

UNIVERSIDAD  
DE  
VALPARAISO  
C H I L E

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
CARRERA DE ENFERMERIA



**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN ADULTOS  
MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES  
MELLITUS, EN EL CENTRO DE SALUD JEAN ET MARIE  
THIERRY.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA.**

DOCENTE GUÍA:

E.U. Lily Ríos M.

ALUMNAS TESISISTAS:

Armijo Morales, Karina

Astorga Madariaga, Marcela

Bugueño Bugueño, Jennifer

Cabrera Rojas, Gabriela

Carrasco Aranda, Paola

Díaz Guajardo, Cynthia

González Herrera, Jessica

Valparaíso, 2005-2006



## AGRADECIMIENTOS

*Con el término de nuestra tesis estamos un paso más adelante en éste largo camino que comenzó hace 5 años, sólo con sueños y aspiraciones, dejándonos hoy a las puertas de la posibilidad de convertirnos en Licenciadas de Enfermería.*

*Sabemos que éste trabajo no fue sencillo, que debimos sortear un sin número de dificultades que en algún momento nos hicieron ver lejano el objetivo, pero estamos conscientes, que de no haber contado con toda esa gente linda que día a día nos regala su amistad y compañía, no hubiésemos podido llegar a la meta.*

*Queremos agradecer a Dios, testigo fiel de todo el esfuerzo y sacrificio puesto en ésta labor. A él, damos las gracias por darnos la fuerza para seguir, cuando en algún momento vimos tan alejado el término de éste sueño.*

*A nuestra profesora Lily Ríos, por guiarnos en esta tarea, aportándonos sus conocimientos y alentándonos siempre a confiar en nuestras capacidades.*

*A la Universidad de Valparaíso por fomentar la investigación, abriendo nuevas posibilidades al mejoramiento de la salud de las personas, principal objetivo para quienes dedicaremos la vida al servicio de ellas.*

*Al señor Radhamés Hernández Mejías, por facilitarnos el instrumento PECVEC, que nos dio la base para realizar nuestro estudio y por su completa disposición para ayudarnos cada vez que se requirió.*

*A nuestras familias, compañeros y amigos, que cedieron de su tiempo para aportar un granito de arena y sin cuyo apoyo emocional y económico permanente, no podríamos haber sacado adelante este proyecto.*

*Gracias a todos ellos por ayudarnos a construir este sueño.*

*Alumnas Tesistas de enfermería.*

## INDICE DE MATERIA

	<b>Pág.</b>
<b>Resumen</b>	<b>7</b>
 <b>Capítulo I: Introducción</b>	
-Introducción.	8
-Fundamentación del estudio.	12
-Delimitación del Problema.	16
-Definición de Términos.	17
-Ventajas y Limitantes del Estudio.	19
 <b>Capítulo II: Marco Conceptual</b>	
-Marco Teórico	21
-Objetivos Generales.	55
-Objetivos Específicos.	55
-Definición y Operacionalización de Variables.	56
 <b>Capítulo III: Metodología</b>	
-Organización del Trabajo en equipo.	58
-Tipo de Diseño de la Investigación.	61
-Población de Estudio – Definición de Universo.	62
-Diseño Muestral.	62
-Método de Recolección de Datos.	63
-Descripción del Instrumento.	63
-Estudio de Confiabilidad.	68
-Análisis Estadístico.	69
-Trabajo en Terreno.	70
 <b>Capítulo IV:</b>	
-I. - Análisis descriptivo y comparativo de la muestra.	71
-II. – Análisis de la Calidad de Vida por Dimensión de PECVEC en cada grupo de Adultos de Adultos Mayores.	77

-III.- Análisis de Calidad de Vida en los ítems con significancia de las dimensiones de PECVEC en los Adultos Mayores por grupo de patología.	80
-IV.- Análisis comparativo de la muestra sin peso estadístico.	89
<b>Capítulo V:</b>	
-Conclusiones	95
-Sugerencias	101
<b>Bibliografía</b>	103
<b>Anexos:</b>	107
-Consentimiento Informado	
-PECVEC, instrumento	
-Índice de Barthel, instrumento	
-Esquema de Calidad de Vida relacionada con Salud, realizado por tesistas que sustentan la investigación.	
-Prueba T de Student CVRS de HTA y DM.	
-Prueba de igualdad de la muestra para ver significancia estadística de la muestra.	
-Lista de Adultos Mayores por sector, Patología, Cédula de Identidad, Per cápita y edad.	

### INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>	<b>Nombre</b>	<b>Nº Pág.</b>
Nº 1	Distribución porcentual de Adultos Mayores encuestados según patología crónica.	71
Nº 2	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes e Hipertensión según los sectores del Centro de Salud.	71
Nº 3	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según rangos de edad.	72
Nº 4	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según sexo.	72
Nº 5	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según ocupación.	73
Nº 6	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según ingreso económico mensual.	73
Nº 7	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según Años de Diagnóstico de Enfermedad.	74
Nº 8	Distribución comparativa porcentual de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según asistencia a control los últimos 3 meses.	74
Nº 9	Distribución comparativa porcentual de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según el número de fármacos que consume.	74
Nº 10	Distribución comparativa porcentual de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según Índice de Barthel.	76
Nº 11	Distribución porcentual de Adultos Mayores que responden a cada ítem del Instrumento PECVEC según categorías de Calidad de Vida.	77
Nº 12	Distribución porcentual de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial que responden a cada ítem del Instrumento PECVEC según categorías de Calidad de Vida.	77
Nº 13	Distribución porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus que responden a cada ítem del Instrumento PECVEC según categorías de Calidad de Vida	78
Nº 14	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿Cómo pudo cumplir con las exigencias de su trabajo o sus tareas en el hogar?.	81
Nº 15	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿Cómo pudo realizar trabajo físico intenso, cuando debió realizar una fuerza extrema?	82
Nº 16	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿Cómo pudo disfrutar con algo o alegrarse por algo?.	83
Nº 17	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿Cómo pudo luchar para hacer que se cumplieran sus deseos y necesidades?	84
Nº 18	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿Cómo pudo hacer algo para sentirse mejor?.	85
Nº19	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿En qué medida se ha sentido enojado e irritado?.	86
Nº20	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿En qué medida ha tenido la sensación de ser rechazado por los demás?	87
Nº21	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que responden a ¿En qué medida ha tenido la sensación de ser comprendido y tomado en cuenta?.	88

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Nombre</b>	<b>Nº Pág.</b>
Nº 1	Distribución porcentual de Adultos Mayores encuestados según patología crónica	<b>71</b>
Nº 2	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes e Hipertensión según los sectores del Centro de Salud.	<b>71</b>
Nº 3	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según rangos de edad.	<b>72</b>
Nº 4	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según sexo.	<b>72</b>
Nº 5	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según ocupación.	<b>73</b>
Nº 6	Distribución comparativa porcentual de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según ingreso económico mensual.	<b>73</b>
Nº 7	Datos estadísticos descriptivos del total de la muestra.	
Nº 8	Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, rango de edad, ítem y categoría PECVEC	<b>89</b>
Nº 9	Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, sector, ítem y categoría PECVEC	<b>91</b>
Nº 10	Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, sexo, ítem y categoría PECVEC	<b>93</b>
Nº 11	Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, años de evolución de la enfermedad y categoría PECVEC	<b>94</b>
Nº 12	Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, ingreso mensual y categoría PECVEC	<b>94</b>
Nº 13	Tablas resumen con las diferencias significativas encontradas en el instrumento PECVEC al comparar el grupo HTA con DM, utilizando test chi-cuadrado $\chi^2$	<b>116</b>

## RESUMEN

**Autores:** Armijo Morales K., Astorga Madariaga M., Bugueño Bugueño J., Cabrera Rojas G., Carrasco Aranda P., Díaz Guajardo C., González Herrera J.

**Título:** “Comparación de la Calidad de Vida relacionada con Salud (CVRS) en Adultos Mayores (AM) con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM), en el Centro de Salud Jean et Marie Thierry, Valparaíso, (2005 – 2006).”

**Investigación:** Cualicuantitativa, multimodal, de tipo incidental en una muestra de 216 Adultos Mayores con HTA y DM del Centro de Salud Jean Et Marie Thierry Valparaíso.

**Método de recolección de datos:** Entrevista estructurada que consta de tres partes: Datos sociodemográficos, perfil de la percepción de la Calidad de Vida relacionada con Salud, compuesta por 6 dimensiones: Capacidad física, Función Psicológica, Ánimo positivo, Ánimo Negativo, Función Social, Bienestar Social e Índice de Barthel: ABVD, con puntajes de 0 a 10 para medir nivel de dependencia o independencia funcional.

### Objetivos:

1. Describir la CVRS en usuarios AM con dos patologías crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.
2. Comparar la CVRS entre ambos grupos, considerando las variables: edad, sexo, patología, sector y nivel de ingreso económico.

**Metodología:** Entrevista estructurada en box de enfermería, análisis descriptivo y comparativo de los datos con base estadística, y análisis de tablas de doble entrada sin valor estadístico.

**Resultados:** El análisis descriptivo y comparativo realizado a la muestra de 216 Adultos mayores, arroja que las medias más elevadas se encuentran en las dimensiones Bienestar Social con un 2,87, seguida por Animo Negativo con un 2,52. Representando que son las dimensiones donde el promedio de AM se acerca más, a una mejor Calidad de Vida.

Las diferencias significativas entre ambas patologías, más importantes, según test chi cuadrado, se encontraron en la dimensión Función Psicológica, donde se determina que los AM hipertensos tendrían una mejor Función Psicológica que los Diabéticos, pero que sin embargo, es en ésta misma área donde mayormente está deteriorada la Calidad de Vida de los Adultos Mayores de ambas patologías.

**Palabras claves:** Calidad de Vida – PECVEC – ABVD – Adulto Mayor – HTA – DM.

## INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene información que se desprende del estudio “Comparación de la Calidad de Vida relacionada con Salud entre Adultos Mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, en el Centro de Salud Jean et Marie Thierry, Valparaíso, (2005 – 2006).”, investigación realizada por siete alumnas tesis de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Dicha investigación pertenece a la Cátedra Seminario Tesis, cuya aprobación es requisito para obtener el grado de Licenciado en Enfermería.

La justificación de nuestro estudio son los crecientes cambios demográficos que ha experimentado nuestro país en las últimas décadas, lo que ha significado que la población de Adultos Mayores haya ido en aumento, existiendo hoy en día 1,7 millones de personas dentro de éste grupo. Con el avance de las ciencias médicas y la biotecnología, la esperanza de vida también es cada vez es mayor, antes no se superaba los 40 años, actualmente existe un promedio de 75 años de vida y sigue en aumento. Este aumento, se considera bueno porque permite vivir más al individuo, sin embargo, conlleva una serie de inconvenientes al resto de la sociedad, ya que, si bien la persona esta viviendo más, lo hace con una Calidad de Vida deficiente, principalmente por el surgimiento de enfermedades crónicas con un sin fin de complicaciones con las que la persona debe lidiar durante el resto de su vida, sumado a su estado ya desgastado por la etapa de vida en la que esta inmerso.

Todo esto ha llevado a poner especial énfasis en un nuevo concepto “Calidad de Vida relacionada con Salud” (CVRS) “Constructo multidimensional, muy amplio y en ocasiones difícil de abarcar en todos sus aspectos”, siendo este un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, por haberse tornado insuficientes las medidas tradicionales de morbilidad y expectativa de vida. No obstante su verdadera utilidad se percibe sobre todo, en los servicios humanos, centrados en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de avance de la calidad, pudiendo ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus



niveles de satisfacción, transformando la “Calidad de Vida” en el fundamento concreto de bienestar social por apuntar a la satisfacción de las necesidades humanas.

El propósito de nuestro estudio es traspasar éste concepto a la labor realizada en el Centro de Salud elegido, permitiendo a éste, programar actividades de protección y promoción, orientadas a fomentar cambios de comportamiento tanto individuales como colectivos y diagnosticar las necesidades de Salud de los Adultos Mayores de la comunidad generando los cambios necesarios.

Esto es factible de lograr con la intervención de los profesionales de Enfermería, a través de educación y atención personalizada que apunte a las necesidades de los usuarios. Se hace necesario, entonces, seguir potenciando la función Investigativa, ya que le permite al profesional de Enfermería, como gestor del cuidado, ampliar sus conocimientos e innovar en la solución de problemas en beneficio de los individuos.

Si bien el tema de la Calidad de Vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

La OMS define Calidad de Vida como la " Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994).

Dentro de éste estudio se darán a conocer también otros conceptos tales como: PECVEC, Índice de Barthel, Independencia y Dependencia, entre otros. En relación a los dos primeros podemos decir que se trata de los instrumentos que se seleccionaron para iniciar la recolección de datos y sobre cuyos resultados basamos nuestro estudio.

Dentro de los objetivos principales que como grupo de tesis nos planteamos, se encuentran el describir la Calidad de Vida relacionada con Salud de los usuarios adultos mayores con patologías crónicas HTA y DM, del Centro de salud Jean Et Marie Thierry y



posteriormente compararla considerando como variables la edad, sexo, patología, nivel de ingreso económico y sector del consultorio en el cual reciben la atención. Comparar, además, la Calidad de Vida entre ellos utilizando cada una de las variables antes mencionadas por separado.

Se establece que se tratará de una investigación incidental de tipo cualicuantitativa o “multimodal”, que constará de una parte de tipo descriptiva exploratoria que se refiere a la muestra dividida en dos grupos según patología crónica de base y una segunda parte de tipo comparativa en la cual cobran importancia los instrumentos PECVEC e Índice de Barthel. El primero para medir la percepción del individuo frente a su Calidad de Vida y el segundo el grado de funcionalidad de acuerdo a las necesidades básicas que presenta. El PECVEC (Perfil de Calidad de Vida del Enfermo Crónico), de autoría del Doctor Radhamés Hernández Mejía, profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública Facultad de Medicina; Universidad de Oviedo, España, quién mediante contacto vía mail, nos facilitó la información para conocer la características del instrumento, fue utilizado en estudios similares en el extranjero con muy buenos resultados. En Índice de Barthel, por su parte, valora el nivel de Independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consta de 10 preguntas, a las cuales se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado, determinado a nivel general, su grado de Dependencia o Independencia funcional. Conjuntamente a éstos dos instrumentos se elaboró una entrevista para recolectar datos sociodemográficos, no presentes en los instrumentos utilizados, que según nuestro criterio de profesionales de Enfermería nos permitiría abordar otras áreas de la calidad importantes para aportar a los cambios, como la alimentación con PACAM, el ingreso económico mensual, la cantidad de fármacos que consumen, y la asistencia a los controles de salud, entre otras. Este instrumento se aplicó entre los meses de Noviembre del 2005 a Marzo del 2006.

La muestra fue de 216 Adultos Mayores, extraídos de un universo de 973 individuos, con una edad igual o mayor a 65 años, de ambos sexos y en una proporción de 3:1 (Hipertensión y Diabetes Mellitus respectivamente), muestra proporcional a la población



total de Adultos Mayores del Centro de Salud que padecen éstas patologías. En el caso de personas que presentasen ambas patologías, se consideró aquella que se le diagnostica primero y por la cual ingresan al Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud.

Les invitamos a continuación, a hacerse parte de nuestro estudio. Damos fe que todo lo expuesto en el trabajo es fruto de nuestro esfuerzo y dedicación y que nuestro principal fin es contribuir a conservar y/o mejorar la Calidad de Vida relacionada con Salud. Queremos creer y confiar en que cada dato obtenido en ésta investigación no quedará solo en hojas de papel, sino, que será un aporte esencial en el mejoramiento de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores y que sentará las bases para futuras investigaciones sobre éste tema tan trascendental en la actualidad.

## FUNDAMENTACIÓN

Los cambios demográficos en Chile, sumado a los avances en las ciencias de la salud, han significado que la población de Adultos Mayores haya aumentado desde 200.000 personas en principios del siglo XX, a 1.550.000 en el comienzo del tercer milenio. Hoy en día la cantidad de Adultos Mayores en Chile asciende a 1,7 millones de personas, de las cuales el 67 % es autovalente<sup>1</sup>. Podemos mencionar también que los criterios para determinar la edad de inicio del Adulto Mayor han cambiado, como lo demuestra el cuadro que aparece a continuación:

Años	Adulto Mayor a partir de:
Década del 50	55 años en Chile y Europa
2000	60 años en Chile y 65 en Europa

Fuente: Consideración Adulto Mayor, INE, Año 2000

Con el avance de las ciencias médicas y la biotecnología, la esperanza de vida cada vez es mayor, antes no superaban los 40 años, pero esto ha ido cambiando:

Años	Expectativa de vida	
	Mujeres	Hombres
Década del 70	66,80 años	60,46
Del 2000 al 2005	79,04 años	72,99
Se espera para 2050	81 años para ambos sexos	

Fuente: Chile: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad Total, Expectativas de Vida, INE, Año 2000.

Para el año 2010, se espera una población de Adultos Mayores cercana a los tres millones cien mil habitantes (3.100.000)<sup>2</sup>.

Este aumento, si bien se considera bueno porque permite vivir más al individuo, conlleva una serie de inconvenientes al resto de la sociedad debido a que, si bien la persona está viviendo más, lo hace con una deficiente calidad de vida debido al surgimiento de

<sup>1</sup> MINSAL, Año 2002

<sup>2</sup> Chile: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad Total, INE, Año 2002,



enfermedades crónicas con un sin fin de complicaciones con las que la persona debe lidiar, sumado a su estado ya desgastado por la etapa de vida en la que está inmerso.

Todo esto ha llevado a poner especial énfasis en un nuevo término llamado: Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)<sup>3</sup>.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal, es relativamente reciente. El término apareció en ámbitos económicos enfocado a las condiciones del medio ambiente y al deterioro de las mismas en la vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, lo que se inicia desde las Ciencias Sociales con el desarrollo de los indicadores estadístico-sociales que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación de este, tuvieron un mayor carácter metodológico y hacia el siglo XXI se le presenta como un concepto que, no solo apunta a la satisfacción de las necesidades humanas, sino también a los servicios humanos en general.<sup>4</sup>

La Calidad de Vida se ha convertido así, en un término que emerge como principio organizador aplicable a la mejora de la sociedad, sometida a fuertes transformaciones sociales políticas, tecnológicas y económicas. No obstante su verdadera utilidad se percibe sobre todo, en los servicios humanos, centrado en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de avance de la calidad, y en este sentido puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus

---

<sup>3</sup> Definición de Radhamés Hernández, Universidad de Oviedo, España.

<sup>4</sup> María Gómez-Vela; Eliana Sabeh N. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España.



niveles de satisfacción. Es así como la “Calidad de Vida” es el fundamento concreto de bienestar social debido a que apunta a la satisfacción de las necesidades humanas.<sup>5</sup>

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad, varían en función de la etapa evolutiva del individuo, es decir, que la percepción de satisfacción está influenciada por variables ligadas al factor edad. Los estudios consideran, en función de la edad, como repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, entre otras) en la satisfacción percibida con la vida, prestando especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio, tiempo libre, estado de salud física y los servicios que reciben los Adultos Mayores.

El enfoque de la atención en salud se está orientando, no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino principalmente a dar las herramientas necesarias para el autocuidado y con esto mejorar la Calidad de Vida de las personas y la de sus familias<sup>6</sup>. Esto es factible de lograr, ya que los factores, económicos, sociales, culturales, ambientales y de conducta pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud<sup>7</sup>, los que pueden ser modificados con intervención de Enfermería, a través de educación y atención personalizada que apunte a las necesidades de los usuarios. Por esto es fundamental seguir desarrollando la función Investigativa<sup>8</sup>, ya que le permite al profesional de Enfermería, como gestor del cuidado, ampliar sus conocimientos e innovar en la solución de problemas en beneficio de los individuos.

Asimismo, consideramos importante conocer la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud Jean et Marie Thierry, ya que este estudio ayudará a evaluar o cuantificar las áreas bio - psico - sociales más disminuidas en los

---

<sup>5</sup> MAYA, Luz Elena Componentes de la Calidad de Vida en Adultos Mayores, , Enfermera Gerontóloga M.S.P. 1997, Colombia.

<sup>6</sup> JOANNE E. Hall. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas. 1º edición, Organización Panamericana de la Salud, 1990.

<sup>7</sup> Párrafo " DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES". Carta de Otawa para la promoción de la Salud, Salud para todos año 2000. Noviembre 1986. [www.oms.com](http://www.oms.com).

<sup>8</sup> Párrafo " REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS". Carta de Otawa para la promoción de la Salud, Salud para todos en el año 2000. Noviembre 1986. [www.oms.com](http://www.oms.com).



usuarios y su Calidad de Vida, permitiendo al centro de salud programar actividades de protección<sup>9</sup> y promoción<sup>10</sup> orientadas a fomentar cambios de comportamiento tanto individuales como colectivos<sup>11</sup> y diagnosticar las Necesidades de Salud de los Adultos Mayores de la comunidad.

---

<sup>9</sup> Declaración de ALMA ATTA, Salud para todos. Párrafo III. 1978 . [www.femeba.org.ar/fundation/cl](http://www.femeba.org.ar/fundation/cl).

<sup>10</sup> Párrafo " PROMOCIÓN DE LA SALUD" Sexta Conferencia Internacional sobre Planeación de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la Salud en el Mundo Globalizado. Agosto 2005.

<sup>11</sup> Párrafo " DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES". Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Salud para todos año 2000. Noviembre 1986. [www.oms.com](http://www.oms.com).



## **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

“Comparación de la Calidad de Vida relacionada con Salud entre Adultos Mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, en el Centro de Salud Jean et Marie Thierry, Valparaíso,(2005 – 2006).”

## DEFINICIÓN DE TERMINOS

**1.- Calidad de vida:** En 1994 se definió como: “La percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas y preocupaciones”. (OMS, grupo WHOQOL 1994)

**2.-Calidad de Vida en Relación a Salud (CVRS):** Es un constructo multidimensional, muy amplio y en ocasiones difícil de abarcar en todos sus aspectos. En nuestro estudio se encuentra determinada por las cinco dimensiones que abarca el instrumento PECVEC: Capacidad física, Función psicológica, Estado de ánimo positivo, Estado de ánimo negativo, Funcionamiento social y Bienestar social.

**3.- PECVEC:** Es un instrumento de evaluación cualitativa de la percepción de los enfermos crónicos en relación a su Calidad de Vida. Es un método de análisis del bienestar y funcionalidad en la práctica clínica. Tiene su origen en el Perfil alemán (PLC), traducido y validado para el español.

**4.- Percepción de la CVRS:** Se refiere a la forma en que el usuario reconoce los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; como también las consecuencias que provoca para su bienestar físico, emocional y social. Medición subjetiva, influenciada por las capacidades psíquicas y emocionales.

**5.- Índice de Barthel:** Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Medición objetiva del grado de independencia determinado por la funcionalidad.



**6.- Independencia:** Capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas por sí solo. Manifestaciones de independencia: Conductas o indicadores de conductas de la persona adecuadas para satisfacer las necesidades básicas.

**7.- Dependencia:** Incapacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas por sí solo. Manifestaciones de dependencia: Conductas o indicadores de conductas de la persona inadecuadas para satisfacer las necesidades básicas.

## VENTAJAS Y LIMITANTES DEL ESTUDIO

### Ventajas

- Este estudio investigativo emite un informe final sobre la realidad de Calidad de Vida relacionada con Salud de 216 Adultos Mayores con Hipertensión y Diabetes mellitus de un Centro de Salud de Valparaíso.
- Esta investigación permitirá completar requisitos para nuestra titulación.
- El concepto de CVRS esta adquiriendo gran importancia en nuestro país y el resto de mundo, como un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud. Este concepto de Calidad de Vida se ha incluido en las últimas cartas de O.M.S.
- Los datos – evidenciales de esta investigación servirán a las enfermeras como elementos en la gestión del Cuidado en los Adultos Mayores del Centro de Salud Jean Et Marie Thierry.
- El Dr. Radhamés Hernández Mejía, quien es Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Facultad de Medicina de Universidad de Oviedo, España; autorizó la utilización del instrumento de medición de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC), y facilito sus especificaciones. Esto permitió que diéramos a conocer el nombre de la Universidad de Valparaíso y la realización de nuestro estudio fuera del país.
- Este estudio permite la factibilidad de investigaciones posteriores (post grado).
- En este estudio se contó con una población de Adultos Mayores significativa que asiste regularmente a control, similar al promedio de los centros de salud de la comuna de Valparaíso.
- El Centro de Salud usado en nuestro estudio, presenta una cercanía geográfica con la Escuela de Enfermería y Obstetricia. Por lo que esta institución, es conocida por las seminaristas por prácticas anteriores

### **Limitantes**

- El tiempo dedicado al estudio no permitió realizar atención de enfermería específica a los Adultos Mayores más falentes.
- La muestra de la investigación, no fue más significativa, debido al tiempo escaso disponible.
- Los Adultos Mayores son más lentos sensorialmente debido al grado de deterioro que presentan en esta etapa, lo que implica que al aplicar el instrumento se le dedicara mayor tiempo, a veces, hasta una hora en cada Adulto Mayor para obtener las respuestas pertinentes al instrumento.

