

Seminario de Grado

**Percepciones sobre calidad de vida en
personas mayores de las comunas de Puente
Alto y Renaico frente a la crisis
sociosanitaria por SARS-COV-2**

SEMINARIO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA/O EN
TRABAJO SOCIAL

Autores: Nicol Ibarra Tapia

Valentina Quiroz Gajardo

Pablo Valenzuela Tolis.

Docente Guía: María Angélica Llona

ÍNDICE

Introducción	4
CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.1. Antecedentes del problema	6
1.2. Planteamiento del problema	19
1.3. Justificación del problema	24
1.4. Preguntas de investigación	27
1.5. Objetivos de la investigación	27
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	29
2.1. Conceptos generales sobre envejecimiento y vejez	29
2.2. Tipos de envejecimiento	30
2.3. Envejecimiento activo	31
2.4. Construcción social y percepción sobre la vejez	32
2.5. Políticas públicas y vejez	35
2.6. Calidad de vida	43
2.7. Envejecimiento en zonas rurales y urbanas	49
2.8. Enfoque de género y enfoque de derechos para mirar la vejez	52
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	54
3.1. Paradigma de investigación	54
3.2. Enfoque de investigación	55
3.3. Método de investigación	57
3.4. Técnicas de recolección de información	58
3.5. Criterios de selección de informantes clave	59

3.6. Criterios de Validez	60
3.7. Plan de Análisis	61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	63
4.1. Descripción del trabajo de campo	63
4.2. Caracterización de las personas entrevistadas	63
4.3. Matriz de análisis: (Ver en anexos)	65
4.4. Análisis de la Información	65
4.4.1. Nociones de calidad de vida presentes en los discursos de personas mayores de Puente Alto y Renaico	65
4.4.2. Cambios ocasionados por el SARS-COV-2 en la calidad de vida de las personas mayores y estrategias implementadas para enfrentarlos	74
4.4.3. Efectos o repercusiones de la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en la calidad de vida de personas mayores de Puente Alto y Renaico	80
4.4.4. Lineamientos de intervención que debieran implementarse en crisis sociosanitarias para el trabajo con personas mayores	92
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	130

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en Chile existe un desafío creciente desde las instituciones públicas y privadas, como de la sociedad civil de comprender, entender y atender la creciente metamorfosis demográfica y sociocultural del hemisferio occidental. Tal es el caso del envejecimiento de la población chilena. Lo anterior, supone un desafío para la disciplina del Trabajo Social, así como para las Ciencias Sociales en general, ya que estas trabajan directamente con las personas protagonistas de las transformaciones sociales y también, quienes son afectadas/os en dicho fenómeno social.

Es desde esta perspectiva y en el presente contexto que el equipo investigador se sitúa para intentar dar luces y develar el velo de la realidad social, para así hacer frente a una manifestación particular que ha afectado singularmente a un número amplio de personas mayores: la crisis sociosanitaria ocasionada por el virus SARS-COV-2¹. El rol del estado, en esta crisis, en su papel mediador, legislador, fiscalizador y promotor de derechos de la población, papel fundamental garantizar los medios y el acceso a la calidad de vida de la población de personas mayores.

En esta investigación se propuso comprender las principales experiencias vividas por las personas mayores en la pandemia generada por el agente infeccioso SARS-COV-2. La que se ha construido en base a la investigación bibliográfica, así como también rescatando las voces y experiencias de las personas mayores entrevistadas tanto en una comuna de la zona urbana (Puente Alto, Región Metropolitana) como en una de la zona rural (Renaico, Región de la Araucanía).

El estudio consta de cinco capítulos. En el primero se exponen los antecedentes en relación con la realidad de las personas mayores, enunciando las cifras estadísticas respecto a la situación y realidad social que viven en distintos ámbitos relacionados con su calidad de vida (trabajo, pensiones, salud, etc.). Asimismo, se presenta la problematización de esta investigación y las razones que justifican la realización de este estudio desde la disciplina del Trabajo Social.

¹ Siglas en inglés: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 / Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus 2

En el segundo capítulo se presenta el marco de referencia, en donde se abordarán los conocimientos y referentes teóricos que fundamentan las categorías de “envejecimiento”, la “calidad de vida”, las principales políticas públicas chilenas dirigidas a personas mayores, subsecuentemente se explicarán las normativas, las convenciones internacionales firmadas y ratificadas, las instituciones encargadas de la planificación, realización y evaluación de las mismas. Por último, se tratará las teorías que posibilitan los enfoques de intervención social tales como: calidad de vida como concepto multidimensional, el envejecimiento en la calidad de vida y el enfoque de género en la vejez y el envejecimiento.

Asimismo, en el capítulo tres se expondrán los principales referentes metodológicos relacionados con el objeto de estudio de la presente investigación como son: el diseño fenomenológico, sus métodos y las técnicas de levantamiento, el trabajo de recolección y registro de la información para la investigación social, los criterios de selección de personas mayores como informantes claves, los criterios de validez y su plan de análisis.

Posteriormente, en el capítulo cuatro se explicitará el diseño y la realización del trabajo de campo, la caracterización de los/as informantes entrevistados/as y la matriz de análisis junto con el análisis de la información registrada. A su vez, se expondrán las principales percepciones de calidad de vida en los discursos de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y de Renaico, los cambios en la calidad de vida generados por el SARS-COV-2 y las estrategias de adaptación a la nueva realidad, adoptadas por las/os informantes. Consecuentemente, se expondrán los efectos y el impacto en la calidad de vida de las/os informantes a raíz de las medidas sanitarias a fin de prevenir la propagación del virus. Por último, se abordarán las líneas de intervención que sugieren los informantes a fin de trabajar con personas mayores en contexto de la crisis sociosanitaria de la SARS-COV-2.

Finalizando la investigación, en el capítulo cinco se plantearán las conclusiones del equipo de investigación y las sugerencias emanadas por el mismo, a fin de responder de manera eficiente, eficaz, participativa, descentralizada y con calidez humana los procesos de intervención social con personas mayores desde el enfoque de derechos, el desarrollo humano, la promoción social desde el Trabajo Social.

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes del problema

El mundo ha envejecido. La población mayor de 65 años crece a un ritmo más acelerado que el resto de las poblaciones, prácticamente todos los países del mundo están experimentando un crecimiento tanto en el tamaño como en la proporción de personas mayores. Tal como lo menciona las Naciones Unidas en el Informe Envejecimiento de la población mundial (2020):

En 2019, había 703 millones de personas de 65 años o más en la población mundial. Se prevé que esta cifra se duplique a 1.500 millones en 2050. A nivel mundial, la proporción de la población de 65 años o más aumentó del 6% en 1990 al 9% en 2019. Se prevé que esa proporción aumente aún más al 16% en 2050, cuando se espera que una de cada seis personas en todo el mundo tenga 65 años o más. (p.12)

Además, las Naciones Unidas reconocen que durante las próximas tres décadas se proyectarán más de 1.500 millones de personas mayores para el 2050. Todas las regiones del mundo verán un aumento en el tamaño de la población mayor entre 2019 y 2050. Para ilustrar el envejecimiento de la población mundial, se presenta a continuación un cuadro comparativo de las NU, 2020:

Tabla 1: Número de personas envejecidas sesenta y cinco años o más, por región, 2019 y 2050.

T CAPAZ I.1. norte NÚMERO DE PERSONAS ENVEJECIDAS sesenta y cinco años o más, POR REGIÓN, 2019 y 2050			
Región	Número de personas 65 años o más en 2019 (millones)	Número de personas 65 años o más en 2050 (millones)	Cambio porcentual entre 2019 y 2050
Mundo	702,9	1 548,9	120
Africa Sub-sahariana	31,9	101,4	218
África septentrional y Asia occidental	29,4	95,8	226
Asia central y meridional	119,0	328,1	176
Asia oriental y sudoriental	260,6	572,5	120
América Latina y el Caribe	56,4	144,6	156
Australia y Nueva Zelanda	4,8	8,8	84
Oceanía excluyendo Australia y Nueva Zelanda	0,5	1,5	190
Europa y América del Norte	200,4	296,2	48

Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de la Población (2020). *Perspectiva de la Población Mundial 2019*

Como se puede apreciar, el mayor aumento se producirá en África septentrional y Asia occidental, pasando de 29 millones en 2019 a 96 millones en 2050 (un aumento del 226%). El segundo aumento más rápido se prevé para África subsahariana, donde la población de 65 años o más podría crecer de 32 millones en 2019 a 101 millones en 2050 (218%). Claramente, se puede analizar que mientras van pasando los años, el número de personas mayores va en aumento, indicando que el envejecimiento de nuestra población es un fenómeno que requiere especial atención por parte del Estado y de toda la sociedad civil en su totalidad.

La magnitud y la velocidad de los cambios demográficos que están ocurriendo y que continuarán en las próximas décadas son muy relevantes. Como afirma Sandra Huenchuan, (2018) en el libro *Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva Regional y de Derechos Humanos* de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL):

Esta profunda transformación sociodemográfica responde a una constelación de factores determinantes. Uno de ellos es el incremento relativamente sostenido del producto per cápita hasta comienzos de la década de 1970, que influyó en las grandes modificaciones sociales, como la ampliación de los estratos medios y asalariados, la extensión de la escolaridad y una veloz urbanización. (p.22)

Otro factor determinante es el descenso de la fecundidad. Este, que se ha producido con grandes diferencias entre las subregiones, constituye el principal factor que explica el decrecimiento demográfico, los cambios de la estructura por edades, el envejecimiento y la presión subsecuente en los sistemas de seguridad social.

Al mismo tiempo, la esperanza de vida de las personas mayores ha ido en considerable aumento. Ello, junto a la disminución de las tasas de natalidad, explican el fenómeno del envejecimiento demográfico a nivel global, con los desafíos que ello implica para los países y para los Estados. Como indica Martínez et al., (2018):

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad

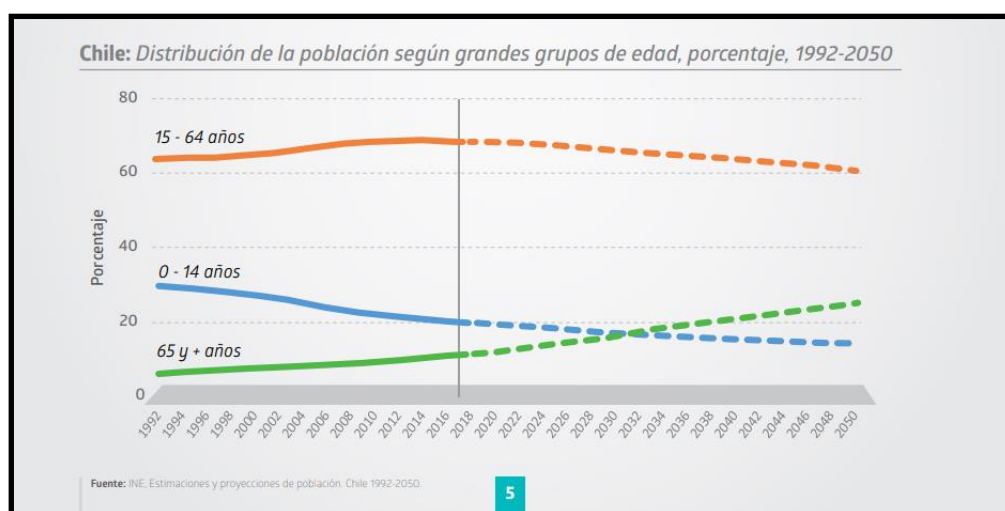
funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.
(p.60)

Situación de las personas mayores en Chile

En Chile, el contexto actual no se aleja a la realidad recién planteada. Según el censo realizado el año 2017, las personas mayores superan los 2.003.256 habitantes (Godoy, 2020). Asimismo, la caracterización poblacional establece que 1.139.281 de la población con 65 años o más corresponde a mujeres, mientras que 863.975 a hombres (Censo, 2017).

En el siguiente gráfico, se aprecia la distribución de la población desde una proyección del año 1992 hasta 2050, evidenciando el envejecimiento de la población en el país:

Gráfico 1: Distribución de la población según grupos de edad, porcentaje, 1992-2050.

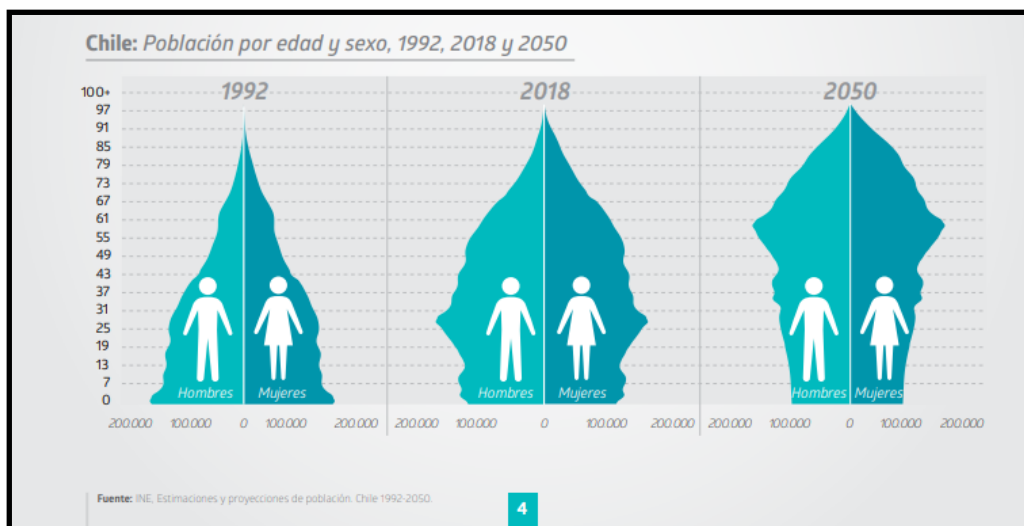


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Distribución y proyecciones de población. Chile 1992-2050

Se proyecta que, para el año 2031, la población adulta mayor supere a los menores de 15 años, producto de la baja natalidad en nuestro país, por lo que para el año 2050 se espera que las personas de 65 años y más representen el 25% de la población chilena (INE, 2018). Con estas cifras y considerando la realidad social de las personas mayores en la actualidad, es importante proyectar también los recursos necesarios para esta población, estimando una mejor esperanza de vida.

La pirámide poblacional en Chile es otra de las evidencias que demuestran cómo este incremento de la población mayor ha ido invirtiendo los gráficos, debido al aumento de la esperanza de vida de la población chilena y a la caída de la tasa de natalidad en nuestro país. En comparación con los censos realizados en los años anteriores, particularmente el de 1992, se puede apreciar que las personas mayores están duplicarán su porcentaje dentro de la población chilena, transformando una pirámide progresiva como la del año 1992 a una pirámide regresiva para el año 2050, tal como se representa en el siguiente gráfico (INE, 2018):

Gráfico 2: Población por edad y sexo. 1992, 2018 y 2050



Fuente: INE, Estimaciones y proyecciones de población. Chile 1992-2050

Se pronostica que el envejecimiento en Chile en el año 2050 supere notoriamente a la población menor de 15 años, existiendo 117 personas adultas mayores por cada 100 niños y niñas. En cuanto a la esperanza de vida, se proyecta que entre 1992 y 2050 aumente 11 años la esperanza de vida al nacer para ambos sexos, es decir, que para el año 2050 una persona en Chile tendrá una esperanza de vida de 85 años (INE, 2018).

El aumento en el porcentaje de personas mayores crea la necesidad de conocer realmente cómo están viviendo sus años de vida, ya que el envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. La preocupación sobre el envejecimiento de la población chilena conlleva desafíos importantes en las políticas públicas actuales, centrando sus proyectos y desafíos principalmente en las áreas económicas, sociales, políticas y culturales. Estos estudios y

estimaciones nos permiten aproximarnos y tomar conciencia sobre las futuras realidades frente al envejecimiento.

Así mismo, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) demuestra las modificaciones que han sufrido las estructuras familiares de los hogares con presencia de personas mayores, destacando la evolución de los hogares unipersonales llegando a un 18,9% en el año 2017. Por otro lado, los hogares conformados con presencia de personas mayores en el año 2017 alcanzan un total de 41,9% del total de hogares a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Por otra parte, en cuanto a la pobreza por ingresos, según la encuesta CASEN 2017, un 4.5% de las personas mayores está presente en esta categoría. En el caso de la pobreza extrema, se observa que esta llega al 1,0%. La pobreza multidimensional, considerando las dimensiones de Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, y Redes y Cohesión Social, en los hogares con presencia de personas mayores presentan mayor carencia que aquellos hogares sin personas mayores. Aquellas viviendas con adultos mayores, en la dimensión de educación presenta un 4,9% de carencia, en jubilaciones un 25,6% de carencia, en vivienda presenta un 15,1% de carencia, en cuanto a servicios básicos cuentan con un 7,1% de carencia y de accesibilidad presentan un 8,8% de carencia. Estos porcentajes anteriormente presentados comparados con aquellos hogares sin presencia de personas mayores presentan un leve incremento de porcentaje en las dimensiones mencionadas, lo que refleja que las personas de 60 años y más viven una situación más precaria que el resto de la población (Ministerio de Desarrollo Social, 2017; Ministerio de Desarrollo Social, 2019).

Según la Encuesta Nacional de Empleo (INE), en el trimestre octubre-diciembre de 2010 había 7.572.318 ocupados, de los cuales 332.687, representando un 4,39% del total, tenían 65 años o más. En igual trimestre, pero de 2019, se registró en cambio un total de 9.087.132 personas ocupadas, de las cuales 570.305 fueron personas mayores, aumentando su porcentaje a un 6,28% del total de ocupados. Por otra parte, las personas mayores que continúan trabajando se desempeñan mayoritariamente como asalariados del sector privado siendo un total de 124.235 personas mayores y 117.499 personas mayores que trabajan por cuenta propia (Godoy, 2020). Además, se aprecia que el 14,9% de mujeres de más de 60 años se encuentra ocupada en el servicio doméstico. El ingreso promedio de la ocupación principal en la población de personas mayores llega a 490 mil pesos mensuales, siendo los hombres los que reciben un

ingreso mayor que las mujeres en promedio y en los distintos tramos de edad. Respecto a las pensiones de los/as jubilados/as, a noviembre de 2017, el monto promedio por concepto de jubilación o pensión de vejez alcanzaba a \$239.813, existiendo brechas significativas en los montos promedios percibidos por hombres y mujeres, siendo \$276.937 y \$198.716, respectivamente (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Según los datos de la Encuesta Casen 2017, los ingresos del trabajo representan el 47,9% de los ingresos del adulto mayor, en tanto los ingresos provenientes por subsidios son el 9,1% de sus ingresos totales (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020). Es importante destacar el porcentaje de personas mayores que trabajan y lo que significa para estos la seguridad económica, dado que las pensiones recibidas no cumplen el principal objetivo que es brindar una vejez digna y segura, permitiendo disfrutar del envejecimiento, sino que deben buscar una segunda opción de ingreso para sustentar sus vidas cotidianas.

Justamente por lo anterior, a partir del año 2008, y con el objeto de prevenir la pobreza extrema en la tercera edad, el gobierno de Bachelet dictó la Ley 20.255 que estableció un Sistema de Pensiones Solidarias destinado a financiar pensiones de personas que, por diversas razones, no pudieron ahorrar lo suficiente para financiar una pensión digna.

La reforma previsional, el pilar solidario, el contar con una pensión básica solidaria, representó para los adultos mayores, la posibilidad de contar con un ingreso económico fijo mensual. Antes, eso no existía, no tenían ningún ingreso. Esta generación que hoy tiene más de 60 años, son personas que envejecieron en un Chile donde había poco acceso a la universidad. No es como hoy día, que gran parte de la población adulta tiene educación superior. (Caro citado por Montes, 2020, párr.4)

El sistema de la Pensión Básica Solidaria (PBS) y el Aporte Previsional Solidario (APS) alcanza a 1.686.081 personas. De este total, 1.033.433 son mujeres y 652.648 son hombres².

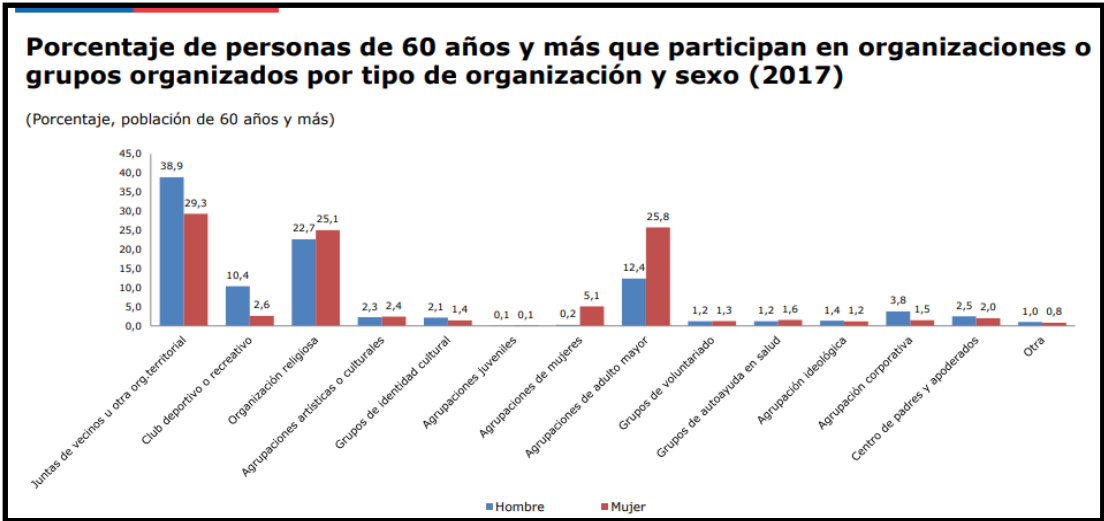
Además de lo anterior, cabe mencionar la dependencia. Esta, entendida como la capacidad que tiene una persona para realizar alguna actividad, considerando los tipos y niveles de ayuda que necesitan estos para realizar estas acciones con normalidad, es uno de los factores

² Datos al 14 de enero de 2020, Sitio Web Subsecretaría de Previsión Social.

importante respecto al desarrollo del bienestar de las personas mayores. Esta dependencia se divide en 3 grados: la dependencia severa, entendida como aquella categoría más compleja y limitada para la realización de las actividades diarias de una persona mayor, que requiere una atención constante, correspondiendo al 12,4% de las personas mayores en Chile. El segundo grado de dependencia corresponde a la dependencia moderada, considerada como aquella limitación de las personas mayores que necesitan atención casi siempre. Las personas mayores con dependencia moderada alcanzan el 5,0% del total de personas mayores. Por último, la dependencia leve es aquella donde las personas mayores necesitan menor grado de atención para la realización de sus actividades, equivalente al 6,6% del total de personas mayores del país (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009).

Por otra parte, la participación social de las personas mayores es otro aspecto importante que destacar. Tal como se representa en el siguiente gráfico, las organizaciones sociales que concentran la mayor participación de personas de 60 años y más son las Juntas de Vecinos, que concentran a un 38,9% de hombres mayores y a un 29,3% de mujeres mayores, lo sigue las organizaciones religiosas, que representa en un 25,1% de mujeres y a un 22,7% de hombres mayores, en contraste, las agrupaciones de adulto mayor se aprecia un 25,8% de participación de mujeres y un 12,4% de hombres mayores; por último están los clubes deportivos o recreativos, con 10,4% de hombres y sólo 2,6% de mujeres mayores, entre otras (INE, 2018).

Gráfico 3: Porcentaje de personas mayores de 60 años y más que participan en organización o grupos por tipo de organización y sexo (2017).



Fuente: CASEN, Participación Social personas de 60 años y más. Chile (2017)

Existen retos emergentes para las políticas públicas en Chile, con relación a cómo se construyen las estructuras sociales que posibiliten percepciones aceptables de calidad de vida para las personas mayores. Tal como afirma la Organización Mundial de la Salud “Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años” (2015, p.16). Así mismo se establece una “ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto” (OMS, 2021, parr.12).

Sin embargo, desde lo anterior se vislumbra una serie de desafíos atinentes en relación con los estilos y la calidad de vida de las personas mayores en la realidad país de Chile.

Antecedentes comuna Puente Alto y Renaico

La comuna de Puente Alto, capital de la provincia Cordillera y perteneciente a la Región Metropolitana de Santiago, ha presentado una evolución de la población en las dos últimas décadas, la que se caracteriza por un alto crecimiento del número de habitantes. Según el censo 2017, cuenta con 568.106 habitantes, con un total de hombres de 275.147 y el total de las mujeres es 292.959. Hoy en día, constituye una de las comunas más pobladas de Chile, con más de medio millón de habitantes (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021).

El censo 2017, reveló que el adulto mayor, es equivalente al 43.48% de la población con 60 años o más. El nivel de dependencia se encuentra entre 43,18% con una proyección de 42,69%, en el 2021. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021)

Por su parte, la comuna de Renaico se ubica geográficamente en la provincia de Malleco, en la región de la Araucanía, la que los últimos veinte años ha tenido un lento y sostenido aumento demográfico. Según datos del Censo 2017, la comuna contaba con un total de 10.250 habitantes y en las proyecciones para el año 2020 aumentarán a 10.833 habitantes. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021). En cuanto la población total de habitantes en dicha región, esta es de 957.224 según datos del censo 2017, y su proyección para el año 2020 es de 1.014.343.

A su vez, es importante relevar la existencia de 1.256 personas con 65 años o más, con una proyección para el año 2020 de 1.447 habitantes.

Con el paso del tiempo, la población de personas mayores ha ido creciendo significativamente, inserto en un contexto de una sociedad que no está preparada para atender sus necesidades, siendo considerada uno de los rangos etarios con mayor discriminación tanto en el ámbito social, económico, salud, vivienda, entre otros.

Envejecimiento y calidad de vida

Casas (1996) define a la “Calidad de vida” como:

las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo el conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales. (p.100)

Por su parte, Ardila (2003) desarrolla los principales factores que se consideran en el estudio de la calidad de vida. En primer lugar, aborda el factor del bienestar emocional; le sigue el bienestar material, la salud, el trabajo y las actividades productivas; el tercer factor reside en las relaciones familiares, sociales y la seguridad; por último, se encuentra el factor de la integración con la comunidad, las que influyen directamente en la vida de las personas mayores.

Siguiendo lo anterior, Leva (2005), nos afirma que en los años 80, la revista *Social Indicators Research*³ desarrolla el concepto de “Calidad de vida”, ubicándola en dos corrientes de investigación dicha categoría de análisis. La primera corriente, enfatiza los estudios desde la dimensión objetiva, adoptando así una visión del fenómeno desde la perspectiva cuantitativa, el empirismo matemático, estudiando así el medio ambiente y el entorno de las personas, como de todos los bienes y servicios que participan en la realización de la calidad de vida. La segunda corriente, pone énfasis en la dimensión subjetiva, abordando las investigaciones a partir de la perspectiva cualitativa, enfatizando los estudios en las subjetividades y percepciones de las

³ Investigación de indicadores sociales

personas, en relación a cómo comprenden e interpretan las diferentes dimensiones de la existencia.

La presente investigación abordará la percepción sobre calidad de vida de las personas mayores desde la metodología cualitativa, ya que posibilita el saber la situación social que están viviendo, desde el relato de las experiencias de las personas mayores, en su particularidad cultural de su vida cotidiana, permitiendo así considerar la calidad de vida como un fenómeno multidimensional, desde las vivencias y significaciones percibidas desde sus protagonistas.

A su vez, el concepto de “envejecimiento activo” comparte la misma cualidad de “multidimensionalidad”, como el de “calidad de vida”. En efecto, tal como señalan Rojo et al. (2015), en la literatura gerontológica se utilizan indistintamente los términos de envejecimiento saludable, como envejecimiento productivo o envejecimiento con éxito, a fin de hacer referencia a los aspectos físicos, psicológicos y sociales que también incluye el concepto calidad de vida. Del mismo modo, Rowe y Khan (1997) definen al envejecimiento saludable como una dimensión propia de la salud biológica y mental, aludiendo a un estado de baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad, a una alta acción cognitiva, como de la capacidad física funcional y de alta actividad en la vida.

Algo similar ocurre con Butler y Schechter (1995) quienes aplican el concepto de “envejecimiento productivo” haciendo relación a la facultad de las personas mayores para sentirse y hacerse ser útiles socialmente, en actividades de participación social como de voluntariado, con el objetivo de mantenerse independientes y activos.

En cambio, Meléndez, Tomás y Navarro (2011) definen al “envejecimiento con éxito” como “diferenciación del envejecimiento normal, haciendo referencia a aquellos sujetos con niveles funcionales elevados” (p.164), pudiendo abarcar así la comparación que se emplea para contrastar las realidades en las personas mayores que viven con un nivel óptimo de calidad de vida en la etapa de la vejez, de las que no. Así pues, Baltes y Baltes (1990) precisan el significado de “envejecimiento con éxito”, como el conjunto de indicadores biológicos (salud física) y de salud mental (facultades cognitivas y psicológicas), así como de las capacidades sociales, productivas y de contención personal y vital.

Sin embargo, para efectos de la presente investigación, se definirá el envejecimiento activo a partir de la OMS (2012) como: “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p.12).

Debido a lo anterior, es menester el reconocer las necesidades de la población de personas mayores, en relación con el fenómeno del envejecimiento y su impacto en la calidad de vida. De ahí que resulta vital introducir a la entidad gubernamental que debe garantizar el acceso oportuno, de las personas mayores, al sistema de derechos y oportunidades, bajo prestaciones de bienes y servicios sociales, que apunten a la calidad de vida.

Es así como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2017) suscribió el año 2015 la “*Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*”, donde manifiesta que la Convención Interamericana es:

Un compromiso del estado que la ratifica para identificar y dar mayor visibilidad a los problemas que afectan el goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores, así como de los prejuicios y mitos que existen a su alrededor y que perjudican de manera directa su autoimagen y la imagen que los demás tienen de ellas. Una Convención influye en las decisiones públicas y en la asignación de recursos en los planos familiares, comunales, nacionales e internacionales. (p.7)

Su principal objetivo es “Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su total inclusión, integración y participación en la sociedad” (SENAMA, 2017, p.7). Esta Convención Interamericana se ha desarrollado en cuatro años de negociación con la OEA, constituyéndose así en un aporte al sistema universal de derechos humanos de las personas mayores:

En lo que respecta a Chile, el 15 de junio de 2015, en el marco del 45 período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA), nuestro país suscribe la Convención, iniciando así el camino a la ratificación, que siguió con el envío al Congreso del proyecto de acuerdo, por parte de la Presidenta de la

República, Michelle Bachelet, en junio de 2016, en el marco del Mes del Buen Trato. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2017, p.3)

Chile ha ratificado y promulgado la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, lo que se traduce en la obligatoriedad que asumen los Estados miembros en materia de protección de derechos a las personas mayores. Unos de sus principios es promover y garantizar el acceso sanitario adecuado, añadiendo, además, la prioridad de atención y asistencia que deben recibir las personas mayores en situaciones de catástrofe y emergencia, como el actual contexto sanitario provocado por la SARS-COV-2.

El artículo 5 de esta Convención señala que nadie debe ser discriminado por razones de edad, así también el artículo 6 señala el derecho a la vida y a la dignidad e incentiva a los estados miembros a cuidar de la salud de las personas mayores en todas sus aristas sociales (Bozanic y Mazzucchelli, 2020).

Por otro lado, la organización gubernamental que se responsabiliza de la población de personas mayores en Chile es el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el que define al adulto mayor como: “toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres” (SENAMA, s.f). La misión de este servicio público es “Promover y contribuir a un envejecimiento positivo, mediante la implementación de políticas, programas, articulación intersectorial y alianzas público-privadas” (SENAMA, s.f).

La Ley N 19.828 da creación al SENAMA, el cual se promulga el 17 de septiembre de 2002, en una ceremonia realizada en el Palacio La Moneda, bajo la presidencia de Ricardo Lagos Escobar. Sus funciones comienzan el 2003, por bajo resolución exenta 530, con el objeto de:

Proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que los afecten, estudiar y proponer las políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a la solución de los problemas del adulto mayor, velar por su cumplimiento y evaluar su ejecución; incentivar la participación del sector privado en la atención de aquellas

necesidades y solución de problemas derivados del proceso de envejecimiento (SENAMA, 2020, p.1)

Es decir, la principal tarea que compromete al Ministerio de Desarrollo Social y Familias y al Servicio Nacional de Adulto Mayor es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país.

Sin embargo, la pandemia ocasionada por el virus SARS-COV-2, ha generado un antes y un después respecto a las expectativas de las personas mayores sobre su calidad de vida, sobre todo en la dimensión de salud mental en el contexto de la crisis sociosanitaria. Tal como señala SENAMA (2020):

Las personas mayores prefieren tener una buena calidad de vida más que prolongar el número de años a vivir y que uno de los aspectos más relevantes en la calidad de vida es mantener una buena salud, sobre todo en los aspectos funcionales y no depender de otros en el cuidado. (p.7)

Lo anterior, hace plausible citar a Ludi en su estudio, titulado *Envejecimiento activo y participación social en sectores de pobreza*. En tal investigación, nos devela que el envejecimiento, al ser un fenómeno reconocido a través del lenguaje, está construido socialmente y que se encuentra mediado por múltiples dimensiones, por lo que es más conveniente definirlo como “situación de vejez”, la que es entendida como:

Una construcción socio-cultural, sobre-determinada por dimensiones contextuales socioeconómicas, políticas y culturales que atraviesan la vida cotidiana; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y emocionales, constituyéndose en una experiencia única en relación a estos aspectos y dimensiones. (Ludi, 2013, p.2)

Lo anterior, situará al fenómeno de las percepciones de calidad de vida en las personas mayores desde las teorías socioconstruccionistas, puesto que está mediada por las subjetividades de los actores sociales en su interacción social con un contexto cultural determinado.

1.2. Planteamiento del problema

Existen varios estudios que abordan e investigan el tema de la “calidad de vida” en las personas mayores. Uno de ellos es el estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes, titulada “Chile y sus Mayores”, el cual aborda, desde un enfoque cuantitativo, las dimensiones de bienestar relacionadas con la salud, la situación socioeconómica, el quehacer laboral, la participación social, la realidad familiar, la sensación de bienestar y de satisfacción de las personas mayores con su calidad de vida. Esta encuesta revela que antes de la crisis sociosanitaria por el SARS-COV2, había existido un aumento en todas las dimensiones de bienestar:

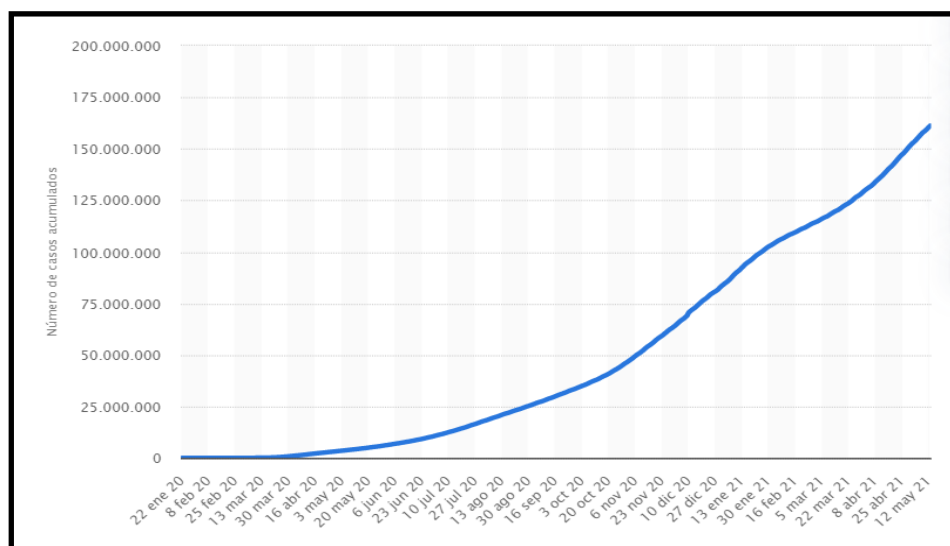
Los resultados obtenidos en la presente Encuesta en torno a la percepción de satisfacción de vida, indican que las personas mayores en general tienen un alto nivel de percepción de satisfacción de vida en donde esta respuesta positiva se presenta en más de la mitad de la muestra encuestada. Esta percepción, si bien aumenta en relación con la edad y el nivel de educación alcanzado por el encuestado, no presenta mayores diferencias en torno a hombres y mujeres. (p.28)

Desde el comienzo de la crisis sociosanitaria actual producto del SARS-COV-2, la humanidad se ha visto afectada en múltiples aspectos de la vida cotidiana: desde la saturación del sistema sanitario, hasta las áreas sociales, económicas y políticas. Por este motivo, la sociedad en su conjunto se ha visto obligada a reformular varios aspectos de la vida cotidiana, en los ámbitos de carácter educacional, niveles de ingresos y salud, siendo estas las que delimitan el impacto de la SARS-COV-2 (Neidhöfer, 2020).

