

Diferencias étnicas en salud en personas mayores del norte de Chile

Lorena Gallardo Peralta, Universidad de Tarapacá, Chile

Resumen: Esta investigación analiza las diferencias en salud en función de la pertenencia a una etnia originaria chilena en la región de Arica y Parinacota. Se trata de unas de las primeras investigaciones en Chile y en Sudamérica que analizan esta dimensión en el proceso de envejecimiento. Se trata de un estudio cuantitativo y transversal. La muestra está conformada por 493 personas mayores chilenas que residen en el extremo norte de Chile. La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal. El estudio fue realizado en zona urbana y zonas rurales, incluyendo poblados del altiplano chileno. Se aplicaron escalas internacionalmente reconocidas en la investigación geriátrica para medir la presencia de síntomas de deterioro en salud, dependencia y depresión. Los resultados obtenidos en el análisis de datos muestran diferencias estadísticamente significativas en depresión y salud en función de la pertenencia étnica, estableciendo una desventaja para las personas mayores indígenas. Los hallazgos confirman la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y la relevancia de los aspectos culturales a través de la pertenencia a una etnia originaria. Para el campo de las ciencias sociales este estudio confirma la necesidad de realizar intervenciones gerontológicas contextualizadas que discriminen positivamente a los grupos en riesgo social.

Palabras clave: salud, depresión, dependencia, envejecimiento, etnicidad

Abstract: This research analyzes the differences in health in terms of belonging to a native Chilean ethnic group in the region of Arica and Parinacota. This is one of the first investigations in Chile and South America that analyze this dimension in the aging process. This is a quantitative and cross-sectional study. The sample consists of 493 Chilean elderly living in the far north of Chile. The application of the questionnaire was conducted through personal interviews. The study was conducted in urban and rural areas, including villages in the Chilean Altiplano. Scales internationally recognized geriatric research to measure the presence of symptoms of impaired health, dependence and depression were applied. The results of data analysis showed statistically significant differences in depression and health in terms of ethnic belonging, establishing a disadvantage for the elderly Indians. The findings confirm the heterogeneity of the aging process and the importance of the cultural aspects through belonged to a native ethnic group. For the field of social sciences this study confirms the need for gerontological contextualized interventions that positively discriminate against groups at risk.

Keywords: Health, Depression, Dependency, Aging, Ethnicity

Introducción

Chile ha experimentado en las últimas décadas un acelerado proceso de envejecimiento de su población. Según los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (2013) el 16,7% de los chilenos tienen más de 60 años, lo que se traduce en que 2.885.157 personas chilenas son consideradas adultas mayores. De esta manera, los estudios centrados en este grupo de edad han ganado relevancia en los últimos años. Específicamente el estudio de las variables que permitan comprender las condiciones del envejecimiento de los chilenos y las chilenas, tales como salud física (Vivaldi y Barra, 2012), salud mental (Von Mühlbrock *et al.*, 2011), calidad de vida (Herrera, Barros y Fernández, 2011) y satisfacción vital (Ramírez y Lee, 2012).

La salud es una variable central en el análisis del envejecimiento (Fernández- Ballesteros *et al.*, 2010, Grundy y Sloggett, 2003; Hawton *et al.*, 2011). Si bien es cierto el envejecimiento es un proceso multidimensional, tanto la salud física como la salud mental son variables recurrentes en el análisis del envejecimiento con éxito o buen envejecer (Peel, McClure y Bartlett, 2005). Desde el punto de la salud física, en este estudio se analizan los problemas de salud más recurrentes en los adultos mayores, tales como dolor de espalda, problemas cardíacos, problemas



respiratorios, etc. (se detallan en la metodología) y la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Entendiendo que padecer problemas de salud (Valenzuela, Herrera, Fernández y Prado, 2011) y una baja o nula capacidad funcional (Bozo y Guarnaccia, 2010) afectarán negativamente el proceso de envejecimiento. Específicamente, los problemas de funcionalidad, ya sea la falta de autonomía o bien algún grado de dependencia, limita y afecta negativamente la calidad de vida de las personas mayores (Mella, Alvear, Carrillo y Caire, 2003). Lo mismo cabe señalar con respecto a la salud mental (Mella *et al.*, 2004), que en esta investigación se operacionalizó a través de la presencia de síntomas depresivos.

