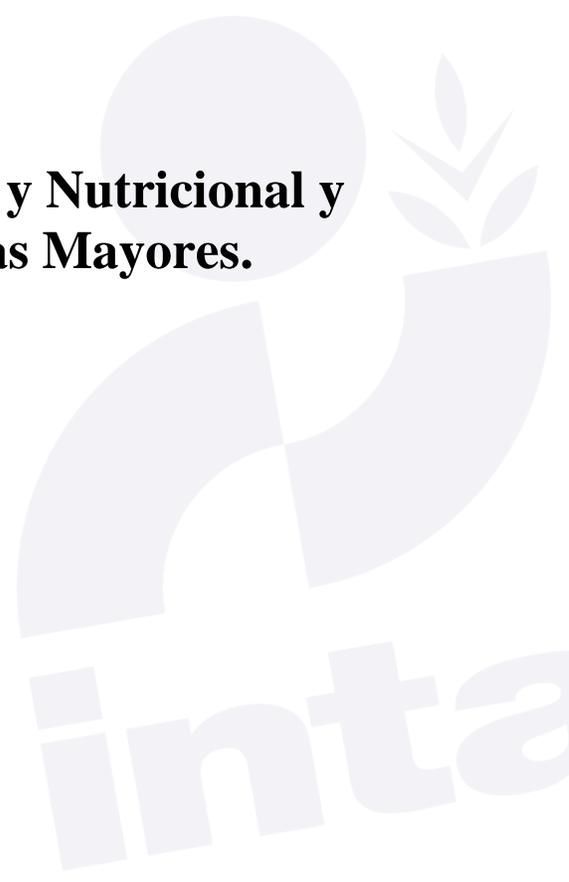


**INFORME FINAL**

**Estudio de Seguridad Alimentaria y Nutricional y Factores Asociados en Personas Mayores.**

**Santiago de Chile**



## Equipo de trabajo

**Cecilia Albala**

**Directora de Proyecto.** Médico-cirujano. Licenciada en Salud Pública. Posgrado en Epidemiología Geriátrica y Enfermedades Crónicas. Profesora Titular. INTA de la Universidad de Chile.

**Moisés Sandoval**

**Director de Proyecto.** Sociólogo. Magíster y Doctor (PhD) en Demografía. Profesor Asistente y Coordinador del Núcleo de Envejecimiento. INTA de la Universidad de Chile

**Mario Moya**

**Coinvestigador.** Antropólogo. Magíster en envejecimiento y calidad de vida. Magíster y Doctor en Antropología. Profesor adjunto. INTA de la Universidad de Chile.

**Carlos Márquez**

**Coinvestigador.** Nutricionista. Magister en Envejecimiento y Calidad de Vida. PhD. Nutrición y Alimentos. Instructor adjunto. INTA de la Universidad de Chile.



## Contenido

1. Antecedentes.....	7
Ambientes Alimentarios (AA) y Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) .....	8
Inseguridad alimentaria y factores asociados en la vejez .....	9
Estilos de vida y Envejecimiento Saludable.....	10
2. Preguntas de Investigación .....	13
3. Objetivo General del Proyecto .....	13
3.1 Objetivos Específicos .....	13
4. Metodología.....	14
4.1 Instrumentos de Recolección de Información .....	14
4.2 Muestra .....	14
4.3 Recolección de Información.....	14
4.4 Sistematización de la información.....	15
4.5 Análisis de información.....	15
4.6 Comité de ética .....	15
5. Resultados.....	16
5.1 Descripción de la Muestra en Análisis .....	16
5.2 Características del hogar de las personas mayores.....	20
5.3 Caracterización del estado de salud y calidad de vida de las personas mayores.....	22
C.1 Caracterización del estado de salud .....	22
C1.1 Capacidad Funcional.....	22
C1.2 Autopercepción de Salud .....	25
C1.3 Enfermedades Crónicas .....	25
C.2 Descripción de la Calidad de vida de las personas mayores.....	31
D. Niveles de Seguridad Alimentaria en Personas Mayores.....	36
D.1 Índice de Inseguridad Alimentaria .....	37
D.2 Índice de Inseguridad Alimentaria y salud .....	39
E. Identificar la Situación Alimentaria y Nutricional de las Personas Mayores.....	41

F. Asociación entre los Niveles de Seguridad Alimentaria y Nutricional y los Factores Individuales, Familiares y Comunitarios de las Personas Mayores. ....	47
G. Asociación entre la Inseguridad y los Programas Alimentarios Públicos Orientado a las Personas Mayores. ....	51
6. Resumen y Conclusiones.....	54
6.1. Seguridad Alimentaria, Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor Chileno.....	54
6.2. Método.....	54
6.3 Resultados.....	55
6.3.1 Características del Hogar.....	55
6.3.2 Situación de Salud.....	55
6.3.3 Calidad de Vida.....	56
6.3.4. Seguridad Alimentaria.....	57
6.3.5 Situación Alimentaria y Nutricional de las Personas Mayores. ....	57
6.3.6 Asociación de Inseguridad Alimentaria con Factores Socioeconómicos.....	58
7. Comentarios Finales.....	59
8. Referencias Bibliográficas.....	61

## Índice de Figuras

Figura 1 - Distribución de la muestra de personas mayores ( $\geq 65$ años) según macrozona y región, 2024.....	16
Figura 2 – Distribución de la muestra de personas mayores ( $\geq 65$ años) según área urbano rural para cada macrozona y total nacional, 2024.....	17
Figura 3 - Distribución de la muestra de personas mayores ( $\geq 65$ años) según sexo para cada macrozona y total nacional, 2024.....	18
Figura 4 – Composición de la muestra en análisis (sin expandir y expandida) según sexo y edad, Chile, 2024.....	19
Figura 5 – Condición socioeconómica del hogar de las personas mayores ( $\geq 65$ años) a nivel nacional, 2024.....	20
Figura 6 - Condición socioeconómica del hogar de las personas mayores ( $\geq 65$ años) para cada macrozona, 2024.....	21

Figura 7 – Principal fuente de ingreso del hogar de las personas mayores ( $\geq 65$ años) según macrozona y total nacional, 2024. ....	21
Figura 8 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$ años) con limitaciones en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) según macrozona y total nacional, 2024. ....	23
Figura 9 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$ años) con limitaciones en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD) según macrozona y total nacional, 2024. ....	24
Figura 10 - Autopercepción de salud de personas mayores ( $\geq 65$ años) según macrozona y nivel nacional. ....	25
Figura 11 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$ años) con enfermedades crónicas según macrozona y total nacional, 2024. ....	26
Figura 12 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$ años) con o sin depresión según Geriatric Depression Scale (GDS-5) para cada macrozona y total nacional, 2024. ....	28
Figura 13 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$ años) según resultado normal o alterado del Mini-Mental State Examination (MMSE) para cada macrozona y total nacional, 2024. ....	29
Figura 14 – Nivel de satisfacción con la vida de las personas mayores ( $\geq 65$ años) según escala Satisfaction with Life Scale (SWLS) para el nivel nacional y cada macrozona, 2024. ....	31
Figura 15 – Calidad de vida de las personas mayores ( $\geq 65$ años) según escala EQ-5D para el total nacional, 2024. ....	32
Figura 16 – Autopercepción de salud según la Escala Análoga Visual (EQ-VAS) para cada macrozona en estudio, 2024. ....	34
Figura 17 – Soledad según la “UCLA Loneliness Scale, Version 3” para el total nacional y cada macrozona en estudio, 2024. ....	35
Figura 18 – Preguntas que incluye la escala FIES-FAO para medir inseguridad alimentaria ...	36
Figura 19 - Frecuencia relativa de respuestas positivas de personas mayores ( $\geq 65$ años) a cada pregunta de la escala FIES-FAO, Chile 2024. ....	37
Figura 20 – Niveles de inseguridad alimentaria moderada y severa de las personas mayores ( $\geq 65$ años) según macrozona y nivel nacional, 2024. ....	38
Figura 21 – Inseguridad alimentaria según estado nutricional de las personas mayores ( $\geq 65$ años) a nivel nacional, 2024. ....	39
Figura 22 - Inseguridad alimentaria según nivel de dependencia de las personas mayores ( $\geq 65$ años) a nivel nacional, 2024. ....	40
Figura 23 - Inseguridad alimentaria según soledad auto percibida (escala UCLA, versión 3) de las personas mayores ( $\geq 65$ años) a nivel nacional, 2024. ....	41

Figura 24 – Frecuencia relativa de personas mayores según la percepción subjetiva de su alimentación habitual para cada macrozona y nivel nacional, 2024. ....	42
Figura 25 – Frecuencia relativa de personas mayores a nivel nacional declarando que el valor de productos seleccionados es elevado o inalcanzable, 2004.....	43
Figura 26 – Distribución relativa de personas mayores declarando que el valor de productos seleccionados es elevado o inalcanzable según macrozonas, 2004.....	44
Figura 27 – Frecuencia relativa del consumo de alimentos seleccionados por parte de las personas mayores según macrozona, 2024.....	45
Figura 28 – Estado nutricional de las personas mayores ( $\geq 65$ años) de acuerdo con resultados del Mini Nutritional Assessment - Short Form según sexo para el total nacional, 2024. ....	46
Figura 29 - Estado nutricional de las personas mayores ( $\geq 65$ años) de acuerdo con resultados del Mini Nutritional Assessment - Short Form según macrozona y total nacional, 2024.....	47
Figura 30 – Modelo ecológico – social de los factores que contribuyen a la inseguridad alimentaria en las personas mayores .....	48
Figura 31 – Porcentaje de personas mayores de 70 o más años que retiran y no retiran el PACAM a nivel nacional y por macrozona, 2024.....	51
Figura 32 – Frecuencia de consumo de bebida láctea de PACAM de las personas mayores ( $\geq 70$ años y más) que declararon retirarla para el nivel nacional y macrozonas, 2024. ....	52
Figura 33 - Frecuencia de consumo de crema de PACAM de las personas mayores ( $\geq 70$ años y más) que declararon retirarla para el nivel nacional y macrozonas, 2024.....	53

## Índice de Tablas

Tabla 1 – Prevalencia de enfermedades crónicas seleccionadas según macrozona y nivel nacional, 2024.....	27
Tabla 2 – Asociación entre dimensiones de salud y escolaridad de las personas mayores ( $\geq 65$ años) en Chile, 2024. ....	30
Tabla 3 - Calidad de vida de las personas mayores ( $\geq 65$ años) según escala EQ-5D para cada macrozona en estudio, 2024. ....	33
Tabla 4 – Odd Ratios de la asociación entre factores individuales, familiares y comunitarios con la inseguridad alimentaria en personas mayores ( $\geq 65$ años) en Chile, 2024. ....	49
Tabla 5 – Asociación entre retiro de bebida y crema del PACAM con inseguridad alimentaria en personas mayores ( $\geq 70$ años) en Chile, 2024. ....	53

## 1. Antecedentes.

En las últimas décadas la alimentación y los estilos de vida de la población mundial, han tenido grandes cambios producto de la industrialización, la urbanización, desarrollo económico y la globalización de los mercados, generando una transición alimentaria nutricional de la población, que en América del Sur se ha traducido en un marcado cambio en la estructura de la dieta y en la distribución de la composición corporal de la población(1). Adicionalmente, la inclusión de la mujer al mercado de trabajo es uno de los factores que puede alterar la alimentación de ella y de su familia(2,3), fomentando la alimentación fuera de la casa o de mercado(4), donde la escases e incompatibilidad de tiempo doméstico y para el trabajo es un factor importante en los cambios de hábitos alimentarios(5).

La transición nutricional se ha caracterizado por un bajo consumo de frutas, verduras y granos y legumbres y un alto consumo de alimentos altos en grasa, azúcar y sal. Este cambio en el padrón nutricional se ha producido en paralelo a las transformaciones demográficas -sostenida disminución de los niveles de mortalidad, fecundidad y el concomitante aumento de la esperanza de vida- que han provocado el aumento acelerado de la proporción de personas mayores. Mientras en la década de los cincuenta el 5,4 de la población tenía 60 o más años, en la actualidad este segmento de población alcanza el 18,1% y se prevé que represente el 32,1% para el 2050. Adicionalmente, concomitante con el cambio en la estructura poblacional ha ocurrido un cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por el aumento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), especialmente, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, (6,7) además del sobrepeso y la obesidad.(1,8)

En este escenario de cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales de la población el segmento de personas mayores comienza a tomar preponderancia -no tan sólo desde el punto de vista numérico- sino también como foco de diseño de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, bienestar y envejecimiento saludable(9). Por ello, surge la necesidad de identificar los factores de riesgo que pueden vincularse con la salud de las personas mayores y que repercutan en la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) de éstas (10,11).

La SAN definida según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) como la circunstancia en donde todas las personas tienen, en todo momento,

acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias, para llevar una vida activa y sana. Frente a esta definición, la inseguridad alimentaria (IA) se define como la disponibilidad limitada o incierta de acceso a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen las necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias por falta de dinero u otros recursos(12).

Según los datos de la FAO, en Chile la IA severa o moderada aumentó de forma importante durante los trienios 2014-2016 y 2019-2021 pasando de 10,8% a 17,4% (13). Similares resultados se obtuvieron en la encuesta CASEN del año 2017, que reportó un 13,1% de IA moderada y severa a nivel del hogar(14).

### **Ambientes Alimentarios (AA) y Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN)**

El enfoque socioecológico reconoce las interacciones complejas entre factores que se encuentran en los niveles individual, familiar, ambiental, cultural y ecológico; que, bajo circunstancias históricas particulares, influyen en el comportamiento, salud y alimentación de las personas a lo largo de su curso de vida(15,16). De manera particular, los modelos socioecológicos reconocen a los ambientes alimentarios (AA) como un nivel fundamental asociado con resultados en salud y nutrición(17).

No cabe duda de que la Inseguridad Alimentaria (IA) es un proceso complejo, relacionado en varios niveles con los ambientes y sistemas alimentarios, y los sistemas históricos y culturales. Se sabe que la IA, se asocia a individuos, hogares y ambientes donde se vulnera el derecho a la alimentación; donde existen condiciones adversas como pobreza, desempleo, inestabilidad política, desastres naturales, guerras o epidemias; y además existe menor cantidad y calidad de mecanismos de afrontamiento ante estas condiciones(18).

Siguiendo el modelo conceptual socioecológico de Bronfenbrenner(16), y el modelo socioecológico en ambientes alimentarios, descrito recientemente por Downs et al(19). El presente estudio entiende IA como el centro del modelo; al cual le sigue de forma concéntrica dos niveles que contienen los factores proximales (estructuras y procesos), con los cuales las personas interactúan en su entorno inmediato y que definen su SA o IA. Un primer nivel, llamado

microsistema, compuesto por factores individuales y un segundo nivel, llamado mesosistema, donde se encuentran los ambientes alimentarios (AA).

A nivel individual la IA está asociada con factores intermedios tales como: factores sociodemográficos (género, edad, composición del hogar y nivel educativo) (20,21); factores económicos (ingresos y situación laboral)(20,21) y factores nutricionales (dieta y estado nutricional)(22,23). A nivel mesosistémico donde se encuentran el ambiente alimentario doméstico la IA está asociada a factores de utilización de los alimentos (conocimientos y habilidades nutricionales, preferencias alimentarias, tiempo, facilidades de preparación, facilidad de almacenamiento)(21,24). Por último, en los Ambientes alimentarios de abastecimiento la IA está asociada a factores como: la disponibilidad de los alimentos (disponibilidad en tiendas, ayudas y transferencias alimentarias, promoción y regulación, precio, calidad, variedad. Conveniencia, y localización de tiendas); y el acceso físico y económico de los alimentos (soporte social, asequibilidad, transporte, distancia, movilidad)(21,24).

### **Inseguridad alimentaria y factores asociados en la vejez**

*El último informe del estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022*(13) señala, que América Latina y el Caribe es donde más rápido está incrementando la inseguridad alimentaria, lo que se traduce en un incremento de la inseguridad severa o moderada durante el período 2014-2016 al 2019-2021 del 27,6% al 37,3%. En Chile la situación es similar teniendo por consecuencia que actualmente 3,3 millones de personas presentan inseguridad alimentaria (severa o moderada)(13), mientras que las cifras de obesidad y sobrepeso continúan incrementándose. Este escenario no es muy alentador, si consideramos que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), señaló que entre el 2015-2030, en Chile, de no ocurrir cambios en los estilos de vida, habrá un aumento del 13% en las muertes por ECNT, las que son relacionadas principalmente con el sobrepeso y la obesidad(25).

La inseguridad alimentaria, ya sea a nivel familiar o individual, es una enfermedad social con claras consecuencias para la salud(26). La seguridad alimentaria es una dimensión esencial de la salud y el bienestar. En contraste, la privación que representan la inseguridad alimentaria no sólo es indeseable en sí misma, sino que también puede contribuir a una mala salud y nutrición,

especialmente en los ancianos(27). De este modo, los posibles efectos perjudiciales de la inseguridad alimentaria en la salud, especialmente para las personas mayores que ya son vulnerables a los problemas de salud relacionados con la edad, refuerza la necesidad de prestar atención a las necesidades alimentarias de las personas mayores.

Diversas evidencias sostienen que, la inseguridad alimentaria aumenta el riesgo de obesidad, estrés, depresión y ansiedad, lo que puede contribuir a la incidencia de enfermedades(28,29). Por lo tanto, a pesar de que las personas mayores son un segmento de la población que tiene bajas tasas de inseguridad alimentaria, ellos son más vulnerables al déficit de nutrientes críticos derivados de la inseguridad alimentaria en el hogar en comparación con otros grupos de edad(30).

Estudios desarrollados en otras sociedades han establecido que la inseguridad alimentaria entre personas mayores se asocia a diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, Ishikawa et al., (31) para el Japón detectaron que la dificultad para comprar inducida por las limitaciones de la actividad física es un obstáculo para el acceso de las personas mayores a los alimentos. En línea con esto, Rusell et al., (32) en un estudio con personas mayores australianos constataron que la edad y el sexo predecían de forma significativa la inseguridad alimentaria: las mujeres tenían mayores probabilidades de sufrir inseguridad alimentaria en comparación con los hombres. Por su parte, Leroux et al., (33) en Canadá encontraron fuertes asociaciones entre la inseguridad alimentaria y los ingresos, la edad y la raza de las personas mayores. Mientras que, Park et al., (34) en un análisis multinacional de los determinantes de la inseguridad alimentaria entre la población mayor de 48 países descubrieron que la edad, el modo de vida, el estado civil, el apoyo social y el bienestar están significativamente asociados con la inseguridad alimentaria.

En general, la inseguridad alimentaria en edades avanzadas puede estar asociada con una serie de factores nutricionales, demográficos, socioeconómicos y de salud.

## **Estilos de vida y Envejecimiento Saludable**

Aunque la edad cronológica es el principal determinante del envejecimiento, los factores del entorno físico y social juegan un papel crucial en el comportamiento a lo largo del curso de vida. Como resultado, la salud en las personas mayores está determinada por la acumulación de efectos

combinados de factores biológicos y de estilo de vida influenciados por factores sociales y ambientales.

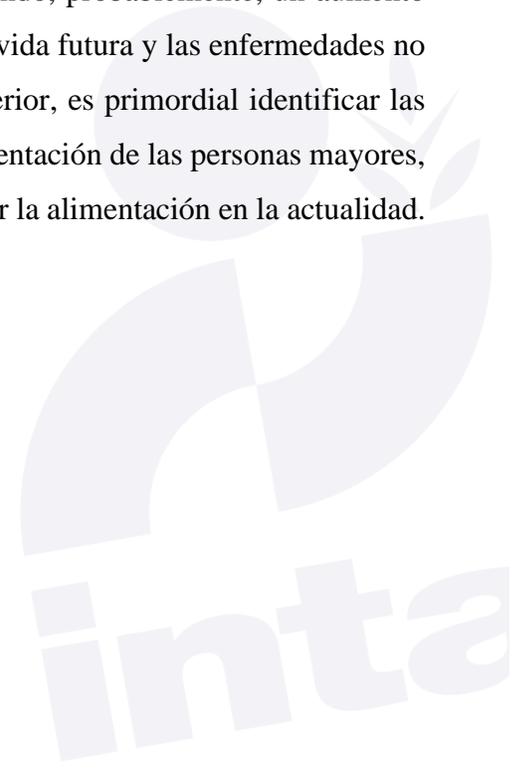
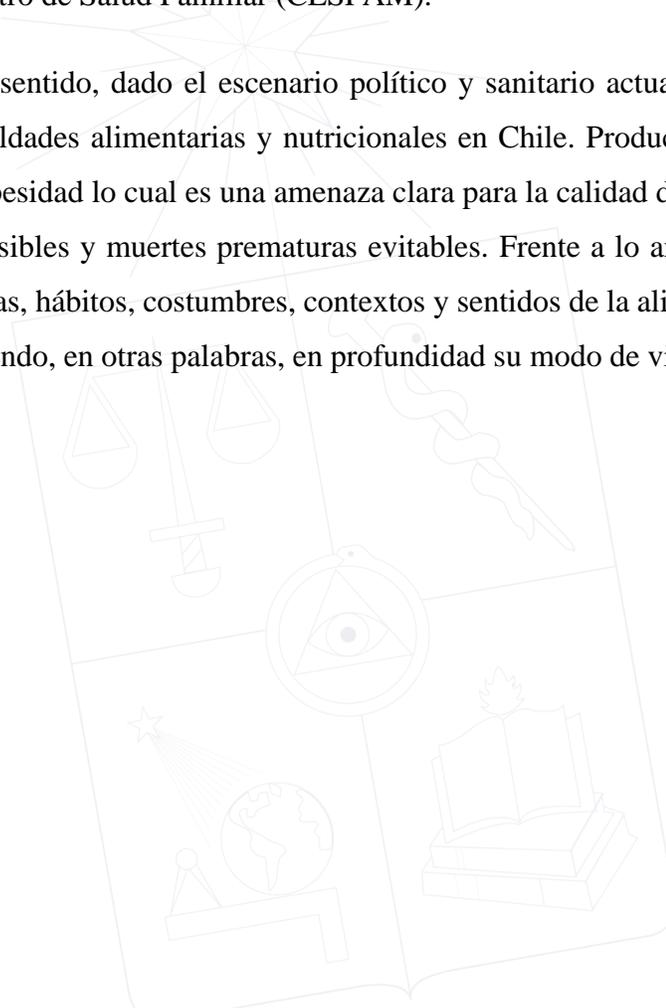
El envejecimiento saludable, definido como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que posibilita el bienestar en la vejez”, se ha establecido como una prioridad de salud y foco de la Organización Mundial de la Salud (19). No obstante, existen una serie de obstáculos que dificultan que todas las personas mayores puedan prolongar sus años de vida saludables. Acorde al último reporte del Grupo de Colaboración de Carga Atribuible a Enfermedad (16), los factores de riesgo que más aumentaron en Chile entre los años 1990 y 2019 son la glucosa elevada en sangre, el Índice de Masa Corporal (IMC) elevado y un alto consumo de bebidas azucaradas (17). Por otro lado, los tres principales factores de riesgo asociados a un mayor riesgo de mortalidad son la presión arterial elevada, niveles altos de glucosa en la sangre y un IMC elevado (17).