A nivel mundial, el virus SARS-COV-2, desde sus inicios en Wuhan China, ha generado un gran brote y una rápida transmisión de este virus, provocando principalmente dificultades en el sistema respiratorio en aquellas personas que se transmitían y desarrollaban en estado de gravedad esta enfermedad. Al 13 de mayo de 2021 se habían registrado aproximadamente 162,2 millones de casos de coronavirus a nivel mundial (Orus, 2021).

En el siguiente gráfico se muestra el avance de este virus por el mundo y el aumento que se ha dado desde sus inicios hasta la actualidad:

Gráfico 4: Evolución del número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 12 de mayo de 2021.



Fuente: Abigail Orus (2021) a través de los datos otorgados por Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades y Nuestro mundo en datos. Statista.

En Chile, el SARS-COV-2 se hace presente el día 3 de marzo de 2020. Al igual que a nivel mundial, en nuestro país los contagios han aumentado considerablemente, alcanzando una cifra total de personas diagnosticadas con el virus de 1.280.252 casos totales al 15 de mayo de 2021 (Ministerio de Salud, 2021), cifras que seguirán aumentando conforme avancen los días en que va transcurriendo esta pandemia.

Gran parte de la población mundial ha debido afrontar diversas consecuencias políticas, económicas, sociales y psicológicas en el actual contexto sanitario (OMS, 2020). El gobierno y el Ministerio de Salud de Chile han revelado que la población de personas mayores ha sido el grupo etario más afectado durante esta pandemia (MINSAL, 2020), indicando que, del total de personas fallecidas, un 84% es mayor de los 60 años y el 55% de esas personas se concentra en la Región Metropolitana.

El virus, además de la crisis sanitaria, ha dejado en evidencia las enormes desigualdades sociales existentes entre los países y entre grupos sociales al interior de cada país. En efecto, el actual contexto mundial ha mostrado desigualdades sociales en el acceso a los servicios sociales y a los servicios de salud en la población, particularmente de las personas mayores. Tal como afirma la Fundación “Creando Salud”, que hizo público un análisis de datos donde explicitan

gráficamente las desigualdades sociales en las muertes producto del SARS-COV2, “una comuna como San Ramón tiene una tasa de mortalidad total 3,3 veces más alta que Vitacura, esta diferencia crece a 12,3 veces entre los 60-69 años” (Diego Q., 18 de abril de 2021, párr.5). La actual estructura social, no sólo condiciona la calidad de vida de las personas mayores, sino, supedita el acceso oportuno y eficaz a la salud, como de los servicios sociales de las personas mayores a fin de sobrevivir al SARS-COV-2. De acuerdo con lo que afirma Tapia (2020) “Las personas mayores son vulnerables a enfermarse severamente por la SARS-COV-2, en especial aquellos frágiles con patologías crónicas preexistentes como hipertensión, diabetes o enfermedades respiratorias” (párr. 2). Si bien, el SARS-COV-2 no hace distinción de edad, género, clase social, se ha logrado demostrar que las personas mayores son las más afectadas en su estado de salud, llegando regularmente a ser un peligro mortal para su vida (MINSAL, 2020).

Frente a esto, el gobierno chileno ha impuesto una serie de medidas sanitarias para la prevención de la SARS-COV-2, tales como el uso obligatorio de mascarillas, el distanciamiento físico, cuarentenas obligatorias y el “Plan Paso a Paso nos cuidamos”, cuya implementación ha sido una estrategia que se ha puesto en práctica progresivamente según la situación sanitaria y casos activos en comunas y regiones del país, para poder enfrentar la pandemia ocasionada por el Covid-19 (Chile Atiende, 2021). Este plan desarrolla cuatro escenarios o pasos graduales, cada uno con restricciones y obligaciones específicas.

- Paso 1 Cuarentena: es una medida de shock, temporal, y con estricta restricción de movilidad, con pocos permisos disponibles que son esenciales para asistir a centros médicos, transportarte a trabajos esenciales para la sociedad.
- Paso 2 Transición: sigue siendo una situación complicada desde el punto de vista epidemiológico, pero se intenta retomar actividades en las que se puede operar, como el comercio y otras no esenciales que puedan funcionar de manera segura, minimizando el desplazamiento durante los fines de semana.
- Paso 3 Preparación: consiste en retomar la operación de las diferentes actividades con resguardos respecto a los determinantes de riesgo, teniendo como lineamientos para el desarrollo de éstas el minimizar el riesgo de las actividades habituales: Se recomienda que, en caso de realizar reuniones sociales y recreativas, éstas se hagan en espacios

abiertos, con pocas personas y por un máximo de dos horas. En espacios cerrados, se permiten sólo con medidas de mitigación: que tengan ventilación natural y permanente, y que tengan una duración menor a dos horas, o que, en su defecto, aseguren el uso permanente de mascarilla. La movilidad interregional es permitida a zonas que estén en el mismo paso a mayor.

- Paso 4 Apertura Inicial: permite gradualmente agregar actividades en las que, por su naturaleza, es más difícil mitigar el riesgo. De esta forma se minimiza el riesgo de las actividades habituales (se permite también en espacios cerrados, pero mitigando el riesgo con distanciamiento y uso de mascarilla) y la movilidad interregional está permitida, entre zonas en paso 3 o 4.

Según los estudios de O’Ryan & Torres (2020), de todas las medidas señaladas, “la estrategia principal para aplanar la curva es el distanciamiento entre las personas” (p. 97). Las personas mayores han sido quienes mayormente se han visto afectadas por las medidas de distanciamiento social que ha planteado el “Plan Paso a Paso” para enfrentar la crisis sociosanitaria, siendo restringidas sus posibilidades de desplazamiento, particularmente a inicios de la crisis, el encuentro con otras personas, la posibilidad de salir, de acudir a controles médicos, etc.

Se menciona que la población de personas mayores no sólo estaría siendo mermada en su calidad de vida, sino que también en la percepción social sobre su posición en la familia. De esta forma, se entiende que existe una tendencia a homogeneizar a las personas mayores en sus núcleos familiares, como en su participación social, obviando e invisibilizando la diversidad de las realidades personales, así como la propia heterogeneidad existente al interior de esta población. Así mismo, Labrín señala: “Para una persona mayor de 75 años en condiciones de fragilidad, quedarse en la casa es una medida de cuidado, pero para una persona de 75 que está saludable, esto es percibido como una discriminación, como una injusticia, como un castigo⁴” (2020, párr. 4). Respecto a lo anteriormente mencionado, podemos visualizar que, si bien las personas mayores tienen necesidades generalizadas en un rango etario, esto no significa que las medidas restrictivas asuman la realidad particular de cada persona en su estado de salud y calidad de vida.

⁴ Datos entregados martes 22 de septiembre de 2020. Sitio Web: <https://www.uchile.cl/noticias/168791/el-impacto-de-la-pandemia-en-los-adultos-mayores>

La premisa presentada, apunta a cuestionar si efectivamente las percepciones en la calidad de vida de las personas mayores están condicionadas por las actuales medidas restrictivas, o bien, existían antes del presente contexto sociosanitario. En este sentido, la antropóloga Paulina Osorio afirma que “dicha percepción social de la tercera edad como una población frágil que requiere de cuidados y que pasan a ser una suerte de ‘hijos’ de las familias se refuerza y se profundiza en pandemia” (Osorio citada en U de Chile et al., 2020). Se cuestiona qué factores han influido en el reforzamiento de las percepciones sociales negativas sobre la vejez y las personas mayores y cómo las medidas restrictivas del gobierno son efectos o productos del imaginario social de la opinión pública sobre esta etapa. Osorio señala que el mismo hecho de catalogarlos dentro de la población de alto riesgo, ya tiene una significación. Son vistas como aquellas personas que requieren de mayor atención; y, si bien, puede ser así, ello limita o invisibiliza a la población más activa dentro de las personas mayores. Entonces, el contexto agudiza y profundiza la marginación o la exclusión en la cual se encuentran las personas mayores y la vejez (Osorio citada en U de Chile et al. 2020). Desde esta perspectiva, es fundamental preguntarse cómo ha incidido esta crisis en las subjetividades de las personas mayores sobre su calidad de vida.

Por otra parte, es necesario cuestionar la autopercepción negativa que los adultos mayores tienen de sí mismos, influidas por mitos y estereotipos sociales, ya que diversos autores han revelado que las personas mayores tienden a ser objeto de estereotipos y creencias situados en aspectos principalmente negativos, los que se traspasan incluso a las imágenes que tienen de sí mismos/as. El informe *Los mitos y los estereotipos de la vejez* (Portal Mayores, 2014) expone que las personas mayores son consideradas como personas socialmente desvaloradas, acotando que ello perjudica la propia vivencia:

La dependencia, el aislamiento social o la mala memoria pueden afectar muy negativamente a la propia vivencia del envejecimiento y terminar provocando una profecía autocumplida. Por tanto, podríamos decir que la imagen social negativa de la vejez afecta no solo a las actitudes de los demás hacia las personas mayores, sino también a la propia autopercepción que tienen los mayores de sí mismos. (Portal mayores et al., 2014, p.60)

En base a lo mencionado, se logra evidenciar que las personas mayores perciben la vejez como una desgracia, lo cual es relevante cuando hablamos de las representaciones sociales de la vejez y del accionar social de dicha población.

A partir de todo lo anterior, esta investigación busca conocer, desde la visión de las personas mayores, cómo ha incidido la crisis sociosanitaria en su calidad de vida. Existen escasos estudios que den cuenta de este fenómeno, pues la crisis aún se encuentra vigente y sus efectos no han podido ser estudiados con propiedad. No obstante, ha transcurrido un año desde el inicio de la pandemia, tiempo suficiente para reflexionar sobre los efectos de esta crisis en el grupo específico de personas mayores. Interesa adoptar una perspectiva cualitativa y tener una visión amplia de las repercusiones de la pandemia, por lo cual se hará el esfuerzo de entrevistar a personas mayores que se encuentran en variadas situaciones (en términos etarios, de salud, etc.) y sectores geográficos, para dar cuenta de sus percepciones sobre los cambios que esta crisis ha ocasionado en su calidad de vida.

En términos específicos, se pretende conocer cómo definen calidad de vida las personas mayores, qué sería para ellos/as una buena calidad de vida, qué cambios se han dado en su calidad de vida a partir del inicio de la crisis sociosanitaria, qué repercusiones o consecuencias ha traído esta crisis para su calidad de vida y qué estrategias han desarrollado para enfrentarla.

1.3. Fundamentación del problema

La Organización de las Naciones Unidas (2020) afirma que, desde la identificación del agente patógeno de la SARS-COV-2, junto a su propagación, se ha originado una transformación en las estructuras sociales y en la estructura de la vida del ser humano a nivel mundial. La humanidad se ha visto condicionada a re-adaptarse al nuevo escenario sanitario, económico, social y político en cada país, mientras que la OMS (2020) hace un llamado a la comunidad internacional, con el objetivo de generar espacios de encuentro en conocimientos para debatir, plantear y desarrollar estrategias de acción preventiva como de contención en la nueva pandemia generada por el SARS-COV-2.

En relación a la anterior pandemia y crisis sanitaria, generada por el agente patógeno del AH1N1, la Organización Mundial de la Salud, destacaba:

La importancia de incluir a las disciplinas de las ciencias sociales, para ampliar la comprensión de por qué las personas tienen ciertas prácticas de prevención para algunas enfermedades y no para usarlas en otras, a pesar de la información que se difunde con respecto a los beneficios o peligros de su conducta. (citado en Torres et al., 2017, p.2)

De ahí la importancia de relevar el aporte de las Ciencias Sociales en el campo de la investigación en lo social, puesto que ello posibilita la comprensión de la realidad en un contexto de crisis sociosanitaria, destacando elementos fundamentales para la prevención y el diseño de estrategias que permitan enfrentar las consecuencias sociales de esta crisis de manera colectiva y solidaria. Ello se hace más necesario aún en el contexto de la Región Metropolitana, región que ha evidenciado el índice más alto de contagios, con 497.605 casos a la fecha del 30 de abril del 2021, lo que representa el 68% del contagio total nacional (MINSAL, 2021).

Si bien el SARS-COV-2 puede afectar a cualquier rango etario, las personas adultas mayores son quienes presentan un mayor riesgo vital al contagiarse de este virus, dado que según MINSAL (2021), las personas mayores corresponden al 63% de los fallecimientos a nivel nacional, destacando que las comorbilidades en esta población agudizan el efecto de enfermarse gravemente, teniendo generalmente un desenlace fatal. De ahí que profundizar en las repercusiones que este hecho objetivo tiene en la vida cotidiana de las personas mayores, particularmente en sus vivencias y sus subjetividades, sea vital para pensar y diseñar, desde la disciplina, estrategias de contención y acompañamiento que permitan enfrentar con mayor fortaleza este escenario sociosanitario.

Por ello, es relevante señalar que la presente investigación procura ser una contribución para la disciplina del Trabajo Social, particularmente para las y los profesionales de la intervención social que se encuentren ejerciendo tanto en el área clínica como en el de la promoción social, propiciando el conocimiento sobre la acción social desde las personas mayores dentro del actual contexto de crisis sociosanitario provocado por el SARS-COV-2. A su vez, se espera contribuir, a través de la participación directa de las personas mayores en este estudio, en la comprensión de situaciones problemáticas que son relevantes en el contexto sociosanitario mundial y nacional.

Dado que la presente investigación reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos y como actores protagonistas de sus propias acciones sociales, y habida cuenta de que

históricamente estas personas han sido desplazadas e invisibilizadas, urge comenzar a investigar y accionar mecanismos para la reivindicación progresiva de sus derechos, así como la promoción de espacios de participación en la lucha política para el reconocimiento de su autodeterminación emancipatoria (Palma, Perrotta y Rovira, 2019). De esta manera, este ejercicio investigativo posibilita la reflexión sobre la acción social de las personas mayores y su significación, desde sus propias voces y desde la perspectiva interpretativa, relevando su autoimagen y las percepciones sobre sí mismos en la etapa de vejez y en el proceso de envejecimiento, asumiéndolos como protagonistas de su proceso de transformación personal y social.

El Trabajo Social, históricamente, ha actuado en el área de la “vejez” y en el análisis de los procesos de “envejecimiento”, lo que conlleva, a su vez, la responsabilidad de explicar y comprender el impacto de la intervención social sobre la calidad de vida de las personas mayores, desde su cotidianidad. Tal como propone Mauro (2014), “la complejidad que enmarca a la vejez y sus procesos de envejecimiento, necesariamente deben ser incluidas en la perspectiva de la intervención social” (p.4).

Desde la perspectiva ética, los/as trabajadores/as sociales deben aplicar modelos de intervención que den cuenta de la complejidad de lo social, reforzando la identidad y densificando las relaciones sociales en la perspectiva de la justicia social (Código de ética para Trabajadores Sociales de Chile, 2015). Así, se debe trabajar para intervenir en la realidad de los adultos mayores, no sólo para instaurar nuevos imaginarios positivos con respecto a la vejez, sino también para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Esta dimensión ética se sustenta en los principios de Derechos Humanos y justicia social, donde el respeto a la dignidad humana se constituye como el valor esencial del Trabajo Social.

De esta manera, la disciplina del Trabajo Social puede constituirse en un actor fundamental, ya que considera los antecedentes empíricos de la situación sociosanitaria actual en la sociedad chilena y latinoamericana, poniéndolos al servicio de una intervención social que considere a las personas mayores como sujetos de derechos. Los profesionales de esta área intervienen socialmente, planificando y realizando propuestas de intervención, protocolos, operativos e intervenciones sociales desde las políticas públicas; participando en mesas técnicas, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, sustentando su trabajo a través del conocimiento teórico, generado por la experiencia construida dialécticamente desde/entre la

investigación y la propia intervención. En este sentido, este trabajo puede contribuir a dicho proceso, proporcionando pistas sobre las repercusiones que ha ocasionado el actual contexto sanitario en las percepciones sociales de las personas mayores sobre su calidad de vida y, más ampliamente, sobre la vejez en general, proporcionando pistas para pensar procesos de intervención más inclusivos y menos discriminatorios.

1.4. Preguntas de investigación

Las preguntas que guiarán la presente investigación son las siguientes:

- ¿Cómo definen calidad de vida las personas mayores?
- ¿Qué cambios perciben las personas mayores en su vida a partir del inicio de la crisis sociosanitaria?
- ¿Qué repercusiones ha tenido esta crisis en su calidad de vida?
- ¿Qué estrategias han desarrollado para enfrentar esta nueva realidad?
- ¿Qué diferencias pueden observarse en el discurso de personas mayores de zonas urbanas (Puente Alto) versus rurales (Renaico) en torno a los cambios en la calidad de vida a partir de la crisis sociosanitaria?
- ¿Qué medidas o lineamientos de intervención debieran implementarse en el trabajo con personas mayores en contextos de crisis sociosanitarias, desde su propia perspectiva?

1.5. Objetivos de investigación

Objetivo General:

Comprender, desde la perspectiva de las personas mayores, la incidencia de la crisis sociosanitaria SARS-COV2 en su calidad de vida.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los principales conceptos y dimensiones de calidad de vida presentes en los discursos de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico.

2. Detectar, en los discursos de las personas mayores de Puente Alto y Renaico, los principales cambios que ha ocasionado el SARS-COV-2 en su calidad de vida y las estrategias que han implementado para enfrentarlos.

3. Identificar las repercusiones que, desde la perspectiva de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico, ha ocasionado la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en su calidad de vida.

4. Identificar, desde las experiencias de las propias personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico, las medidas o lineamientos de intervención que debieran implementarse en el trabajo con personas mayores en contextos de crisis sociosanitarias.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

En el presente capítulo, se plantea el sustento teórico que guiará esta investigación, bajo la actual crisis socio-sanitaria SARS-COV-2 en la calidad de vida de las personas mayores, abordando aspectos teóricos tales como la conceptualización que se tiene sobre la vejez y envejecimiento, las tipologías de vejez, el envejecimiento activo y la percepción social sobre el envejecimiento el que tiene lugar en el presente seminario de grado. En segundo aspecto, se expondrán las Convenciones Internacionales sobre las personas mayores, abordando las normativas suscritas por Chile sobre vejez y envejecimiento, las políticas públicas generadas desde dichas normas en el país hacia las personas mayores, así como también la entidad gubernamental encargada de planificarlas y realizarlas. En un tercer aspecto, se plantean las teorías sobre calidad de vida, entendida como fenómeno multidimensional, aplicando sus principales características y supuestos a la etapa de la vejez. Por último, se abordará la dimensión de “género y vejez”, pues allí residen las grandes desigualdades en la calidad de vida de las personas mayores.

2.1. Conceptos generales sobre envejecimiento y vejez

Para la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017), el envejecimiento es el “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”. (OAS, 2017, p.4). Por otro lado, la vejez es definida como la “construcción social de la última etapa del curso de vida”. Al hablar de personas mayores en este artículo, se hace alusión a aquellas “de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2017). Por lo que se entiende entonces, el envejecimiento es un fenómeno que se desarrolla en el transcurso de la vida, originando cambios en diferentes áreas funcionales de nuestra persona, mientras la vejez es aquella construcción social que se da en el último periodo de la vida.

2.2. Tipos de envejecimiento

En relación con el envejecimiento, este se puede clasificar en tres categorías: biológico, psicológico y social. Natalia Verónica Scolich menciona en su informe llamado “*Pensar la Vejez*”, que el envejecimiento biológico es la transformación que sufre el cuerpo a nivel de los órganos; comienza desde la frecuencia de la reproducción de células y la pérdida de ellas.

La particularidad de este proceso es que el envejecimiento biológico se desarrolla de adentro hacia fuera, siendo el envejecimiento físico una consecuencia del envejecimiento biológico y repercutiendo negativamente en las personas. Se observa este proceso a través de la transformación y la disminución de ciertas características físicas como el aspecto físico, la posibilidad de sobreponerse a ciertas enfermedades y condiciones climáticas, habilidad física (estabilidad). (Scolich, 2005, p.21)

Además, destaca el envejecimiento psicológico, que apunta a la “transformación que se da de la habilidad motora, sensorial, mental, personalidad, motivaciones, sensaciones e impulsos. Dentro del mismo se encuentra el envejecimiento afectivo y cognitivo” (Scolich, 2005, p.22). Por ende, el envejecimiento en esta área es el resultado de los fallos en la memoria, pérdida, real o subjetiva, de la independencia que vivía hasta entonces.

Por último, Natalia Scolich (2005) menciona que el envejecimiento social está vinculado al ámbito social y a las actividades o interacciones que las personas tienen con la sociedad. El medio social es lo que demarca el significado de la vejez en la vida de las personas, el cual puede experimentarse de manera negativa o positiva; un gran ejemplo es la jubilación, que puede marcar una gran diferencia en vivir la vejez desde una calidad de vida digna para las personas mayores, corrigiendo las distorsiones e inequidades que actualmente existen en la sociedad.

Por otro lado, Alvarado y Salazar (2014) destacan otras dimensiones del envejecimiento en su artículo *Análisis del Concepto Envejecimiento*. Estas buscan dar una mirada más positiva y constructiva a esta teoría, incorporando tres nuevas dimensiones llamadas: Envejecimiento exitoso, Envejecimiento saludable y Envejecimiento activo.

- *Envejecimiento exitoso*, propuesto por Rowe (1987), hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida, por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas. (Alvarado, Salazar, 2014, p.5)

Por otra parte, Curcio, Pineda, Rojas, Muñoz y Gómez (2017) han definido el envejecimiento exitoso como la ausencia tanto de enfermedades crónicas como de discapacidades para realizar actividades cotidianas y el estado pleno que permite realizar actividades físicas, mentales, emocionales y sociales.

- *Envejecimiento saludable*, definición propuesta por la OMS (1998), la que se conceptualiza como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando, desde la edad temprana, hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando identificación oportuna de hábitos perniciosos, como la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. (Alvarado, Salazar, 2014, p.5)

En efecto, tal como afirma Fernández (2011), existe un cambio en el paradigma de cómo se entiende y reconoce el mejoramiento en los parámetros biofísicos, conductuales y del entorno social, en la polisemia del concepto de “envejecimiento”, ya que existe una capacidad de plasticidad importante en las personas en la vejez, esto a fin de explotar al máximo sus capacidades personales y sociales, como de compensar sus carencias.

- *Envejecimiento activo* de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término activo hace referencia a “una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga”. (Alvarado y Salazar, 2014, p.5)

2.3. Envejecimiento activo

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, define el “Envejecimiento activo y saludable” como el:

Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población. (OAS, 2017 p.4)

Además, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) hace mención sobre el Envejecimiento Positivo, el cual:

Nos habla de los mayores desde un enfoque de derechos, como personas claves en nuestras sociedades, y del envejecimiento no solamente como el hecho de llegar a cierta edad, sino como una construcción de las sociedades respecto a las maneras de envejecer (SENAMA, 2018, p.5).

Por lo que se entiende que el envejecimiento activo es un factor fundamental en la calidad de vida de las personas mayores, enfocándose principalmente en un mayor bienestar para ellos y, a su vez, generar mayores oportunidades para este grupo de personas con el objetivo de que puedan contribuir, desde su propia participación como sujetos activos y de derechos, en la construcción de la sociedad de la que forman parte.

2.4. Construcción social y percepción sobre la vejez

Desde la teoría sociológica de Berger y Luckmann (1968) fundamentan que la realidad se construye socialmente, es decir, a través de la relación de una realidad que es independiente al observador (realidad objetivada), aquella que se está construyendo (realidad intersubjetiva) y desde el propio conocimiento que tienen las personas (realidad interobjetiva). Lo anterior, permite entender a la “realidad” como el conjunto de fenómenos que “reconocemos como independientes de nuestra propia volición, no podemos hacerlos desaparecer” (Berger, P., Luckmann, T., 1968, p.13).

A su vez, los autores anteriormente citados, concuerdan en entender que las propias personas son las creadoras de los sistemas sociales y, al mismo tiempo, la entienden como una

realidad objetivada, en la que residen una serie de significados construidos por las personas como actores sociales colectivos, transitando así a la intersubjetividad desde la interacción, “La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres” (Berger, P., Luckmann, T., 1968, p.34).

Al igual que la teoría de la construcción social de la realidad, el fenómeno de la construcción de las percepciones sociales se afirma desde el concepto de “percepción subjetiva”, particularmente desde los estudios de los imaginarios sociales de las personas, tomando en cuenta las influencias de las interacciones personales con el entorno.

Para Pintos (1999), los imaginarios sociales serían: "aquellos esquemas, construidos socialmente, que nos permiten percibir algo como real, explicarlo e intervenir operativamente en lo que en cada sistema social se considere como realidad" (p.5). Es decir, los imaginarios sociales les proporcionan a las personas de una determinada sociedad, las categorías de comprensión de los fenómenos sociales, ya que solo es posible comprender aquellos fenómenos mediante explicaciones aceptadas por la misma sociedad (Pintos, 1995).

Por otro lado, Bazo (1992) afirma que existe un imaginario social de la “vejez”, desde el momento en que las personas piensan, reflexionan y comunican sus percepciones sobre la realidad de las personas mayores. Desde ese entonces, el imaginario social se ve condicionada por factores tales como el contexto socioeducativo, cultural, económico y familiar, también se va articulando en lo que comprenden y/o explican sus realidades, desde las concepciones de la realidad objetiva como aquella explicación y descripción del mundo exterior como entidades independientes de la voluntad. En cambio, la realidad subjetiva es aquella comprensión e interpretación del mundo exterior, en base al conjunto de creencias, enseñanzas y visiones personales.

En efecto, la realidad subjetiva se piensa desde la objetividad del medio de la intersubjetivación con el diálogo y la interacción social. Así “se crea y recrea en función de los demás cambios que operan en el resto de las estructuras y en el conjunto de la sociedad” (Bazo, 1992, p. 80).

Desde dicha definición se vislumbra el fenómeno a partir del enfoque de derecho, puesto que, al ser un proceso discursivo, se reconoce a la persona mayor como sujeto/sujeta

activo/activa con su entorno, en el que interactúa como miembro reconocido en su comunidad y puede tener un quehacer sociocultural responsable y constructivo.

Existe un sistema de mitos, creencias, estereotipos y prejuicios en relación a las personas mayores. Dicho sistema también es parte de la dimensión socioconstruccionista de la realidad y se fundamenta a través de la teoría del interaccionismo simbólico, propuesta por Blumer (1938), quien explica que son las personas, en su interacción social, al actuar sobre los objetos y su medio, los que dan los significados a partir de los símbolos, los cuales se familiarizan en su interacción con la realidad aprendida.

Por consiguiente, es posible describir los imaginarios sociales propuestos por Bazo, a través del estudio la “Ley para abordar el maltrato a personas mayores en Chile: evidencias, tratamiento normativo y desafíos inmediatos” realizado por Lowick-Russel (2010), estudio que focaliza las ideologías de la vejez en los jóvenes en Chile

Indica que el 62% de los jóvenes califica a las personas mayores como “enfermizos”, el 66% como “frágiles”, el 52% como “marginadas”, un 59% considera que son personas “socialmente desvaloradas”, un 47% los considera “dependientes” y un 50% los considera “sexualmente no activos”. Al menos 1 de cada 3 jóvenes considera a las personas mayores como “ciudadanos pasivos” e “improductivos”. Esta imagen de ser viejo, claramente indica que el envejecimiento no es considerado como un proceso y que la vejez no es un estado al que los jóvenes chilenos quisieran llegar. (p. 3)

Lo anterior, resalta una disincronía cultural en cuanto al ideal de la vejez, ya que parte de la población joven considera la vejez como algo no deseado, generando construcciones sociales desde el lenguaje, donde minimizan a las personas mayores, considerándolos como débiles, vulnerables, dependientes y ciudadanos no activos. Estos pensamientos generan grandes repercusiones en las personas mayores, dado que al generar una infantilización de esta población y una perspectiva de inferioridad se atenta contra el objetivo principal que tiene el Estado en cuanto a las políticas públicas en lo que concierne a los adultos mayores, cuya finalidad es brindar la protección necesaria en el ciclo final de la vida, otorgando un envejecimiento activo y una participación integral en la sociedad.

En definitiva, esta realidad genera escenarios de discriminación para las personas mayores respecto a su edad. Según la OMS (2021) “se refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. Puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido” (p.2) Este tipo de exclusión tiende a generar estereotipos y prejuicios negativos en cuanto a los adultos mayores, originando pensamientos que atentan contra la dignidad y los derechos de esta población mayor. Por ello, al impulsar políticas y programas de protección de las personas mayores se está trabajando a la vez en reconocer los derechos que poseen y en brindar los instrumentos necesarios para una vida activa y de calidad.

2.5. Políticas públicas y vejez

2.5.1. Convenciones Internacionales sobre personas mayores

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es una política pública promulgada el 01 de Septiembre de 2017 bajo el mandato presidencial de Michelle Bachelet Jeria, en el cual el Estado de Chile se compromete a dar mayor visibilización e identidad a las problemáticas de derechos humanos de las personas mayores, así como también sobre los prejuicios y mitos que existen sobre estos y que puedan perjudicar de forma directa su auto imagen como la imagen que los demás tienen de las personas mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2017).

El objetivo de esta Convención por los derechos de las personas mayores es:

Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2017, artículo 1)

Por otra parte, los principios generales aplicables a esta Convención son los siguientes:

- A. La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.

- B. La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- C. La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- D. La igualdad y no discriminación.
- E. La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- F. El bienestar y cuidado.
- G. La seguridad física, económica y social.
- H. La autorrealización.
- I. La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- J. La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- K. El buen trato y la atención preferencial.
- L. El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- M. El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- N. La protección judicial efectiva.
- O. La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

Dentro del capítulo 5 de la Convención se encuentran establecidos los derechos protegidos que deben ser garantizados por el Estado de Chile, los cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2: Derechos protegidos por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Artículo	Derechos Protegidos	Artículo	Derechos Protegidos
5	Igualdad y no discriminación por razones de edad	19	Derecho a la salud
6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	20	Derecho a la educación
7	Derecho a la independencia y a la autonomía	21	Derecho a la cultura

8	Derecho a la participación e integración comunitaria	22	Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte
9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	23	Derecho a la propiedad
10	Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes	24	Derecho a la vivienda
11	Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	25	Derecho a un medio ambiente sano
12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal
13	Derecho a la libertad personal	27	Derechos políticos
14	Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información	28	Derecho de reunión y de asociación
15	Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación	29	Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias
16	Derecho a la privacidad y a la intimidad	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley
17	Derecho a la seguridad social	31	Acceso a la justicia
18	Derecho al trabajo		

Fuente: Elaboración propia en base del decreto 162 de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

El Estado Chileno, como miembro-parte de esta Convención, tiene el deber y la responsabilidad de respetar aquellos principios y derechos mencionados anteriormente, con el propósito de brindar y promover la integración y participación de las personas mayores dentro del territorio nacional.

2.5.2. Normativa sobre vejez y envejecimiento en Chile

En Chile, la trayectoria de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores comienza a surgir en la década de los 90: “Desde enero de 1995, cuando se forma la Comisión Nacional del Adulto Mayor, el país ha concentrado sus esfuerzos en instaurar una institucionalidad especialmente dedicada a atender los asuntos de las personas mayores” (Huenchuan, González, Paredes, Guzmán, 2007, p.59). Así pues, la protección de los adultos mayores ha hecho surgir diversas políticas públicas con el principal enfoque en los derechos y dignidad de esta población, por ejemplo, en seguridad social, salud, entornos propicios y favorables, entre otros, surgiendo así aspectos favorables para un desarrollo integral de las personas mayores. (Huenchuan et.al., 2007).

La Ley N° 20.427 es una modificación que se hizo a la Ley N° 20.066 y a otros cuerpos legales, para incluir el maltrato del Adulto Mayor en la legislación nacional, promulgándose el día 10 de marzo de 2010 bajo la Presidencia de Michelle Bachelet Jeria y el Ministro de Justicia Carlos Maldonado Curti. (Ministerio de Justicia, 2010).

Las modificaciones que incluye la Ley N° 20.427 constituyen un gran cambio dentro de las políticas que se enfocan principalmente en las personas mayores, incorporando el vocablo que los concibe desde una perspectiva de derechos y penalizando aquellos actos violentos que pudieran ejercerse en su contra, en la perspectiva de proteger sus derechos en pro de una sociedad más justa.

Dentro de los cambios que se hallan en la Ley N° 20.427 se encuentra la incorporación de los adultos mayores en el Artículo 3° sobre Prevención y Asistencia, estableciendo una mayor protección por parte del Estado hacia esta población en la prevención de la violencia. Además, en el Artículo 5° sobre Violencia Intrafamiliar, se reconoce el maltrato que reciben las personas mayores que se encuentren bajo el cuidado o dependencia de algún familiar, afectando principalmente la integridad de estas, tanto física como psicológica. También, en el Artículo 7° referente a Situación de Riesgo, se modifica este incorporando el abuso patrimonial que puedan sufrir las personas mayores, siendo esta una situación de riesgo inminente. Asimismo, en el Artículo 92ª, N°8, de la Ley N°19.968 que creó los Tribunales de Familia, se hace una reforma, ahora la ley dota de facultad especial para tomar las medidas necesarias que favorezca a la persona mayor dependiente y, además, se encuentre en situación de abandono. Por último, se

modifica el artículo 489 del Código Penal, reconociendo como delito y penaliza aquellos abusos patrimoniales ejercidos por familiares hacia las personas mayores. (Lowick-Russell, 2010)

En resumen, esta política pública se dirige principalmente a una visibilización del maltrato existente hacia los adultos mayores, adoptando medidas oportunas para la protección de los derechos y la dignidad de estos, generando así mayores instancias de justicia por parte del Estado, reconociendo como tal aquellas situaciones de riesgos para las personas mayores y responsabilizando a las personas que realizan estos actos abusivos.

2.5.3. El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

SENAMA es un servicio público, creado en el 2002, mediante la Ley N°19.828. (SENAMA, s.f). Este servicio tiene como misión:

Fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas. (SENAMA, s.f, p.21)

Por otro lado, define como adulto mayor a “toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres” (SENAMA, s.f, párr.3). Esta Política nacional, opera de forma gratuita y tiene como objetivos:

- Optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental con enfoque comunitario, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a través de acciones que fomenten su autovalencia y aborden la dependencia.
- Fomentar la autonomía y participación de las personas mayores, desde su mirada de prevención de la dependencia, a través del fortalecimiento de las organizaciones y clubes y la generación de alianzas que permitan desarrollar ciudades amigables de inclusión.
- Contribuir a un cambio cultural en torno a la vejez y el envejecimiento, reconociendo a las personas mayores en perspectiva de derechos y proporcionando garantías eficaces para su ejercicio.

- Fortalecer institucionalmente a SENAMA, con el fin de optimizar la articulación intersectorial e implementar la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile de manera efectiva, y actuar como referente en la temática.

En cuanto a las políticas públicas de la vejez, Mónica Roque y Adriana Fassio (2016) mencionan que “las políticas orientadas a las personas mayores han ido evolucionando al calor de los procesos políticos, sociales, económicos y culturales que fueron marcando la historia de los últimos 200 años” (p.41). Desde ese entonces, “las personas mayores son sujetos de pleno derecho y, por lo tanto, protagonistas de las políticas sociales que (..), lleva adelante para fortalecer la identidad individual y colectiva de estos actores sociales, promoviendo su participación social y desarrollo integral” (Roque y Fassio, p.60).

En la actualidad, SENAMA cuenta con diversos programas y beneficios. Entre ellos, cabe mencionar:

- *Fondo Nacional del Adulto Mayor*, cuyo objetivo es favorecer la autonomía, autogestión, integración social e independencia de los adultos mayores, como asimismo, entregar servicios de calidad para la atención de personas en situación de dependencia y/o vulnerabilidad que contribuyan a satisfacer sus necesidades básicas y que mejoren su calidad de vida (SENAMA, s.f, párr.5).
- *Escuela de Formación para Dirigentes Mayores*, cuyo fin es promover la información, participación y formación de dirigentes e integrantes de organizaciones de personas mayores, a fin de contribuir al ejercicio de su ciudadanía activa (SENAMA, s.f, párr.6).
- *Voluntariado País de Mayores*, que pretende contribuir a la integración social y al fortalecimiento de una imagen positiva de las personas mayores, a través del ejercicio de nuevos roles, fomentando el respeto de sus derechos (SENAMA, s.f, párr.3).
- *Programa de Promoción del Buen trato hacia los Adultos Mayores*, que tiene como fin contribuir al reconocimiento, promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención del maltrato que los afecta, la promoción del buen trato y la asesoría y coordinación con las redes regionales y locales (SENAMA, s.f, párr.3), construyendo redes de apoyo ante detección del abuso de la población mayor.