## MARCO TEORICO

### CALIDAD DE VIDA

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, iniciándose desde las Ciencias Sociales, el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos<sup>12</sup>

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: Aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera como un constructo

---

<sup>12</sup> Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto. [www.usal.es](http://www.usal.es)



compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry<sup>13</sup> encontraron otros modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick- Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. Es así que en relación a la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

**Según la OMS Calidad de Vida es:** “La percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”. (OMS, grupo WHOQOL 1994)

**Los componentes de la calidad de vida son:**

- Confort material
- Salud y seguridad personal
- Relaciones familiares
- Relación conyugal
- Amistades
- Aprendizaje

---

13 <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

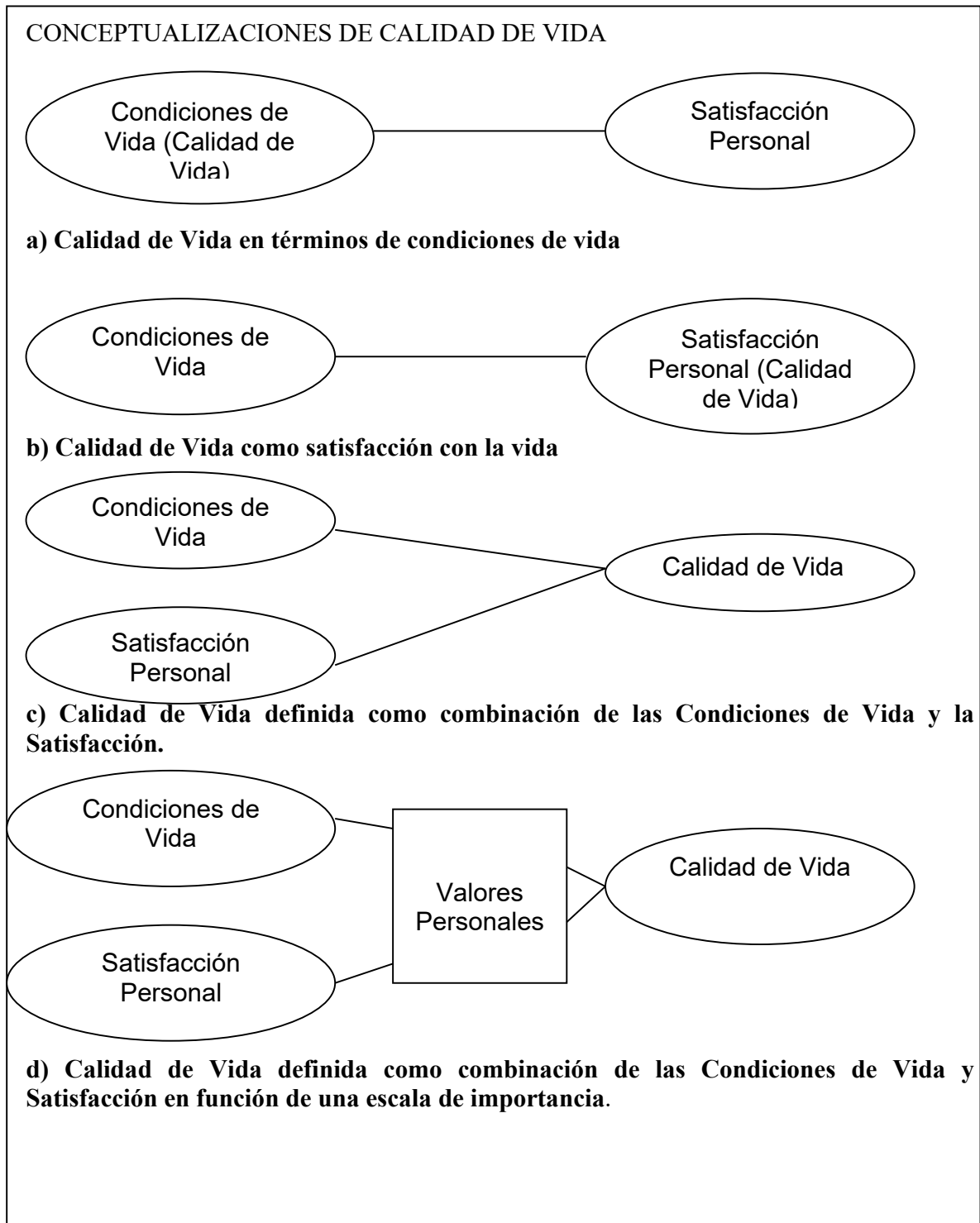


- Comprensión de uno mismo
- Trabajo
- Auto expresión creativa
- Ayuda a los demás
- Participación en asuntos públicos
- Socialización
- Actividades de descanso
- Actividades recreativas

**Algunas referentes teóricas de Calidad de Vida que podemos mencionar son:**

- Maslow y su Modelo de Satisfacción de Necesidades (jerarquía de necesidades universales; condiciones sociales y ambientales para la satisfacción de necesidades).
- Erik Allardt (tener, amar, ser; medidas objetivas y sentimientos subjetivos).
- Manfred Max Neef (necesidades para un desarrollo a escala humana).

A continuación se presenta un Modelo de Conceptualización de Calidad de Vida (Traducida y Adaptada de Falce y Perry, 1995.) Anexo 3 (modelo de Calidad de Vida propuesto por las tesistas)





**A partir del concepto anterior aparece el de Calidad de Vida relacionada con Salud:**

El excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación, como también la prevalencia de enfermedades crónicas, lleva a que las medidas clásicas de los resultados en Salud (Morbilidad, Mortalidad, Expectativas de Vida) no sean suficientes para evaluar la Calidad de Vida de los usuarios.

En este contexto se incorpora la medida de la CVRS como un factor necesario, siendo un subconjunto de la Calidad de Vida global, que puede ser vista como determinada por la salud o determinante de ésta. Esencialmente incorpora la percepción subjetiva del usuario como una necesidad en la evaluación de los resultados de la salud, el modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, el estado de Salud está influido por el estado de ánimo y los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social.

La Calidad de Vida relacionada con salud se relaciona con:

- El impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario.
- El bienestar físico, emocional y social percibido luego del diagnóstico y tratamiento.
- El impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria CVRS: puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995).

Y por ende es:

- Subjetiva.
- Multidimensional.
- Incluye sentimientos positivos y negativos.
- Variable en el tiempo.
- Construida histórica y biográficamente.

**Dimensiones de la CVRS**

- Funcionamiento físico.
- Funcionamiento emocional y cognitivo.
- Funcionamiento social.
- Rol funcional.



- Percepción de salud general y de bienestar.
- Proyectos futuros.
- Síntomas (específicos de la enfermedad).

### **¿Porqué evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud?**

- Las medidas clínicas tradicionales son de utilidad limitada.
- La CVRS mide el impacto global de la enfermedad y/o el tratamiento.
- Aporta una medida de resultado que incorpora la percepción del paciente.

Los esfuerzos para desarrollar medidas del estado de salud se han multiplicado en los últimos años, instrumentos basados en cuestionarios han alcanzado gran desarrollo. CVRS se ha vuelto una práctica rutinaria en el ámbito de la salud.

### **Algunos instrumentos que se han utilizados en la medición de la Calidad de Vida:**

#### **SF 36 (Short Form):**

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general, diseñado para ser autoadministrado con una duración de 10 a 15 minutos. Consta de escalas multiitem para medir 8 dimensiones.

Este cuestionario le da mayor importancia a los aspectos somáticos y psicológicos del bienestar mientras que los aspectos sociales e interpersonales son casi completamente olvidados.

Basado en lo anterior se creó el SF 12, SF 8, SF6 con el fin de hacer estudios poblacionales debido al menor tiempo que implicaba la aplicación de este instrumento. Conlleva a una pérdida de puntuación que no es relevante para el estudio. Dentro de sus limitaciones, está el hecho de ser un instrumento creado en el contexto cultural de los Estados Unidos.

#### **Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC):**

Este es un cuestionario Alemán que se utiliza para medir la CVRS en enfermos con patologías crónicas. Consta de 40 ítems de tipo genérico, concebido para abarcar los problemas comunes a todo paciente crónico.



El instrumento fue adaptado y validado en la lengua Española, convirtiéndose en la versión Española llamada Perfil de la Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEV).

Basado en los antecedentes anteriores y en los cambios en la Calidad de Vida que sufren los Adultos Mayores, se hace necesario revisar el proceso de Envejecimiento y sus Teorías.

### **ENVEJECIMIENTO Y SUS DIMENSIONES.**

El envejecimiento como un proceso continuo comienza desde la concepción de la vida siendo un proceso normal que ocurre a todos los seres vivos, cuya característica principal está dada por una limitación a la adaptabilidad. Constituye un proceso individual, en el sentido que se envejece de acuerdo a las características propias de la persona y de aquellas características de su entorno social.

El envejecimiento como proceso personal en los individuos se refiere a la ampliación de horizontes en la vida derivados de las expectativas de vida. La mayor longevidad de las personas crea nuevas etapas en el ciclo de vida en el cual se plantean demandas y necesidades específicas. El poder satisfacer estas necesidades o demandas va a depender de cómo se enfrente la persona al proceso de envejecimiento y de cómo lo viva, ya que aquellos adultos mayores que son más intelectuales y permanecen mentalmente activos, son capaces de enfrentarse a su vejez con mayor serenidad. Por lo que la vejez se transforma en ellos en una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos, no así en aquellos cuya vida carece de sentido. Esto también va a depender de cómo es considerada esta etapa por quienes los rodean, ya que “cuando el Adulto Mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los Adultos Mayores, se va sintiendo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia y menos en la sociedad, por lo tanto, sufre la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión”.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Manual Consejo directivo Fundación del Empresario Chihuahuense, A.C., Adulto Mayor Una Nueva Etapa de Vida, Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada, capítulo 3 , año 2003



La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el contexto de funcionalidad define al envejecimiento como un proceso de integración entre el individuo que envejece y la realidad contextual de un proceso de permanente cambio. Desde una perspectiva funcional el Adulto Mayor sano es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

No existe una sola teoría que explique el proceso de envejecimiento. Existen teorías: Biológica, Psicológica y Social.

## **TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO**

### **1.- Teorías del Envejecimiento Biológico:**

No se conoce la causa exacta por la cual envejecemos, por ello, han surgido varias teorías biológicas que tratan de explicar dicho fenómeno, las cuales presentamos a continuación.

**Teoría Genética del Envejecimiento:** Sostiene que las células están programadas para morir, por lo que los límites de la vida son biológicos e inherentes a las células de las que estamos compuestos o al colágeno, materia proteínica que las mantiene cohesionadas.

**Teoría del Error Celular:** Postula que con el paso del tiempo, se producen ciertos cambios en el material genético (ADN) de modo que la célula deja de funcionar. Estos cambios se consideran errores más que incidencias programadas genéticamente.

**Teoría de la Disfunción Tóxica Celular:** Sostiene que hay una acumulación progresiva de materias extrañas a la célula. Buena parte de esta materia es venenosa, pero al principio sus cantidades son insuficientes para trastornar la función celular; sin embargo, con el tiempo se acumula hasta que la célula muere. Ello conlleva a una disminución en la capacidad de combatir las infecciones y las enfermedades.

**Teoría de los Radicales Libres:** Propone que el envejecimiento se produce por una disminución de los mecanismos de defensa de un organismo aeróbico frente a eventos oxidativos, situación que conlleva a un daño descontrolado de las macromoléculas, con una consecuente pérdida de sus funciones fisiológicas, planteándose por ejemplo que los radicales libres cumplen un importante rol en el desencadenamiento de la Enfermedad de Alzheimer.

**Teoría de los Enlaces Cruzados:** Se refiere al proceso por el que se forman enlaces entre las moléculas o sus partes que cambian las propiedades de las células que las componen y alteran su funcionamiento.

**Teorías Orgánicas y Sistémicas:** Estas teorías plantean que varios sistemas y aparatos del organismo sufren con la edad cambios que interrumpen o trastornan su funcionamiento, es decir, que el envejecimiento es resultado de la disminución de la eficacia de los sistemas que controlan la temperatura, las concentraciones de azúcar en la sangre, etc. Dentro de ellas la más conocida es la teoría de la supresión del sistema inmunológico, la cual postula que con la edad éste se debilita y ya no nos protege tanto de enfermedades e infecciones, al mismo tiempo, a veces comete errores y toma por invasoras a algunas de nuestras propias células. Este proceso conocido como autoinmunidad produce anticuerpos que atacan al propio cuerpo.

## **2.- Teorías del Envejecimiento Psicológico:**

La psicología del desarrollo se nutre de distintas teorías, las cuales parten de diferentes supuestos acerca de la naturaleza humana. Clásicamente se han distinguido cuatro teorías complementarias:

**Teorías Madurativas:** Consideran la conducta humana como el resultado del despliegue de características genéticamente establecidas que se actualizan en interacción con el medio ambiente. Desde esta perspectiva, el envejecimiento es concebido como “un fenómeno biológicamente programado, es decir, considera que existen factores encargados, activamente, de desencadenar la senescencia y la muerte natural”.<sup>15</sup>

**Teorías del Aprendizaje:** Establecen que la conducta humana es primariamente el resultado de la experiencia.

**Teorías Adaptativas:** Subrayan la interacción entre la persona y su ambiente y por ende, la adaptación al envejecimiento será el resultado de factores del Adulto Mayor (personalidad previa, biografía, etc.) y las condiciones sociales que le ofrece el medio en el cual está inserto.

---

<sup>15</sup> ZEGERS, Beatriz. Teoría del envejecimiento Psicológico (en línea)  
<http://biblioteca.uandes.cl/documentos/Desplegar/tesis.asp?nombre=C/www/biblioteca/documentos/Bzegers.xml>

**Teorías Psicodinámicas:** Plantean que la conducta humana se encuentra motivada tanto por fuerzas internas como externas.

### 3.- Teorías del Envejecimiento Social:

**Teoría del Retiro o Desligamiento:** Fue descrita por Cumming y Henry. Considera el envejecimiento como “un proceso de alejamiento progresivo, mediante el cual, las personas de edad van voluntariamente desligándose de sus actividades y compromisos, perspectiva que es fomentada socialmente al establecer presiones para que las personas al llegar a una cierta edad se retiren”. Postula también, que “una mayor preocupación por sí mismo y una menor dedicación emocional por los demás, sería deseable y esperado”.

Sin embargo, dado que se trataba de una teoría que contradecía los valores tradicionales americanos, centrados en la actividad y en la implementación de programas sociales orientados a una vejez activa, se formuló la teoría de la actividad.

**Teoría de la Actividad:** Esta, por el contrario de la anterior, afirma que mientras más activa y vinculada permanezca la persona que envejece, más exitoso será el proceso. De esta forma lo recomendable sería que al dejar ciertas actividades se encuentren otras que permitan sustituir las que hay que dejar atrás, sea debido a la jubilación, muerte del cónyuge, de los amigos o de alguna habilidad particular. Cabe comentar que la investigación no ha mostrado que alguno de estos patrones sea más exitoso que otro, lo cual depende en parte de la personalidad previa, de las condiciones de salud y otras variables.

**Teoría de la Continuidad:** Parte de la premisa de que los Adultos Mayores, intentan conservar y mantener las estructuras internas y externas mediante estrategias que mantengan la continuidad, es decir, que las personas mayores tal vez pretendan utilizar estrategias familiares en los terrenos vitales conocidos. La continuidad “es una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar nuevas experiencias con las anteriores”.<sup>16</sup> La continuidad esta en gran parte orientada a la persona, es decir orientada al ser humano individual. “Solo la persona mayor puede valorar el aquí y el ahora, porque la base de la valoración es la

---

<sup>16</sup> Cohler, B.J. Relato Personal y el curso de la vida. pág 145 -151 New York, Brim. 1982

consecuencia de la retrospectión (el recuerdo de su pasado). En épocas posteriores de la vida, los adultos tienden a utilizar la continuidad como una estrategia de adaptación para enfrentarse a los cambios que se producen durante el envejecimiento normal. Esta teoría es apoyada por las preferencias individuales y por la aprobación social”.<sup>17</sup>

### **Teorías del Envejecimiento Social:**

Erickson abordó la madurez como un proceso. Percibía el desarrollo de cada persona como un organismo biológico y como un ser social. Para ilustrar este desarrollo, definió ocho etapas diferentes y propuso que cada persona progresa a través de las mismas, desde el nacimiento hasta la madurez. En cada etapa, identificó características de desarrollo completo e incompleto. Este modelo menciona crisis que acarrearán dilemas que se les plantean a las personas durante su desarrollo. Erickson sostiene que “todas las crisis pueden resolverse avanzando hacia otra etapa del desarrollo o permaneciendo fijo en un nivel de desarrollo incompleto”.<sup>18</sup>

Aunque el modelo proporciona algunas ideas sólidas en las cuales basar el estudio de madurez y desarrollo, la teoría no aborda adecuadamente los dilemas y las crisis por las que atraviesan los Adultos Mayores.

Havighurst<sup>19</sup> aportó algunas ideas relacionadas con el desarrollo y sugería que si las personas mayores desean experimentar satisfacción al final de la vida deben completar con éxito las siguientes tareas:

1. - Adaptación al empeoramiento de la salud y a la disminución de la fuerza física.
2. - Adaptación a la vida de jubilado y a la disminución de los ingresos.
3. - Adaptación a la muerte del cónyuge, de los miembros de la familia y de otros seres queridos.
4. - Adaptación a formas de vida diferentes a las que ha estado acostumbrado.
5. - Adaptación a los placeres que acompañan al envejecimiento, como el mayor tiempo de ocio o a jugar con los nietos.

---

<sup>17</sup> Atchley, R.C. Teoría de la Continuidad del envejecimiento normal, pág 183-190. Mosby. 1989.

<sup>18</sup> LONG, Barbara C., PHIPPS, Wilma j., CASSMEYER, V.L Enfermería Medicoquirúrgica. 3a. ed. España: Harcout 1997, 49 p

<sup>19</sup> Havirhurst, R. Tareas del Desarrollo y Educación. 1972

## LA TEORIA PSICOSOCIAL DE ERICKSON Y LOS ADULTOS MAYORES

Según Erickson, cuando los adultos entran en la etapa final de la vida (citado por Papalia, 1997), su tarea consiste en contemplar la vida en conjunto y de manera coherente, aceptando la forma en que han vivido, con la convicción de que lo han hecho lo mejor posible. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme a la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones y los cambios.

El paso a la tercera edad no pone fin a la capacidad de generar y crear cosas nuevas en una persona. A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erickson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho tiempo más. “La tercera edad” se contempla como un período más productivo y creativo que en el pasado, en el que un artista ya sea escritor o músico de 80 años o más, ya no será visto como algo excepcional para nuestros tiempos.

En su crisis final, Integridad vs. Desesperación, Erickson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida (la manera como han vivido) con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar paso a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

De acuerdo con Erickson "Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La virtud que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma"<sup>20</sup> ; esto

---

<sup>20-21</sup> LONG, Barbara C., PHIPPS, Wilma J., CASSMEYER, V.L Enfermería Médicoquirúrgica. 3a. ed. España: Harcourt 1997, 49 p.

incluye aceptar lo vivido, sin arrepentirse sobre lo que pudo haber sido diferente y aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

Según Erickson "la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mental"<sup>21</sup>.

Para revisar la realidad del país, es fundamental conocer cómo se desarrolla el proceso de envejecimiento a nivel nacional, el Sistema de atención en Salud y la epidemiología de los Adultos Mayores.

#### **ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CHILE, MAGNITUD DEL PROBLEMA.**

Los notables cambios demográficos y en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida más notorio desde el año 1950, produjeron modificaciones en el tamaño y en la composición por edades de la población. Lo anterior llevó al país a transitar hacia el envejecimiento demográfico de su población, en otras palabras, desde una relativa alta representatividad de jóvenes (menores de 15 años) y bajo porcentaje de personas de 60 años y más, se pasó en menos de 30 años, a un menor porcentaje de jóvenes y un aumento de los Adultos Mayores.

Según el Censo del año 2002, se determinó que en la última década, la población de Chile creció a un promedio anual de 1,2%, mientras que en el decenio 1982-1992 lo hizo a un ritmo promedio anual de 1,6%. Ello significa que nos acercamos al discreto o nulo crecimiento poblacional que experimentan los países desarrollados con el consiguiente envejecimiento de la población.

En cifras, el país aumentó su población entre los años 1992 y 2002 en 1.768.034 personas, llegando al total actual de 15.116.435 personas. La población con 60 y más años de edad aumentó de 9,8% en el Censo de 1992 a 11,4% en el Censo de 2002, mientras que la población menor de 15 años disminuyó de 29,4% a 25,7% en el mismo período. La

población total de ambos sexos con 65 años y más llega actualmente a 1.217.576 personas. El promedio de hijos por mujer disminuyó de 2,39 a 2,26 entre 1992 y 2002. Por todo lo anterior, se señala que “Estamos en el límite del nivel de reemplazo de la población que es de 2,1 hijos por mujer. Si no se revierten las tasas de natalidad, seremos un país eminentemente envejecido y tendremos que depender de políticas de inmigración, tal como ocurre en los países desarrollados que están bajo las tasas de reposición”<sup>22</sup>

En relación a las regiones de nuestro país, la V región tiene el mayor porcentaje de Adultos Mayores, seguida por la XII (13% y 12% respectivamente). En el año 2010, el porcentaje de Adultos Mayores de la XII región superará al de la V región.

#### **Sistema de Atención en Salud del Adulto Mayor en Chile:**

La mayoría de los Adultos Mayores con 65 años y más son atendidos por el sector público de salud, según se aprecia con los datos ajustados de acuerdo al Censo del 2002: 75,9% o 924.124 beneficiarios por FONASA (Fondo Nacional de Salud, que constituye el seguro público subsidiado en salud), 18,2% pertenece a la Fuerzas Armadas o es particular y 6,6% está en el Sistema Isapre (Instituciones de Salud Previsional, que constituyen el seguro privado en salud). Para la población menor de 65 años la adscripción a FONASA es de 67,6%. Ello revela que con la reducción del ingreso, al llegar la edad de la jubilación, muchos Adultos Mayores acceden a FONASA.

#### **Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM):**

Estudios efectuados en Chile en los últimos años demuestran que la alimentación del Adulto Mayor presenta importantes deficiencias especialmente de energía, Proteínas, Calcio, Zinc, Folatos y Vitamina A, que pueden afectar su Calidad de Vida, por esto en el año 2001 se comenzó a implementar el PACAM, que consiste en ayuda alimentaria destinada a prevenir y/o recuperar el daño nutricional de los Adultos Mayores. Los beneficiarios del programa son todos los mayores de 70 años y más y las personas mayores de 65 años en tratamiento antituberculoso en los establecimientos de atención primaria de salud (APS). Para retirar el alimento, el beneficiario debe cumplir con las exigencias

---

<sup>22</sup> Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Censo de Población y Vivienda 2002. [http://: www.ine.cl](http://www.ine.cl).

establecidas por el MINSAL y/o los Servicios de Salud con relación al cumplimiento de los controles de salud y otras actividades de prevención y promoción.

En el año 2001 se estimó una cifra de 100.000 beneficiarios por mes, mientras que en el año 2002 llegó a 192.000 beneficiarios. Ello equivale a algo más del 20% de los posibles beneficiarios Adultos Mayores con 65 años y más (924.000). Sin embargo, debe notarse que de los Adultos Mayores con 70 años y más, objetivo prioritario del PACAM, solo 60% se atienden en la atención primaria del sector público (40% son FONASA pero acceden, también, por libre elección a las consultas privadas) y de ellos se estima que la mitad reciben el PACAM.

### **Epidemiología en el Adulto Mayor:**

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen actualmente la principal causa de muerte en Chile. Entre estas destacan las enfermedades del sistema circulatorio y los cánceres. Estos grupos de causas constituyeron un 27,75% y 22,66% respectivamente, del total de las muertes en Chile en 1999 (81.894 defunciones). Otros importantes grupos de causas de muerte fueron las enfermedades del Sistema Respiratorio y los Accidentes o causas externas (Traumatismos, Envenenamientos y Violencias), que llegaron a un 14,21% y un 9,33%.

La enfermedad crónica más frecuente en Chile es la Hipertensión Arterial, que ha sido diagnosticada en un 10,3% de los chilenos.

La prevalencia de las enfermedades crónicas va aumentando con la edad, teniendo así los siguientes datos:

- Prevalencia declarada de Hipertensión Arterial según grupo de edad, en los grupos de 65 a 74 años en un 41% y en el de 75 y más en un 44%.<sup>20</sup>
- Prevalencia declarada de Diabetes Mellitus según grupo de edad, de 65 a 74 es de un 12,8% y en el de 75 y más años un 14,1%.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, Instituto Nacional de Estadísticas Chile 2000, Primera encuesta nacional de calidad de vida y salud. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>



Los Adultos Mayores tienen una mayor frecuencia de accidentes, teniendo como evidencia la:

Ocurrencia de al menos un accidente en los últimos seis meses según grupos de edad. En el grupo de 65 a 74 años es de un 6,5% y desde los 75 años y más es de un 9,3%, siendo ambos grupos de edad los que tienen mayor porcentaje de accidente.<sup>24</sup>

Para poder trabajar con los Adultos Mayores es básico conocer la Funcionalidad y sus pérdidas, como también las enfermedades crónicas que más los afectan:

### **FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR**

La dimensión N° 1 del instrumento Perfil de Evaluación de la Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC), menciona el término “Capacidad Física”, que se refiere, a la capacidad de rendimiento corporal e intelectual que poseen las personas con enfermedades crónicas. Cabe destacar, que generalmente la aparición o asentamiento de patologías crónicas, ya sea Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus o ambas, coincide con el inicio de la etapa de Adulto Mayor, siendo la alteración de la funcionalidad, una de las primeras manifestaciones de enfermedad, considerándose ésta un signo de alerta en la aparición de patologías crónicas. De aquí la importancia de la medición permanente de la funcionalidad en el Adulto Mayor.

Esta funcionalidad se define como: “La capacidad para realizar los actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar los elementos estresores en lo físico, biológico y social”.

Por Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), entendemos las funciones de sobrevivencia como: levantarse, lavarse, vestirse, comer, uso del baño y la capacidad de traslado al interior de la casa. Las actividades básicas son las primeras que se aprenden y

---

<sup>24</sup> MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, Instituto Nacional de Estadísticas Chile 2000, Primera encuesta nacional de calidad de vida y salud. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>

las últimas que se pierden. Las actividades instrumentales se dividen en cotidianas de la vida diaria como cocinar, manejar el dinero y usar el teléfono; y avanzadas como hacer las compras, tomar el bus, pago de cuentas y trámites en general. Cuando nuestros cuerpos y mentes son capaces de llevar a cabo estas actividades de la vida cotidiana se dice que nuestra funcionalidad está indemne.

Esta capacidad funcional de un individuo puede verse alterada, generalmente disminuida, por múltiples factores de riesgo, considerándose como factor de riesgo “aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o padecer una determinada enfermedad o condición”.<sup>25</sup>

Asimismo como existen factores de riesgo existen factores protectores, que son aquellos que aumentan la probabilidad de mantenerse saludable y en posesión de las capacidades físicas y mentales. Los siete factores considerados protectores son: el nivel educacional, el ejercicio mental y físico, los hábitos alimentarios, la realización de actividades significativas para ocupar el tiempo, las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo; la posesión de dos atributos psicosociales como la percepción de autoeficacia y la capacidad de enfrentar las situaciones estresantes, de modo que ellas tengan el menor impacto posible en el nivel de bienestar y en la capacidad de desempeñar por sí mismo las ABVD.

Los autores (WHO, 1980; NAGI, 1991) conciben el proceso de discapacitarse como algo gradual que pasa por etapas, en las cuales es posible intervenir para evitar, aliviar, retrasar o contrarrestar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso. El proceso se inicia con una patología que puede causar impedimentos, los que dificultan el funcionamiento físico, mental o social. Pasando luego a producir limitaciones funcionales que equivalen a restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria. Culminando en la discapacidad o en la incapacidad de realizar las acciones del diario vivir por sí mismo.

---

<sup>25</sup> Montenegro Lorena G., Ramírez Laura J., Ramírez Cindy T., Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social, Trabajo final de graduación Modalidad práctica dirigida: "Modelo de aplicación de la inteligencia emocional: una opción para mejorar la calidad de vida de las ciudadanas de oro en la sucursal urbana de desamparados", año 2001.

Debido a la necesidad en Chile, desde el Ministerio de Salud hasta el Instituto Nacional de Geriátrica, de contar con un instrumento que midiera la funcionalidad en forma integral (física, cognitiva, afectiva), y que pudiera además detectar precozmente el riesgo del Adulto Mayor de perder su funcionalidad, se inicia en nuestro país la construcción de un instrumento que pudiera ser aplicado en la atención primaria de Salud, ya que la norma nacional para la atención integral de salud del Adulto Mayor (AM) del año 2002 estima “que el 67% de la población AM es autovalente, el 30% es autovalente con riesgo y de un 3 a 5% es dependiente”.<sup>26</sup> La norma establece diferentes niveles de intervención en salud. El resultado fue EFAM-Chile (Evaluación Funcional del Adulto Mayor).

