

# Envejecimiento, calidad de vida y salud Desafíos para los roles sociales de las personas mayores<sup>1</sup>

## *Aging, quality of life and health: Challenges for the social roles of the elderly*

Fecha recepción: mayo 2022 / Fecha aceptación: octubre 2022

DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num28.642>

ISSN en línea 0719-7721 / Licencia CC BY 4.0.

RUMBOS TS, año XVII, N° 28, 2022. pp. 7-27

**rumbos TS**

### Marcelo Piña Morán

Trabajador Social, académico del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Maule. Doctor en Estudios Americanos, mención Pensamiento y Cultura de la Universidad de Santiago de Chile.

 [mpina@ucm.cl](mailto:mpina@ucm.cl)  <https://orcid.org/0000-0002-9976-4347>

### María Gladys Olivo Viana

Trabajadora Social, académica del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Maule. Doctora en Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada, España.

 [magolivo@hotmail.com](mailto:magolivo@hotmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-9770-2310>

### Carlos Martínez Matamala

Sociólogo, investigador de la Universidad Católica del Maule. Candidato a Doctor en Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona, España.

 [cmartinez@ucm.cl](mailto:cmartinez@ucm.cl)  <https://orcid.org/0000-0001-7726-2023>

### Margarita Poblete Troncoso

Enfermera, académica del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica del Maule. Doctora en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

 [mpoblete@ucm.cl](mailto:mpoblete@ucm.cl)  <https://orcid.org/0000-0003-4068-1253>

### Verónica Guerra Guerrero

Enfermera, académica del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica del Maule. Doctora en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

 [vguerra@ucm.cl](mailto:vguerra@ucm.cl)  <https://orcid.org/0000-0003-4517-6678>

---

<sup>1</sup> Este artículo forma parte del Proyecto N°MEC80190059 del año 2019, denominado “Promoción y fortalecimiento en investigación de pregrado y posgrado en la Región del Maule, para los temas de envejecimiento y cultura: potenciando equipos interdisciplinarios y conocimientos en redes a nivel nacional e internacional”, ejecutado en la Universidad Católica del Maule y financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

## Resumen

Este artículo presenta un análisis de los roles sociales de las personas mayores a través de la articulación de las dimensiones de cultura, salud y calidad de vida. Contempla dos momentos de trabajo. En primer lugar, discute la calidad de vida y salud en Chile, enfatizando que el 70% de las personas mayores está en condiciones de desarrollar tareas sociales y culturales en la comunidad. En segundo lugar, se analizan los enfoques teóricos de la gerontología social, proponiendo una gerontología rupturista que permita problematizar instancias de investigación e intervención gerontológica.

## Palabras clave

Roles sociales; gerontología rupturista; calidad de vida; personas mayores; cultura

## Abstract

This article includes an analysis of the social roles of the elderly through the articulation of the dimensions of culture, health, and quality of life. Contemplate two moments of work. First, it discusses the quality of life and health in Chile, emphasizing that 70% of older people are able to carry out social and cultural tasks in the community. Second, the theoretical approaches of social gerontology are analyzed, proposing a disruptive gerontology that allows problematizing instances of gerontological research and intervention.

## Keywords

Social roles; disruptive gerontology; quality of life; older people; culture

## Introducción

La gerontología estudia, interviene y analiza los procesos de envejecimientos y vejez en una visión inter-transdisciplinaria que, entre otras dimensiones, incluye la biológica, psicológica, social, política, histórica, cultural y económica. Cuando se profundiza en la gerontología social, el énfasis está situado en la reflexión socioantropológica (Piña y García, 2016). Con este enfoque de trabajo se realizó una investigación que se centró en determinar los factores socioculturales que construyen la percepción social de los roles sociales de las personas mayores en Chile, en el período 2002-2012. Se estudiaron artículos de prensa en los diarios El Mercurio y La Cuarta. La opinión especializada incluyó el Programa del Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Observatorio Social de Envejecimiento y Vejez de la Universidad de Chile, y la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile. Se utilizó una metodología comprensiva y un diseño bibliográfico con cuatro fases.

Los diez factores socioculturales identificados son los siguientes: 1) Salud y calidad de vida; 2) Estudios y datos; 3) Imágenes sociales del envejecimiento; 4) Conceptos gerontológicos y participación sociopolítica; 5) Políticas, planes y principios gerontológicos; 6) Envejecimiento, producción y género; 7) Institucionalización; 8) Aumento demográfico; 9) Formación gerontológica; y 10) Exclusión y vejez (Piña y García, 2016). El primer factor sociocultural identificado es salud y calidad de vida, siendo considerada relevante de profundizar en este trabajo la relación existente entre estas dimensiones y los roles sociales de las personas mayores. En este sentido, a continuación, se hará referencia a envejecimiento,

cultura, calidad de vida y roles sociales, para posteriormente realizar una revisión teórica de los enfoques de la gerontología social.

## Envejecimiento, cultura y calidad de vida

El envejecimiento es un proceso multidimensional y su significado es influido por determinantes ligados al contexto sociocultural, histórico, económico y político, siendo los roles sociales de las personas mayores asociados a vivencias de discriminación en las que no se valora su aporte a la sociedad. A su vez, la calidad de vida se define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes” (Organización Mundial de la Salud, 1993, p.12). En la actualidad se considera como un constructo multidimensional, al igual que el envejecimiento, que ha sido ampliamente estudiado y cada vez más evaluado desde una dimensión de la salud, siendo empleado como un indicador del nivel de vida de las personas, y específicamente, del nivel de salud, denominada Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Rodríguez et al., 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud, el concepto de CVRS incluye áreas básicas de la vida, tales como aspectos físicos, funcionales, mentales, sociales y emocionales, reflejando principalmente el estado de salud de las personas y su desarrollo en el tiempo (Dijkstra et al., 2015; Zhang et al., 2016; De Lira et al., 2020; Grolli et al., 2021). Desde esta perspectiva, se considera que para una adecuada *calidad de vida* es fundamental contar con buena salud, pues existen enfermedades crónicas en las que los adultos mayores experimentan una declinación funcional y pérdida de independencia, afectando el funcionamiento diario, el grado de independencia de las personas y la pérdida progresiva de las funciones físicas y mentales (Dijkstra et al., 2015; Agudelo et al., 2020). El concepto de *calidad de vida* considera el impacto que generan las enfermedades y tratamientos en el bienestar y satisfacción de las personas, posicionándose desde cuatro dimensiones principales: la física, la psicológica, la ambiental y la social (Zhang et al., 2016; Ingrand et al., 2018). Con respecto a esto último, la *calidad de vida*, desde la dimensión social, requiere considerar la cultura en la cual está inmerso el ser humano, tal como lo plantea la definición de la Organización Mundial de la Salud, ya que la calidad de vida se considera una construcción histórica y cultural de valores, que se afecta por condiciones como el tiempo, espacio e imaginarios que varían de sociedad en sociedad (Cardona y Agudelo, 2005; Tobiasz et al., 2017).

Respecto al envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud también refiere que, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2021). Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Afirma que son importantes los entornos físicos y sociales de las personas, así como mantener hábitos saludables (Organización Mundial de la Salud, 2021). El mantener estos hábitos a lo largo de la vida, que contemple una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica

y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.