En este contexto, las personas mayores podrían obtener grandes beneficios al mejorar su estilo de vida. Por ejemplo, las evidencias sustentan que, a nivel global entre 30%-50% de los casos de Alzheimer pueden ser atribuidos a siete factores de riesgo modificables (inactividad física, tabaquismo, obesidad en la mediana edad, hipertensión en la adultez, diabetes, depresión y baja escolaridad). Mientras que Van de Rest et al., tras restringir el 12,5% de la ingesta energética basal y aumentar en un mismo valor la actividad física durante 13 semanas, observaron mejorías significativas sobre los parámetros metabólicos de 164 personas mayores (23). Sin embargo, en Chile existen barreras estructurales que dificultan lograr estos objetivos. Entre ellas, el 7,9% de las personas mayores está bajo la línea de la pobreza, lo que genera dificultades para cubrir la canasta básica alimentaria y no alimentaria (24). Un bajo nivel socioeconómico y costos de los alimentos también han sido identificados como las principales barreras para el incumplimiento de Guías Alimentarias por otras poblaciones (25).

Finalmente, no podemos negar que la pandemia por COVID-19 afectó prácticamente todos los ámbitos de la vida, destacando entre ellos los cambios de ambientes y hábitos alimentarios, así como también las dinámicas familiares, incluyendo cambios en la forma en adquirir los alimentos, su preparación y el consumo. De hecho, en sus momentos más álgidos, diversos problemas en las cadenas de suministros de alimentos, restricciones en la cantidad de productos que las personas podían acceder desde los supermercados, alza de precios, entre otros factores,

generaron que los sistemas alimentarios hayan sido amenazados en el acceso de las personas a los alimentos (FAO, 2020). Es decir, las complejas circunstancias generadas por la pandemia por Covid-19 han modificado drásticamente las formas en que se adquieren y consumen los alimentos, aumentando la IA en el mundo. Por ejemplo, en Chile, las comunidades se vieron obligadas a generar nuevas prácticas de consumo colaborativo como ollas comunes comunales y repartición de alimentos a Personas Mayores con problemas de movilidad. Asimismo, para las Personas Mayores, se dificultó el acceso al Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) producto de los problemas de distribución del producto por parte de los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

En ese sentido, dado el escenario político y sanitario actual es probable que se exacerben las desigualdades alimentarias y nutricionales en Chile. Produciendo, probablemente, un aumento de la obesidad lo cual es una amenaza clara para la calidad de vida futura y las enfermedades no transmisibles y muertes prematuras evitables. Frente a lo anterior, es primordial identificar las creencias, hábitos, costumbres, contextos y sentidos de la alimentación de las personas mayores, conociendo, en otras palabras, en profundidad su modo de vivir la alimentación en la actualidad.



## 2. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los niveles de seguridad alimentaria y nutricional y como estos se asocian con factores individuales, familiares, comunitarios e institucionales en las personas mayores en Chile?

## 3. Objetivo General del Proyecto

Determinar los niveles de seguridad alimentaria y nutricional, y su asociación con factores individuales, familiares, comunitarios e institucionales en personas mayores.

### 3.1 Objetivos Específicos

1. Determinar los niveles de seguridad alimentaria en Personas Mayores.
2. Identificar la situación alimentaria y nutricional de las personas mayores.
3. Establecer la asociación entre los niveles de seguridad alimentaria y nutricional y los factores individuales, familiares y comunitarios de las personas mayores.
4. Evaluar la asociación entre la inseguridad y los programas alimentarios públicos orientado a las personas mayores.
5. Explorar los aspectos socioculturales (creencias y dinámicas sociales) vinculadas a la alimentación y la inseguridad alimentaria de las personas mayores antes de la pandemia por COVID-19 y en la actualidad

## 4. Metodología

Estudio de carácter mixto, cuya característica principal es la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. Atendiendo la complejidad del tema abordado y las preguntas de investigación formuladas, el carácter mixto permite dar mayor profundidad a los procesos evaluados y observados(35). En términos de cobertura el estudio es de carácter nacional para lo cual se dividió el país en cuatro macrozonas además de la Región Metropolitana:

1. Macrozona Norte, regiones Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama.
2. Macrozona Centro-sur, regiones de Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Maule, Ñuble.
3. Macrozona Sur-Austral, regiones del Biobío, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes.
4. Región Metropolitana.

Esta decisión metodológica permite considerar (y contrastar) la heterogeneidad social y cultural existente en el país según el área geográfica de residencia.

### 4.1 Instrumentos de Recolección de Información

Considerando el carácter mixto de la investigación y los objetivos del estudio se elaboró un cuestionario (encuesta) y una pauta de entrevista para personas mayores de las diferentes macrozonas del país. En el presente documento, nos remitimos a proporcionar la información obtenida de la encuesta.

### 4.2 Muestra

En total, en la fase cuantitativa fueron encuestados 1.171 personas mayores, de las cuales, 62% corresponden al género femenino.

### 4.3 Recolección de Información

La aplicación de la *Encuesta de Salud, Seguridad Alimentaria y Calidad de Vida* (ESSALCAVI) fue realizada de forma presencial, interactuando cara a cara con cada una de las personas mayores participantes del estudio. Por su parte, la fase cualitativa fue desarrollada de forma

híbrida -presencial y telefónica- lo cual facilitó la amplitud y cobertura del estudio hacia regiones y zonas de difícil acceso.

#### **4.4 Sistematización de la información**

En esta fase de sistematización de la información se procedió a anonimizar la base de datos cuantitativos. Esta acción permite que el equipo de trabajo realice todos los análisis utilizando una base de datos en la cual resulte imposible identificar a una persona mayor.

#### **4.5 Análisis de información**

En el capítulo siguiente se presentan de forma detallada los resultados de la ESSALCAVI. El análisis de la información se realizó utilizando el software STATA versión 16 en español con el cual se analizan los datos a través de estadísticas descriptivas y analíticas. La inseguridad alimentaria se estimó utilizando el programa informático para analizar datos de la FIES denominado RM.weights del software R. R es el software estadístico oficial del proyecto de la FAO “Voices of the Hungry” y, como tal, se utiliza para aplicar métodos de estimación de la prevalencia de la inseguridad alimentaria.

#### **4.6 Comité de ética**

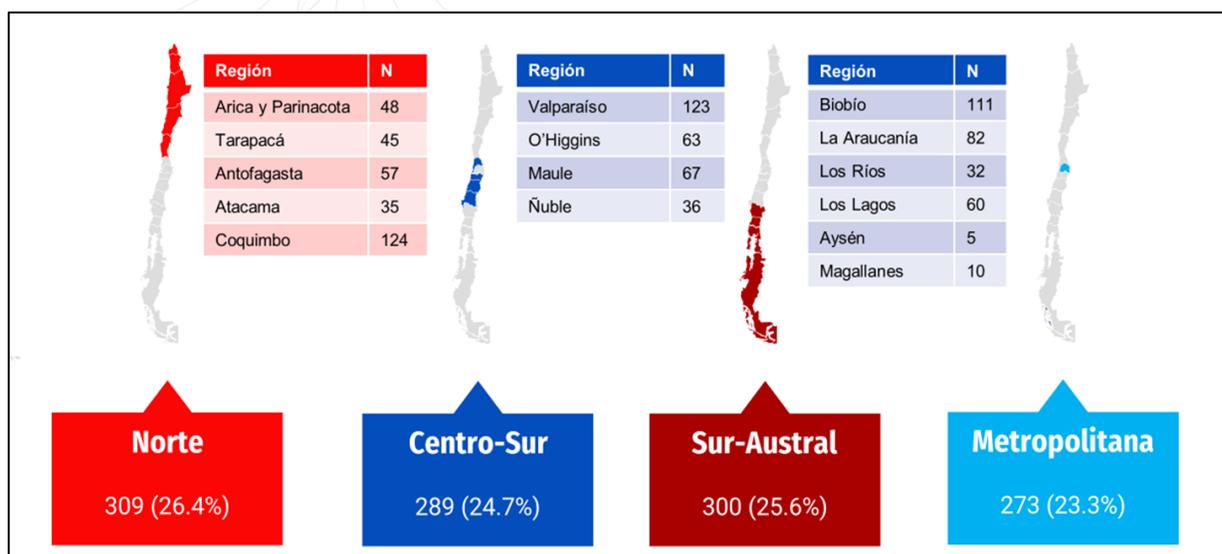
Con la finalidad de salvaguardar los aspectos éticos vinculados con la investigación con seres humanos, el protocolo de estudio y sus respectivos instrumentos, fueron aprobados bajo acta No 041/2023 el 11 de octubre del año 2023 por el Comité de Ética Científico (CEC) del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile.

## 5. Resultados

### 5.1 Descripción de la Muestra en Análisis

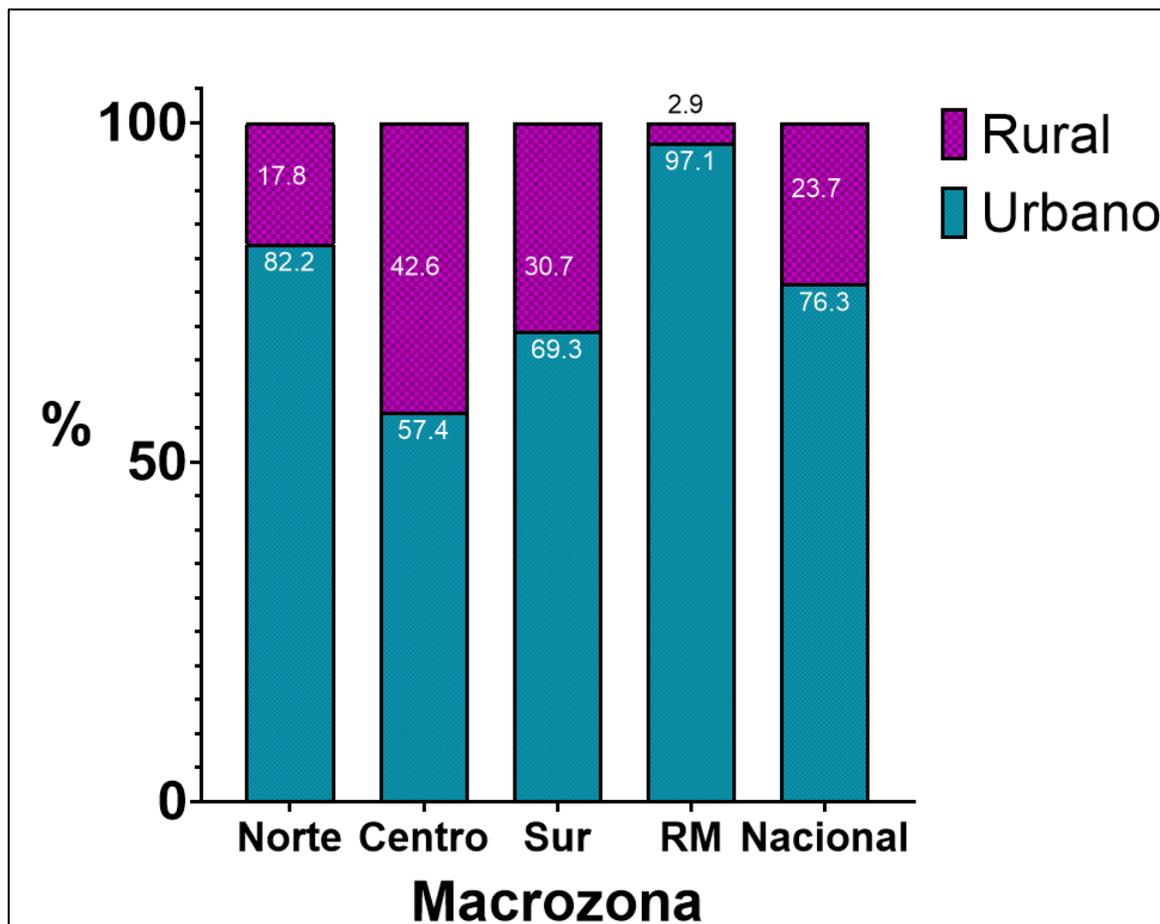
En total fueron encuestados 1.171 personas mayores de 65 o más años, de los cuales, 309 residen en la macrozona norte, 289 en la macrozona centro-sur, 300 en la macrozona sur-austral y 273 en la región Metropolitana. La región Metropolitana fue tratada de forma independiente, a pesar de ser parte de la zona central del país, dado que en ella reside alrededor del 40% de personas mayores del país, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (2020).

**Figura 1 - Distribución de la muestra de personas mayores ( $\geq 65$  años) según macrozona y región, 2024.**



Reconociendo que en Chile el 11,3% de la población total y el 14,4% de las personas mayores de 65 años y más residen en sectores rurales, el presente estudio consideró estratificar la muestra acorde al área de residencia urbano-rural. De esta forma, del total de personas incluidas en la encuesta, el 23,7% (equivalentes a 278 personas mayores) reside en sectores rurales mientras que el 76,3% lo hace en sectores urbanos. En figura 2 se presenta la distribución de personas mayores según área de residencia para cada macrozona. Los resultados permiten constatar que la diferencia de residencia urbano-rural entre las macrozonas es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

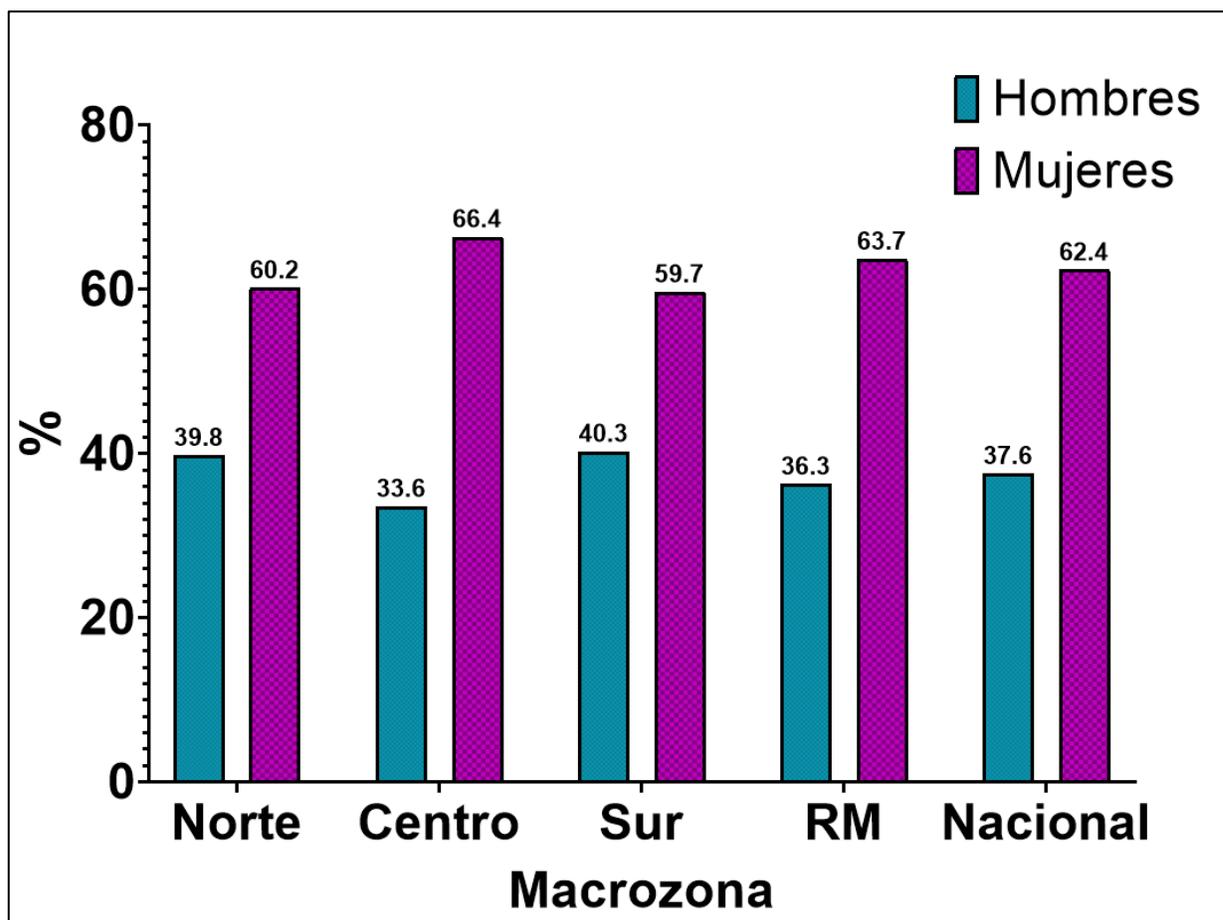
**Figura 2 – Distribución de la muestra de personas mayores ( $\geq 65$  años) según área urbano rural para cada macrozona y total nacional, 2024.**



\* Test  $X^2$  p-values < 0.001

En Chile existe un total de 2.769.187 personas de 65 y más años, según las proyecciones del INE (2022), de las cuales, 56,4% corresponde a mujeres y 43,6% a hombres. Con la intención de que la muestra en análisis se asemeje a esa realidad los datos presentados en figura 3 permiten observar la composición según sexo y macrozona de la muestra en análisis. Es posible observar una distribución bastante homogénea entre las macrozonas. De hecho, a pesar de que aparentemente en la zona Centro existe una mayor cantidad de mujeres respecto del resto de macrozonas, no existen diferencias estadísticas en la composición según sexo y macrozona ( $p > 0.05$ ).

**Figura 3 - Distribución de la muestra de personas mayores ( $\geq 65$  años) según sexo para cada macrozona y total nacional, 2024**

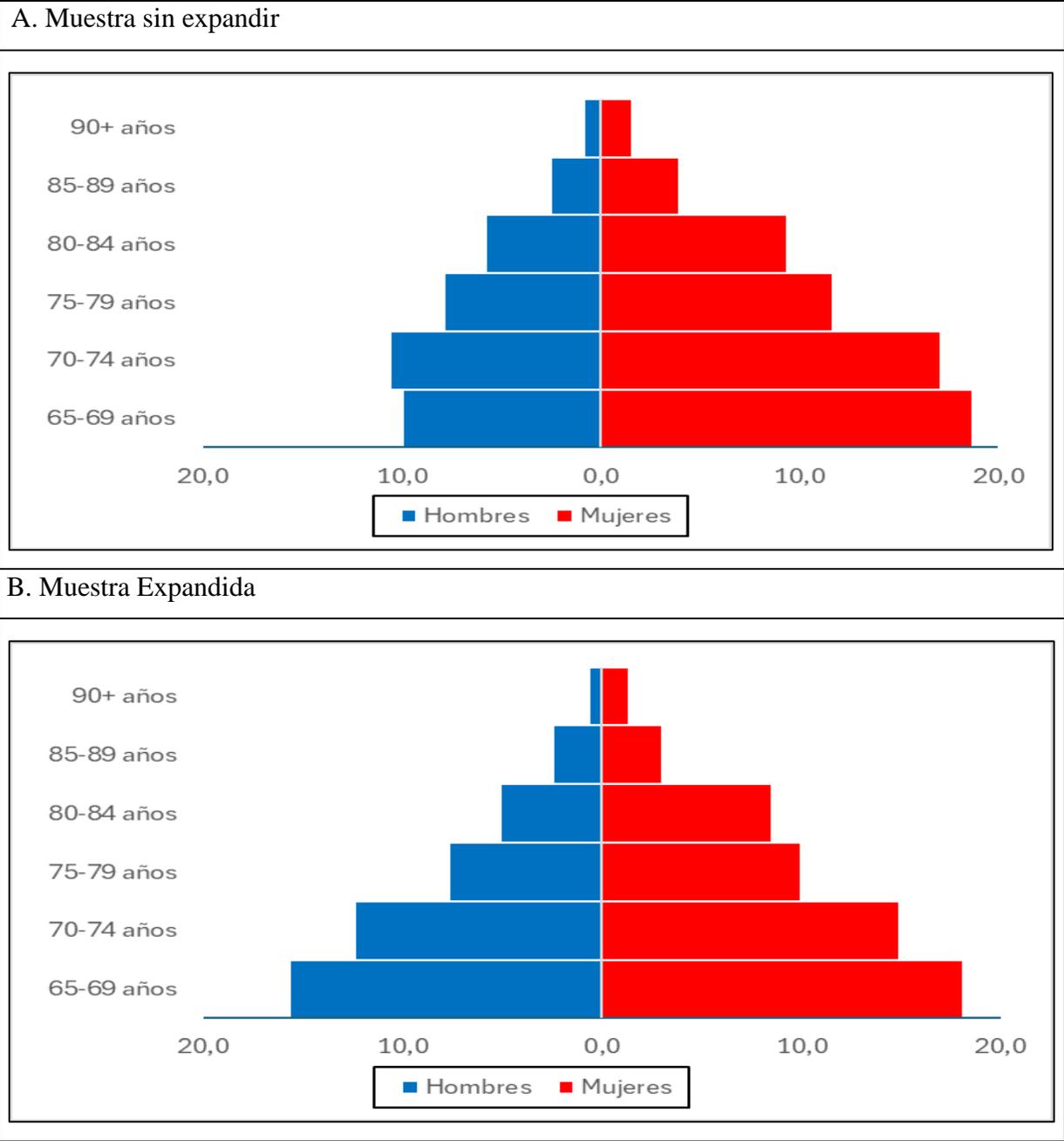


Por otro lado, en la Figura 4 se presenta la distribución por sexo y edad de la muestra total en análisis (Panel A) y de la muestra expandida (Panel B). La diferencia radica en que el panel A se refiere exclusivamente a los 1.171 adultos mayores encuestados, mientras que el panel B -al ser un estudio cuyo muestreo se realizó de forma aleatoria y considerando supuestos de representatividad según sexo, edad, región y área urbano-rural- corresponde al universo de adultos mayores existentes. Es decir, a partir del cálculo de factores de expansión se extrapolan los resultados obtenidos en la ESSALCAVI para todos los adultos mayores ( $\geq 65$  años) del país.

La gran diferencia se observa en la distribución de hombres (Panel A vs Panel B), dado que la muestra recolectada incluyó un número ligeramente menor a lo que se esperaba en el grupo etario 65-69 años. Esto puede obedecer a que una cifra no menor de hombres en este tramo etario continúa trabajando de forma permanente o parcial. Sin embargo, al considerar el factor de

expansión de la muestra este problema -obviamente- desaparece, obteniendo una distribución que refleja lo observado en el total de la población de personas mayores en el país. Para fines analíticos, todos los resultados que se presentarán en las secciones siguientes corresponden a resultados estimados considerando el factor de expansión de la muestra.