- *Programa Vínculos*, que apunta a entregar herramientas a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares (SENAMA, s.f, párr.2).
- *Programa envejecimiento Activo*, que tiene como objetivo lograr que los adultos mayores participen de actividades que promuevan el envejecer activamente, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia (SENAMA, s.f, párr.3).
- *Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor*, cuyo propósito es promover y fortalecer la autonomía e independencia en las personas mayores, que permita contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un Centro Diurno donde se entregarán temporalmente servicios sociosanitarios y de apoyo (SENAMA, s.f, párr.4).
- *El Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor*, que tiene como deber proveer servicios integrales de vivienda y cuidados socio-sanitarios a personas mayores de 60 años de acuerdo a su nivel de dependencia y vulnerabilidad (SENAMA, s.f, párr.2).
- *Fondo Subsidio Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)*, que busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) sin fines de lucro”(SENAMA, s.f, párr.1).
- *Los Cuidados Domiciliarios*, que tienen como misión entregar servicios de apoyo y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria a adultos mayores que presentan dependencia moderada y/o severa, que no cuentan con un cuidador principal y que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, buscando mejorar su calidad de vida y el resguardo de su autonomía, dignidad e independencia.(SENAMA, s.f).

Finalmente, este programa permitirá mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a través de nuevos espacios en la población, desarrollando un rol importante en la sociedad. Como menciona, Roque, et al, este tipo de programas “buscan la participación activa de la persona mayor, para lo cual fomentan y equilibran la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables” (p.71). Promoviendo un cambio cultural en las personas y familias del país sobre la mirada que se tiene de las personas mayores.

2.5.4. Subsistema Chile Cuida

El programa Chile Cuida nace bajo el alero de la presidenta de la República, Michelle Bachelet en el año 2017 y forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social y la Familia. Tiene como misión, “acompañar y apoyar a través de diferentes servicios, a las personas en situación dependencia, sus cuidadores y cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo” (Chile Cuida, s.f, párr.1).

Los Servicios de Apoyos y Cuidados están dirigidos al 60% de los hogares más vulnerables del país que presenten un integrante en situación de dependencia de acuerdo al Registro Social de Hogares, lo cual incluye a las Personas Mayores de 60 años en situación de dependencia, a los niños, niñas y adultos en situación de dependencia y a los cuidadores y cuidadoras. (Chile atiende, s.f, párr.2)

Desde lo que menciona Objetiva Consultores SpA (2020), el programa tiene como propósito que los hogares integrados por personas en situación de dependencia y sus cuidadores/as accedan a la oferta de servicios y prestaciones sociales en apoyos y cuidados de manera organizada y acorde a sus necesidades.

Como se menciona Katherine Martineau en el *Manual Programa Chile Cuida (2017)*, este cuenta con tres componentes, a saber: a) Formación, b) Respiro al cuidador/a familiar y, c) Apoyo a los Cuidados Domiciliarios;

a) La formación es fundamental a la hora de hablar del programa. La calidad y la pertenencia depende en gran medida de las personas “Por ello, la formación del equipo técnico y profesional constituye una preocupación esencial del Programa” (p.7).

B) Respiro al cuidador/a familiar, “es un componente cuyo foco son las personas que cuidan habitualmente a la Persona Mayor, y se constituyen en el/la Cuidador/a Familiar” (p.9).

c) Apoyo a los Cuidados Domiciliarios. B Este pilar está dirigido “a la Persona Mayor en situación de dependencia severa o moderada que vive en su domicilio” (p.10). Tiene como objetivo

que la Persona Mayor con dependencia obtenga apoyo humano, de reemplazo de su Cuidador/a Familiar, para su cuidado integral, especializado y de calidad en las áreas de atención personal, apoyo en el hogar y de integración y prevención del aislamiento social. (p.10)

Este enfoque se desarrolla a través de un servicio de atención individual, de “carácter social y comunitario, y de reemplazo a las labores propias del Cuidador/a Familiar. Estas labores son realizadas por el Cuidador/a Formal del Programa Chile Cuida en el domicilio de cada Persona Mayor” (Martineau, 2017, p.10)

2.6. Calidad de vida

2.6.1. Aproximación teórico-histórica al concepto de calidad de vida

Para comprender el fenómeno de la calidad de vida, es fundamental desarrollar el contexto histórico que rodea a dicho concepto. Para ello, se recurrirá al estudio generado por Urzúa, Caqueo (2012) el cual señala que los estudios sobre calidad de vida surgen, de manera recurrente, después de la segunda guerra mundial, como una tentativa de las y los investigadores de las naciones de occidente de conocer las percepciones de las personas sobre su vida y su seguridad financiera.

Así pues, se comienza a expandir en los años sesenta el concepto de calidad de vida, como fenómeno de estudio propio de las Ciencias Sociales, la que en sus albores sería investigada inicialmente desde el enfoque positivista en la medición de satisfactores de necesidades. En efecto, tal como plantea Bognar (2005), los primeros estudios sobre calidad de vida se entendían únicamente como la satisfacción de necesidades materiales, por lo tanto, sus

indagaciones tendían a la recolección de información sobre datos objetivos, tales como: situación socioeconómica, nivel educativo, tipo de vivienda, etc. Sin embargo, en los años posteriores, los investigadores, dan cuenta que los indicadores socioeconómicos son insuficientes para explicar el fenómeno de la calidad de vida. De ahí que, necesariamente, se comienzan a incluir factores subjetivos en su medición y comprensión.

Por consiguiente, se comienza a formular categorías de análisis que ayuden a objetivar la problemática del bienestar subjetivo y particular de las personas mayores, la que se asocia con la experiencia personal de vida. Los elementos subjetivos serían: “la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida” (Nava, 2012, p.130).

Como se mencionó anteriormente, la calidad de vida es un concepto complejo, en la medida que incluye aspectos tanto objetivos como subjetivos. Por ello, es relevante identificar las principales definiciones trabajadas en la disputa histórica y epistemológica sobre esta temática, con el objeto de construir o integrar aquella definición más integradora o inclusiva.

Considerando lo anterior, Ferrán Casas (1996) define la “Calidad de vida” como:

las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo el conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales. (p.100)

En la actualidad, los estudios sobre calidad de vida se han construido a partir de distintos campos del saber, tanto de las ciencias sociales y económicas, como también de la salud. La OMS define a la calidad de vida como “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Duran, Lope, Del pino, Chicarro, Villar, 2014, párr.9).

Levi, Anderson y Jasso (1980) en sus estudios sobre la relación entre el ser humano, el medio ambiente y sus repercusiones psicosociales, objetivan que la calidad de vida es una medida que se influencia por el bienestar físico, psicológico y social. Esto desde la percepción

de cada persona, junto con la comunidad de la que es parte. Lo anterior se expresa en la experimentación de la satisfacción personal como recompensa.

Así mismo, Szalai (1980), define calidad de vida como un objeto construido subjetiva y socialmente, en términos personales y colectivos, lo que convierte al fenómeno de calidad de vida en algo complejo y difícil de evaluar, puesto que se debe trabajar a la persona en su experiencia situada, con el fin de poder comparar experiencias entre distintas personas en relación a la calidad de vida.

Chaturvedi (1991), trabajó las percepciones de calidad de vida en personas con cáncer, definiéndola como la sensación personal y subjetiva que cada persona construye con relación al bienestar vivido en su experiencia de vida.

Por último, Quintero (1992) propone la calidad de vida como una categoría de análisis multidimensional que incluye tanto el bienestar tangible como el espiritual en un determinado marco social, cultural y político.

En conclusión, es posible concebir la calidad de vida como el bienestar, desde el aspecto tangible, el cual se puede medir empíricamente desde el enfoque cuantitativo, así como de los aspectos intangibles y subjetivos, los cuales se deben evaluar de manera personal, desde las voces y experiencias de las personas en sus contextos determinados. Esta última dimensión cobra particular relevancia para este estudio, pues justamente se aspira a conocer, desde las percepciones y vivencias de las personas mayores, cómo se ha alterado su calidad de vida con la llegada del SARS-COV-2, todo ello en el marco territorial, social y cultural que rodea la experiencia de cada persona.

2.6.2. Calidad de vida como fenómeno multidimensional

Cummins, en el año (2000), clasifica la calidad de vida desde una perspectiva multidimensional, postulando una evaluación que considera variables objetivas, referidas al bienestar normativo, como lo son las condiciones de vida, además de variables subjetivas, relacionadas con la percepción de bienestar, como lo representa la satisfacción de la persona con respecto a sus condiciones de vida, convirtiéndose así en un modelo integrador. (Cárdenas, Gutiérrez, Méndez, Vázquez, 2015, p.66)

En esta misma perspectiva, Ardila (2003) en su trabajo sobre *calidad de vida: una definición integradora*, aborda, desde el enfoque de la multidimensionalidad, factores de bienestar emocional, material, de salud, seguidos del bienestar productivo y el de seguridad social, culminando en el bienestar familiar y social.

El bienestar emocional, la OMS lo define como: “estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (Fundación Privada Nous Cims, 2019, s/p)⁵. Lo precedente, demuestra la importancia de integrar el bienestar emocional como factor base para enfrentar de manera sana y con calidad de vida los retos de la vida cotidiana, como también generar espacios de salud mental con el objetivo de concretar los demás factores de bienestar.

El bienestar material históricamente se ha asociado a la calidad de vida desde su aspecto tangible y objetivo, esto como un factor determinante en el acceso a la felicidad, desde la percepción de los niveles de ingresos, la satisfacción de las necesidades básicas tales como la alimentación, el calzado, el vestuario, la vivienda, el acceso a bienes básicos universales, etc. En efecto, tal como define la Fundación privada Nous Cims, en Barcelona, España, en el año 2019:

Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión e ingresos), posesiones (bienes materiales) y ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos). (Fundación Nous Cims, 2019, s/p)⁶

Por su parte, el bienestar en sí mismo es un indicador de salud plena. Efectivamente, la OMS define salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2020).

⁵ Cita extraída de la Fundación Privada Nous Cims. (2019). *Bienestar Emocional*. Recuperado de: <https://www.nouscims.com/que-hacemos/bienestar-emocional/>

⁶ Cita extraída de la Fundación Privada Nous Cims. (2019). *Bienestar Emocional*. Recuperado de: <https://www.nouscims.com/que-hacemos/bienestar-emocional/>

De igual importancia está el bienestar ocupacional o bienestar laboral y de seguridad social, definido como “el estado de satisfacción que logra el/la empleado/a en el ejercicio de sus funciones. Es producto de un ambiente laboral agradable y del reconocimiento de su trabajo, que repercute en un bienestar familiar y social” (Ministerio del trabajo, Migraciones y seguridad social, & Fundación estatal para la prevención de riesgos laborales, 2019. p.23). Por tanto, se construye el bienestar laboral como un estado subjetivo de satisfacción con relación a cómo el trabajador/a percibe su ambiente laboral, repercutiendo así de manera sistemática en la salud y el bienestar en general.

De la misma forma, el Centro de Aprendizaje y conocimiento en Primera Infancia (2021) define al bienestar familiar como la satisfacción plena de todas las necesidades de los miembros del grupo familiar, quienes a su vez perciben seguridad, el acceso oportuno a la salud y a oportunidades de crecimiento personal y de movilidad socioeconómica. Así mismo, se entiende que tal bienestar familiar es la última dimensión micro sistémica en conjunto con las dimensiones físico, mental, ocupacional, social, emocional y espiritual.

2.6.3. Envejecimiento y calidad de vida

La calidad de vida, al ser entendida como fenómeno multidimensional que abarca tanto los aspectos objetivos y subjetivos de la percepción del bienestar humano, puede ser trabajada también desde el campo del envejecimiento.

Así mismo, es definida desde un comienzo por las ciencias naturales como parte de los estudios que se encargan de investigar y proporcionar conocimientos en relación a los procesos de transformación y cambios que experimentan los organismos vivos a lo largo de su ciclo de vida, así como de las implicancias que tienen dichos cambios para el organismo en su sobrevivencia.

De igual forma, los seres humanos, al ser organismos vivos, experimentan a lo largo de su ciclo vital numerosos cambios y transformaciones, con la facultad y diferencia de ser conscientes de sí mismos, de poder socializar y planificar, de tener expectativas y sistemas de creencias y, con ello, de poder formar comunidades. Ello complejiza el proceso de envejecimiento, tal como afirma la OMS (2010), quien propone un enunciado que aborda todas las etapas de la vida, en el cual las personas envejecen de distinta manera; en otras palabras,

mientras unos logran un grado de desarrollo personal y de aptitud funcional, otros logran traspasar el mínimo de minusvalía.

Es decir, bajo los estándares de las ciencias de la salud, en palabras de Guralnik y Kaplan (1989), el envejecimiento ocurre exitosamente cuando las personas logran un nivel mínimo de enfermedades como de discapacidades, junto con un buen estado de estado funcionamiento y de estado físico.

A su vez, Bandura (1986), afirma que la perspectiva biopsicosocial, al poseer elementos integradores para comprender la realidad, surge como herramienta fundamental en las investigaciones sociales que abarquen el medio ambiente. el sistema mental y psíquico como el sistema socioestructural al momento de estudiar el fenómeno humano, por consiguiente, el fenómeno del envejecimiento y su influencia en la calidad de vida, se consideran como procesos con dimensiones biopsicosociales en el que las personas realizan transacciones mutuas entre el ser biológico, el sistema mental interno personal y la interacción con las redes sociales estructurales.

Por otra parte, Fernández Ballesteros (2004) definen el envejecimiento como un conjunto de etapas que ocurren a lo largo del ciclo de vital, que abarcan amplios puntos de vista, y que transcurren desde el nacimiento hasta la muerte, como un proceso transformador, lleno de sabidurías y aprendizajes, en base a la experiencia vivenciada durante el crecimiento de la persona.

En consonancia, el envejecimiento es parte esencial e insustituible de todo ser vivo, sin embargo, adquiere un valor de trascendencia en el ser humano, puesto que le agrega valor e identidad a través de la multidimensionalidad y de las posibilidades de experiencias de la vida cotidiana. así es, tal como señala Fernández (1997):

La calidad de vida puede ser, de entrada y a priori, descrita como un macroconcepto multidimensional en el que se integran distintos componentes o condiciones cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) o sociales (como las condiciones socio-económicas o educativas). (p.5).

En síntesis, Santelices (2020) en el informe Chile y sus Mayores “Resultados V Encuesta Nacional Calidad de Vida” se adscribe al envejecimiento como una trayectoria evolutiva, en el cual radica en la capacidad de las personas mayores al tener que adaptarse a una serie cambios y transformaciones, como de las pérdidas y las amenazas a su calidad de vida.

Las personas mayores van desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento para adaptarse a estos cambios. De esta manera, el contexto es fundamental para el bienestar subjetivo de las personas mayores, y el contexto en nuestro país ha sufrido cambios drásticos en el último tiempo (Chile y sus mayores, 2019, p.28).

2.7. Envejecimiento en zonas rurales y urbanas

Al realizar una comparación del envejecimiento en áreas urbanas frente a las áreas rurales, podemos encontrar diferencias significativas en cuanto a las condiciones de vida de las personas mayores. Sin duda, ambos territorios comprenden estilos de vida diferentes, por los cuales, analizar estas diferencias permite estudiar y distinguir de mejor forma la calidad de vida que mantienen estas personas.

Como mencionan Ballesteros y Basco (2016), “el envejecimiento plantea distintos retos en cada país en función de su intensidad, de su estructura demográfica y de sus políticas sociales” (p.3). Sabemos que existen varias estructuras demográficas entre el binomio urbano y rural, presentándose esta última como:

La ruralidad es esencialmente una cultura distinta, entendiendo por ella una forma de vida que se desarrolla a partir de las actividades que los habitantes ejecutan, sean estas agrícolas, pesqueras o mineras, de la relación que establecen con la naturaleza y con el mundo, del conjunto de valores, creencias, costumbres, y fundamentalmente de un habla distinta, que otorga significados y connotaciones a la realidad (Olivares, 2005, p.37)

Desde este sentido, el área rural permite producir una vida más conectada a la naturaleza, la cual genera condiciones de vida más específicas, ya que como lo señalan Navarrete y Osorio (2019) muchas veces los servicios básicos en estas localidades no son los más aptos, por lo cual, la precarización es mayor, dado que la incidencia demográfica en estas

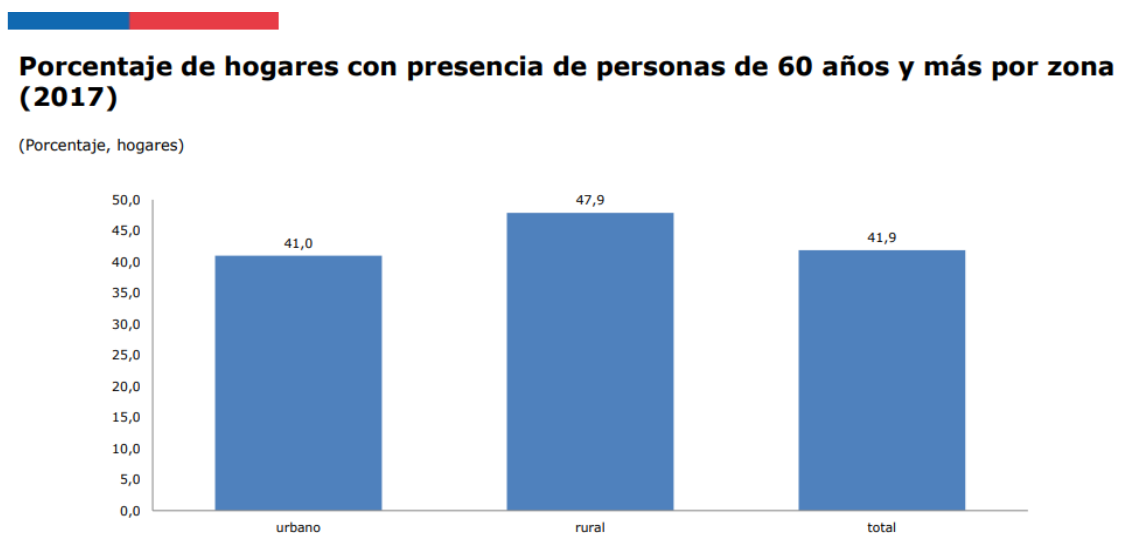
zonas es baja, dificultando de esta manera la calidad de vida de las personas mayores al presentar estos obstáculos. Al mismo tiempo, las autoras señalan que “en territorios rurales ocurren eventos que impactan la vida de personas mayores, lo cual es crítico debido a que los servicios humanos y de salud en muchas áreas rurales se encuentran diseñados bajo modelos urbanos” (Navarrete y Osorio, 2019, p. 4).

Estas situaciones acentúan y afectan más a las personas mayores, ya que al vivir en áreas rurales están sujetos a su realidad social, donde se encuentran alejados/as de los servicios básicos como:

Centros urbanos con más infraestructura hospitalaria o de servicios, y si los medios de transporte públicos no cuentan con la frecuencia necesaria para llegar a estas áreas urbanas ni están acondicionados para transportar a personas de edad con algún tipo de limitación física o discapacidad. (Huenchuan, 2018, p.59)

Es significativo hacer un alcance de la realidad rural de los adultos mayores, ya que concentran el mayor porcentaje de personas mayores en hogares, tal como lo presentaremos a continuación:

Gráfico 5: Porcentaje de hogares con presencia de personas de 60 años y más por zona (2017)



* Diferencias por zona de residencia: Las diferencias según presencia de personas de 60 años y más según zona de residencia SON estadísticamente significativas al 95% de confianza.

Sin embargo, también se hace presente el sector urbano, fenómeno instaurado en partes más centralizadas del país. Como se menciona, esta es una:

Población que vive en: a) centros poblados de cierta importancia demográfica y administrativa, generalmente cabeceras de comunas; b) centros poblados que, sin tener la categoría de ciudad o pueblo, cuentan con servicios públicos o municipales suficientes para darles, funcionalmente, características urbanas, y c) lugares que por no estar establecida la diferencia de las llamadas “zonas rurales no agrícolas”, cuentan con los mencionados servicios públicos (algunos minerales y centros industriales de esas zonas, Chuquicamata, María Elena, Pedro de Valdivia, Sewell y Victoria) (CEPAL, 2002, p.3).

A su vez, el proceso de envejecimiento en lo urbano está condicionado, por lo que Montes De Oca (2003) y Partida (2005) sostienen que el proceso de envejecimiento demográfico es una realidad a nivel mundial, regional y local. La creciente concentración de la población envejecida en las grandes áreas metropolitanas exige incluir dicha escala espacial en la planeación gerontológica. Algunas de las problemáticas que presentan las personas mayores al vivir en área urbana obstaculizan el proceso de integración de esta población en la sociedad, por lo que:

La ciudad, en este sentido, debe proveer de la posibilidad de ejercer estos derechos, no obstante, antes de la pandemia, ya las condiciones eran insuficientes. Me refiero a pavimentados y veredas en mal estado, semáforos de corta duración que no permiten a una persona cruzar adecuadamente, carencia de áreas verdes, sobre todo en las comunas más vulnerables, falta de iluminación, entre otras cosas. (Abusleme, 2020, párr.6)

En definitiva, ambas áreas geográficas presentan diversas dificultades para brindar una vida digna e integral a los adultos mayores, por lo cual, para que dentro de la sociedad se pueda generar un espacio amigable con estas personas, es importante comenzar con un diagnóstico y articulación intersectorial, en el cual sean partícipes tanto las personas mayores como miembros de los gobiernos locales y la sociedad civil, con el propósito de generar mejoras en las implementaciones necesarias, priorizando la integridad de estas personas y, además, un sistema de acompañamiento territorial, dando seguimiento sobre los estados de avances de estos diseños y su efectividad en el proceso (Abusleme, 2020).

2.8. Enfoque de género y enfoque de derechos para mirar la vejez

Como menciona Barrantes (2006) en su artículo llamado *Género, Vejez y Salud*, el género y la vejez han reflejado grandes dificultades y desigualdades sociales en el transcurso de los años:

En sociedades donde no existe una cultura del envejecimiento (como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos) y en la cual, a través de la historia, ser mujer ha constituido una desventaja social, resulta necesario enfocar éticamente la atención individual de este grupo de la población y formular políticas de salud atingentes. (p.2)

El envejecimiento y el género, usualmente, se han abordado por separado, ya que son fenómenos completamente diferentes, pero que a la vez se intersectan. En efecto, tal como afirma Barrantes, “generalmente se percibe el envejecimiento como deterioro mental y físico, consideración que es común tanto entre profesionales de la salud como entre el público en general” (Barrantes, 2006, p.2). Por otro lado, el género es “una categoría de análisis que ayuda a entender cómo se determina lo femenino y lo masculino en un tiempo y en un espacio determinado” (Brigeiro, 2016, p.11).

Según Brigeiro (2016). “lo femenino y lo masculino no son designaciones que necesariamente están en un mismo plan de equivalencia” (p.14), ya que no son iguales. Los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres no son semejantes ni sus efectos; de modo que cuando examinamos el efecto de una dolencia determinada o de un tratamiento específico debemos tomar en cuenta el escenario social en lo que a género respecta. (Barrantes, 2006, p.2)

Por consiguiente, el concepto de género es útil para la comprensión de las condiciones de vida estructurales de las personas mayores y de su experiencia subjetiva. Desde este enfoque:

Las mujeres suelen tener un menor nivel educativo que los hombres, dificultades en el ámbito económico, en su situación de convivencia y residencia, entre otros. Ahondando en lo económico, los ingresos de las mujeres son significativamente inferiores a los de los hombres. En lo que respecta a la convivencia y residencia, las mujeres mayores suelen vivir solas y presentar más problemas con su vivienda, en términos de

equipamiento, adaptación a sus nuevas necesidades del envejecimiento, etc. (Muñoz y Espinoza, 2008, citado en Gallardo, Córdova, Morán, Urrutia, 2018 p.5)

Otros de los factores que se reflejan, son las desventajas socio-culturales, que están insertada con respecto a las mujeres:

se suman otras relacionadas con la edad, con el estrato socioeconómico, el origen social, el área de residencia rural o urbana, la etnia, entre otras. Ser mujer, vieja, pobre y latinoamericana constituye un enorme riesgo de marginación socio-cultural, como lo confirman los altos índices de desigualdad económica y social en nuestros países. (Romero, Dulcey-Ruiz, 2012, p. 3)

Como afirmara Susan Sontag (1972 / 1979), existe un doble estándar en relación con el envejecer y el ser persona vieja, dependiendo del género, evidenciado en múltiples desventajas sociales, culturales y políticas para la mujer. Se concreta este doble estándar en temores relacionados con el propio cuerpo, la apariencia, la situación económica y la vida social (Romero, Dulcey-Ruiz, 2012 p.3).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Paradigma de investigación

La presente investigación se construye desde el paradigma interpretativo, puesto que indaga lo propio, lo específico y lo particular entendido esto por el enfoque cualitativo. Dicho lo anterior, se fundamenta desde la perspectiva hermenéutica, puesto que su finalidad es poder comprender e interpretar los significados de las interacciones de las personas.

En efecto, siguiendo a Strauss y Corbin (2002) definen la investigación cualitativa como el:

Tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones. (Strauss & Corbin, 2002, p.12).

Asimismo, para Strauss y Corbin, la finalidad de la investigación sería poder conocer las vivencias, los sentimientos y el mundo subjetivo de las personas. Entonces, desde el presente estudio se indagará el fenómeno de las percepciones sobre la calidad de vida de las personas mayores, en la que se sustenta desde dicho paradigma. De este modo, se aspira a trabajar desde el punto de vista personal, las significaciones que los y las informantes expresan desde sus propias experiencias en la actual crisis sociosanitaria SARS-COV-2, comenzando desde el inicio de la pandemia el 3 de marzo de 2020, hasta la fecha de publicarse el presente artículo académico.

Por consiguiente, la finalidad del paradigma interpretativo es poder especificar, comprender e interpretar de manera puntual y situada la vida cotidiana de las personas que participan en la presente investigación, pues la investigación con enfoque cualitativo, apunta a otorgarle significados comprensivos personales a los motivos, las actitudes, las creencias, y con esto a las acciones de las personas. Esto desde la multiplicidad de realidades y los criterios de cada participante en torno al tema de investigación.

Por tanto, es importante delimitar que, a base de la investigación que se llevará a cabo, se conferirá énfasis a las experiencias de las personas mayores en sus vivencias personales y significados que le atribuyen a la calidad de vida, en el actual contexto sociosanitario: los simbolismos de la realidad investigada, sus construcciones sociales sobre el mundo social, relevando que, a través de las narraciones de vivencias, será posible descubrir las construcciones sociales individuales y colectivas en la actual crisis sociosanitaria de la SARS-COV-2, emergiendo como componente sustancial las percepciones de envejecimiento y vejez en el actuar y/o costumbres sociales que realizan las personas mayores participantes de la investigación.

3.2. Enfoque de investigación

El enfoque que se utilizará en la investigación es la metodología cualitativa, puesto que se construye a través de aspectos de la vida que no pueden ser contabilizados, ni tampoco reproducidos por el enfoque aritmético cuantitativo. Lo anterior tiene como finalidad el comprender, desde el punto de vista de cada informante, a través de la exploración y la comparación de casos, las realidades locales desde las voces de sus protagonistas, acerca de los procesos, las experiencias, las opiniones y los significados que las personas mayores de las comunas de Puente Alto (Región Metropolitana) y Renaico (Región de la Araucanía) le otorgan al fenómeno de la calidad de vida en la actual crisis sociosanitaria SARS-COV-2 y de qué manera los y las participantes de la investigación perciben dicho fenómeno.

3.2.1. Diseño Fenomenológico

Para efectos de la presente investigación, se hace necesario utilizar el diseño fenomenológico, debido que aporta elementos integrales al fenómeno. El diseño fenomenológico es entendido como: “el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.494).

Es desde tal diseño que se abordará la presente investigación desde el enfoque fenomenológico, el que de acuerdo con Creswell (1998); Álvarez-Gayou (2003); y Moscolini (2005) (citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Se fundamenta en las siguientes ideas:

- El objetivo de los/as investigadores/as con enfoque fenomenológico es poder comprender e interpretar las manifestaciones sociales desde el punto de vista de cada persona mayor, desde la visión construida colectivamente por la comunidad participante en el estudio.
- Los investigadores confían en su intuición e imaginación y en las estructuras universales para lograr aprender las experiencias de los integrantes de la investigación.
- Los/as investigadoras contextualizan las experiencias desde el espacio geográfico (lugar en el cual ocurrieron), la temporalidad (momento histórico en el que sucedió la investigación), la corporalidad (las personas implicadas en el relato de las experiencias), y el contexto relacional (los lazos humanos que se generaron a partir de la investigación). (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 494)

En síntesis, el diseño construido desde el enfoque fenomenológico posibilitará el describir escenarios, el comprender las experiencias de calidad de vida de las personas mayores desde la perspectiva de ellas y ellos, e interpretar las percepciones sobre calidad de vida en la vejez en la situación actual crisis sociosanitaria por SARS-COV-2, por lo que se relevará las voces de los informantes y protagonistas de la investigación, dando luces y develando las acciones y prácticas cotidianas en su diario vivir.

3.2.2. Interaccionismo Simbólico

Según Blumer (1982) la teoría del interaccionismo simbólico se basa en tres ideas principales:

- La primera idea fundamental es que el ser humano orienta su acción social hacia los objetos, en función de lo que significan estos para él/ella.
- La segunda idea refiere que el significado de esas cosas se deriva de, o surge como consecuencia, de la interacción social de cada quien mantiene con su semejante.
- La tercera idea refiere a los significados, que se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (Blumer, 1982, p.2).

recapitulando, el interaccionismo simbólico permitirá a los/as investigadores/as resaltar aquellas cualidades que se relacionan con las percepciones sociales acerca la vejez, la calidad de vida y el efecto que ha generado en estas la actual crisis sociosanitaria SARS-COV-2 y cómo se manifiestan y condicionan las prácticas y acciones sociales. Desde el presente marco, se estará observando la problemática de cómo ciertas creencias, perspectivas y prácticas en el cotidiano, impactan la calidad de vida, explorando el nivel subjetivo que reside en las personas mayores y las percepciones sociales que tienen estas personas de sí mismas y para con su entorno social.

3.3. Método de investigación

El método que se abordará en la presente investigación es el estudio de casos múltiples, el que se fundamenta en el descubrimiento de datos, esto entendido a través del análisis del discurso de los casos e informantes existentes. En efecto, Bogdan y Biklen (2003) describen el estudio de caso múltiple como: “cuando los investigadores estudian dos o más sujetos, ambientes o depositarios de datos ellos están haciendo usualmente lo que llamamos estudios de caso múltiple” (p. 62). A su vez, para Ander Egg (2003) el estudio de casos múltiples es el: “tratamiento global/holístico de un problema, contenido, proceso o fenómeno, en el que se centra todo el foco de atención investigativa, ya se trate de un individuo, grupo, organización, institución o pequeña comunidad” (p.313).

“En consecuencia, el método de casos múltiples posibilita la representatividad comprensiva e integral del fenómeno de estudio, puesto que da cuenta de la particularidad, del caso definido, el que resulta de interés para el equipo de investigadores. En palabras de Merriam (2009), el método de caso, único o común, debe ser representativo de una práctica común o que nunca se haya encontrado. “La selección depende de lo que tú quieras aprender y la importancia que ese conocimiento pueda tener para ampliar una teoría o mejorar la práctica” (p. 179).

Para aplicar de manera sustantiva el estudio de casos múltiples en la investigación, se iniciará con la etapa de recogida de información o evidencia, siguiendo con el diseño de las inferencias o deducciones y el estudio crítico, comparando la información recopilada desde las fuentes informativas. Esto será la herramienta básica para la investigación. Entre las ventajas que reside el método de estudio de casos múltiples, están las que menciona Ander Egg (2003) el cual es la tener la posibilidad de conocer a la persona en su individualidad y en su entorno,

saber sus dificultades, los problemas y las necesidades que vivencia, reconocer sus sensibilidades y motivaciones, con el fin de poder transformar su situación. (p. 317)

A su vez, Renck, M., Isenberg, J. y Gerbracht, G (1995) afirman que el estudio de casos múltiples posibilita realizar un “viaje personal moldeado por el contexto y la selección, la perspectiva y sus valores” (p. 23). Esto otorga una mayor validez a la investigación, puesto que confiere valor desde la voz de las personas mayores e informantes de la investigación, los que en su cotidianidad no serían escuchados/dos. Ahí reside la importancia de la investigación con método de estudios de casos múltiples.

En razón de lo anterior, se ha seleccionado a la comuna de Puente Alto (como comuna urbana) y la comuna de Renaico (como comuna rural), para la presente investigación como referentes (o casos) representativos de modos de vida urbano y rural, con la finalidad de poder realizar un análisis comparativo que permita contrastar las realidades sociales de las personas mayores que viven el contexto sociosanitario SARS-COV-2 en esas dos polaridades.

3.4. Técnicas de recolección de información

Para la presente investigación se utilizará la entrevista semi estructurada como técnica de recolección de datos, destinada principalmente a conocer las experiencias cotidianas y personales que han vivido las personas mayores en este periodo de pandemia, describiendo sus experiencias y percepciones respecto a cómo se ha modificado su calidad de vida en este contexto.

En cuanto a las entrevistas, éstas se darán de manera telefónica y/o presencial, dependiendo de la fase en que estén las comunas dentro del Plan Paso a Paso, considerando la actual situación nacional y respetando también las normas establecidas por el ministerio de salud, con el fin de prevenir posibles contagios. Es importante señalar que estas entrevistas se realizarán con un previo consentimiento informado de cada participante.

Referente a lo que se entiende respecto a esta herramienta, Deslauriers y López (2011) expresan que:

La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad (Grawitz, 1984: 188; Aktouf, 1992:91; Mayer y Ouellet,1991: 308). (p.3)

Se realizarán 11 entrevistas a personas mayores entre los 64 a 85 años. Esta técnica se organizará mediante un protocolo de entrevista previamente diseñado por el equipo investigador, el que incorporará preguntas que respondan a los diversos objetivos específicos planteados por la presente investigación, posibilitando así la escucha activa y el protagonismo por parte de los entrevistadores, el diálogo flexible con los/as entrevistados/as, de manera que se sientan en la libertad de manifestar sus experiencias sobre la calidad de en el actual contexto de crisis sanitaria por SARS-COV2.

3.5. Criterios de selección de informantes clave

Se entiende por informantes clave “aquellas personas que, por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo, pueden apadrinar al investigador, convirtiéndose en una fuente importante de información” (Robledo, 2020, p.1).

Desde esta perspectiva, se mencionan los criterios utilizados para la selección de informantes clave, los cuales se realizan mediante el consentimiento informado, donde accederán a participar de la actual investigación, con el objetivo de dar cumplimiento a la finalidad general y los objetivos específicos planteados en la presente investigación social. Para la presente selección se consideración los siguientes requisitos:

- Ser persona mayor de 64 a 85 años
- Criterio paritario entre mujeres y hombres
- Ser parte de la comuna de Puente Alto
- Ser parte de la comuna de Renaico
- Personas mayores que participen en organizaciones comunitarias
- Participar voluntaria y gratuitamente del ejercicio investigativo.

- Contar con celular para la entrevista telefónica o teléfono de algún familiar cercano que conviva con la persona en caso de que la entrevista se realice vía online

3.6. Criterios de Validez

La investigación cualitativa ha tenido un papel fundamental en las humanidades y las ciencias sociales, pues proporcionan criterios para evaluar la calidad y el rigor de los trabajos de investigación, cuestionando la objetividad de los datos que tendrán su posterior análisis. Para Villasís, Márquez, Zurita, Miranda, Escamilla (2018) la validez: “se refiere a lo que es verdadero o lo que se acerca a la verdad” (p.2). Por lo tanto, es una norma jurídica que tiene respaldo suficiente para que la investigación se califique como creíble.

A su vez, Sandín (2000) afirma que la validez interpretativa tiene como ethos el respaldar de veracidad a la investigación. Es decir, conduce a la investigación de métodos, teorías y metodologías para precisar las acciones para que esta sea creíble y finalmente acreditada a partir de la acción interpretativa de los participantes.

En la presente investigación social, se considerará el criterio de triangulación, entendido como “el uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno” (Okuda, Gómez, 2005, p.3). Desde lo que plantea el autor, existen cuatro tipos de triangulaciones, la metodológica, de datos, de investigadores y, como última, encontramos la triangulación teórica. Bajo esta investigación se utilizará la triangulación de investigadores, con el objetivo de concordar planes interpretativos y de análisis. Desde lo que plantea el autor Okuda y Gomes (2005), este tipo de triangulación tiene como objetivo “la observación o análisis del fenómeno llevado a cabo por diferentes personas (..) con el fin de producir un entendimiento de cómo diferentes suposiciones y premisas afectan los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de datos o información” (pp. 6-7).

