grupo etario, nivel educacional, zona geográfica, quintil de ingreso autónomo nacional, estado civil y previsión de salud, a través del software estadístico SPSS, con la finalidad de conocer cómo se comportan dichas variables.

Se concluye que las variables mencionadas se vinculan entre sí, ya que son factores sociodemográficos que determinan la salud de las personas. Por otro lado, los Adultos Mayores que no participan en una Organización Social perciben de peor manera su salud. A la vez, se evidencia que las variables quintil de ingreso autónomo, previsión de salud y nivel educacional, parecieran ser más relevantes que la participación en Organizaciones Sociales al momento de analizar la

Autopercepción de Salud en los Adultos Mayores en Chile.

Palabras claves: Adulto Mayor (AM); Autopercepción de Salud; Participación Social.

12. Referencias:

Benedetti, T. R. B., d'Orsi, E., Schwingel, A., & Chodzko-Zajko, W. J. (2012). *“Convivência” Groups: Building Active and Healthy Communities of Older Adults in Brazil*. *Journal of Aging Research*, 2012, 612918. p.1-2.
<http://doi.org/10.1155/2012/612918>

Castillo-Carniglia, Á., Albala, C., Dangour, A. D., & Uauy, R. (2012). *Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile*. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 414–420. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.021>

Chalovich, J. M., & Eisenberg, E. (2005). *Gender differences of social interactions and their effects on subjective well-being among Japanese elders*. *Biophysical Chemistry*, 257(5), 2432–2437. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2010.12.017>. Two-stage

Frenz, P. (2005). *Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud*. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(2), 103–110.

Guzmán, J. M., & Huenchuan, S. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual*. p.1. Retrieved from:
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf

Instituto Nacional de Estadística de Chile. (2007). *Adulto Mayor en Chile. Subdepartamento de Estadísticas Demográficas*, p.4. Retrieved from <http://nuevoportal.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estadístico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2>

Lei P, et al., (2015). *Social networks and health-related quality of life among Chinese old adults in urban areas: results from 4th National Household Health Survey*, *Public Health*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.009>

Ministerio del Desarrollo Social. (2015). *Encuesta CASEN 2015*, pág. 1, 39. Retrieved from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Cuestionario_CASEN_2015.pdf

Ministerio de Salud (2015). *Orientación Técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes*. [online]. p 4-.8. Retrieved from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2018/01/013.Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Ms-Autovalentes.pdf>

Ministerio del Desarrollo Social. (2016). *Salud: Síntesis de Resultados Casen 2015*, Pág. 87. Retrieved from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf

Moreno, X., Huerta, M., & Albala, C. (2014). *Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores*. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), p.246–247
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.07.006>

Ocampo, J. (2010). *Auto-percepción de salud: importancia de su uso en adultos mayores*. *Revista Colombia Médica*, 275–289. p.2. Retrieved from:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=73376&id_seccion=1610&id_ejemplar=7320&id_revista=108

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Constitución de la OMS: principios*. p.1.
Retrieved from: <http://www.who.int/about/mission/es/>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo*. (2001). [online] p.3. Available at:
http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Datos y cifras Envejecimiento y Ciclo de vida*. p.1. Retrieved from:
http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/

Organización panamericana de salud (OPS). (2012). *Determinantes e inequidades en salud*. Retrieved from: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es

Puga, D., Rosero, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). *Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Población Y Salud En Mesoamérica. p.4*. DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v5i1.4545>

SENAMA. (2007). *Políticas públicas para las personas mayores en Chile*. Servicio Nacional del Adulto Mayor, de Ministerio de Obras Públicas Sitio web: <https://www.mop.cl/GIS/Documents/SENAMA.pdf>

Stav, W. B., Hallenen, T., Lane, J., & Arbesman, M. (2008). Systematic Review of Occupational Engagement and Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301–310. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003707>

Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. (2015) *Día internacional del adulto mayor*. Retrieved from: <http://www.socgeriatria.cl/site/?p=168>

UNESCO. (2015). *Participación social*. Retrieved from: <http://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Participacion%20Social.pdf>

Zapata-ossa, H. (2015). *Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali*, 17(4), 589–602.