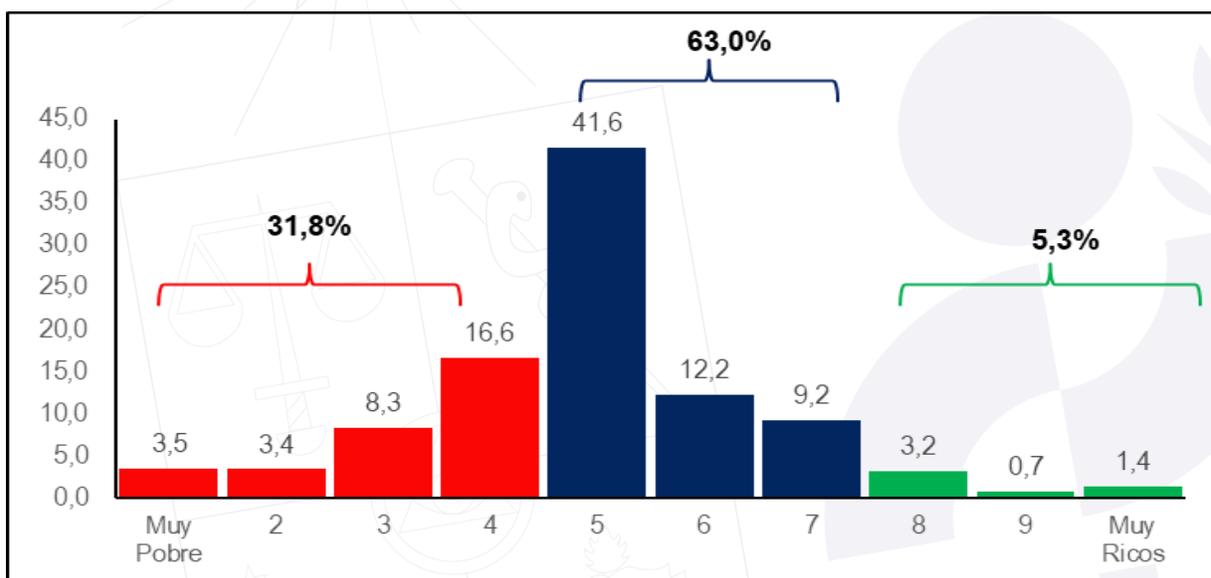
**Figura 4 – Composición de la muestra en análisis (sin expandir y expandida) según sexo y edad, Chile, 2024.**



## 5.2 Características del hogar de las personas mayores

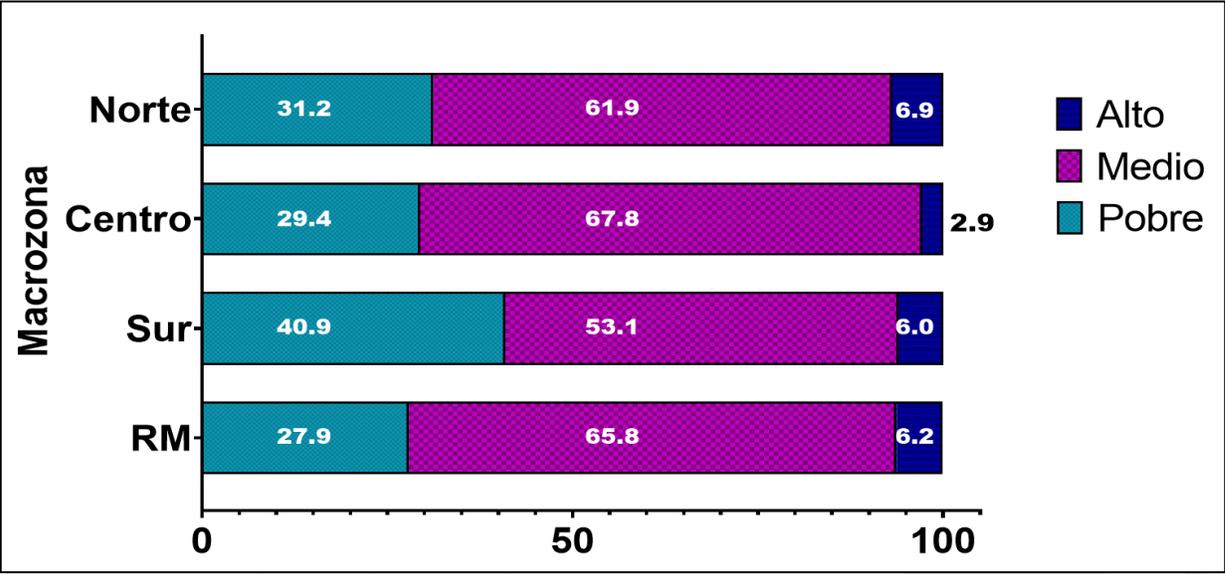
En primer lugar, en figura 5, se presenta la descripción de la condición socioeconómica del hogar de las personas mayores a nivel nacional. Esta descripción proviene de la pregunta Pensando en una escala de 1 a 10 puntos, donde el valor de 1 corresponde a hogares muy pobres y 10 a hogares muy ricos ¿Qué valor le pondría a la condición económica de su hogar?. Los resultados permiten observar que para el 31,8% la condición socioeconómica del hogar es pobre (notas entre 1 y 4), mientras que el 63% puede ser catalogado como de estatus socioeconómico medio”. Finalmente, el 5,3% otorga notas de 8, 9 o 10, equivalentes a “estatus socioeconómico alto”.

**Figura 5 – Condición socioeconómica del hogar de las personas mayores (≥65 años) a nivel nacional, 2024**



En figura 6 se puede observar la variación en la condición socioeconómica según macrozona. Los resultados permiten visualizar que la macrozona sur y norte son las que presentan el mayor porcentaje de personas mayores que se autodefinen como pobres. Estos resultados se condicen con las estadísticas de pobreza oficial. Por otro lado, es la región Metropolitana y la macrozona centro las que reflejan la menor proporción de población pobre y los mayores porcentajes de población en clase media. Finalmente, con respecto de las personas mayores “más ricas” las macrozonas norte, sur y metropolitana presentan resultados bastante similares.

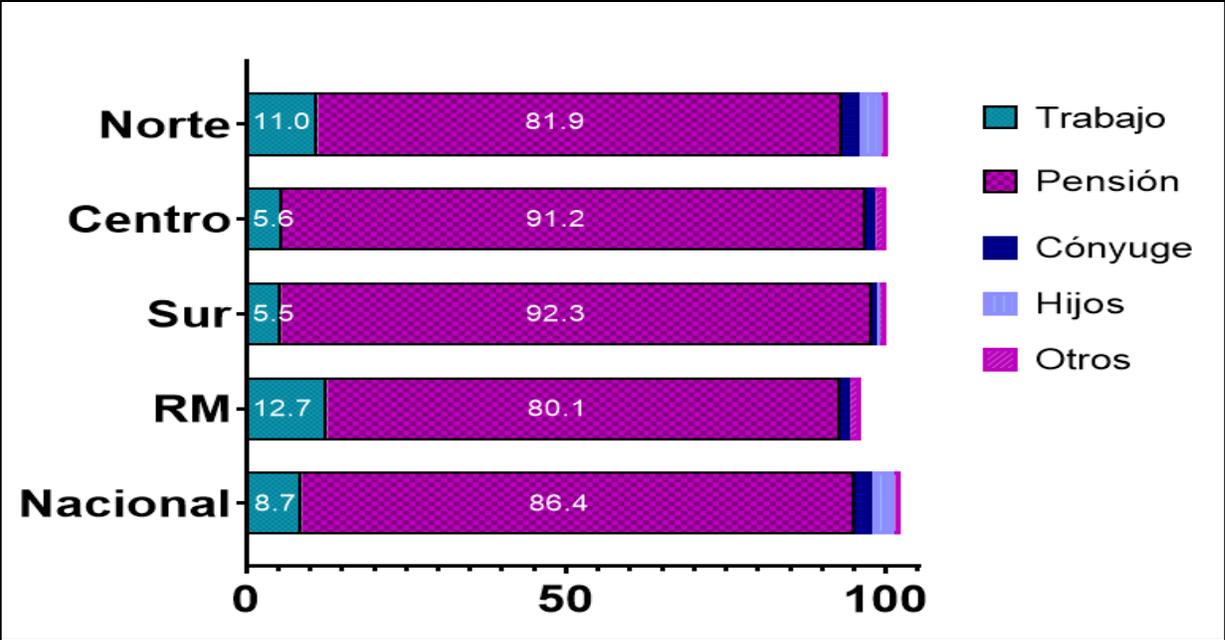
**Figura 6 - Condición socioeconómica del hogar de las personas mayores ( $\geq 65$  años) para cada macrozona, 2024**



\* Test  $X^2$  p-values < 0.001

La figura 7 presenta la descripción de la pregunta “Actualmente ¿Cuál es su principal fuente de ingreso mensual?” según cada macrozona.

**Figura 7 – Principal fuente de ingreso del hogar de las personas mayores ( $\geq 65$  años) según macrozona y total nacional, 2024.**



\* Test  $X^2$  p-values < 0.01

Los resultados permiten corroborar que los recursos económicos provenientes de la pensión son la principal fuente de ingresos de las personas mayores en cada macrozona del país. En segundo lugar, se encuentra la proveniente del trabajo. En tanto, las transferencias recibidas entre cónyuges o desde los hijos (transferencias intergeneracionales) representan un porcentaje bastante menor.

## **5.3 Caracterización del estado de salud y calidad de vida de las personas mayores**

### **C.1 Caracterización del estado de salud**

Como parte del estudio se incluye la caracterización del estado de salud y de la calidad de vida de las personas mayores. El estado de salud se evaluó a través de las siguientes variables autopercepción de salud, limitaciones funcionales (Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), enfermedades crónicas, depresión y capacidad cognitiva. En tanto para calidad de vida se consideran tres indicadores: 1) escala de satisfacción con la vida de Diener, 2) Escala de calidad de vida Eq5D, y 3) Escala de soledad de la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) versión corta (short versión 3).

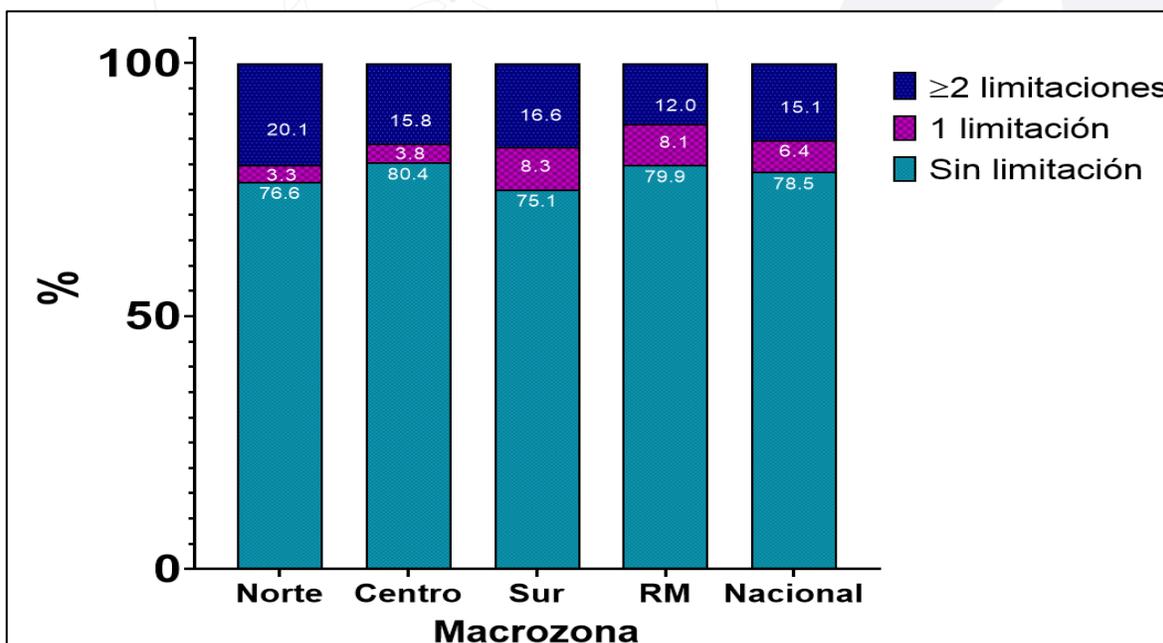
#### **C1.1 Capacidad Funcional**

Este indicador es el más importante para definir el estado de salud de las personas mayores ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la combinación de las capacidades físicas y mentales de una persona (capacidades intrínsecas) es mejor predictor de salud y bienestar que la presencia o ausencia de enfermedad. El envejecimiento saludable implica su mantención o mejoría para permitir al individuo su interacción social, bienestar y calidad de vida. De hecho, el envejecimiento saludable es definido por la OMS como *“el proceso de desarrollar y mantener la CAPACIDAD FUNCIONAL que permite el bienestar en la vejez”*. En este contexto, para el análisis del estado de salud de las personas mayores, el indicador más relevante es el referido a limitaciones funcionales para el desarrollo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los niveles básicos de funcionalidad se refieren a las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad.

Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son aquéllos que miden las actividades de la vida diaria. Dentro de ellos se pueden diferenciar los que miden las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD), las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida diaria (AAVD).

Con respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se incluyeron seis preguntas sobre ¿Es usted capaz de ...? Entre las acciones consultadas se encuentran el cruzar un cuarto caminando, vestirse, comer, bañarse, usar el W.C y acostarse o pararse de la cama sólo/a. Las posibilidades de respuesta fueron 1. Sí, sin problemas, 2. Sí, pero con dificultad, 3. No, necesita ayuda. Cada una de las variables fue dicotomizada (1. Presenta dificultad; 0. No necesita ayuda). Posteriormente, se obtuvo una variable denominada “total de ABVD”, la cual, fue categorizada en 1. Ninguna ABVD, 2) Dificultad en una ABVD y, 3) Dificultad en dos o más ABVD. Los resultados son expuestos en la figura 8, observándose que a nivel nacional el 78,5% de las personas mayores no presenta limitaciones en las ABVD. Adicionalmente, en la misma figura es posible observar diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre las diferentes macrozonas del país, detectándose que las proporciones más altas de personas mayores con una o más limitaciones corresponden a la macrozona Norte y Sur.

**Figura 8 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$  años) con limitaciones en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) según macrozona y total nacional, 2024.**

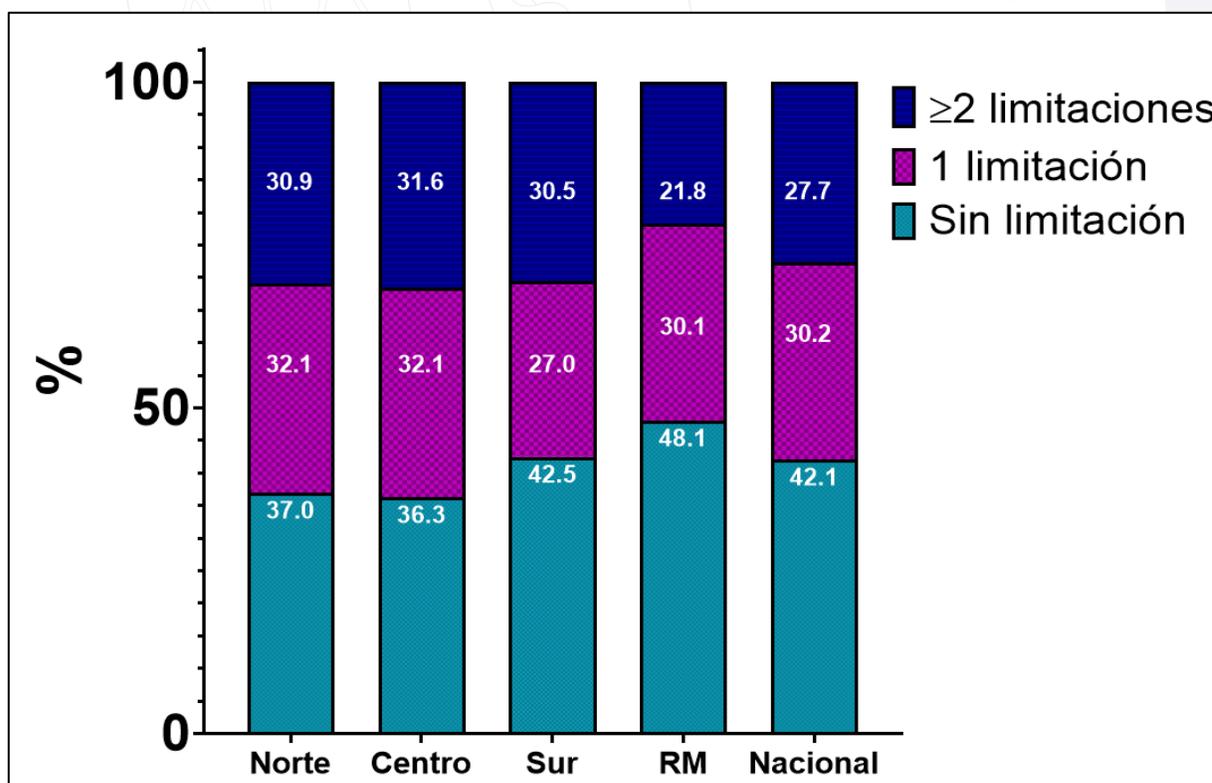


\* Test  $X^2$  p-values  $< 0.05$

Por otro lado, en la figura 9 se presentan los resultados por macrozona para las prevalencias de limitaciones funcionales para el desarrollo de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Respecto a las AIVD se consultó si la persona mayor es capaz de “hacer compras, ir a otros lugares como al médico o iglesia, preparar una comida, llamar por teléfono, o salir a caminar solo/a”. Con todas ellas se construyó la variable “Total AIVD” categorizada en 1) Ninguna AIVD, 2) Dificultad en una AIVD y, 3) Dificultad en dos o más AIVD.

Los resultados en figura 9 permiten identificar que, a nivel nacional, sobre el 50% de las personas mayores presenta limitación para efectuar una o más AIVD. Adicionalmente, se detecta que existen diferencias estadísticamente significativas entre las macrozonas del país ( $p < 0.05$ ). Por ejemplo, 30,9% de las personas mayores de la macrozona norte presentan limitaciones para el desarrollo de 2 o más AIVD, proporción que en la región Metropolitana es de 21,8%. A su vez, es la macrozona Norte y Centro las que contienen la menor proporción de personas mayores sin limitaciones para la ejecución de AIVD, las cuales corresponden a 37% y 36% respectivamente.

**Figura 9 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$  años) con limitaciones en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) según macrozona y total nacional, 2024.**



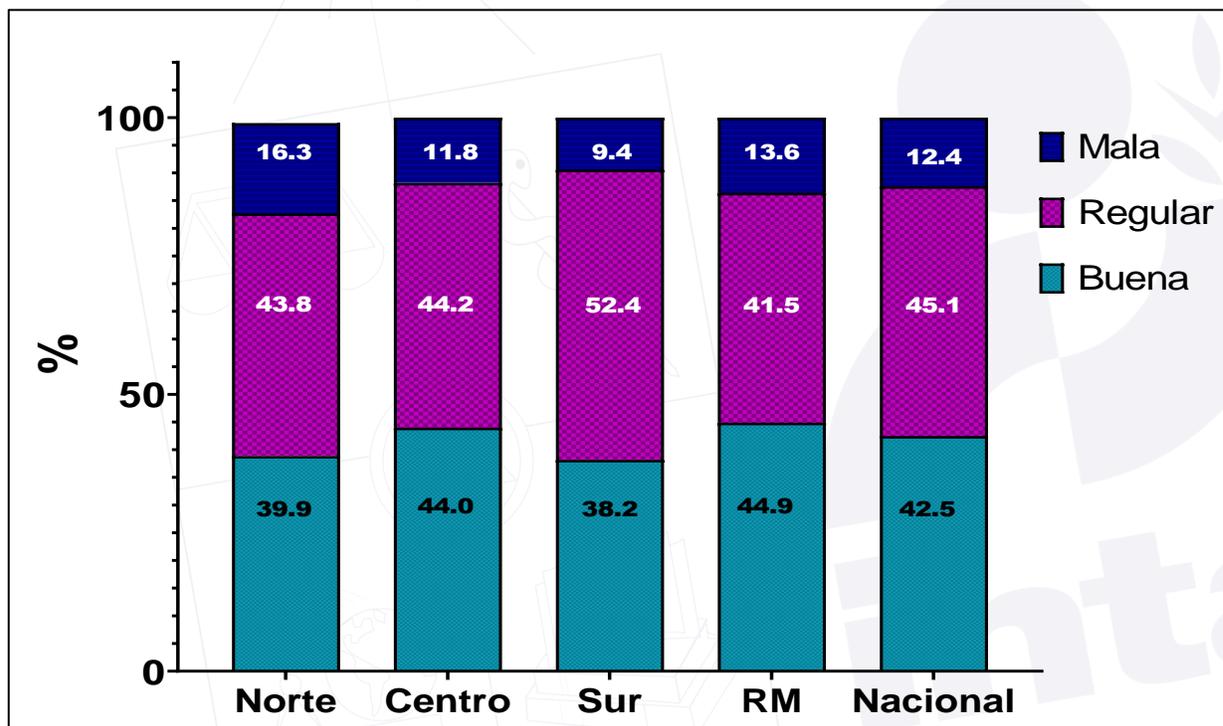
\* Test  $X^2$  p-values  $< 0.05$

## C1.2 Autopercepción de Salud

La pregunta sobre autopercepción incluida en el cuestionario corresponde a ¿Cómo evaluaría usted que es su salud en la actualidad?. Como posibilidades de respuesta se encuentra una escala que va de 1 a 5 donde 1 es muy mala y 5 es muy buena. A partir de esta escala se generaron tres categorías: 1) Buena salud; 2) regular y, 3) Mala salud.

La figura 8 exhibe los resultados describiendo de manera clara que el mayor porcentaje de personas mayores auto percibe su salud como regular. Por ejemplo, en la macrozona sur 52,4% de las personas mayores percibe su salud como regular, comparado con el 41,5% descrito para la región Metropolitana. No hubo diferencias significativas en la autopercepción de salud entre macrozonas.

**Figura 10 - Autopercepción de salud de personas mayores ( $\geq 65$  años) según macrozona y nivel nacional**



\* Test  $X^2$  p-values > 0.05

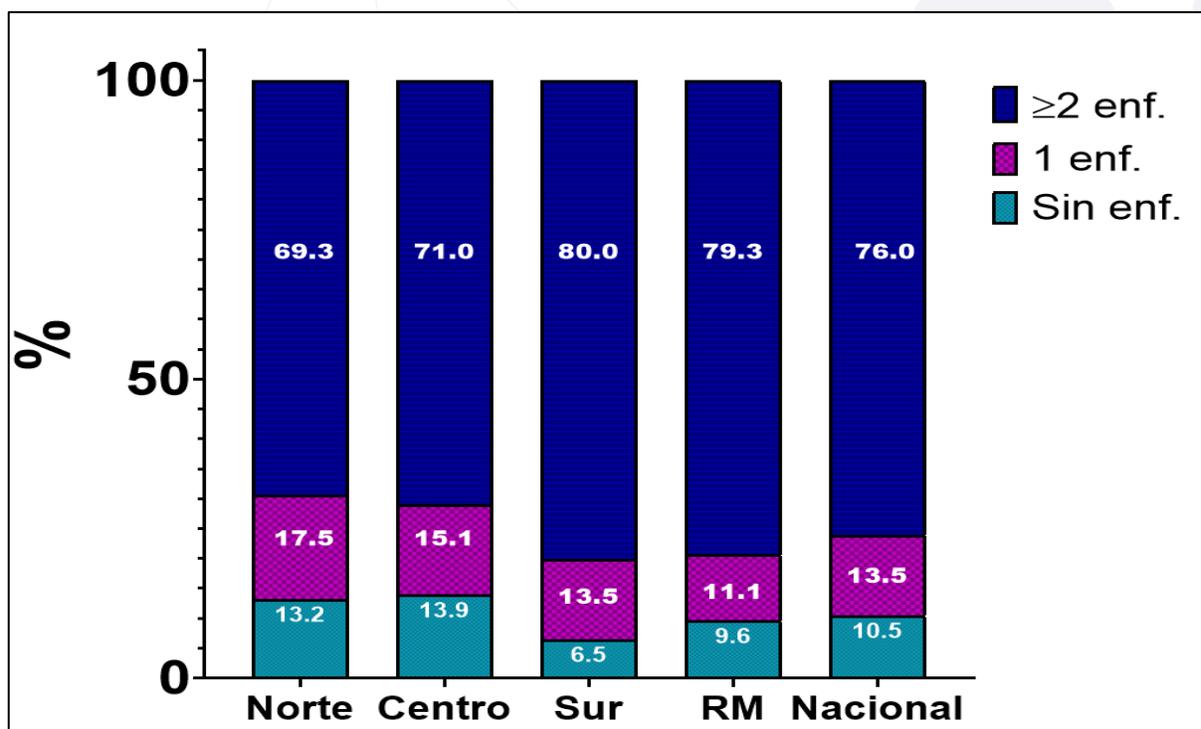
## C1.3 Enfermedades Crónicas

Por otro lado, la encuesta registra el auto reporte de enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico sobre un listado de 11 enfermedades. En específico se consultaba ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tiene ...? Consultándose por: hipertensión, diabetes, Parkinson, neoplasmas, depresión, cataratas, enfermedades osteoarticulares (artritis, artrosis), renales (insuficiencia renal) respiratorias

(Asma, enfisema, bronquitis), cardiovasculares (angina, insuficiencia), cerebrovasculares (embolia, isquemia, trombosis cerebral) u otras. Las respuestas eran afirmativas o negativas (1. Sí; 2. No). Con todas las respuestas se construyó la variable “Total de enfermedades crónicas” la cual fue categorizada en: 1) Ninguna enfermedad, 2) Una enfermedad y, 3) Multimorbilidad.