Sobre cómo se proyecta el envejecimiento de la población, se puede señalar que muchos países europeos y de otras partes del mundo están enfrentándolo, en los aspectos económicos, sociales y médicos, en términos de los servicios ofrecidos a la comunidad (Dijkstra et al., 2015). En el continente europeo el número de personas con 65 años y más, debiera incrementarse desde un 17,4% a un 25,6% hasta el 2030, e incluso sobre el 30% de la población en el 2060 (Ingrand et al., 2018). Asimismo, se describe que en Asia-Pacífico ha ocurrido un rápido envejecimiento, encontrándose que, en el 2016, aproximadamente el 12,4% de la población tenía 60 años o más, con la proyección de que ese porcentaje se incremente a más del 25% en el 2050 (Kim, 2018).

Respecto a América Latina y el Caribe, se describe que la población está envejeciendo aceleradamente, y se estima que llegará a un 25% en un periodo de 35 años, la mitad del tiempo que demoró Europa (ONU, 2017). Acerca de esto, existe preocupación sobre cómo se preparan los países, considerando que ya hay un 11% de adultos mayores dependientes de cuidados (Vera, 2015). En cuanto a las condiciones de salud, alrededor de un 25% de la población mayor de 60 años sufre alguna enfermedad cardiovascular, también existe un aumento de las enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión (Organización Panamericana de la Salud, 2022). A su vez, el envejecimiento ha traído un aumento de las enfermedades neurodegenerativas, demencia y alzheimer en mayores de 80 años, por lo tanto, se estima que será una de las regiones con las mayores tasas de demencia alrededor del 2020 (O'Brien y Thomas, 2015).

En base a lo anterior, es posible señalar que el envejecimiento de la población es un aspecto central para las organizaciones de salud y para la salud pública, en cuanto a su CVRS (Ingrand et al., 2018). Referente a esto, se describe que la *calidad de vida* es un fuerte indicador de éxito del envejecimiento, en donde no solo se considera el estado de salud clínico de las personas mayores, sino que también, los recursos psicológicos, sociales y culturales, estando la *calidad de vida* del adulto mayor en una estrecha relación con el valor sociocultural que se le otorga a la vejez, determinado por la construcción social del envejecimiento que se realiza en cada cultura (Ingrand et al., 2018).

Pese a la centralidad de estos elementos, diversos estudios realizados especialmente en América Latina, y en Chile en particular, dan cuenta de que, independiente de los esfuerzos establecidos para no caer en las lógicas de definición de roles y estereotipos por parte de las políticas de salud y las disposiciones culturales, se mantiene persistente el elemento del *edadismo* al hablar sobre las personas mayores. El concepto del *edadismo* (Bozanic, 2019) tiene su origen en la palabra *ageism* traducida del inglés y acuñada por el psiquiatra y gerontólogo Robert Butler, se trata de un concepto que explica las discriminaciones hacia la idea de envejecer y todo lo que se le puede asociar a esta etapa de la vida y hacia las personas mayores (Bravo, 2018; Bravo y Villar, 2020; Hernández et al., 2022). La propuesta del especialista fue precisamente en la línea de la búsqueda de un

envejecimiento en mejores condiciones, enfocando su trabajo en la investigación a través de la gestión del National Institute on Aging, para la defensa y mejora de la salud y bienestar de los mayores en Estados Unidos, en los años setenta (Hernández et al., 2022). Sin embargo, a pesar de estas buenas intenciones, el “edadismo” se utiliza como un elemento superestructural que afecta la vida de las personas mayores y también la definición de las políticas públicas.

En este sentido, es relevante destacar los planteamientos de Iacub y Sabatini (2013) que indican que “la palabra viejismo es una traducción que realizó Salvarezza del concepto de ageism, a la que también se la traduce como *edaísmo* (Iacub y Sabatini, 2013, p.41), la que puede considerarse más apropiada a nuestra lengua en cuanto a la noción de viejismo, por representar más claramente lo que el término denota (Iacub y Sabatini, 2013). Si se analiza la categoría de roles sociales en el contexto del viejismo, se asocia a que las personas mayores pierden sus roles a medida que van envejeciendo y que además de esto, se vuelven improductivas, pues no realizan actividades económicas asociadas a la producción de bienes y servicios. Para poder pensar los roles sociales como un indicador de éxito en la calidad de vida y el envejecimiento, es importante valorar la producción de las personas mayores asociada a su experiencia, sabiduría y aporte a la sociedad. Por eso hay un vínculo fundamental entre cultura y envejecimiento, ya que su significado es influido por la connotación que cada cultura le asigna (Piña, 2015; Iacub y Arias, 2017). Hay determinantes socioculturales que son fundamentales para analizar la calidad de vida de la población mayor y que están influidas por la percepción social que se tiene respecto de este grupo etario. Se pueden incluir sentidos antropológicos y sociológicos de la cultura, destacando su “sistema significante”, vinculado a diversas formas de la actividad social, y también a “prácticas significantes”, asociadas, por ejemplo, al arte, lenguaje, periodismo, publicidad y moda (Piña y García, 2016). Cuando se relaciona cultura y envejecimiento se destaca que cada sociedad va construyendo su percepción sociocultural del envejecimiento y la vejez (Piña et al., 2018). Desde esta visión, se asume que más allá de un proceso biológico, el envejecimiento también conlleva una lectura social situada en contextos de relaciones de asimetría y poder, que influyen en el espacio social asignado a las personas mayores y a los roles sociales que deben desempeñar (Piña et al., 2018).

Es por esta razón que este artículo enfatiza la relevancia que tiene el envejecimiento como un proceso heterogéneo (Gómez y Mazzucchelli, 2022) que incide en la calidad de vida y en los roles sociales de las personas mayores, indicando que estos disminuyen a medida que las personas envejecen y que además no son un aporte a la sociedad (Iacub y Arias, 2017); o bien, con enfoques que valoran su participación social y experiencia, enfatizando que son una construcción social ligada al contexto histórico, económico, político y sociocultural, buscando instalar estrategias y políticas públicas que faciliten su integración social (Yuni, 2015; Piña et al., 2018).

## Calidad de vida y roles sociales

La *calidad de vida* ha sido ampliamente estudiada como parte de los intereses interdisciplinarios de la gerontología social y la salud. Desde esta perspectiva, se ha establecido la relevancia de disponer de dispositivos de intervención como parte de la política pública, las cuales no solo se vinculan a elementos físicos y de la salud corporal, sino que también implican disposiciones ligadas a la salud mental y las ventajas definidas a partir de la participación de los adultos mayores en organizaciones sociales (Mesa et al., 2020; Núñez et al., 2020; Villarreal et al., 2021). A pesar de la relevancia asignada a la participación y los roles sociales por parte de las personas mayores, en estudios actuales, se destaca la realización de actividad física por parte de este grupo etario, en la medida que se ha podido demostrar que el sedentarismo es un elemento muy dañino para la salud y desde una perspectiva cultural (Aguilar et al., 2020; Aldas et al., 2021; Barrera, 2021).