Retrieved from:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v17n4/v17n4a09.pdf

13. Anexos:

Anexo 1: Preguntas Encuesta CASEN

Preguntas:

h2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?

h3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?

h4. ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?

s13. En una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?

r6. En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado?

y1. El mes pasado, ¿Cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?

Anexo 2: Áreas de difícil acceso

Tabla III.1: Áreas de Difícil Acceso definidas por el INE

Región	Provincia	Comuna	Total Viviendas Particulares ocupadas Censo 2002	Total de personas Proyecciones de Población*
Arica y Parinacota	Parinacota	General Lagos	260	1.207
Tarapacá	Tamarugal	Colchane	461	1.588
Antofagasta	El Loa	Ollagüe	66	232
Valparaíso	Valparaíso	Juan Fernández	206	965
	Isla de Pascua	Isla de Pascua	1.136	5.637
	Llanquihue	Cochamó	1.345	4.223
Los Lagos	Palena	Chaitén	1.830	6.870
		Futaleufú	606	1.797
		Hualaihué	2.249	8.316
		Palena	558	1.610
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Coyhaique	Lago Verde	338	886
	Aysén	Guaitecas	383	1.943
	Capitán Prat	O'Higgins	154	779
		Tortel	145	686
Magallanes y La Antártica Chilena	Magallanes	Laguna Blanca	116	636
		Río Verde	86	360
		San Gregorio	212	604
	Antártica Chilena	Cabo de Hornos	520	3.002
		Antártica	10	74
	Tierra el Fuego	Primavera	228	473
		Timaukel	82	1.047
Última Esperanza		Torres del Paine	114	1.325

*30 Noviembre de 2015

Fuente: Elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Anexo 3: Acta de aprobación de Comité de Ética Científico - UDD

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO – CLÍNICA ALEMANA
CENTRO DE BIOÉTICA
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO DE PRE GRADO

ACTA DE APROBACION

PG_13-2018

Santiago, 18 de Junio de 2018

Autoras responsables: María Soledad Fuenzalida Lavín, María Ignacia Garrido Ríos, Valentina Martínez Contreras, Michelle Ormazábal Orellana y Nicole Rodríguez Bustos

Tutora: Pamela Escobar

Institución: **Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.**

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2002, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996:

- 1) Proyecto de Investigación: **"Autopercepción de salud en Adultos Mayores según participación en organizaciones sociales en Chile en el año 2015"**.
- 2) Currículum vitae de las investigadoras y su Tutora
- 3) Compromiso del Tutor y colaborador directo de la investigación.
- 4) Material que se utilizará como por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

- Las investigadoras solicitan dispensa de Consentimiento Informado fundamentado en que utilizarán base de datos pública, encuesta Casen, lo que es aceptado.
- Evaluación riesgo/beneficio: no existen riesgos asociados atribuibles directamente a la intervención en estudio.
- Existe protección a los participantes en cuanto a:
 - a. Población vulnerable.
 - b. Libertad para participar.
 - c. Confidencialidad.



- d. Cobertura de costos del estudio.
- e. Cobertura de eventuales eventos adversos serios.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto y por ende otorga su aprobación.

Conjuntamente, el comité recuerda al investigador que debe:

- Entregar oportunamente las enmiendas que se deseen incorporar al protocolo.
- Entregar un informe con los resultados, una vez finalizado el proyecto o en caso de suspensión anticipada.