### **PERDIDAS DEL ADULTO MAYOR**

La dimensión N° 4 del instrumento PECVEC se refiere al Estado de Animo Negativo, el cuál engloba los aspectos esenciales de éste estado de ánimo, como son la tristeza, el nerviosismo, la irritabilidad, el sentimiento de amenaza, de desesperación, etc. Estos estados podrían presentarse en enfermos crónicos, mientras se avanza en el proceso de envejecimiento.

Según muchos autores, lo más típico del proceso de envejecimiento es la necesidad de elaborar duelos casi permanentemente, por las pérdidas que durante el mismo periodo ocurren (parte del yo físico y psíquico, categoría dentro del conglomerado social y del círculo familiar, personas significativas), por la disminución del número y extensión de sus actividades y por tener que encarar la muerte.

Para poder superar exitosamente las múltiples pérdidas que inevitablemente ocurren en esta etapa, es necesario que el Adulto Mayor, enfrente los duelos que se desprenden de cada una de ellas, generando sentimientos difíciles como el dolor y la tristeza.

Además debe elaborar el duelo de su propia vida, enfrentándose a su propia muerte.

Las principales pérdidas que afectan al Adulto Mayor son:

---

<sup>26</sup> Manual de Aplicación DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA DETECCION DE RIESGO DE PERDIDA DE FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR, PROYECTO FONDEF, Julio 2003.

### **Pérdidas de Funcionalidad Cognitiva:**

Las funciones intelectuales tales como la imaginación, la habilidad de juzgar, la de generalizar, etc. son relativamente independientes de la edad de la persona y su declinación depende mucho de cada individuo.

Lo que disminuye en el Adulto Mayor, es la rapidez con que ejecutan las tareas intelectuales. El deterioro es más notable en aquellas en que cuenta la rapidez con que se reacciona. La edad afecta más la cantidad de actividades que realiza que la calidad de la ejecución de ellas. En el Adulto Mayor, la capacidad de resolver problemas nuevos disminuye progresivamente, no así la que implica responder adecuadamente a situaciones ya varias veces resueltas.

Existen tres clases de memoria: Inmediata, Reciente y Remota. Las dos primeras, se deterioran según vamos envejeciendo. Sin embargo, la memoria remota puede hasta mejorar.

Los aprendizajes que requieren de la presencia de factores visuales y motores declinan más rápidamente con la edad, mientras que las tareas que implican aspectos verbales y de información pueden ir mejorando durante los años productivos del individuo.

Existen Adultos Mayores que frecuentemente desarrollan conductas que exigen aprendizaje, frente a esto, mantienen una actitud interesada en adquirir conocimientos en distintos aspectos de la vida, favoreciendo con esto, que su habilidad para aprender la pierdan más lentamente. El proceso de aprendizaje se ve influenciado negativamente por limitaciones físicas como la disminución de la visión y audición y condiciones psicológicas como falta de confianza en si mismo.

El principal problema está dado por la falta de contacto social y aislamiento, lo que determina que vayan perdiendo capacidades por desuso.

### **Pérdidas Socioeconómicas:**

Se estima que la jubilación genera un cambio brusco en la vida de las personas, siendo estos cambios principalmente en el aspecto económico y del rol social. Estas pérdidas pueden generar en los Adultos Mayores alteraciones en sus equivalentes emocionales como por ejemplo apetito, insomnio, cambio de carácter, alteración en la eliminación intestinal, etc. y en casos más graves puede provocar depresiones de leves a severas.

Existe la posibilidad actualmente en nuestra sociedad, que los Adultos Mayores jubilados continúen realizando tareas manuales como artesanías, siendo reintegrados a ella, permitiéndoles con esto, mantener gran parte de su potencial físico e intelectual, además de adquirir un ingreso económico extra.

### **Pérdida de pareja, amigos e hijos:**

A medida que avanzan los años, se van cumpliendo etapas como por ejemplo la de educar y cuidar a los hijos. Esta etapa, en los Adultos Mayores ya está cumplida, por lo que ya han sufrido en distinta medida la pérdida de sus hijos, ya que éstos han emprendido otros rumbos, en estudios, formación de familia, trabajos, etc.

Una pérdida que es inevitable y que repercute fuertemente en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores es la pérdida de la pareja, cuya compañía, en la mayoría de los casos, la tenían por varias décadas. Esto puede generar un deterioro integral pudiendo ser un factor importante para desencadenar patologías como depresión. Esta pérdida de compañía de su pareja, genera a su vez, la pérdida de la satisfacción de la sexualidad.

A la vez que se va envejeciendo se van perdiendo los amigos, los cuales van falleciendo a causa de enfermedades orgánicas. Esto influye directamente en la Calidad de Vida de las personas, sobre todo en los Adultos Mayores, ya que su bienestar emocional se ve alterado tanto por la misma pérdida como por el pensamiento de ver reflejada su propia muerte de manera cercana.

## **FUENTES DE ANGUSTIA EN EL ADULTO MAYOR**

Las pérdidas que experimenta el Adulto Mayor a medida que avanza en edad, generan en él sentimientos negativos o desfavorables para su salud, limitándolo en el desarrollo de la capacidad de disfrute y relajación, términos que definen la Función Psicológica perteneciente a la dimensión N° 2 del PECVEC. Es así como estudios gerontológico realizados en nuestro país, concluyen que “una gran mayoría de los Adultos Mayores presentan tarde o temprano temor y angustia al proceso de envejecimiento”.<sup>27</sup>

Dentro de las fuentes de angustia más comunes expresadas por los adultos mayores son:

- Temer a un futuro próximo de sufrimiento y deterioro.
- Temer a la institucionalización.
- Sentirse frustrados e insatisfechos con lo que viven en esta etapa y la incertidumbre de lo que vendrá les impide disfrutar del presente.
- Tener miedo a la muerte.
- tener sentimientos de tristeza, abatimiento y desesperación. Se lamentan de lo perdido sienten resentimiento y envidia. Sentimientos de inutilidad Muchas veces pierden el sentido de la vida
- Desaparición de sus referentes de identidad.

## **SOCIALIZACION DEL ADULTO MAYOR**

En el instrumento PECVEC, la dimensión N° 6 hace referencia al Bienestar Social, el cual expresa el apoyo socioemocional como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad. Este concepto, en la mayoría de los Adultos Mayores con enfermedad crónica, no se cumple. Este hecho se explica, principalmente por lo expuesto a continuación.

---

<sup>27</sup> DE LA PAZ, Mónica, Pontificia de la Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina Interna, Programa de Geriatria y Gerontología, "Manual de Geriatria", Capítulo II Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales, Problemática Social en el Adulto Mayor. (en línea) [http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria/Geriat\\_M\\_35.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria/Geriat_M_35.html) [consulta: 02/04/2006]



La mayoría de las actitudes no son resultado del simple proceso biológico o psíquico del envejecimiento, sino que también del individuo que envejece en un grupo familiar y social concreto con sus normas culturales, alimentarias y religiosas.

En algunos sectores de la sociedad, los Adultos Mayores son considerados una carga teniendo en cuenta que en su mayoría, en esta etapa de vida, están empobrecidos económicamente, las jubilaciones son bajas e insuficientes, la atención médica tiene altos costos y en mayor o menor grado presentan un deterioro psicofísico, además de no ser entendidos por los jóvenes.

Sin embargo, comienzan a vislumbrarse cambios de actitudes; por una parte muchos de los Adultos Mayores buscan espacios donde poder desarrollarse y ser escuchados y distintos estamentos de nuestra sociedad colaboran en el logro de este objetivo.

El cumplir 60 o 65 años, no debería ser la etapa de vida que marque una barrera absoluta entre la actividad profesional y la inactividad. La jubilación plantea un cambio brusco en la vida de las personas, este cambio trae consigo una pérdida tanto económica como social, siendo necesaria la preparación para este cambio, previniendo con esto la depresión, el insomnio, el cambio de carácter, etc.

Existen Adultos Mayores jubilados que continúan realizando algún tipo de actividad, la cual les permite mantenerse activos dentro de la sociedad, favoreciendo en gran parte su potencial físico e intelectual, además de facilitarles un ingreso económico extra. También observamos muchos Adultos Mayores que desempeñan otros roles activos, que abarcan los más variados matices, desde “abuelos - educadores” hasta la participación en grupos que promueven la integración y la recreación.

Las personas mayores generalmente están solas, sin amigos ni cercanos que puedan solicitarles ayuda en caso que así lo necesiten. Esta soledad puede ser consecuencia de las pérdidas anteriormente mencionadas, de afecciones físicas o psíquicas invalidantes y de una tendencia a la inactividad. Habitualmente estas causas, son las que discriminan y van

limitando en su actuar al Adulto Mayor. Pero, actualmente se observan cambios culturales que tienden al aumento de la socialización.

## **ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES EN ADULTO MAYOR**

Dentro de las enfermedades crónicas que afectan actualmente a los Adultos Mayores en Chile, se encuentran la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.

### **Hipertensión Arterial:**

Se define como una enfermedad cardiovascular crónica, “se considera Hipertenso a todo individuo que mantenga cifras de presión arterial (PA) persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mmHg”.<sup>28</sup>

Es importante considerar como causa ambiental a los factores de riesgo no modificables como Genética, Raza, Sexo, Edad y a los factores de riesgo modificables como Tabaco, Obesidad, Sedentarismo, Alcohol, Dieta, Stress, Hiperlipidemia y Diabetes Mellitus.

Las enfermedades más importantes provocadas por la Hipertensión Arterial son, la Cardiopatía Hipertensiva, lo que deriva en una Insuficiencia Cardíaca, y se traduce en una disminución importante de la capacidad física de la persona que la sufre, los Accidentes Vasculares Encefálicos, Hemorragias Cerebrales, Infarto Cerebral, y la Insuficiencia Renal. Todas estas enfermedades derivan en un desmedro en la Calidad de Vida del Adulto Mayor, disminuyendo su autonomía.

Es por esto que es fundamental restituir en la medida de lo posible su independencia o conseguir al menos el máximo de autonomía para poder con ello, prevenir complicaciones.

### **Diabetes Mellitus:**

Se define como “un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina”.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> MINSAL Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más.2005.

La Diabetes Mellitus tipo 2 que es la que se encuentra mayormente en los Adultos Mayores, es caracterizada por una resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.

Se considera como factores de riesgo, los Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus, Obesidad, Personas mayores de 45 años, Pacientes con Hipertensión Arterial diagnosticada, Mujeres que han tenido hijos macrosómicos, Personas con Hiperlipidemia, Personas con antecedentes de enfermedades recurrentes (Infección del Tracto Urinario, piel).

Se pueden mencionar como complicaciones de Diabetes Mellitus las Oftalmológicas (Retinopatía Diabética), Neuropatía, Neuropatía Periférica y Enfermedad Vasular Periférica, las que llevan al desarrollo, por ejemplo, del Pie Diabético y en algunos casos a la amputación de extremidades inferiores por infecciones y problemas de cicatrización.

Esta es una de las patologías que genera mayor discapacidad, especialmente en el Adulto Mayor, ocupando gran parte de los recursos de estos, “por ello el propósito de la política de salud del Adulto Mayor es mantener y/o mejorar su autonomía e independencia, previniendo así la discapacidad, mejorando su Calidad de Vida”<sup>30</sup>

Las ayudas técnicas incluidas en AUGÉ (Acceso Universal a Garantías Explícitas) son bastones, andadores, sillas de rueda, cojín y colchón antiescaras.

Para poder ayudar al proceso de la enfermedad crónica del Adulto Mayor se hace fundamental conocer y satisfacer las necesidades básicas, especialmente en esta etapa de la vida.

---

<sup>29</sup> MINSAL Guía Clínica Orientaciones generales para la entrega y monitoreo de ayudas técnicas básicas al adulto.2006. [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/ayudas\\_tecnicas\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/ayudas_tecnicas_adulto_mayor.pdf)

<sup>30</sup> MINSAL Guía Clínica Orientaciones generales para la entrega y monitoreo de ayudas técnicas básicas al adulto.2006. [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/ayudas\\_tecnicas\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/ayudas_tecnicas_adulto_mayor.pdf)

## JERARQUÍA DE NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW

“El concepto de Jerarquía de Necesidades de Maslow, planteado dentro de su Teoría de la Personalidad, muestra una serie de necesidades que atañen a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural (como una Pirámide), de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad”<sup>31</sup>

Así pues, dentro de esta estructura, al ser satisfechas las necesidades de determinado nivel, el individuo no se torna apático sino que más bien encuentra en las necesidades del siguiente nivel su meta próxima de satisfacción. Aquí subyace la falla de la teoría, ya que el ser humano siempre quiere más y esto está dentro de su naturaleza. Cuando un hombre sufre de hambre lo más normal es que tome riesgos muy grandes para obtener alimento, una vez que ha conseguido alimentarse y sabe que no morirá de hambre se preocupará por estar a salvo, al sentirse seguro querrá encontrar un amor, etc.

El punto ideal de la teoría de Maslow sería aquel en el cual el hombre se sienta "autorrealizado" pero esto es muy raro, se podría decir que menos del 1% de las personas llegan a la plena realización.

De acuerdo con la estructura ya comentada, las necesidades identificadas por Maslow son:

**Necesidades Fisiológicas:** Estas necesidades constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas encontramos, necesidades como la homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad o las actividades completas, entre otras.

---

<sup>31</sup> Jerarquía de las Necesidades de Abraham Maslow,  
<http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/18/jerarquia.htm>

**Necesidades de Seguridad:** Con su satisfacción, se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de orden y la de protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido o a la anarquía.

**Necesidades Sociales:** Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse, la de establecer amistad, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

**Necesidades de Reconocimiento:** También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona debe sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

**Necesidades de Autosuperación:** También conocidas como de autorrealización o autoactualización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

## **MODELO DE ENFERMERIA QUE APUNTA A LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR**

### **TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON:**

Para Henderson la labor de la enfermería es "ayudar a individuos sanos o enfermos, en la realización de actividades que contribuyan a su salud; actuar como miembro de un equipo médico y apoyar su plan, diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo



requiera, tener nociones tanto de biología como de sociología y por último valorar las necesidades humanas básicas".<sup>32</sup>

#### LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:

##### La Salud:

- La salud es la calidad de vida y es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia, por lo que es importante potenciar el autocuidado del enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

##### El Entorno:

- La enfermedad puede interferir en la capacidad de las personas para controlar su entorno
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, reduciendo al mínimo la posibilidad de accidentes a través de la prevención.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

##### La Persona:

- Siempre debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional, no pudiendo por esto separar cuerpo y alma.
- Siempre se debe estar consciente que el paciente y su familia constituyen una unidad, el paciente requiere ayuda para poder lograr su independencia.
- El Profesional de Enfermería asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

---

<sup>32</sup> MARRINER T. Ann, Modelos y Teorías de Enfermería ; pág 102. Quinta Edición , año 2003, Madrid España.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que pueden no ser satisfechas en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos y sociales.

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que estas necesidades puedan ser cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo física, psicológicas, sociológicas o relacionadas a una falta de conocimientos.

### **ALGUNAS NECESIDADES HUMANAS Y COMO SE DIFICULTA LA SATISFACCIÓN DE ELLAS EN EL ADULTO MAYOR:**

**Necesidad de Oxigenación:** En los Adultos Mayores resulta difícil distinguir entre los efectos del proceso del envejecimiento, el medio ambiente en el cual ha vivido el individuo y las enfermedades del aparato respiratorio. El equilibrio se ve alterado cuando el estrés o las enfermedades aumentan las necesidades y el consumo de oxígeno. Estos cambios que se producen por la edad se clasifican en estructurales y funcionales.

**Necesidad de Alimentación:** Las necesidades nutricionales y de evaluación del estado de nutrición de los Adultos Mayores se hace cada vez más importante. El gasto total de energía se ve afectado por la edad, el tamaño y la composición del organismo, la ingesta de energía, la genética, los procesos fisiológicos y patológicos; como también la temperatura ambiental. La masa magra corporal disminuye y al disminuir la masa muscular de la persona mayor, disminuyen sus requerimientos energéticos. El déficit de dentadura dificulta la alimentación de los Adultos Mayores, porque se ve limitada muchas veces la cantidad y el tipo de alimento que desean y deben consumir.

**Necesidad de Eliminación:** Diversos factores patológicos y funcionales que se observan a menudo en pacientes Adultos Mayores pueden predisponerlos a la pérdida de Control Vesical. Los cambios Fisiológicos y anatómicos que ocurren con la edad, como también las

contracciones involuntarias; contribuyen a la incontinencia urinaria especialmente en mujeres mayores.

Los Adultos Mayores pueden apreciar diversos cambios estructurales y funcionales en el sistema gastrointestinal, comenzando los cambios a los 50 años con alteración del gusto y el olfato. Estos cambios combinados con una masticación y deglución alteradas pueden afectar la capacidad de comer alimentos ricos en fibras y verduras.

**Necesidad de Actividad:** La funcionalidad es un factor individual de cada persona. Existen algunos Adultos Mayores que no presentan limitación en su actividad (como los deportistas) pero también existen otros que pueden encontrar limitación en el deseo de caminar o mantenerse en pie; esto puede deberse a factores físicos, psicológicos sociales o ambientales. El sistema músculo esquelético normal sufre diversos cambios relacionados con la edad, pérdida de masa ósea, fuerza muscular disminuida, disminución del tiempo de reacción y la velocidad de movimiento. Algunas causas del deterioro de la movilidad son las reacciones a los fármacos, el dolor, la nutrición deficiente, la debilidad, la depresión, la falta de motivación, el deterioro sensorial, la Osteoporosis, Artritis, Artrosis, las caídas y las enfermedades de tipo crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

La mayoría de las limitaciones a las actividades tienen como base enfermedades vasculares, (Accidente Vascular Cerebral, Enfermedad Arterial Coronaria, etc.) potenciados por una Hipertensión Crónica.

**Necesidad de Reposo y Sueño:** Determinadas dimensiones fisiológicas se alteran al envejecer la persona, por lo tanto el tiempo total de sueño, se reduce con respecto a las personas más jóvenes.

Los Adultos Mayores experimentan un sueño menos profundo, con despertares más frecuentes en la noche y un despertar más precoces por la mañana; esto se entiende porque se pasa más tiempo en la fase ligera del sueño. La privación del sueño puede provocar varios síntomas, incluyendo pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la

capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad y síntomas neurológicos.

Se dice que los cambios evidentes en los ciclos del sueño podrían estar causados por el envejecimiento del ritmo Circadiano.

**Necesidad de Termorregulación:** Durante el envejecimiento el centro termorregulador se vuelve menos eficaz. En el Adulto Mayor por tanto, hay descensos de temperatura en situaciones normales sintiendo frío o calor en diferente grado que el Adulto. Al aumentar la edad los cambios de la piel y el tejido subcutáneo puede hacer que se desarrollen enfermedades. Además los cambios en la piel y en las mucosas orales, pueden retrasar la curación de las heridas, producir daño en la dentadura, disminuir la sudoración, alterar la regulación de la temperatura y generar arrugas. Estos procesos y enfermedades de la piel suponen una elevada morbilidad y grandes costos de tratamiento.

**Necesidad de Seguridad:** La seguridad es una necesidad humana reconocida universalmente. El riesgo real de lesión o daño varía en un momento concreto para un individuo determinado. Las caídas y los traumatismos por accidentes son frecuentes en los Adultos Mayores y se asocian a una morbilidad significativa. De ahí la importancia de su prevención; muchas veces constituyen una alerta de enfermedad y son causa de pérdida de autonomía funcional.

**Necesidad de Comunicación:** A medida que la persona envejece, su capacidad para percibir la información recibida a través de los sentidos se puede deteriorar. El envejecimiento entorpece los sentidos y por lo tanto, puede dificultar la comunicación de forma que los Adultos Mayores deben encontrar formas de compensar estas alteraciones.

**Necesidad de Sexualidad:** En los Adultos Mayores la sexualidad puede verse alterada tanto por la edad como por algún tipo de patología.

La razón principal del cese de actividad sexual en los Adultos Mayores es casi siempre, la enfermedad crónica de uno de sus miembros. Estas enfermedades suelen desarrollarse

lentamente durante un período de años; los cambios asociados al funcionamiento sexual también pueden ser lentos y atribuirse erróneamente al proceso de envejecimiento, más que la enfermedad crónica. La depresión puede afectar el interés de una persona mayor por la expresión sexual.

**Necesidad de Autoestima:** La autonomía del Adulto Mayor afecta enormemente la satisfacción de esta necesidad. Por lo que muchas veces se ven insatisfechas porque no cuentan con alguna persona que les propicie ayuda.

**Necesidad de Autorrealización:** Son pocos los Adultos Mayores que se sienten útiles a la sociedad, a al medio que los rodea. La mayoría de los Adultos Mayores caen en trastornos depresivos, muy común entre la gente mayor que vive sola o que ha sido abandonada.

**Necesidad de Recreación:** El ocio y la recreación, en el Adulto Mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la Calidad de Vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables.

La tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

Existen también factores de envejecimiento que afectan las funciones orgánicas del Adulto Mayor:

- **Regulación Endocrina:**

El proceso de envejecimiento produce cambios en el Sistema Endocrino. La disminución en la secreción de hormona de crecimiento durante el sueño, la disminución de la Dopamina, la mayor liberación de Somatostatina, la disminución de la inhibición por retroalimentación de hormona ACTH, etc., son ejemplos de cambios relacionados con la edad del Sistema Endocrino.

- **Función Cardiovascular:**

El Sistema Cardiovascular del Adulto Mayor sufre cambios significativos con el envejecimiento. Los cambios más significativos que se presentan con la edad es la rigidez de las estructuras. Estos cambios estructurales afectan a la función tanto del corazón como del sistema vascular periférico; siendo menos capaces de responder a causas estresantes como enfermedad, medicamentos y ejercicios.

Hasta aquí hemos expuesto sobre Envejecimiento Sano, Teorías de envejecimiento biológica, psicológica y social, Funcionalidad del Adulto Mayor, Pérdidas asociadas en las etapas de envejecimiento y Enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, de éstas últimas se investigará su influencia en la Calidad de Vida relacionada con Salud.

## **ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE CRONICOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD:**

La Enfermería debe desarrollar actividades fundamentalmente de prevención y promoción, enmarcándose en el gran desafío que se presenta hoy en día en la población de equilibrar estos tres principios: accesibilidad, oportunidad y equidad.

Por el deterioro orgánico inevitable al que están expuestos los Adultos Mayores diariamente y el ser uno de los grupos más vulnerables y complejos; es que se hace de suma importancia fomentar en ellos y en sus familias la prevención y promoción de la salud. La importancia de todo esto, radica en alcanzar el mejoramiento de la Calidad de Vida, para permitir al Adulto Mayor vivir mejor y aprovechar al máximo sus capacidades físicas y



psíquicas, permitiendo con ello la transmisión de sus experiencias de vida, transformándose en modelos para las futuras generaciones.

El profesional de Enfermería tiene la labor fundamental de colaborar en que las necesidades básicas de los Adultos Mayores, planteadas por Virginia Henderson, sean satisfechas en la manera más óptima. Esta labor se orienta específicamente a suplir a la persona cuando ésta no puede hacerlo o ayudarla a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí misma.

También debe motivar en el aprendizaje al individuo, familia y comunidad que permitirá a los Adultos Mayores ejercer un autocontrol sobre su salud y el ambiente que lo rodea. Esto se realiza educando en la prevención de accidentes y caídas, en la importancia de una alimentación equilibrada y las consecuencias de ésta, sino se toma en cuenta, sobre los cambios a nivel emocional, sexual, sobre lo favorable de mantener la participación activa en los planes de cuidado, sobre valorar la capacidad de la movilización del paciente y lo positivo de realizar un plan de ejercicios diarios, definiendo la frecuencia con que se efectuará, educar con respecto a riesgos de accidentes caseros, educar a los usuarios y familiares con respecto a movimientos asistidos.

Se debe fomentar el enfrentamiento al envejecimiento y al deterioro general basado en una enfermedad crónica y debe de alguna forma ayudar y educar a los familiares con respecto a los cuidados que debe tener con su familiar Adulto Mayor, principalmente en lo referente al autocuidado, la adherencia a controles de salud y a la farmacología, la autovalencia, al establecimiento de relaciones empáticas y terapéuticas para los cuidados en salud. Trabajar con el usuario y la familia la parte psicoemocional, no solamente la parte física, sino también de aceptación de la enfermedad, para ello resulta primordial realizar intervenciones de tipo psicosocial, trabajando en forma interdisciplinaria con otros profesionales.

Es importante que el profesional de Enfermería conozca de parte de los usuarios, como ha afectado su Calidad de Vida el hecho de convivir con una enfermedad crónica y planear así sus objetivos y metas.



Para poder determinar lo anterior existen diferentes instrumentos incorporados en la valoración del Adulto Mayor, en el control de enfermos crónicos tales como:

- 1.- Efam (Escala de Funcionalidad del Adulto Mayor)
- 2.- Minimental State
- 3.- Escala de funcionalidad de la cruz roja española
- 4.- Escala de depresión geriátrica abreviada (Yessavage)

En Chile no se ha incorporado aún la valoración de la Calidad de Vida relacionada con Salud (CVRS). Este concepto de calidad se está incorporando en los estudios epidemiológicos, porque permite saber no solo si las personas viven más, sino que también expresa como las personas están asumiendo el significado de padecer una enfermedad crónica.



## OBJETIVOS

### Objetivos generales:

- Describir la Calidad de Vida relacionada con Salud en usuarios Adultos Mayores con patologías crónicas tales como Hipertensión y Diabetes Mellitus.
- Comparar la Calidad de Vida entre ambos grupos, considerando: edad, sexo, patología, sector y nivel de ingreso económico.

### Objetivos específicos:

- Describir como afecta la presencia de la Hipertensión en la Calidad de Vida relacionado con salud en el Adulto Mayor.
- Describir como afecta la presencia de Diabetes Mellitus en la Calidad de Vida relacionada con salud en el Adulto Mayor.
- Comparar la Calidad de Vida entre Adultos Mayores según sexo.
- Comparar la Calidad de Vida entre Adultos Mayores según rango de edad.
- Comparar la Calidad de Vida entre Adultos Mayores según patología crónica.
- Comparar la Calidad de Vida entre Adultos Mayores según nivel de ingreso.
- Comparar la Calidad de Vida entre Adultos Mayores según sectores de Centro de Salud Jean Et Marie Thierry.

## VARIABLES

### Definición y Operacionalización de Variables

#### 1.- Variables Dependientes

**1.1 - Calidad de vida (C.V.R.S.):** “La percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas y preocupaciones”<sup>33</sup> variable cuantitativa dependiente.

**Dimensión:** Calidad de Vida. Se expresa a través del Instrumento PECVEC que consta de 6 dimensiones = CAPACIDAD FÍSICA (C.F.): 8 ítems, FUNCIÓN PSICOLÓGICA (F.P.): 8 ítems, ESTADO DE ANIMO POSITIVO (E.A.P.): 5 ítems, ESTADO DE ANIMO NEGATIVO (E.A.N.): 8 ítems, FUNCIONAMIENTO SOCIAL (F. S.): 6 ítems y BIENESTAR SOCIAL (B. S.): 5 ítems. Cada una de las anteriores, se mide por separado. **Indicador:** Escala Likert con descriptores de intensidad de entre 0 - 4. Resultados de Escala de PECVEC, de 0 - 0.99 (Mala Calidad de Vida), 1 - 1.99 (Regular Calidad de Vida), 2 - 2.99 (Buena Calidad de Vida) y 3 - 4 (Muy Buena Calidad de Vida).