Este estudio, del mismo modo, establecerá la validación por juicio de expertos para validar los instrumentos y las preguntas. Se pedirá a dos docentes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Católica Silva Henríquez su opinión sobre el protocolo de entrevistas

elaborado por el Equipo Investigador, con el objeto de recibir sus opiniones y comentarios para realizar las adecuaciones necesarias. Cabero y Llorente el resumen de la siguiente forma:

La teórica calidad de la respuesta que obtenemos de la persona, el nivel de profundización de la valoración que se nos ofrece, su facilidad de puesta en acción, la no exigencia de muchos requisitos técnicos y humanos para su ejecución, el poder utilizar en ella diferentes estrategias para recoger la información es de gran utilidad para determinar el conocimiento sobre contenidos y temáticas difíciles, complejas y novedosas o poco estudiadas, y la posibilidad de obtener información pormenorizada sobre el tema sometido a estudio (p. 14). (como se citó en García, Balderrama, Navarro, 2017, párr.7)

3.7. Plan de Análisis

El análisis de datos cualitativos es entendido por Herrera, Lorenzo y Rodríguez (2005) como el “proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (p.135). Este tipo de análisis se da de forma cíclica y circular, lo que permite que:

El investigador, casi sin darse cuenta, comienza a descubrir que las categorías se solapan o bien no contemplan aspectos relevantes; estas pequeñas crisis obligan al investigador a empezar nuevos ciclos de revisión, hasta conseguir un marco de categorización potente que resista y contemple la variedad incluida en los múltiples textos. (Herrera, Lorenzo y Rodríguez, 2005, p.135).

Para realizar un adecuado proceso de análisis de los datos cualitativos obtenidos, se recomienda seguir estos tres aspectos claves para llevar a cabo este análisis:

1. Reducción de datos
2. Disposición y transformación de éstos
3. Obtención de resultados y verificación de conclusiones

Como técnica para el análisis de la información obtenida en esta investigación, se utilizará el análisis categorial, lo que es definido por Alvarado (como se citó en González y Uribe, 2018) como:

Ordenadores epistemológicos, campos de agrupación temática, supuestos implícitos en el problema y recursos analíticos; Como unidades significativas que dan sentido a los datos, permiten reducirlos, compararlos y relacionarlos. [Son] una construcción para ordenar el mundo vivido, y al mismo tiempo como una visión anticipada de dicho mundo. (p.5)

En definitiva, el uso de esta construcción de sistema categorial plasma el desarrollo de la construcción de sentido de los datos, permitiendo así reflejar el cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación y, también, presentar parte del proceso formativo vivido por los investigadores (González y Uribe, 2018).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron recopilados a través de entrevistas semi-estructuradas realizadas mediante las plataformas Zoom y Meet, así como de llamadas telefónicas realizadas en los meses agosto y septiembre del año 2021, a un total de 11 personas Mayores entre 64 a 79 años, de las comunas de Puente Alto (Región Metropolitana) y Renaico (Región de la Araucanía). El análisis que se presenta responde a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados en el primer capítulo de este trabajo indagativo. Las personas mayores fueron escogidas por sus edades, por su comuna de residencia y por las actividades de organización comunitaria en las que participan.

Cabe señalar que las categorías y subcategorías que se presentan a continuación fueron construidas de manera inductiva por el equipo de investigadores, en relación directa con los objetivos específicos planteados. Las categorías se definieron mediante la revisión de las entrevistas de las personas mayores, específicamente de los relatos considerados pertinentes para esta investigación.

Se debe puntualizar que la información recopilada respecto a la calidad de vida de personas mayores de las comunas de Puente Alto y de Renaico se obtuvo de entrevistas semi-estructuradas, las que a su vez se flexibilizaron a partir de la realidad sociocultural de las y los informantes, donde se tuvo la libertad de poder resolver dudas, responder consultas y preocupaciones propias de un proceso de entrevista, a fin de poder dar legitimidad y confianza por parte del equipo de investigadores/as hacía las personas entrevistadas.

4.2. Caracterización de las personas entrevistadas

A continuación, se presenta un cuadro resumen que incluye las principales características de las personas mayores entrevistadas: seis de ellas corresponden a la comuna de Puente Alto y las cinco restantes a la comuna de Renaico.

Entrevistado/a	Sexo	Edad	Estado Civil	Comuna	Organización Comunitaria
N° 1	Mujer	70 años	Separada	Puente Alto	Fundación Puente Alto Puede Más, Olla Común.
N° 2	Mujer	73 años	Divorciada	Renaico	JVVV N°3 Tijeral. Club de Adultos Mayores.
N° 3	Mujer	64 años	Casada	Renaico	JJ. VV N°3 Tijeral. Club de Adultos Mayores.
N° 4	Hombre	66 años	Casado	Renaico	JJ. VV N°3 Tijeral. Club de Adultos Mayores Anhelos Felices. Tesorero del Comité de agua potable de Tijeral.
N° 5	Hombre	68 años	Casado	Renaico	JJ. VV N°3 Villa Tijeral. Club de Adultos Mayores.
N° 6	Mujer	76 años	Viuda	Renaico	Congregación evangélica “Ejército Evangélico de Chile”. sede Tijeral.
N° 7	Hombre	64 años	Casado	Puente Alto	Agrupación “San Lazarino”, que reúne a personas con discapacidad. Participación en reuniones con el Departamento de Discapacidad de la Municipalidad de Puente Alto.
N° 8	Hombre	66 años	Casado	Puente Alto	Taller de Parkinson, CCR San Lázaro. Programa Abriendo Puertas (P. Parkinson). Agrupación “San Lazarino”, que reúne a personas con discapacidad. -Agrupación Red de Salud Comunitaria de Puente Alto. -Participación en reuniones con el Departamento de Discapacidad de la Municipalidad de Puente Alto. Programa PAMA Puente Alto.
N° 9	Hombre	79 años	Casado	Puente Alto	Programa Abriendo Puertas (P. Parkinson). Programa Prama. Compañía 11 de bomberos Pompa Italia.
N° 10	Mujer	71 años	Casada	Puente Alto	Junta de Vecinos. Olla común de la comuna.

N° 11	Mujer	65 años	Casada	Puente Alto	Fundación Puente Alto Puede Más.
-------	-------	---------	--------	-------------	----------------------------------

4.3. Matriz de análisis: (Ver en anexo 3)

4.4. Análisis de la Información

En este acápite se realizará el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a las personas mayores de 64 a 79 años de edad en las comunas de Puente Alto (Región Metropolitana) y Renaico (Región Araucanía), a partir de los objetivos específicos enunciados para la actual investigación.

4.4.1. Nociones de calidad de vida presentes en los discursos de personas mayores de Puente Alto y Renaico

El primer objetivo del presente seminario se propuso identificar los principales conceptos y dimensiones de calidad de vida presentes en los discursos de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico. Respecto a lo anterior, se pudo establecer la presencia de nueve categorías que dan cuenta de los principales imaginarios o visiones con que las personas mayores identifican el concepto de calidad de vida. Cabe mencionar que dichas visiones se encuentran fuertemente influenciadas por las propias vivencias y experiencias de vida de las personas mayores.

En el presente esquema se establecen las categorías y subcategorías construidas para dar cuenta de este primer objetivo de la investigación:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Tener tranquilidad y no tener conflictos, en el sentido de vivir en un medio libre de violencia	
Ser escuchado y tratado con respeto y dignidad	
Tener lo suficiente para subsistir o para tener un buen vivir, entendido como la satisfacción de las necesidades básicas y los medios o derechos que las permiten (trabajo, vivienda, salud).	

Recibir atención, afecto y cuidados	
Salud de calidad, entendida como el derecho universal a un abordaje integral del ser humano en sus aspectos físicos y mentales, así como un trato cálido y digno.	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención integral de salud ● Recibir atención, afecto y cuidados
Tener acceso a oportunidades y derechos sociales fundamentales (salud, pensiones dignas, etc.)	
Disfrutar después de una vida de trabajo y crianza	
Tener contacto social, en el sentido de colaboración y pertenencia a una comunidad (familia, barrio, etc.).	
Vivir en un medio ambiente limpio	

Una primera idea o imagen que las personas mayores asocian a calidad de vida es **"Tener tranquilidad y no tener conflictos, en el sentido de vivir en un medio libre de violencia"**. Esta noción aparece en forma reiterada en los discursos de las personas mayores entrevistadas y es compatible con todas aquellas regulaciones y definiciones que los propios organismos internacionales han definido en torno a la seguridad y a una vida sin violencia como un derecho humano fundamental. En efecto, tal como lo señala el Decreto 162 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017), en el Artículo 9 sobre el Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia "La persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, ..." ⁷. Por tanto, la persona mayor tiene como derecho poder vivir una vida sin ningún tipo de violencia o maltrato que pueda perjudicar su calidad de vida y dignidad, como lo expresa claramente la E2: *"Yo entiendo la calidad de vida cuando uno está tranquila... no tener problemas con nadie"*.

Una segunda noción o categoría que aparece asociada a calidad de vida en los discursos de las personas mayores es en relación con **"Ser escuchado y tratado con respeto y dignidad"**. Para Delgado y Bernal (2016), ello se entiende como el conjunto de derechos que promueven el goce y el respeto de la dimensión física, psicológica y moral y al mismo tiempo,

⁷ Decreto 162. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 1 septiembre de 2017. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>

el deber de no ejercer ni ser objeto de maltrato y tratos que atenten contra el principio universal de igualdad y dignidad inherente del ser humano.

Ser escuchado, para las personas mayores, constituye un ejercicio propio al respeto a la dignidad de las personas mayores en su calidad de vida, entendida como un valor fundamental para el disfrute de esta.

Los informantes afirman que existe una validación de la dignidad de la persona al momento de ser escuchada, entendida y, por consiguiente, respetada. Así lo señala la E.1: *“Para mí, como mujer, creo que una buena calidad de vida sería cuando yo soy escuchada, soy respetada, cuando mi opinión es importante...”*.

Una tercera noción asociada a calidad de vida dice relación con componentes de orden material, particularmente referidos a **“Tener lo suficiente para subsistir o para tener un buen vivir, entendido como la satisfacción de las necesidades básicas y los medios o derechos que las permiten (trabajo, vivienda, salud)”**. Para las personas mayores, la satisfacción de las necesidades básicas se expresa básicamente en tener un piso mínimo para la subsistencia. Calidad de vida es subsistir, pero también es el acceso a derechos, tales como el derecho al trabajo, a vivienda y a salud, los cuales son fundamentales para permitir la subsistencia del ser humano.

El derecho al trabajo se entiende como “derecho de todo ser humano a que no se le impida dedicarse a la profesión, industria, comercio o trabajo lícitos y satisfactorios a sus intereses y aptitudes, a través de la cual obtenga una remuneración” (Delgado y Bernal, 2016, p.261). A su vez, el derecho a la vivienda se entiende como: “Derecho de todo ser humano a que el estado le garantice políticas públicas y programas de apoyo que le permitan disponer de una vivienda, con el fin de salvaguardar la identidad, la integridad y el desarrollo de quien la habita” (Delgado y Bernal, 2016, p.275). Por último, se define al derecho a la salud como: “Derecho de todo ser humano a recibir atención y tratamientos oportunos para la satisfacción de las necesidades de salud respetando el principio de la autonomía del paciente” (Delgado y Bernal, 2016, p.219).

Por consiguiente, las personas mayores comprenden que existe una relación entre el acceso universal a los derechos con la satisfacción de las necesidades básicas, tal como lo

expresa la E.2 : *“Poder tener su buen té, estar viviendo bien, debajo de su techito, como le dijera, no pasar frío, no pasar hambre, tanta necesidad que han pasado otras personas, digo yo señor en la tele ahora, que me da pena, da pena ver tanta pobreza, que yo pensaba que no había pobreza, hay harta pobreza, hay tanta gente que no tiene nada, yo diría que es un piso mínimo para poder vivir bien”*.

Por otra parte, una cuarta categoría asociada a calidad de vida, pero esta vez en el plano inmaterial, se vincula a **“Recibir atención, afecto y cuidados”**. Este aspecto es relevante para las personas mayores, quienes le dan un énfasis esencial a la familia en la satisfacción de estas necesidades de orden afectivo. Tener esta dimensión cubierta es esencial para una adecuada calidad de vida de las personas mayores.

Como menciona Paola Truffello (2018) en el informe de la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN):

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, PIDCP en su art. 23 y la Convención Americana de Derecho Humanos, CADH en su art. 17.1,1 reconoce a la familia como "el elemento natural y fundamental de la sociedad" y establecen tanto al Estado como a la sociedad el deber de protegerla. (p.2)

La atención, el afecto y los cuidados de las familias se vuelven relevantes al hablar de calidad de vida. Para Cervera et.al, (2008) la familia es una red social de apoyo fundamental para las personas mayores, la que va presentando una mayor importancia con el paso del tiempo, sobre todo en los integrantes de más edad, que además están condicionados en esta etapa de la vida, que es la vejez, mermando así su actividad social. Por lo cual, el valor de la familia para estas personas presenta un valor significativo e insustituible de apoyo.

Por tanto, el valor de la familia en la etapa de envejecimiento permite a las personas mayores obtener una considerable calidad de vida, tal como lo menciona la E2 *“El cariño de su familia, la atención de sus hijos, yo creo que eso sería, la relación de las familias con el adulto mayor, eso es lo que más necesita uno a la tercera edad, que no la abandonen, la relación de la familia esté pendiente de uno, que más uno puede pedir, ya en la tercera edad”*.

Una quinta categoría donde las personas mayores asocian la calidad de vida, es la posibilidad de tener **“Salud de calidad, entendida como el derecho universal a un abordaje integral del ser humano en sus aspectos físicos y mentales, así como un trato cálido y digno”**. La salud abarca más que el aspecto biomédico, tal como señalan los/as entrevistados/as, y debe ser abordada desde un enfoque integrativo. La Organización Mundial de la Salud define que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2014, p.1). El derecho a la salud está íntimamente ligado y comprendido desde el derecho a la integralidad y a la seguridad personal, más allá de las enfermedades, puesto que integra dimensiones tales como el trato cálido, el respeto a la persona en su complejidad y el reconocimiento de la dignidad propia del ser humano. Así pues, la *atención integral de salud* es una dimensión esencial al hablar de una salud digna y de calidad, sin embargo, esta no se ve reflejada en el sistema de salud chileno. En efecto, lo anterior ha sido develado a través del relato de la E1: *“Mira, yo creo que la calidad de vida es todo, es como es como decir qué es la salud, solamente el malestar o es solamente cuando estoy enferma o solamente mi salud física y no la mental, o sea, la calidad de vida para mí lo engloba todo, para yo tener buena calidad de vida tengo que englobarlo todo y yo creo que la calidad de vida se ve muy afectada, porque las políticas públicas no están como coordinada unas con otras, los programas de salud están como muy separados de una enfermedad de otra y cuando tú vas a un centro de salud , a un CESFAM te ve la profesional y te deriva al hospital, pero hay otras cosas...”*. Por otra parte, la salud es considerada que debe tener *atención con calidad humana*, sobre todo en las personas mayores, quienes en ocasiones requieren de mayores atenciones médicas debido al desgaste físico, mental y social que conlleva las etapas de la vida, de este modo lo señala el entrevistado 7 *“El otro día me derivaron a un control quehacer rutinario en el médico y fui a pedir hora y tenía que llegar ahí a las 6 de la mañana para conseguir un número. Entonces ese tipo de cosas es complicado, aparte de que uno, ya por la edad le cuesta hacer el esfuerzo, en mi caso por la discapacidad y la gente, en general a las personas de edad les complica mucho ese tipo de cosas”*.

Una sexta categoría que aparece en los relatos, vinculada a las anteriores, dice relación con **“Tener acceso a oportunidades y derechos sociales fundamentales (salud, pensiones dignas, etc.)”**. El Decreto 326 promulga el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Social y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1966 y promulgado en Chile en el año 1989. Este Pacto reconoce los derechos

sociales, culturales y económicos de las personas, lo que es plenamente coincidente con las aspiraciones de las personas mayores respecto a lo que involucra el concepto de calidad de vida.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé, entre otros, el derecho a la igualdad entre el hombre y la mujer en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales (art. 3); el derecho al trabajo (art. 6); el goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (art. 7); la sindicalización, la libertad sindical y la realización de huelgas (art. 8); el derecho a la seguridad social (art. 9), a un adecuado nivel de vida, incluidas la alimentación, la vestimenta y la vivienda (art.11), al más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12), a la educación (art.13) y a la participación en la vida cultural y a beneficiarse de los progresos científicos y la protección de los beneficios morales y materiales derivados de su producción científica, literaria o artística (art.15). (Huenchuan y Morlachetti, s.f, p.6)

Si bien estos derechos son previstos para hombres y mujeres que pertenecen a la sociedad, existe una “serie de dificultades prácticas importantes para los titulares de deberes y, en particular, para los Estados, que son los responsables últimos de la adopción de medidas legislativas y normativas para promover los derechos de las personas de edad” (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010, p.52). Por tanto, tener el acceso a oportunidades y a los derechos sociales fundamentales en las personas mayores se vuelve vital para tener una calidad de vida digna. De ahí que es una tarea fundamental no sólo reconocer estos derechos al momento de hablar de calidad de vida en la etapa de envejecimiento, sino también de poder hacerlos exigibles y reales. Así lo señala el E9 *“Yo creo que una buena calidad de vida es primero que nada conocer un derecho que tenemos como personas, porque podemos hablar de calidad de vida de muchas cosas. Para eso pasa por los derechos, porque hay derecho a la salud, a tener una vivienda, derecho a la alimentación, recreación, a la cultura, protección, derecho a la educación y a trabajar. Si tenemos todos esos derechos y los conocemos como una persona, claro que vamos a tener una mejor calidad de vida porque vamos a poder exigir nuestros derechos y vamos a poder respetar los derechos de los otros/as y nuestra calidad de vida va a ser mejor”*.

Desde este punto de vista, el escaso monto que alcanzan las jubilaciones en Chile es preponderante para hablar de calidad de vida, particularmente en países donde el Estado no logra hacerse cargo de los derechos inherentes a cada ser humano. En efecto, ello implica que

el acceso a los derechos está condicionado a la pertenencia a determinadas clases sociales, que, para el caso latinoamericano, está limitado a un escaso grupo de personas. La mayoría de las personas mayores vive su vejez en contextos de pobreza y desigualdad:

La población latinoamericana envejece en condiciones de pobreza y en un contexto de agudas desigualdades en el acceso a los recursos, desplazamientos forzados, costos impagables de los medicamentos para enfermedades crónicas, falta de pagos de las pensiones e, incluso, formas modernas de servidumbre y trabajo forzado. (OIT, 2005; Naciones Unidas, 2007). (Huenchuan y Morlachetti, s.f, p.13)

Esta desigualdad en el acceso a los recursos que presentan las personas mayores debido al bajo monto de sus pensiones y a la imposibilidad de costear aquellas necesidades fundamentales para tener una buena calidad de vida, una salud digna y poder disfrutar de esta etapa, genera un efecto negativo y sentimientos de frustración en las personas mayores. Estos sentimientos se generan por cuanto los/as jubilados/as estiman que después de haber aportado toda una vida al cuidado de los hijos y de la familia y de haber contribuido con su trabajo al desarrollo del país, les correspondería, como derecho, disfrutar tranquilos de la última etapa de la vida. Así lo expresa claramente la E1: *“Mi peor calidad de vida está dada por mi jubilación, muy baja las jubilaciones que tenemos y de eso nadie se hace responsable... entonces, la mala calidad de vida para nosotros las personas mayores, esta está dada justamente por estas bajas jubilaciones, bajo, muy muy bajo, porque no es solamente que nosotros recibimos la jubilación para pasarlo bien, cosa que estaría legal, porque ya criamos, ya educamos, ya trabajamos, ya entregamos lo mejor nuestro”*.

Muy vinculado a lo anterior, las personas mayores de Puente Alto y Renaico asocian calidad de vida a **“Disfrutar después de una vida de trabajo y crianza”**, transformándose esta en la séptima categoría de este primer objetivo. Esta se centra en poder disfrutar la vida luego de haber dedicado sus respectivos años al trabajo y a la crianza de la familia integrados en una comunidad y en el seno de sus familias como sujetos plenos de derechos. Ello es reconocido por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982) donde:

Reconocen solemnemente que la calidad de la vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo

posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad (p.1)

Tras reconocer la importancia que tiene poder disfrutar la vida en una etapa en que las personas mayores ya dedicaron años de sus vidas a la crianza de sus hijos/as, e incluso de sus nietos/as, se hace necesario que éstos/as puedan tener una vida activa, plena y satisfactoria para su calidad de vida. Así lo señala el E7: *“...yo espero ser activo y tener las posibilidades para ejercer esa actividad, poder hacer cosas que en algún otro momento no podía, como le decía, salir lejos de mi casa, quedarnos unos cuantos días por ahí con mi pareja y eso es para mí una buena calidad de vida, sin tener que preocuparse de que si falta o no para comer en la casa y esto no se pueda hacer”*.

El poder disfrutar la vida sin tener preocupaciones se vuelve crucial para tener una calidad de vida en la etapa de adultez mayor, donde se espera disfrutar los años de sus vidas tras todo el esfuerzo y dedicación que han entregado, tanto a sus familias como a su entorno social y laboral, y poder gozar en plenitud su envejecimiento.

Por otro lado, la octava categoría asociada a una buena calidad de vida se relaciona con **“Tener contacto social, en el sentido de colaboración y pertenencia a una comunidad (familia, barrio, etc.)”**. Esta categoría se asocia al Derecho a la Libertad de Reunión, la que es referida por Bermúdez (2020) en el informe de la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN), como aquella que la Constitución Política garantiza y:

Asegura a todas las personas la libertad de reunión de manera pacífica, sin autorización previa y sin armas, estableciendo, eso sí que cuando ellas se realicen en bienes nacionales de uso público, se deben sujetar a las normas generales de policía. Asimismo, a nivel constitucional, se establece la posibilidad de restringir o suspender el ejercicio de esta libertad en casos de declaración de estados de excepción constitucional. (p.1)

Por tanto, este derecho permite a todo ser humano a reunirse de manera pacífica en un lugar específico, caracterizándose por la reunión física de los individuos participantes. Por otro lado, se puede asociar la Libertad de Asociación, donde se señala en el Artículo 16 del Decreto 871 el que Aprueba Convención Americana sobre Derechos Humanos, denominada “Pacto de

San José de Costa Rica” (1991) que “Todas las personas tienen derecho a asociarse libremente con fines ideológicos, religiosos, políticos, económicos, laborales, sociales, culturales, deportivos o de cualquiera otra índole”⁸.

Estos derechos son relevantes en la medida que obedecen y responden a necesidades de identidad, participación, pertenencia, afecto etc., que tenemos todos los seres humanos y que se concretan en los vínculos sociales que se establece a nivel primario (familia, grupos de amigos), así como secundarios (barrio, comunidad, etc.). En contexto de pandemia por SARS-COV-2, estos derechos se vieron fuertemente afectados, perjudicando la calidad de vida de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y de Renaico debido a las medidas protectoras tomadas por el gobierno chileno, las que apuntaron a restringir toda actividad social en fase de cuarentena. Si bien estas medidas son transitorias, según los avances sanitarios y de salud de cada comuna, es primordial reconocer cómo se vio afectada la calidad de vida de las personas mayores en estos periodos de confinamiento y distanciamiento social, tal como lo expresa el E4: *“Yo me desplazaba libremente hacía mis actividades sociales y vecinales, participaba en reuniones con la municipalidad, hacíamos reuniones una o dos veces al mes, iba al agua potable con la comitiva, nos reunimos donde los adultos mayores, era super normal, era super tranquilo”*.

Por tanto, el contacto social se volvió mucho más relevante en fases de restricciones sanitarias, tomando el sentido de colaboración y la pertenencia a una comunidad como componentes importantes al momento de tomar conciencia sobre la calidad de vida en las personas mayores.

Finalmente, la última categoría vinculada a calidad de vida en los relatos de las personas mayores se asocia a **“Vivir en un medio ambiente limpio”**, elemento plenamente coincidente con lo expresado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (1988) a través del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Social y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en su Artículo 11 Derecho a un Medio Ambiente Sano, donde se hace mención que “Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos” (p.5).

⁸ Cita extraída del Decreto 873. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, San José, Costa Rica, 22 de noviembre de 1969. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=16022>

La importancia de vivir en un ambiente libre de contaminación es otro factor importante al hablar de calidad de vida, siendo este derecho fundamental para fomentar el desarrollo y bienestar eficaz en las personas mayores, ya que como lo expresa el E9: *“El mal ambiente no cierto, el medio ambiente es un tema. Yo vivo en una comuna donde viven muchos habitantes...se tira basura en las calles, escombros, hay muchos animalitos en situación de calle, abandonados, eso hace una mala calidad de vida para una persona”*.

4.4.2. Cambios ocasionados por el SARS-COV-2 en la calidad de vida de las personas mayores y estrategias implementadas para enfrentarlos

El segundo objetivo de esta investigación tuvo como propósito detectar, en los discursos de las personas mayores de Puente Alto y Renaico, los principales cambios que ha ocasionado el SARS-COV-2 en su calidad de vida y las estrategias que han implementado para enfrentarlos.

En el presente esquema se establecen las principales categorías y subcategorías detectadas a partir del análisis y deconstrucción de las entrevistas realizadas:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Tomar conciencia de la existencia del virus y su peligrosidad	
Tomar medidas precautorias para prevenir el contagio	<ul style="list-style-type: none"> ● Dejar de tomar micro o buscar alternativas de transporte privado ● Seguir protocolos sanitarios ● Buscar horarios protegidos o de menor riesgo de contagio
Dejar de ver a la familia y a las amistades	
Valoración de la vida y de las relaciones humanas	
Trabajar vía remota	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar desde la casa ● Apoyar a los hijos en edad escolar a estudiar en forma online
Pérdida de libertad, entendida como la posibilidad de salir, desplazarse y alternar con personas de la comunidad	

Aprender una nueva forma de vida	<ul style="list-style-type: none"> ● Aprender nuevas formas de comunicación ● Disfrutar la soledad y tranquilidad
----------------------------------	---

En estos discursos se pudieron identificar siete cambios fundamentales, levantados como categorías básicas, sobre la base de las experiencias de las personas mayores entrevistadas. La primera categoría o cambio que detectaron en su calidad de vida, por parte de los entrevistados/as, fue **“Tomar conciencia de la existencia del virus y su peligrosidad”**. Como bien menciona la OMS, “pandemia no es una palabra para usar a la ligera o descuidadamente (..) si se usa incorrectamente, puede causar un miedo irrazonable o una aceptación injustificada de que la lucha ha terminado” (Organización Panamericana de Salud, 2020, párr. 2). En una primera instancia, existía una cierta incredulidad respecto a los efectos de la pandemia en las personas. Las noticias provenientes del exterior eran alarmantes, pero aparecían un tanto lejanas para la realidad chilena. Esta percepción fue cambiando en la medida que el virus comenzó a afectar a personas cercanas. Así es como lo afirma la entrevistada *EI*: *“mi proceso fue primero creer que de verdad el COVID existía y lo vine a comprobar, o sea, a preocuparme de eso y de que realmente pasaba, porque a una amiga cercana se le enfermaron sus dos padres y estuvieron hospitalizados y ella lo pasó muy mal, y el resto la familia también, entonces el poder apoyarla a ella ya me hizo tener más sentido de que de verdad esto le podía pasar a mi hermano también y me podía pasar a mí”*. La expansión del virus contribuyó a crear conciencia de su peligrosidad, particularmente para las personas mayores, mostrando que éste era real y que podía afectar de diferentes formas a quien lo adquiriera.

Un segundo cambio detectado por las personas y congruente con lo expresado en párrafos anteriores fue **“Tomar medidas precautorias para prevenir el contagio”**. Comprobada la capacidad de contagio y la peligrosidad del SARS-COV-2, las personas mayores adoptaron diversas medidas de autoprotección. Dado que el virus “se transmite a través de gotitas de la tos y los estornudos... es muy importante cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable” (Ministerio de relaciones exteriores, s.f, párr.3). Esta fue una de las recomendaciones entregadas por las autoridades, pero las personas mayores, en sus relatos, indicaron las principales medidas precautorias adoptadas por ellos/as para defenderse del virus. Entre esta cabe destacar: ***dejar de tomar micro o buscar alternativas de transporte privado:*** *“Puedo agregar a Angol, no hay locomoción, pasa muy pocas desde Angol a Mininco, ahora no es mucho, pero en las cuarentenas, uno no podía viajar por el tema de no saber cómo sacar*

*el el pasaporte sanitario, acá no pasaban buses, entonces uno se desmoraliza” (E.5). La exclusión territorial desde lo rural se expresa desde el relato anterior, en donde el informante explicita una notoria dificultad para tomar transporte público, el cual no existía, teniendo que recurrir al transporte privado e informal. Una segunda medida apuntó a **seguir protocolos sanitarios**, como bien menciona el E4 : “Yo ahora me siento bueno, más relajado y tranquilo, siempre usando la precaución de la mascarilla, el lavado de manos, ya que estamos llegando a un o un límite y vamos a salir a flote ya y vamos a volver a reunirnos. Finalmente, una tercera medida precautoria tuvo relación con la **búsqueda de horarios protegidos o de menor riesgo de contagio**, buscando minimizar los riesgos de adquisición del virus, tal como lo indica el entrevistado E9: “...lo más práctico. Por ejemplo, como dueña de casa, como ir a la feria yo iba muy temprano y compraba en los dos primeros puestos, no entraba a la feria. Y con el supermercado nos organizaremos con mi marido, pero de primera los adultos mayores entrábamos a las ocho y media a nueve y media, entonces nosotros estábamos allá a las ocho y media de la mañana” (E9).*

Un tercer cambio concreto que aparece en los relatos de las personas mayores, y que ocasionó repercusiones importantes en ellos/as, fue **“Dejar de ver a la familia y a las amistades”**. Como bien menciona Groarke en el diario El Confidencial (2020) “la gente está menos satisfecha con la calidad de esta forma de relación [el contacto virtual] que con el contacto cara a cara, algo que se asocia con una mayor sensación de soledad” (s/p)⁹. Lo anterior queda claramente reflejado en el testimonio del E2, quien expresa con claridad la impotencia que genera la restricción del vínculo físico con los familiares cercanos y el sentimiento de soledad y tristeza que trae aparejado el distanciamiento de éstos: “Que uno no puede estar con su familia, no puede compartir con ellos, no puedo, yo con el tiempo si vienen mis nietos no puedo llegar abrazarlos como lo hacía antes, darles un beso a ellos, por el tema de la distancia, y ellos también cuando llegan, ellos mismos (mis nietos) me dicen abu, me dicen, ay de veras que no puedo acercarme mucho por el tema de la pandemia, a pesar que se les va las manos igual, pero siempre con cuidado, y eso es lo que da indignación y rabia, porque no se puede estar con su familia, y aparte siempre hemos sido achoclonados. Yo diría soledad y tristeza.

⁹ Cita extraída del Diario El Confidencial. (2020). ¿Cómo está afectando a la amistad la pandemia de coronavirus?. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-08-27/afecta-cronavirus-amistad-contacto-fisico_2727043

Igual trato de sentirme lo mejor que puedo no más, de ser más fuerte y digo mañana es otro día...”

Muy vinculado a lo expresado en el párrafo anterior, y derivado probablemente de éste, aparece el cuarto cambio ocasionado por el SARS-COV2 en la calidad de vida de las personas mayores. Este se refiere a la **“Valoración de la vida y de las relaciones humanas”**, las que se han visto sumamente afectadas durante este periodo pandémico. La pérdida de familiares queridos ha provocado un cuestionamiento profundo a las formas de vida que se han llevado durante las últimas décadas. Las personas, incluyendo las de mayor edad, se preguntan por los valores esenciales de la existencia humana, apareciendo los afectos y la familia en un lugar fundamental. “Necesitamos desarrollarnos en un entorno estimulante, que nos permita ir creciendo día a día. Un entorno que nos arrope y con el que nos sintamos identificados, (..) en el ámbito familiar”(Rastreator, 2012, párr.2) Ahora, las personas valoran y entienden aún más el rol de los afectos primarios en su calidad de vida y sienten la *necesidad de expresarlos* tanto física como verbalmente, tal como lo señala la entrevistada N°1: *“Entonces tú empiezas a ser más expresivo o expresiva en mi caso con los cariños, con la expresiones de amor a la familia, el abrazar, el decir te quiero, voy a pasar por tu casa, dejarte un pancito, te lo voy a dejar en la consejería, ir a dejar unas cositas con el conserje, baja a buscarla, a tener más atención, a estar más preocupadas, más concentrada y no solamente en el plano familiar, sino que también con toda la relacione, a llamar por teléfono, a mirarte la cara sin saber cómo están.” (E1).*

Un quinto cambio constatado por las personas mayores producto de la pandemia ha sido la necesidad de **“Trabajar vía remota”**. Esta constituye una de las actividades que mayormente cambió con la crisis sociosanitaria, transformándose en algo completamente nuevo para las personas mayores, con repercusiones de variado tipo en cada persona y grupo familiar, dependiendo de los tipos de trabajo y las condiciones de realización de éstos. “Cuando no se acostumbra a trabajar desde la casa, esta nueva actividad puede generar estrés o tensión, para lo cual es posible tomar algunas medidas para prevenirlo” (Ministerio de Salud, 2020, p.24). El trabajar vía remota, para las personas mayores, se tradujo en dos aspectos bien concretos que les atañen de manera directa o indirecta y que constituyen subcategorías de esta dimensión. La primera se relaciona con la necesidad de *apoyar a los hijos en edad escolar a estudiar en forma online* y la segunda con *trabajar desde la casa*. Estas dos actividades que se desprenden del trabajo por vía remota o virtual generan descontento y tensión en las familias. En primer lugar, apoyar la educación de los niños/as es un problema cuando no se tienen los elementos (de

conocimiento) y recursos tecnológicos para hacerlo, afectando principalmente a estos estudiantes y sus familiares que lo acompañan diariamente, como lo expresa la E1: “... *pero no a que los niños hicieran clases desde su casa, no que las mujeres o la ciudadanía tuviera que trabajar desde la casa.*”; en segundo lugar, el trabajo desde la casa afecta la dinámica del hogar, en la medida que no se dispone de espacios físicos para el desenvolvimiento óptimo de cada integrante de la familia ni de conocimientos sobre tecnologías de la información que permitan realizar estos procesos de manera óptima. Ello queda reflejado en el relato de la E1, quien señala: “... *pero no a que los niños hicieran clases desde su casa, no que las mujeres o la ciudadanía tuviera que trabajar desde la casa.*”

Por otro lado, un sexto cambio que la pandemia ha provocado en las personas mayores es en relación con la **“Pérdida de libertad”**, entendida como la posibilidad de salir, desplazarse y alternar con personas de la comunidad. Esta categoría aparece con fuerza en el contexto sociosanitario, con consecuencias directas en la calidad de vida de las personas mayores. Como bien constatan Enríquez y Sáenz (2021) “la pandemia ha creado un escenario en el que ha sido necesario impulsar medidas drásticas e inusuales como los estados de emergencia que en varios casos han incluido toques de queda para garantizar medidas excepcionales...” (p.90). Además del toque de queda, las medidas de confinamiento han implicado una pérdida de libertades en las personas mayores, que, si bien son comprendidas como disposiciones temporales derivadas de la urgencia sanitaria, han generado repercusiones en ellos/as que son resentidos como pérdida en una etapa donde se están viviendo probablemente los últimos años de vida. Ello se refleja en el siguiente testimonio: “*Nooooo, ahí yo me desplazaba libremente, hacía mis actividades sociales y vecinales, participaba en reuniones con la municipalidad, hacíamos reuniones una o dos veces al mes, iba al agua potable con la comitiva, nos reunimos donde los adultos mayores, era super normal, era super tranquilo, pero uno no se daba cuenta de que éramos felices sin saberlo*” (E.4).

Finalmente, un sexto cambio que aparece en los discursos apunta a la necesidad de **“Aprender una nueva forma de vida”**. Hay un antes y un después en la vida de las personas mayores, porque “de un día para otro, nos cambió la forma de vida, de trabajo, de estudio, de relacionarnos, apareció una amenaza que puede comprometer nuestra vida y la de otros” (Zúñiga, 2020, s/p)¹⁰. Esos cambios, no obstante, los aspectos negativos que implican, también

¹⁰ Cita extraída de Zúñiga, D. (2020). Vivir en pandemia: ¿Cómo nos ha cambiado la vida el COVID-19?. Recuperado de: <https://revista.colegiomedico.cl/vivir-en-pandemia-como-nos-ha-cambiado-la-vida-el-covid-19/>

han permitido aprendizajes significativos. De un lado, han permitido **aprender nuevas formas de comunicación**, donde las tecnologías de la información adquieren vital importancia: “...la cuarentena me ha favorecido mucho porque he aprendido varias cosas, el manejarme como te decía zoom, por internet y de las llamadas telefónicas con mis hermanos. Manejando así la difusión de información, me integré a más servicios, ayudé a mucha gente con los bonos del Estado, entregando información de ello” (E9). De otro lado, para algunas personas mayores, este tiempo de confinamiento ha permitido también **disfrutar la soledad y tranquilidad**, hecho que queda claramente expresado en el relato del entrevistada N°3: “Ya que ahora aprendí a disfrutar el estar encerrada, lo que la soledad y la tranquilidad nos dan es incluso el poder disfrutar de una tarde tranquila... ahora como que el estar solitos yo y mi marido la hacen estar a una más tranquila”.