Los resultados son exhibidos en figura 11, observándose que a nivel nacional el 13,5% describe tener una enfermedad y el 76% señala tener dos o más enfermedades crónicas (multimorbilidad). A su vez, quedan en evidencia las diferencias territoriales existentes actualmente en Chile respecto de las prevalencias de enfermedades crónicas en las personas mayores ( $p < 0.05$ ), constatándose que en las macrozonas Sur y Metropolitana es dónde existe el mayor porcentaje de población con dos o más enfermedades crónicas (80% y 79,3% respectivamente).

**Figura 11 - Porcentaje de personas mayores ( $\geq 65$  años) con enfermedades crónicas según macrozona y total nacional, 2024.**



\* Test  $X^2$  p-values  $< 0.05$

En tabla 1 se exhiben las prevalencias detectadas para seis tipos de enfermedad incluidas en la encuesta. Los resultados permiten corroborar que sobre el 65% de las personas mayores en Chile, independiente de la macrozona en la que viva, presenta hipertensión, cifras similares a las reportadas en todos los estudios poblacionales en el país. Adicionalmente, se observa que existen

diferencias territoriales importantes en la prevalencia de diabetes ( $p < 0.05$ ). Por ejemplo, en la región Metropolitana 37,5% de las personas mayores ha sido diagnosticada con diabetes, mientras que en la macrozona Centro esta proporción es 7 puntos porcentuales menor, alcanzando el 30%. A su vez, las diferencias aparentes detectadas para depresión, enfermedades cardiovasculares y osteoarticulares no son estadísticamente significativos ( $p > 0.05$ ). Sin embargo, los resultados son claros en relevar que existe un porcentaje importante de personas mayores en cada una de las zonas geográficas del país que presentan este tipo de enfermedades siendo necesario la formulación de programas y/o estrategias sociosanitarias que contribuyan a revertir los efectos deletéreos sobre el bienestar en general, que producen las enfermedades crónicas.

**Tabla 1 – Prevalencia de enfermedades crónicas seleccionadas según macrozona y nivel nacional, 2024.**

Enfermedades crónicas	Norte	Centro	Sur	Metropolitana	Nacional	P-values
<b>Hipertensión</b>						
No	42,0	35,4	33,5	32,0	34,4	
Sí	58,0	64,6	66,5	68,0	65,6	N.S
<b>Diabetes</b>						
No	68,8	69,9	59,5	62,5	64,6	
Sí	31,2	30,1	40,5	37,5	35,4	<0.05
<b>Depresión</b>						
No	74,0	75,5	72,6	76,3	74,9	
Sí	26,0	24,5	27,4	23,7	25,1	N.S
<b>Enf. Cardiovasculares</b>						
No	84,0	82,2	76,3	80,5	80,4	
Sí	16,1	17,8	23,7	19,5	19,6	N.S
<b>Enf. Respiratorias</b>						
No	86,5	85,8	82,4	79,0	82,6	
Sí	13,5	14,2	17,7	21,0	17,4	<0.05
<b>Enf. Osteoarticulares</b>						
No	62,7	55,9	54,0	50,6	54,2	
Sí	37,3	44,1	46,1	49,4	45,8	N.S
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	

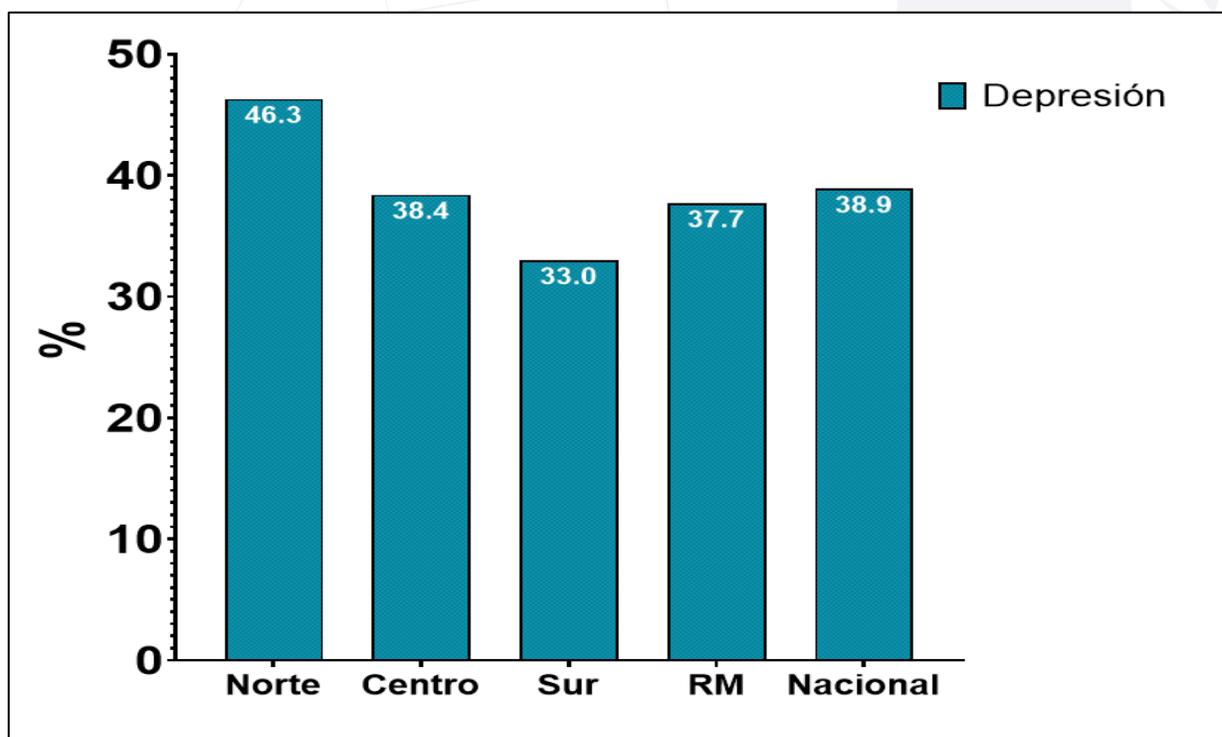
N.S resultado no significativo

Ahora bien, la ESSALCAVI 2024 incluyó la escala Geriatric Depression Scale (GDS-5), la cual, tal como el nombre refiere incluye cinco preguntas (1. ¿Se sintió básicamente satisfecho(a) con su vida?; 2. ¿Se sintió aburrido(a) frecuentemente?; 3. ¿Se sintió desvalido(a) con frecuencia?; 4. ¿Prefirió quedarse en la casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?; 5. ¿Se sintió inútil o que no vale nada en su situación actual?) cuyas categorías de respuesta son si o no. Con esta

información, la GDS-5 permite considerar como personas con depresión a todas aquellas que obtienen 2 o más puntos de los cinco posibles.

Los resultados para el total nacional y cada una de las macrozonas en análisis son exhibidos en la figura 12 y permiten constatar que a nivel nacional 38,9% de las personas mayores presentan depresión. Adicionalmente, se detectó que existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de depresión según macrozona. Por ejemplo, la macrozona Norte es la que ostenta la mayor proporción de personas mayores con depresión (46,3%) seguida de la macrozona Centro (38,4%). Mientras que la macrozona sur es la que presenta la menor proporción de personas mayores con depresión, sin embargo, de igual forma, el porcentaje de personas con depresión supera el 30%.

**Figura 12 - Prevalencia de depresión según Geriatric Depression Scale (GDS-5) por macrozona y total nacional, 2024.**



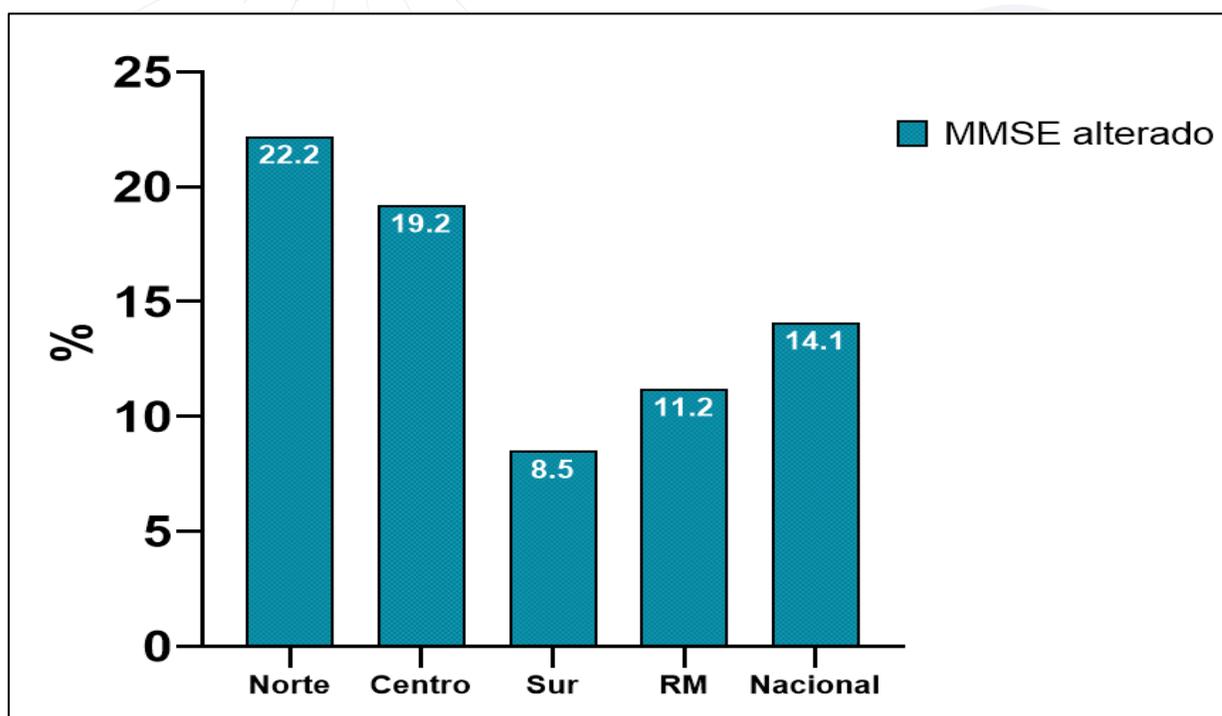
\* Test  $X^2$  p-values < 0.05

Otro indicador de salud ampliamente usado es el test Mini-Mental State Examination (MMSE) el cual se utiliza como screening de deterioro cognitivo. La ESSALCAVI 2024 incorpora la versión abreviada, la cual, arroja un puntaje máximo de 19 puntos. Con ello, se clasifica como

un test normal a las personas que obtienen 14 puntos o más y como una prueba de resultado alterado a quienes obtienen 13 puntos o menos.

Los resultados del MMSE abreviado según total nacional y para cada macrozona en estudio son exhibidos en la figura 13. Queda en evidencia que, a nivel nacional, un 14% de las personas mayores presenta un MMSE alterado, siendo la macrozona Norte y Centro las cuales ostentan la mayor proporción de personas mayores con sospecha de deterioro cognitivo, mientras que la macrozona sur presenta el menor porcentaje entre todas las zonas geográficas analizadas. Las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

**Figura 13 - Prevalencia de puntaje alterado del Mini-Mental State Examination (MMSE) por macrozona y total nacional, 2024.**



\* Test  $X^2$  p-values < 0.001

Finalmente, en la tabla 2, con la intención de identificar posibles variaciones ya no sólo territoriales como las descritas en los párrafos anteriores, sino que también socioeconómicas, se presenta el cruce o asociación entre cada indicador de salud descrito y la variable escolaridad. En primer lugar, queda en evidencia que entre los menos escolarizados el mayor porcentaje declaró tener una salud regular, mientras que, entre los más escolarizados, 66,2% declaró tener buena salud. Situación desfavorable para los menos escolarizados también es observable en el

resto de los indicadores de salud. Por ejemplo, entre aquellos con baja escolaridad (0-8 años) 19% presenta limitaciones en la ABVD, 35,6% en las AIVD, 42,9% presenta depresión y 17,6% presenta un MMSE alterado. Lo cual, es completamente diferente para el caso de los más escolarizados (13+ años), los cuales, para las mismas dimensiones de salud presentan proporciones menores estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). Sólo para el caso de las enfermedades crónicas no se evidencia la existencia de un gradiente educacional, por lo cual, sólo en esta condición de salud pareciera ser que no existen diferencias entre tener más o menos escolaridad.

**Tabla 2 – Asociación entre dimensiones de salud y escolaridad de las personas mayores ( $\geq 65$  años) en Chile, 2024.**

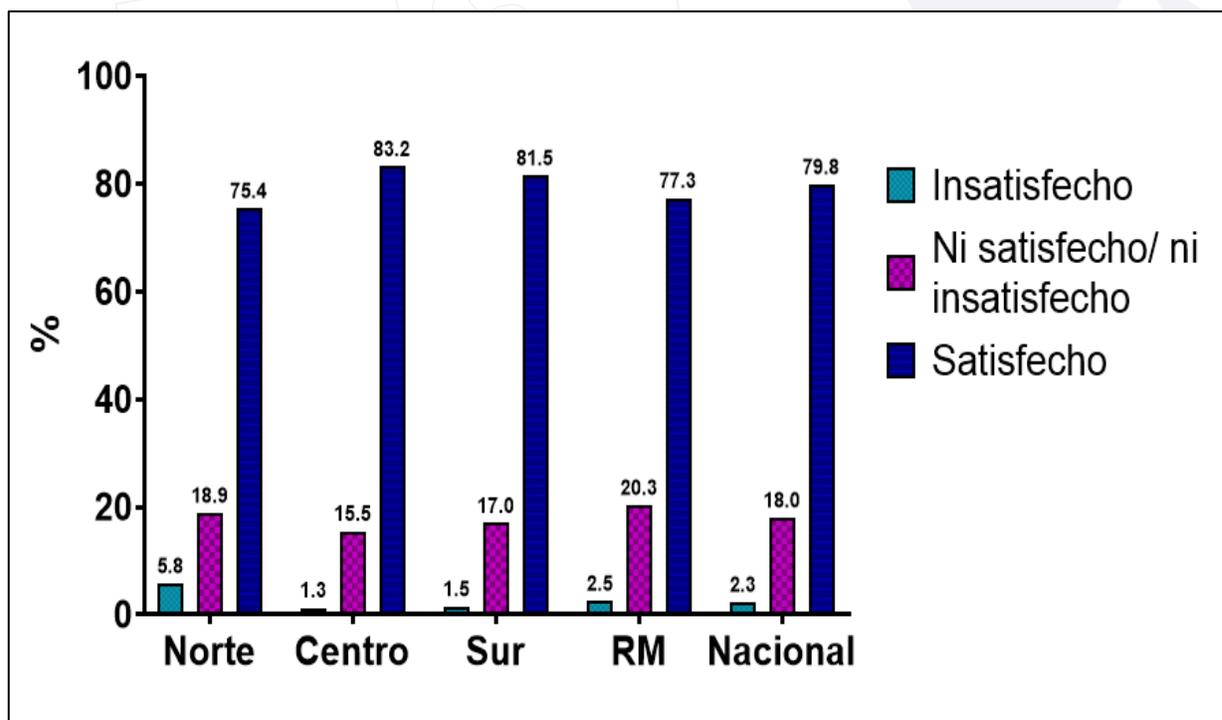
Variables	Escolaridad			Total Nacional	p-value
	0-8 años	9-12 años	13+ años		
<b>Autopercepción de salud</b>					
Buena	33,1	45,7	66,2	42,5	< 0.001
Regular	51,0	43,8	28,6	45,1	
Mala	15,9	10,4	5,1	12,4	
<b>Limitaciones ABVD</b>					
Ninguna ABVD	73,8	80,0	91,0	78,5	< 0.001
Una ABVD	7,1	5,7	5,6	6,4	
Dos o más ABVD	19,1	14,3	3,4	15,1	
<b>Limitaciones AIVD</b>					
Ninguna AIVD	34,9	49,5	49,5	42,1	< 0.001
Una AIVD	29,5	28,2	37,1	30,2	
Dos o más AIVD	35,6	22,4	13,4	27,7	
<b>Enfermedades Crónicas</b>					
Ninguna	9,5	12,8	8,8	10,5	N.S.
Una enfermedad	12,9	14,0	14,4	13,5	
Multimorbilidad	77,6	73,1	76,9	76,0	
<b>Depresión</b>					
Sin depresión	57,1	63,6	82,3	63,2	< 0.001
Con depresión	42,9	36,4	17,7	36,8	
<b>Capacidad Cognitiva (MMSE)</b>					
Normal	82,4	88,1	92,7	85,9	< 0.01
Alterada	17,6	11,9	7,3	14,1	

N.S. resultado no significativo

## C.2 Descripción de la Calidad de vida de las personas mayores

El primer indicador de calidad de vida incluido en el análisis corresponde al nivel de satisfacción con la vida que poseen las personas mayores. Para ello, se utilizó la escala de satisfacción con la vida (SWLS por sus siglas en inglés) propuesta por Diener (1985) que consiste en cinco enunciados a los cuales la persona debe asignar el grado de concordancia con ellos, con una nota que de 1 a 7, dónde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es totalmente de acuerdo. Los cinco enunciados son: 1) En gran parte, su vida está cerca a lo ideal; 2) Las condiciones de su vida son excelentes; 3) Está satisfecho con su vida; 4) Hasta ahora ha conseguido las cosas importantes que quiere en la vida; 5) Si volviera a nacer no cambiaría casi nada. Dado que la puntuación de la escala va de 5 a 35 puntos la variable satisfacción con la vida considera tres categorías finalmente. Estas son: 1) Satisfecho ( $\geq 25$  puntos); 2) Ni satisfecho / Ni insatisfecho (15 a 24 puntos). 3) Insatisfecho ( $\leq 14$  puntos). Los resultados son exhibidos en la figura 14.

**Figura 14 – Nivel de satisfacción con la vida de las personas mayores ( $\geq 65$  años) según escala Satisfaction with Life Scale (SWLS) para el nivel nacional y cada macrozona, 2024.**



\* Test  $X^2$  p-values < 0.01

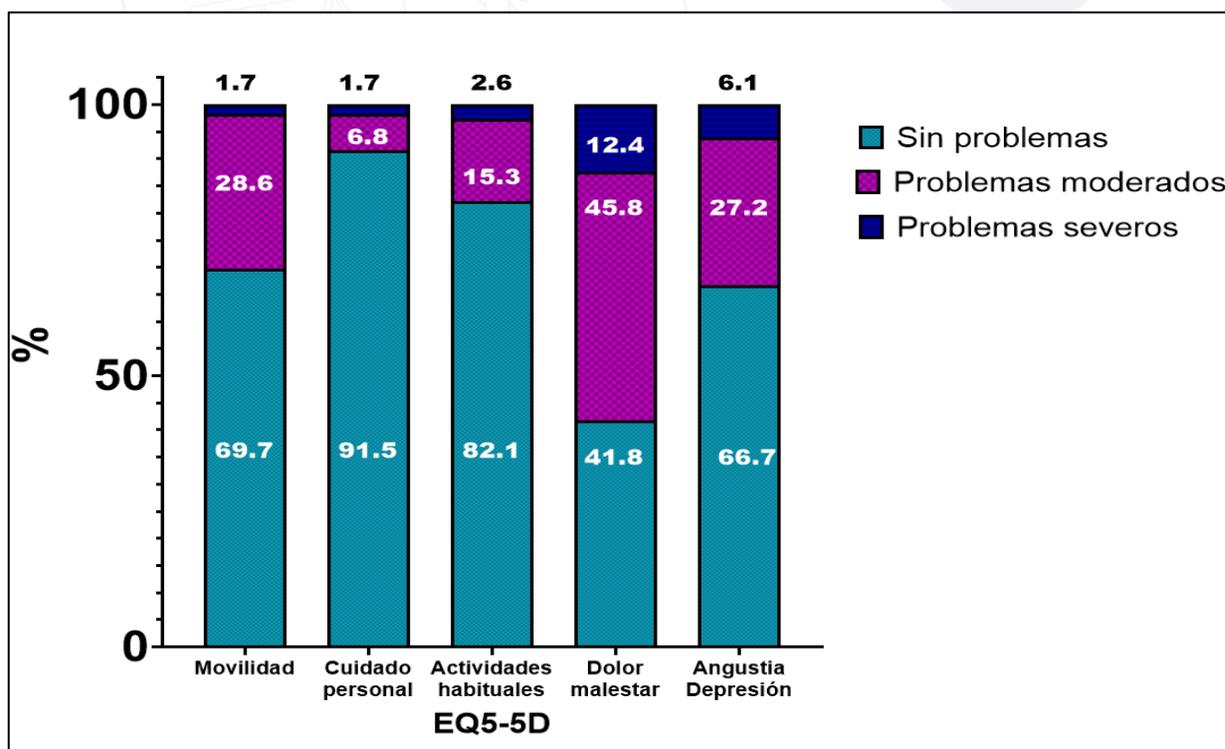
De modo general la figura 14 muestra que las personas mayores en Chile se encuentran mayoritariamente satisfechas con la vida. A nivel nacional el porcentaje de personas satisfechas

con la vida es del 80% y en todas las macrozonas del territorio nacional el grado de satisfacción supera el 75%. Aunque, el grado de satisfacción con la vida es ligeramente menor en la macrozona norte con respecto a la realidad del resto de áreas geográficas del país.

Una segunda escala de calidad de vida fue introducida en la encuesta la cual corresponde la escala EQ-5D. Esta escala es un instrumento genérico y estandarizado elaborado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud. En ese orden, mide cinco dimensiones: i) movilidad, ii) cuidado personal, iii) Actividades diarias, iv) Dolor y/o malestar, v) angustia y/o depresión. Cada una de estas dimensiones se divide en tres niveles o 3 posibles respuestas para cada pregunta; “sin problemas”, “con problemas moderados” y “con problemas severos”.

La Figura 15 muestra el porcentaje de personas que declaran tener algún problema, según la severidad (sin problema, problemas moderados o problemas severos), en cada dimensión. Dolor/malestar es la dimensión en la que las personas declaran problemas (moderados y/o severos) con mayor frecuencia, 58,2%. Angustia es la segunda más declarada con el 32,3%.