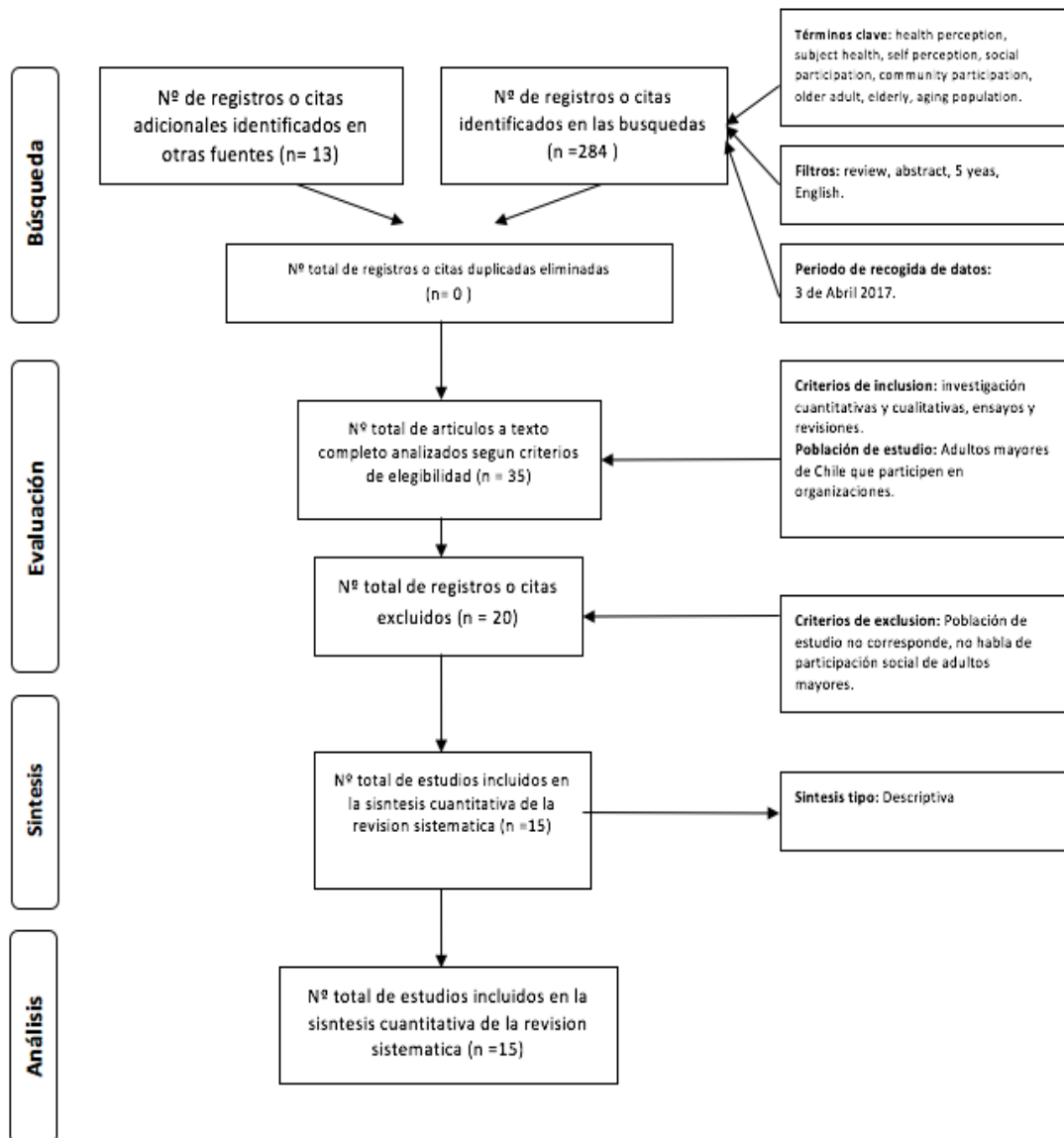


Sra. Alejandra Valdés V.
Presidenta
Comité de Ética Científico de Pre Grado
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

Integrantes del CEC Pre Grado:

- Sr. Ricardo Castillo
- Dr. Sebastián Godoy
- Sra. Fabiola Marín
- Sra. Daiana Quintiliano
- Sra. Alejandra Valdés

Anexo 4: Flujograma de búsqueda (1)



Anexo 5: Flujograma de búsqueda (2)