**1.2.- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, control de esfínter (orina y deposiciones), ir al baño, trasladarse, deambular, subir/bajar escaleras. Variable cuantitativa dependiente. **Dimensión:** 0 a 100 puntos. **Indicador:** Resultado y grado de dependencia: < 20 (Dependiente), 20 - 35 (Grave), 40 - 55 (Moderado), >= 60 (Leve), 100 (Independiente).

---

<sup>33</sup> OMS, grupo WHOQOL 1994

## 2.- Variables Independientes:

**2.1.- Sexo(S):** “Características propias del individuo que determina su género: variable cualitativa independiente dicotómica. **Dimensión:** Femenino, Masculino. **Indicador:** F y M.

**2.2.- Rango de Edad (RE):** Criterio que se establece en el presente estudio, el cual se expresa de 5 en 5 años de vida, comenzando en 65 años. **Dimensión:** Años de vida vividos. **Indicador:** Rango de edad: 65 – 69, 70 – 74, 75 – 79, 80 – 84, 85 – 89, 90 y más años.

**2.3.- Enfermedad Crónica (EC):** Se define como proceso progresivo e irreversible con una gran carga social, económica y emocional desde el punto de vista crónico de dependencia e incapacidad, tiene una etiología múltiple y un desarrollo previsible. Depende de control y tratamiento periódico para mantener su estado de salud: variable cualitativa independiente. **Dimensión:** Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) Indiferente tipo 1 y 2. **Indicador:** HTA: 1, DM: 2.

**2.4.- Sector: (Se):** Se define como la división geográfica del Centro de Salud Jean et Marie Thierry con el fin de brindar atención a la totalidad de la población asignada: Variable cualitativa independiente. **Dimensión:** Sector 1: Cerro Monjas y Cerro Mariposa, Sector 2: Cerro La Cruz, Sector: 3: Cerro Merced, Cerro la Virgen, Linares, Sector 4 Cerro el Litre, Calle Uruguay, Pocuro, Retamo, Colón. **Indicador:** Sector 1, 2, 3 y 4 respectivamente.

**2.5.- Nivel de Ingreso Económico (N.I.E.):** Se define como la cantidad de dinero que recibe cada Adulto Mayor por concepto de jubilación, pensión o trabajo, en forma mensual. Variable cuantitativa independiente. **Dimensión:** Dinero expresado en pesos chilenos. **Indicador:** Rango de ingreso: Nada, menos de 35 mil, entre 36 mil y 75 mil, entre 76mil y 128 mil, entre 129 mil y 200 mil, más de 200mil.

## Metodología

### 1. Organización del trabajo en equipo:

El equipo de seminario de tesis se constituye durante el mes de Mayo del año 2005, con la participación de un equipo de trabajo de 7 alumnas de IV año de la carrera Enfermería de la Universidad de Valparaíso, quienes se unen por afinidad.

El tema escogido por las seminaristas, está dentro del área “Salud Mental” y trata básicamente de comparar la Calidad de Vida relacionada con Salud entre Adultos Mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el Centro de Salud Jean et Marie Thierry, de la ciudad de Valparaíso, (2005 – 2006). Este título está sujeto a modificaciones durante el transcurso de la investigación, hasta obtener el título definitivo.

Para el desarrollo de la tesis se cuenta con las asesorías de la docente Sra. Lily Ríos Mazzachiodi, Enfermera, magíster en Educación superior y profesora adjunta del Departamento de Enfermería Médico Quirúrgica de la Universidad de Valparaíso, con quien nos reunimos periódicamente los días viernes de 14:30 a 16:30 hrs., en una sala de seminario del departamento médico Quirúrgico en la Escuela de Enfermería y Obstetricia. Se destina el día viernes de 10:00 a 12:00 hrs., para el trabajo grupal sin docente y se realizan, además, cada vez que se haga necesario, algunas sesiones extraordinarias ejecutadas fuera del horario programado, igualmente en las dependencias de la escuela.

Para la organización del trabajo en equipo, se elige una primera directiva que dura seis meses en los cargos, desde Mayo a Noviembre del año 2005, integrada por las alumnas:

Marcela Astorga Madariaga - Presidenta.

Gabriela Cabrera Rojas - Secretaria.

Cynthia Díaz Guajardo - Tesorera.

Una segunda directiva que dura de Diciembre del año 2005 a Mayo del año 2006, integrada por las alumnas:

Karina Armijo Morales – Presidenta.



Gabriela Cabrera Rojas – Secretaria.

Cynthia Díaz Guajardo - Tesorera.

Para los meses de Junio a Agosto, la directiva queda compuesta por las alumnas:

Gabriela Cabrera Rojas – Presidenta.

Marcela Astorga Madariaga – Secretaria.

Cynthia Díaz Guajardo - Tesorera.

#### Descripción de cargos:

La presidenta está a cargo de la organización del trabajo en equipo en cada una de las sesiones. Da inicio y término a cada una y se hace cargo de la entrega de información oportuna al resto de los integrantes del equipo frente a cualquier situación que lo amerite.

La secretaria toma nota de los aspectos más relevantes de cada sesión, de los acuerdos tomados y distribución de tareas. Además, está encargada de mantener tras cada sesión, un acta que es leída al inicio de cada reunión, para recordar lo tratado anteriormente. Dichas actas son archivadas en forma semanal en una carpeta, la cual queda bajo la responsabilidad de quien ostente este cargo.

La tesorera, por su parte, está a cargo del cobro mensual de una cuota de \$3.500 a partir de los meses de Mayo del 2005 a Julio del 2006 a cada una de las integrantes del equipo de investigación. Dicho dinero será utilizado para cubrir todos los gastos que surjan producto de la realización de la tesis.

#### Revisión Bibliográfica:

Desde el inicio de éste seminario de tesis, se revisan documentos y libros de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, libros de Geriatría, artículos de Internet relacionados con los Adultos Mayores, tesis de años anteriores y apuntes de Cátedra de Metodología de la Investigación. Este material se analiza en forma reflexiva y crítica, siendo archivado y mantenido en una carpeta para ser utilizado cuando se requiera. Dicha carpeta está a cargo de la Secretaria del grupo de investigación.



Entre los meses de Mayo y Agosto del año 2005 se delimita el tema y problema, para ello se diseña un preproyecto de investigación para describir la Calidad de Vida Relacionada con Salud en usuarios Adultos Mayores con algunas patologías crónicas tales como Bronquitis Obstructiva Crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Epilepsia, en el Centro de Salud Jean et Marie Thierry, de Valparaíso año 2005 – 2006.

*Nota:* En el mes de Octubre se realiza una modificación al diseño investigativo hacia una comparación de la Calidad de Vida de dos grupos: Adultos Mayores Diabéticos e Hipertensos. Esto debido a que son las dos enfermedades con mayor prevalencia en la población Adulta Mayor del Centro de salud.

#### **Formulación de objetivos y operacionalización de variables:**

En relación al marco teórico a analizar se elaboran y reformulan los objetivos generales y específicos, posteriormente se definen los términos y se operacionalizan las variables del estudio. Dentro de las variables se consideran como variables dependientes la Calidad de Vida y las Actividades Básicas de la Vida Diaria y como variables independientes la edad, el sexo, el nivel de ingresos, el sector y patología crónica.

Se consideran, además, otras variables como: ocupación, tipo de pensión, años de diagnóstico de la enfermedad, número de fármacos de consumo, asistencia a los últimos tres controles de salud, consumo de PACAM (Programa alimentación complementaria del Adulto mayor) e ingesta de medicamentos para dormir. A dichas variables, se decide no realizarles análisis estadístico, solo serán consideradas para ser analizadas de manera subjetiva sobre el enfoque que la disciplina de Enfermería posee frente a éste grupo etáreo. Además creemos aportan información importante para el Centro de salud donde se realiza éste estudio, lo que permite entre otras cosas, implementar algunos cambios puntualmente en las personas que tuvieron la oportunidad de ser encuestadas.

## 2. Tipo de diseño de investigación.

La siguiente investigación se lleva a cabo de manera incidental, debido a que consta de una sola evaluación. Asimismo corresponde a un estudio de tipo cualicuantitativo, también llamado “Multimodal”<sup>34</sup> el cual se refiere a " Una forma de distribución de una frecuencia que tiene dos o más cimas, es decir, dos o más valores con alta frecuencia"; el tipo más frecuente se denomina bimodal.

El análisis estadístico de los datos se realizará de forma cuantitativa, utilizando gráficos y tablas, ya que si bien, la variable del estudio Calidad de Vida es de tipo cualitativa, ésta se compone de Dimensiones que serán expresadas a través de test estadísticos que se explican más adelante.

El presente estudio cuenta con una primera parte de tipo descriptiva exploratoria de una muestra dividida en dos grupos según las patologías que presentan: Hipertensión y Diabetes. La Investigación Descriptiva es “una etapa preparatoria que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores y otras variables de fenómenos y hechos”.

La segunda parte es de tipo comparativa entre Calidad de Vida del Hipertenso y Diabético y corresponde al resultado de la aplicación de los siguientes instrumentos: PECVEC, el cual mide la percepción de la persona frente a su Calidad de Vida en Salud, constituyendo una variable de tipo cualitativa, y el Índice de Barthel, el cual mide la funcionalidad del Adulto Mayor, ésta funcionalidad se define como: “La capacidad para realizar los actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar los elementos estresantes en lo físico, biológico y social”.

---

34 POLIT, Denise y HUNGLER Bernadette. " Investigación Científica en Ciencias de la Salud", pág 429. Sexta Edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, año 2000.

### **3. Población de estudio – definición de universo:**

El universo está constituido por todos los Adultos Mayores de 65 años y más, de ambos sexos, que tengan Hipertensión o Diabetes (tipo I o II indistintamente) inscritos en el Centro de Salud Jean et Marie Thierry de la Quinta Región de Valparaíso, en el año 2005 - 2006. En el caso de los Adultos Mayores con patología mixta el criterio para discriminar a que grupo de patología incluirlos se determina por la primera enfermedad por la cual ingresaron al Programa de Salud Cardiovascular, cuya fuente fidedigna es el diagnóstico médico.

La muestra es constituida por 216 Adultos Mayores, de los cuales el 78% son Hipertensos y 22% Diabéticos. La razón de la distribución de la muestra es de aproximadamente 3:1. Se debe a que ésta es directamente proporcional a la población total de Hipertensos y Diabéticos inscrita en el Programa de salud Cardiovascular del Centro de Salud.

Se escoge este lugar para la investigación ya que cumple con las características que consideramos necesarias para el desarrollo de la investigación, las cuales se describen en las ventajas de la investigación.

### **4. Diseño muestral:**

Para conocer el universo se entrevista y solicita información a la Dra. Lucy Granda, encargada del Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud, quien nos facilita el total de Adultos Mayores que se encuentran en dicho Programa por Diabetes e Hipertensión hasta el mes de Septiembre. Se encuentra un total de 973 adultos mayores en esa situación, lo que corresponde a nuestro universo. De ésta población se valdrán las estadísticas para realizar el tamaño muestral, el cual queda conformado por 216 Adultos mayores, mayores de 65 años. Del mismo modo se realizan entrevistas con las enfermeras de cada sector, para que nos faciliten el trabajo y el espacio dentro de éste.



En el mes de Octubre se comienza con las asesorías estadísticas, donde se determina el tamaño de la muestra según la probabilidad de error que consideremos más óptima para nuestra investigación.

Para la selección de la muestra y aplicación del instrumento, se realizan visitas desde el 07 de Noviembre del año 2005 al 05 de Enero del año 2006, a los distintos sectores del Centro de Salud para aplicar los instrumentos PECVEC e Índice de Barthel a los Adultos Mayores que cumplan con los requisitos. Estos Adultos Mayores son seleccionados al azar, en forma aleatoria a medida que se van acercando al Centro de Salud. Previamente a la aplicación de los instrumentos, se les solicita firmar un “Consentimiento Informado”, en donde aceptan ser entrevistados y compartir la información para los fines que estime nuestra investigación.

#### **5. Método de recolección de datos:**

Del análisis de la literatura, surgen varios conceptos e instrumentos que miden calidad de Vida. Es así como se llegó al PECVEC (Perfil de Calidad de Vida del Enfermo Crónico). Se hacen los contactos necesarios para dar con los encargados de la versión española del cuestionario. Para ello nos contactamos con el Dr. Radhamés Hernández Mejía, Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina; Universidad de Oviedo, España, quien nos facilita la información y bibliografías actuales para conocer la características del instrumento.

La aplicación del instrumento se efectúa en los box de atención que se encuentran disponibles en los sectores del Centro de Salud, previa autorización de la directora del establecimiento, Dra. Paulina Lillo y de las enfermeras de cada sector del mismo. La entrevista es realizada en los momentos previos o posteriores al control con médico o enfermera, la que es aceptada voluntariamente por los pacientes luego de firmar el “Consentimiento Informado”. (Anexo N° 1)

#### **6. Descripción del instrumento empleado en la investigación**

El instrumento general consta de tres partes:

- La primera parte con 11 preguntas correspondientes a la identificación general de los pacientes encuestados, las cuales son creadas por las alumnas, ya que se consideran necesarias para la investigación. Comprenden aspectos como edad, patología, sexo, ocupación, tipo de pensión, ingreso económico mensual, años de evolución de la enfermedad, número de medicamentos que utiliza, asistencia a los últimos tres controles, consumo de PACAM y uso de medicinas para dormir. Estos aspectos no son parte de un instrumento validado.
- La segunda parte corresponde a la aplicación del instrumento PECVEC. Originalmente este instrumento consta de una serie de módulos, compuestos por una cantidad determinada de Dimensiones en cada uno, que dan respuesta a diferentes aspectos de la Calidad de Vida relacionada con Salud. A pesar de eso solo se escogerá el Modulo C del instrumento original completo, por contener las preguntas que consideramos apuntan más a la medición de la Calidad de Vida, ya que, los otros módulos en su mayoría pretenden identificar signos y síntomas de diferentes enfermedades crónicas, lo cual consideramos innecesarios, ya que los Adultos Mayores elegidos ya se encuentran diagnosticados como Hipertensos y Diabéticos. Por último consideramos que la aplicación de todos los módulos resultaría muy larga y engorrosa, lo cual dificulta la obtención de resultados. Con todo esto solo trabajamos con el módulo C, el cual consta de 40 preguntas, en una escala Likert, presentando descriptores de intensidad, como “nada en absoluto, un poco, moderadamente, mucho, muchísimo” y de calidad como “nada en absoluto, malamente, moderadamente, bien, muy bien”. Tienen un rango de valor entre 0 y 4 y se refieren a como se sintieron los Adultos Mayores en los últimos 7 días, pudiéndose utilizar también en personas sanas.

A continuación se detallan las Dimensiones de éste instrumento:

I. Dimensión Capacidad Física (8 ítems): Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional. Se compone de los ítems C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 y C40. (Rango 0-32, puntuación total de la escala dividida en 8).

II. Dimensión Función Psicológica (8 ítems): Capacidad de disfrute y relajación, esto es capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño y capacidad de

compensación de disgustos y decepciones, etc. Se compone de los ítems C8, C9, C10, C11, C12, C19, C20 y C21. (Rango 0-32, puntuación total de la escala dividida en 8).

III. Dimensión Estado de Animo Positivo (5 ítems): Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc. Se compone de las ítems C23, C25, C28, C29 y C34. (Rango 0-20, puntuación total de la escala dividida en 5).

IV. Dimensión Estado de Animo Negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc. "estado de ánimo negativo". Se compone de las ítems C22, C24, C26, C27, C30, C31, C32 y C33. (Rango 0-32, puntuación total de la escala dividida en 8).

(La suma de las Dimensiones III y IV constituyen lo que entendemos por Bienestar Psicológico).

V. Dimensión Función Social (6 ítems). Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otro. Se compone de las ítems C13, C14, C15, C16, C17, C18 (Rango 0-24, puntuación total de la escala dividida en 6).

VI. Dimensión Bienestar Social (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un "grupo": apoyo socio-emocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión. Se compone de las ítems C35, C36, C37, C38 y C39. (Rango 0-20, puntuación total de la escala dividida en 5).

Con el fin de facilitar la comprensión de las preguntas por los Adultos Mayores se adaptan algunas palabras a un vocabulario más habitual para ellos. Las ítems corregidos son: C1, C3, C6, C10, C11. Estos cambios responden a adaptaciones de ítems que durante la prueba del instrumento denotaron confusión en la respuesta, dificultad para entender términos empleados y/o necesitaron de aclaraciones para lograr ser comprendidas. Como ejemplo de estos cambios, en el ítems 1: se reemplazo “Disminuida su capacidad física, vitalidad y rendimiento” por “Disminuida su capacidad física cuando sube o baja cerros y/o escaleras”

ya que corresponde o coincide más con la geografía del sector, y en la Pregunta 6: se reemplaza “Aficiones” por “entretenciones, actividades preferidas y pasatiempos”, ya que estos últimos son términos de más fácil comprensión.

Para poder determinar los resultados en cuanto a la Evaluación de la Calidad de Vida relacionada con Salud, el instrumento cuenta con la siguiente escala:

PECVEC	Puntaje
Mala Calidad de Vida	0 – 0.99
Regular Calidad de Vida	1 – 1.99
Buena Calidad de Vida	2 – 2.99
Muy Buena Calidad de Vida	3 – 4

Ejemplo de lo anterior:

Dimensión I: Capacidad Física: suma del puntaje de todos los descriptores de intensidad en relación a un ítem, esto se divide por 8 que es el número total de ítems contenidos en la dimensión (promedio). El resultado se compara con la escala anterior determinando la Calidad de Vida del usuario. Por ejemplo: Si el promedio obtenido en la dimensión Capacidad física es de 3,5 significa que el individuo posee una muy buena Calidad de Vida. Esta es una evaluación subjetiva de la Calidad de Vida de un Individuo.

- La tercera parte corresponde al Índice de Barthel. Consta de 10 preguntas en las cuales se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

Los resultados obtenidos a través de éste instrumento corresponden a una evaluación objetiva de funcionalidad y de de la capacidad física de un individuo.

La elección de las actividades que componen el Índice de Barthel fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. El Índice de Barthel, por tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras.

El Índice de barthel es utilizado como complemento a la dimensión N° 1 del PECVEC, “Capacidad física”, ya que se considera que éste último, aporta información escasa del grado de funcionalidad y creemos que es ésta, una de las áreas que más podría afectar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Como Índice de Barthel y PECVEC, utilizan distintos criterios para evaluar la funcionalidad, y por ende apuntan de distinta manera a la medición de lo que es Calidad de Vida, es que se decide no realizar ningún tipo de comparación entre la información obtenida en ellos.

El instrumento, creado por nosotras, queda conformado, por lo tanto, de la siguiente manera:

Parte del instrumento	Nº de ITEMS
Ficha de paciente	11
PECVEC	40
Barthel	10

El tiempo estimado que tarda la aplicación del instrumento completo es de aprox. 20 min. (Anexo N°2).

## 7. Estudio de confiabilidad de los instrumentos:

En el mes de Septiembre, una vez determinado el instrumento a utilizar, se procede a realizar la prueba de éste, con una muestra piloto de 14 personas que cumplen con las características antes descritas. Dicha prueba se realiza con el fin de identificar los ítems de cada dimensión que pudiesen necesitar modificación por su dificultad de comprensión o interpretación. La prueba del instrumento nos permite, además de realizar modificaciones a dichas preguntas, determinar el tiempo promedio necesario para aplicar el instrumento y adquirir experiencia en la aplicación de éste.

La Confiabilidad del instrumento PECVEC es de 0.72 – 0.93, éste mide el perfil de Calidad de Vida de los Enfermos Crónicos, y arroja un 0.79 al ser auto realizada por la persona y un 0.95 a través de entrevistas, sin embargo, este instrumento aún no ha sido validado en Chile.

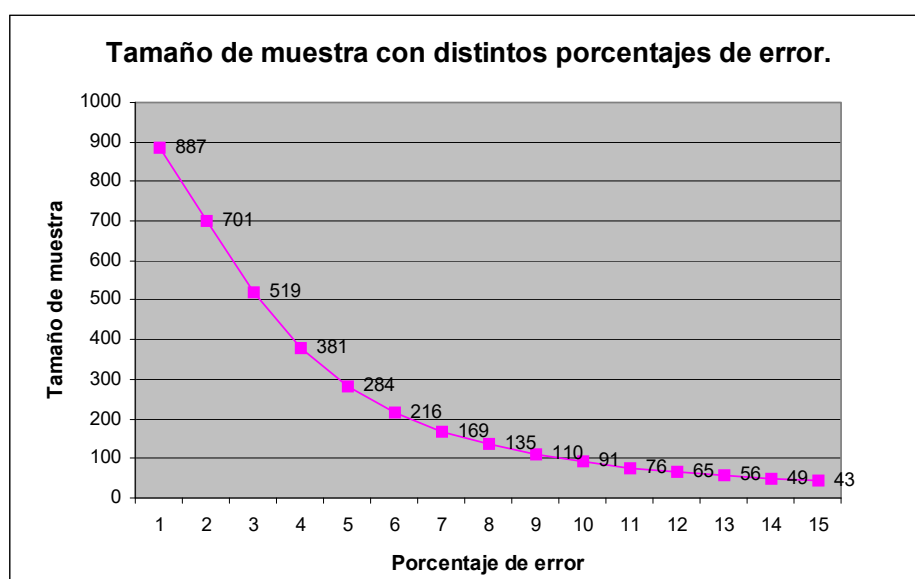
En cuanto al Índice de Barthel, la confiabilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. “Loewen y Andersen” comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. De los resultados de su estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,972. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para ésta versión del instrumento

En cuanto a la validez del Índice de Barthel (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este Índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. Wade y Hewer, realizaron un estudio donde obtuvieron correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77.

### 8. Aplicación y análisis del instrumento.

Se aplican por acuerdo de equipo, bajo asesoramiento de estadísticas, un total de 216 instrumentos, los cuales son divididos equitativamente entre las 7 alumnas y son aplicados hasta el 05 de Enero del 2005. Con esta cantidad de instrumentos se tiene una probabilidad de error del 0.06%.

**GRÁFICO: Errores de estimación según porcentaje y muestra:**



**TABLA: Errores de estimación de tamaño por muestra:**

% de error	d	n
<b>0,01</b>	<b>0,008</b>	<b>886,80</b>
0,02	0,016	700,60
0,03	0,024	518,99
0,04	0,032	380,79
<b>0,05</b>	<b>0,04</b>	<b>283,67</b>
0,06	0,048	216,26
0,07	0,056	168,84
0,08	0,064	134,75
0,09	0,072	109,66
<b>0,10</b>	<b>0,08</b>	<b>90,76</b>
0,11	0,088	76,25
0,12	0,096	64,88
0,13	0,104	55,83
0,14	0,112	48,53
0,15	0,12	42,54



La metodología estadística utilizada corresponde a gráficos de frecuencias porcentuales, para facilitar la comparación de cada dimensión entre los grupos de patologías de interés: Hipertensos y Diabéticos. En la comparación de ambos grupos se utilizan las Medias y las Desviaciones típicas. Para observar las diferencias significativas entre grupos se utilizó el test Chi-cuadrado  $\chi^2$  para datos categóricos, con un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ .

## **9. Trabajo en terreno**

Para poder aplicar el instrumento se solicita autorización a la directora del Centro de Salud, Doctora Paulina Lillo, a la cual se le mostrará el diseño de la investigación, lo mismo que a cada una de las enfermeras de los sectores (Srta. Carol Echeverría; sector 1, Srta. Paulina Bustos; sector 2, Sra. Olga Gálvez; Sector 3, Srta. Valeria Abarca; Sector 4). Con el fin de optimizar tiempo y recursos se crea un cronograma de actividades, donde se establece el nombre de las alumnas que aplicaran el instrumento y horario en que se realiza. Para la aplicación de éste instrumento nos situaremos en el interior del Centro de Salud en los box de los sectores que se encuentren disponibles.