De acuerdo con lo señalado anteriormente, la cultura es fundamental para la vida humana y es considerada un factor determinante de la CVRS, puesto que esta depende del contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales las personas viven, y está vinculado a sus expectativas, siendo fundamental en la construcción de los roles sociales (Zhang et al., 2016; Ralston, 2018). En este sentido, cabe hacer notar que el tema de los roles sociales es fundamental en las instancias internacionales de discusión respecto de temas de envejecimiento y vejez, ya que ha sido parte de las reflexiones de las dos asambleas mundiales de envejecimiento realizadas en Viena en 1982 y en Madrid en el año 2002. También se ha destacado en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, sobre el Envejecimiento y recientemente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, cuando se refiere al derecho a la participación e integración comunitaria (Piña y García, 2016).

En América Latina y el Caribe, han aparecido denominaciones como *vaciado de roles*, *inexistencia de roles sociales* y *heterogeneidad de roles sociales* que se encuentran en permanente construcción sociocultural, siendo esta visión, la que considera a la cultura como una categoría central en su definición (Piña y García, 2016). Es por esto que la cultura se considera como un componente macro de la CVRS y como uno de los principales determinantes contextuales de esta (Simó, 2016). La cultura es un concepto complejo que se puede comprender desde dos perspectivas: la primera de ellas plantea a la cultura como una actividad del espíritu libre, en la que se desarrolla la creatividad, la invención, la autocrítica y la autotranscendencia (Simó, 2016). La segunda comprensión, se basa en que la cultura es un instrumento de continuidad al servicio del orden social. La cultura, por lo tanto, es un constructo dinámico, constantemente desarrollado a nivel individual y grupal, debido a que las personas son expuestas a diferentes escenarios de creencias y valores (Ayoub et al., 2013).

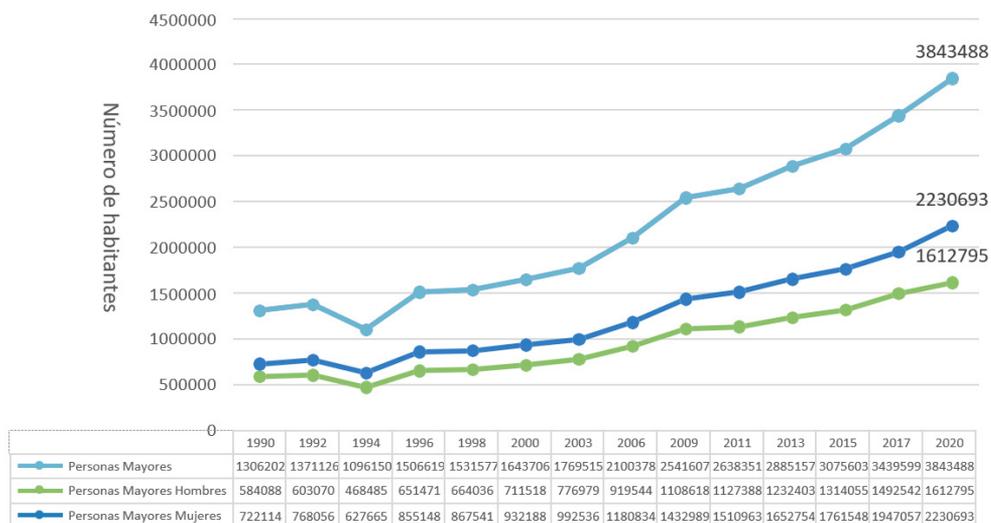
Según lo anterior, el modo de comprender la vida humana varía culturalmente, ocurriendo lo mismo en la forma en que se concibe la calidad de vida. Algunos autores plantean que pueden existir diferencias en la experiencia y conceptualización de la CVRS que presentan diferentes grupos socioculturales

(Cnossen et al., 2017). Estas diferencias estarían dadas porque cada ser humano interpreta su estado anímico desde la particularidad que conllevan sus propios símbolos, representaciones y creencias, los cuales son contextualizados y ajustados a un tiempo determinado. Cada ser humano tiene, por lo tanto, una percepción de calidad de vida que responde al significado cultural individual (Ayoub et al., 2013). Es por esto que la cultura se considera como un componente macro de la CVRS y como uno de los principales determinantes contextuales de ésta, siendo fundamental en la construcción sociocultural de los roles sociales de las personas mayores (Zhang et al., 2016).

### **Crecimiento de la población de las personas mayores en Chile, su percepción sobre la calidad de vida y su salud**

El crecimiento de la población de personas mayores también se aplica a la situación de Chile. Según las mediciones de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y la CASEN en Pandemia de 2020, a nivel nacional se observa que desde el año 1990 al 2020 casi se ha triplicado la población de personas mayores (aumentando exactamente un 294,24%), pasando de 1.306.202 a 3.843.488 personas que igualan o superan los 60 años; teniendo una baja demográfica para este tramo etario solo en la medición de 1994, con un descenso a 1.096.150 personas mayores (Figura 1) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021, 2022). La situación puntual del envejecimiento poblacional tiene una explicación demográfica, basada en que la tasa de nacimientos ha disminuido, y que, por otra parte la esperanza de vida cada vez aumenta más, debido principalmente a los avances tecnológicos en la medicina. Otro elemento que destacar se basa en que la población de personas mayores en Chile tiene una tendencia a la feminización del grupo etario, cuestión que se ha sostenido desde la medición de la CASEN 1990, y que se comienza a hacer más notoria para las proyecciones del año 2009, alcanzando su punto más alto en la medición de la CASEN en Pandemia de 2020, donde la proporción de mujeres y hombres alcanza un 52% y 48% respectivamente, para el grupo etario de 60 o más años (Figura 1) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021, 2022). Este elemento será de mucha importancia en cuanto a las mediciones de *calidad de vida y salud* para el grupo etario, ya que se verán diferencias debido a la perspectiva de roles sociales.

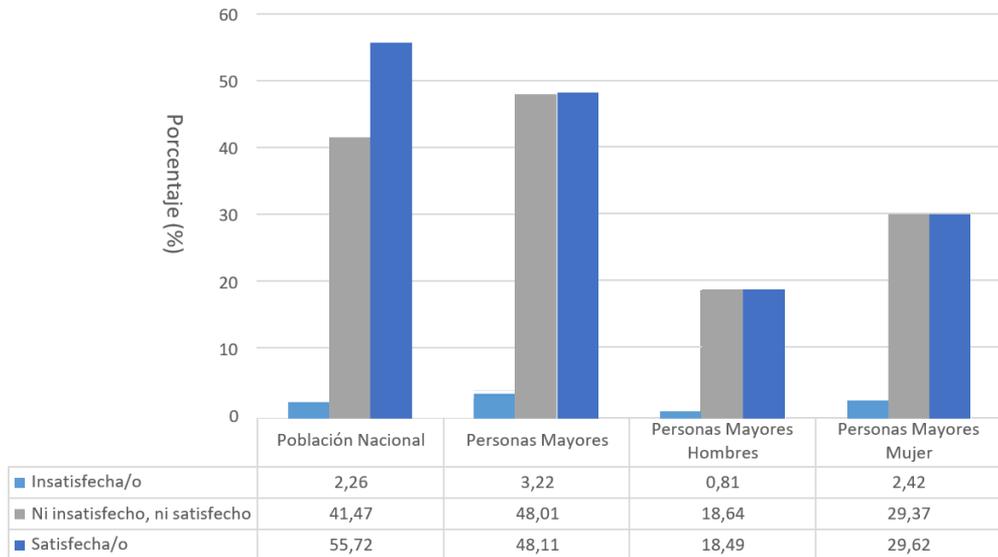
Figura 1.  
Crecimiento de la población de Personas Mayores en Chile (1990-2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de CASEN 1990, 1992, 1994, 1996, 2000, 2006, 2009, 2011, 2013, 2015 Y 2017; además de la CASEN en Pandemia 2020.