En este trabajo se incorpora una variable cultural especialmente relevante, como es el hecho de pertenecer o no a una etnia originaria chilena. Más específicamente a la etnia aymara¹. Cuando se analiza la variable etnicidad y envejecimiento, se observan diversas perspectivas. Por un lado, se encuentran posiciones que señalan que la pertenencia a minorías étnicas constituye un factor protector en la vejez, al potenciar que los individuos afronten en mejores condiciones el proceso de envejecimiento (Hopper, 1993). Peek *et al.* (2010) observan que la identidad étnica (en este caso ser mexicano en los Estados Unidos) influye positivamente en los indicadores de salud de las personas mayores, al contrario de lo ocurrido entre aquellas personas que presentan un proceso de aculturación más profundo, las cuales muestran una mayor probabilidad de no disfrutar de los efectos protectores en la salud. Por otro lado, son también relevantes las investigaciones que se ocupan de los elementos de desventaja existentes para las minorías étnicas, evidenciando su asociación con menores niveles de salud y con una mayor incidencia de depresión (Pinquart y Sörensen, 2005).

En el caso específico de los grupos étnicos latinoamericanos y su proceso de envejecimiento, la evidencia empírica es escasa. Destacan los estudios realizados en México. En este sentido Gómez (2012) a través de un estudio etnogerontológico, observa que la vejez en contextos indígenas se caracteriza por la marginación y vulnerabilidad social. Los adultos mayores indígenas suelen presentar problemas asociados a la pobreza, al analfabetismo y a las dificultades de acceso a redes formales de apoyo. Igualmente en Chile se comprueba que en zonas rurales, donde viven principalmente las personas mayores indígenas, es difícil el acceso a los sistemas de atención de salud. Mella *et al.* (2003) realizan un estudio en adultos mayores mapuches y no mapuches en zonas rurales, evaluando la capacidad funcional en cinco áreas. Los resultados demostraron que las personas mayores mapuches presentan mayores porcentajes de dependencia en las áreas de funciones mentales y comunicación. En ámbitos sociales, como la escolaridad, los mapuches presentan mayor analfabetismo.

La presente investigación tiene como objetivo analizar las diferencias étnicas en salud- física y mental- en personas mayores residentes en extremo norte de Chile. Teniendo en cuenta la localización geográfica del estudio, tiene sentido incluir la variable etnicidad, puesto que en la región en cuestión se alberga el mayor número de población aymara del país. Por tanto el objetivo del estudio es conocer las diferencias en la salud física y mental de los adultos mayores de la región de Arica y Parinacota, según la pertenencia a una etnia originaria. Se plantea como hipótesis que las personas mayores indígenas presentan más problemas de salud física y mental.

Método

Muestra

Se trata de un estudio de corte transversal, con una muestra conformada por 493 personas mayores chilenas que residen en la región de Arica y Parinacota. Se trata de una muestra de la población de adultos mayores residentes en la región con un margen de error del 4.4% para un nivel de confianza del 95%. Se recurrió a un muestro estratificado por sexo, etnia y lugar de residencia (rural y urbano).

¹ La etnia aymara que hoy habita las Regiones de Arica- Parinacota (región en la que se desarrolló el trabajo de campo del presente estudio) y Tarapacá, en el extremo norte de Chile, formaban parte del Estado Nacional del Perú entre 1821 y 1879. Periodo comprendido entre la declaración de independencia de España y la Guerra del Pacífico. Tras esta guerra se anexan estos territorios al Estado Nacional de Chile. Por tanto la etnia aymara es incorporada a las chilenas ya existentes en el año 1879.

En cuanto a sus características fundamentales, el 86% de las personas incluidas en la muestra tenía entre 60 y 79 años de edad (edad media de 71.47 años). El 67% eran mujeres y el 51% tenían estudios básicos. En cuanto al estado civil, la mayoría de la muestra tenía pareja (54%), ya sea en matrimonio o en convivencia. De aquellos que no contaban con pareja, la mayoría eran viudos/as (25% de la muestra). Se trata de una muestra que incluye tanto personas residentes en zonas urbanas (86%) como en zonas rurales de valles pre-cordilleranos y en zonas altiplánicas. Finalmente, el 30% pertenecía a una etnia originaria chilena, siendo la aymara la más frecuente (85% de los casos).