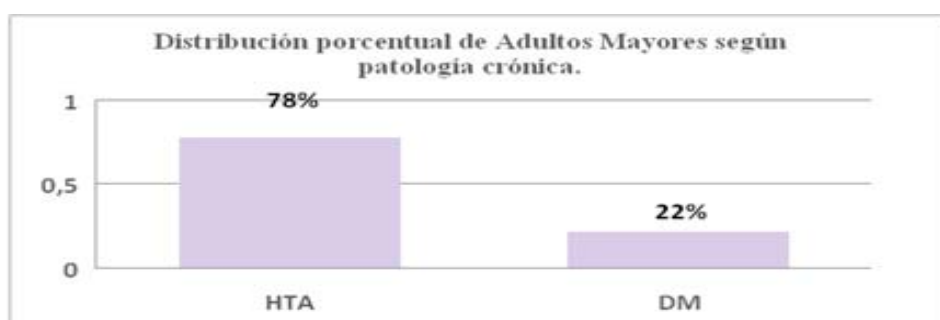
## I. ANALISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA MUESTRA TOTAL

### 1.1 Análisis de los resultados relevantes de los datos biodemográficos obtenidos en la muestra.

**TABLA N° 1**

Adultos Mayores	Porcentaje
HTA	78
DM	22
Total	100

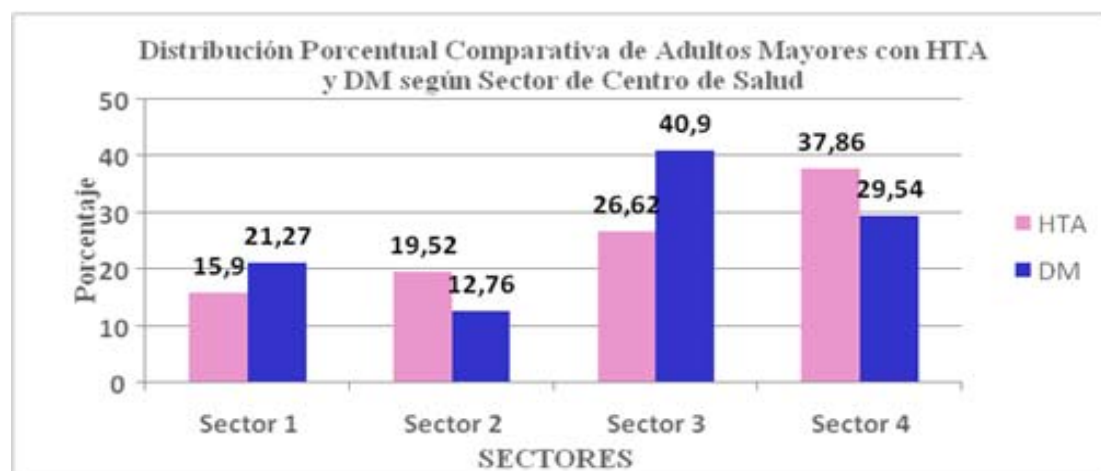
**GRÁFICO N° 1**



**TABLA N° 2**

	Patología	
	HTA	DM
SECTOR	%	%
Sector 1	15,9	21,27
Sector 2	19,52	12,76
Sector 3	26,62	40,9
Sector 4	37,86	29,54

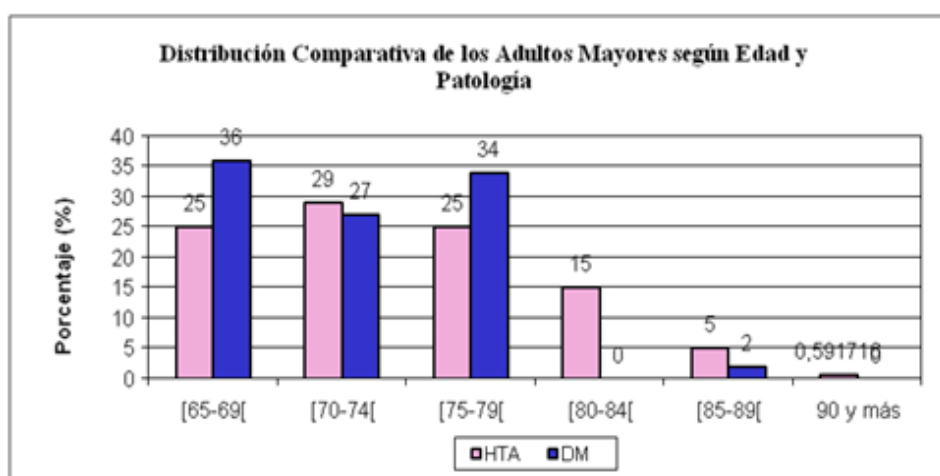
**GRAFICO N° 2**



**TABLA N° 3**

Edad	Porcentaje	
	HTA	DM
65-69	25	36
70-74	29	27
75-79	25	34
80-84	15	0
85-89	5	2
90 y más	1	0
Total	100	100

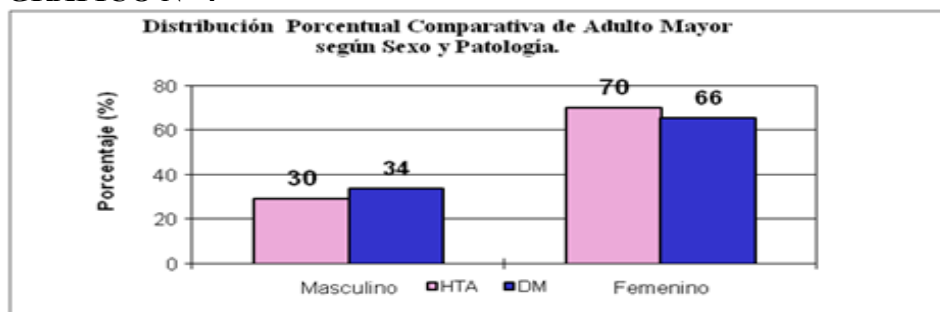
**GRAFICO N°3**



**TABLA N°4**

Sexo	Porcentaje	
	HTA	DM
Masculino	30	34
Femenino	70	66
Total	100	100

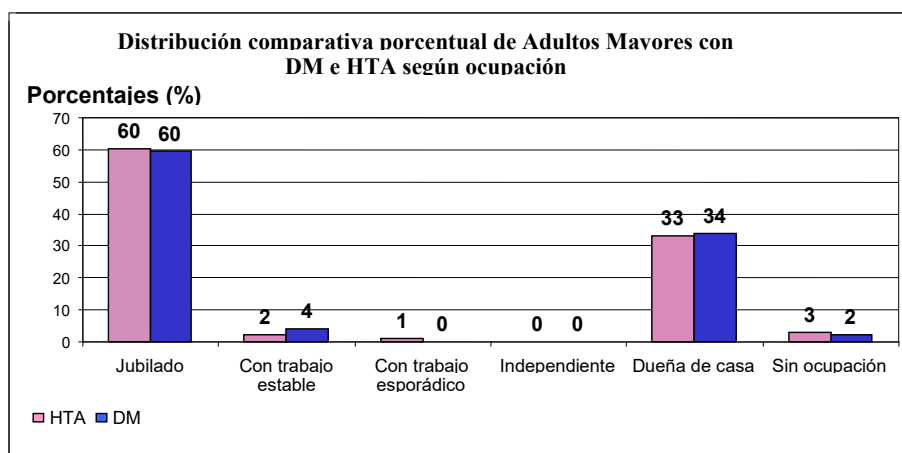
**GRÁFICO N° 4**



**TABLA N° 5**

Ocupación	Porcentaje	
	HTA	DM
Jubilado	60	60
Con trabajo estable	2	4
Con trabajo esporádico	1	0
Independiente	0	0
Dueña de casa	33	34
Sin ocupación	3	2
Total	100	100

**GRÁFICO N° 5**



**TABLA N° 6**

Ingresos	Porcentaje	
	HTA	DM
Nada	17	11
Menos de \$35.000	2	2
\$36.000-\$75.000	29	34
\$76.000-\$128.000	40	34
\$129.000-\$200.000	7	9
Más de \$200.000	5	11
Total	100	100

**GRÁFICO N° 6**

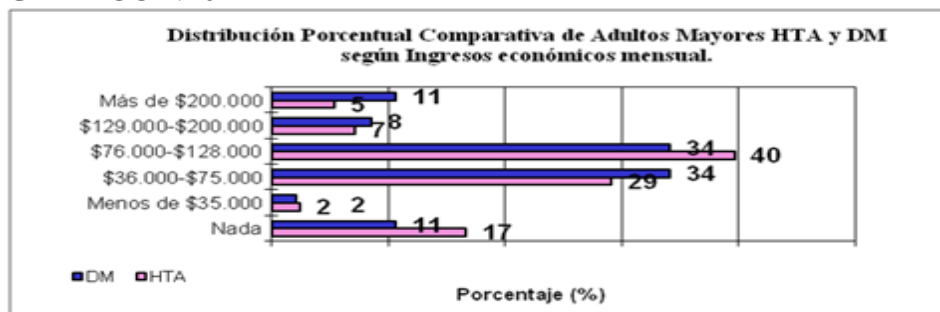




GRAFICO N°7

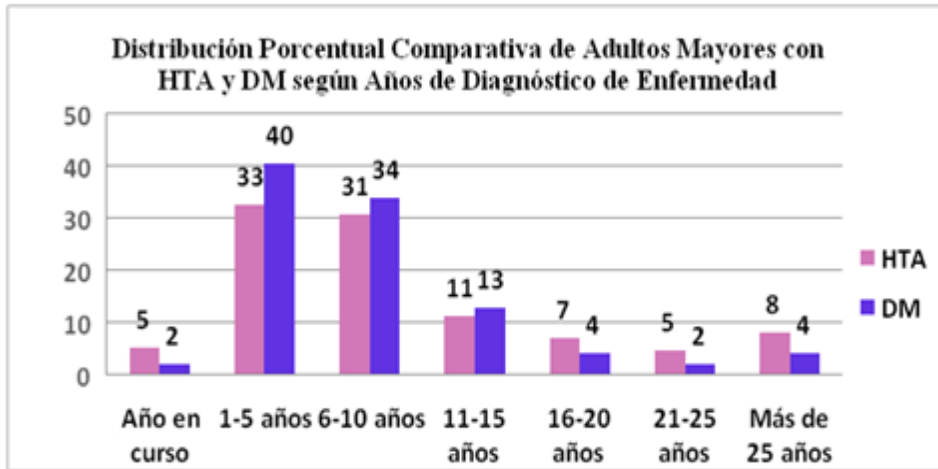


GRAFICO N°8

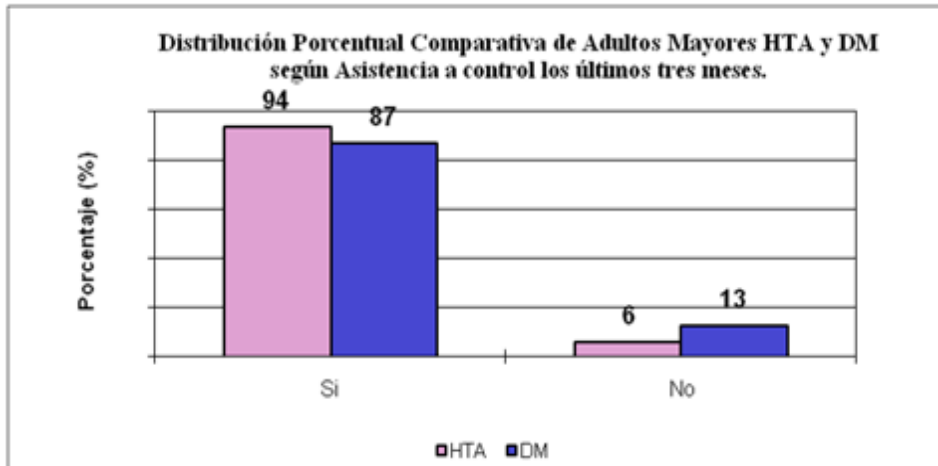
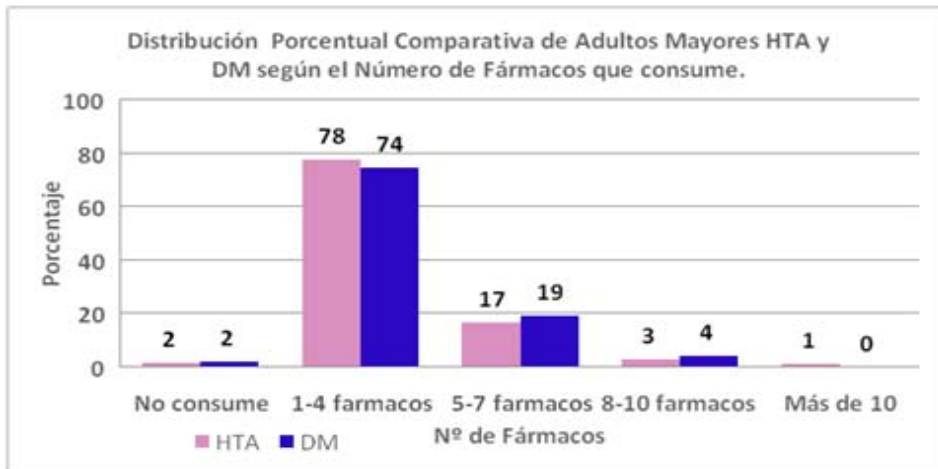


GRAFICO N°9



### **Comentario de Gráficos del 1 al 9.**

En la muestra de 216 Adultos Mayores, existe un 78% de ellos con Hipertensión arterial, frente a un 22% con Diabetes Mellitus. Esta distribución de la muestra fue proporcional a la existente en el Centro de Salud, si consideramos que el Universo es de 973 Adultos Mayores con una u otra patología. Según sexo, éstos se distribuyen en 147 Adultos Mayores de sexo femenino (68.1%), contra 69 de sexo masculino (31.9%).

Según la clasificación de Adultos Mayores por sector del Centro de Salud Jean Marie Thierry, podemos encontrar que 17% de Adultos Mayores pertenecen al sector 1, un 18% al sector 2, un 29% al sector 3, y por último un 35% pertenece al sector 4. Al comparar podemos apreciar que existe una mayor diferencia en los Sectores 3 y 4, donde en el Sector 3 existen más Diabéticos que Hipertensos en una proporción 40/26, en cambio, en el Sector 4 se observa lo contrario, es decir, mayor porcentaje de Hipertensos que Diabéticos en una proporción de 37/29.

Dentro de los rangos de edades podemos observar que entre 65 y 69 años encontramos 78 Adultos Mayores (36.1 %), de 70 a los 74 años, 62 Adultos Mayores (28,7 %), de 75 – 79 años, 49 Adultos Mayores (22.7%), de 80 – 84 años, 20 Adultos Mayores (9.3%), de 85 – 89 años, 6 Adultos Mayores (2.7%), y de 90 y más años, sólo 1 Adulto Mayor, correspondiente al 0.5%. Al realizar comparación de ambos grupos de Adultos Mayores, se observa que existen más Diabéticos que Hipertensos, en los rangos de 65 – 69 años y de 75 – 79 años en una proporción de 25/36 y 25/34, respectivamente. En el rango de 80 – 84 años no hay Diabéticos.

La ocupación actual de los Adultos Mayores, corresponde a Jubilados (60 %) o Trabajadores Independientes (33 %), que viven de su jubilación (61 %) o no tienen pensión (19 %). Al comparar por grupo de Adultos Mayores se observa que la misma proporción (60%), tanto Diabéticos e Hipertensos son Jubilados y en una similar proporción en ambos grupos, son dueñas de casa.

En cuanto a nivel de ingresos económicos, ellos en su mayoría (30%), refieren recibir entre los 36 mil a los 75 mil pesos, o bien desde los 76 mil a los 128 mil pesos; Se puede apreciar que un porcentaje no despreciable tanto Diabéticos e Hipertensos (11% y 17%, respectivamente) no reciben ingresos económicos mensuales.

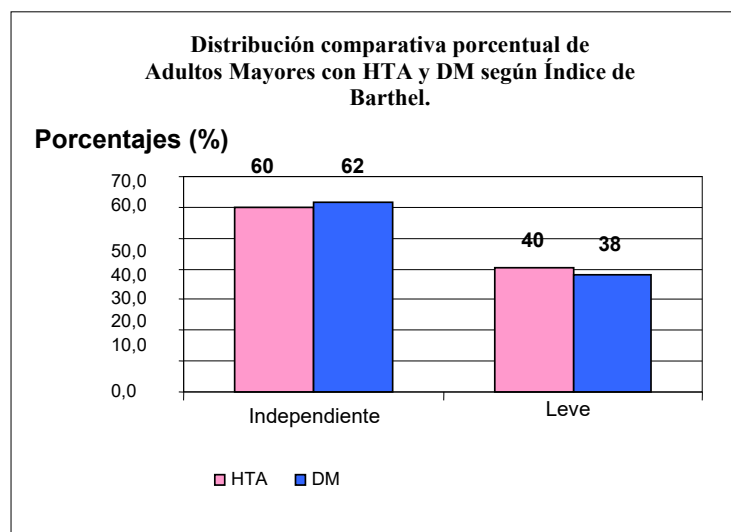
La patología crónica que los afecta les fue diagnosticada hace 1 a 5 años (34 %) o bien hace 6 a 10 años (31 %), en estas mismas categorías, al realizar la comparación por grupo de Adultos Mayores, se observa un mayor porcentaje de Diabéticos que Hipertensos en una proporción 40/33 y 43/31, respectivamente.

La gran mayoría consume entre 1 y 4 fármacos (77%), y al comparar por grupo de Adultos Mayores se aprecia que no es despreciable el porcentaje tanto de Diabéticos e Hipertensos que consumen entre 5 – 7 fármacos (19% y 17%, respectivamente)

Un gran porcentaje de Adultos Mayores ha asistido a los últimos 3 controles (92%), observándose que han asistido en un mayor porcentaje los Hipertensos que los Diabéticos.

## 1.2. Análisis de los resultados de la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria obtenidos a través del Índice de Barthel

GRÁFICO N° 10



Con respecto a la evaluación del grado de dependencia de los Adultos Mayores según el Índice de Barthel, se puede apreciar que un 60% de Adultos Mayores Hipertensos y un 62% de Adultos Mayores Diabéticos de la muestra son “Independientes” y un 40% de Adultos Mayores Hipertensos más un 38% de Diabéticos son “Levemente dependientes”. Cabe destacar que los 216 instrumentos fueron aplicados a Adultos Mayores asistentes al control de crónicos en el Centro de salud y no fueron considerados los Adultos Mayores postrados, los cuales no asisten al Centro del Salud a realizarse su control siendo

catalogados como pacientes “Cautivos”. Por ende la muestra de este estudio no es representativa de los diferentes grados de dependencia de las personas, ya que sólo se obtuvieron resultados para 2 (independiente y leve) de las 5 categorías del Índice de Barthel.

## II. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA OBTENIDA EN CADA DIMENSION DE PECVEC EN ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE PATOLOGÍA.

GRAFICO N° 11

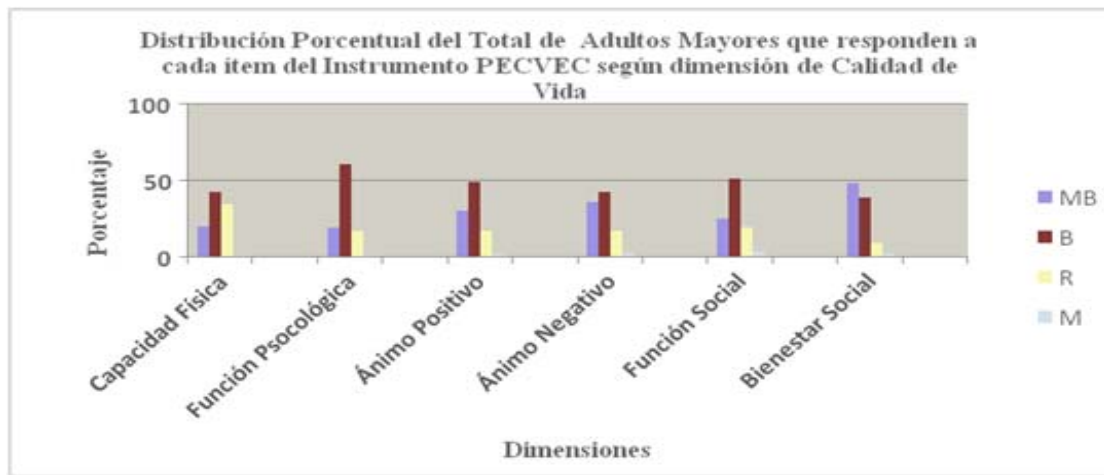
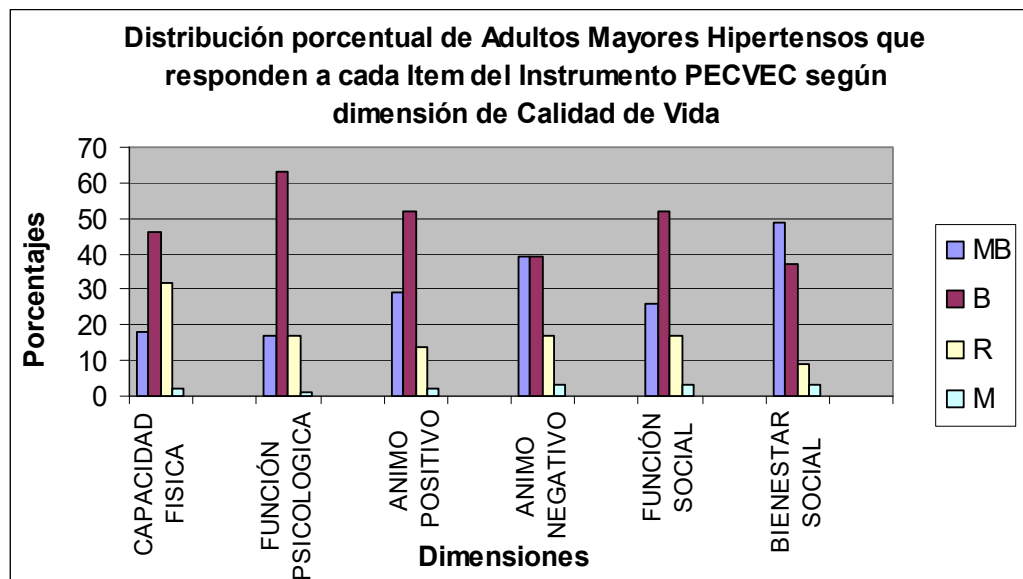
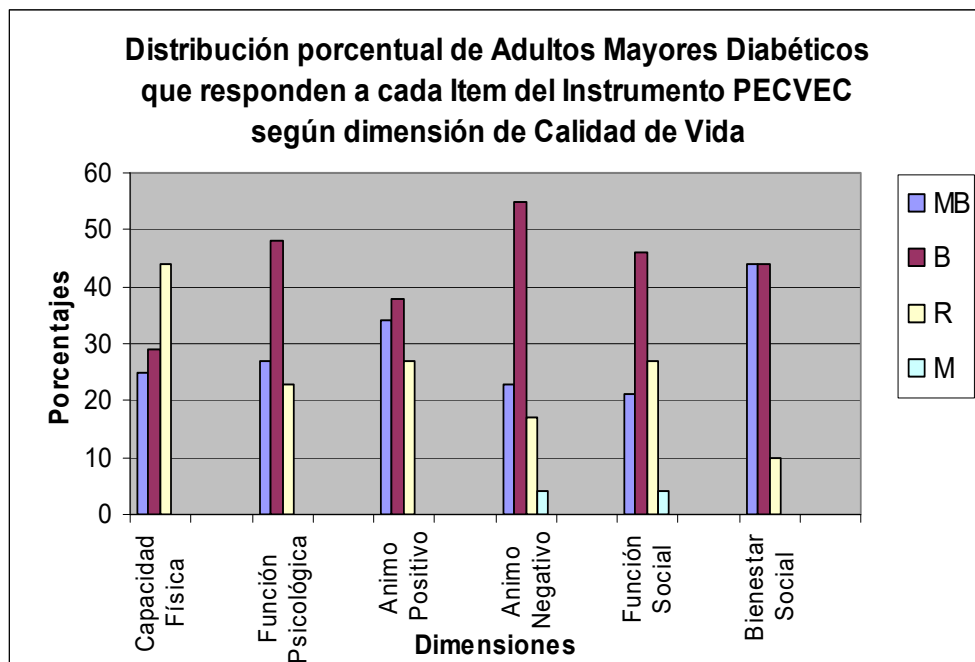


GRAFICO N° 12



**GRÁFICO N° 13**



En la **Dimensión Capacidad Física**, la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, se pueden resumir de la siguiente forma: 18% de los Adultos Mayores Hipertensos obtienen como categoría Muy Buena Calidad de Vida (MBCV), un 46% de Adultos Mayores Hipertensos obtiene Buena Calidad de Vida como categoría (BCV), un 32% y un 2% de Adultos Mayores Hipertensos obtienen las categorías de Regular Calidad de Vida (RCV) y Mala Calidad de Vida (MCV), respectivamente. Para los Adultos Mayores Diabéticos, se obtuvo lo siguiente: un 25 % en MBCV, un 29 en BCV, un 44% en RCV y 0% en MCV.

En la **Dimensión Función Psicológica** es el de mayor diferencia significativa entre los grupos de Adultos Mayores Hipertensos y Adultos Mayores Diabéticos de la muestra, a través del test estadístico chi cuadrado. Podemos decir que: 17% Adultos Mayores Hipertensos obtiene categoría MBCV, 63% obtiene BCV, 17% se observa en RCV y 1% está en MCV. Para los Adultos Mayores Diabéticos tenemos los siguientes resultados: 27 en MBCV, 48% en BCV, 23% RCV y 0% en MCV.

En la **Dimensión de Bienestar Psicológico** compuesto por **Animo Positivo** y **Ánimo Negativo**. Para **Ánimo negativo** en Adultos Mayores Hipertensos podemos mencionar que: 29% esta en categoría MBCV, 52% en BCV, 14% en RCV y 2% en MCV. Y en Adultos Mayores Diabéticos se aprecia lo siguiente: 34% en MBCV 38% BCV, 27% RCV y 0% MCV.

Para la **Dimensión Ánimo Negativo** se observa que en los Adultos Mayores Hipertensos, un 39% obtiene categoría de MBCV, 39% BCV, 17% RCV y 3% MCV. Ahora para los Adultos Mayores Diabéticos se aprecia que un 23% está en la categoría MBCV, un 55% en BCV, 17% en RCV y 4% en MCV.

Para la **Dimensión Función social**, en los Adultos Mayores Hipertensos se obtiene lo siguiente: 26% está en la categoría MBCV, 52% en BCV, 17% RCV y 3% en MCV. Y en los Adultos Mayores Diabéticos se observa que: un 21% obtiene MBCV, 46% está en BCV, 27% en RCV y 4% en MCV.

Y por último en la **Dimensión Bienestar Social**, se aprecia que en los Adultos Mayores Hipertensos un 49% obtiene categoría MBCV, un 37% está en BCV, 9% en RCV y 3% en MCV. En los Adultos Mayores Diabéticos es posible observar que un 44% esta considerado con MBCV, un 44% en BCV, un 10% en RCV y un 0% en MCV.

### III. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ÍTEM CON SIGNIFICANCIA DE LAS DIMENSIONES DE PECVEC EN LOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE PATOLOGÍA.

**Tabla N° 7: Datos Estadísticos descriptivos del total de la muestra. (Ver Anexo N°4)**

Dimensiones del PECVEC	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.	p <0,05
CAPACIDAD FISICA (C.F.)	0,75	4,00	2,2662	0,71601	*
<b>FUNCION PSICOLOGICA (F.P.)</b>	<b>0,50</b>	<b>4,00</b>	<b>2,5029</b>	<b>0,54645</b>	*
ANIMO POSITIVO	0,40	4,00	2,5111	0,76400	NS
<b>ANIMO NEGATIVO (A.N.)</b>	<b>0,38</b>	<b>4,00</b>	<b>2,5220</b>	<b>0,79786</b>	*
FUNCION SOCIAL	0,00	4,00	2,3765	0,79610	NS
BIENESTAR SOCIAL (B.S.)	0,40	4,00	2,8713	0,76305	*
NS: No significativo					
*: Significativo, en C.F. ítems C2, C3, en F.P. ítems C12, C19, C20, en A.N. ítem C31, en B.S. ítems C38, C39.					

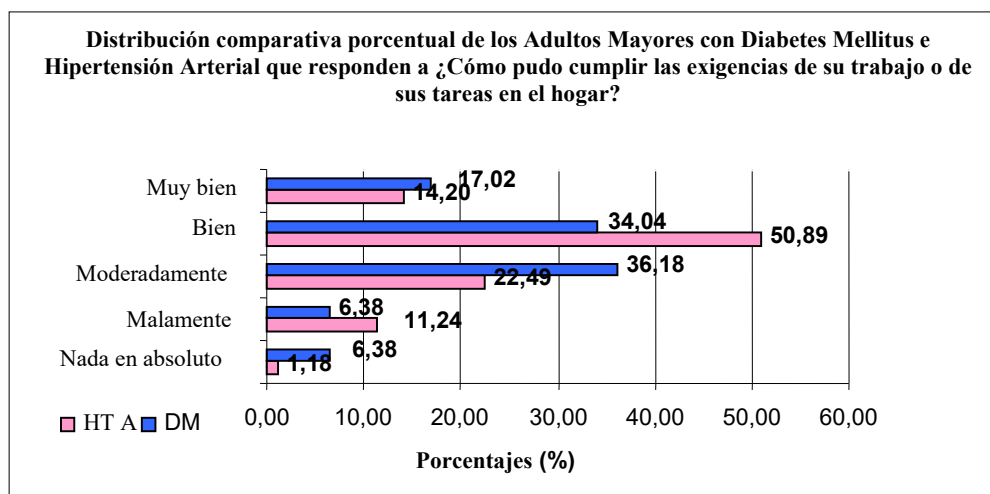
En ésta tabla se observa que para la muestra total de Adultos Mayores encuestados, en general las dimensiones tienen una media similar, lo que significa que en su mayoría las respuestas a los ítems de las dimensiones circularon por las opciones de moderadamente y bien o mucho, lo cual denota una inclinación hacia una Buena Calidad de Vida en todas las dimensiones.