De acuerdo con datos de la última medición de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016, la cual es realizada por el Ministerio de Salud, ante la pregunta sobre la satisfacción con la vida, se establece que la población de personas mayores tiene una leve tendencia de un punto porcentual hacia arriba en cuanto a la insatisfacción con la vida presentada por la población total a nivel nacional, con un 3,22% y 2,26% respectivamente (Figura 2) (Ministerio de Salud, 2022). Sin embargo, al comparar las cifras, de la población nacional (sin diferenciación por tramos etarios) da cuenta que un 55,72% de los encuestados está satisfecho con su vida, y en el caso de la población de personas mayores, la satisfacción con la vida disminuye a un 48,11%, por lo tanto, la percepción sobre la satisfacción con la vida es un 7,61% menor en el caso de las personas mayores (Figura 2) (Ministerio de Salud, 2022). Ahora, si se realiza una comparación minuciosa en cuanto a la misma pregunta para las personas mayores, pero ahora diferenciadas por el sexo, en el caso de los hombres la insatisfacción con su vida es de apenas un 0,81%, aumentando en el caso de las mujeres a un 2,42%; cifra que incluso supera a la medición en conjunto de la población nacional en todos los tramos etarios. A pesar de ello, en la satisfacción con la vida la situación se invierte, ya que en el caso de las mujeres mayores alcanzan un 29,62%, cifra bastante más baja que la medición de la población nacional (55,72%), pero que supera por casi diez puntos a la medición de satisfacción por parte de las personas mayores de sexo masculino (18,49%) (Figura 2) (Ministerio de Salud, 2022).

Figura 2.  
Percepción de la satisfacción con la vida para Población Nacional y Personas Mayores

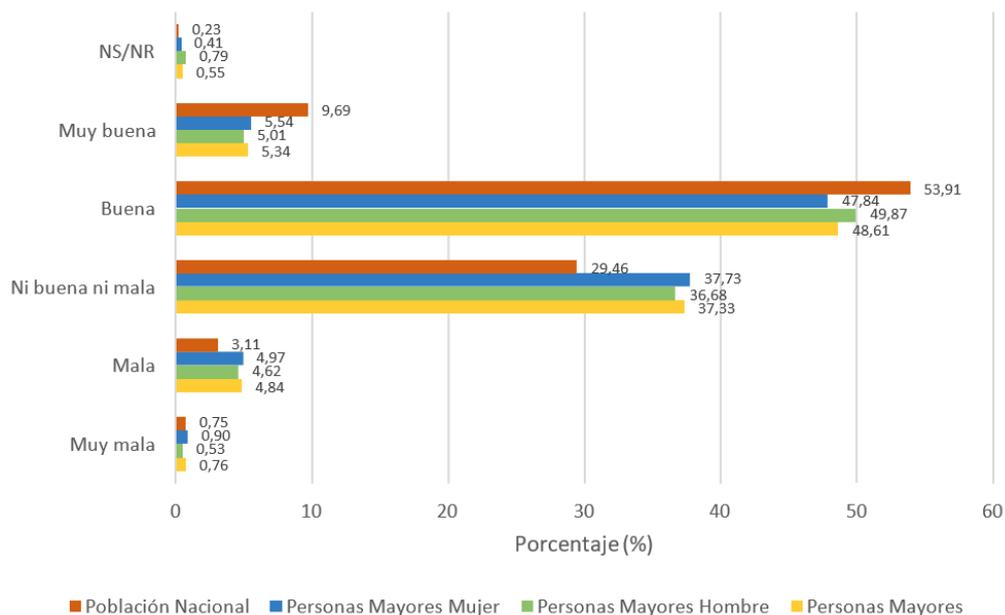


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ENCAVI 2015-2016.

La figura reagrupa las valoraciones 1-3 como insatisfecha/o, 4-7 como ni insatisfecho/o ni satisfecho/o y 8-10 como satisfecha/o.

Otra medición interesante se refiere al caso de la calificación de la *calidad de vida* por parte de las personas mayores en Chile y su comparación con la totalidad de la población nacional, cuestión que pudo ser trabajada en base a los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016. Desde aquí se puede extraer que la tendencia general en la población establece que la percepción sobre su *calidad de vida* es “buena” (53,91%), “ni buena, ni mala” (29,6%), “muy buena” (9,69%), y “mala” (3,11%) (Figura 3) (Ministerio de Salud, 2022). Estas tendencias se mantienen en la población de personas mayores, en donde su percepción tiende a establecerse en orden decreciente de la siguiente manera: “buena” (48,1%), “ni buena, ni mala” (37,3%), “muy buena” (5,34%), “mala” (4,84%), y “muy mala” (0,76%) (Figura 3). Estas consideraciones se mantienen bastante similares si se comparan las percepciones de las personas mayores por sexo, existiendo en este tramo etario una leve tendencia de las mujeres a superar a los hombres en su percepción negativa: “ni buena, ni mala” (37,73%), “mala” (4,97%) y “muy mala” (0,90%) (Figura 3). Tal como se indica en la Figura 2, en el caso de los varones, establecen su *calidad de vida* como “buena” (49,87%) y “ni buena, ni mala” (36,68%), lo cual se puede deber a su vida tras la etapa de jubilación (Ministerio de Salud, 2022).

Figura 3.  
Calificación de la calidad de vida para la Población Nacional y Personas Mayores