Tabla 1: Características de la muestra

<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia n (%)</i>
<i>Edad</i> (por grupos)	60 – 69 años	207 (42%)
	70 – 79 años	216 (44%)
	80 – 89 años	63 (13%)
	90 y más años	7 (1%)
<i>Sexo</i>	Mujer	330 (67%)
	Hombre	163 (33%)
<i>Escolaridad</i>	Sin estudios	48 (10%)
	Educación básica	251 (51%)
	Educación media	128 (26%)
	Educación superior	66 (13%)
<i>Estado conyugal</i>	Casado/a	243(49%)
	Conviviente	22 (5%)
	Soltero/a	52 (11%)
	Viudo/a	123 (25%)
	Divorciado/a o separado/a de hecho	53 (10%)
<i>Localidad en la que reside</i>	Urbana (ciudad de Arica)	425 (86%)
	Rural (Codpa y poblados cercanos)	17 (3%)
	Altiplánico (Putre, Socoroma u otro)	51 (11%)
<i>Pertenece a etnia originaria chilena</i>	Sí pertenece	147 (30%)
	No pertenece	346 (70%)

Procedimiento

La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal. Para realizar el estudio se siguieron dos estrategias. Por un lado, para la aplicación en la zona urbana se estableció contacto con la institución gubernamental de personas mayores (Servicio Nacional de Adultos Mayores), que facilitó la aplicación de los cuestionarios y aportó información de las principales agrupaciones de personas mayores en la ciudad. Por otro lado, la aplicación del cuestionario en las zonas rurales/altiplánicas supuso afrontar grandes dificultades, como el difícil acceso a los poblados (por no contar con carreteras asfaltadas) o la existencia de horarios restringidos de luz pública y en los hogares (por tanto con horarios restringidos de aplicación). En el caso específico de localidades altiplánicas se añaden las dificultades que el entrevistador pueda presentar en términos físicos (por la altitud geográfica) y los rasgos culturales de desconfianza al extraño, siendo imprescindible contar con el apoyo de un agente social de la zona. Por todos esos motivos, en las zonas rurales (Valle de Codpa) y altiplánicas (Putre y Socoroma) se contactaron agentes sociales claves. En el Valle de Codpa se contactó con el párroco del poblado y la presidenta del Club de Adultos Mayores. El cuestionario se aplicó en las dependencias de la Junta de Vecinos y asimismo se realizó una puerta a puerta por el pueblo. Procedimiento similar se realizó en las zonas altiplánicas de Putre y Socoroma, en las que se localizó al párroco de Putre y a dirigentes de agrupaciones de personas mayores, aplicándose los cuestionarios en una reunión convocada por los dirigentes en cada localidad y en los domicilios.

Instrumentos

Dependencia en actividades básicas de la vida diaria (AVD)

Índice de Barthel de Mahoney y Barthel (1965). Se trata de una escala que valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, ir al servicio, traslados, deambular y subir escalera. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de .62.

Síntomas asociados a problemas de salud

Cuestionario de Síntomas asociados a Problemas de Salud de Herrera, Barros, y Fernández (2007). Es un instrumento desarrollado específicamente para la medición de salud entre la población de adultos mayores en Chile, en el marco de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (Valenzuela *et al.*, 2011). Se trata de un *checklist* compuesto por 12 situaciones relacionadas con problemas de salud (dolor de espalda, problemas cardíacos, problemas respiratorios, dolor de cabeza persistente, problemas de memoria, piernas hinchadas, problemas para dormir, caídas, mareos o desmayos, problemas de estómago e intestino, incontinencia urinaria, estado de ánimo). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de .71.

Depresión

Geriatric Depression Scale (GDS) de Brink *et al.* (1982). La versión original consta de 30 ítems, si bien en este estudio se utilizó la versión abreviada, que incluye 15. Esta última conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de administración. A través de este instrumento se registra la presencia de 15 síntomas de depresión, de manera que la puntuación resultante varía entre 0 y 15. Es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la depresión en personas mayores. Ha sido traducido y validado en diversos idiomas, incluyendo el español (Baker y Espino, 1997). Esta escala ha sido utilizada exitosamente en población chilena por Hoyl, Valenzuela y Marín (2000). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de .77.

Análisis de los datos

Para dar cuenta del objetivo del estudio se realizaron –además de los correspondientes análisis descriptivos– comparaciones de las medias (prueba *t* de Student) para las variables centrales del estudio (dependencia en actividades de la vida diaria, síntomas asociados a problemas de salud y depresión) entre las personas mayores pertenecientes a una etnia originaria (Aymara, en este caso) y las personas mayores no pertenecientes a ninguna etnia originaria. Además, en aquellos casos en los que se trataba de determinar la existencia de una diferencia en la prevalencia de alguna situación o síntoma concreto, se calculó la prueba χ^2 . El análisis de datos se realizó a través de los programas SPSS (versión 19).