- **Estrategias para enfrentar los cambios**

Tras conocer la realidad a la cual se enfrentan las personas mayores, es imprescindible conocer las estrategias o medidas que tomaron para enfrentar esta pandemia. La mayor parte de ellos/as declara que ha podido arreglárselas solos/as, pero en los periodos de mayor confinamiento o dificultad para acceder a bienes de consumo, las estrategias empleadas han sido básicamente dos. En primer lugar, “**recurrir a hijos/familiares**”: “En las situaciones más difíciles solemos encontrar recursos que ni sospechábamos que teníamos...” (Rodríguez, s.f, p.14). Lo anterior es confirmado por la entrevistada número 2, quien indica: “Tuve que recurrir a mi hija, sí, ella venía a dejarme cositas, venía a verme y a dejarme mercadería, los artículos de aseo, pero así no más, de vuelta y pasada, aquí esto y esto listo, fue difícil porque uno necesitaba una muestra de afecto, fue muy difícil enfrentar la distancia por la pandemia”. En segundo término, “**recurrir a vecinos/as o compañeros/as de trabajo**”. Las entrevistadas 3 y 11 mencionan de manera evidente lo anterior: “Sí, tuve que pedirle a mi vecino que me ayudaran y tenía a su hijo menor que me ayudó también cuando estuve con COVID, aparte también que estuvieron pendientes por decirlo así de nosotros cuando fue esto del COVID” (E3); “Sí a veces, pero más llamo a mis compañeros que ellos son los que me ayudan cuando no puedo salir” (E11).

4.4.3. Efectos o repercusiones de la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en la calidad de vida de personas mayores de Puente Alto y Renaico

El tercer objetivo específico tiene como finalidad identificar las repercusiones que, desde la perspectiva de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico, ha ocasionado la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en su calidad de vida, determinando las diferencias o particularidades de dichos efectos en la zona urbana o rural, a partir de las propias percepciones de las personas entrevistadas. En términos generales, habría que señalar que se identificaron aspectos tanto positivos como negativos respecto a las consecuencias de la pandemia.

En el presente esquema se establecen las categorías y subcategorías construidas por el equipo investigador para dar cuenta del objetivo, a partir del análisis y categorización de las entrevistas realizadas a personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico.

EFECTOS POSITIVOS:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Implementación de medidas solidarias	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo ollas comunes y/o canastas familiares ● Asesoría en informaciones y uso de TICS para comunicarse con seres queridos ● Apoyo para traslados de un sitio a otro
Mayor conciencia de la situación de pobreza	
Ayuda gubernamental	

EFECTOS NEGATIVOS

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Sentimientos de soledad, tristeza y abandono	

Vivir con temor, angustia y/o stress por contagiarse o contagiar a seres queridos	
Deterioro de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Problemas de salud mental ● Postergación de necesidades de salud ● Deterioro físico
Alteración de la dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none"> ● Necesidad de compartir recursos entre más personas ● Pérdida de intimidad
Distanciamiento y pérdida de familiares y amigos	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de familiares y amigos/as ● Imposibilidad de alternar con la familia
Pérdida y debilitamiento de la vida social y/o de los vínculos sociales	
Abandono del Estado	
Empobrecimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Abandono de la casa ● Pérdida del trabajo
Desconocimiento y falta de acceso a las TICS	

A) Efectos positivos

Dentro de los aspectos positivos que ha ocasionado la crisis sanitaria, las personas mayores destacan la **“Implementación de medidas solidarias”**, comprendidas como un conjunto de medidas que dan respuesta a las problemáticas y necesidades de las comunidades afectadas, desde estas mismas: apoyo a ollas comunes, asesorías en TICS, apoyo en traslados, etc. A su vez, Gaete (2021), lo entiende como aquellas actitudes y acciones de solidaridad que presentan las personas con el más desprotegido, ya sea a través de una palabra de aliento, ánimo, apoyo con trabajo de voluntariados, con la entrega de provisiones, viviendas, entre otras, donde aflora principalmente en estas ocasiones el alma de unión en la comunidad y el respaldo al necesitado.

Dentro de estas medidas solidarias, los entrevistados/as mencionan el ***apoyo a ollas comunes y/o canastas familiares***. Estas, según Hardy (1986) obedecen a la decisión por parte de los mismos pobladores y/o comunidades de organizarse para poder alimentarse, lo que está

supeditado por un contexto de crisis laboral y económica. A la vez, Hardy describe que tienen una alta participación femenina, transformando la necesidad básica de alimentación en un espacio de participación política, de socialización, desde la solidaridad y la organización popular. En efecto, los informantes relevan dicho espacio en sus testimonios, tal es el caso de la E1: *“Atendemos a una olla común, en donde yo voluntariamente voy y participo, ayudo, converso con la gente y me he hecho cargo así como de las cosas más relevantes, como organizarla, como la entrega y ahí también tratamos de hacer algo distinto a lo que al principio partieron las ollas comunes, en donde la gente por cuidado también, por precaución para que nadie se contagiara, se empezó a llevar la comida a las casas en tuestitos plásticos y la verdad que cuando a mí me invitaron yo me opuse a eso porque pensé que uno tiene que enseñar a la gente a buscar su necesidad, ver cómo cubre sus necesidades y, en este caso, tenía que ir a retirar su ollita de comida y así lo hicimos, porque eso también significa que nosotros estamos educando un poco la gente a que se tiene que movilizar para poder salir adelante, porque no podemos tener un paternalismo”*. Lo precedente, devela la importancia de la solidaridad como virtud fundante para la organización popular y autogestionada, a fin de poder hacer frente a las necesidades de la misma comunidad, como también, tener un espacio propicio para la educación horizontal.

Por otra parte, dentro de esta misma categoría de implementación de medidas solidarias, se da cuenta de las *asesorías en informaciones y uso de TICS para comunicarse con seres queridos*. Las redes digitales condicionan la vida cotidiana de las personas mayores en contexto de crisis sanitaria; el conocer o no conocer dichas herramientas digitales influirá directamente en la calidad de vida de estos/as. De ahí que las personas mayores valoren positivamente todos aquellos conocimientos que fueron adquiriendo en este periodo por parte de familiares, voluntarios o fundaciones, pues ello les ha permitido comunicarse y resolver problemas. La tecnología les permite superar miedos, evitar la soledad, adquirir nuevos conocimientos, interactuar con otras personas, ayudar a sus hijos o nietos, mejorar su actividad laboral como también la social y, una vez que se aprende a manejar un aparato tecnológico, el usuario lo utiliza como herramienta de cálculo, comunicación, entretenimiento, entre otras acciones más complejas (Ortiz, 2013). Tal es la realidad de ciertos informantes, quienes dan cuenta de este aspecto en el siguiente testimonio: *“Yo la pandemia no la pasé mucho encerrada, sino que como agente social de la fundación y también como pobladora de Puente Alto, ayudé a familias que no tenían en ese momento alimento o algunas tenían muchas necesidades de información, de traslado, de saber de su familia y no sabían cómo hacerlo”* E1. Por lo tanto, se devela que

el poseer conocimientos de TICs influye directamente al momento de asistir, orientar y facilitar información a familias que lo requieran.

A su vez, la solidaridad se expresa en la subcategoría de *apoyo para traslados de un sitio a otro*, el cual tiene su fundamento en la cuarentena preventiva y obligatoria. Como lo explica SENAMA, el viernes 15 de mayo, a las 22 horas, el Ministerio de Salud estableció cuarentena obligatoria para todas las personas mayores de 75 años, los cuales deberían permanecer en sus casas con el objetivo de evitar posibles contagios de COVID-19, en todo el territorio nacional (SENAMA, 2020). Esto afectó de manera tal a las personas mayores en su derechos a la libertad de movilidad y de reunión, que inmediatamente las comunidades organizaron redes y actividades de apoyo popular, como lo expresan los/as informantes, particularmente la E1: *“ayudé a familias que no tenían en ese momento alimento o algunas tenían muchas necesidades de información, de traslado, de saber de su familia y no sabían cómo hacerlo”*.

Al mismo tiempo, junto a la implementación de medidas solidarias, aparece en los relatos de las personas mayores entrevistadas una segunda categoría vinculada a las repercusiones positivas que ha tenido la crisis sanitaria en su calidad de vida. En el mayor encuentro con el dolor y la necesidad del otro, aparece también **“Mayor conciencia de la situación de pobreza”**, en la que estábamos inmersos y que se agudizó producto de la crisis. En efecto, en el sector urbano, aumentó aún más la pobreza que en el sector rural, como bien lo ejemplifica Ramírez en entrevista con diario El Mostrador: *“La pobreza aumentó con mayor fuerza en las zonas urbanas del país, pasando de 7,4% el 2017 a 10,4% en 2020. Mientras que en la zona rural anotó una disminución de 16,5% a 13,8%”* (Ramírez, 2021, párr. 5). Sin embargo, la Región de la Araucanía, donde se ubica la comuna de Renaico, es la más pobre de Chile: *“con un 17,4% de personas bajo la línea de la pobreza”* (Ramírez, 2021, párr. 8). En resumen: *“La estimación de pobreza por ingresos a nivel país llegó a 10,8% equivalente a 2.112.185 personas. Esta tasa de pobreza total se descompone en 4,26% de pobreza extrema (831.232 personas) y un 6,56% de pobreza no extrema (1.280.953 personas)”* (Ramírez, 2021, párr. 2). Lo anterior, releva una visibilización de la pobreza, no sólo en las cifras oficiales de conocimiento público, sino también en las percepciones subjetivas de las propias personas. El relato de la entrevistada N° 1 es elocuente al respecto: *“Sí hemos avanzado en el sentido de que la gente lo puede contar, se atreve a decir, o sea, esta pobreza encubierta que estaba ante, que ahora se agudizó más, se puede conversar, la gente te dice sí, yo ahora estoy más mal que*

antes, porque me pasa esto y esto, y ante, no, porque todos éramos clase media, nadie quería ser pobre, no había trabajadores, no había clase obrera, no había problemas de vivienda...” (E1).

Finalizando las repercusiones o efectos positivos de la pandemia, los entrevistados/as mencionan la categoría de **“Ayuda gubernamental”**, como eje relevante para enfrentar el empobrecimiento sufrido por las personas producto sobre todo de la pérdida de empleos tanto formales como informales. Esta ayuda, conocida como “subsidios gubernamentales”, es definida como: “Una subvención que una persona recibe en dinero por parte del gobierno o una compañía gubernamental y no tiene que devolverlo, ya que es una ayuda financiera” (Verdejo, 2019, s/p)¹¹. Esta ayuda, además del ámbito monetario, también se expandió a un conjunto de bienes (cajas de alimentos, por ejemplo) y servicios sociales. Este aspecto fue mencionado en la entrevistas, siendo particularmente relevante lo expresado por la entrevistada N° 2: *“Bueno yo me siento bien, porque he visto personas que sí han ayudado hartito, por ejemplo de la incluso desde la municipalidad han venido a dejarme una caja de mercadería, sin que se los pidiera ni nada, sino que un día vino el Alcalde a dejarme una caja de mercadería, así he visto en varias personas, vi en varias cas que fueron a dejar mercadería, me dije que estaba bien, porque había varias personas que la necesitaban...”*.

B. Efectos Negativos

La crisis sanitaria también ocasionó efectos y repercusiones negativas en la calidad de vida de las personas mayores entrevistadas, tanto en las zonas rurales como urbanas. Un primer efecto negativo, en el ámbito afectivo - emocional, dice relación con **“Sentimientos de soledad, tristeza y abandono”**. Muchas personas mayores destacan haber vivido estos sentimientos que surgen, sobre todo, frente a un escenario desconocido e imprevisible (..) “sentimientos de soledad y abandono; es frecuente que los sobrevivientes experimenten que los familiares y amigos los abandonan en momentos difíciles” (Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación, Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2009, p.10). En situaciones de epidemias y muertes masivas, estos sentimientos se acentúan y desarrollan aún más. El relato extraído de la entrevista N° 4 es ilustrativo al respecto:

¹¹ Cita extraída de Verdejo, K. (2019, 31 mayo). ¿Qué son las subvenciones gubernamentales y cuáles son los beneficios?. Recuperado de: <https://laopinion.com/guia-de-compras/que-son-las-subvenciones-gubernamentales-y-cuales-son-los-beneficios/>

“Yo la pena, de la gente que falleció, eso fue lo más triste que pasó, fue bastante fuerte, la gente pensaba que era mentira la pandemia, o que no era real, yo lo sentí como si fuera una tragedia (E.4).

Otros de los sentimientos que se fueron desarrollando en pandemia es el **“Vivir con temor, angustia y/o stress por contagiarse o contagiar a seres queridos”**, ya que las personas están sujetas a la “reacción más natural ante un objeto o situación que amenaza nuestra vida o integridad física y/o psicológica” (Quezada-Scholz, 2020, parr.2). Un gran ejemplo son los testimonios de las entrevistas N° 4 y 5. *“No me siento tan bien como me sentía anteriormente, igual por el temor a una enfermedad, una situación que se presente a un familiar, a otro familiar que tenga un problema, los mismos nietos también, que puede pasarle alguna cosa, todo está muy complejo” (E.4).* Los medios de comunicación de masas, particularmente la televisión, contribuyen a exacerbar el temor de las personas: *“Yo no veo mucho la misma, uno se siente mal al no querer ver noticias, pero si uno las ve, te pasa que a uno le baja la depresión” (E.5).*

Desde el área de la salud aparece un tercer aspecto o categoría que ha afectado la calidad de vida de las personas mayores y que se relaciona con el **“Deterioro de la salud”**, donde se observa la necesidad urgente de proteger los derechos de las personas mayores, tanto la salud como el propio derecho a la vida y a vivir la vejez con dignidad hasta el cierre del ciclo de vida (CEPAL, 2020). Desde la constatación que hacen los entrevistados/as respecto al deterioro que han sufrido en el ámbito de la salud, es posible mencionar tres aspectos que se han visto mayormente debilitados. Uno dice relación con los **problemas de salud mental**, que ha provocado la crisis sociosanitaria, evidenciado muy claramente por la entrevistada N°1: *“... y afectó también la calidad de vida en la familia, ya que en una casa muy pequeña viven 5 personas, 6 personas, 4 personas, en donde todos estamos trabajando desde la casa y no tenemos las condiciones para hacerlo, los niños están estudiando y otro está haciendo trabajo y eso ha sido un golpe a la salud mental horrible”*. Junto a los problemas de salud mental, las personas mayores mencionan que la crisis sociosanitaria ha provocado una **postergación de necesidades de salud**, que agrava aún más el precario acceso a la salud de los sectores más pobres: *“El tema de no recibir una buena atención en salud, si por eso, ello me hace tener una condición de mala calidad de vida, estuve grave de la columna, a mí hay como un bicho que a uno le come a uno en la columna; Dios me sanó de mi columna porque los médicos me habían desahuciado” (E.6).* La postergación de las necesidades de salud, por privilegiar la atención de

los/as pacientes COVID, de otro lado, ha provocado un **deterioro físico** en importantes sectores de la población, particularmente en la de personas mayores. En la entrevista N° 3 queda expresado con claridad este aspecto: *“Era otra cosa, porque, por ejemplo, suponte desde la pandemia hasta ahora, he perdido la memoria a causa del COVID, yo no salía, salía mi marido no más, entonces cuando salgo me cuesta hasta caminar, es como un deterioro, en su organismo en su mente, no somos iguales que antes, con lo de4 ahora, como que ha cambiado la vida de uno totalmente”*.

Un cuarto aspecto mencionado en los relatos respecto a los efectos o repercusiones negativas de la pandemia en la calidad de vida de las personas es que ésta ha producido una **“Alteración de la dinámica familiar”**. El entorno familiar se ha visto alterado y perturbado por la crisis, viéndose imposibilitadas de “abandonar sus hogares las personas que lo requieran, por períodos cortos y de manera segura, cuando experimenten dificultades particulares con el confinamiento en el hogar” (Ministerio de Salud, 2020, p.12). Esta opción no es factible para los entrevistados/as ni sus familiares, ya sea por problemas de recursos como también por el alto nivel de peligrosidad y contagio de la pandemia, particularmente durante los primeros meses del año 2021. La alteración de la dinámica familiar se expresa en los relatos de las personas mayores en dos aspectos bien concretos. En primer lugar, en la **necesidad de compartir recursos entre más personas**, producto de la pérdida de empleos y del consiguiente aumento de la pobreza. Los mismos o menores recursos deben repartirse entre más personas: *“Ha cambiado en el sentido que se han visto más afectadas porque muchas personas que vivían ya en su casa solitas, con su pareja o a veces sola ha tenido que alterar su calidad, su rutina diaria porque han llegado nietos a vivir con ellos, hijos a vivir con ellos y las mujeres están compartiendo el escuálido dinero que le entra todos los meses con más familia (E1)*. Y, en segundo lugar, la alteración de la dinámica familiar se ha producido también por la **pérdida de intimidad** en las familias y parejas, que provoca el tener que albergar a una mayor cantidad de personas en espacios reducidos. Las viviendas hacinadas y los campamentos han sido dos rostros fundamentales de la desigualdad frente al COVID-19 y un factor que ha dificultado la tasa de prevención de contagios en la población. Así lo expresa con claridad la entrevistada N° 1: *“Su vida privada se ha visto afectada, porque ya no puede tener ella eh no sé po, hay gente mayor muy pudorosa, entonces no se va a levantar en pijama si hay más gente en la casa, incluso su vida tan íntima, como su pieza, se ha visto afectada porque ha tenido que meter ahí una cama más para sus nietos, entonces en vez de avanzar vamos para atrás (E1)*.

El “**Distanciamiento y pérdida de familiares y amigos**”, es un quinto aspecto, factor o categoría mencionado por las personas mayores cuando mencionan los efectos negativos de la crisis sociosanitaria en su calidad de vida. Una buena parte de ellos experimenta el miedo al contagio, pues han perdido amigos o familiares cercanos: “Si las experiencias de dolor y sufrimiento no se realizan en forma adecuada y oportuna pueden tener un carácter traumático y generar efectos negativos a mediano y largo plazo en la familia y también en la comunidad” (Mesa Social, 2020, p.5). Está *pérdida de familiares y amigos/as* no ha podido ser procesada en forma adecuada por los propios protocolos del COVID-19 reforzando los sentimientos de temor y desconfianza: “*Tuvimos varias personas que se infectaron acá en Tijeral y eso fue más que nada por la confianza, o más bien el exceso de confianza. Muchos vecinos decían: No, si no me voy a contagiar, si no me reúno con gente, y acá tuvimos la mala suerte de tener personas que fallecieron, personas mayores, que eso fue muy fuerte, ya que afectó la confianza de los vecinos de la villa, como de las medidas sanitarias que fueron severas y largas*” (E.4). La pérdida y el miedo al virus, sumado a protocolos de distanciamiento físico bastante estrictos, produjo también *imposibilidad de alternar con la familia*, todo lo cual deteriora los procesos de salud mental de las personas mayores. Como bien menciona la entrevistada N°1, “*Creo que... bueno si, igual la familia que uno no la ve, no puede ir libremente a ver a los hijos o los nietos, a las nietas, porque te tienen restringido*”. Es real que el distanciamiento, como medida de cuidado, es efectiva, pero ésta afecta profundamente a las personas mayores cuando no reciben el afecto al que estaban acostumbrados/as.

Por otra parte, un sexto aspecto negativo asociado a las repercusiones de la pandemia dice relación con la “**Pérdida y debilitamiento de la vida social y/o de los vínculos sociales**”. El significado de las relaciones, según Cantó-Milà et. al (2021), entendido como “la existencia de un hilo entre dos y/o varias personas y/o seres vivos y/o cosas” (p.78), es vital para todo ser humano. Dichas relaciones se convierten en vínculo,

cuando están dotadas de una significación emocional y estructural de particular intensidad y cualidad, sea esta vivida en positivo, negativo u oscilante; y cuando implican unas expectativas y, sobre todo, obligaciones mutuas y una cantidad o cualidad de interacción importante. (Cantó-Milà et. al, 2021, p.81)

Ahora bien, al categorizar la pérdida y debilitamiento de los vínculos sociales, es importante señalar que éstos corresponden a “relaciones relativamente duraderas y

significativas que tienen efectos recíprocos relevantes en las vidas de los elementos así integrados, y generan expectativas y obligaciones mutuas significativas” (Cantó-Milà, et. al, 2021, p.85). De ahí que el debilitamiento de los vínculos sociales que tienen mayor relevancia en la vida de las personas generan cambios significativos que son vividos como enorme pérdida, en la medida que dichos vínculos realizan o satisfacen necesidades de pertenencia, afecto, identidad, etc. Ello se pudo evidenciar al principio de la pandemia, donde las restricciones sociales y el confinamiento exigían mayores regulaciones para controlar la expansión del virus y así mantener la seguridad de las personas a través del distanciamiento social. Sin embargo, Cantó-Milà et. al (2021) indican que:

Durante las primeras semanas de confinamiento, eran muchos los psicólogos que alertaban sobre la necesidad de mantener los vínculos más allá del propio domicilio (Sapos y Princesas 2020; Escales 2020) para evitar que la distancia física se tradujera en distanciamiento social, y luchar así contra una posible sensación de desvinculación y una percepción de aislamiento que pudiera generar distancias mentales y sociales, que no sólo no son necesarias para contener la pandemia, sino que pueden ser incluso perjudiciales. (p.86)

Estos efectos negativos del debilitamiento de los vínculos sociales se pudieron evidenciar a través de los relatos de las personas mayores entrevistadas, particularmente en la entrevista N° 6: *“Me sentí mal, porque yo participaba mucho en la iglesia, fue una cosa de encerrarnos, como sentirnos prisioneros en nuestras casas, el encierro a mí me destruyó parte de mi vida”* o en lo expresado por el entrevistado N° 8: *“Hay mucha gente, mucha gente más cercana que participaban en clubes de adulto mayor de distintas índole, las juntas de vecinos, y tuvieron que encerrarse y ha pasado un montón de tiempo que no, no es que no vieran a nadie, pero no tienen la oportunidad de salir como antes salían, una o dos veces por semana al club de adulto mayor, al club de discapacidad como el que teníamos nosotros, entonces ese alejamiento entre todos ha sido muy frustrante para mucha gente, porque son bien pocos los usan la plataforma para mantenerse en contacto con otras personas, y claro yo por mi calidad de dirigente de regulación, he estado llamando de repente con algunas personas, nos reunimos entre cuatro o cinco por videollamadas, y claro, o sea, la gente lo único que quiere es que nos juntemos, y eso en general, porque aquí donde vivimos habían club de adulto mayor, habían como dos y ahora no se juntan y enterarse de que ha muerto uno o ha muerto otro es bien duro”*.

Vinculado a las categorías anteriores, las personas mayores destacan un séptimo efecto negativo de la pandemia, que reforzó los procesos de empobrecimiento. Se trata del “**Abandono del Estado**”, particularmente al inicio de la crisis. Dicha situación social fue problematizada por el alcalde de la isla de Rapa Nui, Pedro Edmuns Paoa, en entrevista a Bío Bío Chile: “el gobierno no se ha hecho presente con ayuda para los isleños” (Salgado, 12 de abril de 2021, párr.3). A su vez, declara que: “la situación económica en dicho territorio es complicada. Lo anterior porque el principal sustento de Rapa Nui es el turismo y debido a la emergencia sanitaria no se ha podido desarrollar esta actividad que genera ganancias para las personas isleñas” (Salgado, 12 de abril de 2021, párr.5). El relato anterior, si bien está circunscrito a la situación particular de la isla, se condice y es perfectamente aplicable a la realidad de muchos sectores que, si bien no viven del turismo, desarrollaban funciones sociales que en pandemia dejaron de realizarse (atención de restaurantes, gimnasios, hotelería, etc.) y que no tuvieron apoyo del Estado. Los/as informantes, en sus diversos relatos, complementan esta realidad de abandono: “*el abandono desde Estado para con los ciudadanos y ciudadanas, porque nada estuvo a tiempo, siempre estuvo después de la crisis fuerte que fuera llegando estas ayudas que no solventaron mucho*”(E1). A su vez, el testimonio de la entrevistada N° 9 confirma lo anterior, específicamente para la realidad de abandono por parte del Estado hacia las personas mayores con discapacidad: “*Estos son los adultos mayores que están abandonados, porque una cosa es que vivan solos y otra cosa es que están abandonados por el Estado Imagínate a las personas mayores discapacitadas, aquí en la comuna hay una villa de lisiados que están solitos en sus casas*”. Finalmente, el testimonio de la entrevistada N° 4 afirma la existencia de una respuesta tardía en el accionar del Estado y de sus agencias gubernamentales en las necesidades de atención de las personas mayores: “*Bueno, faltó más ayuda, y fue tardía la ayuda, eso es lo que yo puedo dar cuenta, a última hora ya empezaron a tomar conciencia y real conciencia que era muy importante las ayudas y que también fueron tardías. Llegaron, llegaron las ayudas del gobierno, para la gente, pero sin embargo estas ayudas se tuvieron que haber hecho desde el principio de la emergencia*”. Así, desde diversos relatos, si bien se reconoce ayuda gubernamental en materia de subsistencia básica (cajas de mercadería), también se reconoce un abandono más global del Estado traducido en la falta de acceso a derechos sociales fundamentales para la sobrevivencia y calidad de vida de las personas mayores.

Un octavo efecto negativo de la pandemia develado por los informantes es el “**Empobrecimiento**” de las personas y familias, comprendido como el conjunto de situaciones, acciones y omisiones que generan pobreza. El término pobreza, particularmente el de pobreza multidimensional, “identifica a aquellos hogares que no logran alcanzar condiciones adecuadas de vida en un conjunto de cinco dimensiones relevantes del bienestar, entre las que se incluye educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno y, finalmente, redes y cohesión social”. (observatorio social, 2020). Estas dimensiones, como bien muestran las personas mayores a través de los diversos relatos presentados, se han visto fuertemente afectadas por la pandemia, empobreciendo a los hogares chilenos.

Producto de los procesos de empobrecimiento vividos por los hogares, un porcentaje de personas tuvo que hacer **abandono de la casa** que habitaba o arrendaba para volver a la casa de sus progenitores y compartir gastos, agravado por el desempleo ocasionado por los largos periodos de confinamiento o cuarentena. Esta situación es entendida, en parte, como la causante del fenómeno del allegamiento, la que se define como aquella donde existe co-habitabilidad familiar, ya sea de dos o más grupos familiares dentro de un mismo hogar, vivienda o sitio, en donde al menos dos de estos grupos de familia mantengan una relación cercana y se complementan, desde el receptor y los allegados (Arriagada, Icaza y Rodríguez, 1999).

Esto queda develado en el relato de los diversos/as informantes, particularmente la entrevistada N° 1: “*que mucha gente tuvo que dejar sus casas que arrendaba para volver a la casa de su padre, fue un desbarajuste en general, en todos los aspectos...*”. Las personas afectadas por el contexto de crisis sociosanitaria, al verse imposibilitadas de obtener ingresos mediante su fuente laboral, tuvieron que recurrir a abandonar sus hogares y comenzar a vivir de allegados. Un factor explicativo de esta situación, como se mencionó, fue la **pérdida del trabajo**, ocasionada por la digitalización de los modos de producción (teletrabajo), el cierre de muchas empresas de diverso tamaño y el cambio de mano de obra humana a la robótica. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la sustitución tecnológica del trabajo humano, la transformación de ocupaciones existentes y el surgimiento de nuevas ocupaciones, ha sido de una gran envergadura, contribuyendo en la destrucción de empleos (CEPAL, 2020), lo que gatilla la situación de pobreza y el allegamiento, tal como lo relata el/la entrevistado/a N° 4: “*Porque cuando comenzó la pandemia mucha gente quedó cesante, y no tienen donde recurrir, iban a la municipalidad y la municipalidad no tenía los recursos*

necesarios para la gente, y cuando el gobierno comenzó a ayudar, ya había demasiada necesidad, mucha pobreza generada por la emergencia de la pandemia”.

Por último, se encuentra la categoría **“Desconocimiento y falta de acceso a las TICS”**. El uso de las Tecnologías de la información y la comunicación (TICS) durante el periodo de crisis sanitaria por SARS-COV-2, tuvo una relevante función en la comunicación y en las relaciones sociales de las personas. Sin embargo, es de conocimiento general que las personas mayores tienen mayor desconocimiento (o analfabetismo digital) y falta de acceso a capacitación en el uso de las TICS, hecho que esta pandemia dejó en evidencia. Así lo relata la entrevistada N° 1: *“No haber estado preparados para esta nueva forma de comunicarnos, que ha sido muy novedoso, muy nuevo, pero que no todo el mundo tiene acceso, entonces cómo tú ayudas en eso, yo en mi caso que estoy en la fundación, abrimos la fundación para que la gente que necesita conectarse, a la gente que necesite imprimir algo, la gente que necesite ir hacer un trámite lo puede hacer desde ahí, porque hay un servicio de internet que no se está usando y que se podría usar” (E1).*

Pino, Rodríguez y Soto (2015) nos señalan cómo el manejo, conocimiento y mayor acceso a las TICS “permiten a las personas mayores aumentar y mejorar su desarrollo individual y social, así como optimizar su calidad de vida desde los puntos de vista técnico, económico, político y cultural” (p.339). Por tanto, desarrollar un proyecto de capacitación para el uso de las TICS en las personas mayores, ya sea en:

... la utilización del teléfono móvil, Internet y otras tecnologías puede cumplir un papel importante en la vida de las personas mayores, garantizando un envejecimiento saludable por la posibilidad que ofrecen de interactuar y comunicarse con otros entornos o personas más o menos alejados del emisor, acceder a nuevas informaciones, aumentar su nivel de autoestima, ayudar a la superación del miedo a la soledad y al aislamiento de sus familiares, aumentar la posibilidad de interactuar y de aumentar su autonomía personal y social y fomentar las relaciones intergeneracionales. (Pino, M., Rodríguez, B., Soto, J., 2015, p.340)

4.4.4. Lineamientos de intervención que debieran implementarse en crisis sociosanitarias para el trabajo con personas mayores

El cuarto objetivo específico apuntó a identificar, desde las experiencias de las propias personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico, las medidas o lineamientos de intervención debieran implementarse en el trabajo con personas mayores en contexto de crisis sociosanitarias.

En el presente esquema establece las categorías y subcategorías construidas para dar cuenta del objetivo a partir de la categorización de las entrevistas realizadas a personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Mejoramiento de medidas preventivas a nivel sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar control y trazabilidad ● Cierre temprano de fronteras
Ayuda gubernamental oportuna y expedita a los más necesitados/as	<ul style="list-style-type: none"> ● Aportes monetarios a tiempo ● Mejorar atención hacia personas mayores en acceso a servicios
Promover apoyo comunitario	
Entregar educación ciudadana	

Un primer aspecto señalado por los/as informantes dice relación con la necesidad de un **“Mejoramiento de las medidas preventivas a nivel sanitario”**. Lo anterior coincide con la propuesta “Estrategia mundial de respuesta a la COVID-19” recomendada por la OMS (2020), la cual se define como un conjunto de sistemas de alerta y respuesta mundial que garantiza el trabajo de vigilancia en red, como de las acciones y evaluaciones del riesgo y la comunicación entre las naciones miembros en la evolución de la pandemia generada por la SARS-COV2. Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud propone los siguientes objetivos: el primero es el de *“Movilizar”*, cuya finalidad es garantizar que todos los sectores del gobierno y de la sociedad civil asuman el riesgo y la responsabilidad. El segundo es *“Controlar”* los casos esporádicos y grupos de casos y prevenir la transmisión comunitaria mediante la detección rápida y el aislamiento de todos los casos. El tercero es *“Contener”* la transmisión

comunitaria mediante la prevención del contagio y medidas de control adecuadas al contexto y el cuarto es “Reducir” la mortalidad, prestando una atención clínica adecuada a los enfermos de COVID-19 (OMS, 2020).

Los entrevistados/as coinciden en la necesidad de mejorar los aspectos preventivos, para prevenir a tiempo el descontrol de los contagios. Así, como primera medida, mencionan la necesidad de *mejorar el control y trazabilidad* de los casos. Considerando la recomendación del organismo internacional, remitiría a que Chile implementara la estrategia de “*Testeo, Trazabilidad y Aislamiento*”, con el fin de: “detener la propagación de la enfermedad mediante la investigación de casos, la trazabilidad de los contactos y el aislamiento oportuno de las personas contagiadas o en riesgo de contagio” (MINSAL, 2020, p.3).

Chile, al adscribirse a dicha estrategia, lograría controlar de manera efectiva la enfermedad, sin afectar de mayor medida su sistema económico. Sin embargo, el significado atribuido por los informantes es que el gobierno de turno y las agencias gubernamentales no reaccionaron con prontitud a la emergencia sanitaria, existiendo así una percepción de descoordinación y negligencia, lo que repercutió directamente en la calidad de vida de las personas mayores. La entrevista N° 6 muestra este aspecto con bastante elocuencia: “*De hacer a tiempo todo lo que debieron haber hecho, pienso yo, de haber puesto antes las medidas, para evitar que las personas terminaran como terminaron, para ponerle un fin. No juntarse tampoco con los que estaban infectados quiero decir yo, para que a uno no le pegaran el virus... es complejo. Porque imagínese usted que hay gente sola, sin nadie que la atienda, por suerte yo tengo mi hija, si yo encuentro que el haber extremado las medidas sanitarias para poder evitar la mortandad de gente*”.

Un segundo aspecto que hubieran implementado para mejorar las medidas preventivas y evitar el contagio masivo de COVID-19 es el “*cierre temprano de fronteras*”. Este aspecto, tal como señala el Dr Wehinger, en entrevista al diario “El Mostrador” “no ha sido lo suficientemente efectivo, y menos aun dando vuelta estas variantes potencialmente tan peligrosas”.... “por mucho que se hayan cerrado fronteras, tarde o temprano este tipo de cosas terminan llegando” (Olavarría, 24 de junio de 2021, párr. 4). La declaración anterior conforma la percepción de cierre tardío de las fronteras señalado por uno/a de los/as informantes: “*Las fronteras se tuvieron que haber cerrado con tiempo, esto no se hizo ya que quienes llegaban desde afuera, haciendo turismo en Europa o Asia, no eran los pobres, sino las personas con*

recursos económicos, si pasaba esto, se tendrían que haber cerrado las fronteras, definitivamente (E.4). La declaración anterior remite a la percepción de injusticia por parte de los informantes hacia el Estado por no cerrar oportunamente las fronteras, beneficiando y siendo complaciente con los viajeros/as de un estrato socioeconómico definido.

La segunda categoría que aparece en los discursos de las personas mayores respecto a las medidas o lineamientos e intervención que debieran haberse adoptado para enfrentar la pandemia dicen relación con la **“Ayuda gubernamental oportuna y expedita a los más necesitados/as”**, la que se fundamenta en el derecho universal a la vida, definida como: “el derecho a todo ser humano a que se respete y preserve su vida sin que sea interrumpida o coartada por agentes externos” (Delgado y Bernal, 2016, p.67). Esta tiene su fundamentación jurídica en la DUDH¹² (1948) en su Artículo 3, junto al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) en los que se explicita que los estados miembros de la ONU tienen el deber de proteger, promover y garantizar los derechos a la integridad y el desarrollo económico, político, social y cultural permitiendo así el ejercicio efectivo a los Derechos Humanos (Naciones Unidas, Asamblea General, 23 de marzo de 1976).

Dicha categoría revela la realidad de los informantes en relación a sus propias experiencias durante las cuarentenas y el acceso efectivo al derecho a la protección de la vida, la integridad y el desarrollo. Así lo expresa la entrevista N° 9: *“Ahora lo que me hubiera gustado para las personas mayores es que no les hubiese faltado su alimentación, sus medicamentos que abarque todo tipo de edades, que llegara una camioneta que facilitara estos recursos. A lo mejor, también tener una preocupación más delicada con las personas mayores, realizando una llamada diaria para saber cómo están, que están realizando”*. Es menester destacar que los informantes hacen énfasis en la necesidad de una atención más humana y cercana por parte de los servicios públicos. De ahí que la ayuda gubernamental como categoría se vincula con **“mejorar la atención hacia personas mayores en el acceso a servicios”** junto con **“aportes monetarios a tiempo”**. Ambas dimensiones de la categoría abarcan el ejercicio de la dimensión económica, como un ejercicio de ciudadanía y de participación política, en la medida que constituyen necesidades y derechos inalienables a la dignidad e igualdad del ser humano.

¹² Declaración Universal de los Derechos Humanos

Los informantes dan cuenta de la percepción de tardanza en las acciones gubernamentales para hacer frente a la crisis generada por la pandemia, lo cual queda en evidencia en la entrevista N° 2: *“Bueno, tendría que haber sido el gobierno que desde un inicio se hubiera tenido que haberse apretado el cinturón para enfrentar la pandemia de manera más oportuna.... seguir ayudando, mirar a las personas con más necesidad no más, a las que más necesitan, a las personas que están, hay personas que están como le dijera yo, inválidas, que no se pueden mover y algunas que no tienen ni sueldo”*. Consecuentemente, se releva la importancia de realizar intervenciones oportunas y focalizadas, priorizando así las necesidades de las personas en situación socioeconómica más desfavorecida, a fin de poder aumentar los niveles y la percepción de calidad de vida de las personas mayores.