**Figura 15 – Calidad de vida de las personas mayores (≥65 años) según escala EQ-5D para el total nacional, 2024.**



En la tabla siguiente se presenta la distribución porcentual obtenida para cada una de las cinco dimensiones según macrozona. Los resultados permiten visualizar que en cuidado personal y

actividades habituales existen importantes diferencias entre las macrozonas. Por ejemplo, en la región Metropolitana es donde las personas mayores manifiestan más problemas (moderados y severos) para el desarrollo de actividades habituales tales como trabajar, tareas domésticas, actividades familiares, etc. Mientras que en la macrozona Sur es donde las personas presentan menores problemas para el cuidado personal. Del resto de actividades incluidas en la escala, a pesar de evidenciar diferencias entre las macrozonas, estas son aparentes, no resultado estadísticamente diferentes ( $p > 0.05$ ).

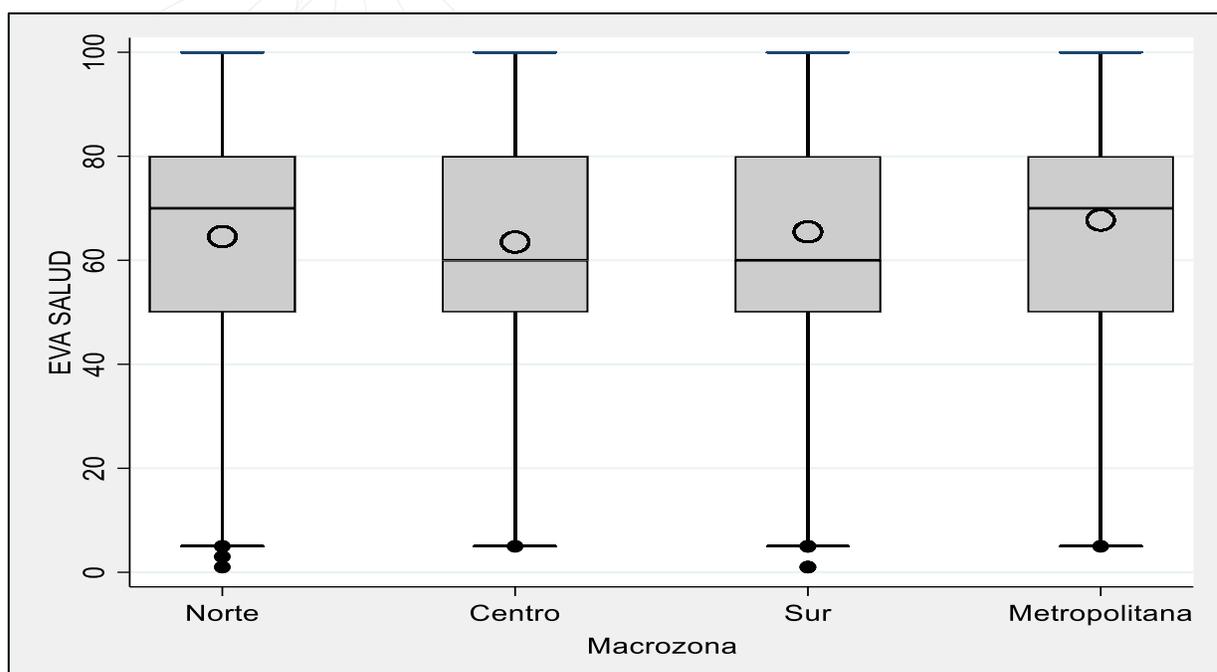
**Tabla 3 - Calidad de vida de las personas mayores ( $\geq 65$  años) según escala EQ-5D para cada macrozona en estudio, 2024.**

Macrozona	Eq5D	Sin problemas	Problemas moderados	Problemas severos
Norte	Movilidad	70,9	25,8	3,3
	Cuidado personal	90,0	6,1	3,9
	Actividades habituales	85,1	13,2	1,8
	Dolor o malestar	47,9	40,4	11,7
	Angustia	71,3	22,7	6,0
Centro	Movilidad	72,0	25,5	2,5
	Cuidado personal	90,4	6,8	2,8
	Actividades habituales	82,6	13,2	4,2
	Dolor o malestar	40,3	45,9	13,8
	Angustia	65,8	28,1	6,2
Sur	Movilidad	67,6	31,9	0,6
	Cuidado personal	95,1	3,9	1,0
	Actividades habituales	84,9	11,8	3,3
	Dolor o malestar	45,1	44,5	10,4
	Angustia	67,9	26,8	5,3
Metropolitana	Movilidad	68,8	29,7	1,5
	Cuidado personal	90,4	8,9	0,7
	Actividades habituales	79,1	19,9	1,1
	Dolor o malestar	38,9	48,1	13,0
	Angustia	65,3	28,1	6,7

\* Test X<sup>2</sup>: Movilidad p-values > 0.05; Cuidado personal p-values < 0.05; Actividades habituales p-values < 0.05; Dolor p-values > 0.05; Angustia p-values > 0.05

El EQ- 5D tiene tres componentes de los cuales uno corresponde al sistema descriptivo de EQ-5D que fue descrito anteriormente. Otro corresponde al Índice EQ-5D y, el tercero se refiere a la Escala Análoga Visual (EQ-VAS). La Escala Análoga Visual (EQ-VAS) ofrece un método sencillo para valorar la autopercepción del estado actual de salud. La escala utilizada es una escala vertical de 20 cm graduada en unidades en que, en su tope presenta 100 puntos representando el “mejor estado imaginable de la salud” y en su parte más baja 0 puntos, para graficar el “peor estado imaginable de la salud”. La persona mayor encuestada valora su estado actual de salud dibujando una línea desde la caja marcada “su propio estado de la salud hoy” hasta el punto de que represente mejor su salud en el EQ VAS.

**Figura 16 – Autopercepción de salud según la Escala Análoga Visual (EQ-VAS) para cada macrozona en estudio, 2024.**



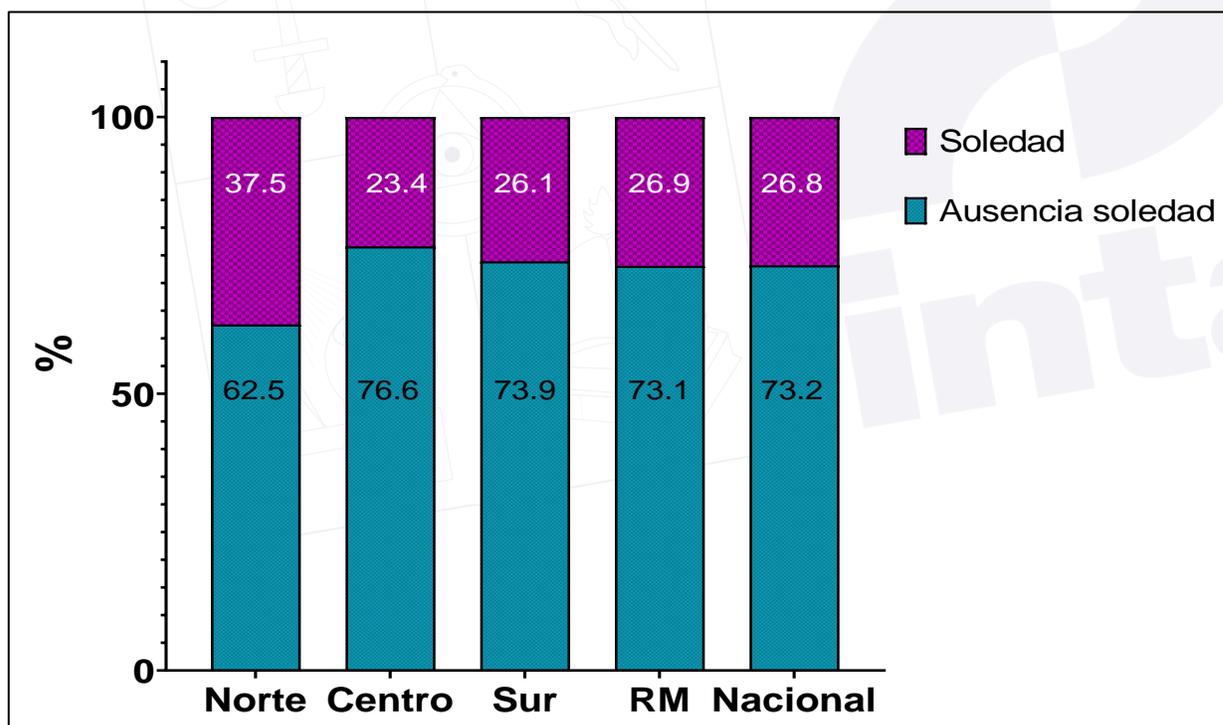
\* Test Kruskas Willis p-values < 0.05

A nivel nacional se detectó que el 50% (mediana) de las personas mayores asignó un puntaje equivalente a 70 puntos para su estado de salud actual, mientras que el valor promedio nacional (media) fue de 65 puntos. En tanto, los resultados de la EQ-VAS para cada macrozona en estudio son exhibidos en figura 16, incluyendo el valor medio (circulo) y la mediana (raya horizontal al interior de la caja). En general, se obtuvo que el 50% de las personas mayores en las macrozonas Norte y Metropolitana asignaron una puntuación de 70 o más puntos a su estado de salud actual,

con una media de 64.7 puntos en el Norte y 69.3 puntos en la Metropolitana. En tanto, en el caso de las macrozonas Centro y Sur el 50% de las personas (mediana) asignó una puntuación equivalente a 60 puntos o más a su estado de salud actual.

El tercer indicador de calidad de vida incorporado en el estudio está relacionado con la escala de soledad diseñada por la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) en su versión abreviada 3 (UCLA Loneliness Scale, Version 3). Esta escala incluye las siguientes tres preguntas: 1) ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?; 2) ¿Con qué frecuencia se siente excluido(a)?; 3) ¿Con qué frecuencia se sientes aislado(a) de los demás?. A partir de estas se crea la variable soledad cuya categorización corresponde a “ausencia de soledad” y “soledad”. Los resultados de soledad son exhibidos en la figura 17. Estos permiten constatar que el 26,8% de las personas mayores a nivel nacional sienten soledad. Adicionalmente, significativas diferencias territoriales fueron observadas ( $p < 0.001$ ). Por ejemplo, la macrozona Norte es la que presenta el mayor porcentaje de personas con soledad, alcanzando al 37,5% de su población. Mientras que, en el otro extremo, se encuentra la macrozona Centro con 23,4%.

**Figura 17 – Soledad según la “UCLA Loneliness Scale, Version 3” para el total nacional y cada macrozona en estudio, 2024.**

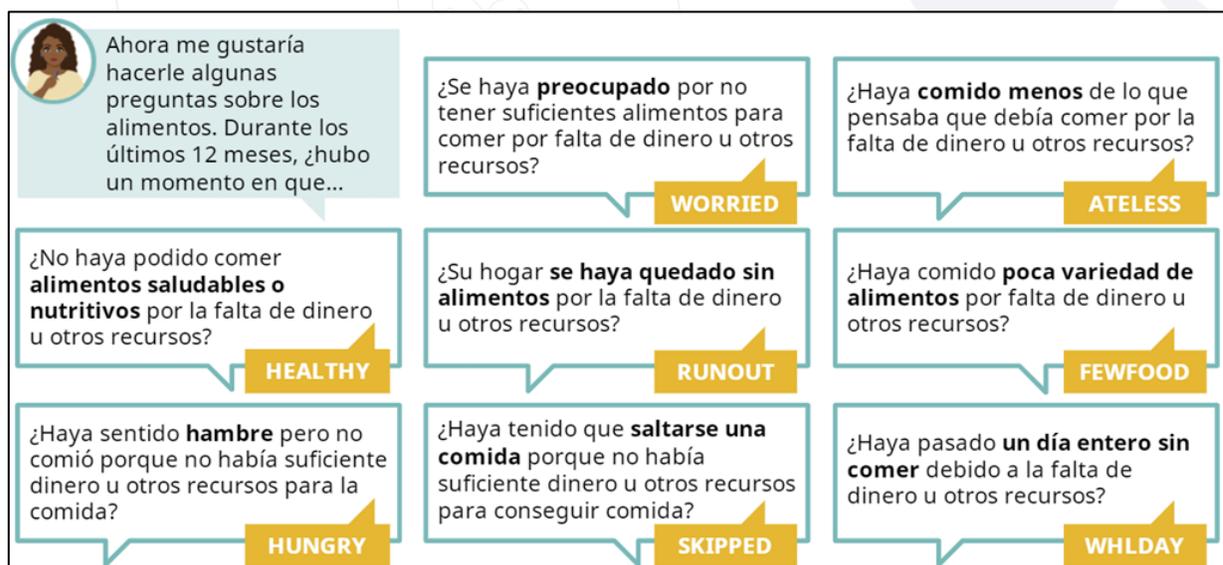


\* Test  $X^2$  p-values < 0.001

## D. Niveles de Seguridad Alimentaria en Personas Mayores.

En esta sección se exhiben resultados que permiten responder al objetivo específico relativo a determinar los niveles de seguridad alimentaria en personas mayores en Chile, según macrozonas. Es necesario destacar que la ESSALCAVI incluyó la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (Food Insecurity Experience Scale. FIES) propuesta por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Food and Agriculture Organization -FAO). Esta escala está compuesta por ocho preguntas que se refieren a las experiencias del encuestado individual o del hogar del encuestado en su conjunto. Las preguntas se centran en experiencias y comportamientos relacionados con la alimentación que describen los encuestados relacionados con dificultades crecientes para acceder a los alimentos debido a limitaciones de recursos. En figura 18 se describen cada una de las 8 preguntas que incluye la FIES-FAO.

**Figura 18 – Preguntas que incluye la escala FIES-FAO para medir inseguridad alimentaria**

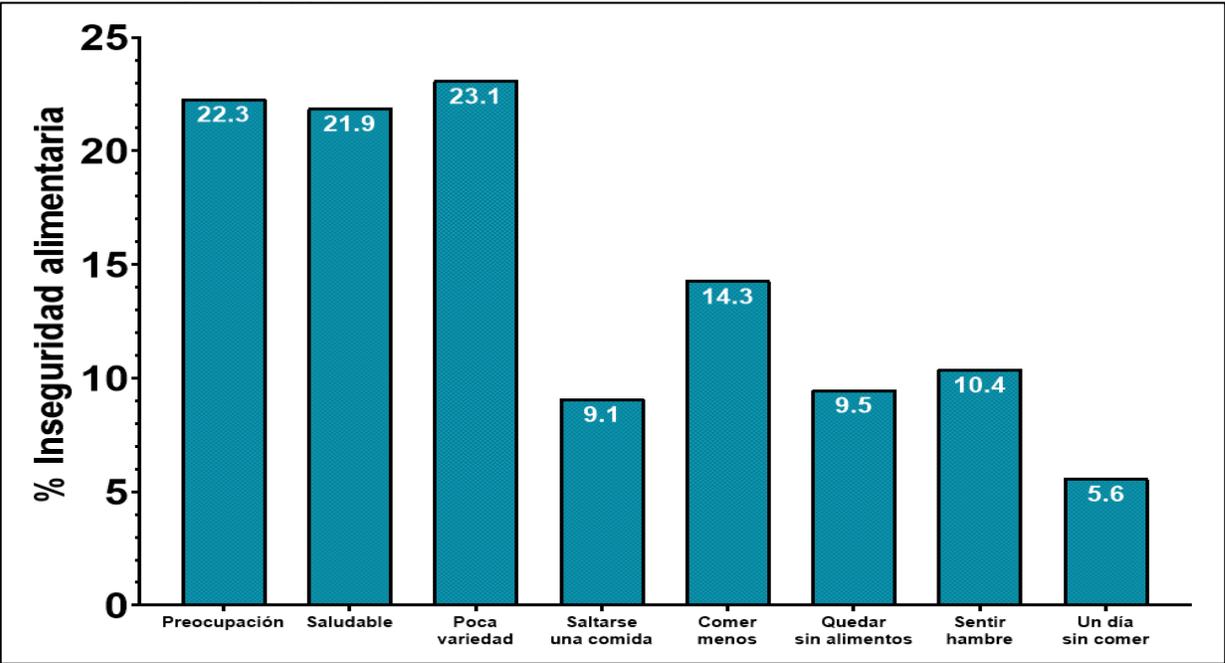


Fuente: FAO, 2019

Cada una de las ocho preguntas tiene como posibilidad de respuestas afirmaciones positivas (Si) o negativas (No) y los sucesos por los cuales indaga la FIES se enmarcan en un período referido a los últimos 12 meses.

Con la información recopilada es posible realizar un análisis descriptivo y, a su vez, calcular el índice de inseguridad alimentaria. A continuación, en la figura 19 exponemos los resultados descriptivos de la escala FIES para la realidad nacional. Como puede observarse, los porcentajes más altos fueron detectados en las preguntas relacionados con la preocupación por no tener suficientes alimentos (Worried), no haber podido comer alimentos saludables (Healthy) y por haber comido poca variedad de alimentos por falta de comida (Fewfood). En contraste con ello, se encuentra el 5,6% de personas mayores que señala que pasó todo un día sin comer alimentos debido a la falta de dinero u otros recursos.

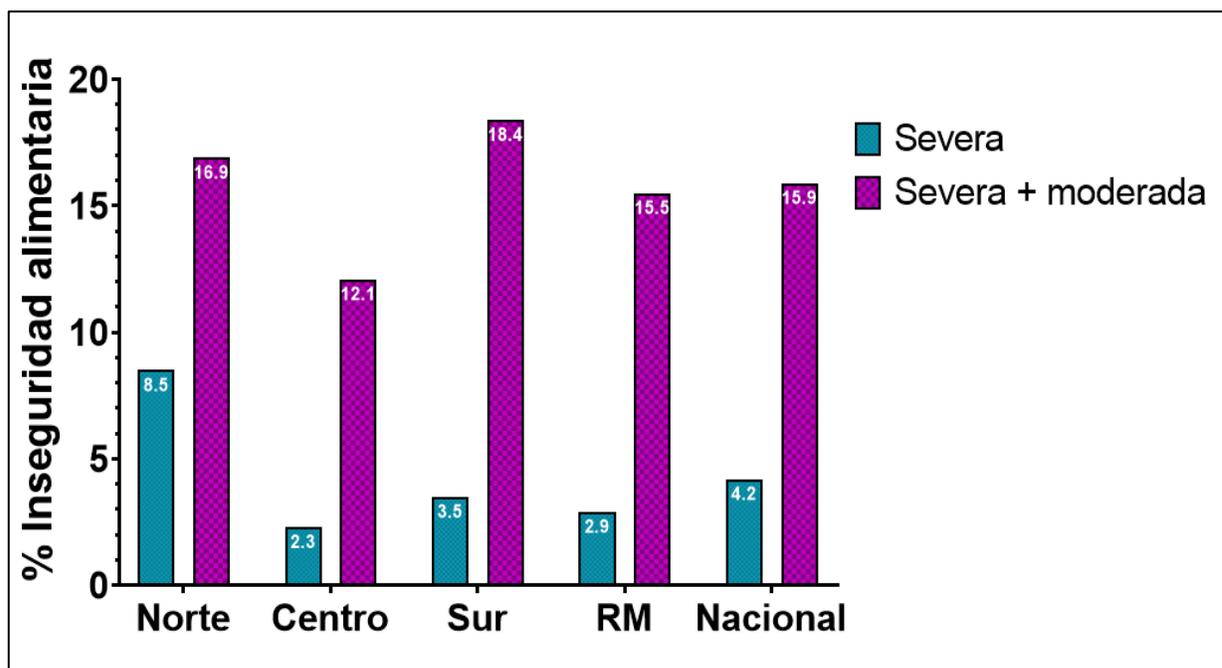
**Figura 19 - Frecuencia relativa de respuestas positivas de personas mayores (≥65 años) a cada pregunta de la escala FIES-FAO, Chile 2024.**



**D.1 Índice de Inseguridad Alimentaria**

En figura 20 se presentan los resultados obtenidos al calcular el índice de inseguridad alimentaria -mediante el uso del software R- para el total nacional y para cada macrozona. Los resultados señalan que, a nivel nacional 4,2% de las personas mayores enfrentaron inseguridad alimentaria durante los últimos 12 meses. Proporción que aumenta a 15,9% cuando se considera de forma conjunta aquellas personas expuestas a inseguridad alimentaria moderada y severa.

**Figura 20 – Niveles de inseguridad alimentaria moderada y severa de las personas mayores (≥65 años) según macrozona y nivel nacional, 2024.**

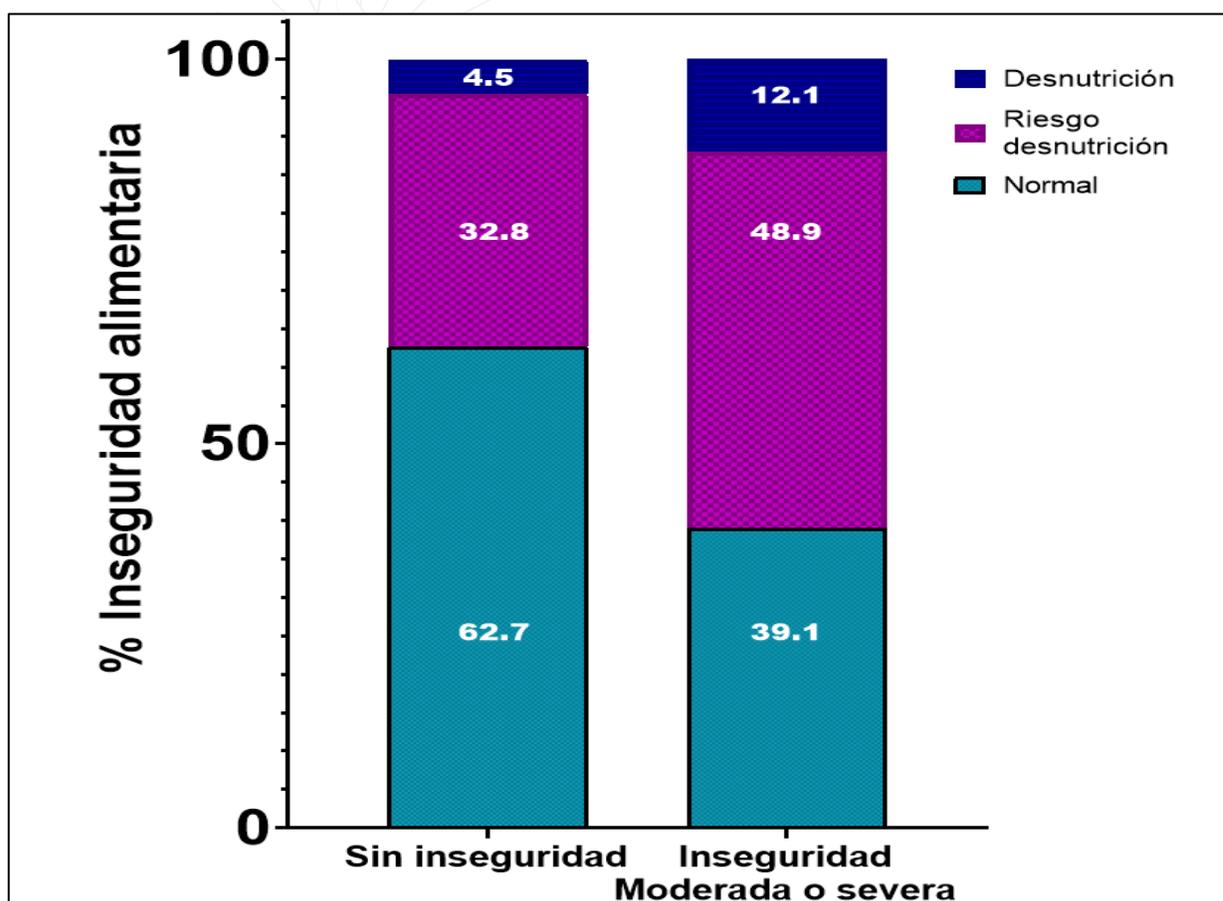


Adicionalmente, la figura 20 permite observar variaciones territoriales en la inseguridad alimentaria entre las personas mayores. Por ejemplo, es en la macrozona Norte donde existe el mayor nivel de inseguridad alimentaria entre las personas mayores (8,5%). En tanto, cuando se considera la inseguridad moderada y severa, es posible observar, en la misma figura 20, que es la macrozona Sur la que presenta la mayor proporción de población (18,4%) expuesta a inseguridad alimentaria. Finalmente, es la macrozona Centro la que presenta el menor nivel de inseguridad alimentaria severa entre las personas mayores (2,3%). Sin embargo, prácticamente el 10% de las personas mayores residentes en ese territorio han enfrentado en los últimos 12 meses inseguridad moderada. La realidad descrita en términos de los niveles de inseguridad alimentaria focalizada a la población adulta mayor deja de manifiesto que: las personas de la macrozona norte presentan mayores niveles de inseguridad severa en comparación con todo el país. No obstante, son las personas de la macrozona sur las que presentan los porcentajes más altos de inseguridad severa y moderada de forma conjunta. Por lo cual, la inseguridad alimentaria en personas mayores es un fenómeno que requiere de mayores esfuerzos en términos de estrategias y/o políticas públicas nutricionales y de transferencia de recursos que permitan reducir los niveles de inseguridad alimentaria aquí descritos.