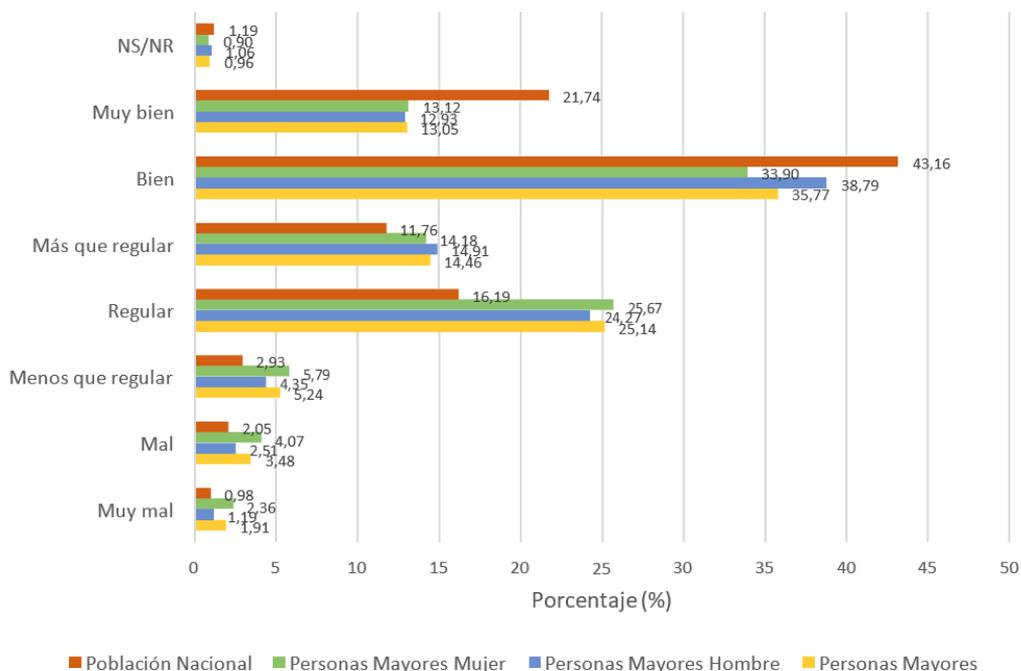
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ENCAVI 2015-2016.

Los elementos anteriormente revisados se pueden complementar con la percepción asimilada sobre la salud que posee la población, comparando de esta manera a la población nacional con la población de personas mayores, diferenciadas a la vez por sexo; lo cual se pudo contrastar con los datos entregados por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016. En cuanto a la población nacional, sin diferenciación de grupos etarios, se puede exponer que la calificación que dan a su salud tiene una tendencia a considerarla como “bien” con un 43,16%, “muy bien” con un 21,74%, “regular” con un 16,19%, y “más que regular” con un 11,76% (Figura 4) (Ministerio de Salud, 2022). Ahora, si se compara la percepción que poseen las personas mayores, estas tienen una tendencia muy similar a la población nacional sin diferenciación etaria, donde evalúan como “bien” con un 35,77%, “muy bien” con un 13,05%, “regular” con un 25,14%, y “más que regular” con un 14,46%; sin embargo, se debe agregar que en este tramo etario aumenta una percepción negativa sobre su salud, en que se evalúa como “menos que regular” con un 5,24%, “mal” con un 3,48%, y “muy mal” con 1,91% de los encuestados (Figura 4) (Ministerio de Salud, 2022). Aquella percepción negativa sobre su propia salud se hace más significativa aun cuando se diferencia a las personas mayores según su sexo, ya que las mujeres muestran una consideración más negativa. Así, superan en todas las calificaciones negativas a los hombres, evaluando como “muy mal” con un 2,36% (la calificación más alta de todos los grupos demográficos), “mal” con 4,07%, “menos que regular” con 5,79%, y “regular” con “25,67” (Figura 4); cuestión que se podría explicar en base a los roles asimilados por las mujeres en esta etapa llamada de envejecimiento. Por su parte, los varones comprendidos en este tramo etario tienen una autopercepción de su salud mucho más positiva, evaluando como “bien”

con un 38,79%, “más que regular” con 14,91%, y “muy bien” con 12,93%, superando a las mujeres en casi todos los ítems (Figura 4) (Ministerio de Salud, 2022).

Figura 4.

*Evaluación sobre la salud para la Población Nacional y Personas Mayores*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ENCAVI 2015-2016.

A pesar de lo que se pueda entender de la Figura 4, la verdad es que aquellos datos ligados a las percepciones sobre la salud tienen directa concordancia con los datos de problemas de salud, enfermedad y accidentes extraídos de las Encuestas CASEN para el periodo 1990-2020. Por medio de la homologación de preguntas bajo el precepto de problemas de salud, su existencia o no en los encuestados, se puede establecer una comparación directa entre la población general del país y la población de personas mayores. Así, en cada una de las mediciones de la Encuesta CASEN se puede observar (Figura 5) que la muestra de personas mayores ( $\leq 60$  años) presentan un mayor porcentaje de su población con problemas de salud, con excepción del caso atípico de 1994, donde la población nacional alcanza un 21,5% con problemas de salud declarados, y en el caso de las personas mayores corresponde 15,83% con problemas de salud (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). En todas las demás mediciones, efectivamente, los adultos mayores presentan una mayor cantidad de personas con problemas de salud, destacando algunos periodos en que incluso superan el 30% de los encuestados en ese tramo etario: 1990 (34,20%), 1992 (35,42%), 1998 (34,81%), y 2015 (33,61%) (Figura 5) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). Aquellos datos distan bastante de la media nacional, ya que como población jamás se supera el 25% de los encuestados con problemas de salud y una tendencia general entre el 11% y el 20% (Figura 5)

(Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). Ahora, siempre es bueno observar los datos a la inversa, ya que, si bien para la población de personas mayores existe un mayor número de ciudadanos con problemas de salud, la verdad es que en la mayoría de las mediciones, más del 70% de ellas y ellos se encuentran en perfectas condiciones para realizar aportes a la comunidad por medio de roles desde lo social y lo cultural.

Figura 5.  
*Problemas de salud según Población Nacional y Personas Mayores (1990-2020)*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de CASEN 1990, 1992, 1994, 1996, 2000, 2006, 2009, 2011, 2013, 2015 Y 2017; además de la CASEN en Pandemia 2020.

## Marcos teóricos generados desde la gerontología social

Si la reflexión anterior indica que sobre el 70% de las personas mayores está en condiciones de desarrollar tareas sociales y culturales a la comunidad, en este apartado se reflexiona en torno a los enfoques teóricos de la gerontología social que se constituyen en matrices de análisis para potenciar temas asociados al envejecimiento, cultura y roles sociales.

Autores como Bengston et al., (1997) establecen una clasificación de las principales perspectivas teóricas en base a las definiciones estipuladas en tres generaciones: Primera Generación (1949-1969), Segunda Generación (1970-1985) y Tercera Generación (1986-a la actualidad) (Bengston et al., 1997; Marín y Orejuela, 2020). Estas se desarrollan a nivel teórico-práctico en torno a las dimensiones microsocial, microsocial/macrosocial y macrosocial, disponiendo de una centralidad de las perspectivas teóricas a partir de la clásica tensión sociológica entre agencia y estructura que poseen los individuos en cuanto a la sociedad (Bengston et al., 1997; Marín y Orejuela, 2020).

Desarrollada principalmente en la segunda mitad del siglo XX, la primera generación de teorías sociales del envejecimiento se suele asimilar con el periodo histórico que va entre 1949 y 1969. Así, la llamada *Teoría de la desvinculación* se

desarrolla en la década de 1960, teniendo como sus principales precursores a Elaine Cumming y William Henry (1961), los que desarrollan la idea de la reducción gradual de la participación de las personas mayores, lo cual se debía establecer hasta el retiro total de la sociedad (Cumming y Henry, 1961). También, como parte de la primera generación, en la década de 1970 se desarrolla la teoría de la modernización, en la que se puede destacar el trabajo de Donald Cowgill y Lowell Holmes (1972), los cuales realizan su propuesta en base al grado o nivel de modernización de las sociedades a partir del papel o rol asignado a las personas mayores, dando cuenta de que en las sociedades más avanzadas establecen que la tendencia social es hacia la desvalorización del adulto mayor (Cowgill y Holmes, 1972). En esta primera generación se desarrolla también la teoría del envejecimiento como subcultura, en la que destaca el trabajo de Rose y Peterson (1968), quienes establecen que las expectativas y las normas de comportamiento se definen por medio de interacciones sociales, desarrollando la idea de que el establecimiento de políticas públicas segregacionistas y de agrupamiento por edades, dan cuenta de la conformación de una subcultura de las personas mayores (Rose y Peterson, 1968).