Resultados

Los datos de la tabla 2 recogen los estadísticos descriptivos de las principales variables del estudio. En lo que refiere a la dependencia de las actividades de la vida diaria (AVD) en general se advierte que los adultos mayores investigados presentan bajos niveles de dependencia, de forma que la mayoría es independiente y solo un 20.7% presenta dependencia leve. Las actividades que presentan mayor dificultad son bajar y subir las escaleras (20.3%), deambular en un radio de 50

metros (10.3%) y trasladarse dentro de la casa (6.1%). En otras palabras, en pocos casos hay actividades del día a día que requieren la ayuda física o supervisión de un tercero.

En lo que respecta a los síntomas asociados a problemas de salud, el cuestionario utilizado registra la existencia de 12 situaciones especialmente recurrentes entre las personas mayores chilenas. En este estudio la media para este cuestionario es de 3.86 (d.t.=2.29). Destaca el hecho de que 62.7% presenta dolores de espalda, rodillas, caderas y otros, seguido por un 42.6% que señala tener problemas para dormir.

Finalmente, la depresión muestra una puntuación media de 4.24 (d.t.=3.14). El 29.3% de la muestra alcanzó puntuaciones que sugieren la existencia de depresión, un 23% de la muestra se encontraría en la categoría de depresión leve y un 6% en la de depresión establecida, según el estándar de clasificación del cuestionario utilizado.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos para las variables dependencia, síntomas asociados a problemas de salud y depresión

	<i>Media (d.t.)</i>	<i>Rango observado</i>
<i>Dependencia en actividades básicas de la vida diaria</i>	78.14 (4.29)	0 - 100
<i>Síntomas asociados a problemas de salud</i>	3.86 (2.29)	0 -12
<i>Depresión</i>	4.24 (3.14)	0-15

En la tabla 3 se ofrecen los resultados de las comparaciones de medias correspondientes a las variables del estudio en función de la pertenencia étnica. Los datos muestran que hay diferencias estadísticamente significativas entre personas mayores indígenas y no indígenas en las variables “síntomas asociados a problemas de salud” y “depresión”. En ambos casos las puntuaciones medias de las personas mayores indígenas sugieren la presencia de más síntomas de salud física y mental.

Tabla 3: Diferencias en salud física y mental, según pertenencia étnica

<i>Variable</i>	<i>Etnicidad</i>	<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
<i>Dependencia en actividades básicas de la vida diaria</i>	Pertenece a etnia originaria	77.85	0.967	491	.33
	No pertenece a etnia	78.26			
<i>Síntomas asociados a problemas de salud</i>	Pertenece a etnia originaria	4.26	-2.427	455	.01
	No pertenece a etnia	3.69			
<i>Depresión</i>	Pertenece a etnia originaria	4.80	-2.563	452	.01
	No pertenece a etnia	3.99			

Además, en el caso concreto de los síntomas valorados en el cuestionario de salud se comparó la incidencia de cada uno de ellos en función de la pertenencia al grupo étnico. Los resultados mostraron que las personas mayores aymaras presentaron en mayor porcentaje dolores de espalda, rodillas y caderas (73.4%) que las no indígenas (64.4%) ($\chi^2=3.280$; $p=.05$); dolor de cabeza (52.5%) que los no indígenas (40.1%) ($\chi^2=6.038$; $p=.01$); contusiones por caídas (31.9%) que los no indígenas (22.3%) ($\chi^2=4.741$; $p=.02$); incontinencia (9.4%) que los no indígenas (4.7%) ($\chi^2=3.648$; $p=.05$). Por último mientras que el 12.3% de las personas mayores aymaras serían clasificables como casos potenciales de depresión, este porcentaje es de 4.1% para los no indígenas ($\chi^2=10.428$; $p=.005$).

Discusión y conclusión

Los resultados de este estudio comprueban la asimetría en el proceso de envejecimiento en la población chilena, en desmedro de los grupos étnicos originarios. Las personas mayores indígenas envejecen con mayores dificultades en los ámbitos de salud física y mental. Diversos factores étnicos, familiares y ambientales influyen en que esta etapa del ciclo vital sea aún más compleja en las personas mayores aymaras.