## D.2 Índice de Inseguridad Alimentaria y salud

En figura 21 se presentan los resultados del análisis comparativo entre inseguridad alimentaria y estado nutricional (obtenido del mini-nutritional). Queda en evidencia que el porcentaje de personas mayores con riesgo de desnutrición y en desnutrición son significativamente mayores entre aquellos adultos mayores que tienen inseguridad alimentaria moderada o severa.

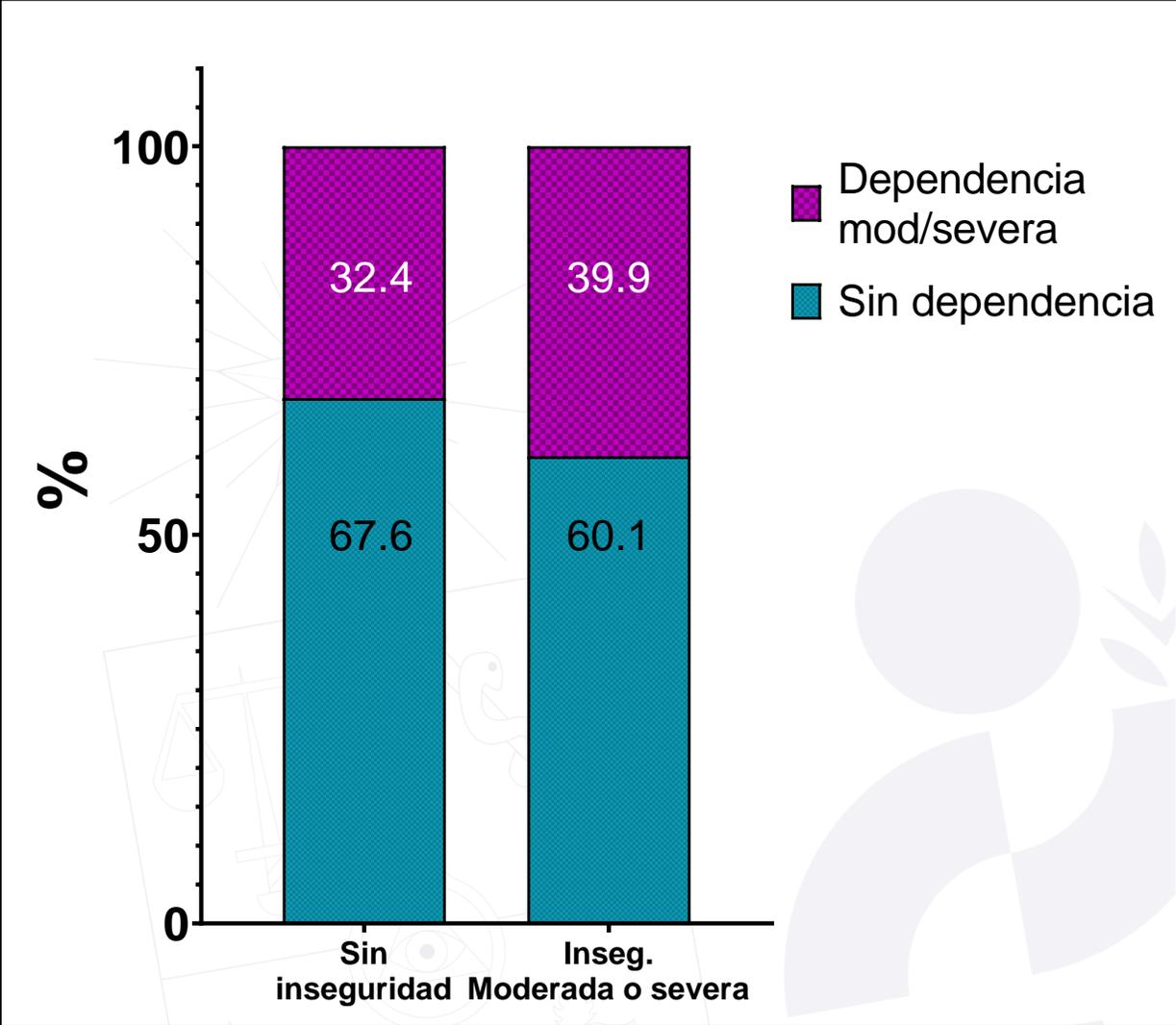
**Figura 21 – Inseguridad alimentaria según estado nutricional de las personas mayores ( $\geq 65$  años) a nivel nacional, 2024.**



\* Test  $X^2$  p-values < 0.001

Adicionalmente, en figura 22 se observa que la inseguridad moderada y/o severa es más prevalente entre aquellas personas mayores que presentan dependencia severa. Es decir, que señalan tener limitaciones para desarrollar una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales de la vida diaria. Esto se traduce en que, 40% de los que presentan inseguridad alimentaria presentan a su vez, dependencia severa.

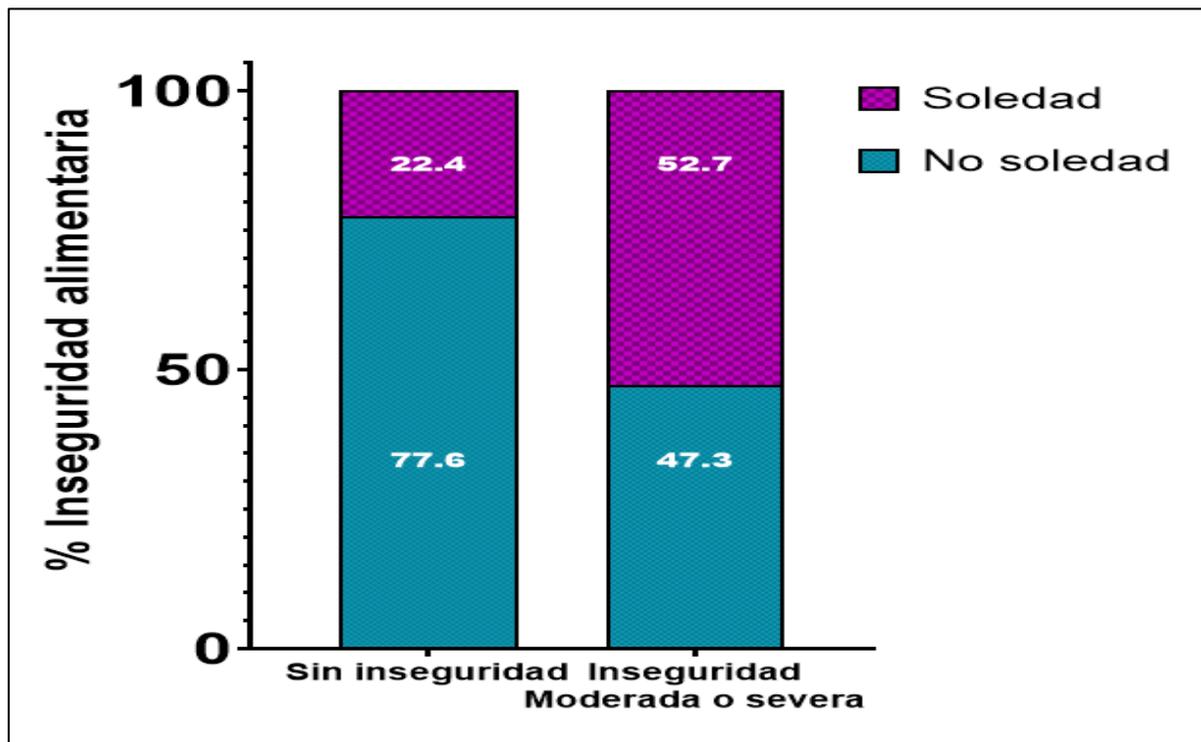
**Figura 22 - Inseguridad alimentaria según nivel de dependencia de las personas mayores (≥65 años) a nivel nacional, 2024.**



\* Test X<sup>2</sup> p-values < 0.05

Por último, en figura 23 se puede observar que, a su vez, entre aquellas personas mayores que sufren inseguridad alimentaria, el 52.7% señala vivir en soledad. Lo cual, es estadísticamente diferente (p-values < 0.001) a lo identificado para el grupo que no presenta inseguridad alimentaria.

**Figura 23 - Inseguridad alimentaria según soledad auto percibida (escala UCLA, versión 3) de las personas mayores (≥65 años) a nivel nacional, 2024.**



Test  $X^2$  p-values < 0.001

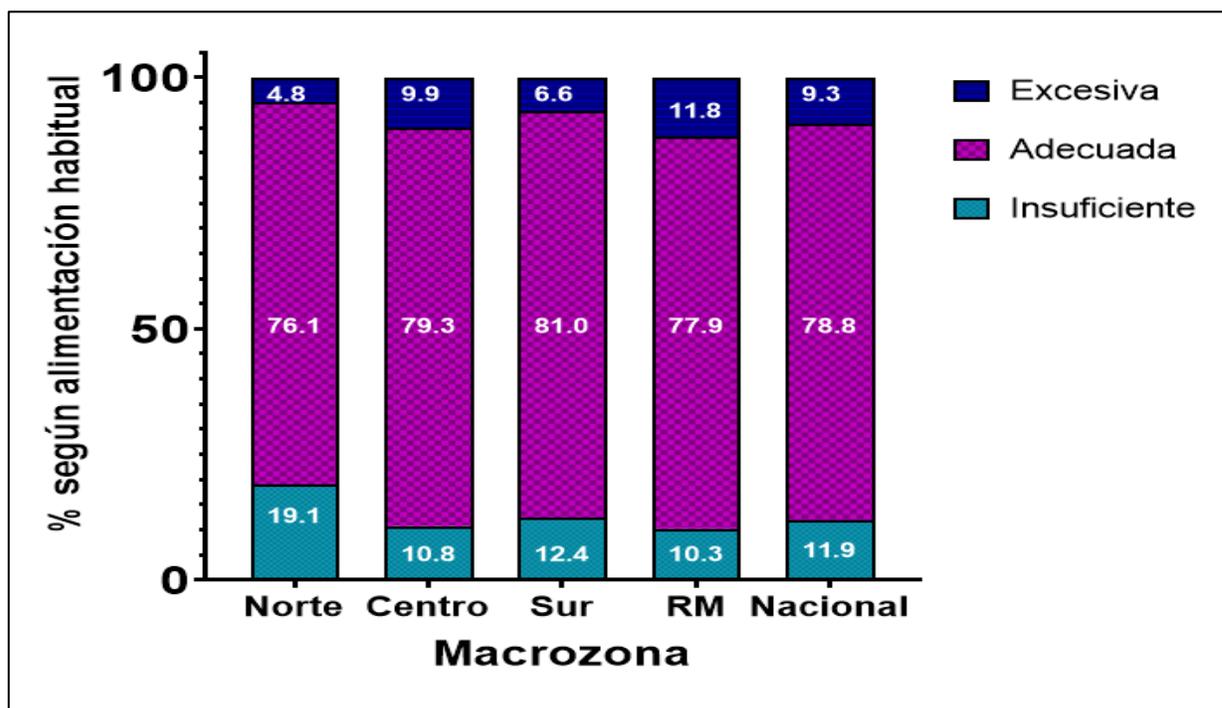
### **E. Identificar la Situación Alimentaria y Nutricional de las Personas Mayores.**

Otro de los objetivos específicos del estudio consiste en identificar la situación alimentaria y nutricional de las personas mayores. Para dar cuenta de este objetivo, en esta sección se incluyen indicadores relativos a la percepción subjetiva de la alimentación habitual, del precio de ciertos productos y la frecuencia de consumo de algunos productos seleccionados. Posteriormente, se da cuenta del estado nutricional de las personas mayores, utilizando para ello el test “Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF).

En primer lugar, en figura 24 se presentan los resultados obtenidos de la pregunta “¿En su opinión, cree usted que su alimentación habitual es en cuanto a la cantidad? 1. Insuficiente. 2. Apenas suficiente, 3. Adecuada, 4. Algo excesiva y, 5. Muy excesiva, las cuales fueron agrupadas en 1) insuficiente, 2) adecuada y 3) Excesiva. Los resultados describen que, a nivel nacional, 78,8% de las personas mayores consideran que su alimentación es adecuada. Sin embargo, un

porcentaje no menor, equivalente al 11,9% describe como insuficiente su alimentación actual. Porcentaje que se eleva al 19% en la macrozona norte.

**Figura 24 – Frecuencia relativa de personas mayores según la percepción subjetiva de su alimentación habitual para cada macrozona y nivel nacional, 2024.**

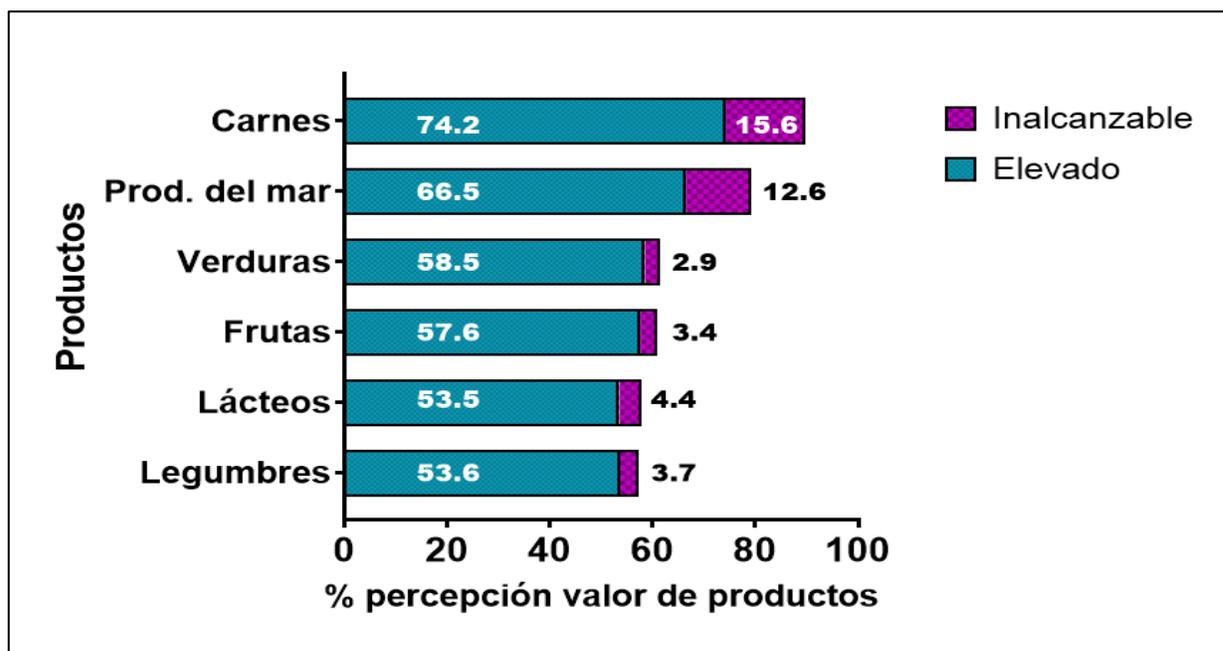


\* Test  $X^2$  p-values < 0.05

Otro indicador relacionado con la situación alimentaria y nutricional de las personas mayores incluido en la encuesta fue ¿pensando en los siguientes tipos de alimentos, cuál es su percepción del precio de cada uno de ellos?. Los alimentos incluidos fueron carnes, productos del mar, verduras, frutas, lácteos y legumbres. y las posibilidades de respuesta eran 1) barato, 2) adecuado, 3) elevado o caro y 4) inalcanzable. Los resultados son exhibidos en la figura 25.

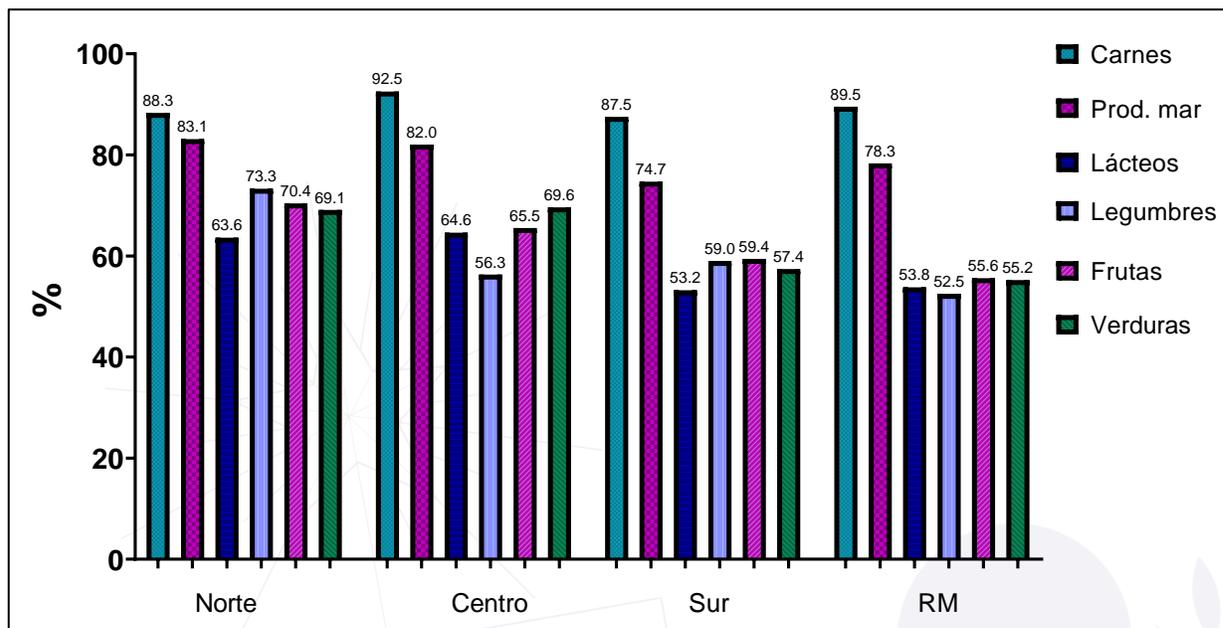
Para cada uno de los seis alimentos consultados, sobre el 50% de las personas mayores lo considera elevado o inalcanzable. Sin embargo, para el caso de las carnes, prácticamente el 90% de las personas mayores considera su precio como elevado o inalcanzable, seguido del 81% que atribuye estas mismas características (elevado y caro) al precio de los productos del mar.

Figura 25 – Frecuencia relativa de personas mayores a nivel nacional declarando que el valor de productos seleccionados es elevado o inalcanzable, 2004.



En figura 26 se presenta la comparación en la percepción del precio de los productos según macrozona. La realidad es bastante similar. Sólo en el caso de las frutas las diferencias aparentes observables entre las macrozonas resultaron no ser estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

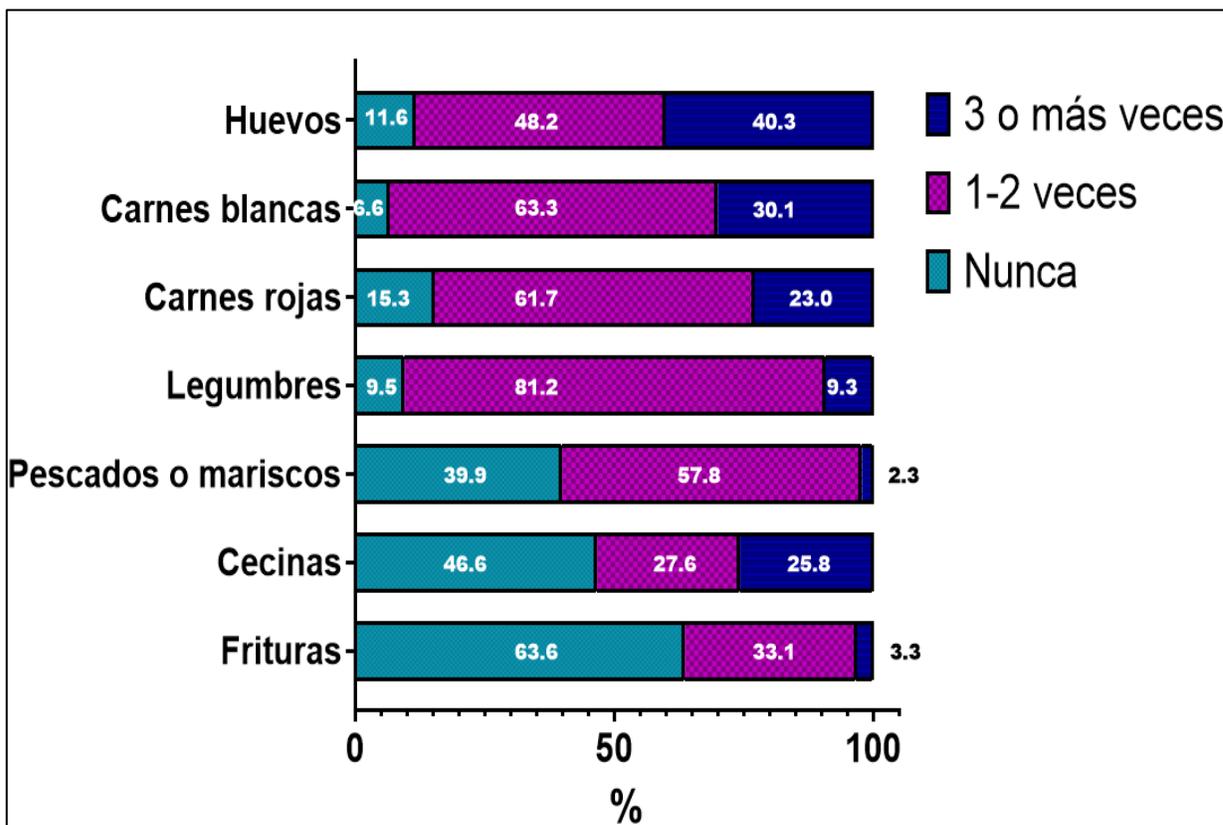
**Figura 26 – Distribución relativa de personas mayores declarando que el valor de productos seleccionados es elevado o inalcanzable según macrozonas, 2004.**



\* Test  $\chi^2$  Carnes  $p = 0.030$ ; Productos del Mar  $p = 0.016$ ; Lácteos  $p < 0.001$ ; Legumbres  $p < 0.001$ ; Frutas  $p = 0.065$ ; Verduras  $p = 0.004$

Por otro lado, en la figura 27 se presentan los resultados relacionados con la frecuencia de consumo de alimentos seleccionados a nivel nacional. Los resultados permiten observar que que sobre el 80% de las personas mayores consumo al menos una vez a la semana huevos. De igual forma, se constata que el 93.4% consume al menos una vez a la semana carnes blancas y el 83.7% consume al menos una vez a la semana carnes rojas. Un aspecto positivo recae en que el 90.5% de las personas mayores en Chile consumen legumbres y, el 63.6% señala que no consume frituras ninguna vez a la semana.