Es importante rescatar la información que nos entrega la desviación típica, la que nos muestra una importante dispersión de las observaciones respecto del valor medio; la categoría que muestra menor dispersión respecto del valor central es la categoría relacionada con la dimensión Función Psicológica, lo que significa que la mayor cantidad de Adultos Mayores se acercan a la media. Por el contrario en la Dimensión Animo Negativo se observa un valor de desviación mayor a la media, lo que podría significar que en determinados ítems, la mayoría de los Adultos Mayores hayan concentrados sus respuestas en las opciones más débiles como lo son muy poco o malamente, lo cual incide directamente en su Calidad de Vida.

La tabla también nos indica cuales fueron las dimensiones en las que se presentaron las mayores diferencias entre uno y otro grupo de patología (Hipertensión y diabetes). Las principales diferencias significativas se registran en las dimensiones Capacidad Física, principalmente en los ítems C2 y C3, Función Psicológica en sus ítems C12, C19 y C20, Animo Negativo en su ítem C31 y en la dimensión Bienestar Social en sus ítems C38 y C39. La dimensión que tuvo el mayor número de ítems con diferencia significativa fue la de Función Psicológica con tres ítems que muestran una diferencia significativa. Es en ésta misma dimensión, donde se registra el ítem (C20) con mayor diferencia estadística correspondiente a un  $p = 0.008$ .

A continuación se describirán los ítems de PECVEC que presentan diferencias significativas en ambos grupos de patología de la muestra de Adultos Mayores. Para verificar la existencia de diferencias significativas entre los grupos se utilizó el test de chi cuadrado para datos categóricos, con un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ .

**GRAFICOS N° 14: Corresponde a ítem C2 del PECVEC, Dimensión Capacidad Física.**

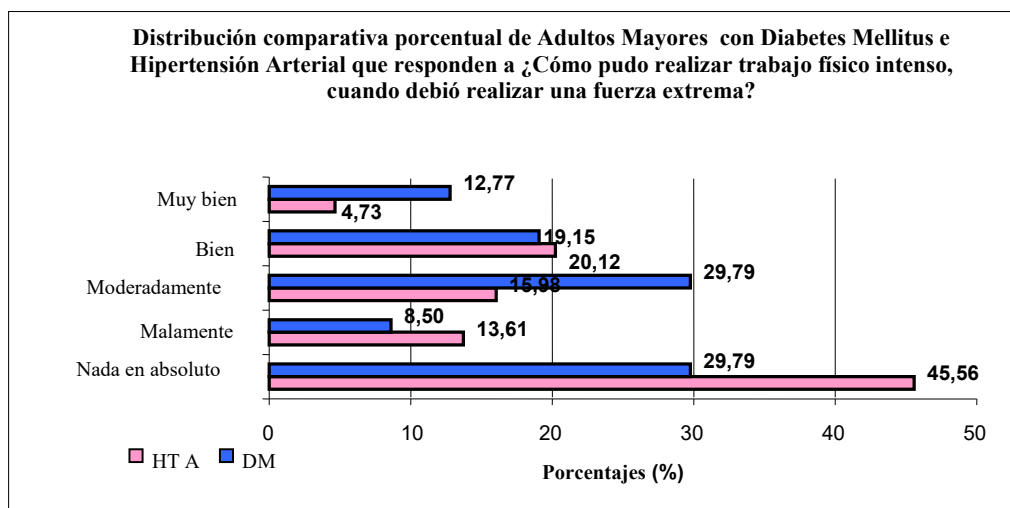


Se observa en el gráfico N° 14 que los Adultos Mayores de la muestra general pudieron en su mayoría, cumplir de una manera moderadamente bien las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras.

Ahora bien, al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores con enfermedad crónica que respondieron a la pregunta, según patología se observa que los Adultos

Mayores Hipertensos (86%) pudieron cumplir mejor las exigencias de su trabajo o de sus tareas que los Adultos Mayores Diabéticos y lo hicieron con tendencia a un buen cumplimiento. Mientras, que los Adultos Mayores Diabéticos pudieron cumplir moderadamente con las exigencias de su trabajo o de sus tareas. En base a lo anterior, se aprecia que hay diferencia significativa entre ambos grupos de Adultos Mayores (con Diabetes y con Hipertensión) según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.036, siendo este valor menor al nivel de significancia considerado en este estudio ( $\alpha = 0.05$ ).

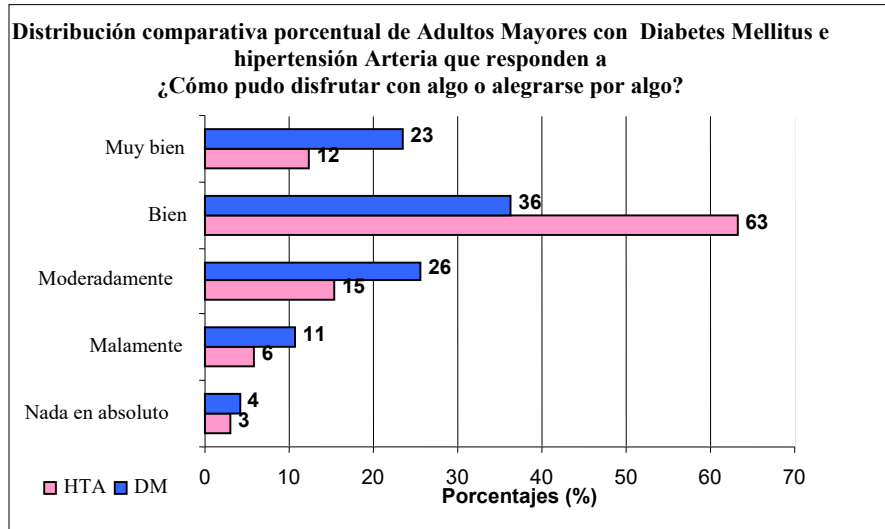
**GRÁFICO N° 15: Corresponde al ítem C3 del PECVEC, Dimensión Capacidad Física.**



Se observa en el gráfico N°15 que los Adultos Mayores, en general tienen dificultad en realizar trabajo físico intenso, cuando debieron realizar una fuerza extrema.

Al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores con enfermedad crónica que respondieron a la pregunta según patología, se observa que un 45% de Hipertensos y un 29% de Adultos Mayores Diabéticos no realizaron trabajo físico intenso cuando debieron realizar una fuerza extrema, esto quiere decir, que a la muestra de Hipertensos les cuesta más realizar esfuerzo físico que a los Diabéticos. Concluyéndose que existe diferencia significativa entre ambos grupos, según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.036.

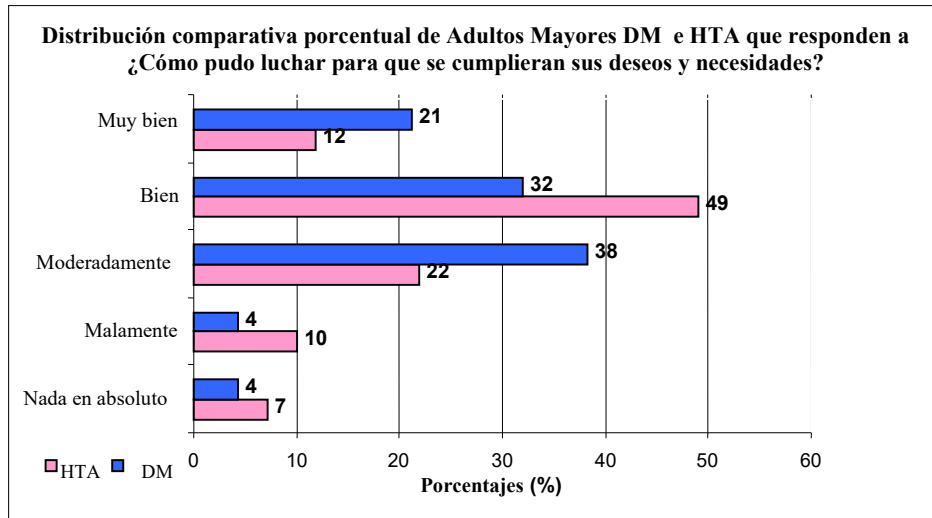
**GRÁFICO N° 16: Corresponde al ítem C12 del PECVEC, Dimensión Función Psicológica.**



Se observa en el gráfico N° 16 que los Adultos Mayores de la muestra general en su mayoría pudieron de una manera moderadamente bien disfrutar con algo y alegrarse por algo.

Los Adultos Mayores Hipertensos pudieron de una mejor manera “disfrutar con algo o alegrarse por algo”, con mayor tendencia a un buen logro, que los Adultos Mayores Diabéticos, En la categoría “Bien” existe una gran diferencia entre Diabéticos e Hipertensos. Un 63% de Hipertensos versus un 36% de Diabéticos contestaron bajo ésta categoría. Por el contrario, un 23% de Diabéticos versus un 12% de Hipertensos responden en la categoría “Muy bien”. Concluyéndose que existe diferencias significativas entre ambos grupos, según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.024.

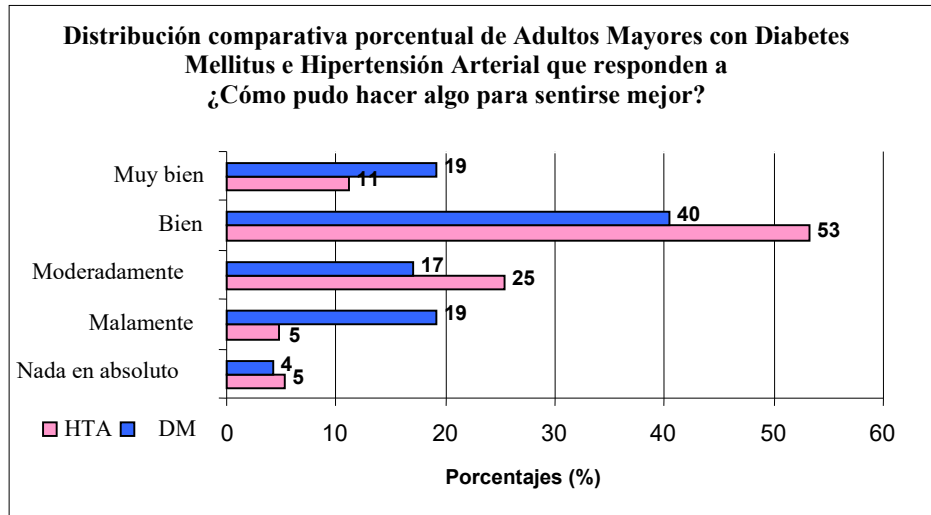
**GRÁFICO N° 17: Corresponde a ítem C19 del PECVEC, Dimensión Función Psicológica.**



Se observa en el gráfico N° 17 que los Adultos Mayores de la muestra general en su mayoría pudieron de una manera moderadamente bien luchar para que se cumplieran sus deseos y necesidades.

Al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores con enfermedad crónica que respondieron a la pregunta según patología, se observa que un mayor porcentaje de los Adultos Mayores Hipertensos dieron como respuesta “bien” a la pregunta, mientras que los Adultos Mayores Diabéticos, gran porcentaje de ellos, da como respuesta “moderadamente”. Se aprecia gran diferencia entre los grupos para ambas respuestas mencionadas anteriormente (bien y moderadamente). Es decir, que los Adultos Mayores Hipertensos pudieron luchar mejor que los Adultos Mayores Diabéticos para que se cumplieran sus deseos o necesidades y lo hicieron con mayor tendencia dando como respuesta “bien”. Concluyéndose que existe diferencia significativa entre ambos grupos de Adultos Mayores, según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.033.

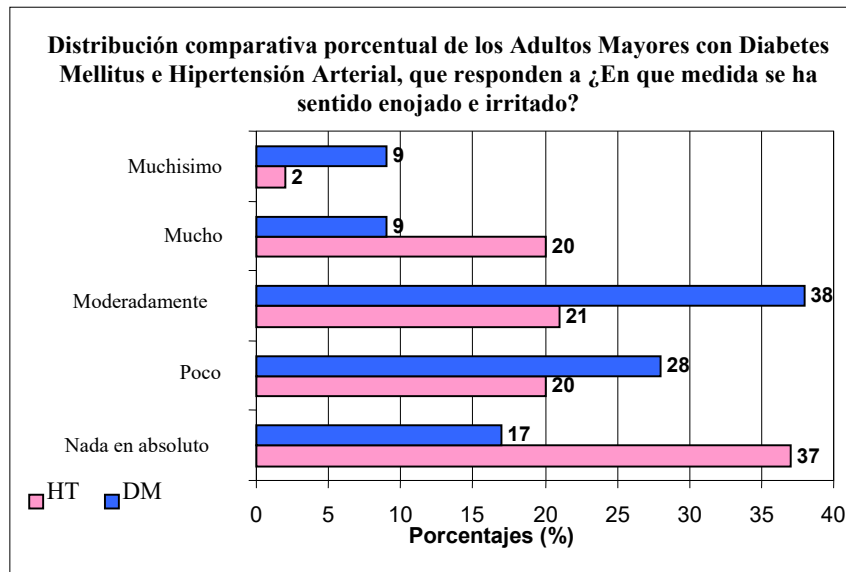
**GRÁFICO N° 18: Corresponde a ítem C20 del PECVEC, Dimensión Función Psicológica.**



Se observa en el gráfico N°18 que los Adultos Mayores de la muestra general en su mayoría pudieron hacer algo para sentirse mejor de una manera moderadamente bien.

Al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores con enfermedad crónica que respondieron a la pregunta según patología, se observa una gran diferencia ya que un porcentaje mayor de los Adultos Mayores Hipertensos respondieron con la categoría “bien”, mientras que un porcentaje mayor de Adultos Mayores Diabéticos dan respuesta al ítem como “malamente”. Es decir, los Adultos Mayores Hipertensos con una tendencia mayor dan una respuesta positiva, mientras que los Adultos Mayores Diabéticos de una manera moderadamente mal pudieron hacer algo para sentirse mejor. Concluyéndose que existe diferencia significativa entre ambos grupos según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.008, esto demuestra que el ítem C20 es el que obtuvo el valor más bajo mediante el test chi cuadrado.

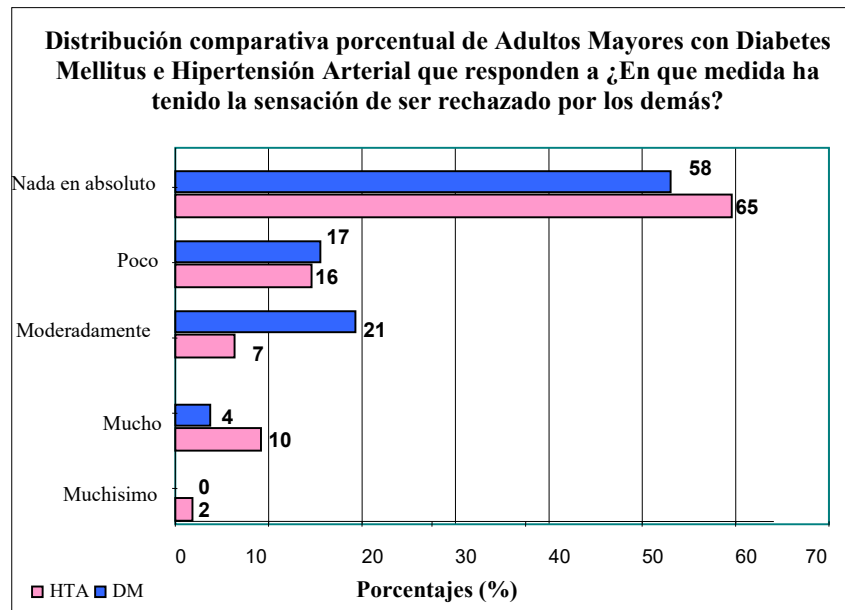
**GRAFICO N° 19: Corresponde a ítem C31, Dimensión Ánimo Negativo.**



Se observa en el gráfico N°19 que los Adultos Mayores de la muestra general en su mayoría moderadamente poco se sintieron enojados e irritados.

Al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores que respondieron a la pregunta según patología se observa que los Adultos Mayores Hipertensos tienen una tendencia a contestar que se sienten menos enojados e irritados que los Diabéticos, viéndose una mayor diferencia en la respuesta “nada en absoluto”. Y se puede observar que los Adultos Mayores Diabéticos muestran una tendencia que se han enojado e irritado en forma moderada. Basado en los datos del gráfico N° 15, existe diferencia significativa entre ambos grupos según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.03.

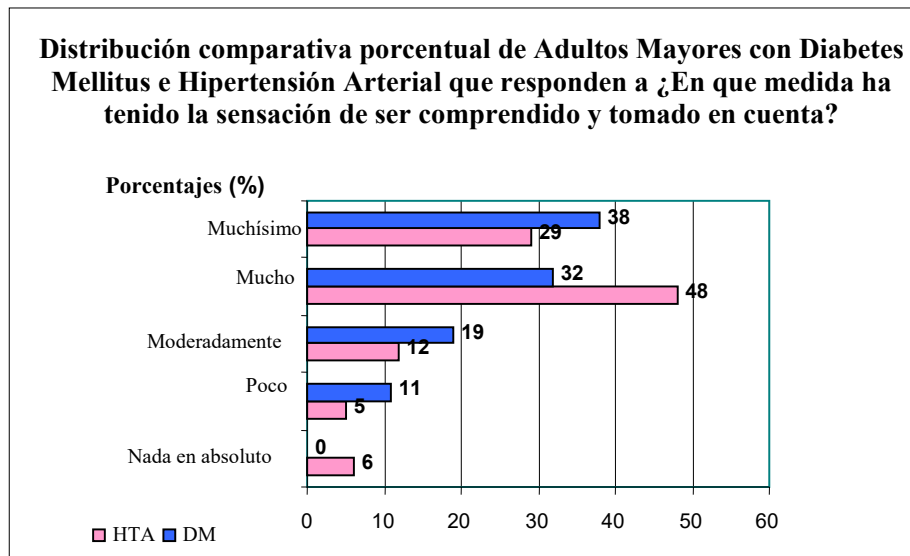
**GRÁFICO N° 20: Corresponde a ítem C38, Dimensión Bienestar Social.**



Se observa en el gráfico N° 20 que los Adultos Mayores de la muestra general, un 65% de Hipertensos v/s un 58% de Diabéticos no se han sentido rechazados por los demás respondiendo a la categoría “nada en absoluto“.

Al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores con enfermedad crónica que respondieron a la pregunta, según patología se observa que existe diferencia, ya que un mayor porcentaje de Adultos Mayores Hipertensos (12%) ha sentido ser rechazado por los demás, mientras que sólo un 4% de Diabéticos ha tenido esa sensación. Concluyendo de ésta manera, que existe diferencia significativa entre ambos grupos según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.042.

**GRÁFICO N° 21: Corresponde a ítem C39, Dimensión Bienestar Social.**



Se observa en el gráfico N° 21 que los Adultos Mayores de la muestra general en su mayoría moderadamente mucho han tenido la sensación de ser comprendido y tomado en cuenta.

Al realizar la comparación porcentual de Adultos Mayores con enfermedad crónica que respondieron a la pregunta, según patología se aprecia que los Adultos Mayores Diabéticos en alguna medida siempre han tenido la sensación de ser comprendidos y tomados en cuenta. Mientras que existe un pequeño porcentaje de Adultos Mayores Hipertensos (6%) que no se han sentido comprendidos ni tomados en cuenta.

Basado en lo anterior existe diferencia significativa entre ambos grupos, según el test chi cuadrado  $\chi^2$  obteniendo un valor p de 0.044.

En resumen, las principales diferencias observadas en éste análisis fueron en la dimensión Función Psicológica, principalmente en el ítem C20, donde se registró el valor más alejado del nivel de significancia. (Ver Anexo tabla N° 13).



90 Y más	Capacidad física	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Función Psico.	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Animo positivo	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Animo Negativo	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Función social	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Bienestar social	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
T O T A L	Capacidad física	32	18,93	78	46,15	55	32,54	4	2,367	169	100	12	25,53	14	29,79	21	44,68	0	0	47	100	
	Función Psico.	29	17,16	108	63,91	29	17,16	3	1,775	169	100	13	27,66	23	48,94	11	23,4	0	0	47	100	
	Animo positivo	50	29,59	89	52,66	25	14,79	5	2,959	169	100	16	34,04	18	38,3	13	27,66	0	0	47	100	
	Animo Negativo	67	39,64	67	39,64	30	17,75	5	2,959	169	100	11	23,4	26	55,32	8	17,02	2	4,255	47	100	
	Función social	44	26,04	89	52,66	30	17,75	6	3,55	169	100	10	21,28	22	46,81	13	27,66	2	4,255	47	100	
	Bienestar social	84	49,7	63	37,28	16	9,468	6	3,55	169	100	21	44,68	21	44,68	5	10,64	0	0	47	100	

**Comentario:** En la presente tabla se puede observar que la mayor parte de la muestra se encuentra en el rango de edad de entre 65-69 años (34.91% de Adultos Mayores Hipertensos y 38.29% de Adultos Mayores Diabéticos en este rango). Además se puede apreciar que la mayoría de los Adultos Mayores, en todos los rangos de edad, tienen una Buena Calidad de Vida en los Ítems del PECVEC, variando para los Hipertensos solo el Ítem de Bienestar Social donde la mayor parte (49.7%) tiene una Muy Buena Calidad de Vida y en los Diabéticos el Ítem de Capacidad física donde el mayor porcentaje (44.68%) tiene una Regular Calidad de Vida, cambiando en el rango de 65- 69 años donde el 50% de la muestra tiene una Muy Buena Calidad de Vida. Esto se puede explicar por que en esta edad se esta recién comenzando con la etapa de Adulto Mayor y usualmente la funcionalidad de la persona es mejor, permitiéndoles desarrollar una mejor Capacidad física. También se puede observar que en ambos grupos la categoría de Mala Calidad de Vida no supera el 5% de la muestra en cada Ítem del PECVEC, lo que se considera un resultado positivo en la Evaluación de la Calidad de Vida de estos Adultos Mayores.

**Tabla N° 9: Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, sector, ítem y categoría PECVEC”**

	PATOLOGIA	HTA										DM									
		MB	%	B	%	R	%	M	%	N°	%	MB	%	B	%	R	%	M	%	N°	%
S	Capacidad física	4	14,81	15	55,56	8	29,63	0	-	27	100	3	30,00	4	40,00	3	30,00	0	-	10	100
E	Función psicológica	3	11,11	19	70,37	5	18,52	0	-	27	100	4	40,00	4	40,00	2	20,00	0	-	10	100
C	Animo positivo	9	33,33	15	55,56	3	11,11	0	-	27	100	4	40,00	3	30,00	3	30,00	0	-	10	100
	Animo Negativo	10	37,04	11	40,74	6	22,22	0	-	27	100	1	10,00	7	70,00	1	10,00	1	10,00	10	100
1	Función social	6	22,22	17	62,96	4	14,81	0	-	27	100	2	20,00	6	60,00	2	20,00	0	-	10	100
	Bienestar social	15	55,56	11	40,74	1	3,70	0	-	27	100	2	20,00	8	80,00	0	-	0	-	10	100
S	Capacidad física	6	18,18	13	39,39	14	42,42	0	-	33	100	1	16,67	2	33,33	3	50,00	0	-	6	100
E	Función psicológica	6	18,18	19	57,58	7	21,21	1	3,03	33	100	1	16,67	3	50,00	2	33,33	0	-	6	100
C	Animo positivo	10	30,30	17	51,52	5	15,15	1	3,03	33	100	1	16,67	4	66,67	1	16,67	0	-	6	100
	Animo Negativo	13	39,39	12	36,36	6	18,18	2	6,06	33	100	2	33,33	3	50,00	1	16,67	0	-	6	100
2	Función social	9	27,27	17	51,52	4	12,12	3	9,09	33	100	0	-	3	50,00	3	50,00	0	-	6	100
	Bienestar social	18	54,55	8	24,24	5	15,15	2	6,06	33	100	3	50,00	3	50,00	0	-	0	-	6	100
S	Capacidad física	8	17,78	24	53,33	11	24,44	2	4,44	45	100	6	33,33	4	22,22	8	44,44	0	-	18	100
E	Función psicológica	10	22,22	24	53,33	10	22,22	1	2,22	45	100	5	27,78	7	38,89	6	33,33	0	-	18	100
C	Animo positivo	13	28,89	23	51,11	6	13,33	3	6,67	45	100	6	33,33	6	33,33	6	33,33	0	-	18	100
	Animo Negativo	17	37,78	20	44,44	7	15,56	1	2,22	45	100	2	11,11	11	61,11	5	27,78	0	-	18	100
3	Función social	15	33,33	20	44,44	8	17,78	2	4,44	45	100	6	33,33	7	38,89	4	22,22	1	5,56	18	100

	Bienestar social	21	46,67	18	40,00	3	6,67	3	6,67	45	100	6	33,33	8	44,44	4	22,22	0	-	18	100
S	Capacidad física	14	21,88	26	40,63	22	34,38	2	3,13	64	100	2	15,38	4	30,77	7	53,85	0	-	13	100
E	Función psicológica	10	15,63	46	71,88	7	10,94	1	1,56	64	100	3	23,08	9	69,23	1	7,69	0	-	13	100
C	Ánimo positivo	18	28,13	34	53,13	11	17,19	1	1,56	64	100	5	38,46	5	38,46	3	23,08	0	-	13	100
	Ánimo Negativo	27	42,19	23	35,94	12	18,75	2	3,13	64	100	7	53,85	5	38,46	1	7,69	0	-	13	100
4	Función social	14	21,88	35	54,69	14	21,88	1	1,56	64	100	2	15,38	6	46,15	4	30,77	1	7,69	13	100
	Bienestar social	30	46,88	26	40,63	7	10,94	1	1,56	64	100	10	76,92	2	15,38	1	7,69	0	-	13	100
T	Capacidad física	32	18,93	78	46,15	55	32,54	4	2,37	169	100	12	25,53	14	29,79	21	44,68	0	-	47	100
O	Función psicológica	29	17,16	108	63,91	29	17,16	3	1,78	169	100	13	27,66	23	48,94	11	23,40	0	-	47	100
T	Ánimo positivo	50	29,59	89	52,66	25	14,79	5	2,96	169	100	16	34,04	18	38,30	13	27,66	0	-	47	100
A	Ánimo Negativo	67	39,64	67	39,64	30	17,75	5	2,96	169	100	11	23,40	26	55,32	8	17,02	2	4,26	47	100
L	Función social	44	26,04	89	52,66	30	17,75	6	3,55	169	100	10	21,28	22	46,81	13	27,66	2	4,26	47	100
	Bienestar social	84	49,70	63	37,28	16	9,47	6	3,55	169	100	21	44,68	21	44,68	5	10,64	0	-	47	100

**Comentario:** En la tabla se aprecia que la mayor parte de los Adultos Mayores Hipertensos, de todos los sectores, tienen una Buena Calidad de Vida en los Ítems de Capacidad física, Función psicológica, Ánimo positivo, Ánimo negativo y Funcionamiento social, ya que en todas los Ítems el mayor número de respuestas se concentra en esta categoría, esta situación solo varía en el Ítem de Bienestar social donde la mayor parte de la muestra tiene una Muy Buena Calidad de Vida. En cuanto a los Adultos Mayores Diabéticos, ésta situación no se da, ellos tienen en su mayoría una Buena Calidad de Vida en los Ítems de Función psicológica, Ánimo positivo, Ánimo negativo, Funcionamiento social y Bienestar social, lo que varía en el Ítem de Capacidad física mostrando una tendencia hacia una Regular Calidad de Vida. También se puede observar que los Adultos Mayores Hipertensos son en su mayoría del Sector 4, mientras que los Adultos Mayores Diabéticos son del Sector 3 (37.86 % de Adultos Mayores Hipertensos y 38.29 % de Adultos Mayores Diabéticos).