La penúltima categoría mencionada por los/as entrevistados/as hace alusión a la necesidad de **“Promover apoyo comunitario”**, entendida por Gracia & Herrero (2006) como “integración social”, es decir, la implicación y la participación de los ciudadanos/as en la toma de decisiones de su comunidad, así como de la sociedad de la que forman parte. A su vez, para que exista integración social, se deben cumplir con los siguientes requisitos: tener contacto fluido con la vecindad, tener amistad o conocidos en él y tener sentido de pertenencia al mismo. Sin embargo, según los informantes, al imponerse las medidas sanitarias y la fiscalización de su cumplimiento, la vida comunitaria se vio afectada a través del aislamiento social, tal como la afirma la entrevistada N° 1: *“pero claro, ahí también no es culpa de la señora que salió a recibir en pijama, es culpa de ustedes que le deberían haber pedido que acudiera a la sede, porque se ve con la otra vecina, comparte con la gente, tú ves si algo ha pasado, te informas si alguien está enfermo o si alguien se murió, si alguien se tuvo que ir de la población, la cantidad de gente que está sin empleo, o sea, tienes vida comunitaria, pero así no po, era aislarte de lo que nos estaba pidiendo el gobierno”*.

Finalmente, la última categoría mencionada por los/as entrevistados/as respecto al objetivo de formular lineamientos de intervención hacia personas mayores en contextos de crisis sociosanitaria dice relación con **“Entregar educación ciudadana”**. Esta categoría hace referencia a cómo las personas se integran a la sociedad a través de la educación ciudadana cuyo objetivo es educar para la diversidad, lo que posibilita a la persona a adquirir habilidades y capacidades en pos al reconocimiento del otro y de sus derechos, así como de su dignidad, permitiendo a su vez la entrega de herramientas éticas para una sana convivencia ante la particularidad de la sociedad que vivimos hoy. Así mismo, los informantes revelan la

promoción de la educación ciudadana a fin de fomentar la reflexión política, desde el contexto de crisis, con el objetivo de propiciar la concientización sobre los derechos, aspecto que queda claramente evidenciado en la entrevista N° 1: *“Así es cómo hemos ido viviendo eso, bueno además nos llegó todo el tiempo de lo que era campaña política de elecciones municipales en donde la gente también a la fundación acude a pedir ayuda en el sentido de que hoy cómo viene la elección a mí me gustaría que nos contara por quien hay que votar, porque aquí, porque allá, en realidad una cosa que es personal, pero una también puede hacer un poco de educación cívica, si tenemos este candidato o esta candidata, qué es lo que nos ofrece o ella nos ofrece, cuál es su programa y en qué nos beneficia a nosotros especialmente como mujeres, o sea, que la gente empiece a reflexionar un poco en cuanto a lo que son nuestros derechos como mujeres, porque no puede uno estarles diciendo mira sabes que vota por el alcalde actual, vota por este otro, entonces ahí habría manipulación”*.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En el actual capítulo se presentan las principales conclusiones sobre este estudio destinado a profundizar en las percepciones o visiones de personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico respecto a la incidencia de la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en su calidad de vida. Por otro lado, se entregan algunas sugerencias y/o desafíos que debe enfrentar el Trabajo Social para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en la vigente crisis sociosanitaria por SARS-COV-2.

El primer objetivo específico que se planteó en este trabajo indagativo fue identificar los principales conceptos y dimensiones de calidad de vida presentes en los discursos de las personas entrevistadas. Al respecto, se reconocieron básicamente nueve categorías que hacen alusión a necesidades y derechos específicos que tienen todos los seres humanos, independientemente de donde vivan: necesidades de subsistencia y protección (tener lo suficiente para subsistir, salud de calidad, tener acceso a oportunidades y derechos sociales, entre otros aspectos), necesidad de afecto (recibir atención y afecto), necesidad de ocio, recreación y descanso (disfrutar después de una vida dedicada al trabajo y la crianza), necesidad de pertenencia (tener contacto social), necesidad de vivir en un medio ambiente limpio y libre de violencia. La mayor parte de estos elementos asociados a la noción de calidad de vida constituyen o forman parte de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales están fundamentados en las ideas de igualdad y acceso a bienes, servicios y oportunidades económicas y sociales fundamentales para procurar una mejor condición de vida de las personas. Están, al mismo tiempo, asociados a los llamados derechos de tercera generación, que hacen referencia a derechos colectivos de las personas o de la sociedad y que comprenden el derecho a la paz, el desarrollo a vivir en un medio ambiente sano, etc.

El segundo objetivo específico de esta investigación tuvo como propósito detectar, en los discursos de las personas mayores de Puente Alto y Renaico, los principales cambios que ha ocasionado el SARS-COV-2 en su calidad de vida y las estrategias que han implementado para enfrentarlos. Respecto a los cambios concretos que ha ocasionado la pandemia en la vida cotidiana de las personas mayores, tanto de las comunas de Puente Alto como Renaico, se pudo observar siete aspectos o categorías destacadas por las personas mayores entrevistadas. Ellas van, desde tomar conciencia de la pandemia y su peligrosidad hasta la adopción de medidas

vinculadas a la prevención del contagio del virus. Al mismo tiempo, incluyen aquellos cambios concretos derivados de la aplicación del “Plan Paso a Paso” que se tradujo, según la realidad de cada comuna, en medidas más o menos restrictivas para la libertad de movimiento y asociación de la población, cambio de rutinas en el plano social (dejar de ver a la familia y las amistades), acompañado de una valoración de la vida y las relaciones humanas, particularmente a raíz de los prolongados periodos sin estar en contacto físico con los seres queridos y de la pérdida (muerte) de algunos de ellos. Otros cambios concretos se evidenciaron en el aprendizaje de nuevas formas de vida, asociadas no sólo al teletrabajo desde el hogar, con todas las implicancias que eso conlleva, sino también a la experiencia de aprender a disfrutar en soledad y al ejercitamiento de nuevas tecnologías de la información para comunicarse con la familia y amistades. Por tanto, los cambios ocasionados por la pandemia, si bien han significado sacrificios y restricciones para las personas mayores, también han constituido fuentes de aprendizaje para ellas. En términos de estrategias para enfrentar los cambios derivados de la situación de pandemia, tanto en el sector rural como urbano las personas mayores han recurrido primeramente a la familia para solucionar sus dificultades o necesidades, así como también a sus vecinos/as o comunidad. Este aspecto ha sido esencial para algunas personas mayores que se encuentran viviendo solas, que padecen alguna enfermedad o discapacidad y/o que se han contagiado del virus.

El tercer objetivo específico de este proceso investigativo tuvo como finalidad identificar las repercusiones o efectos de la crisis sociosanitarias por SARS-COV 2 en la calidad de vida de las personas mayores, identificando las principales diferencias o particularidades de dichos efectos en la zona urbana o rural, a partir de las propias percepciones de las personas entrevistadas. En este sentido, y en concordancia con lo señalado en el párrafo anterior, se identificaron aspectos tanto positivos como negativos respecto a las consecuencias de la pandemia. Entre los positivos, las personas mayores valoraron la implementación de medidas solidarias por parte de organizaciones comunitarias y la ayuda entregada por el gobierno, particularmente las cajas de mercadería. Al mismo tiempo, la pandemia les permitió tomar conciencia de la situación de pobreza y vulnerabilidad en la que se encuentran los sectores más pobres, especialmente las personas mayores, producto de las bajas pensiones que éstos reciben y los escasos derechos garantizados por parte del Estado.

Las repercusiones negativas de la pandemia ocuparon un lugar importante en el discurso de las personas mayores. Entre ellas destacan nueve categorías asociadas a diferentes aspectos.

De un lado, a sentimientos y/o emociones generadas por la crisis sociosanitaria y la constante exposición pública de las cifras de contagiados y fallecidos (temor a contagiarse y contagiar), así como a las consecuencias de las medidas restrictivas de contacto o distanciamiento físico (soledad, tristeza, abandono) y el dolor concreto por la pérdida de familiares y/o conocidos/as. Por otro lado, la postergación de necesidades y problemas de salud para privilegiar a los enfermos de COVID ha ocasionado un deterioro de la salud física de las personas, así como también problemas de salud mental, agravados por el encierro, la alteración de la dinámica familiar (hacinamiento, pérdida de intimidad, etc.) y el debilitamiento de la vida social y los vínculos comunitarios, entre otros aspectos. A ello se le suma el desconocimiento y la falta de acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones, todo lo cual configura un cuadro complejo para las personas, profundizado por el empobrecimiento de las familias (producto de la pérdida de empleos) y el abandono por parte del Estado, al menos durante la primera etapa de la pandemia.

Cabe señalar que, respecto de los tres objetivos anteriores, no se apreciaron diferencias significativas entre las personas mayores del sector rural (Renaico) y del urbano (Puente Alto). Salvo las mayores dificultades de acceso a los servicios de salud, por las distancias geográficas que se deben recorrer en el sector rural, hubo coincidencia en ambos sectores respecto a las nociones que involucra el concepto de calidad de vida, así como a los cambios y repercusiones que ha ocasionado la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en sus vidas. También se presentaron esas mismas coincidencias al momento de enumerar o describir propuestas de intervención que, desde la perspectiva de las personas mayores, debieran considerarse para enfrentar la pandemia.

El último objetivo de este trabajo, justamente, apuntó a rescatar los lineamientos o propuestas que las personas mayores entrevistadas, tanto de Renaico como de Puente Alto, consideran vitales para enfrentar la crisis sociosanitaria. En este ámbito destacan básicamente el mejoramiento de las medidas preventivas para evitar el contagio del virus, las que están asociadas al cierre temprano de fronteras, así como al control de la trazabilidad. De otro lado, y en concordancia con lo señalado en párrafos anteriores, se menciona la necesidad de un Estado que entregue ayuda oportuna y expedita a las personas mayores necesitadas, a través de un acceso preferencial a los servicios de salud y de apoyos monetarios para la subsistencia. Ello debe acompañarse de un trabajo comunitario que pueda acompañar y atender a las personas

mayores que lo requieran, particularmente aquellas que se encuentran solas o en situación de abandono, junto a la educación ciudadana para enfrentar esta crisis de mejor forma.

La discusión sobre la calidad de vida de las personas mayores ha ido sufriendo transformaciones. Luego de un largo y paulatino proceso de normalización de los bajos niveles de calidad de vida a los que ha estado sometido este grupo etario, la sociedad civil y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han comenzado a estudiar y visibilizar la realidad de las personas mayores, cuestionando dicha “normalización,” para promover su consideración como sujetos de derecho que deben ser partícipes de las decisiones que les atañen, vinculándose efectivamente en los procesos administrativos y deliberativos de la comunidad en que viven.

Con relación a los hallazgos descritos, el estudio devela la importancia de trabajar intersectorialmente, a nivel nacional, en un plan de envejecimiento digno y seguro, el que debe promover y garantizar mínimos de bienestar biopsicosocial a las personas mayores. Promover la desnaturalización del estereotipo infantilista de “adulto mayor beneficiario” es una necesidad vital que transforma la manera de comprender y trabajar con personas mayores, pues implica considerarlos desde las categorías de: personas de derechos, protagonistas y constructores de su propio proceso de desarrollo.

El trabajo desde un enfoque de derechos con personas mayores implica asumir en plenitud los principios de la gerontología social (Abulesme, 2020). Ello se traduce en el respeto a la **individualidad**, es decir, comprender que cada etapa del ciclo vital es vivida por cada persona de manera única e irrepetible, por lo que se deben evitar generalizaciones y prejuicios. En segundo lugar, dicho enfoque promueve la **independencia**, principio que implica facilitar todas las situaciones, condiciones e instrumentos para promover y salvaguardar la libertad, autonomía y autodeterminación en la toma de decisiones de las personas mayores. En tercer lugar, se debe privilegiar la **integración** de las personas mayores, pues el proceso de envejecimiento no tiene por qué ir acompañado del aislamiento y segregación de las personas mayores de sus espacios sociales, materiales y ambientales. En cuarto lugar, trabajar desde un enfoque de derechos conlleva el hecho de que las personas mayores deben tener **ingresos** o recursos materiales propios para desenvolverse por sí mismos/as en forma autónoma. Al Estado le cabe un rol central en esta materia, garantizando el acceso a derechos sociales básicos que

les permitan a las personas mayores acceder a una calidad de vida que supere los niveles de subsistencia.

Junto a lo anterior, el trabajo con personas mayores debe realizarse desde el principio de **interdisciplinariedad**, por cuanto en el envejecimiento intervienen muchos factores, los cuales hacen que sea necesario un diálogo coordinado y coherente entre el entramado de saberes y conocimientos que poseen los/as profesionales de las distintas disciplinas. Finalmente, el principio de **innovación** conlleva el reto de asumir la complejidad y las múltiples dimensiones que intervienen en los procesos de envejecimiento, en los que inciden factores medioambientales, sociales, económicos y políticos, por lo que requiere de soluciones innovadoras.

Los principios anteriormente señalados deben traducirse en un esfuerzo de articulación entre las disciplinas de las ciencias sociales y de la salud para construir, de manera coordinada, directrices que guíen el ejercicio profesional, de manera que la intervención profesional impacte positivamente en la vida cotidiana de las personas mayores. Para el Trabajo Social, ello implica situarse desde los principios éticos y deontológicos que promueven un trabajo profesional consciente de su acción social, lo que se traduce, como afirma el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid (2012), en el respeto a la persona, al grupo y a la comunidad; en la aceptación de la persona y sus particularidades; en el respeto por la individualidad y las necesidades específicas de la persona, grupo y comunidad; en el respeto por la autonomía ejercida desde la confianza en las capacidades propias de las personas y de los profesionales, sin coacciones externas; en la autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y, por lo tanto, de la responsabilidad de sus acciones y decisiones y en el reconocimiento de los Derechos Humanos como guía en la concreción en el pleno ejercicio de la ciudadanía.

El trabajo social gerontológico debe formularse con un sustento ético que se traduce en el rol profesional de defensa y la promoción de la dignidad e integridad de las personas mayores, posibilitando el trabajo interdisciplinario en la realización del ideal / meta / horizonte social de la vida digna, con estándares de acceso de bienestar y calidad de vida, no sólo en el papel y en el discurso, sino en las acciones prácticas y en la planificación de los proyectos de acción social profesional, al momento de aproximarse y trabajar con la realidad de las personas mayores.

Por consiguiente, es fundamental sustentar la responsabilidad de la disciplina del Trabajo Social en el enfoque de derechos, del cual Chile no está exento, y que tiene como principal foco el desarrollo humano en base a los Derechos Humanos, respetando y considerando la promoción de estos a lo largo de la vida humana, así como en la etapa de la vejez. Así pues, los Derechos Humanos son la base fundamental para llevar a cabo este enfoque, el cual puede generar políticas y una participación ciudadana más integral y comprometida con todos y todas las personas, contribuyendo en paralelo en la calidad de vida de estos/as. Al mismo tiempo, es relevante considerar la importancia de las relaciones que se puedan generar intersectorialmente entre los diversos servicios de salud, área social, laboral, participación, bienestar, etc., cuyo sentido es principalmente contribuir en la promoción de una vida digna y activa socialmente, fortaleciendo la calidad de vida de las personas mayores.

Desde esta perspectiva, uno de los mayores desafíos del trabajo con personas mayores es promover el empoderamiento en la vejez, el cual involucra tres dimensiones: personal, relaciones próximas y colectiva (Iacub y Arias, 2010). La primera dimensión considera el desarrollo de la confianza y la capacidad individual de las personas mayores, dejando atrás los efectos de la opresión interiorizada, las cuales impiden el desarrollo oportuno de las personas, interiorizando aquellos prejuicios ejercidos por personas externas. Para esta dimensión es esencial percatarse y tomar conciencia sobre las dinámicas de poder que actúan en el actual contexto vital y, por otro lado, promover las habilidades y capacidades propias de cada persona, estableciendo así el empoderamiento personal como la principal herramienta para lograr la actitud para exigir niveles óptimos de calidad de vida en general en la vejez. La segunda dimensión (relaciones próximas) se refiere al desarrollo de la capacidad para poder negociar e influir en la esencia de la relación y de las decisiones que se toman dentro de ella. El empoderamiento, al entregar poder a las personas mayores, permite generar relaciones con las demás personas de manera que éstas tienen la capacidad de influir en la otra persona con la cual se genera esta relación (Abusleme, 2020). Por último, la dimensión colectiva alude al trabajo en conjunto para lograr un impacto más amplio del que se puede generar de manera individual. Así, se va construyendo una comunidad con la capacidad de poder brindar sostén, potenciación y resolución de problemas. Desde esta dimensión de carácter más colectivo se pueden generar acciones guiadas según los intereses en común de este colectivo, lo que permite desencadenar y gestionar una mejor calidad de vida en las personas mayores.

Por tanto, el empoderamiento en la vejez es una de las mayores contribuciones al momento de hablar sobre calidad de vida, permitiendo en estas personas una mayor autonomía, confianza, autoestima, participación social e integración en lo colectivo. Tal como se señaló anteriormente, las dimensiones que componen el empoderamiento en la vejez si bien tienen sus propios significados, al complementarse originan una identidad propia de este grupo de personas mayores, las cuales, desde sus propias vivencias, experiencias y sabiduría, generan este aspecto particular y único respecto a esta etapa de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abusleme, M. T. (2021, 10 enero). *Construir una sociedad y una ciudad para todas las edades, implica incorporar el curso de vida y la consideración de la heterogeneidad y la integralidad humana* [Comentario]. Consejo Nacional de Desarrollo Urbano. Recuperado de: <https://cndu.gob.cl/construir-una-sociedad-y-una-ciudad-para-todas-las-edades-implica-incorporar-el-curso-de-vida-y-la-consideracion-de-la-heterogeneidad-y-la-integralidad-humana-maria-teresa-sociologa-y-master-en/>
- Abusleme, M. T. (Centro Kelluwun). (2020). *Enfoque de derechos y personas mayores* [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/centro.kelluwun/videos/180422533674511>
- Accreditation Commission for Health Care. (2003). *El envejecimiento de la población mundial Transición demográfica mundial*. Recuperado de: http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf
- Alvarado, A., Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Recuperado de: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/como-hacer-investigacion-cualitativa.pdf>
- Ander-Egg, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación social IV. Técnicas para la recogida de datos e información*. México: Grupo Editorial Lumen Humanitas.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

Arriagada, C., Icaza A. M., Rodríguez, A. (1999). Allegamiento, pobreza y políticas públicas. Un estudio de domicilios complejos del Gran Santiago. *Revista Temas Sociales*, (25), 1 – 10.

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Recuperado de: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf

Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Social y Culturales “Protocolo de San Salvador”*. Recuperado de: <https://pdh.minjusticia.gob.cl/wp-content/uploads/2015/12/Protocolo-Adicional-a-la-Convenci%C3%B3n-Americana-sobre-Derechos-Humanos-en-materia-de-Derechos.pdf>

Ballesteros, G. Basco, C. (2016). Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. *Investigaciones Geográficas*, (89). Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S018846111630022X?token=58851FD56D55FD73B00F9BCB09EFC793764DF25D77A08D98FB227257291E0BB5ECF581D0D1C9ACEC9A41C13750569B50&originRegion=us-east-1&originCreation=20211203013037>

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge UK: Cambridge University Press

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory* (1.^a ed.). London, UK: Englewood Cliffs.

Bandura, A. (2001). La teoría cognitiva social: Una Perspectiva Agencial. *Revisión anual de Psicología*, (1), 1–28. Recuperado de: https://www.academia.edu/3797435/BANDURA_Social_Cognitive_Theory_Taducción

Barrantes, M. (2006). Género, Vejez y Salud. *Acta Bioethica*, 12(2). Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v12n2/art08.pdf>

Bazo, T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *REIS*, 60(92), 75-90. Recuperado de:
https://www.google.com/url?q=http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_060_07.pdf&sa=D&source=editors&ust=1619742303578000&usg=AOvVaw07JSaooM9T5-Pof1QjNpFj

Biblioteca del Congreso Nacional. (2021). Puente Alto Reporte Comunal | 2021. Recuperado de:
<https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/repordf.html?anno=2021&idcom=13201>

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad* (1.a ed., Vol. 1). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Bialakowsky, A. (2017). La temporalidad y la contingencia en el “giro del sentido” propuesto por las perspectivas teóricas de Giddens, Bourdieu, Habermas y Luhmann. *Sociológica*, (91), 1-32. Recuperado de:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/77127/CONICET_Digital_Nro.7df9f4e9-e38d-4412-a308-a717b0fd0880_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). (2018). Concepto de familia Aproximación desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la Constitución Política y la Legislación Nacional. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Informe BCN]. Elaborado por Paola Truffello García. Recuperado de:
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25900/1/Informe_BC_N_concepto_familia_vf.pdf

Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) (2020). Libertad de Reunión: Marco Normativo [Informe BCN]. Elaborado por Rodrigo Bermúdez S. Recuperado de:
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28302/1/BCN_Derecho_Reunio__n_actualizado_mar_2020_vf.pdf

Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico Perspectiva y método* (1.ª ed., Vol. 1). Recuperado de:

https://www.academia.edu/33815657/El_Interaccionismo_Simbolico_Perspectiva_y_Metodo_Blumer_1_pdf

- Bogdan, R. y Biklen, S. (2003). *Investigación cualitativa para la educación: una introducción a las teorías y métodos*. Nueva York: Allyn & Bacon.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31(4) 31, 561-580. Australia Flinders University Adelaide.
- Bozanic, A., & Mazzucchelli, N. (2020, 21 abril). *Personas mayores en tiempos de pandemia: ¿las vidas sobre los 60 años, tienen menos valor?*. Periódico Pichilemu. Recuperado de:
<https://repositorio.uvm.cl/bitstream/handle/20.500.12536/358/Personas%20Mayores%20en%20tiempos%20de%20pandemia%20-%20Las%20vidas%20sobre%20los%2060%20años%2C%20tienen%20menos%20valor%20Pichilemu%20News.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brigeiro, M. (2016). *Género, Vejez y Envejecimiento. Guía de trabajo para la reflexión con profesionales y personas adultas mayores*. Santiago, Chile: Red Latinoamericana de Gerontología. Recuperado de:
<https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/GeneroVejezWEB.pdf>
- Butler, R. & Schechter, M. (1995). *Productive aging*. In G. L. Maddoc (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp.763-764). New York: Springer
- Cantó-Milà, N., González, I., Martínez, R., Moncunill, M., Seebach, S. (2021). “Distanciamiento social y COVID-19. Distancias y proximidades desde una perspectiva relacional”. *Revista de Estudios Sociales*, (78), 75-92. Recuperado de:
<https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res78.2021.05>
- Cárdenas, F., Gutiérrez, D., Méndez, A., Velásquez, M. (2015). *Calidad de vida: una mirada desde la Autoperfección de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual pertenecientes a la Escuela Especial Juanita Aguirre* (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Recuperado de: http://opac.pucv.cl/pucv_txt/txt-9000/UCE9038_01.pdf

- Casas, F. (1996). *Bienestar social: una introducción psicosociológica* (1.^a ed., Vol. 1). Barcelona, España: PPU, S.A.
- Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A., & Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Última Década*, 27(1), 75–91. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121593/La_vejez_desde.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Censo (2017). *Resultados Definitivos Censo 2017*. Recuperado de: https://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf
- Centro de aprendizaje y conocimiento en la primera infancia ECLKC. (2021, 18 junio). *Apoyo y bienestar familiar*. Recuperado de: <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/es/apoyo-y-bienestar-familiar>
- CEPAL. (2002). *Definición de la población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos*. Recuperado de: https://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, 2987(1), 1–68. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11362/1350>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020, 17 diciembre). *Desafíos en la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/enfoques/desafios-la-proteccion-personas-mayores-sus-derechos-frente-la-pandemia-covid-19>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). *COVID-19 Recomendaciones generales para la atención de personas adultas mayores desde una perspectiva de los derechos humanos*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf

- Cervera, L., Hernández, R., Pererira, I. y Sandiñas, O. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 12(6), 1-11. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n6/amc06608.pdf>
- Chaturvedi, S. K. (1991). ¿Qué es importante para la calidad de vida de los indios en relación con el cáncer? *Ciencias Sociales y Medicina*, (33), 91-94.
- Chile Atiende. (s.f). Coronavirus (COVID-19) / Plan Paso a Paso. Recuperado de: <https://www.chileatiende.gob.cl/coronavirus/plan-paso-a-paso>
- Chile Cuida. (s.f). *Chile Cuida; Sistema de Apoyos y Cuidados. Ministerio de desarrollo social y familia*. Recuperado de: <https://www.chilecuida.gob.cl/conocenos/>
- Código de ética para Trabajadores Sociales de Chile (2015). Código de ética para Trabajadores Sociales de Chile. Concepción: Red ex-alumnos Trabajo Social UCSC. Recuperado de: <https://exalumnostrabajosocialucsc.wordpress.com/2015/04/19/codigo-de-etica-para-trabajadores-sociales-de-chile-marzo-2014/>
- Colegio de Trabajo Social de Madrid. (2012, 29 junio). *Código Deontológico*. Recuperado 11 de noviembre de 2021, de: <http://www.comtrabajosocial.com/paginas/codigo-dentontologico/>
- Curcio, C. L., Pineda, A., Rojas, A., Muñoz, S., Gómez, F. (2017). Envejecer bien: En estudio sobre el envejecimiento exitoso y sus determinantes. *Revista Médica Sanitas*, 20(4), 190–104.
- Creswell, J. (1998). *Investigación Cualitativa y Diseño Investigativo. Selección entre cinco tradiciones* (1.^a ed., Vol. 1). Recuperado de: <https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- Decreto 162. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 1 septiembre de 2017. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>

- Decreto 873. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, San José, Costa Rica, 22 de noviembre de 1969. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=16022>
- Delgado, B., Bernal, M. (2016). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*. Recuperado de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4974/20.pdf>
- Deslauriers, J. y López, R. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, (61), 1–19. Recuperado de: <http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2711/La%20entrevista%20cualitativa%20como%20técnica%20para%20la%20investigación.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Diego Q. (18 de abril de 2021). *Crisis Sanitaria. Adultos mayores de Comunas más vulnerables son más propensos a morir por Covid-19 que los de barrios altos*. La Izquierda Diario. Recuperado de: <https://www.laizquierdadiario.cl/Adultos-mayores-de-las-comunas-mas-vulnerables-son-mas-propensos-a-morir-por-covid-que-los-de-194326>
- Durán. M., Lope. T., del Pino. M., Chicharro. M., Matilla. E. (2014) Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica* 17(1). Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000100008
- El Confidencial. (2020). *¿Cómo está afectando a la amistad la pandemia de coronavirus?*. Diario El Confidencial. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-08-27/afecta-cronavirus-amistad-contacto-fisico_2727043
- Enríquez, A., Sáenz, C. (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA*. Ciudad de México: CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf
- Estefanía, L. (2020, 22 de septiembre). *El impacto de la pandemia en los adultos mayores*. Universidad de Chile Recuperado de: <https://www.uchile.cl/noticias/168791/el-impacto-de-la-pandemia-en-los-adultos-mayores>

- FACSO y Universidad de Chile. (2020, 11 mayo). *Miedo y psicopatología: la amenaza que oculta el Covid-19*. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. Recuperado 17 de octubre de 2021, de: <http://www.facso.uchile.cl/noticias/163245/miedo-y-psicopatologia-la-amenaza-que-oculta-el-covid-19>
- Fernández, R. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En Gerontología social. Psicología Pirámide.
- Fernández, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73(1), 89–104. Recuperado de: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/9036/11488>
- Fernández, R. (9-11 de marzo de 2011). *Envejecimiento saludable* [Congreso sobre Envejecimiento]. Madrid, España. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>
- Fundación Privada Nous Cims. (2019). *Bienestar Emocional*. Recuperado de: <https://www.nouscims.com/que-hacemos/bienestar-emocional/>
- Gaete, G. y Universidad de Playa Ancha. (2021, 30 abril). *La solidaridad en tiempos de pandemia*. Recuperado 16 de octubre de 2021, de: <https://www.upla.cl/noticias/2021/04/30/la-solidaridad-en-tiempos-de-pandemia/>
- Gallardo, L. Córdova, I., Moran, M., Urrutia, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis, Revista Latinoamericana*, (49), 153-175. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n49/0718-6568-polis-17-49-00153.pdf>
- Gallardo, P. (2009). Educación ciudadana y convivencia democrática. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, (16), 119-133. doi: https://doi.org/10.7179/psri_2009.16.09
- García, L. Balderrama, J. Navarro, R. (2017). *Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual*. Scielo. Recuperado de: [Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual \(scielo.org.mx\)](https://scielo.org.mx)

- Gascón., S. Redondo., N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Recuperado de: http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1420801076-ESTUDIO_7_web.pdf
- Gobierno de Chile; Plan Paso a Paso Nos Cuidamos. (2021, 29 de abril). *Estrategia Gradual “Paso a Paso nos cuidamos”*. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/210429_Plan_Paso_a_Paso.pdf
- Gobierno de España, Ministerio del trabajo, Migraciones y seguridad social, Fundación estatal para la prevención de riesgos laborales. (2019, abril). *Bienestar Laboral. Salud laboral y discapacidad*. Recuperado de: <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/04/riesgos-bloque-3-bienestar-laboral-saludlaboralydiscapacidad.pdf>
- Godoy, G. (15 de abril de 2020). *Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan?*. Recuperado de: <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan#:~:text=En%20igual%20trimestre%2C%20pero%20de,%25%20del%20total%20de%20ocupados>
- González, D. & Uribe, B. (2018). Proceso metodológico y construcción de un sistema categorial de una investigación sobre identidad organizacional. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 17 (3), 1-15. Recuperado de: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/1349/937>
- Gracia, E., y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327–342. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538207.pdf>
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales* (1.^a ed.). México D.F, México: Editia Mexicana.

- Guralnik, J. M. y Kaplan, G. A. (1989). Predictores de envejecimiento saludable: evidencia prospectiva del estudio Alameda Country. *Revista Estadounidense de Salud Pública*, 79 (6), 703-708.
- Hardy, C. (1986). *Hambre + Dignidad = Ollas comunes* (1.a ed., Vol. 1). Recuperado de: <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0033331.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Herrera, A., & Guzman, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista de Medicina clínica Las Condes*, 23(1), 65–76. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864012702754?token=A3D75C0F3C66404590A5078A8D820CF418E33560AE9AE9B513D994A3A16C113D17E1A5CB1E DD2A615DA667E8675CFC49&originRegion=us-east-1&originCreation=20210611193623>
- Herrera, L., Lorenzo, O., Rodríguez, C. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 15(2), 133-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Huenchuan, S., González, D., Paredes, M., Guzmán, J. (2007). *Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. Naciones Unidas. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3581/S2007316_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Huenchuan, S., Morlachetti, A. (s.f). Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina. *Notas de Población*, (85), 146-180. Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/DECSociales.pdf>

- Huenchuan, S., Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectiva de protección*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39146.pdf>
- Iacub, R., Arias, P. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2(2), 25-32. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720003.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2019, 16 septiembre). *Adultos mayores presentan mayor dependencia y participación en el mercado laboral informal*. Recuperado de: <https://www.ine.cl/prensa/2019/09/16/adultos-mayores-presentan-mayor-dependencia-y-participaci%C3%B3n-en-el-mercado-laboral-informal>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2018). *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Total País*. Recuperado de: https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2050_base-2017_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=c623983e_6
- Labrín., E. (22 septiembre de 2020). El impacto de la pandemia en los adultos mayores. Universidad de Chile. Prensa U. de Chile. Recuperado de: <https://www.uchile.cl/noticias/168791/el-impacto-de-la-pandemia-en-los-adultos-mayores>
- Leva, G. (2005). *Indicadores de Calidad de Vida Urbana teoría y metodología* (1.^a ed., Vol. 1). Recuperado de: http://hm.unq.edu.ar/archivos_hm/GL_ICVU.pdf
- Levi, L., y Anderson, L; Jasso, R. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Ley N° 20.427. Modifica la Ley N°20.066, de Violencia Intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el Maltrato del Adulto Mayor en la Legislación Nacional. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (10 de marzo de 2010). Recuperado de:

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011723><https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011723>

Lowick-Russel, J. (2010). *Ley para abordar el maltrato a personas mayores en Chile: evidencias, tratamiento normativo y desafíos inmediatos*. Recuperado de: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/JLRA_Ley_Maltrato_PM_Chile.pdf

Luco, B. (2010). *Movimiento social de personas mayores en América latina y el caribe*. Simposio llevado a cabo en la Mesa Sociedad Civil de Adultos Mayores en Chile. Recuperado de: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/regional-madrid-2010/25-Bartolome-Luco-Garrao-Chile.pdf>

Ludi, M. (1-6 de julio de 2013). *Envejecimiento activo y participación social en sectores de pobreza* [Exposición]. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://cdsa.academica.org/000-038/387.pdf>

Luhmann, N. (2005). *El Arte De La Sociedad*. Recuperado de: https://soplodemar.files.wordpress.com/2013/08/luhmann-niklas-el-arte-de-la-sociedad.pdf?fbclid=IwAR3GTOyXNBawCTBT4mKt5LvEGmEqQyFH_K1bMbqvVACWZWb1GJ_OP4UXrag

Martineau, K. (2017). *Programa Chile Cuida manual operativo del programa*. Recuperado de: http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica/9/f/d/9fdbbbcd5b4fd0cd610269ae91871189d8cdd460953587a42cbe5cd702a0e9d/19_ChC_Manual_Operativo_Programa_Chc_05.05.pdf

Martínez, T., González, C., Castellón, G., González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. *Revista Finlay*, 8(1), 59–65. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569/1624>

Mauros, R. (2014). “Área de Vejez y Trabajo Social: Debate crítico y práctica profesional”

- Mayer, R., & Outllet, F. (1991). *Métodologie de recherche pour les intervenants sociaux* (1.^a ed.). Boucherville, Canada: Gaëtan Morin Éditeur.
- Meléndez, J., Tomás, J. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1), 164-169.
- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148-1150. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>
- Merriam, S., & Tisdell, E. (2009). *Investigación Cualitativa Guía de Diseño e Implementación* (4.^a ed., Vol. 1). San Francisco, California: Jossey Bass.
- Mesa social COVID. (2020, mayo). *Recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por COVID-19*. Psicología UC. Recuperado de: http://www.psicologia.uc.cl/wp-content/uploads/2020/05/20200518_GUIAS-DE-ACOMPAN%CC%83AMIENTO-Y-DUELO-COVID-2.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Adultos Mayores Síntesis de Resultados*. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2019). *Informe Desarrollo Social 2019*. Recuperado de: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2019.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Gobierno de Chile. (2020). *¿Cómo se mide la pobreza en Chile?* Recuperado 17 de octubre de 2021, de: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/preguntas-frecuentes#:~:text=Dentro%20del%20conjunto%20de%20hogares,la%20I%20C3%A4nea%20de%20pobreza%20vigente>

Ministerio de Relaciones Exteriores (s.f). *Medidas de prevención ante el nuevo Coronavirus*. Recuperado de: <https://chile.gob.cl/chile/medidas-de-prevencion-ante-el-nuevo-coronavirus>

Ministerio de Salud (2020) *Decretó alerta sanitaria por el periodo que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública la importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus*. Recuperado de: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/02/08/42574/01/1724518>

Ministerio de Salud (2021, febrero). *Guía de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento: Actualización de funciones y roles*. Gobierno de Chile. Recuperado de: https://www.google.com/url?q=https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/GUIA ESTRATEGIA_TTA.pdf&sa=D&source=docs&ust=1634413247188000&usg=AOvVaw3I3MAhydVoboZAQhELu4rZ

Ministerio de Salud (2021, 14 enero). *COVID-19: Variación de nuevos casos es de 36% en los últimos siete días*. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/covid-19-variacion-de-nuevos-casos-es-de-36-en-los-ultimos-siete-dias/>

Ministerio de Salud (2021, 30 abril). *Casos confirmados en Chile COVID-19*. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>

Ministerio de Salud (2020). *Guía práctica de bienestar: Cuarentena en tiempos de COVID-19*. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19_final.pdf

Ministerio de Salud. (2020, abril). *Salud mental en situación de pandemia. Documento para Mesa Social Covid-19*. Gobierno de Chile. Recuperado de: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campañas/Corona-Virus/documentos/Salud_Mental_V2.pdf

- Ministerio de Salud (2021). *Reporte COVID: Siete regiones disminuyen sus nuevos casos en los últimos 7 días y 15 en los últimos 14*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/CP-Reporte-Covid-s%C3%A1bado-15-de-mayo.pdf>
- Ministerio del trabajo, Migraciones y seguridad social, & Fundación estatal para la prevención de riesgos laborales, (2019). *Bienestar Laboral*. Recuperado de: <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/04/riesgos-bloque-3-bienestar-laboral-saludlaboralydiscapacidad.pdf>
- Montes, C. (14 de enero de 2020). Soledad en aumento: casi medio millón de adultos mayores viven solos en Chile. *La Tercera*. Recuperado de: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/estudio-senala-que-casi-500-mil-adultos-mayores-viven-solos-en-chile/972329/>
- Montes, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Revista papeles de población*, 9(35). 79–102. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000100005
- Moscolini, N. (2005). Complementación metodológica para el análisis de datos cuantitativos y cualitativos en evaluación educativa. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 10(2), 1–10. Recuperado de: https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/1812/moscoloni_rema.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Naciones Unidas, Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI). (23 de marzo de 1976). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- Nava, M. (2012). *La calidad de vida: Análisis multidimensional (3)*. Enfermería Neurológica. Recuperado de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1034696/la-calidad-de-vida.pdf>

- Navarrete, I., & Osorio, P. (2019, 18 enero). Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 32(3), 127-134. Recuperado de: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2019/03/RAGG-03-2019-127-134.p>
- Neidhofer, G. (2020, 9 junio). *Consecuencias de la pandemia del COVID-19 en las desigualdades sociales en el largo plazo*. Recuperado 22 de mayo de 2021, de: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/consecuencias-de-la-pandemia-del-covid-19-en-las-desigualdades-s.html>
- OAS. (2017). *Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. (N.º 1). Recuperado de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Objetiva Consultores SpA. (2020). *Estudio de evaluación del programa cuidados domiciliarios del servicio nacional del adulto mayor*. Recuperado de: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Informe_Final_Evaluacion_PCD_Version_Corregida.pdf
- Observatorio social. (s. f.). *¿Cómo se mide la pobreza en Chile?*. Recuperado 2 de diciembre de 2021, de: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/preguntas-frecuentes#:~:text=Dentro%20del%20conjunto%20de%20hogares,la%20línea%20de%20pobreza%20vigente>
- Okuda, M. Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1), 118-124. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>
- Olavarría, J. (24 junio de 2021). Cierre efectivo de fronteras, tercera dosis y no relajar las medidas: los llamados de expertos y políticos ante aparición de la temida variante delta del Covid-19. *El Mostrador*. Recuperado 11 de octubre de 2021, de: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2021/06/24/cierre-efectivo-de-fronteras->

[tercera-dosis-y-no-relajar-las-medidas-los-llamados-de-expertos-y-politicos-ante-aparicion-de-la-temida-variante-delta-del-covid-19/](#)

Olivares, L. (2005). *¿Rurales o Urbanos? Aproximación al tipo de identidad existente entre los habitantes del sector rural – urbano de Pérez Ossa, Comuna de San Bernardo*. (Tesis de grado). Universidad de Chile. Santiago.