En lo que refiere a salud física. Los datos muestran mayor padecimiento de síntomas asociados a problemas de salud en los indígenas del extremo norte de Chile, lo que se corrobora con estudios efectuados en otras etnias originarias chilenas (Mella *et al.*, 2003). El difícil acceso a sistemas de salud influye en que estos grupos étnicos minoritarios padezcan más problemas de salud en comparación con el resto de la población chilena. En muchas ocasiones los indígenas mayores asisten a la etapa del diagnóstico, pero suelen ser rehaceos a seguir el tratamiento bajo los parámetros de la medicina convencional. En este sentido, en los últimos años en Chile se ha avanzado en una política social indígena integral, incorporando las prácticas de la medicina tradicional indígena en los sistemas primarios de atención de salud, con objeto de respetar las prácticas ancestrales y a la vez de poder ofrecer un sistema más integral a este grupo en específico.

En la localidad de Putre (donde se entrevistó a un número significativo de personas mayores aymaras) está en pleno desarrollo un sistema intercultural de atención en salud, con la presencia de terapeutas aymaras en el centro de salud familiar. Autores como Caroselli (2013) plantean que este nuevo sistema intercultural, solo es capaz de dar respuesta eficiente a la demandas de enfermedades infecciosas (uso de la biomedicina), sin embargo el nuevo sistema no logra dar respuesta a las demandas de pacientes que padecen de dolor crónico. De esta manera, podemos comprender por qué los aymaras presentan más síntomas asociados a problemas de salud.

Otro factor que puede afectar negativamente la salud de las personas mayores aymaras es seguir trabajando aunque físicamente no estén en óptimas condiciones. Teniendo en cuenta que realizar actividades físicas de alto coste, por ejemplo pastoreo, puede incrementar el dolor o bien transformar esa dolencia en algo crónico. Para comprender es fenómeno se debe tener en cuenta la cosmovisión aymara, en la cual se respeta el principio de “participación comunitaria” en la reproducción económica y social de la familia, por tanto desde que se nace hasta la adultez mayor se es parte de este principio de reciprocidad participativa que perpetua la comunidad andina (Gavilán, 2002). Desde esta perspectiva, envejecer desde una mirada aymara significa mantenerse activo en la comunidad y las personas mayores indígenas seguirán trabajando en labores domésticas, ganaderas, agrícolas y textiles. Esta capacidad de seguir trabajando supone incluso, como lo señalábamos, tener que lidiar con diversos dolores físicos (espalda, rodillas, caderas o bien contusiones por caídas), sobrellevar enfermedades crónicas e incluso experimentar sentimientos negativos, como la soledad, la tristeza y la desesperanza.

En este estudio, igualmente se confirma una desventaja en salud mental de las personas indígenas. Los datos muestran mayores síntomas de depresión en la comunidad aymara. Una posible explicación es que los aymaras entrevistados en su mayoría residen en zonas rurales, estas localidades altiplánicas han experimentado en los últimos años un acelerado proceso de despoblación (Caroselli, 2013). Por tanto muchos adultos mayores indígenas viven solos o con su pareja y lejos de otras redes sociales significativas: hijos, nietos y familiares extensos. Junto con la ausencia de redes sociales, que les genera un fuerte sentimiento de soledad, acrecienta este sentimiento negativo el aislamiento físico en el que habitan, puesto que las condiciones geográficas los hace estar alejados entre los pueblos y la zona urbana.

No solo las condiciones de salud física y mental son precarias en pueblos originarios chilenos, sino también el acceso a diversos sistemas de protección o bien promoción de un mejor envejecimiento. Se debe tener en cuenta que las comunidades indígenas en Chile, experimentan un contexto de exclusión aún no resuelto. Tal como afirma Gavilán (2015) los descendientes de los pueblos originarios en América Latina y en Chile, demandan una mayor inclusión política y social a sus respectivos Estados o naciones, pues históricamente han sufrido diversas manifestaciones de exclusión ciudadana. De esta manera, más allá de las posibles dificultades personales (étnicas que pudiesen existir), familiares o ambientales, las personas mayores aymaras aún están sujetas a un sistema político y social que es adverso. Ello no implica desconocer las políticas impulsadas por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), sino más bien situarnos en su momento histórico y comprender que aún quedan heridas por la falta de reconocimiento histórico del pueblo aymara.

A modo de conclusión, se confirma nuevamente que el proceso de envejecer en los indígenas chilenos está relacionado con diversos factores de riesgo (Mella *et al.*, 2003). Esto supone un desafío para las disciplinas de las ciencias sociales y ciencias de la salud en la promoción políticas sociales integrales, desde una mirada intercultural, que discriminen positivamente a las personas mayores que pertenecen a etnias originarias, ya sea aymara, rapa-nui, quechua, mapuche, atacameña, coya, alacalufe, yagán o diaguita.