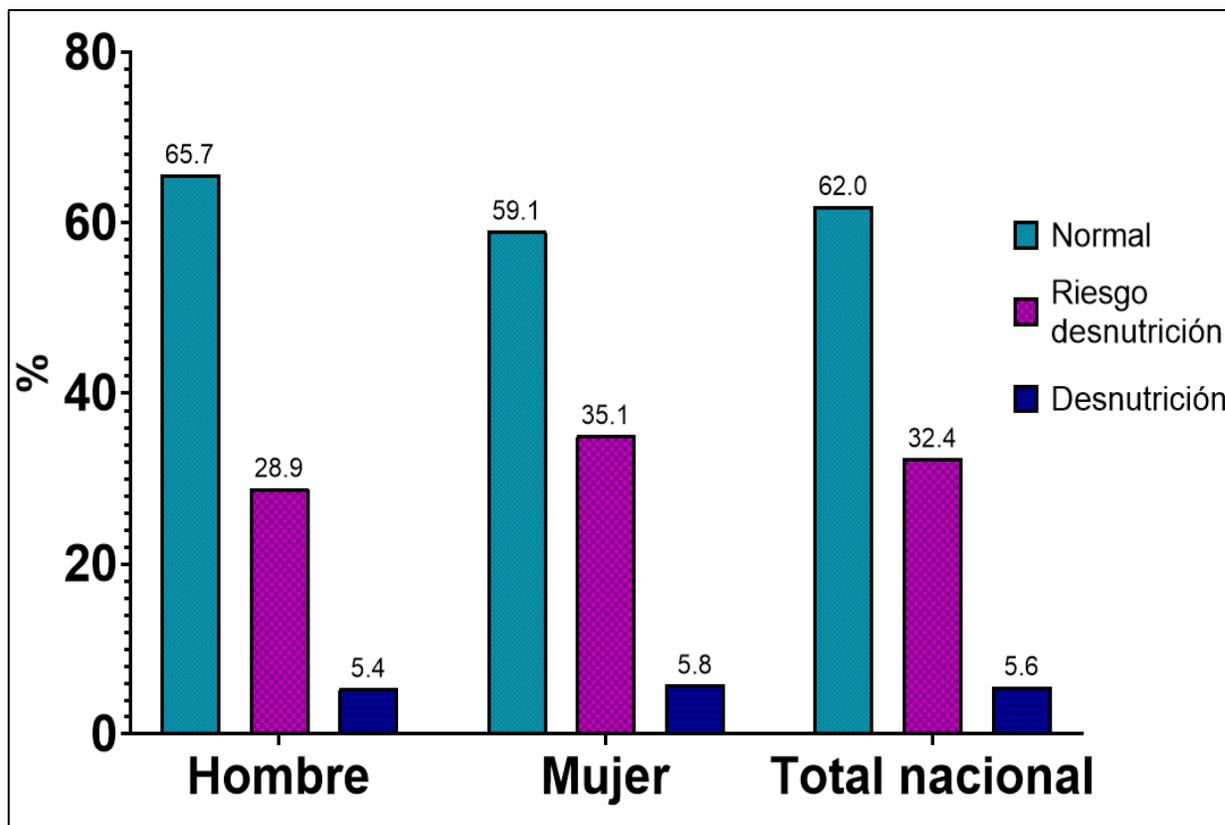
**Figura 27 – Frecuencia relativa del consumo de alimentos seleccionados por parte de las personas mayores según macrozona, 2024.**



Por último, en esta sección se exponen los resultados obtenidos del Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF). El MNA-SF es una herramienta que ayuda a identificar a personas mayores desnutridos o en riesgo de desnutrición.

En figura 28 se presentan los resultados para el total nacional y para hombres y mujeres. Los datos arrojan con resultado que 62% de las personas mayores a nivel nacional tienen un estado nutricional normal, mientras que 32,4% presenta riesgo de desnutrición y 5,6% tiene desnutrición. Adicionalmente, al observar las diferencias según sexo se aprecia que el porcentaje de mujeres en riesgo de desnutrición es mayor en comparación con los hombres (35,1% vs 28,9% respectivamente) mientras que la proporción de adultos mayores desnutridos es prácticamente idéntica para hombres y mujeres (5,4% vs 5,8% respectivamente).

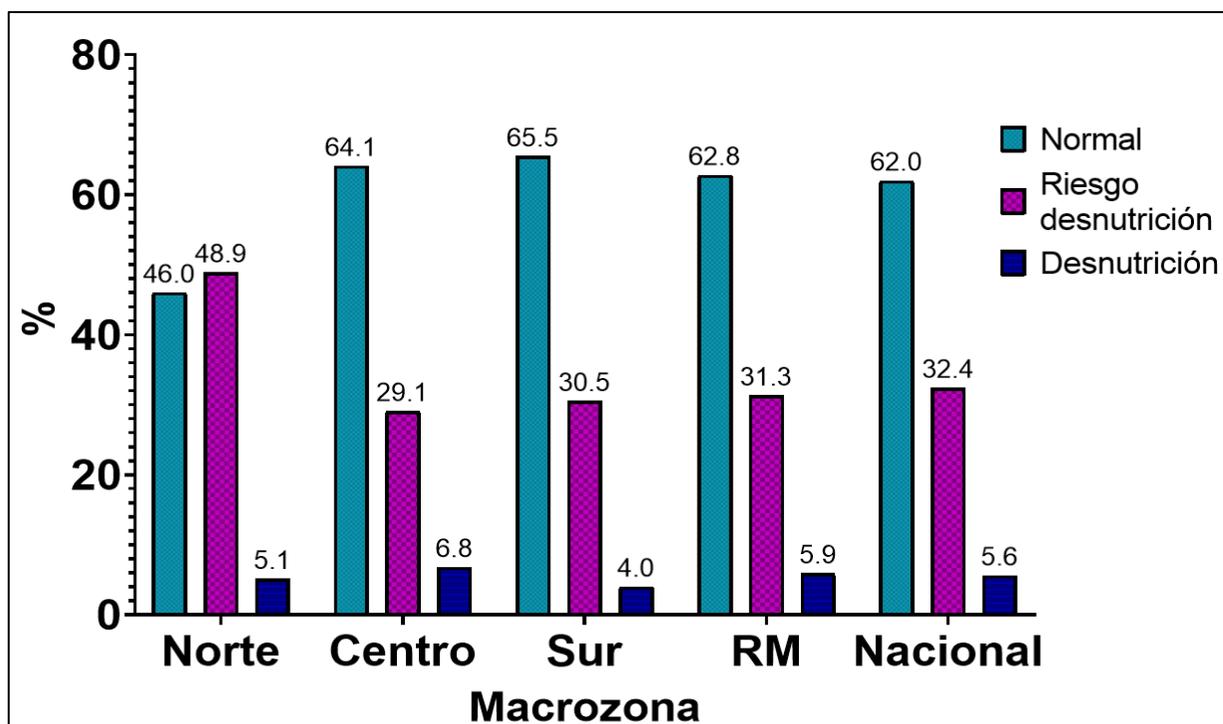
**Figura 28 – Estado nutricional de las personas mayores ( $\geq 65$  años) de acuerdo con resultados del Mini Nutritional Assessment - Short Form según sexo para el total nacional, 2024.**



\* Test X2 p-values <0.001

Finalmente, en figura 29 se exponen los resultados del MNA-SF para cada macrozona. Las diferencias detectadas son estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) y apuntan a que la macrozona Norte es la que presenta la mayor proporción de personas mayores con riesgo de desnutrición (48,9%). Mientras que la realidad de las macrozonas centro, sur y Metropolitana es bastante similar.

**Figura 29 - Estado nutricional de las personas mayores ( $\geq 65$  años) de acuerdo con resultados del Mini Nutritional Assessment - Short Form según macrozona y total nacional, 2024.**



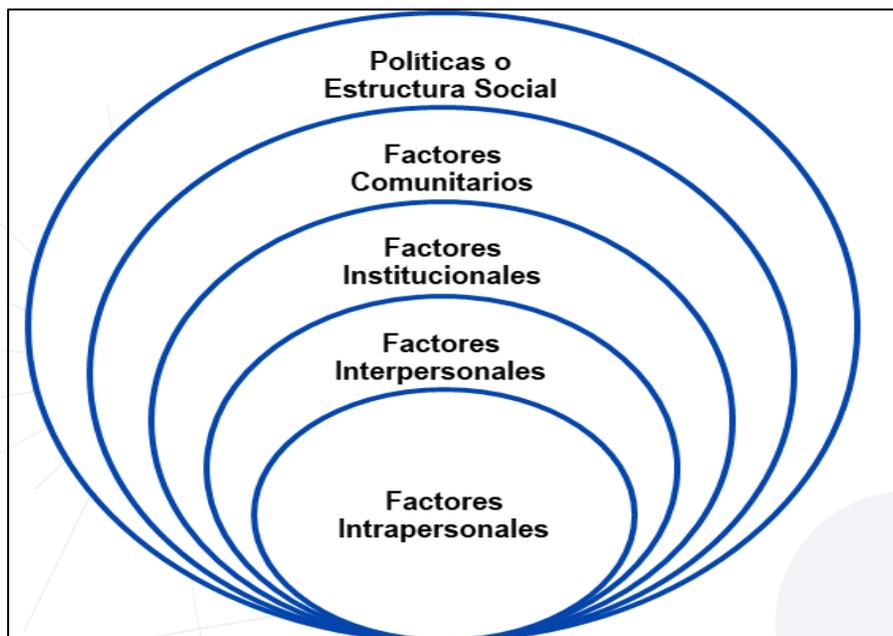
\* Test  $X^2$  p-values  $<0.05$

## **F. Asociación entre los Niveles de Seguridad Alimentaria y Nutricional y los Factores Individuales, Familiares y Comunitarios de las Personas Mayores.**

A lo largo de este informe se ha descrito la situación de salud de las personas mayores, los niveles de inseguridad y la situación alimentarias y nutricional. En tanto, en esta sección se dará cuenta de la asociación entre niveles de inseguridad alimentaria y factores individuales, familiares y comunitarios. En figura 30 se presenta el modelo ecológico-social de los factores que contribuyen a la inseguridad alimentaria en las personas mayores, el cual, ha sido el marco de referencia teórico que guía esta sección.

Para fines analíticos la variable inseguridad alimentaria fue dicotomizada en sin inseguridad y con inseguridad alimentaria. Esta variable fue elaborada considerando el responder positivamente en alguna de las preguntas de la FIES-FAO sobre inseguridad alimentaria moderada o severa (Ateless, Skipped, Runout, Hungry, Whlday) o, por señalar positivamente las tres preguntas referidas a inseguridad leve según la misma escala (Worried, Healthy, Fewfood).

**Figura 30 – Modelo ecológico – social de los factores que contribuyen a la inseguridad alimentaria en las personas mayores**



**Fuente:** Goldberg and Mawn (2015)

Posteriormente, la variable inseguridad alimentaria se introduce en una regresión logística como variable dependiente y se indaga acerca de su asociación con diferentes factores según el modelo ecológico descrito en figura 30. Las variables para cada nivel introducidas en los modelos de regresión fueron las siguientes:

1. Factores Intrapersonales: sexo, edad, escolaridad, condición socioeconómica, depresión, estado nutricional, satisfacción con la vida.
2. Factores interpersonales: número de personas con las que vive, soledad.
3. Factores institucionales: pensión garantizada universal.
4. Factores comunitarios: área de residencia (urbano-rural) y macrozona.
5. Políticas o estructura social: se omitió este nivel en el análisis.

En tabla 4 se presentan los resultados de cinco modelos de regresión logísticas que fueron estimados introduciendo las variables descritas por bloques, los cuales, no necesariamente se condicen con el orden descrito en modelo ecológico.

**Tabla 4 – Odd Ratios de la asociación entre factores individuales, familiares y comunitarios con la inseguridad alimentaria en personas mayores (≥65 años) en Chile, 2024.**

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<b>Sexo</b>					
Hombres (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Mujeres	1.599***	1.599***	1.661***	1.635***	1.567***
<b>Edad</b>					
65-74 años	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
75+ años	0.571***	0.577***	0.554***	0.541***	0.543***
<b>Área</b>					
Urbano (ref.)		1.0	1.0	1.0	1.0
Rural		0.877***	0.627***	0.659***	0.6.34***
<b>Macrozona</b>					
Norte		1.526***	1.475***	1.243***	1.208***
Centro		0.855***	0.873***	0.860***	0.931***
Sur		1.253***	1.046***	1.077***	1.202***
Metropolitana		1.0	1.0	1.0	1.0
<b>Educación</b>					
0-8 años			1.406***	1.280***	1.203***
9+ años			1.0	1.0	1.0
<b>Condición Socioeconómica</b>					
Baja			4.016***	4.267***	3.447***
Media-Alta (ref.)			1.0	1.0	1.0
<b>Estado Nutricional (MNS-SF)</b>					
Normal				1.0	1.0
Riesgo de desnutrición				2.578***	1.926***
Desnutrición				5.597***	3.296***
<b>Depresión (GDS)</b>					
Sin depresión					1.0
Con depresión					1.93***
<b>Soledad (UCLA -3)</b>					
No Soledad					1.0
Soledad					2.071***
<b>Satisfacción con la vida (SWLS)</b>					
Satisfecho					1.0
Insatisfecho					1.529***

\*\*\* p<0.001; \*\*p<0.01

Los resultados permiten corroborar en el modelo 1 que las mujeres mayores enfrentan a una probabilidad 60% mayor de inseguridad alimentaria en comparación con los hombres. Adicionalmente, contrario a lo que se esperaba encontrar, las probabilidades de inseguridad alimentaria disminuyen con el aumento de la edad. Esta realidad se mantiene en cada uno de los cinco modelos.

Posteriormente, en el modelo 2 al adicionar las variables relacionadas con la residencia (área y macrozona) se obtiene que aquellas personas mayores que viven en zonas rurales presentan menores probabilidades de inseguridad alimentaria comparado con quienes viven en las zonas urbanas. Adicionalmente, queda en evidencia lo que ya se ha descrito en secciones anteriores, referido a que las personas de la macrozona norte presentan mayores probabilidades de inseguridad alimentaria comparado con la macrozona Metropolitana (OR = 1.52).

En el modelo 3 se adicionan las variables referidas a condición socioeconómica, observándose que los menos escolarizados (0-8 años) presentan probabilidades 4 veces mayores de inseguridad alimentaria comparado con los más escolarizados (9+ años). De igual forma, quienes autor perciben la condición socioeconómica de sus hogares como pobres o baja presentan probabilidades 4 veces mayores de inseguridad alimentaria comparado con quienes señalaron tener una condición socioeconómica media/alta.

En el modelo 4 se adiciona el estado nutricional observándose -como era de esperar- que las personas con riesgo de desnutrición o desnutrición presentan probabilidades de inseguridad alimentaria 2.6 y 5.6 veces mayores, respectivamente, en comparación con quienes tienen un estado nutricional normal.

Finalmente, en el modelo 5 se incluyen las variables depresión, soledad y satisfacción con la vida, obteniéndose que quienes presentan depresión o soledad o se encuentran insatisfechos con la vida presentan probabilidades mayores de inseguridad alimentaria comparado con aquellos adultos mayores que no tienen depresión, no sienten soledad o se encuentran satisfechos con la vida. Es importante notar que en el modelo 5, al ajustar por todas las covariables, el diferencial según sexo observado en los modelos anteriores se reduce, al igual que el diferencial por territorios, específicamente por macrozonas. Por último, si bien el tamaño del gradiente socioeconómico en la inseguridad alimentaria -traducido en que a mayor escolaridad o condición

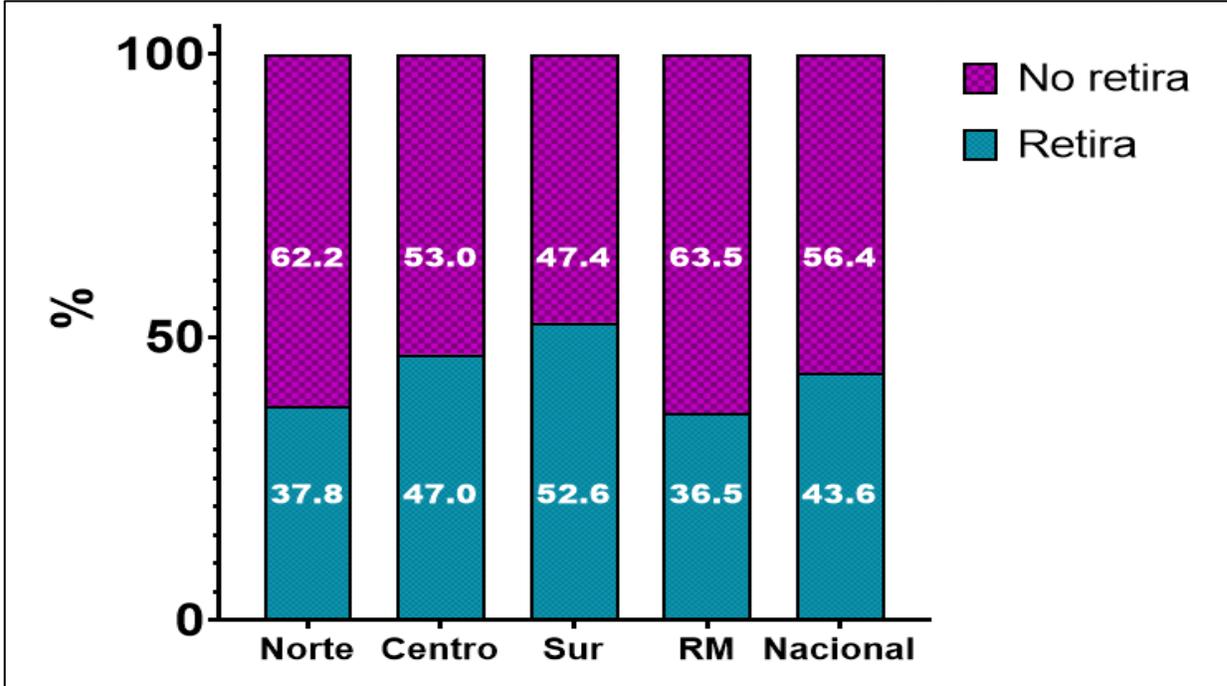
socioeconómica menor inseguridad alimentaria- continua de un tamaño elevado y altamente significativo ( $p < 0.001$ ). Lo cual, ciertamente se condice a que el principal factor de la inseguridad alimentaria es la situación socioeconómica de la población.

**G. Asociación entre la Inseguridad y los Programas Alimentarios Públicos Orientado a las Personas Mayores.**

El último objetivo específico relacionado con el paradigma cuantitativo está relacionado con evaluar la asociación entre la inseguridad y los programas alimentarios públicos orientados a las personas mayores. En este caso, la ESSALCAVI incluye preguntas específicas sobre el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

En ese sentido, en esta sección, en primer lugar, se describe el porcentaje de la población de personas mayores (de 70 o más años) a nivel nacional y para cada macrozona (ver figura 31) que retira los alimentos relacionados con el PACAM, como son la bebida láctea y la crema.

**Figura 31 – Porcentaje de personas mayores de 70 o más años que retiran y no retiran el PACAM a nivel nacional y por macrozona, 2024.**

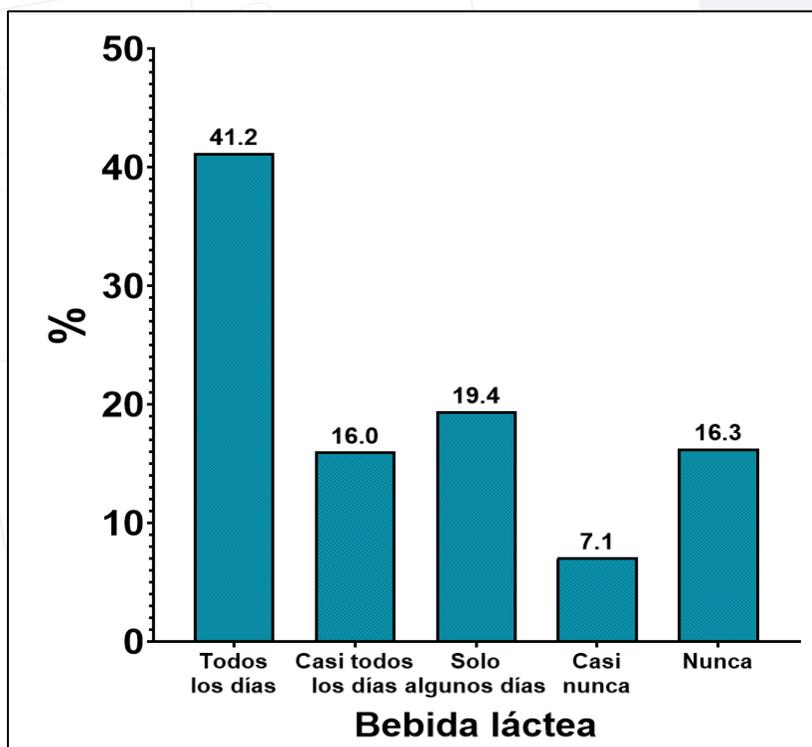


\* Test  $X^2$  p-values  $< 0.001$  tanto para bebida como crema.

Los resultados permiten corroborar que a nivel nacional sobre el 56% de las personas mayores no retiran los alimentos del PACAM, a pesar de tener la edad y ser beneficiarios directos de este programa. A su vez, al observar la realidad de esta situación entre las diferentes macrozonas incluidas, se detecta que los mayores porcentajes de retiro de estos alimentos ocurren en la macrozona Centro y Sur. Mientras que en la región Metropolitana y macrozona Norte es donde existen los porcentajes más altos de no retiro. Cabe destacar que las diferencias descritas y detectadas para el retiro de los alimentos PACAM son estadísticamente significativos ( $p < 0.001$ ).