La segunda generación de teorías sociológicas del envejecimiento se desarrolla entre 1970 y 1985. Aquí se establece la llamada *teoría de la continuidad*, en la cual se destaca el trabajo de Robert Atchley (1971), quien postula que las personas mayores intentan mantener sus conocimientos y prácticas adquiridas, lo cual propende a una estrategia para enfrentar su propio proceso de envejecimiento biológico y social (Atchley, 1971). Por su parte, la teoría de la rotulación social es desarrollada por Kuypers y Bengston (1973), según la cual la reducción de competencias sociales de las personas mayores no se debe a procesos propios de la vejez, sino que más bien se explican por la rotulación negativa asimilada por los cercanos ante los problemas de salud (Kuypers y Bengston, 1973). Emparentada con la teoría de la elección racional en la economía, la *teoría del intercambio social* es desarrollada como parte del trabajo de Gubrium Jaber (1973), la que postula que las relaciones sociales son producto del ejercicio del cálculo costo-beneficio, en que las relaciones que no generan provecho se tienden a interrumpir y donde las personas mayores van en desventaja con otras generaciones, por su nivel económico, de salud y social (Gubrium, 1973; Bengston y Dowd, 1981; Catunda 2008; Marín y Orejuela, 2020). Como parte de esta segunda generación solo queda desarrollar la *teoría de la estratificación por edad*, la que es desarrollada en el trabajo de Riley et al. (1972), en la ella se establece una dimensión analítica para lograr entender las posibles interacciones entre las personas mayores y las estructuras sociales, los grupos e instituciones y los desequilibrios a nivel de sociedad entre las personas y sus funciones, donde la edad sirve para medir la distribución del poder (Riley et al., 1972; Riley 1987; Bengston et al., 1997; Marín y Orejuela, 2020).

En la década de 1980 se comienzan a desarrollar las llamadas teorías de la tercera generación de la sociología del envejecimiento, las cuales aportan desde una visión crítica de las dos generaciones anteriormente presentadas. La primera de ellas es definida como la *teoría del construccionismo social*, la cual es desarrollada por autores como Gubrium y Holstein (1999); en ella se intenta dar cuenta de la diversidad de las realidades sociales en las cuales se sitúa el envejecimiento, los procesos individuales y sobre todo en los roles configurados en la construcción

social de la edad (Gubrium y Holstein, 1999; Kehl y Fernández, 2001). Las *teorías feministas del envejecimiento* establecen una integración de las variables de edad y género para intentar entender la influencia de las normas impuestas a la trama etaria a la significación social atribuida al envejecimiento según el género, lo cual apunta a las funciones, asignación de roles de género y la propia identidad (Ginn y Arber, 1996). Como parte de esta tercera generación se desarrolla también la *teoría de la economía política del envejecimiento*, en la cual se busca estudiar el fenómeno de la asignación de recursos políticos, económicos y sociales en las relaciones propias del poder estructural, generaciones de experiencia y la autonomía que se puede alcanzar o no en la vejez (Sánchez, 2000; Marín y Orejuela, 2020). Finalmente, está la *gerontología crítica*, la que propone cuatro elementos centrales: “1) Teorizar las dimensiones subjetivas e interpretativas del envejecimiento; 2) Enfocarse en cambios prácticos, como las políticas públicas, más que en el avance técnico; 3) Vincular a académicos y practicantes a través de la praxis, y 4) Producir conocimiento emancipatorio” (Moody, 1992, en Marín y Orejuela, 2020, p.100).

Dispuestos los elementos teóricos generales para la gerontología social, ahora se propone el enfoque de la *Gerontología Rupturista*, en la que se “conecta la perspectiva de la gerontología con la ruptura epistemológica, entendida como un proceso que conlleva el tránsito de una visión conservadora de la vejez a una crítica, que propone una ruptura con el enfoque tradicional de la gerontología” (Piña y Gómez, 2019, p.26). La categoría de *ruptura epistemológica* tomada del pensador francés Gastón Bachelard y vinculada a la gerontología por Marcelo Piña desde el 2015 (Piña, 2015; Piña y Gómez, 2019; Piña, 2021). Se trata de un enfoque que busca problematizar temáticas de envejecimientos y vejezes, reconociendo la importancia de identificar en ese proceso dos tipos de lógicas aplicadas a la investigación e intervención social, definidas por la *lógica del error* y la *lógica del descubrimiento* (Piña, 2021). Sobre la primera, la *lógica del error*, se busca identificar las dificultades que impiden acceder a un nuevo tipo de conocimiento, problematizando en base a la abstracción y lo concreto, a través de (por ejemplo) la revisión y análisis de teorías, conceptos y políticas públicas. (Piña, 2015; Piña y Gómez, 2019; Piña, 2021). Para efectos de este trabajo se comentará el *error del conocimiento general*, que se refiere a tener instaladas concepciones epistemológicas y teóricas como dogmas que no se cuestionan o al menos se discutan en sus procesos de trabajo gerontológico. El *conocimiento general* es un error cuando las concepciones epistemológicas y teóricas que sustentan una acción gerontológica no son revisadas, actualizadas o cuestionadas como un ejercicio permanente de problematización gerontológica (Piña, 2015; Piña y Gómez, 2019; Piña, 2021). Un ejemplo de aquello es el percibir a los roles sociales de las personas mayores como el enfoque *Estructural-Funcionalista* del rol sin rol, vaciado de roles o inexistencia de los roles sociales, en donde se parte de la premisa de que la sociedad debe definir las tareas a desarrollar (Piña, 2015; Piña y Gómez, 2019; Piña, 2021).

Una vez identificado el *error del rol sin rol* como la estructura epistemológica y teórica que está como base de las acciones gerontológicas, es posible proponer una segunda perspectiva a considerar, la cual se denomina la *lógica del descubrimiento*, en la que se instala la propuesta basada en una vigilancia epistemológica que permita ir de la representación a la abstracción, rectificando los errores y

buscando coherencia, al menos, entre las dimensiones epistemológicas, teóricas y metodológicas (Gracia, 2000; Piña, 2015). Lo anterior debe permitir una vigilancia epistemológica que busque la rectificación del error y, por otra parte, apunte a la lógica del descubrimiento, estableciendo tres grados de análisis en permanente diálogo y coherencia (Piña, 2015). El primer grado, es la visión epistemológica centrada en la gerontología crítica, en la cual se analizan los roles sociales como una construcción social heterogénea y diversa en las personas mayores, y que su reflexión se sitúa en categorías históricas, sociales, económicas, culturales y políticas (Piña, 2015; Piña y Gómez, 2019). Articulado con lo anterior, un segundo grado, propone problematizar investigaciones e intervenciones con, junto y para las personas mayores, partiendo de la premisa que los diseños de investigación o planes de acción en la intervención gerontológica reconocen la importancia de incluir sus heterogéneas visiones en sus procesos de reflexión, para que en el tercer grado, las metodologías de investigación e intervención gerontológica incluyan momentos de trabajo que partan de la premisa que las personas mayores son sujetos de derechos que se incluyen desde el inicio de un plan, programa o proyecto gerontológico (Piña, 2015).