**Tabla N° 10: Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según patología, sexo, ítem y categoría PECVEC”**

SEXO	PATOLOGIA	HTA										DM									
	ITEM	MB	%	B	%	R	%	M	%	N°	%	MB	%	B	%	R	%	M	%	N°	%
F	Capacidad física	15	12,60	55	46,21	46	38,66	3	2,52	119	100	8	26,66	6	20,00	16	53,33	0	-	30	100
E	Función Psico.	18	15,12	73	61,34	25	21,00	3	2,52	119	100	8	26,66	13	43,33	9	30,00	0	-	30	100
M	Animo positivo	31	26,05	63	52,94	20	16,80	5	4,20	119	100	10	33,33	10	33,33	10	33,33	0	-	30	100
E	Animo Negativo	44	36,97	45	31,81	25	21,00	5	4,20	119	100	7	23,33	16	53,33	7	23,33	0	-	30	100
N	Función social	33	27,73	56	47,06	24	26,16	6	5,04	119	100	6	20,00	12	40,00	11	36,66	1	33,33	30	100
	Bienestar social	59	49,58	43	41,18	11	9,24	6	5,04	119	100	12	40,00	13	43,33	5	16,66	0	-	30	100
M	Capacidad física	17	34,00	23	46,00	9	18,00	1	2,00	50	100	4	23,52	8	47,06	5	29,41	0	-	17	100
A	Función Psico.	11	22,00	35	70,00	4	8,00	0	-	50	100	5	29,41	10	58,82	2	11,76	0	-	17	100
S	Animo positivo	19	38,00	26	52,00	5	10,00	0	-	50	100	6	32,29	8	47,06	3	17,65	0	-	17	100
C	Animo Negativo	23	46,00	22	44,00	5	10,00	0	-	50	100	4	23,52	10	58,82	1	5,88	2	11,76	17	100
U	Función social	13	26,00	30	60,00	6	12,00	1	2,00	50	100	4	23,52	10	58,82	2	11,76	1	5,88	17	100
	Bienestar social	29	58,00	17	34,00	4	8,00	0	-	50	100	9	52,94	7	41,17	1	5,88	0	-	17	100
T	Capacidad física	32	18,93	78	46,15	55	32,54	4	2,36	169	100	12	25,53	14	29,78	21	44,68	0	-	47	100
O	Función Psico.	29	17,16	108	63,9	29	17,16	3	1,77	169	100	13	27,66	23	48,93	11	23,4	0	-	47	100
T	Animo positivo	50	29,58	89	52,66	25	14,79	5	2,96	169	100	16	34,04	18	38,29	13	27,66	0	-	47	100
A	Animo Negativo	67	39,64	67	39,64	30	17,75	5	2,96	169	100	11	23,40	26	55,31	8	17,02	2	4,25	47	100
L	Función social	46	27,22	86	50,88	30	17,75	7	4,14	169	100	10	21,27	22	46,81	13	27,66	2	4,25	47	100
	Bienestar social	88	52,07	60	35,5	15	8,87	6	3,55	169	100	21	44,68	20	42,55	6	12,76	0	-	47	100

**Comentario:** En la tabla se puede apreciar que la mayoría de los Adultos Mayores, de ambas muestras es de sexo femenino (70.4 % de Hipertensos, 119 personas y el 63.8% de Diabéticos, 30 personas), a su vez también se puede observar que la Calidad de Vida para ambos grupos es Buena en todos los Ítems del PECVEC variando para los Hipertensos, de ambos sexos los Ítems de Animo negativo y Bienestar social donde presentan una Muy Buena Calidad de Vida, en cambio en los Diabéticos, los adultos Mayores de sexo femenino presentan Buena Calidad de Vida en todos los Ítems excepto en el de Capacidad física donde presentan una Regular Calidad de Vida (53.33%), situación que en los Adultos Mayores de sexo masculino, no se da, ya que en todos los Ítems tienen una Buena Calidad de Vida.

**Tabla N° 11: Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según Patología, Años de evolución enfermedad y Categoría PECVEC.**

PATOLOGIA	HTA N= 169							DM N= 47						
	M	R	B	MB	Nº	%	M	R	B	MB	Nº	%		
Años de evolución de enfermedad														
Menos de 1 año.	0	2	4	3	9	5,33	-	-	-	-	-	-	-	
1 - 5 años	0	8	35	12	55	32,54	-	1	11	7	19	40,43		
6 - 10 años	0	7	38	7	52	30,77	-	7	6	3	16	34,04		
11 - 15 años	0	5	11	3	19	11,24	-	3	4	-	7	14,89		
16 - 20 años	0	0	9	3	12	7,10	-	-	2	-	2	4,26		
21 - 25 años	0	2	5	1	8	4,73	-	1	-	-	1	2,13		
más de 25 años	0	0	12	2	14	8,28	-	1	1	-	2	4,26		
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>114</b>	<b>31</b>	<b>169</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>47</b>	<b>100</b>		

**Comentario:** En la tabla se aprecia que, si bien, en ambas muestras de Adultos Mayores, la distribución de los años es amplia, la mayoría tiene entre 1-5 y 6-10 años de Evolución de su enfermedad (32.54% de Adultos Mayores Hipertensos y 40.43% de Adultos Mayores Diabéticos que tienen entre 1-5 años y 30.77% de Adultos Mayores Hipertensos y 34.04% de Adultos Mayores Diabéticos con 6-10 años). A su vez se observa que en ambas muestras, la mayoría de los Adultos Mayores tienen una Buena Calidad de Vida (67.46 % de Adultos Mayores Hipertensos y 51.06 % de Adultos Mayores Diabéticos). No se aprecian diferencias significativas entre ambas muestras en relación a los años de evolución de su enfermedad, pero a medida que aumentan los Años de Evolución de la Enfermedad, el porcentaje de Adultos Mayores que responde tener una “Muy Buena” Calidad de Vida, disminuye.

**Tabla N° 12:” Distribución comparativa y porcentual de la percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores según Patología, Ingreso mensual y Categoría PECVEC”**

PATOLOGIA	HTA N= 169							DM N= 47						
	M	R	B	MB	Nº	%	M	R	B	MB	Nº	%		
Ingreso mensual														
Nada	0	7	19	2	28	16,57	0	1	5	0	6	12,77		
Menos de \$ 35.000	0	1	2	1	4	2,37	0	0	0	1	1	2,13		
\$ 36.000 - 75.000	0	5	32	12	49	28,99	0	7	4	4	15	31,91		
\$ 76.000 - 128.000	0	10	47	10	67	39,64	0	3	10	2	15	31,91		
\$129.000 - 200.000	0	0	8	4	12	7,10	0	0	2	2	4	8,51		
Más de 200.000	0	1	6	2	9	5,33	0	2	3	1	6	12,77		
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>114</b>	<b>31</b>	<b>169</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>47</b>	<b>100</b>		

**Comentario:** En la tabla se aprecia que en ambas muestras, si bien la distribución de los Adultos Mayores según ingreso mensual, es amplia, la mayoría de ellos, se concentra en los rangos de \$36.000-\$75.000 y \$76.000-\$128.000 (28.99 % de Adultos Mayores Hipertensos y 31.91 % de Adultos Mayores Diabéticos con ingreso mensual de \$36.000-\$75.000 y 39.64% de Adultos Mayores Hipertensos y 31.91% de Adultos Mayores Diabéticos con ingreso mensual de \$76.000- \$128.000). Además se observa que la Calidad de Vida de la mayoría de los Adultos Mayores de ambas muestras es Buena (67.46 % de Adultos Mayores Hipertensos y 51.06 % de Adultos Mayores Diabéticos). También se puede observar que en los Adultos Mayores Hipertensos existe un porcentaje importante de Adultos Mayores que no recibe ingreso, pero que aun así la Calidad de Vida de estos no varía.

## CONCLUSIONES

La valoración de la Calidad de Vida del Adulto Mayor es subjetiva, depende de la percepción del individuo en un momento de su vida. Consciente de estas limitaciones, el resultado de la aplicación del PECVEC en 216 Adultos Mayores permite concluir que:

- La mayoría de los Adultos Mayores del Centro de Salud Jean et Marie Thierry, según el PECVEC tienen una “Buena” Calidad de Vida, principalmente en las dimensiones de Función psicológica, Ánimo positivo, Ánimo negativo y Funcionamiento social. Considerando que sólo fueron encuestados los enfermos crónicos que según el Índice de Barthel obtuvieron las categorías Independientes (60%) y Levemente Dependientes (40%), es decir, no se consideraron los Adultos Mayores que se encuentra postrados o que tienen bastante dificultad al acceso del Centro de Salud, también llamados “Cautivos”.
- Existen diferencias significativas en algunos ítems de 2 dimensiones, en la dimensión Bienestar social y Capacidad Física, en la primera existe una “Muy Buena” Calidad de Vida en los Hipertensos, no así en los Diabéticos y en la segunda una “Regular” Calidad de Vida en los Diabéticos, esto se puede explicar porque los Adultos Mayores Diabéticos tienen mayor disminución de sus capacidades físicas debido al daño multiorgánico que les provoca esta patología, la que afecta principalmente el sistema nervioso periférico, ojos y riñones, repercutiendo en la socialización de los Adultos Mayores afectados por Diabetes. No se encontró diferencia en la Calidad de Vida entre las muestras por Sectores del Centro de Salud.
- Aunque tanto hombres como mujeres, tienen una “Buena” Calidad de Vida, observándose con un 67,23% y 68% para las mujeres y los hombres Hipertensos respectivamente, y con un 46.67 % y 58.82% para las mujeres y hombres Diabéticos respectivamente, en esta categoría, podemos decir que las mujeres mantienen un porcentaje siempre más bajo que los hombres independiente de la enfermedad que los afecte, lo que quiere decir que si bien las mujeres, según las estadísticas nacionales, superan en número a los hombres, ya que ocupan el 58.19% de la población total de Adultos Mayores y su expectativa

de vida es mayor en seis años, se encuentran más expuestas a llegar a estados de mayor deterioro orgánico y funcional debido a las patologías crónicas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus que las afectan, ambos sexos están igualmente en riesgo de ver afectada su Calidad de Vida y por lo tanto requieren del mismo enfoque de riesgo en los Controles de salud.

- La Calidad de Vida en los adultos Mayores ,se ve afectada mientras más años tienen de evolución de la enfermedad, ya que en ambos grupos la categoría de “Muy Buena” Calidad de Vida va disminuyendo paulatinamente a medida que aumentan los años de Evolución de la Enfermedad crónica, teniendo los Hipertensos un 38.71% de “Muy Buena” Calidad de vida en personas con 1 a 5 años y de 6.5 % en personas con mas de 25 años de evolución de su enfermedad y para los Diabéticos un 70% de “Muy Buena” Calidad de Vida en personas con 1 a 5 años y de 30 % en personas con 6 a 10 años de evolución de su enfermedad, por lo que es muy importante realizar durante los controles de salud, anamnesis dirigidas a detectar precozmente signos y síntomas de las alteraciones orgánico-funcionales que producen ambas patologías crónicas.

**Del análisis por dimensiones del PECVEC, se extraen las siguientes conclusiones:**

- Los Adultos Mayores Hipertensos pudieron cumplir mejor las exigencias de su trabajo o de sus tareas (Ítem C2) que los Adultos Mayores Diabéticos. Esto podría deberse a las Micro y Macropatías Diabéticas, como por ejemplo la Retinopatía y la Enfermedad Vascular Periférica. La detección precoz de estas alteraciones es responsabilidad del Profesional de Enfermería durante la realización de los Controles de Salud.
- Casi la mitad de los Adultos Mayores de ambos grupos ,no ha podido realizar trabajo físico intenso durante los últimos 7 días (Ítem C3), lo cual constituye un factor de riesgo importante en el deterioro de la Calidad de Vida para estos Adultos Mayores y por lo tanto debe ser considerado en los controles de salud por la Enfermera(o), siendo potenciado, además por la topografía de los cerros de Valparaíso donde mayoritariamente viven.

- Los Adultos Mayores Hipertensos presentan mejor ánimo (63%) que los Adultos Mayores Diabéticos (36%) en la categoría “Bien”, en cuanto a si ¿Han podido disfrutar o alegrarse por algo?, durante los últimos 7 días (Ítem C12). Esto podría deberse a que los Adultos Mayores Diabéticos ven afectado su estado de ánimo por los niveles de glicemia, ya que su variación los vuelve irritables.
- Un mayor porcentaje (42 %) de Adultos Mayores Hipertensos pudo hacer algo para luchar para que se cumplan sus deseos o necesidades (Ítem C19), en la categoría “Bien”, versus un 39% de Adultos Mayores Diabéticos. Asimismo en el Ítem C20 los Adultos Mayores Hipertensos en la Categoría “Bien”, en un 53% pudieron hacer algo para sentirse mejor, contra un 40% de Adultos Mayores Diabéticos. Ambas situaciones de diferencia, se pueden explicar por que los Adultos Mayores Diabéticos se ven afectados negativamente por su estado de ánimo, volviéndose malhumorados y pesimistas, debido a que deben cambiar varias conductas, entre ellas el hábito alimenticio. Esto puede generar en ellos, alargar la etapa de negación de la enfermedad, y por ende, ciertos conflictos entre lo que desean y necesitan.
- El 67% de los Adultos Mayores de la muestra total, se han sentido Atentos y concentrados durante la última semana (Ítem C23), observándose una diferencia entre los Adultos Mayores Hipertensos y Diabéticos de un 8%, favorable para los Hipertensos. Esta leve tendencia negativa de los Adultos Mayores Diabéticos, podría deberse a que estos se ven más afectados, psicoemocionalmente por el deterioro de su funcionalidad, que los Hipertensos, ya que la Diabetes Mellitus es una patología de deterioro más lento y progresivo que la Hipertensión arterial, afectando más el estado de ánimo de las personas, y provocando en ellas estados de irritabilidad que dificultan su capacidad para mantenerse atentos y concentrados en las actividades que realiza.
- Un 82% de los Adultos Mayores, se han sentido activos y llenos de energía durante la última semana (Ítem C28), lo que se contrapone a lo que podríamos haber esperado, ya que al ser Adulto Mayor con patologías crónicas, con una serie de alteraciones biopsicosociales y por lo tanto una mayor dependencia y pérdida de funcionalidad, podría haberlos influenciado negativamente en la

apreciación de su actividad y energía.

- Un 37% Adultos Mayores Diabéticos que se sintieron más tristes y deprimidos en los últimos 7 días (Ítem C22), esto puede deberse, entre otras cosas, a que la muestra está compuesta principalmente por Adultos Mayores jubilados, que hasta hace poco eran productivos.
- El factor económico, expresado en cantidad en pesos que recibe mensualmente afecta directa o indirectamente a la calidad de vida. En la muestra existe un 47% de Adultos Mayores que reciben un ingreso de entre nada y \$75.000 mensuales, también se pueden mencionar las dificultades estructurales que les impiden salir de sus hogares fácilmente, ya que muchos de ellos viven en quebradas y cerros de Valparaíso. Todo esto constituye un riesgo de deterioro en Calidad de Vida de estos Adultos Mayores, ya que estos factores provocan generalmente que se depriman y entristezcan.
- La mitad de los Adultos Mayores, tanto Hipertensos como Diabéticos, se han sentido tensos y nerviosos durante los últimos 7 días (Ítem C24), lo cual podría deberse a que en esta etapa los Adultos Mayores en general se preocupan más de sus ingresos, aún más en esta muestra en que el 85% de ellos recibían un ingreso igual o menor al sueldo mínimo mensual, esto sumado a la desocupación, les produciría una mayor ansiedad y preocupación, lo que es potenciado por pérdidas personales y físicas, que los llevan a mantenerse tensos y preocupados por ellos y por las personas que los rodean.
- Casi la mitad de los Adultos Mayores, tanto Hipertensos como Diabéticos, se han sentido enojados e irritados durante la última semana (Ítem C31), esto se debe considerar, ya que puede ser un factor de riesgo en el deterioro de la Calidad de vida de los Adultos Mayores, pues en los Hipertensos el enojarse y/o sentirse irritados le aumenta las cifras de presión arterial, pudiendo provocar descompensación de su patología y consecuencias gravísimas como los Accidentes Cerebrovasculares y los Infartos Agudos al Miocardio, mientras que para los Diabéticos el estar enojados y/o irritados provoca aumento de los

niveles de glicemia en el organismo, y éste a su vez los vuelve mas irritables, constituyéndose en un círculo vicioso, que puede provocar finalmente una descompensación de su patología crónica.

- Los Adultos Mayores Diabéticos en un mayor porcentaje que los Adultos Mayores Hipertensos, se han sentido en alguna medida, rechazados por los demás (Ítem C38), esto puede deberse a las alteraciones del ánimo que sufren, provocando un alejamiento de las personas que los rodean.
- Los Adultos Mayores Hipertensos han tenido la sensación de ser comprendido y tomado en cuenta (Ítem C39) mejor que los Adultos Mayores Diabéticos. Sin embargo, ambos grupos de Adultos Mayores, obtuvieron altos porcentajes en las respuestas “Muy Bien” y “Bien”, esto es favorable, ya que les da la posibilidad de contar con otras personas y así mantener una red de apoyo que les ayude a satisfacer sus necesidades.
- Es esencial mencionar que el presente estudio sirve para que las enfermeras de cada sector del Centro de Salud Jean Marie Thierry, conozcan el porcentaje de Adultos Mayores que tienen Regular Calidad de Vida, con el fin de brindar una atención oportuna, apuntando a mejorar la Calidad de Vida en la Dimensión que corresponda para evitar que los Adultos Mayores lleguen a obtener Mala Calidad de Vida..
- Finalmente podemos decir que, si bien, se aprecian diferencias en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Diabéticos con respecto a los Hipertensos, en las dimensiones de *Ánimo negativo* y sobre todo *Función psicológica*, la Calidad de Vida entre ellos en general no varía, ya que en ambos grupos es "Buena", esto se debe a que el Instrumento PECVEC en las condiciones en que fue aplicado nos permite sólo hacer un análisis de forma general y no más detallado de estas diferencias. Es por todo esto que concluimos que es necesaria la medición sistemática periódica de la Calidad de Vida, ya que además de ayudarnos a valorar en que situación están los Adultos Mayores pertenecientes al Centro de Salud, y de realizar un seguimiento de su Calidad de vida, nos da la oportunidad

de establecer estrategias para mantenerla y por sobre todo mejorarla, así como también para ayudar a los Adultos Mayores en sus decisiones en salud, como por ejemplo, el tratamiento a elegir y los mejores cuidados que se pueden otorgar. Esto se podría lograr con Profesionales de Enfermería que cuenten con el valor, motivación e inteligencia necesaria para actuar como defensores de los usuarios en el mantenimiento y mejora continua de la Calidad de Vida.

## SUGERENCIAS

1. Realizar un seguimiento de los 216 Adultos Mayores que fueron encuestados para el presente estudio para evolucionar su Calidad de Vida en el tiempo y con ello planificar e implementar intervenciones de enfermería tendientes a mantener y/o mejorar dicha Calidad de Vida. También aplicar el Instrumento PECVEC a los Adultos Mayores postrados o “Cautivos”, que no fueron parte de este estudio.
2. Realizar estudios sobre Calidad de Vida relacionada con Salud en personas con otras patologías crónicas, de acuerdo a la realidad de la población que se atiende en el Centro de Salud. De acuerdo a la realidad observada proponemos que se realice en personas con Epilepsia, EPOC, Asma bronquial y OH crónico.
3. Buscar estrategias y realizar actividades de ayuda para los grupos que se encuentren con una “mala” y “regular” Calidad de Vida, apuntando a satisfacer sus necesidades más desprovistas.
4. Hacer un seguimiento a las personas que se encuentran descompensadas, ya que son derivadas al Consultorio de Especialidades, y por lo tanto no fueron parte de este estudio.
5. Realizar este estudio de Calidad de Vida relacionada con Salud en los Adultos Mayores que se encuentran postrados en sus domicilios o en calidad de cautivos por las condiciones geográficas de su lugar de residencia, que pertenezcan por área geográfica a algún sector del consultorio y que por tales razones no pueden asistir a los controles de salud.
6. Evaluar y evolucionar la Calidad de Vida relacionada con Salud a través de la aplicación del instrumento PECVEC en cada uno de los sectores del consultorio, una vez cada 6 meses a una muestra no menor de 23 Adultos Mayores por cada sector. Con una muestra de 92 Adultos Mayores se asegura un porcentaje de error estadístico del 0.010%, lo cual constituye un requisito base para que tenga valor éste instrumento.

7. Incluir la aplicación del instrumento PECVEC dentro de los compromisos de gestión o metas del Centro de salud Jean Et Marie Thierry, siendo con ello el primer Centro de Salud en abrirse al estudio de ésta área tan importante como es la Calidad de Vida. De no ser posible lo anterior proponemos la idea de crear un cuestionario (PECVEC abreviado) en base a las preguntas mas representativas de la Calidad de Vida para cada ítem del PECVEC, para ser aplicado de forma sistemática en el seguimiento del estado de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Centro de Salud Jean et Marie Thierry. O es su defecto, incluir algunas de éstas preguntas en el ya instaurado instrumento ESFAM.

8. Formar a los profesionales de los distintos sectores del Centro de Salud en la aplicación del instrumento PECVEC, a fin de uniformar criterios para su aplicación. Además dicha educación les permitirá incorporar el concepto de Calidad de Vida en cada una de las atenciones de salud que otorguen a los usuarios.

9. Creación al interior del Centro de salud de un comité que se encargue de las evaluaciones periódicas que se hagan sobre esta materia. Cuya utilidad principal será la mantención de registros estadísticos de los distintos usuarios del Centro de Salud en cuanto a su Calidad de Vida, y la creación de estrategias para implementar en el Centro de Salud, tendientes a mantener y/o elevar la Calidad de Vida. Para ello resultaría esencial la participación de todos y cada uno de los profesionales que trabajen en el Centro de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

### TEXTOS:

- ATCHLEY, R.C. Teoría de la Continuidad del Envejecimiento Normal, Mosby 1989, pp 183 – 190.
- BURKE, Mary t “et al”. Enfermería Gerontológico, Teoría del Envejecimiento 2º ed España, Harcourt Brace 1998, pp 77 - 92
- COHLER, B.J. Relato Personal y el curso de la vida, New York: Brim 1982 pp 145 - 151
- CUMMING, E “et al” El Proceso del Envejecimiento, New York: ed. Basic Books 1961 pp 844 - 851
- ERICKSON, E.H. Infancia y Sociedad, II ed. New York: ed. WW Norton 1963, pp 564 – 572
- HAVIGHURST, R. Tareas del Desarrollo y Educación, New york: ed. David Mckay 1972, pp 20 - 23
- JOHNSON, Bárbara. Enfermera Psiquiatrica y Salud Mental, IV ed. España: Mc Graw Hill 2000, pp 482 – 492
- LONG, Bárbara C., PHIPPS, Wilma j., “et al”. Enfermería Medicoquirurgica. 3a. ed. España: Harcout 1997, 49 p.
- MARRINER, T. Modelos y Teorías en Enfermería, V ed. España: Mosby 2003, pp 99 - 108
- POLIT, Dense., HUNGLER, Bernardette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. España: Mc Graw-Hill 2000.

### MANUALES:

- VEGA, Terasa, VILALOBOS, Alicia. "Manual de Autocuidado del Adulto Mayor". Ed Chile: MINISTERIO DE SALUD 1997, 19, pp 125 y 126.
- MANUAL CONSEJO DIRECTIVO FUNDACIÓN DEL EMPRESARIO CHIHUAHUANENSE, A.C, Adulto Mayor una nueva etapa de vida; Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada, capítulo 3

- MANUAL DE APLICACIÓN DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA DETECCIÓN DE RIESGO DE PERDIDA DE FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR, Proyecto Fondef, Julio 2003.

SITIOS WEB:

- ADULTO MAYOR, Una nueva etapa de vida: Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada. [en línea] <[http://www.fundacion.org.mx/pdf/guia\\_adulto\\_mayor\\_una\\_nueva\\_etapa\\_de\\_vida.pdf](http://www.fundacion.org.mx/pdf/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf)> [Consulta 1 de Julio de 2005]
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, Chile. Censo de Población y Vivienda 2002 [en línea] <<http://www.ine.cl>> [consulta 24 de Mayo de 2006]
- INE. Envejecimiento en Chile [en línea] <<http://www.ine.cl>> [Consulta: 16 de Mayo de 2005]
- MASLOW, Abraham. Jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow [en línea] <<http://www.gestiopolis.com/canales/gerencia/articulos/18/jerarquía.htm>> [Consulta: 13 de Julio de 2005]
- MINSAL, Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2 [en línea] <[http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/GCDiabetesMellitustipoIIR\\_Mayo10.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/GCDiabetesMellitustipoIIR_Mayo10.pdf)> [consulta 18 de Mayo de 2006]
- MINSAL, Guía Clínica Orientaciones generales para la entrega y monitoreo de ayudas técnicas básicas al adulto [en línea] <[http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/ayudas\\_tecnicas\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/ayudas_tecnicas_adulto_mayor.pdf)> [consulta a 18 de Mayo de 2006]
- MINSAL, Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más [en línea] <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/HipertensionArterial.pdf>> [consulta 18 de Mayo de 2006]
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, Instituto Nacional de Estadísticas Chile 2000, Primera encuesta nacional de calidad de vida y salud [en línea] <<http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>> [consulta 15 de Mayo de 2006]
- PROGRAMA TEÓRICO DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Curso 2005-2006: Cuidados para la salud, [Necesidades Básicas en el anciano](#) (Modelo Virginia

Henderson). [en línea] <<http://web.usal.es/~acardoso/temas/necesidades.htm> > [Consulta 24 de Noviembre de 2005]

- Psicología del envejecimiento. Teoría del envejecimiento [en línea] <<http://biblioteca.uandes.cl/documentos/Desplegar/tesis.asp?nombre=Ci/www/biblioteca/documentos/Bzegers.xml> > [consulta 23 de Mayo de 2005]
- Teoría de Virginia Henderson [en línea] <<http://www.enfermeria.21.com/histamelas/monografia/virginia.doc> > [Consulta: 13 de Julio de 2005]
- ZEGERS, Beatriz. Teoría del envejecimiento Psicológico [en línea] <<http://biblioteca.uandes.cl/documentos/Desplegar/tesis.asp?nombre=C/www/biblioteca/documentos/Bzegers.xml> > [consulta 23 de Mayo de 2005]

#### PUBLICACIONES:

- Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer, M, Cueto-Espinat: A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión Española del perfil de la Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC). Med Clín (Barc) 1997; 109:245-250.
- Fernández-López JA, Rancaño García I, Hernández-Mejía R. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de la Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. Psicotema 1999; 11:293-303.
- Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectivas subjetivas de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa. MH salud 2004; 1659-097X.
- Herdman M. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. Gac Saint. 2005;19 (2):91-92.
- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública 1997. 71: 177-137
- Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Siegrist J. El Perfil de la Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Aten Primaria 2001; 28 (10):680-689.