El aislamiento y la soledad son un tema a considerar en el proceso de envejecer con éxito o bien (Fokkema, de Jong y Dykstra, 2012). El fenómeno de despoblamiento en zona rurales chilenas va en aumento, frente a lo cual los sistemas formales de apoyo al adulto mayor han de buscar mecanismos inclusivos y otros sistemas de intervención social, que puedan compensar este sentimiento de soledad en los aymaras. Por otra parte, queda aún el desafío de mejorar las prácticas de medicina intercultural, como bien lo señalamos que den respuesta oportuna no solo a enfermedades infecciosas, sino también a dolores o patologías crónicas.

Finalmente, este estudio comprueba la necesidad de efectuar estudios del proceso de envejecimiento en grupos étnicos minoritarios, atendiendo las condiciones de vulnerabilidad social en la que se desenvuelven.

REFERENCIAS

- Baker, F. M. y Espino, D. V. (1997). A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 21-25. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166
- Bozo, Ö. y Guarnaccia, C. A. (2010). Activities of daily living, social support, and future health of older Americans. *Journal of Psychology*, 144(1), 1-14. doi:10.1080/00223980903356032
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M. y Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37-43. doi: 10.1300/J018v01n01_06
- Caroselli, S. (2013). El dolor de los pacientes aymara de la comuna de Putre: prácticas terapéuticas y políticas de salud intercultural. *Diálogo Andino*, (42), 89-104. doi: 10.4067/S0719-26812013000200008
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Fokkema, T., de Jong, J. y Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in Older Adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 201-228. doi: 10.1080/00223980.2011.631612
- Gavilán, V. (2002). Buscando vida: hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. *Chungará*, 34(1), 101-117. doi: 10.4067/S0717-73562002000100006.
- (2015). Ser indio y ciudadano en el norte chileno: Etnicidad y estatus de pertenencia a la comunidad nacional y política. *Revista de geografía Norte Grande*, (60), 63-77. doi: 10.4067/S0718-34022015000100004.
- Gómez, L. R. (2012). Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación. Universidad la Salle*, 10(38), 69-83.
- Grundy, E. y Sloggett, A. (2003). Health inequalities in the older population: The role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science and Medicine*, 56(5), 935-947.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Grave, C. J. y Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67. doi:10.1007/s11136-010-9717-2
- Herrera, M. S., Barros, C. y Fernández, M. B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139. doi: 10.1007/s12062-011-9043-7
- Herrera, M.S., Barros, C., y Fernández, M.B. (2007). Primera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Hopper, S. V. (1993). The influence of ethnicity on the health of older women. *Clinics in Geriatric Medicine*, 9(1), 231-259.
- Hoyl, T., Valenzuela, E. y Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. doi: 10.4067/S0034-98872000001100003
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mella, R., Alvear, A., Carrillo, B. y Caire, V. (2003). Valoración de las funciones mentales y la comunicación en adultos mayores mapuches y no mapuches en áreas rurales del sur de

- Chile. *Revista médica de Chile*, 131(11), 1257-1265. doi: 10.4067/S0034-98872003001100005
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13(1), 79-89. doi: 10.4067/S0718-22282004000100007
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional* [Casen, 2013]: Síntesis de resultados de adultos mayores. Ministerio de Desarrollo Social: Santiago de Chile.
- Von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L. y Von Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 331-337. doi: 10.4067/S0717-92272011000400004.
- Peek, M. K., Cutchin, M. P., Salinas, J. J., Sheffield, K. M., Eschbach, K., Stowe, R. P. y Goodwin, J. S. (2010). Allostatic load among non-hispanic whites, non-hispanic blacks, and people of mexican origin: Effects of ethnicity, nativity, and acculturation. *American Journal of Public Health*, 100(5), 940-946. doi: 10.2105/AJPH.2007.129312
- Peel, N. M., McClure, R. J. y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. doi: 10.1016/j.amepre.2004.12.002
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90-106. doi: 10.1093/geront/45.1.90
- Ramírez, M. y Lee, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis*, 11(33), 407-428. doi: 10.4067/S0718-65682012000300020
- Valenzuela, E., Herrera, M. S., Fernández, B. y Prado, P. (2011). *Chile y sus mayores. Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. doi: 10.4067/S0718-48082012000200002