Como se ha mencionado en este ejemplo, la *gerontología rupturista* entiende el error y el descubrimiento como instancias interdependientes que buscan aportar al pensamiento y acción gerontológica, enfocando acciones que permitan mejorar la *calidad de vida* de las personas mayores, ubicándolas como el eje central de las acciones gerontológicas, y que en este trabajo han articulado las dimensiones de envejecimiento, cultura, calidad de vida y roles sociales.

## Reflexiones finales

El presente artículo intentó abordar la problemática suscitada en torno a las definiciones de los roles sociales para las personas mayores en Chile, enfatizando la importancia de las nociones de envejecimiento, calidad de vida y cultura. Se estableció la relevancia de reconocer el contexto demográfico para el tramo etario considerado para las personas mayores en Chile, es decir, de 60 años o más, y se revisaron algunas estadísticas, estableciendo empíricamente el crecimiento poblacional para este tramo desde 1990 a 2020, gracias a los datos dispuestos por las series construidas por las encuestas CASEN y CASEN en Pandemia (2020) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Los datos observados en estas encuestas tienen directa concordancia con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, definiendo que desde 1990 a la fecha, la población de personas mayores en Chile ha aumentado un 294,24% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021, 2022). Este crecimiento demográfico de relevancia ha dispuesto el problema de la configuración de los roles sociales asignados a las personas mayores en Chile, estableciendo que es un tema complejo, donde han aparecido denominaciones como *vaciado de roles*, *inexistencia de roles sociales* y *heterogeneidad de roles sociales en permanente construcción sociocultural*, siendo esta última, la que considera a la cultura como una categoría central en su definición.

Articular las categorías de envejecimiento, calidad de vida, salud y cultura, permite considerar la heterogeneidad de prácticas significantes y la diversidad de necesidades e intereses que conforman los roles sociales de las personas mayores. Tanto las encuestas CASEN como la ENCAVI, informan que sobre el 70% de las personas mayores está en condiciones de desarrollar tareas sociales y culturales en la comunidad, puesto que se declaraban en buenas condiciones de salud y con una buena calidad de vida (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022; Ministerio de Salud, 2022), estableciendo que el vaciado de los roles para las personas mayores es algo que se debe trabajar desde una perspectiva sociocultural. Desde aquella perspectiva, se plantea que el mantenerse activo, trabajar, cuidar a otros y participar socialmente, les favorece para tener una buena salud y que, por el contrario, la calidad de vida se ve afectada cuando la vejez se asocia a estilos de vida poco saludables, aislamiento social, reducción de redes parentales y grupales, apareciendo la fragilidad que se traduce en invalidez, discapacidad física y mental y dependencia de cuidados.

De acuerdo con investigaciones previas y los datos encontrados para el presente trabajo, se establece la necesidad de avanzar en la comprensión del envejecimiento con un enfoque integral y desde la interdisciplinaridad que involucra el trabajo centrado con, junto y para las personas mayores, donde se propicien condiciones para alcanzar niveles de salud y calidad de vida que permitan el pleno desarrollo de los roles sociales. En este sentido, es importante establecer mayores avances en propuestas como la del *enfoque rupturista* para la gerontología social, en que se conecte la perspectiva de la gerontología con la ruptura epistemológica, entendida como un proceso que conlleva el tránsito de una visión conservadora de la vejez a una crítica, que propone una ruptura con el enfoque tradicional de la gerontología; disponiendo de un especial énfasis en las lógicas aplicadas a la investigación e intervención social, definidas por la *lógica del error* y la *lógica del descubrimiento* (Piña, 2015; Piña y Gómez, 2019; Piña, 2021).

## Referencias bibliográficas

- Agudelo, A., Giraldo, M., Ocampo, A., Ossa, Y., & Caballero, K. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud bucal del adulto mayor rehabilitado con prótesis total. *Cultura del cuidado*, 17(2), 23-34. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n2.7654>
- Aguilar, W., Analuiza, E., García, J., & Rodríguez, Á. (2020). Los beneficios de la actividad física en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, 5(12), 680-706.
- Aldas, C., Chara, N., Guerrero, P., & Flores, R. (2021). Actividad física en el adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*, 7(5), 160-175. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i5.2233>
- Atchley, C. (1971). Retirement and leisure participation: continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11(2), 13-17. [https://doi.org/10.1093/geront/11.1\\_part\\_1.13](https://doi.org/10.1093/geront/11.1_part_1.13)
- Ayoub, A., Nelson, K., & Wood, P. (2013). Cultural relevance of the quality-of-life tools for people with kidney failure. *Journal of Renal Care*, 39(4), 236-245. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12034.x>
- Barrera, D. (2021). Revisión teórica sobre los efectos de la actividad física en el adulto mayor. *Revista Digital: Actividad Física Y Deporte*, 7(2), 234-253. <https://doi.org/10.31910/rdafd.v7.n2.2021.1937>
- Bengston, V., & Dowd, J. (1981). Sociological functionalism, exchange theory and life-cycle analysis. A call for more explicit theoretical bridges. *International Journal of Aging and Human Development*, 12(1), 55-73. <https://doi.org/10.2190/L6Q5-UKJO-YN87-FQK1>
- Bengston, V., Burgess, E., & Parrot, T. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52(1), 72-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/52b.2.s72>
- Bozanic, A. (2019). ¿El edadismo afecta la salud de las personas mayores?: Recopilación de la evidencia empírica. En C. Rojas, M. Piña, & M. Olivo, *Envejecimiento & Cultura. Reflexiones respecto a la vejez y la acción profesional interdisciplinaria junto a personas mayores* (pp. 17-26). Ediciones Universidad Católica del Maule.
- Bravo, S. (2018). Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. *Discurso & Sociedad*, 12(1), 1-28.
- Bravo, S., & Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>