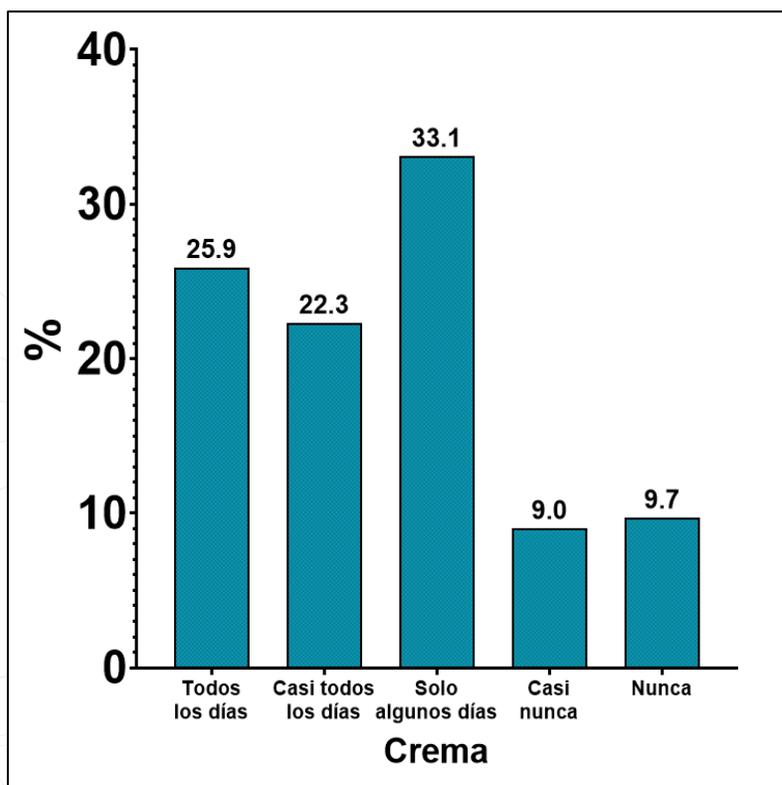
Por otro lado, la figura 32 permite observar la frecuencia de consumo de la bebida láctea por parte de aquellas personas mayores que señalaron retirar este alimento. Los resultados permiten constatar que, a nivel nacional, un 23.4% a pesar de retirar este alimento no lo consume nunca o casi nunca. En contraste, un 57.2% lo consume todos o casi todos los días.

**Figura 32 – Frecuencia de consumo de bebida láctea de PACAM de las personas mayores ( $\geq 70$  años y más) que declararon retirarla para el nivel nacional, 2024.**



En figura 33 se presenta la frecuencia de consumo de la crema años dorados vinculada al PACAM. Los resultados arrojan que, el 28.2% de quienes retiran este alimento lo consumen todos o casi todos los días. Mientras que un 18.7% no lo consume nunca o casi nunca.

**Figura 33 - Frecuencia de consumo de crema de PACAM de las personas mayores ( $\geq 70$  años y más) que declararon retirarla para el nivel nacional y macrozonas, 2024.**



Finalmente, la tabla 5 presente el cruce de las variables retiro de PACAM e Inseguridad Alimentaria. Los resultados arrojan que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Por ejemplo, de aquellos que señalan que presentan inseguridad alimentaria, 42,57% no retira bebida láctea y 42,8% no retira crema años dorados.

**Tabla 5 – Asociación entre retiro de bebida y crema del PACAM con inseguridad alimentaria en personas mayores ( $\geq 70$  años) en Chile, 2024.**

PACAM	Inseguridad Alimentaria		Total	p-value
	No	Sí		
Sí	40,8	57,4	43,2	<0.001
No	59,2	42,6	56,8	
Total	100,0	100,0	100,0	

\* Test  $X^2$

## 6. Resumen y Conclusiones

### 6.1. Seguridad Alimentaria, Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor Chileno

En Chile, al igual que en el resto del mundo, se está produciendo un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, con el consiguiente aumento de la carga de enfermedad.

Considerando la importancia de la alimentación y la nutrición para lograr un envejecimiento saludable y de manera particular, los ambientes alimentarios (AA), que constituyen un nivel fundamental asociado con resultados en salud y nutrición especialmente en personas mayores, y la relativa escasez de datos al respecto, especialmente post pandemia Covid-19, el presente estudio de Salud, Seguridad alimentaria y Calidad de vida (ESSALCAVI) tiene como objetivo fundamental *Determinar los niveles de seguridad alimentaria y nutricional. y su asociación con factores individuales. familiares. comunitarios e institucionales en personas mayores.*

### 6.2. Método

Estudio transversal mixto, cuantitativo y cualitativo del cual, en el presente informe se da cuenta solamente del estudio cuantitativo.

Para este estudio se calculó una muestra representativa nacional a nivel urbano, rural y por Macrozonas, Norte, Centro Sur, Sur- Austral y Metropolitana, en personas de 65 años y más. La muestra quedó constituida por 1.171 personas, 62% mujeres, a las cuales se aplicó la encuesta en forma presencial, previa aprobación por el comité de ética del INTA.

**Características de la muestra.** La muestra quedó constituida por 1.171 personas, 62% mujeres, de las cuales 26,4% (n=309) correspondían a la macrozona Norte, 24,7 % (289) a la macrozona centro Sur, 25,6% (300) a la macrozona Sur-Austral y 23,3% (273) a la Región Metropolitana. Los participantes con domicilio en zonas rurales correspondieron al 23,7% de la muestra total y en macrozonas se calcularon representando la diversa proporción de personas viviendo en zonas rurales a lo largo del país. De esta forma la representación rural por macrozonas fue la siguiente: Norte 17,8%, Centro 42,6%, Sur 30,7% y Metropolitana 2,9%. Para fines analíticos, todos los resultados corresponden a resultados estimados considerando el factor de expansión de la muestra.

## **6.3 Resultados**

### **6.3.1 Características del Hogar**

La autovaloración de la condición socioeconómica del hogar mostró que el 31,8% de la muestra define su condición socioeconómica como pobre, el 63% cataloga su hogar como nivel SE medio y el 5,3% se autodefine como de nivel SE alto”. Los ingresos provenientes de la pensión son la principal fuente de ingresos de las personas mayores en cada macrozona del país. En segundo lugar, se encuentra la proveniente del trabajo.

### **6.3.2 Situación de Salud**

#### **Funcionalidad**

A nivel nacional 21,5% de las personas de 65 años y más presenta limitación en una o más ABVD, observándose las mayores prevalencias en las macrozonas Norte y Sur (23,4% y 24,9% respectivamente). Adicionalmente, se observa que sobre el 50% de las personas mayores presenta limitación para efectuar una o más AIVD, con diferencias entre macrozonas, presentando, las zonas centro y norte las proporciones mayores (63,7% y 63% respectivamente).

#### **Autopercepción de la salud**

A nivel nacional el 12,4% de las personas mayores estima su salud como mala, 45,1% regular y solo 42,5% la define como buena, sin diferencias entre las macrozonas

#### **Enfermedades crónicas**

A nivel nacional se observa que el 89,5% de las personas mayores reportan al menos una enfermedad crónica con un 13,5% reportando 2 o más. En las zonas Sur y Metropolitana el reporte de 2 o más E. Crónicas fue mayor que en el resto del país con prevalencias de 79,3% y 80% respectivamente. La enfermedad con mayor prevalencia es la Hipertensión arterial, que afecta al 65,6% de la población de personas mayores en Chile. Le siguen las enfermedades osteoarticulares con una prevalencia de 45,8%, la cual tiene una prevalencia menor en la zona norte del país (45,8%). En tercer lugar, se ubica la Diabetes con una prevalencia de 35,4% a nivel nacional, observándose diferencias entre macrozonas con las mayores prevalencias en las zonas Sur (40,5%) y Metropolitana (37,5%)

La prevalencia de depresión (autorreportada) a nivel nacional alcanzó al 25% de la población mayor, sin diferencias entre macrozonas y las Enfermedades cardiovasculares fueron reportadas por 19,6%, con una mayor prevalencia en la zona Sur (23,7%). Finalmente, las enfermedades respiratorias alcanzaron el 17,4% a nivel nacional sin diferencias entre macrozonas.

### **Deterioro Cognitivo**

A nivel Nacional el 14,1% de los entrevistados presentó algún grado de deterioro Cognitivo de acuerdo con los resultados del MMSE, validado para Chile. Hubo diferencias importantes entre macrozonas, observándose las mayores proporciones en la zona Norte (22,2%) y Centro (19,2%) Todos los problemas de salud, descritos en esta sección (I.3.2) presentaron diferencias de frecuencia de acuerdo con nivel educacional, con las peores cifras en el grupo de 0-8 años de educación y manteniendo un orden jerárquico donde las mejores cifras corresponde para aquellas personas mayores con 13+años de educación.

### **6.3.3 Calidad de Vida**

#### **Satisfacción con la vida**

De acuerdo con la escala de Diener, que mide la percepción subjetiva de la satisfacción con la vida, se observa que prácticamente el 80% de la población está satisfecha con su vida, con una proporción menor solo en la zona Norte del país (75,4%).

#### **Calidad de vida asociada a salud**

La calidad de vida asociada a salud se evaluó mediante la escala EQ5D que considera las cinco siguientes dimensiones: Movilidad, Cuidado Personal, Actividades Habituales, Dolor o Malestar y Angustia, además de la EQ%-VAS, una escala visual análoga del 0 al 100, en la cual los entrevistados marcan su estado de salud en el día de hoy.

Respecto a las dimensiones del EQ5, se observó que, a nivel nacional, la dimensión más afectada fue la referida al dolor o malestar, que afecta al 58,2% de la población mayor, seguida por movilidad y depresión/angustia afectando a prácticamente el 30% de la población mayor. La menor prevalencia de dificultad fue la asociada a cuidado personal, con sólo un 9.5% de los encuestados reportando problema.

En lo que se refiere al Q5-VAS, a nivel nacional, la evaluación de la salud actual demostró que el 50% (mediana) de las personas mayores asignó un puntaje equivalente a 70%, mientras que el valor promedio (media) fue de 65 puntos. En las macrozonas Norte y Metropolitana se observaron los mayores puntajes con un 50% de los entrevistados dándole un valor actual a su estado de salud de 70%, en tanto, los valores más bajos se registraron en las macrozonas Centro y Sur donde el 50% de las personas (mediana) asignó una puntuación de 60% puntos o más a su estado de salud actual.

### **Soledad**

Evaluada con la escala de tres preguntas de la UCLA, se pudo constatar que el 26.8% de las personas mayores a nivel nacional siente soledad alcanzando los mayores niveles de soledad en la Zona Norte (37,5%) y los menores en la macrozona Centro (23,4).

### **6.3.4. Seguridad Alimentaria**

Evaluada a través de la escala FIES desarrollada por la FAO.

A nivel nacional se registró un 15,9% de inseguridad alimentaria severa + moderada, con una proporción de inseguridad alimentaria severa de 4,2%. Los tres parámetros con mayor proporción de respuestas positivas (>20%) fueron a) Preocupación por no tener suficientes alimentos por falta de recursos b) no haber podido comer alimentos saludables por falta de recursos y c) haber comido poca variedad de alimentos por falta de recursos. En el otro extremo, la respuesta con menor positividad fue aquella referida a haber pasado un día entero sin comer por falta de recursos con un 5,6% de respuestas positivas. La mayor proporción de inseguridad alimentaria severa se observó en la macrozona Norte con un 8,5% y las con menor proporción fueron las Macrozonas Centro y Metropolitana con 2,3% y 2,9% respectivamente.

### **6.3.5 Situación Alimentaria y Nutricional de las Personas Mayores.**

A nivel nacional 78,8% de las personas mayores estima su alimentación como adecuada, 11,9% la considera insuficiente y 9,3% la considera excesiva, siendo la macrozona Norte aquella con la mayor proporción de estimación de su alimentación como insuficiente (19,1%) y la menor percepción de excesiva (4,8%). Respecto a la valoración de los precios de los productos fundamentales para una adecuada nutrición como altos o inalcanzables, el 90% considera en esa

situación las carnes, 80% los productos del mar, 60% las frutas y verduras y 59% los lácteos y legumbres.

### **Estado Nutricional**

La evaluación del Estado Nutricional, efectuada a través del MNA-SF detectó un 5,6% de desnutrición y 32,4% de Riesgo de Desnutrición a nivel nacional, mayor en mujeres que en hombres (35,1% y 28,9% respectivamente). Respecto a la distribución por macrozonas, la mayor proporción de riesgo de desnutrición se observó que en la zona Norte con 48,9% de riesgo de desnutrición.

#### **6.3.6 Asociación de Inseguridad Alimentaria con Factores Socioeconómicos**

La asociación entre factores individuales, familiares y comunitarios con la inseguridad alimentaria en personas mayores, se evaluó a través de modelos de regresión múltiple, pudiendo observarse mayor probabilidad de inseguridad alimentaria en mujeres, en los menores de 70 años, en el área rural, en las macrozonas Metropolitana y Sur, en los niveles de educación menores de 13 años, nivel SE bajo, estado nutricional de desnutrición y riesgo de desnutrición, en personas que se sienten solas y en las que están insatisfechas con su calidad de vida.

Respecto a la asociación de inseguridad alimentaria con el Programa nacional de alimentación complementaria para Personas mayores (PACAM), se detectó que a nivel nacional solamente el 44% de las personas retira la bebida láctea y la sopa y dentro de aquellas que retiran el alimento, el 56.2% lo consume todos o casi todos los días en el caso de la bebida láctea y el 58.2% consume la crema todos o casi todos los días.

## 7. Comentarios Finales

- **ESSALCAVI** es el primer estudio sobre inseguridad alimentaria en una muestra representativa nacional de personas de 65 años y más y los resultados evidencian importantes diferencias por macrozonas, situación socioeconómica, educación, área rural/urbana, soledad e insatisfacción con la vida. A nivel nacional se registró un 15,9% de inseguridad alimentaria severa + moderada, con una proporción de inseguridad alimentaria severa de 4,2%. La mayor proporción de inseguridad alimentaria severa se observó en la macrozona Norte con un 8,5%. A nivel nacional, 12% de la población mayor estima su alimentación como insuficiente siendo la zona Norte aquella que presenta la mayor proporción (19,1%).
- Los hallazgos de este estudio también demuestran que la inseguridad alimentaria es un determinante de la salud física, nutricional y mental de las personas mayores. Por ejemplo, respecto al estado nutricional se observa que 38% de los encuestados presenta riesgo de desnutrición o desnutrición, mayor en mujeres y en la Macrozona Norte. Dentro de las personas con riesgo de desnutrición las probabilidades de inseguridad alimentaria son 2.5 veces mayor y en aquellas con desnutrición las probabilidades son 5.6 veces mayor de tener inseguridad alimentaria, en comparación con aquellas personas cuyo estado nutricional es normal (tabla 4, modelo 4). A pesar de ello se observa que solo el 57,4% de las personas con inseguridad alimentaria, retira los alimentos del PACAM.
- Los cambios demográficos relacionados con el descenso de fecundidad y mortalidad, y el consecuente aumento de la esperanza de vida de la población, provocarán que la población mayor continúe aumentando de manera importante en las próximas décadas. Ante lo cual, es necesario que los hacedores de políticas públicas consideren la inseguridad alimentaria como un determinante de la salud de la población adulta mayor, pero asumiendo una perspectiva de curso de vida.
- En línea con lo anterior, los resultados revelan la urgente necesidad actual de enfrentar el problema de la inseguridad alimentaria en las personas mayores a través de programas que permitan reducir las inequidades en acceso y consumo de alimentos saludables, considerando los importantes problemas de salud y desigualdades asociadas a la inseguridad alimentaria aquí descritas.

- Por último, es relevante que el Estado chileno establezca un sistema permanente de medición y/o evaluación de la inseguridad alimentaria en las personas mayores, dado que ello permitirá comprender de forma más completa las implicancias que la inseguridad alimentaria puede tener sobre la salud de las personas mayores. Junto con permitir profundizar en plausibles brechas existentes en términos de seguridad alimentaria entre subgrupos poblacionales que aquí no fueron abordadas. Por ejemplo, brechas alimentarias entre personas mayores según el grupo étnico-racial al que pertenecen.



## 8. Referencias Bibliográficas

1. Vio F. Albala C. Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000-2010. *Public Health Nutr.* 2008;11(4):405–12.
2. Bauer KW. Hearst MO. Escoto K. Berge JM. Neumark-Sztainer D. Parental employment and work-family stress: Associations with family food environments. *Soc Sci Med.* 2012 Aug;75(3):496–504.
3. Lelis CT. Damiano Teixeira KM. Maria Da Silva N. The women insertion in the labour market and its implications for the food habits of women and their families. *Saúde en Debate.* 2012 Dec;95:523–32.
4. Schlindwein MM. Kassouf AL. Análise da influência de alguns fatores socioeconômicos e demográficos no consumo domiciliar de carnes no Brasil. *Rev Econ Sociol Rural.* 2006;44(3):549–72.
5. Jabs J. Devine CM. Time scarcity and food choices: An overview. Vol. 47. *Appetite.* 2006. p. 196–204.
6. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Proyecciones de Población [Internet]. [cited 2022 Aug 26]. Available from: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
7. Servicio Nacional de Estadística y Censos. Censo General de Población y Vivienda 1952. [Internet]. Santiago; 1952 [cited 2022 Aug 26]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-86205.html>
8. Popkin BM. Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28 Suppl 3(Suppl 3):S2-9.
9. Lau YW. Vaingankar JA. Abdin E. Shafie S. Jeyagurunathan A. Zhang Y. et al. Social support network typologies and their association with dementia and depression among older adults in Singapore: a cross-sectional analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2022 Sep 5];9(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31154300/>
10. Ziliak JP. Gundersen C. The Health Consequences of Senior Hunger in the United States: Evidence from the. 2014
11. Bishop NJ. Wang K. Food insecurity, comorbidity, and mobility limitations among older U.S. adults: Findings from the Health and Retirement Study and Health Care and Nutrition Study. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2022 Jun 16];114:180–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30003897/>

12. FAO. An introduction to the basic concepts of food security | Agrifood Economics [Internet]. 2008 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://www.fao.org/agrifood-economics/publications/detail/en/c/122386/>
13. FAO IFAD UNICEF WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. [Internet]. Rome: FAO; 2022 Jul [cited 2022 Aug 26]. Available from: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc0639en>
14. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN. Salud: Síntesis de Resultados. 2018;
15. Herforth A. Ahmed S. The food environment. its effects on dietary consumption. and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions. Food Secur [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Jun 16];7(3):505–20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12571-015-0455-8>
16. Bronfenbrenner U. Morris PA. The Bioecological Model of Human Development. Handbook of Child Psychology [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2022 Sep 5]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
17. Story M. Kaphingst KM. Robinson-O'Brien R. Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. Annu Rev Public Health [Internet]. 2008 [cited 2022 Jun 16];29:253–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031223/>
18. Barrett CB. Chapter 40 Food security and food assistance programs. Handbook of Agricultural Economics. 2002 Jan 1;2(PART B):2103–90.
19. Downs SM. Ahmed S. Fanzo J. Herforth A. Food Environment Typology: Advancing an Expanded Definition. Framework. and Methodological Approach for Improved Characterization of Wild. Cultivated. and Built Food Environments toward Sustainable Diets. Available from: [www.mdpi.com/journal/foods](http://www.mdpi.com/journal/foods)
20. Smith MD. Kassa W. Winters P. Assessing food insecurity in Latin America and the Caribbean using FAO's Food Insecurity Experience Scale. Food Policy. 2017 Aug 1;71:48–61.
21. Gorton D. Bullen CR. Mhurchu CN. Environmental influences on food security in high-income countries. Nutr Rev [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2022 Jun 16];68(1):1–29. Available from: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/68/1/1/1817191>
22. FAO. IFAD. UNICEF. WFP. WHO. Food Security And Nutrition In The World The State Of Transforming Food Systems For Affordable Healthy Diets [Internet]. Rome; 2020 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://doi.org/10.4060/ca9692en>

23. Hadley C. Crooks DL. Coping and the biosocial consequences of food insecurity in the 21st century. *Am J Phys Anthropol* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jun 16];149 Suppl 55(SUPPL.55):72–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23109261/>
24. Godrich S. Davies C. Devine A. What are the determinants of food security among regional and remote Western Australian children? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2017;42(2):172–7.
25. Fernández A. Martínez R. Carrasco I. Palma A. Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México [Internet]. CEPAL. editor. 2017 [cited 2022 Jun 16]. 1–191 p. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42535-impacto-social-economico-la-doble-carga-la-malnutricion-modelo-analisis-estudio>
26. Laraia BA. Food Insecurity and Chronic Disease. *Advances in Nutrition* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2022 Jun 16];4(2):203–12. Available from: <https://academic.oup.com/advances/article/4/2/203/4591628>
27. Wolfe WS. Frongillo EA. Valois P. Understanding the Experience of Food Insecurity by Elders Suggests Ways to Improve Its Measurement. *J Nutr* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2022 Jun 16];133(9):2762–9. Available from: <https://academic.oup.com/jn/article/133/9/2762/4688096>
28. Gundersen C. Ziliak JP. Food & Health: An Overview Downloaded from HealthAffairs. 2022;
29. Darling KE. Fahrenkamp AJ. Wilson SM. D’Auria AL. Sato AF. Physical and mental health outcomes associated with prior food insecurity among young adults. *J Health Psychol* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2022 Jun 16];22(5):572–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26464054/>
30. Kansanga MM. Sano Y. Bayor I. Braimah JA. Nunbogu AM. Luginaah I. Determinants of food insecurity among elderly people: findings from the Canadian Community Health Survey. *Ageing Soc* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 16];1–15. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/determinants-of-food-insecurity-among-elderly-people-findings-from-the-canadian-community-health-survey/4A41E84D6AE09F2EE1BB3E053D7FB938>
31. Ishikawa M. Yokoyama T. Nakaya T. Fukuda Y. Takemi Y. Kusama K. et al. Food Accessibility and Perceptions of Shopping Difficulty among Elderly People Living Alone in Japan. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Jun 16];20(9):904–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27791220/>

32. Russell J. Flood V. Yeatman H. Mitchell P. Prevalence and risk factors of food insecurity among a cohort of older Australians. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 16];18(1):3–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24402381/>
33. Leroux J. Morrison K. Rosenberg M. Prevalence and Predictors of Food Insecurity among Older People in Canada. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Nov 9 [cited 2022 Jun 16];15(11). Available from: [/pmc/articles/PMC6267450/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111111/)
34. Park JY. Ville A saint. Schwinghamer T. Melgar-Quiñonez H. Heterogeneous factors predict food insecurity among the elderly in developed countries: insights from a multi-national analysis of 48 countries. *Food Secur* [Internet]. 2019 Jun 15 [cited 2022 Jun 16];11(3):541–52. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12571-019-00934-x>
35. Hamui-Sutton A. Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2022 Jun 22];2(5):55–60. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-tecnica-grupos-focales-S2007505713726838>
36. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework [Internet]. 2002 [cited 2022 Aug 26]. 1–60 p. Available from: <http://www.who.int/hpr/>
37. United Nations. World Population Ageing 2015 [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 26]. 1–164 p. Available from: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/May/un\\_2015\\_worldpopulationageing\\_report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/May/un_2015_worldpopulationageing_report.pdf)
38. Nations United Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing 2019: Highlights. New York; 2019. 1–46 p.
39. Escobar J. Bonilla Jimenez I. Grupos Focales : Una Guía Conceptual Y Metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2009;9(1):51–67.
40. Canales. Manuel. Metodologías de investigación social. [Internet]. Lom Ediciones. editor. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2006 [cited 2022 Sep 5]. 1–396 p.
41. Hamui A. Varela M. La técnica de grupos focales Investigación en Educación Médica. *Inv Ed Med*. 2013;2(1):55–60.
42. Laura C.: Díaz-Bravo P. Díaz-Bravo L. Torruco-García U. Martínez-Hernández M. Varela-Ruiz M. La entrevista. recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 22];2(7):162–7.