O’ryan, M., & Torres, J. P. (2020). La Pandemia. *Revista chilena de infectología*, 37(2), 97–98. Recuperado de: <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/737/358>

Organización de las Naciones Unidas (2020) *Esta es, sobre todo, una crisis humana que llama a la solidaridad*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/humanitarian-crisis-coronavirus-solidarity>

Organización Mundial de la Salud (2012). *Active Ageing: A policy Framework* [Envejecimiento activo: un marco de políticas]. Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=E6F1727BF0FCBDCF2467E95AC46F06C8?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2020, 11 marzo). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado 16 de octubre de 2021, de: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Organización Mundial de la Salud (2020, abril). *Actualización de la Estrategia frente a la Covid-19*(1). ONU. Recuperado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2020). *Nuevo Coronavirus COVID-19*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (Covid-19)*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza: Biblioteca de la OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2020). *Cifras y estadísticas*. Recuperado de: <https://www.who.int/gho/es/covid-19>

Organización Mundial de la Salud (2020). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos* (48. edición). Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (2021) *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud (2021). *El Informe mundial sobre el envejecimiento*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020504>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra de Suiza: Biblioteca de la OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de Salud (2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es

- Ortiz, M. C. (2013, 15 julio). *La informática y el adulto mayor*. Recuperado 17 de octubre de 2021, de: <https://tecnoadultomayor.wordpress.com/2013/07/15/la-informatica-y-el-adulto-mayor/>
- Orus, A. (2021). *Evolución del número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 13 de mayo de 2021*. Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>
- Palma, A. Perrotta, V. Rovira, A. (2019). *Las personas mayores como sujetos de derecho: El aporte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores*. Recuperado de: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/documento_inmayores_final_0.pdf
- Parsons, T. (1951). *El Sistema Social* (1.ª ed., Vol. 1). The Free Press. Recuperado de: https://books.google.cl/books?id=GY1FygAACAAJ&dq=el+sistema+social+talcott+parsons&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y
- Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de Población*. 45(1), 9–27. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a2.pdf>
- Pino, M., Rodríguez, B., Soto, J. (2015). Las Personas Mayores y las TIC. Un compromiso para reducir la brecha digital. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (26), 337-359. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135043653003>
- Pintos, J. (1995). *Los imaginarios sociales: la nueva construcción de la realidad social*. Recuperado de: https://www.academia.edu/20690963/Los_imaginarios_sociales_la_nueva_construccion_de_la_realidad_social
- Pintos, J. (1999). *Los imaginarios sociales del delito. La construcción social del delito a través de las películas (1930–1999)*. Recuperado de:

https://www.academia.edu/23228407/LOS_IMAGINARIOS_SOCIALES_DEL_DELITO_La_construcción_social_del_delito_a_través_de_las_películas_1930_1999

Planificación Arquitectura y Construcciones Limitada & Ilustre Municipalidad de Renaico. (2020). *Caracterización Diagnóstico Técnico Comunal* (1). Planificación Arquitectura y Construcciones Limitada. Recuperado de: <https://www.renaico.cl/portal/tp/transparencia/pladeco/pladeco2016a2020.pdf>

Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes (2020). *Chile y sus mayores* (Informe N° 1). Recuperado de: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019._CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf

Portal Mayores, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2014). *Los mitos y estereotipos asociados a la vejez*. Recuperado de: <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>

Quezada, D., Rojas, P. y Sepúlveda, C.(2018). Trabajo social y envejecimiento en Chile: una revisión a los lineamientos, metodologías y políticas públicas. *Cuaderno de Trabajo Social*, 11 (1), 31-53. Recuperado de: <https://cuadernots.utem.cl/articulos/trabajo-social-y-envejecimiento-en-chile-una-revision-a-los-lineamientos-metodologias-y-politicas-publicas/>

Quezada-Scholz, V. (2020). *Miedo y psicopatología: la amenaza que oculta el Covid-19*. Ñuñoa, Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. Recuperado de: <http://www.facso.uchile.cl/noticias/163245/miedo-y-psicopatologia-la-amenaza-que-oculta-el-covid-19>

Quintero, G. (1992). Comunicación personal a J. Grau (1996).

Ramírez, J. (2014). *La investigación cualitativa y el estudio de casos múltiples*. Academia. Recuperado de:

https://www.academia.edu/7103948/La_investigación_cualitativa_y_el_estudio_de_casos_múltiples

Ramírez, P. (2021, 10 julio). *Pobreza y pandemia 2020: la importancia del empleo y el rol de las ayudas sociales* [Comentario]. Recuperado de: <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2021/07/10/pobreza-y-pandemia-2020-la-importancia-del-empleo-y-el-rol-de-las-ayudas-sociales/>

Rastreator (2012). *La importancia de las relaciones interpersonales para ser feliz*. Recuperado de: <https://www.rastreator.com/seguros-de-vida/articulos-destacados/la-importancia-de-las-relaciones-interpersonales-para-ser-feliz.aspx>

Renck, M., Isenberg, J. y Gerbratch, G.(1995). *Historias de los profesores: desde la narrativa personal a la percepción profesional*. San Francisco: editorial Jossey Bass.

Robledo, J. (2009). Observación Participante: informantes claves y rol del investigador. *Revista nure investigación*, (42), 1–4. Recuperado de: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/461>

Rodríguez, C. (s.f). Apoyo psicoemocional para familias durante la cuarentena por el coronavirus. Uruguay: UNICEF. Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/media/2761/file/Apoyo%20psicoemocional%20para%20las%20familias%20durante%20la%20cuarentena%20por%20el%20coronavirus.pdf>

Rojo, F., Rodríguez, V., Fernández, G., Pérez, J., Montes, V., Oddone, M. (2015). *La globalización del envejecimiento: estudio comparado de las condiciones de vida de las personas adultas-mayores en Argentina, España y México*. Universidad de Zaragoza. Recuperado de: http://congresoage.unizar.es/eBook/trabajos/224_Rojo-Perez.pdf

Romero, X. Dulcey-Ruiz, E. (2012). *Reflexiones sobre Envejecimiento, Vejez y Género*. Recuperado de: <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/RLG-Reflexiones-sobre-envejecimiento-vejez-y-genero.pdf>

Roque, M., Fassio, A. (2016). *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur*. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Politicass-pubblicas-vejez-cono-Sur.pdf>

Rowe, J. W. & Khan, R. L. (1987). Human aging: Usual and Successful. *Science*, 237(4811), 143-149.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Salazar., J., Pando, M., Arana., C., & Heredia., D. (2005). Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Revista Investigación en Salud*, 7(3), 161–165. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053d.pdf>

Salgado, D. (12 de abril de 2021). «Me da pena ser chileno»: alcalde de Rapa Nui acusa abandono del Estado durante la pandemia. *BioBioChile*. Recuperado 11 de octubre de 2021, de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-valparaiso/2021/04/12/me-da-pena-ser-chileno-alcalde-de-rapa-nui-acusa-abandono-del-estado-durante-la-pandemia.shtml>

Sandín, M. (2000). Criterio de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 18(1), 223-242. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45190/1/Criterios%20de%20validez%20en%20la%20investigacion%20cualitativa%20de%20la%20objetividad%20a%20la%20solidaridad.pdf>

Scolich, N. (2005). Pensar la Vejez. *Dialnet*, 9 (1), 1–55. Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5028477>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s.f). *Quiénes Somos*. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor#:~:text=Es%20un%20servicio%20p%C3%BAblico%20creado,funciones%20en%20enero%20de%202003.&text=La%20Ley%20N%C2%BA%2019.828%20que,diferencia%20entre%20hombres%20y%20mujeres>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). *Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ratificacion-Conv-Interamericana-Prot-Derechos-Pers-Mayores.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2018). *Envejecimiento positivo en Chile*. Recuperado de: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2012). *Políticas Públicas para las Personas Mayores en Chile. Gobierno de Chile*. Recuperado de: <https://www.mop.cl/GIS/Documents/SENAMA.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2020). *Medidas para las personas mayores en contexto Covid-19*. Recuperado de: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/MEDIDAS_PARA_LAS_PERSONAS_MAYORES_EN_CONTEXTO_COVID.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Fondo Nacional Adulto Mayor*. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/fondo-nacional>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Escuela de Formación para Dirigentes Mayores*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/escuela-formacion-dirigentes>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Voluntariado País de Mayores*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/voluntarios>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Programa Buen Trato al Adulto Mayor*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/programa-buen-trato-al-adulto-mayor>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Programa Vínculos*. Recuperado de:
<http://www.senama.gob.cl/vinculos>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Programa Envejecimiento Activo*. Recuperado de:
<http://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor*.
Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/vivienda>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). *Fondo Subsidio Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/fondo-eleam>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s.f). *Cuidados Domiciliarios*. Recuperado de:
<http://www.senama.gob.cl/cuidados-domiciliarios>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (s/f). *Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Recuperado de:
<http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2020). *Declaración Admisible Propuesta adjudica concurso para la operación de condominio de viviendas tuteladas, ubicada en la comuna de San Ramón, del programa Condominios de viviendas tuteladas para adultos mayores del servicio nacional del Adulto Mayor*. Recuperado de:
http://www.senama.gob.cl/storage/docs/REX_530-2020_Adjudica_CVT_San_Ramon.pdf

Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

- Subsecretaría de Desarrollo Social (2020). *Documento de resultados: Personas mayores, envejecimiento y cuidados*. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/grupos-poblacion/Documento_de_resultados_Personas_mayores_envejecimiento_y_cuidados_31.07.2020.pdf
- Szalai, A. (1980). *El significado de la investigación comparada sobre la calidad de vida*. En: A Szalai, & F. M. Andrews (Eds.), *La calidad de vida. Estudios comparativos*. Londres: Sage.
- Tapia, R. (25 de Marzo de 2020). *¿Qué cuidados deben seguir los adultos mayores frente al COVID-19?* Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile. Recuperado de: <https://www.uchile.cl/noticias/162116/que-cuidados-deben-seguir-los-adultos-mayores-frente-al-covid-19>
- Torres, T., Núñez, Y., De la Cruz, A. (2017). Representaciones sociales de la influenza humana de adolescentes de la ciudad de Guadalajara, México. *Revista Instituto de Investigaciones Psicológicas*, 31(122), 17–30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/1332/133255010003/html/>
- UNICEF. (2021) *Apoyo Psicoemocional para las familias durante la cuarentena por el coronavirus*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/media/2761/file/Apoyo%20psicoemocional%20para%20las%20familias%20durante%20la%20cuarentena%20por%20el%20coronavirus.pdf>
- Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH), Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2009). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Epidemias*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- United Nations (2020). *World Population Ageing 2019 [Envejecimiento de la Población Mundial 2019]*. New York: Department of Economic and Social Affairs. Recuperado

de:

<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>

Urzúa, M. A., Caqueo. Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Scielo*, 30(1), 61–71. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>

Verdejo, K. (2019, 31 mayo). *¿Qué son las subvenciones gubernamentales y cuáles son los beneficios?* Recuperado de: <https://laopinion.com/guia-de-compras/que-son-las-subvenciones-gubernamentales-y-cuales-son-los-beneficios/>

Villasís-Keever, M. N., Márquez-González, H., Zurita-Cruz, J. N., Miranda-Novales, M. G., & Escamilla-Núñez, A. (2018). El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las mediciones. *Revista Alergia México*, 65(4), 414–421. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v65n4/2448-9190-ram-65-04-414.pdf>

Weller, J. (2020). *La pandemia del COVID-19 y su efecto en las tendencias de los mercados laborales*. Naciones Unidas, Santiago: CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45759/1/S2000387_es.pdf

World Health Organization. (2017, 25 mayo). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Zúñiga, D. (2020). *Vivir en pandemia: ¿Cómo nos ha cambiado la vida el COVID-19?*. Recuperado de: <https://revista.colegiomedico.cl/vivir-en-pandemia-como-nos-ha-cambiado-la-vida-el-covid-19/>

ANEXOS

Anexo 1

PROTOCOLO DE ENTREVISTA PARA PERSONAS MAYORES

“Percepciones sobre calidad de vida en personas mayores, de la comuna de Puente Alto y Renaico frente a la actual crisis sociosanitaria SARS-COV-2”

Nº de Entrevista: _____

Nombre de la entrevistada: _____

INTRODUCCIÓN

Junto con agradecer la disponibilidad para realizar esta entrevista, quisiera informar a usted que esta actividad forma parte de un estudio destinado a comprender, desde la perspectiva de las personas mayores, la incidencia de la crisis sociosanitaria SARS-COV-2 (COVID-19) en su calidad de vida.

La entrevista tiene un carácter abierto y está orientada por algunos ejes temáticos. Tiene una duración aproximada de 30 a 45 minutos y dejaremos constancia de ella en un registro de audio. Los datos son confidenciales, ya que tendrán acceso a ellos solo el/la investigador/a y en su procesamiento se protegerá la identidad de los/as informantes, trabajando agrupadamente los datos.

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

1. Identificar los principales conceptos y dimensiones de calidad de vida presentes en los discursos de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico.
2. Detectar, en los discursos de las personas mayores de Puente Alto y Renaico, los principales cambios que ha ocasionado el SARS-COV2 en su calidad de vida y las estrategias que han implementado para enfrentarlos.
3. Identificar las repercusiones que, desde la perspectiva de las personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico, ha ocasionado la crisis sociosanitaria por SARS-COV-2 en su calidad de vida.
4. Identificar, desde las experiencias de las propias personas mayores de las comunas de Puente Alto y Renaico, las medidas o lineamientos de intervención que debieran implementarse en el trabajo con personas mayores en contextos de crisis sociosanitarias.

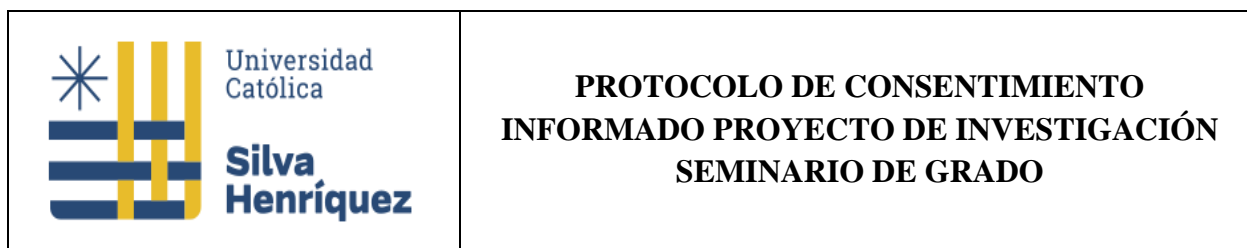
DATOS DE IDENTIFICACIÓN GENERAL

Cuéntanos algunos datos tuyos. ¿Cuál es su género?, ¿Qué edad tiene? ¿Cuál es su estado civil?, ¿Tiene familia?, ¿Estudió?, ¿Hasta qué curso llegó?, ¿Cuál es su situación laboral en la actualidad?, ¿En qué trabaja? o ¿En qué trabajaba?, ¿Cómo ha sido trabajar durante la pandemia?, ¿Participa en alguna organización social?, ¿Ha vivido siempre en esta comuna?

PREGUNTAS POR EJE	PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS
<p style="text-align: center;">DEFINICIÓN Y COMPONENTES DE CALIDAD DE VIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué es para Ud. calidad de vida? ● ¿Cuándo o en qué condiciones usted hablaría de una buena calidad de vida? ● ¿Cuándo y en qué condiciones Usted hablaría de una mala calidad de vida? ● Según usted ¿Cuáles son las cosas fundamentales para que una persona tenga una buena calidad de vida? ● ¿Cómo calificaría usted que es su calidad de vida? ¿Cómo se siente con su calidad de vida? ¿Por qué?
<p style="text-align: center;">CAMBIOS Y REPERCUSIONES DEL COVID EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS PARA ENFRENTARLOS/AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cómo era su estilo de vida o su rutina antes de la crisis socio-sanitaria? ● ¿Cómo cambio ese estilo de vida con la pandemia? ● ¿En qué aspectos notó los mayores cambios en su calidad de vida con la pandemia? ● ¿Cómo se organizó para enfrentar esos cambios? ¿Tuvo que recurrir a otras personas o cambiar su rutina? ¿En qué sentido? ● ¿Cuál diría usted que es el principal sentimiento con el que asocia la pandemia? ¿Cómo se ha sentido usted en este periodo de pandemia?

<p>EFFECTOS DE LA PANDEMIA EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree usted que la calidad de vida de las personas mayores de su comuna ha cambiado con la pandemia? ¿En qué sentido? ¿Por qué?
<p>INTERVENCIÓN HACIA LAS PERSONAS MAYORES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tan satisfecho/a se siente usted respecto a las medidas que se han implementado para ayudarle a prevenir el COVID? • ¿Qué opinión le merecen las ayudas o soluciones que se han entregado para las personas mayores por la crisis sanitaria? • ¿Qué medidas cree usted que debieran haberse tomado para mejorar la calidad de vida de las personas mayores durante la pandemia? ¿Por qué?

Anexo 2



Percepciones sobre calidad de vida en personas mayores, de la comuna de Puente Alto y Renaico frente a la actual crisis sociosanitaria SARS-COV-2

**Santiago,
26 / 08 / 2021**

El presente consentimiento tiene como finalidad proveer a los participantes de esta investigación de una explicación clara sobre la naturaleza de la misma, así como del rol que tendrán en ella.

La investigación es parte del proceso destinado a obtener el grado de Licenciado/a en Trabajo Social en la Universidad Católica Silva Henríquez y está apunta a Comprender, desde la perspectiva de las personas mayores, la incidencia de la crisis sociosanitaria SARS-COV2 en su calidad de vida.

La entrevista tiene carácter abierto y está orientada por algunos ejes temáticos. Tiene una duración aproximada de 30 a 45 minutos y dejaremos constancia de ella en un registro de audio y/o video. Los datos son confidenciales, ya que tendrán acceso a ellos solo el equipo investigador y en su procesamiento se protegerá la identidad de los/as informantes, trabajando agrupadamente los datos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos para esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas.

Los/as investigadores deberán responder cualquier duda que usted tenga durante el proceso. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, usted tiene el derecho de hacerlo saber a la investigadora o no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, conducida por los/as estudiantes; Nicol Ibarra, Valentina Quiroz, Pablo Valenzuela Tolis. He sido informado/a del objetivo de la misma, así como de lo que implica mi participación en ella.

Nombre

Firma

Anexos 3

4.3. Matriz de análisis categorial

Identificar las nociones de calidad de vida presentes en los discursos de personas mayores de Puente Alto y Renaico (copiar el objetivo específico N° 1).

Categorías	Subcategorías	Extractos de entrevista
Tener tranquilidad y no tener conflictos, en el sentido de vivir en un medio libre de violencia		<p><i>Yo entiendo la calidad de vida cuando uno está tranquila... no tener problemas con nadie (E2).</i></p> <p><i>Para mí el tema de los abusos, la violencia, la discriminación... (E.9).,</i></p> <p><i>Bueno mira ahora nos estamos dando cuenta de la violencia que hay en los hogares, se han presentado situaciones horribles donde se empujan de unos a otros, el alcoholismo en otras personas, bueno ahora están saliendo todos los problemas y enfermedades que tenían los vecinos/as (E.10).</i></p>
Ser escuchado y tratado con respeto y dignidad		<p><i>Para mí, como mujer, creo que una buena calidad de vida sería cuando yo soy escuchada, soy respetada, cuando mi opinión es importante.... Cuando llega alguien y tú le puedes dar una respuesta, tú te puedes sentar a escucharla atentamente, tú le puedes ofrecer un té, cuando tú ves que esa persona se va contenta tú te sientes grato, porque les ha ayudado un poco a mejorar su calidad de vida (E.1).</i></p>
Tener lo suficiente para subsistir o para tener un buen vivir, entendido como la satisfacción de las necesidades básicas y los medios o derechos que las permiten		<p><i>Poder tener su buen té, estar viviendo bien, debajo de su techito, como le dijera, no pasar frío, no pasar hambre. que tanta necesidad que han pasado otras personas, digo yo señor en la tele ahora, que me da pena, da pena ver tanta pobreza, que yo pensaba que no había pobreza, hay harta pobreza, hay tanta gente que no tiene nada, yo diría que es un piso mínimo para poder vivir bien (E.2).</i></p> <p><i>Para mí esto es una buena calidad de vida, yo me siento contenta porque tengo de todo, luz, agua, techo, calefacción, comida, qué más puedo pedirle a Dios.... cuando no tiene sus remedios, no se preocupan de uno, o no tiene un techo agradable para refugiarse, tiene tantas necesidades, no tener luz, no tener agua, yo he visto, yo hallo que eso es una mala calidad de vida para la persona (E.2).</i></p>

06/12/2021

<p>(trabajo, vivienda, salud).</p>		<p><i>Tiene que ver con la satisfacción de las necesidades (E.4).</i></p> <p><i>Bueno, calidad de vida es tener todas las cosas básicas, tener agua, luz, comida, vestimenta, salud, para mí eso es una buena calidad de vida (E.10).</i></p> <p><i>...calidad de vida es no pasar necesidades (E.7).</i></p>
<p>Recibir atención, afecto y cuidados</p>		<p><i>El cariño de su familia, la atención de sus hijos, yo creo que eso sería, la relación de la familias con el adulto mayor, eso es lo que más necesita uno a la tercera edad, que no la abandonen, la relación de la familia esté pendiente de uno, que más uno puede pedir, ya en la tercera edad (E2).</i></p> <p><i>El tener una relación cariñosa con la familia, con tus hijos, sobrinos y nietos, el vivir en paz contigo y con ellos, a pesar de las restricciones, el cariño y el amor estará siempre, para cuando esto baje (E.3).</i></p>
<p>Salud de calidad, entendida como el derecho universal a un abordaje integral del ser humano en sus aspectos físicos y mentales, así como un trato cálido y digno.</p>	<p>Atención integral de salud</p>	<p><i>Mira yo creo que la calidad de vida es todo, es como es como decir qué es la salud, solamente el malestar o es solamente cuando estoy enferma o solamente mi salud física y no la mental, o sea, la calidad de vida para mí lo engloba todo, para yo tener buena calidad de vida tengo que englobarlo todo y yo creo que la calidad de vida se ve muy afectada, porque las políticas públicas no están como coordinada unas con otras, los programas de salud están como muy separados de una enfermedad de otra y cuando tú vas a un centro de salud, a un CESFAM te ve la profesional y te deriva al hospital, pero hay otras cosas, muchas veces nosotras las mujeres hemos visto que la mujer nos duele la cabeza o la espalda, pero no porque tengamos un problema en la cabeza de no sé po, de un tumor, de una ceguera, de algo, sino que porque estoy sufriendo otra dolencia y que se expresa generalmente lo que pasa cuando las mujeres viven violencia intrafamiliar, entonces andamos con otros dolores y los médicos no tienen tiempo para atenderte como una persona, como una humana, el médico te atiende y tiene un equis minutos para atenderte y muchas veces lo médico no te tocan ni tampoco te miran (E1).</i></p> <p><i>Hoy día tú ves que la vacuna es una necesidad, sin embargo, no están las condiciones para que tú la recibas como persona, como ser humano, como un sujeto de derecho, sino que tienes que madrugar para ir a buscarla, te dan un número y después llega el momento que ya no quedan números o se acabaron las dosis, entonces eso marca seriamente y daña nuestra salud mental, nuestra calidad de vida (E1).</i></p> <p><i>.... si yo tengo salud, que mi salud sea la misma que le van a dar al que tengo al lado... (E1).</i></p> <p><i>Para mi calidad de vida tiene que ver mucho con la salud, si usted no tiene salud no pasa nada, es de temer si usted la ha tratado algún pariente o algún familiar, más de alguno le ha comentado que tiene mala salud, así que lo primordial es la salud (E11).</i></p>

	Atención con calidad humana	<p><i>Entonces, ellos están escribiendo y tú le preguntas doctor le quiero hacer una pregunta. El doctor jamás te mira, tú le puedes preguntar y él sigue trabajando en el computador, después te pasa la receta y chao, comprase este medicamento o vaya a hacerse este examen, entonces tú no tienes una calidad humana de atención y eso es calidad de vida (E1).</i></p> <p><i>El otro día me derivaron a un control quehacer rutinario en el médico y fui a pedir hora y tenía que llegar ahí a las 6 de la mañana para conseguir un número. Entonces ese tipo de cosas es complicado, aparte de que uno, ya por la edad le cuesta hacer el esfuerzo, en mi caso por la discapacidad y la gente, en general a las personas de edad les complica mucho ese tipo de cosas, ir a hacer una hora de cola para conseguir los remedios, por ejemplo, en el hospital, eso es algo que atenta un poco a la calidad de vida que uno tiene y uno sufre eso. Estamos tan acostumbrados a ese trato, que uno ha tendido a normalizarlo como que es algo normal...(E.7)</i></p>
Tener acceso a oportunidades y derechos sociales fundamentales (salud, pensiones dignas, etc.)		<p><i>.... que tenga todas las oportunidades que el modelo, el sistema, el país me tiene que dar, eso es para mí calidad de vida (E1).</i></p> <p><i>Mi peor calidad de vida está dada por mi jubilación, muy baja las jubilaciones que tenemos y de eso nadie se hace responsable... entonces, la mala calidad de vida para nosotros las personas mayores, esta está dada justamente por estas bajas jubilaciones, bajo, muy muy bajo, porque no es solamente que nosotros recibimos la jubilación para pasarlo bien, cosa que estaría legal, porque ya criamos, ya educamos, ya trabajamos, ya entregamos lo mejor nuestro (E1).</i></p> <p><i>...yo pienso que uno ha normalizado la carencia de algunas cosas, entonces el no tener nada no signifique que uno no lo necesite, sino simplemente porque no tiene acceso a eso, no tiene acceso a salud, a la recreación, a la distracción, al trabajo inclusive, o sea, por mucho que uno sea día a día más avanzado, si uno tuviese fuerza igual uno necesitaría alguna actividad diaria para sentirse útil. (E.7)</i></p> <p><i>Tiene que ver con la buena salud, buen trabajo, buen sueldo, buena comida y buen techo (E4).</i></p> <p><i>Yo creo que una buena calidad de vida es primero que nada conocer un derecho que tenemos como personas, porque podemos hablar de calidad de vida de muchas cosas. Para eso pasa por los derechos, porque hay derecho a la salud, a tener una vivienda, derecho a la alimentación, recreación, a la cultura, protección, derecho a la educación y a trabajar. Si tenemos todos esos derechos y los conocemos como una persona, claro que vamos a tener una mejor calidad de vida porque vamos a poder exigir nuestros derechos y vamos a poder respetar los derechos de los otros/as y nuestra calidad de vida va a ser mejor (E.9).</i></p> <p><i>...teniendo buena salud y teniendo a tu familia bien, y teniendo ingreso que te permita no tener sobresaltos eso sería una buena calidad de vida. (E.8)</i></p>

		<p><i>Cuando tienes lo básico totalmente superado, que no tengas que estar contando las moneditas para ir a pagar la luz, no estar juntando las moneditas para pagar el agua, porque eso es lo que pasa acá o para comprar el gas, todas esas cosas. Eso es una buena calidad de vida (E10).</i></p> <p><i>... que no respeten mis derechos como ser humano, como persona, como mujer...(E9)</i></p> <p><i>También calidad de vida es que a ti te paguen lo que realmente te corresponde por tu trabajo, que tengas un horario de trabajo acorde para atender la familia, porque nos recalcan tanto la importancia de la familia, pero no nos dejan tiempo.... y que mi trabajo vale igual que lo que hace mi compañero.... (E1).</i></p> <p><i>Me gustaría que la gente que tiene que trabajar fuera de la casa tenga la remuneración, el horario, el respeto a su persona como corresponde, me gustaría que la gente no tuviera que trasladarse de Puente Alto a Quilicura, por ejemplo, a trabajar, sino que tuvieran trabajo más cerca (E1).</i></p>
Disfrutar después de una vida de trabajo y crianza		<p><i>... nosotros tenemos que hacernos cargo de los nietos, a veces recibir a los hijos de vuelta porque se quedaron sin pega, ya no tenían casa, ya no pueden seguir pagando arriendo, los medicamentos, que la salud, o sea, no hay condiciones de que una persona tenga que ir, no importa la edad, no importa, el género, a buscar una orden médica a las 7, a las 6 de la mañana, a las 5 de la mañana (E1).</i></p> <p><i>...yo espero ser activo y tener las posibilidades para ejercer esa actividad, poder hacer cosas que en algún otro momento no podía, como le decía, salir lejos de mi casa, quedarnos unos cuantos días por ahí con mi pareja y eso es para mí una buena calidad de vida, sin tener que preocuparse de que si falta o no para comer en la casa y esto no se pueda hacer (E.7).</i></p>
Tener contacto social, en el sentido de colaboración y pertenencia a una comunidad (familia, barrio, etc.).		<p><i>... el contacto con la familia, el contacto con las amigas, el contacto social, el contacto de colaboración que tú puedes tener (E1).</i></p> <p><i>Yo me desplazaba libremente hacía mis actividades sociales y vecinales, participaba en reuniones con la municipalidad, hacíamos reuniones una o dos veces al mes, iba al agua potable con la comitiva, nos reunimos donde los adultos mayores, era super normal, era super tranquilo (E.4).</i></p>
Vivir en un medio ambiente limpio		<p><i>El mal ambiente no cierto, el medio ambiente es un tema. Yo vivo en una comuna donde viven muchos habitantes...se tira basura en las calles, escombros, hay muchos animalitos en situación de calle, abandonados, eso hace una mala calidad de vida para una persona (E9).</i></p>

Identificar los principales cambios que ha ocasionado el SARS-COV-2 en la calidad de vida de las personas mayores y las estrategias que se han implementado para enfrentarlos.