- Cardona, A., & Agudelo, G. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Catunda, M. (2008). Teorías sociológicas do envelhecimento. En A. Neri, *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (págs. 73-112). Papirus.
- Crossen, M., Polinder, S., Vos, P., Lingsma, H., Steyerberg, E., Sun, Y., Ye, P., Duan, L., & Haagsma, J. (2017). Comparing health-related quality of life of Dutch and Chinese patients with traumatic brain injury: do cultural differences play a role? *Health Qual Life Outcomes*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0641-9>
- Cowgill, D., & Holmes, L. (1972). *Aging and modernization*. Appleton-Century-Crofts.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books. <https://doi.org/10.1093/sw/7.3.122>
- De Lira, C., Taveira, H., Rufo-Tavares, W., Santos, D., Celini, P., Oliveira, L., Andrade, M., Nikolaidis, P., Rosemann, T., Knechtle, B., & Vancini, R. (2020). Does Health Professional Counseling Impact the Quality-of-Life Levels of Older Adults Enrolled in Physical Activity Programs? *Medicina (Kaunas)*, 56(4), 1-12. <https://doi.org/10.3390/medicina56040146>
- Dijkstra, A., Hakverdioglu, G., Muszalik, M., Andela, R., E, K., & Kędziora, K. (2015). Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(3), 193-200. <https://doi.org/10.1620/tjem.235.193>
- Ginn, J., & Arber, S. (1996). "Mera conexión". Relaciones entre género y envejecimiento. En J. Ginn, & S. Arber, *Relación entre género y envejecimiento* (pp. 17-34). Narcea.
- Gómez, C., & Mazzucchelli, N. (2022). Prácticas que sostienen la vida: Personas mayores y cuidados mutuos en el Chile neoliberal. *Rumbos TS*, 1(27), 9-31. <https://doi.org/10.51188/rrts.num27.620>
- Gracia, M. (2000). Una perspectiva sobre la epistemología francesa. En E. Díaz, *La Posciencia. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad* (págs. 265-277). Biblos.
- Grolli, R., Dama, M., Gollo, A., Remião, A., Quevedo, J., Zilli, G., & Ignácio, Z. (2021). Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Molecular Neurobiology*, 58(1), 1905-1916. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>
- Gubrium, J. (1973). *The Myth of the Golden Years: A Socio-environmental Theory of Aging*. Thomas.
- Gubrium, J., & Holstein, J. (1999). *Constructing the life course. Dix hills*. General Hall.

- Hernández, M., Sánchez, N., & Fernández, M. (2022). Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores. *Atención Primaria*, *54*(6), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102320>
- Iacub, R., & Arias, C. (2017). La gerontología comunitaria: poder, comunidad y vejez. En I. Fergusson, & C. Rojas, *Gerontología. Actualizaciones y temas emergentes* (pp. 45-65). Universidad Católica del Maule.
- Iacub, R., & Sabatini, B. (2013). MODULO 1: La identidad social en el envejecimiento y vejez. En R. Iacub, & B. Sabatini, *Psicología de la Mediana Edad y Vejez Psicología de la Mediana Edad y Vejez* (pp. 11-48). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de la Plata.
- Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., & Ingrand, P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*, *13*(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204044>
- Kehl, S., & Fernández, M. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, *14*(1), 125-161.
- Kim, T. (2018). CORR® International-Asia-Pacific: Aging in the Asia-Pacific-The Elephant in the Room. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *10*(476), 1933-1934. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000426>
- Kuypers, J., & Bengtson, V. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human Development*, *16*(3), 181-201. <https://doi.org/10.1159/000271275>
- Marín, C., & Orejuela, J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, *18*(1), 95-102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Mesa, T., Valdés, A., Espinosa, F., Verona, I., & García, M. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *36*(4), 1-10.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (15 de Diciembre de 2021). *Observatorio Social*. Encuesta Casen en Pandemia 2020. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (12 de Abril de 2022). *Observatorio Social*. Encuesta Casen. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>
- Ministerio de Salud. (12 de Abril de 2022). *ENCAVI - Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud*. Departamento de Epidemiología. <http://epi.minsal.cl/encuesta-encavi/>
- Núñez, L., Ruiz, J., Núñez, J., Rengifo, R., Vigo, E., & Díaz, J. (2020). Impacto de las políticas sociales en la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Gestión I+D*, *5*(1), 121-143.

- O'Brien, J., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *The Lancet*, 10004(386), 1698-1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00463-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00463-8)
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *World population prospects: The 2017 Revision*. Department of Economic and Social Affairs UN.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2(2), 153-159.
- Organización Mundial de la Salud. (04 de Octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (12 de Abril de 2022). *Estado de la salud de la población, salud del adulto mayor*. Health in the Americas. [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es)
- Piña, M. (2015). La Formación del Espíritu Científico en el Trabajo Social y la Vigilancia Epistemológica en el Campo Gerontológico. En J. Paola, M. Tordo, & P. Danel, *Más mayores, más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez* (pp. 227-258). Editorial de la Universidad de la Plata.
- Piña, M. (2021). Prólogo en Trabajo Social contemporáneo en contextos de Pandemias: Nuevos desafíos a la intervención gerontológica. En S. Sande, & Y. Capurro, *Trabajo Social contemporáneo en contextos de Pandemias: Nuevos desafíos a la intervención gerontológica* (pp. 9-13). Ediciones Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.
- Piña, M., & García, L. (2016). Socio-cultural connections and ruptures: social roles of older adults in Chile. *Journal of Population Ageing*, 9(3), 263-280. <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9142-6>
- Piña, M., & Gómez, V. (2019). Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados. *Rupturas*, 9(2), 23-38. <https://doi.org/10.22458/rr.v9i2.2521>
- Piña, M., Olivo, M., Martínez, M., & Mendoza, V. (2018). Intervención situacional gerontológica: estrategias para potenciar los roles sociales de los mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 102-109.
- Ralston, M. (2018). The Role of Older Persons Environment in Aging Well: Quality of Life, Illness, and Community Context in South Africa. *The Gerontologist*, 58(1), 111-120. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx091>
- Riley, M. (1987). On the Significance of Age in Sociology. *American Sociological Review*, 52(1), 1-14. <https://doi.org/10.2307/2095388>
- Riley, M., Johnson, M., & Foner, A. (1972). *Aging and Society*. Russell Sage Foundation.

- Rodríguez, M., Merino, M., & Castro, M. (2009). Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 75-88. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100009>
- Rose, A., & Peterson, W. (1968). *Older people on the social world*. Davis.
- Sánchez, P. (2000). Sociología de la vejez versus economía de la vejez. *Papers*, 61(1), 39-88. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v61n0.1053>
- Simó, S. (2016). Terapia ocupacional, cultura y diversidad. *Cuadernos de Terapia Ocupacional*, 24(1), 163-171. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0677>
- Tobiasz, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J., Ayuso, J., Koskinen, S., & Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age - the COURAGE in Europe project. *Qual Life Res*, 26(1), 1865-1878. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1530-8>
- Vera, J. (2015). Reseña: Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoque en investigación y Docencia de la red Latinoamericana de investigación de Montes de Oca. *Revista Frontera Norte*, 27(7), 207-210.
- Villarreal, M., Moncada, J., Ochoa, P., & Hall, J. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 41(3), 480-484.
- Yuni, J. (2015). Perspectivas críticas acerca de la construcción social de la vejez y las intervenciones socio-culturales. En J. Paola, M. Tordo, & P. Danel, *Más mayores, más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez* (pp. 320-346). Editorial de la Universidad de la Plata.
- Zhang, T., Shi, W., Huang, Z., Gao, D., Guo, Z., Liu, J., & Chongsuvivatwong, V. (2016). Influence of culture, residential segregation and socioeconomic development on rural elderly health-related quality of life in Guangxi, China. *Health Qual Life Outcomes*, 14(98), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0499-2>