Categorías	Subcategorías	Extractos de entrevista	Elementos de análisis
Tomar conciencia de la existencia del virus y su peligrosidad		<p><i>Entonces eso era como tú podías enfrentar para adelante y como mi proceso fue primero creer que de verdad el COVID existía y lo vine a comprobar, o sea, a preocuparme de eso y de que realmente pasaba, porque a una amiga cercana se le enfermaron sus dos padres y estuvieron hospitalizados y ella lo pasó muy mal, y el resto la familia también, entonces el poder apoyarla a ella ya me hizo tener más sentido de que de verdad esto le podía pasar a mi hermano también y me podía pasar a mí (E1).</i></p> <p><i>La pena, de la gente que falleció, eso fue lo más triste que pasó, fue bastante fuerte, la gente pensaba que era mentira la pandemia, o que no era real, yo lo sentí como si fuera una tragedia, costó demasiado que la gente asumiera que de verdad estaba pasando, mucha gente desde el tema valórico y religioso del tema de la no vacunación, fue complejo hacer entender la importancia del autocuidado, en fin fue muy duro para mí como vecino, como papá, hijo y abuelo (E.4).</i></p>	
Tomar medidas precautorias para prevenir el contagio	Dejar de tomar micro o buscar alternativas de transporte privado	<p><i>Bueno, que no me subo a una micro hace mucho tiempo, ese es como el mayor autocuidado que yo me impuse, más allá de los protocolos establecidos desde el gobierno, como que yo me alejé de las micro, porque como tiene mayor contagio (E1).</i></p> <p><i>Antes salía de manera habitual a comprar con mis amigas de congregación a Los Ángeles y el transporte era muy bueno, expedito y frecuente, ahora con la pandemia es todo lo contrario, no podemos salir si no es pagando a un vecino que nos haga de Uber, porque los buses dejaron de pasar desde que comenzaron las cuarentenas en Angol y Los Ángeles (E.3).</i></p> <p><i>Puedo agregar a Angol, no hay locomoción, pasa muy pocas desde Angol a Mininco, ahora no es mucho, pero en las cuarentenas, uno no podía viajar por el tema de no saber cómo sacar el pasaporte sanitario, acá no pasaban buses, entonces uno se desmoraliza (E.5).</i></p>	
	Seguir protocolos sanitarios	<p><i>...sí tu cumples los protocolos que te está dando el servicio de salud, es que tú tienes que tener clarito eso y habituarte a una nueva forma de vida, que tú tienes que llegar, limpiarte los pies, sacarte los zapatos, ponerte una cosa, echarte spray por todo el cuerpo, lavarte la mano, dejar la ropa, etc., etc., usar la mascarilla, mantener la distancia aunque sea tu hijo eh no se po (E1).</i></p> <p><i>El que uno ya no pueda salir, por ejemplo yo soy testigo de Jehová, y salíamos a la predicación, y ahora todo lo contrario, no podemos salir si no es tapados con la mascarilla. no puede ir uno a comprar. por ejemplo mi marido hace las compras y yo no voy a comprar, no salgo. porque tengo miedo. porque estoy vacunada pero igual tengo miedo (E.3).</i></p>	

		<p><i>Atacó a todo el mundo, nos afectó el nivel de calidad de vida, en lo que es nuestra salud...y ahora ya, nos acostumbramos a andar con mascarilla, tenemos que tener el distanciamiento social con las personas, el lavado constante de manos, desinfectarnos, evitar el contacto estrecho, todas esas cosas, que nos hacen tener miedo de contagiar a alguien. Antes de la pandemia, se tenía una mejor calidad de vida, con mayor libertad, tranquilidad, ahora es muy distinto (E.3).</i></p> <p><i>El tema de la mascarilla que te ahoga, aparte del alcohol gel, el tema de lavarse las mano. (E9).</i></p> <p><i>Yo ahora me siento bueno, más relajado y tranquilo, siempre usando la precaución de la mascarilla, el lavado de manos, ya que estamos llegando a un o un límite y vamos a salir a flote ya y vamos a volver a reunirnos (E.4).</i></p> <p><i>En mi caso, me vas a creer que no tuve miedo, me lo tomé muy tranquilo y le hice caso a todas las indicaciones del gobierno, yo ya estoy vacunado con la tercera dosis y bueno, hay que seguir resguardándonos y cuidándonos con nuestro autocuidado (E11).</i></p>
	<p>Buscar horarios protegidos o de menor riesgo de contagio</p>	<p><i>A ver, con las cosas más prácticas, voy a empezar con lo más práctico. Por ejemplo como dueña de casa, como ir a la feria yo iba muy temprano y compraba en los dos primeros puestos, no entraba a la feria. Y con el supermercado nos organizaremos con mi marido, pero de primera los adultos mayores entrabamos a las ocho y media a nueve y media, entonces nosotros estábamos allá a las ocho y media de la mañana (E9).</i></p>
<p>Dejar de ver a la familia y a las amistades</p>		<p><i>Que uno no puede estar con su familia, no puede compartir con ellos, no puedo, yo con el tiempo si vienen mis nietos no puedo llegar abrazarlos como lo hacía antes, darles un beso a ellos, por el tema de la distancia, y ellos también cuando llegan, ellos mismos (mis nietos) me dicen abu, me dicen, ay de veras que no puedo acercarme mucho por el tema de la pandemia, a pesar que se les va las manos igual, pero siempre con cuidado, y eso es lo que da indignación y rabia, porque no se puede estar con su familia, y aparte siempre hemos sido achoclonados. Yo diría soledad y tristeza. Igual trato de sentirme lo mejor que puedo no más, de ser más fuerte y digo mañana es otro día. Porque lo peor de la pandemia ya pasó... (E2).</i></p> <p><i>Que no me podía relacionar con la gente que me relacionaba, era un grupo bastante grande con el entorno que tenía, antes me llamaban de todas partes, antes vivía participando, pero hubo días que no tenía ni nadie me llamaba, yo soy pensionado, me lo pasaba en la casa no más, ahí tenía que estar con mi señora y mi hija y en un entorno prácticamente encerrados(E4).</i></p> <p><i>...por muchos meses no pude ver a mis nietos, tengo tres nietos que son pequeños. Joaquín que tiene 7 años, la Trinidad que tiene 6 años y Renato cumplió 4 años, entonces estaban más chiquititos y no los podíamos ver. Solo mi hijo venía porque vivía más cerca para saber cómo estábamos, pero nos hablábamos desde la calle. Entonces, no pudimos estar con los niños, nos perdimos 2 años de estar con ellos y luego ya no pudimos estar con ellos (E9).</i></p>

		<p><i>Nosotros estuvimos alrededor de un año sin ver a nuestros hijos y nietos, ellos viven en Santiago, y usted comprenderá que viajar alrededor de siete a ocho horas en bus o en auto es difícil por las restricciones y los papeles que piden, en fin, en todo ese tiempo nos comunicamos por teléfono o videollamadas (E.5).</i></p> <p><i>Antes de la pandemia, salía para muchos lados, o sea, no tenía miedo de salir a la calle y de ver a cualquier persona o hablar con cualquier persona o invitar a una amiga a conversar en mi casa. Había gente que venía a sacar el papel de residencia y se quedaban a conversar un rato y no había problema, pero llegó la pandemia y olvídase, yo dejé eso de lado, porque mi esposo tiene una enfermedad el ATV, entonces era preocupante (E10).</i></p> <p><i>Huy yo salía para todos lados, tengo varias amistades, iba a visitar a mis amigos de Francia, viajaba y todo. Pero hace dos, desde que empezó esto no he salido a ningún lado, he estado en la casa lo máximo que he realizado es el autocuidado propio (E11).</i></p>
Valoración de la vida y de las relaciones humanas		<p><i>Yo creo que valorar la vida, la familia, la vecindad, valorar lo que uno tiene en relaciones humana que son las que te van dejando, como lo más estable porque uno puede perder la casa, pero cuando tienes amigas, hermanos, familia, como que se va soltando el hecho de tener yo una posibilidad de poder ir a ver a mi familia, también me facilitaba mi calidad de vida, porque si hubiera estado todos esos meses sin ver a nadie bien, encerradas, estaría más loca de lo que estoy (E1).</i></p> <p><i>Bueno hay se encuentra el de mostrar los cariños, el demostrar los abrazos, el besarse, el compartir más íntimamente con las personas, con mis nietos, con mis hijos e hijas, con la familia, la cercanía. Ahora está ese tema de que te saludas con el puño, o el codo, ahora todas esas cosas que eran tan afectivas, donde demostrabas el afecto con el otro era mejor(E9)</i></p> <p><i>A pesar de todo lo vivido, puedo quedarme tranquilo con que me he sentido apoyado y acompañado con el cariño de la familia desde la distancia, a veces nos reunimos una vez al mes o a lo más dos veces al mes, sin embargo quiere seguir sintiendo como con una ayuda, una esperanza (E.5).</i></p> <p><i>Entonces tú empiezas a hacer más expresivo o expresiva en mi caso con los cariños, con la expresiones de amor a la familia, el abrazar, el decir te quiero, voy a pasar por tu casa, dejarte un pancito, te lo voy a dejar en la consejería, ir a dejar unas cositas con el conserje, baja a buscarla, a tener más atención, a estar más preocupadas, más concentrada y no solamente en el plano familiar, sino que también con toda la relacione, a llamar por teléfono, a mirarte la cara sin saber cómo están (E1).</i></p>
	Trabajar desde la casa	<p><i>... pero no a que los niños hicieran clases desde su casa, no que las mujeres o la ciudadanía tuviera que trabajar desde la casa (E1).</i></p>

Trabajar vía remota	Apoyar a los hijos en edad escolar a estudiar en forma online	... pero no a que los niños hicieran clases desde su casa, no que las mujeres o la ciudadanía tuviera que trabajar desde la casa (E1).
Pérdida de libertad, entendida como la posibilidad de salir, desplazarse y alternar con personas de la comunidad		<p><i>Mi vida antes del covid-19 era otra cosa yo salía, mi ambiente era salir al campo, no sé, salía a caminar, andaba en bicicleta lo más que podía, no me sentía enferma, no sé, era libre antes, ahora me siento enferma, ahora me siento como prisionera, no sé, antes era libre antes, libre (E2).</i></p> <p><i>El mayor cambio que he tenido yo, es que no puedo salir, me encuentro ahogada aquí, no puedo salir, porque lo que más me encargan mis familiares es que debo cuidarme lo más que pueda del virus, porque a esta edad me puedo contagiar en cualquier momento (E2).</i></p> <p><i>A mí me costó tomar colectivo, a mí por mucho tiempo me llevó mi esposo a la fundación, además soy una persona con enfermedades crónicas, eso también me ha limitado a ser más libre (E9).</i></p> <p><i>Noooo, ahí yo me desplazaba libremente, hacía mis actividades sociales y vecinales, participaba en reuniones con la municipalidad, hacíamos reuniones una o dos veces al mes, iba al agua potable con la comitiva, nos reunimos donde los adultos mayores, era super normal, era super tranquilo, pero uno no se daba cuenta de que éramos felices sin saberlo (E.4).</i></p> <p><i>Antes era mucho mejor, tú podías salir a un restaurante a comer tranquila, ahora está todo limitado...Claro que antes era más libre podía ir a la plaza a tomar un helado, a comprar más libre, realizar juntas en la fundación, los desayunos, trabajamos temas importante para los dirigentes, entonces claro que era mejor (E9).</i></p>
Aprender una nueva forma de vida	Aprender nuevas formas de comunicación	<p><i>Empezar a desaprender lo aprendido, salirse de esta norma del trabajo que tú tienes presencial, en los territorios, vivir encerrada, empezar a aprender otras formas de conectarte con la gente, más allá de hablar por teléfono, cómo mostrarle alguna vida distinta (E1).</i></p> <p><i>El cambio es evidente, pero claro igual nunca he dejado estar en ese sentido, porque bueno estas plataformas que nos han permitido mantenernos activos con algunas personas, si bien es cierto no todos manejan, no todos los amigos manejan esta plataforma, pero alguna con gente sí y posiblemente he asistido a muchas más reuniones de las que asistía antes. (E.7).</i></p> <p><i>...en ese sentido no es lo mismo que antes, porque lo presencial le permitía a uno llegar al lugar, abrazarse, entretenerse, jugar a alguna cosa por ahí, pero ahora eso cambió por el Zoom, por el Meet, inclusive por las videollamadas y ha cambiado radicalmente eso, pero en el fondo ha sido caso lo mismo, mantenerse igual ocupado (E.7).</i></p>

		<i>...la cuarentena me ha favorecido mucho porque he aprendido varias cosas, el manejarme como te decía zoom, por internet y de las llamadas telefónicas con mis hermanos. Manejando así la difusión de información, me integré a más servicios, ayudé a mucha gente con los bonos del Estado, entregando información de ello (E9).</i>
	Disfrutar la soledad y tranquilidad	<i>Ya que ahora aprendí a disfrutar el estar encerrada, lo que la soledad y la tranquilidad nos dan es incluso el poder disfrutar de una tarde tranquila... ahora como que el estar solitos yo y mi marido la hacen estar a una más tranquila (E.3).</i>

Estrategias para enfrentar los cambios

Categorías	Extractos de entrevista
Recurrir a hijos/familiares	<i>Tuve que recurrir a mi hija, sí, ella venía a dejarme cositas, venía a verme y a dejarme mercadería, los artículos de aseo, pero así no más, de vuelta y pasada, aquí esto y esto listo, fue difícil porque uno necesitaba una muestra de afecto, fue muy difícil enfrentar la distancia por la pandemia (E2).</i>
Recurrir a vecinos/as o compañeros/as de trabajo	<i>Sí, tuve que pedirle a mi vecino que me ayudaran y tenía a su hijo menor que me ayudó también cuando estuve con COVID, aparte también que estuvieron pendientes por decirlo así de nosotros cuando fue esto del COVID (E.3).</i> <i>Sí a veces, pero más llamo a mis compañeros que ellos son los que me ayudan cuando no puedo salir (E11).</i>

Identificar los principales efectos o repercusiones que ha ocasionado la pandemia en la calidad de vida de las personas mayores de su comuna

Aspectos positivos:

Categorías	Subcategorías	Extractos de entrevista
Implementación de medidas solidarias	Apoyo ollas comunes y/o canastas familiares	<p><i>Atendemos a una olla común, en donde yo voluntariamente voy y participo, ayudo, converso con la gente y me he hecho cargo así como de las cosas más relevantes, como organizarla, como la entrega y ahí también tratamos de hacer algo distinto a lo que al principio partieron las ollas comunes, en donde la gente por cuidado también, por precaución para que nadie se contagiara, se empezó a llevar la comida a las casas en tiestitos plásticos y la verdad que cuando a mí me invitaron yo me opuse a eso porque pensé que uno tiene que enseñar a la gente a buscar su necesidad, ver cómo cubre sus necesidades y, en este caso, tenía que ir a retirar su ollita de comida y así lo hicimos, porque eso también significa que nosotros estamos educando un poco la gente a que se tiene que movilizar para poder salir adelante, porque no podemos tener un paternalismo (E1).</i></p> <p><i>Mire, yo cuando nosotros vimos desde el principio, con vecinos y vecinas que se acercaron a decirme que por qué no habilitamos el espacio de la junta de vecinos y organizamos canastas familiares para las personas más vulnerables de la villa de Tijeral y la comuna de Renaico. Ya que acá muchas familias quedaron sin el sustento diario porque trabajaban de temporeros y las faenas se cerraron a causa de la pandemia, es así cuando nos organizamos como junta de vecinos y contactamos a una persona en Santiago, quienes se dedican a ayudar a colectividad, quienes nos ayudaron a recolectar \$600.000 pesos, y con ese dinero íbamos al supermercado y hacíamos las canastas e íbamos a las mismas casas de los vecinos repartiendo las canastas de mercadería, esto con el poder ayudar a mantener la medida de seguridad en la cuarentena y para que la gente no saliera a comprar y evitar exponerse al virus. Esto trajo mucho o bastante beneficio para la comunidad ya que no todos los vecinos recibieron en sus inicios la ayudas del gobierno. (E.4)</i></p> <p><i>...La olla común que hemos estado trabajando más de dos años, en ello hemos dejado a familiares de lado para el apoyo de familiares y vecinos (E10).</i></p>
	Asesoría en informaciones y uso de TICS para comunicarse con seres queridos	<p><i>Yo la pandemia no la pasé mucho encerrada, sino que como agente social de la fundación y también como pobladora de Puente Alto, ayudé a familias que no tenían en ese momento alimento o algunas tenían muchas necesidades de información, de traslado, de saber de su familia y no sabían cómo hacerlo (E1).</i></p>
	Apoyo para traslados de un sitio a otro	<p><i>... ayudé a familias que no tenían en ese momento alimento o algunas tenían muchas necesidades de información, de traslado, de saber de su familia y no sabían cómo hacerlo (E1).</i></p>

Mayor conciencia de la situación de pobreza		<i>Sí hemos avanzado en el sentido de que la gente lo puede contar, se atreve a decir o sea esta pobreza encubierta que estaba ante que ahora se agudizó más, se puede conversar, la gente te dice sí yo ahora estoy más mal que antes porque me pasa esto y esto, y ante no, porque todos éramos clase media, nadie quería ser pobre, no había trabajadores, no había clase obrera, no había problemas de vivienda... (E1).</i>
Ayuda gubernamental		<p><i>Bueno yo me siento bien, porque he visto personas que sí han ayudado harto, por ejemplo de la incluso desde la municipalidad han venido a dejarme una caja de mercadería, sin que se los pidiera ni nada, sino que un día vino el alcalde a dejarme una caja de mercadería, así he visto en varias personas, vi en varias cas que fueron a dejar mercadería, me dije que estaba bien, porque había varias personas que la necesitaban, (E2).</i></p> <p><i>Sí, es muy buena la ayuda, muy buena, si es muy buena, porque las personas se han beneficiado se las ayudas monetarias que les han llegado a las personas más necesitadas. Yo encuentro bueno, porque los mismo hospitales y las clínicas se ha visto que han andado bien, en forma general ha sido bueno, igual ahora con las ayudas del gobierno que ha tenido una buena administración el manejara la pandemia, como el trabajo realizado por parte de la muni, nosotros también recibimos ayuda cuando nos enfermamos con COVID-19, esto que nos trajeron, así cierto, las cajas con mercadería por parte de la municipalidad, también encontré super bueno el sistema de seguimientos con médico y enfermera (E.3).</i></p> <p><i>Me ha gustado mucho, porque hacia bien falta y llegaban de manera adecuada cuando uno no tenia, porque no podíamos salir a comprar, yo me siento bien con eso porque yo no puedo decir que estoy disconforme, si yo recibí varias cajitas y le ayudé hasta a mi hijo. Sí, yo me siento conforme con las ayudas del gobierno (E.6).</i></p>

Efectos negativos

Categorías	Subcategorías	Extractos de entrevista
Sentimientos de soledad, tristeza y abandono		<p><i>...socialmente la soledad, la soledad de la gente (E1).</i></p> <p><i>Yo diría soledad y tristeza. Igual trato de sentirme lo mejor que puedo no más, de ser más fuerte y digo mañana es otro día. Porque lo peor de la pandemia ya pasó... (E2).</i></p> <p><i>Yo la pena, de la gente que falleció, eso fue lo más triste que pasó, fue bastante fuerte, la gente pensaba que era mentira la pandemia, o que no era real, yo lo sentí como si fuera una tragedia (E.4).</i></p> <p><i>Hay personas que también han perdido el poco de ayuda de sus familiares, hay personas mayores que no han podido trabajar por la pandemia y esto les provocó una situación de dependencia como de una situación de abandono fuerte antes de la pandemia (E5).</i></p>

		<p><i>No ir a la iglesia, me traía tristeza, yo lloraba y oraba, por no poder vivir mi vida con iglesia, yo sufrí, ahora con la pandemia sufrí mucho por la preocupación por mis hijos que no se fueran a enfermar, ellos me llamaban y con ello me conformaba (E.6).</i></p> <p><i>Me afectó enormemente una angustia tan grande, una angustia de no poder compartir, salir eso es lo que me tiene presionado, como te dije endenante la salida con la junta de bomberos fue una experiencia tan buena, donde estaban todos contentos. Yo soy de piel y los extraño a cada uno (E11).</i></p> <p><i>Es que mira es tanta la necesidad en todo ámbito en el área sociología por la soledad de las personas mayores, en el área económica, en el área de salud, bueno son muchas necesidades, muchas (E10)</i></p>
<p>Vivir con temor, angustia y/o stress por contagiarse o contagiar a seres queridos</p>		<p><i>Nos afecta hasta el momento, en mi familia andan estresados, con temor y que si uno sale, oye por favor, lávate las manos, no te saques la mascarilla, no te acerques a la gente que anda ahí, la confianza y todo eso y con el temor al contagio y todas esas cosas, contagiar a un ser amado, sobre todo a una persona mayor, es un tema (E.4).</i></p> <p><i>Y una vez al mes salíamos a Angol a hacer la compras de los víveres y fome porque todos estresados, porque nos debíamos mantener en distancia para no contagiar a alguien, yo iba a visitar a mi mamá, quien también estaba preocupada por el tema de los contagios y de que uno le fuera a contagiar el virus (E.4).</i></p> <p><i>Yo diría que angustia y aparte uno se psicosea mucho, empieza a ver en la televisión toda la información que le empieza a entrar es muy angustiante, o cosas que escucha uno de que parece que va a quedar la grande, que el día de mañana van a morir mil o dos mil personas y no se sabe si le va a tocar a uno o a alguien de la familia, entonces es básicamente angustia, incertidumbre (E.7).</i></p> <p><i>Yo no veo mucho la misma, uno se siente mal al no querer ver noticias, pero si uno las ve, te pasa que a uno le baja la depresión (E.5).</i></p> <p><i>El miedo es uno de los sentimientos que produjo la pandemia, el no poder contacto con las personas, el no poder estar con ellas, el tener miedo a las personas. El tema de tomar un colectivo y usar doble mascarilla, yo soy exagerada. Mi marido me dice que yo soy tremendamente exagerada (E9).</i></p> <p><i>No me siento tan bien como me sentía anteriormente, igual por el temor a una enfermedad una situación que se presente a un familiar, a otro familiar que tenga un problema, lo mismos nietos también, que puede pasarle alguna cosa, todo está muy complejo (E.4).</i></p> <p><i>Mira el alejamiento de la gente, el no poder abrazar o no poder absorber los sentimientos, el miedo está en toda la sociedad (E 10).</i></p>

Deterioro de la salud	Problemas de salud mental	<i>...pero que igual todavía falta que el hombre pueda captar eso y afectó también la calidad de vida en la familia, ya que en una casa muy pequeña viven 5 personas, 6 personas, 4 personas, en donde todos estamos trabajando desde la casa y no tenemos las condiciones para hacerlo, los niños están estudiando y otro está haciendo trabajo y eso ha sido un golpe a la salud mental horrible (E1).</i>
	Postergación de necesidades de salud	<i>La gente que tenía agendada operaciones, cirugía, pucha todo eso se cerró y se postergó por atender a la persona que no está mal, pero que un país bien organizado, con buenas políticas públicas bien coordinadas de un ministerio con otro, de un servicio con otro, sería distinto. Entonces esas satisfacciones que no son satisfacciones, son insatisfacción (E1).</i> <i>Si po', de todas maneras, pucha hay mucha gente por no tener los recursos, no ha podido tener horas para el médico, o atenciones médicas de gran importancia y no han podido ser atendidas, porque han quedado todas las horas suspendidas, todas esas operaciones, los tratamientos médicos de importancia para la salud, especialmente para los adultos mayores, que ya no los hicieron, no se hicieron solamente. Mucha gente que a raíz de esta última cosa, tenía que viajar por cuenta propia y sin apoyo y en plena pandemia a Angol o a los Ángeles para poder hacerse exámenes de manera particular (E.4).</i> <i>El tema de no recibir una buena atención en salud, si por eso, ello me hace tener una condición de mala calidad de vida, estuve grave de la columna, a mí hay como un bicho que a uno le come a uno en la columna; Dios me sanó de mi columna porque los médicos me habían desahuciado (E.6).</i>
	Deterioro físico	<i>Era otra cosa, porque por ejemplo: suponte desde la pandemia a ahora, he perdido la memoria a causa del COVID, yo no salía, salía mi marido no más, entonces cuando salgo me cuesta hasta caminar, es como un deterioro, en su organismo en su mente, no somo iguales que antes, con lo de ahora, como que ha cambiado la vida de uno totalmente (E.3).</i> <i>El principal cambio fue darme cuenta que uno está más avanzado, yo y mi esposa tuvimos COVID, tuvimos pérdida de memoria y mucha fatiga, como de sentir que me puedo caer o que no toco el piso al momentos de caminar. Hay una gran diferencia entre el antes y el después de la pandemia (E.5).</i>
Alteración de la dinámica familiar	Necesidad de compartir recursos entre más personas	<i>Ha cambiado en el sentido que se han visto más afectadas porque muchas personas que vivían ya en su casa solitas, con su pareja o a veces sola ha tenido que alterar su calidad, su rutina diaria porque han llegado nietos a vivir con ellos, hijo a vivir con ellos y las mujeres están compartiendo el escuálido dinero que le entra todos los meses con más familia (E1).</i>
	Pérdida de intimidad	<i>Su vida privada se ha visto afectada, porque ya no puede tener ella eh no sé po, hay gente mayor muy pudorosa entonces no se va a levantar en pijama si hay más gente en la casa, incluso su vida tan íntima, como su pieza, se ha visto afectada porque ha tenido que meter ahí una cama más para sus nietos, entonces en vez de avanzar vamos para atrás (E1).</i>

Distanciamiento y pérdida de familiares y amigos	Pérdida de familiares y amigos/as	<p><i>...más allá del aspecto sanitario que mucha familia empezaron a perder sus seres queridos, porque al principio como que se morían las personas mayores (E1).</i></p> <p><i>Tuvimos varias personas que se infectaron acá en Tijeral y eso fue más que nada por la confianza, o más bien el exceso de confianza, muchos vecinos decían: No, si no me voy a contagiar, si no me reúno con gente, y acá tuvimos la mala suerte de tener personas que fallecieron, personas mayores, que eso fue muy fuerte, ya que afectó la confianza de los vecinos de la villa, como de las medidas sanitarias que fueron severas y largas (E.4).</i></p> <p><i>Imagínese ahora, el alejamiento, la distancia, se ha sufrido mucho, nosotros sabemos de un matrimonio solo que han perdido sus familiares por el virus, es un matrimonio, nosotros como familia también tuvimos de duelo, por la muerte natural de la mamá de la señora, lo que tuvimos que vivir en soledad, porque en la pandemia, no se presentaba nadie ni a los funerales, nuestros familiares viven en su mayoría en Santiago, no pudieron venir por las cuarentenas, más encima el permiso era de máximo 24 horas, así que no, fue todo un bajón total en la vida por la pandemia (E.5).</i></p>
	Imposibilidad de alternar con la familia	<p><i>Creo que... bueno si, igual la familia que uno no la ve, no puede ir libremente a ver a los hijos o a los nietos, a las nietas, porque te tienes restringido (E1).</i></p> <p><i>Fue difícil porque uno necesitaba una muestra de afecto, fue muy difícil enfrentar la distancia por la pandemia (E2).</i></p> <p><i>imagínese ahora, el alejamiento, la distancia, se ha sufrido mucho (E.5)</i></p>
Pérdida y debilitamiento de la vida social y/o de los vínculos sociales		<p><i>Ha cambiado la calidad de vida, porque antes nos saludábamos y ahora como que está todo distinto, yo era amorosa y siento que no son amorosos conmigo, a todos los amo, pero ellos a veces ya ni saludan, están como distantes o distanciados, como alejados, como ese cariño que nos dábamos antes ya no es igual (E.6).</i></p> <p><i>...teníamos reuniones también presenciales semanalmente del grupo de Lazarino, teníamos mensualmente del grupo de Parkinson, tenía reuniones de un programa de adultos mayores que existe, que se llama PAMA, que es para adultos mayores más autovalentes también, o sea, todo eso era presencial y todo eso se acabó, o sea, yo puedo decir que en vez de 66 años tengo 64, porque hay 2 años que no los he ocupado (E.8).</i></p> <p><i>Aquí en Puente Alto han funcionado muchos grupos de adulto mayores, como fundación nosotros trabajamos con varios, nosotras estuvimos con un grupo de adultos mayores hasta enero del año 2020, donde se realizaron talleres de computación y sanidad, desarrollo y autoestima. Hay muchos adultos mayores que viven solos, que están postrados, que están abandonados en Puente Alto y el escape que tenían ellos eran estos talleres de una o dos veces por semana (E9).</i></p> <p><i>Me sentí mal, porque yo participaba mucho en la iglesia, fue una cosa de encerrarnos, como sentimos prisioneros en nuestras casas, el encierro a mí me destruyó parte de mi vida (E.6).</i></p>

		<p><i>Hace 2 años, un año y tanto desde que pasó esta enfermedad terrible que es la pandemia, no he podido asistir a la bomba, no ir a apagar a incendios, pero nos juntábamos siempre 4 o 5 veces al mes para hacer almuerzos o las reuniones, todas esas cosas (E11).</i></p> <p><i>Hay mucha gente, mucha gente más cercana que participaban en clubes de adulto mayor de distintas índoles, las juntas de vecinos y tuvieron que encerrarse y ha pasado un montón de tiempo que no, no es que no vieran a nadie, pero no tienen la oportunidad de salir como antes salían, una o dos veces por semana al club de adulto mayor, al club de discapacidad como el que teníamos nosotros, entonces ese alejamiento entre todos ha sido muy frustrante para mucha gente, porque son bien pocos los usan la plataforma para mantenerse en contacto con otras personas, y claro yo por mi calidad de dirigente de regulación, he estado llamando de repente con algunas personas, nos reunimos entre cuatro o cinco por videollamadas, y claro, o sea, la gente lo único que quiere es que nos juntemos, y eso en general, porque aquí donde vivimos habían club de adulto mayor, habían como dos y ahora no se juntan y enterarse de que ha muerto uno o ha muerto otro es bien duro (E.8).</i></p>
<p>Abandono del Estado</p>		<p><i>...el abandono desde Estado para con los ciudadanos y ciudadanas, porque nada estuvo a tiempo, siempre estuvo después de la crisis fuerte que fuera llegando estas ayudas que no solventaron mucho (E1).</i></p> <p><i>Te dan las condiciones de que te tienes que cuidar de tal forma, pero no te entregan, no te facilita esas cosas, yo no he visto ningún CESFAM que haya habido una disposición de mascarilla para la gente, que te hayan entregado 1 kit de aseo para que tu tengas durante el mes y después lo puedas renovar (E1).</i></p> <p><i>Mucho vecino fue falleciendo en el camino, por no tener la prioridad que tuvieron las personas que tenían COVID, porque si la gente llegaba al hospital, la atendían desde afuera, la testeaban y chao pa' la casa. y tratando sobrevivir así a la vejez, al frío del invierno, muchas veces en abandono y con hambre (E4).</i></p> <p><i>Esos son los adultos mayores que están abandonados, porque una cosa es que vivan solos y otra cosa es que están abandonados por el estadoImagínate a las personas mayores discapacitadas, aquí en la comuna hay una villa de lisiados que están solitos en sus casas (E9).</i></p> <p><i>Lamentablemente, aquí hay mucha pobreza, mucha limitancia en todo sentido, entonces claro, las ayudas han tratado de llegar, lamentablemente las ayudas económicas no han sido todo lo que la gente quisiera y eso se ha notado, o sea, ejemplo nosotros hicimos campañas y nos ganamos proyectos para conseguir mercadería, porque había mucha gente que no tenía cosas para comer, conseguimos unos diez vales de gas para las personas, porque claro después tenían cajas de mercaderías, pero no tienen con qué cocinar y montón de cosas así (E.7).</i></p> <p><i>Sí la calidad de vida se ha visto afectada las familias, se ha visto afectada no solamente por la pérdida de los seres queridos, sino que también por la falta de recursos, la falta de oportunidades (E1).</i></p>

		<i>Bueno, faltó más ayuda, y fue tardía la ayuda, eso es lo que yo puedo dar cuenta, a última hora ya empezaron a tomar conciencia y real conciencia que era muy importante las ayudas y que también fueron tardías. Llegaron, llegaron las ayudas del gobierno, para la gente, pero sin embargo estas ayudas se tuvieron que haber hecho desde el principio de la emergencia (E4).</i>
Empobrecimiento	Abandono de la casa	<i>... que mucha gente tuvo que dejar sus casas que arrendaba para volver a la casa de su padre, fue un desbarajuste en general, en todos los aspectos (E1).</i>
	Pérdida del trabajo	<i>Bueno, bastante con nuestros trabajos, la educación, todos esos temas relacionados con la calidad de vida, nos afectó, porque hubo mucha gente que quedó cesante (E3).</i> <i>Porque cuando comenzó la pandemia mucha gente quedó cesante, y no tienen donde recurrir, iban a la municipalidad y la municipalidad no tenía los recursos necesarios para la gente, y cuando el gobierno comenzó a ayudar, ya había demasiada necesidad, mucha pobreza generada por la emergencia de la pandemia (E.4).</i>
Desconocimiento y falta de acceso a las TICS		<i>No haber estado preparados para esta nueva forma de comunicarnos, que ha sido muy novedoso, muy nuevo, pero que no todo el mundo tiene acceso, entonces cómo tu ayudas en eso, yo en mi caso que estoy en la fundación, abrimos la fundación para que la gente que necesita conectarse, a la gente que necesite imprimir algo, la gente que necesite ir hacer un trámite lo puede hacer desde ahí, porque hay un servicio de internet que no se está usando y que se podría usar (E1).</i> <i>Uno no podía viajar por el tema de no saber cómo sacar el pasaporte sanitario, acá no pasaban buses, entonces uno se desmoraliza (E.5).</i> <i>No tuve la posibilidad de poder reunirme con mis hermanos de la iglesia, ya que tenía un celular que me lo gané con una postulación hecho por la asistente social de la municipalidad, pero como no sabía ocuparlo, no podía integrarme en las reuniones que se hacían en el internet (E.6).</i> <i>Hay mucha gente, mucha gente más cercana que participaban en clubes de adulto mayor de distintas índoles, las juntas de vecinos y tuvieron que encerrarse y ha pasado un montón de tiempo que no, no es que no vieran a nadie, pero no tienen la oportunidad de salir como antes salían, una o dos veces por semana al club de adulto mayor, al club de discapacidad como el que teníamos nosotros, entonces ese alejamiento entre todos ha sido muy frustrante para mucha gente, porque son bien pocos los usan la plataforma para mantenerse en contacto con otras personas, y claro yo por mi calidad de dirigente de regulación, he estado llamando de repente con algunas personas, nos reunimos entre cuatro o cinco por videollamadas, y claro, o sea, la gente lo único que quiere es que nos juntemos, y eso en general, porque aquí donde vivimos habían club de adulto mayor, habían como dos y ahora no se juntan y enterarse de que ha muerto uno o ha muerto otro es bien duro (E.7).</i>

Detectar tipo de intervención con personas mayores más adecuada en condiciones de SARS-COV-2.

Categorías	Subcategorías	Extractos de entrevista
Mejoramiento de medidas preventivas a nivel sanitario	Mejorar control y trazabilidad	<p><i>Se jugó mucho con la vida de las personas en esta pandemia. No hubo un control, me hubiese gustado que hubiera una política de mayor trazabilidad, efectiva trazabilidad (E1).</i></p> <p><i>De hacer a tiempo todo lo que debieron haber hecho, pienso yo! de haber puesto antes las medidas, para evitar que las personas terminaran como terminaron, para ponerle un fin. no juntarse tampoco con los que estaban infectados quiero decir yo, para que a uno no le pegaran el virus, es complejo. Porque imagínese usted que hay gente sola, sin nadie que la atiende, por suerte yo tengo mi hija, si yo encuentro que el haber extremado las medidas sanitarias para poder evitar la mortandad de gente (E.6).</i></p>
	Cierre temprano de fronteras	<p><i>Las fronteras se tuvieron que haber cerrado con tiempo, esto no se hizo ya que quienes llegaban desde afuera, haciendo turismo en Europa o Asia no eran los pobres, sino las personas con recursos económicos, si pasaba esto, se tendrían que haber cerrado las fronteras, definitivamente (E.4).</i></p>
Ayuda gubernamental oportuna y expedita a los más necesitados/as	Aportes monetarios a tiempo	<p><i>Bueno, tendría que haber sido el gobierno que desde un inicio se hubiera tenido que haberse apretado el cinturón para enfrentar la pandemia de manera más oportuna.... seguir ayudando, mirar a las personas con más necesidad no más po, a las que más necesitan, a las personas que están, hay personas que están como le dijera yo, inválidas, que no se pueden mover y algunas que no tienen ni sueldo (E2).</i></p> <p><i>Por el principio, cuando comenzó la pandemia, debieron haber llegado las ayudas sociales a tiempo. Bueno, después con las ayudas sociales dispuestas ahora en el gobierno, yo pienso que ahí ya fue un alivio para toda la gente, ya que está llegando en los últimos meses el bono IFE, que es ahora para toda la comunidad, eso ha solucionado mucho los problemas con el tema de la falta de dinero, la cesantía y la pobreza (E.4).</i></p> <p><i>Sí, es muy buena la ayuda, muy buena, si es muy buena, porque las personas se han beneficiado se las ayudas monetarias que les han llegado a las personas más necesitadas (E.3).</i></p> <p><i>Bueno, yo creo que este último periodo esas ayudas han mejorado, porque con todo este asunto del IFE y eso ha sido mucho más directo con la gente, porque obviamente las personas mayores no han sacado su plata de las AFP, no tuvieron esa regalía, ya sea porque están pensionados y si sacaban la plata le bajada pensión, que se yo, entonces las ayudas que llegaron es básicamente el IFE y todo eso (E.7).</i></p> <p><i>Mira en cuanto a las medidas que implementó como los bonos, el IFE, el plan paso a paso ha sido muy bueno, creo que ahora cualquier ayuda para la gente es muy importante, porque ahora una persona jubilada gana ciento cincuenta mil pesos y ahora con la ayuda es super importante (E10).</i></p>

	<p>Mejorar atención hacia personas mayores en acceso a servicios</p>	<p><i>Las personas mayores lo que más necesitamos es atención y las salidas que uno tiene por lo general son como a buscar los medicamentos y a los consultorios, y eso a mí me hubiese gustado que se hubiese facilitado el acceso y se hubiese seguido trabajando en eso y no se hubiese restado la gente que tenía cirugías programadas sólo porque era mayor (E1).</i></p> <p><i>A ver, yo creo que, por ejemplo, que hubiera habido personas que hubieran pasado visitando por ejemplo a todos los adultos mayores. Por ejemplo: aquí en Tijeral y Renaico que son comunas más pequeñas, no podemos compararlo con Santiago, que en Santiago no podrían estar visitando casa por casa a todos, pero por ejemplo: aquí en Tijeral es una villa chica, como un pueblito chico, entonces tiene o que hubiera habido personas que pasaran casa por casa consultando por alguna persona mayor con necesidad, si faltaba algo, si necesitaban algún remedio, si necesitaban comprarle algo, alguna cosa, no sé po', (E.3).</i></p> <p><i>Claro sí, porque hay personas que en realidad no pueden moverse, no tienen cómo moverse, por ejemplo decir: no pueden decir, ya voy a ir a comprar y voy a tomar mi vehículo para ir a comprar, ¿y si son los dos viejitos solo y ya están enfermos?(E2).</i></p> <p><i>Bueno y los médicos tuvieron que haber visitado de manera más cercana y focalizada la atención de las personas mayores (E4).</i></p> <p><i>Aparte de las medidas económicas, yo pienso que hay medidas de orden práctico básicamente en salud. Y yo siempre me pregunto por qué no de alguna manera no sé ha hecho una política social que de alguna manera haga llegar a la casa de las personas de edad estas soluciones de salud, o sea, una visita de un médico de cabecera de cierta cuadra, de una población, porque inevitablemente siempre se sabe cuándo un vecino está enfermo y no puede ir al, no se puede ir al policlínico o al hospital a atenderse porque está todo el asunto del COVID, entonces debería haberse creado una especie de red de médicos de cabecera como se le llaman que tengan cierto sector y pudiese haber ido a ver a la gente a las casas. Yo sé que tal vez eso necesite de más recursos, pero yo creo que eso es fundamental... (E.7).</i></p> <p><i>Ahora lo que me hubiera gustado para las personas mayores es que no les hubiese faltado su alimentación, sus medicamentos que abarque todo tipo de edades, que llegara una camioneta que facilitara estos recursos. A lo mejor, también tener una preocupación más delicada con las personas mayores, realizando un llamada diaria para saber cómo están, que están realizando (E.9).</i></p>
Promover apoyo comunitario		<p><i>... pero claro ahí también no es culpa de la señora que salió a recibir en pijama, es culpa de ustedes que le deberían haber pedido que acudiera a la sede, porque se ve con la otra vecina, comparte con la gente, tú ves si algo ha pasado, te informas si alguien está enfermo o si alguien se murió, si alguien se tuvo que ir de la población, la cantidad de gente que está sin empleo, o sea, tienes vida comunitaria, pero así no po, era aislarte de lo que nos estaba pidiendo el gobierno (E1).</i></p>

<p>Entregar educación ciudadana</p>		<p><i>Así es cómo hemos ido viviendo eso, bueno además nos llegó todo el tiempo de lo que era campaña política de elecciones municipales en donde la gente también a la fundación acude a pedir ayuda en el sentido de que hoy cómo viene la elección a mí me gustaría que nos contara por quien hay que votar, porque aquí, porque allá, en realidad una cosa que es personal, pero una también puede hacer un poco de educación cívica, si tenemos este candidato o esta candidata, qué es lo que nos ofrece o ella nos ofrece, cuál es su programa y en qué nos beneficia a nosotros especialmente como mujeres, o sea, que la gente empiece a reflexionar un poco en cuanto a lo que son nuestros derechos como mujeres, porque no puede uno estarles diciendo mira sabes que vota por el alcalde actual, vota por este otro, entonces ahí habría manipulación (E1).</i></p>
-------------------------------------	--	--