- De Los Rios-Castillos J, Sanchez-Sosa J, Barrios-Santiago P, Guerrero-Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 109-116
- Gomez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica. Instituto Universitario de la Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74.

#### OTROS:

- Hall, Joanne E., Readding, Barbara. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistema. España Organización Panamericana de la Salud 1990.
- Declaración de Alma Ata de 1978, salud para todos, párrafo III
- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Salud para todos año 2000. Párrafo: Desarrollo de las Aptitudes Personales. Noviembre 1986.
- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Salud para todos año 2000. Párrafo: Reorientación de los Servicios Sanitarios. Noviembre 1986.
- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Salud para todos año 2000. Párrafo: Desarrollar el Concepto. Noviembre 1986.
- Carta de Bangkok para la promoción de la Salud en el Mundo Globalizado. Sexta Conferencia Internacional sobre Planeación de la Salud. Agosto 2005.
- Montenegro Lorena G., Ramirez Laura J., Ramirez Cindy T., Universidad de Costa Rica, Facultad de ciencias sociales, Escuela de trabajo social, Trabajo final de graduación Modalidad practica dirigida: " Modelo de aplicación de la inteligencia emocional: una opción para mejorar la calidad de vida de las ciudadanas de oro en la sucursal urbana de desamparados", año 2001.

**ANEXO N° 1**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy informado/a que alumnas de IV de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, están efectuando un estudio de “Calidad de vida” del adulto mayor en el Centro de Salud Jean Et Marie Thierry.

Acepto ser entrevistado/a para dar respuesta al instrumento “Calidad de vida relacionado con salud” (CVRS).

Estoy informado/a que todo lo conversado se mantendrá en estricta confidencialidad. Se que tengo el derecho a negarme a contestar algunas preguntas y que puedo retirar mi participación en cualquier momento que yo lo desee.

Si tengo alguna duda o preocupación me contactaré con la enfermera encargada del sector en el cual me atiendo normalmente.

En total conocimiento, otorgo mi acuerdo para:

1. Ser entrevistado/a sobre mi decisión.
2. Permitir que la información obtenida (sin mi nombre) será compartida para fines educacionales y de investigación.

**ANEXO N° 2**



**DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos, (PECVEC).

El PECVEC es un cuestionario que puede ser autoadministrado o aplicado mediante entrevista.

Este cuestionario consta de 40 ítems que abarcan tanto aspectos físicos, psíquicos como sociales y que están orientados a medir la Calidad de vida en relación a Salud en base a sus 6 dimensiones:

**I. Capacidad Física** (8 ítems). Capacidad de rendimiento corporal e intelectual.

**II. Función Psicológica** (8 ítems). Capacidad de disfrute y relajación.

**III. Estado de Animo Positivo** (5 ítems). Comprende la atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

**IV. Estado de Animo Negativo** (8 ítems). Se refiere a tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc.

(La suma de las escalas III y IV constituyen lo que entendemos por Bienestar Psicológico)

**V. Funcionamiento Social** (6 ítems). Capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas

**VI. Bienestar Social** (5 ítems). Apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad.

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien	Bien
0	1	2	3	4	

En cuanto al formato de las preguntas, se presentan como se muestra a continuación:

Ejemplo: **¿Durante la última semana, cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?**

Si no se indica lo contrario, las respuestas se referirán SIEMPRE A LOS ULTIMOS 7 DIAS.

El tiempo de realización corresponde a aproximadamente unos **10-15 minutos**.

Nuevos datos incorporados por alumnos testistas.

**Ficha de Adulto Mayor crónico para medición de calidad de vida**

**Edad**

65 – 69 años		70 – 74 años		75 – 79 años		80 – 84 años		85 – 89 años		90 y más años	
-----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	------------------	--

**Cuál fue la enfermedad por la cual inició el control de crónico**

HTA		DM	
-----	--	----	--

**Sector:**

1	2	3	4
---	---	---	---

**Sexo**

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

**Ocupación**

Jubilado		Con trabajo estable		Con trabajo esporádico	
Independiente		Dueña de casa		Sin ocupación	

**Tipo de pensión**

Jubilación		P.de gracia		P. de Invalidez		P. de viudez		Sin pensión	
------------	--	-------------	--	-----------------	--	--------------	--	-------------	--

**Cuánto dinero recibe mensualmente**

Nada		Menos de \$ 35.000		\$ 36.000-75.000	
\$ 76.000 –128.000		\$ 129.000-200.000		Mas de \$ 200.000	

**Hace cuántos años se le diagnosticó la enfermedad crónica de inicio**

Menos de 1 año.		1-5 años		6 – 10 años		11 – 15 años	
16 – 20 años		21 – 25 años		Más de 25 años			

**N° de Fármacos diferentes que esta consumiendo en este momento**

No consume medicamentos		De 1 a 4 medicamentos		De 5 a 7 medicamentos		De 8 a 10 medicamentos		+ de 10 medicamentos	
----------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	---------------------------	--	-------------------------	--

**Ha asistido a los últimos 3 controles**

Sí		No	
----	--	----	--

**Consumo PACAM?**

Sí		No	
----	--	----	--

**Toma medicamentos para dormir?**

Sí		No	
----	--	----	--

<b>ITEM (Durante la última semana)</b>	<b>Nada en absoluto</b>	<b>Un poco o malamente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bien o Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
C1. ¿En que medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad cuando sube cerros o escaleras?	4	3	2	1	0
C2. ¿Cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de las tareas del hogar?	0	1	2	3	4
C3. ¿Cómo pudo realizar trabajo físico intenso, cuando debió realizar una fuerza extrema?	0	1	2	3	4
C4. ¿Cómo pudo mantener la concentración durante todo el día?	0	1	2	3	4
C5. ¿Cómo pudo resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?	0	1	2	3	4
C6. ¿Cómo pudo dedicarse a sus entretenimientos, actividades preferidas y pasatiempos.	0	1	2	3	4
C7. ¿Cómo pudo animarse para hacer cosas?	0	1	2	3	4
C8. ¿Cómo pudo desconectarse y relajarse?	0	1	2	3	4
C9. ¿Cómo pudo olvidarse de sus preocupaciones y miedos?	0	1	2	3	4
C10. ¿Cómo se ha alimentado?	0	1	2	3	4
C11. ¿Cómo pudo dormir por la noche?	0	1	2	3	4
C12. ¿Cómo pudo disfrutar con algo o alegrarse por algo?	0	1	2	3	4
C13. ¿Cómo pudo interesarse por algo?	0	1	2	3	4
C14. ¿Cómo pudo mantener contacto con amigos o conocidos?	0	1	2	3	4
C15. ¿Cómo pudo ayudar y/o dar ánimo a los demás?	0	1	2	3	4
C16. ¿Cómo pudo contar a otros lo que le preocupa?	0	1	2	3	4
C17. ¿Cómo pudo interesarse por las preocupaciones de los demás?	0	1	2	3	4
C18. ¿Cómo pudo hacer algo con otras personas? (jugar cartas, bailar, centro de madres, etc.)	0	1	2	3	4
C19. ¿Cómo pudo luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?	0	1	2	3	4
C20. ¿Cómo pudo hacer algo para sentirse mejor?	0	1	2	3	4
C21. ¿Cómo pudo soportar las decepciones y problemas de la vida diaria?	0	1	2	3	4
C22. ¿En qué medida se ha sentido triste y deprimido?	4	3	2	1	0
C23. ¿En qué medida se ha sentido atento y concentrado?	0	1	2	3	4

C24. ¿En qué medida se ha sentido tenso y nervioso?	4	3	2	1	0
C25. ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?	0	1	2	3	4
C26. ¿En qué medida se ha sentido apático o indiferente?	4	3	2	1	0
C27. ¿En qué medida se ha sentido preocupado e intranquilo?	4	3	2	1	0
C28. ¿En qué medida se ha sentido activo y lleno de energía?	0	1	2	3	4
C29. ¿En qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?	0	1	2	3	4
C30. ¿En qué medida se ha sentido cansado y débil?	4	3	2	1	0
C31. ¿En qué medida se ha sentido enojado e irritado?	4	3	2	1	0
C32. ¿En qué medida se ha sentido asustado y amenazado?	4	3	2	1	0
C33. ¿En qué medida se ha sentido sin esperanza?	4	3	2	1	0
C34. ¿En qué medida se ha sentido optimista?	0	1	2	3	4
C35. ¿En qué medida se ha sentido solo, incluso en compañía de otros?	4	3	2	1	0
C36. ¿En qué medida ha estado en contacto con una persona de su confianza?	0	1	2	3	4
C37. ¿Se siente conforme y que pertenece a su familia y a su círculo de amigos?	0	1	2	3	4
C38. ¿En qué medida ha tenido la sensación de ser rechazado por los demás?	4	3	2	1	0
C39. ¿En qué medida ha tenido la sensación de ser comprendido y tomado en cuenta?	0	1	2	3	4
C40. ¿En qué medida ha tenido la sensación de que se cansa físicamente, rápido?	4	3	2	1	0

**Índice de Barthel Modificado**  
**Medición de las Actividades de la Vida diaria**

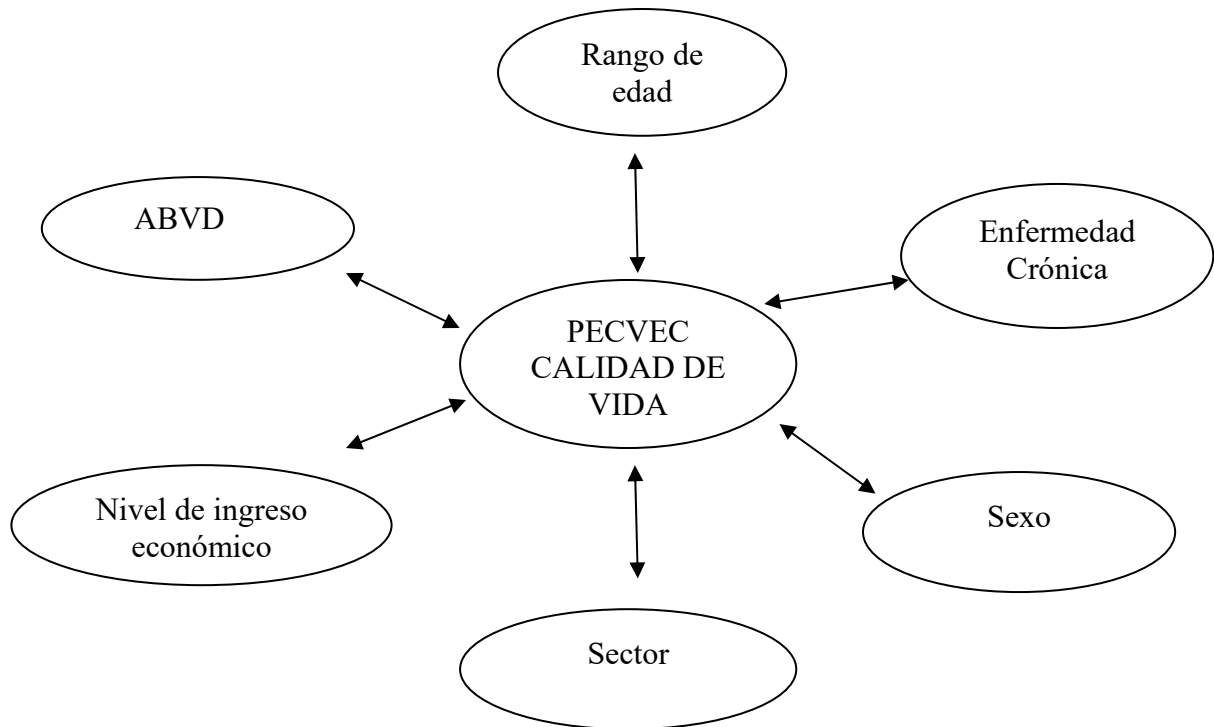
Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	<b>10</b>
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	<b>10</b>
	- Necesita ayuda	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	<b>10</b>
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia,	<b>5</b>
	- Incontinencia	<b>0</b>
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal.	<b>10</b>
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia,	<b>5</b>
	- Incontinencia	<b>0</b>
Ir al baño	- Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa...	<b>10</b>
	- Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	<b>15</b>
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	<b>10</b>
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	<b>15</b>
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	<b>10</b>
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>1</b>
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	<b>10</b>
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	<b>5</b>
	- Dependiente	<b>0</b>
Total:		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas).

Resultado y grado de dependencia	
<20	Dependiente
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

ANEXO N° 3

Modelo de calidad de vida realizado por alumnas tesistas que sustenta la investigación:



ANEXO N° 4

Prueba T de Student CVRS de HTA y DM

Estadísticas de Grupo

Dimensiones PECVEC	Enfermedad Crónica diagnosticada	N°	Media	Desviación tip.	Error tip. De la media
CAPACIDAD FISICA	Hipertensión	169	2,2618	0,68292	0,05253
	Diabetes	47	2,2819	0,83221	0,12139
FUNCION PSICOLOGICA	Hipertensión	169	2,4948	0,50137	0,03857
	Diabetes	47	2,5319	0,69032	0,10069
ANIMO POSITIVO	Hipertensión	169	2,5243	0,74702	0,05756
	Diabetes	47	2,4638	0,82894	0,12091
ANIMO NEGATIVO	Hipertensión	169	2,5584	0,79608	0,06124
	Diabetes	47	2,391	0,79895	0,11654
FUNCION SOCIAL	Hipertensión	169	2,3994	0,76942	0,05919
	Diabetes	47	2,2943	0,88956	0,12976
BIENESTAR SOCIAL	Hipertensión	169	2,8781	0,76846	0,05911
	Diabetes	47	2,8468	0,75090	0,10953

ANEXO N° 5

Prueba de igualdades de la muestra para ver significancia estadística de la muestra en  
CVRS de HTA y DM

P. de igualdades  Dimensiones PECVEC		Prueba de Levene para la igualdad de Varianza		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral )	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% intervalo de confianza para diferencia	
									Inferior	Superior
CAPACIDAD FISICA	Se han asumido Varianzas iguales	4,801	0,030	-0,170	214	0,865	-0,02008	0,11834	-0,25335	0,21318
	No se han asumido Varianzas iguales			-0,152	64,226	0,880	-0,02008	0,13227	-0,28430	0,22414
FUNCION PSICOLOGICA	Se han asumido Varianzas iguales	6,805	0,010	-0,411	214	0,682	-0,03709	0,09029	-0,21506	0,14087
	No se han asumido Varianzas iguales			-0,344	64,226	0,732	-0,03709	0,10783	-0,25277	0,17858
ANIMO POSITIVO	Se han asumido Varianzas iguales	2,386	0,124	0,479	214	0,633	0,06043	0,12621	-0,18835	0,30921
	No se han asumido Varianzas iguales			0,451	64,226	0,653	0,06043	0,13387	-0,20670	0,32756
ANIMO NEGATIVO	Se han asumido Varianzas iguales	0,236	0,628	1,275	214	0,204	0,16747	0,13138	-0,09149	0,42644
	No se han asumido Varianzas iguales			1,272	64,226	0,207	0,16747	0,13165	-0,09488	0,42983
FUNCION SOCIAL	Se han asumido Varianzas iguales	1,329	0,250	0,800	214	0,425	0,10508	0,13139	-0,15391	0,36407
	No se han asumido Varianzas iguales			0,737	64,226	0,464	0,10508	0,14262	-0,17963	0,38980
BIENESTAR SOCIAL	Se han asumido Varianzas iguales	0,149	0,700	0,248	214	0,803	0,03130	0,12611	-0,21727	0,27987
	No se han asumido Varianzas iguales			0,251	64,226	0,802	0,03130	0,12446	-0,21665	0,27924

ANEXO N° 6

**TABLA N° 13: Tablas resumen con las diferencias significativas encontradas en el instrumento PECVEC al comparar el grupo HTA con DM, utilizando test chi-cuadrado  $\chi^2$**

Dimensión N° 1: “Capacidad física”			Dimensión N° 2: “Función Psicológica”		
Ítems	Valor p	Decisión asociada	Ítems	Valor p	Decisión asociada
C1	0.875	No hay diferencia	C8	0.064	No hay diferencia
<b>C2</b>	<b>0.036</b>	<b>Hay diferencia</b>	C9	0.453	No hay diferencia
<b>C3</b>	<b>0.036</b>	<b>Hay diferencia</b>	C10	0.354	No hay diferencia
C4	0.524	No hay diferencia	C11	0.446	No hay diferencia
C5	0.83	No hay diferencia	<b>C12</b>	<b>0.024</b>	<b>Hay diferencia</b>
C6	0.241	No hay diferencia	<b>C19</b>	<b>0.033</b>	<b>Hay diferencia</b>
C7	0.223	No hay diferencia	<b>C20</b>	<b>0.008</b>	<b>Hay diferencia</b>
C40	0.957	No hay diferencia	C21	0.31	No hay diferencia

Dimensión N° 3: “Animo Positivo”			Dimensión N° 4: “Animo Negativo”		
Ítems	Valor p	Decisión asociada	Ítems	Valor p	Decisión asociada
C23	0.265	No hay diferencia	C22	0.064	No hay diferencia
C25	0.355	No hay diferencia	C24	0.453	No hay diferencia
C28	0.254	No hay diferencia	C26	0.354	No hay diferencia
C29	0.322	No hay diferencia	C27	0.446	No hay diferencia
C34	0.665	No hay diferencia	C30	0.024	No hay diferencia
			<b>C31</b>	<b>0.033</b>	<b>Hay diferencia</b>
			C32	0.008	No hay diferencia
			C33	0.31	No hay diferencia

Dimensión N° 5: “Función Social”			Dimensión N° 6: “Bienestar Social”		
Ítems	Valor p	Decisión asociada	Ítems	Valor p	Decisión asociada
C13	0.154	No hay diferencia	C35	0.93	No hay diferencia
C14	0.872	No hay diferencia	C36	0.753	No hay diferencia
C15	0.146	No hay diferencia	C37	0.142	No hay diferencia
C16	0.106	No hay diferencia	<b>C38</b>	<b>0.042</b>	<b>Hay diferencia</b>
C17	0.084	No hay diferencia	<b>C39</b>	<b>0.044</b>	<b>Hay diferencia</b>
C18	0.626	No hay diferencia			

### ANEXO N° 7

Lista de Adultos Mayores por sector, Patología, Cedula de Identidad, Per-cápita y edad,  
PECVEC e índice de Barthel:

Sector: 1

N° PECVEC	GRUPO	RUT	PC	SEC	EDAD	ITEM I	ITEM II	ITEM III	ITEM IV	ITEM V	ITEM VI	I: BARTEL
11	HTA	3624666-9	2204	1	70	MB	B	B	B	MB	B	Independiente
12	DM	000000-0	4461	1	71	B	B	B	B	B	MB	Leve
13	HTA	4143020-6	3200	1	69	B	MB	MB	MB	B	MB	Independiente
32	HTA	1351045-8	2215	1	82	R	R	B	R	R	B	Leve
43	HTA	3907132-0	232	1	71	B	B	B	B	B	B	Independiente
59	HTA	4476788-0	2109	1	69	B	B	MB	B	MB	B	Independiente
78	HTA	3985640-9	3692	1	67	R	R	R	R	B	MB	Independiente
79	DM	3112371-8	1837	1	78	MB	MB	MB	MB	R	MB	Leve
92	HTA	0000000-0	674	1	75	R	B	R	MB	B	MB	Independiente
96	DM	4567715-K	598	1	66	B	B	B	R	B	MB	Independiente
97	HTA	2549067-3	7771	1	77	B	B	B	B	B	MB	Leve
98	DM	4584901-5	1297	1	67	B	B	MB	B	B	B	Leve
102	HTA	3974844-4	3664	1	67	B	MB	B	B	B	MB	Independiente
103	HTA	4065896-3	6448	1	66	B	B	B	B	B	MB	Independiente
118	HTA	3586787-2	1088	1	74	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Independiente
119	HTA	3324434-7	581	1	77	B	R	MB	MB	MB	MB	Leve
131	HTA	3260214-2	1047	1	73	B	B	B	B	B	B	Independiente
133	HTA	2446252-8	6460	1	78	MB	B	MB	B	B	MB	Independiente
136	HTA	3857863-4	1494	1	69	B	B	B	MB	B	MB	Independiente
140	HTA	4281494-6	7867	1	71	B	B	B	MB	B	MB	Independiente
143	HTA	2732050-3	5438	1	79	B	B	MB	MB	B	B	Leve
144	HTA	2929596-4	13289	1	79	B	B	B	B	B	B	Leve
147	HTA	4931988-6	5616	1	71	R	R	B	B	B	B	Leve
156	HTA	1695586-8	2621	1	86	B	MB	B	MB	MB	MB	Leve
159	HTA	4031788-0	24	1	68	MB	B	B	B	MB	MB	Independiente
163	HTA	3726981-6	2821	1	70	R	B	R	R	R	R	Independiente
164	DM	4252527-8	3861	1	65	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Independiente
168	DM	4780414-0	2493	1	66	MB	B	MB	B	B	MB	Leve
170	HTA	3756602-0	4369	1	71	R	B	MB	B	MB	MB	Leve
179	HTA	3852640-5	6128	1	66	MB	MB	MB	MB	B	MB	Independiente
193	HTA	2736484-5	7907	1	74	B	B	B	MB	B	MB	Leve
199	HTA	3792893-2	2148	1	72	B	B	B	B	R	MB	Independiente
200	HTA	2883846-8	1362	1	81	R	B	B	B	R	R	Independiente
204	HTA	3852434-8	2416	1	69	B	R	B	B	R	B	Independiente
205	HTA	4264581-8	4175	1	72	B	B	B	MB	B	MB	Leve
213	DM	4973154-K	7869	1	67	R	B	B	B	R	MB	Leve

Sector: 2

N° PECVEC	GRUPO	RUT	PC	SEC	EDAD	ITEM I	ITEM II	ITEM III	ITEM IV	ITEM V	ITEM VI	I: BARTEL
6	HTA	5372710-7	7735	2	65	R	B	R	B	B	MB	Independiente
15	HTA	962606-9	806	2	84	R	R	B	R	B	B	Leve
23	DM	3348601-4	1190	2	74	R	B	R	R	B	B	Leve
45	HTA	4409680-3	1296	2	66	MB	B	B	B	B	MB	Independiente
52	HTA	2713413-9	1424	2	79	B	B	MB	B	R	MB	Independiente
53	HTA	2918372-4	7534	2	77	R	B	B	R	MB	MB	Independiente
56	HTA	0000000-0	365	2	83	R	B	B	MB	B	B	Independiente
66	HTA	2222334-8	7995	2	82	R	M	R	M	M	R	Leve
70	HTA	4409353-7	2163	2	93	R	R	R	R	B	R	Leve
71	HTA	3108721-K	2870	2	79	R	R	B	B	MB	B	Leve
73	HTA	4127949-4	5809	2	87	R	B	B	B	B	R	Leve
76	HTA	3890353-5	135	2	73	B	MB	MB	B	MB	MB	Leve
77	DM	2923012-9	2624	2	76	B	B	MB	MB	MB	MB	Leve
82	DM	4935237-9	372	2	68	B	R	R	MB	R	MB	Independiente
83	HTA	3394030-0	1651	2	68	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Leve
84	HTA	3279063-4	7963	2	87	R	B	B	R	B	R	Independiente
86	HTA	3179291-6	1950	2	73	MB	B	B	B	MB	B	Independiente
87	HTA	2891623-K	4549	2	75	B	B	B	B	B	MB	Leve
91	DM	1748631-4	4862	2	87	R	R	B	MB	R	B	Independiente
93	HTA	5014958-7	4653	2	65	R	R	R	R	M	R	Independiente
99	HTA	5423127-K	2960	2	67	MB	B	B	R	B	MB	Independiente
115	DM	3268541-2	5147	2	78	R	R	R	R	R	R	Independiente
121	DM	2139610-9	5429	2	76	B	R	R	R	M	M	Independiente
124	HTA	3184327-8	289	2	78	B	B	B	MB	R	B	Independiente
125	HTA	1628357-6	1201	2	81	B	B	MB	MB	B	B	Independiente
141	HTA	4979371-5	1880	2	68	R	B	B	B	B	MB	Independiente
142	HTA	4977006-5	632	2	67	R	B	B	MB	MB	MB	Leve
145	HTA	4898430-4	5427	2	66	B	R	M	R	M	MB	Leve
146	DM	2560818-6	2849	2	76	R	R	R	R	B	B	Leve
148	HTA	5610472-0	1452	2	80	R	R	R	B	B	B	Independiente
162	DM	4177692-7	1038	2	65	MB	MB	MB	B	B	B	Independiente
165	HTA	3621944-0	2088	2	70	MB	MB	B	R	B	M	Leve
180	HTA	4804617-7	2465	2	65	B	B	MB	MB	MB	MB	Independiente
186	HTA	4348033-2	4864	2	66	MB	B	MB	MB	B	B	Independiente
187	HTA	5091475-5	1218	2	65	B	B	MB	MB	B	MB	Independiente
190	HTA	4001549-3	5600	2	69	B	MB	B	MB	MB	MB	Independiente
194	HTA	3509123-8	463	2	76	MB	B	MB	B	B	MB	Independiente
196	HTA	4858045-5	713	2	72	B	B	B	B	B	M B	Independiente
197	HTA	3956091-7	1454	2	69	B	B	B	MB	B	MB	Independiente
198	HTA	4992364-3	4685	2	66	B	B	B	B	R	R	Leve
203	HTA	4404920-1	6321	2	84	R	B	MB	B	B	MB	Independiente
210	HTA	1454724-K	2112	2	80	R	B	MB	MB	R	B	Independiente

Sector 3:

N° PECVEC	GRUPO	RUT	PC	SEC	EDAD	ITEM I	ITEM II	ITEM III	ITEM IV	ITEM V	ITEM VI	I: BARTEL
1	DM	5361887-1	5687	3	65	R	R	B	B	R	B	Leve
5	HTA	4256557-1	6506	3	72	B	B	MB	B	B	B	Independiente
7	HTA	1739969-1	2165	3	79	R	R	R	MB	M	MB	Independiente
16	HTA	5182462-8	5334	3	73	M	R	M	R	R	R	Independiente
20	HTA	2195712-7	116	3	80	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Independiente
22	HTA	3364652-6	3828	3	70	MB	B	MB	MB	B	MB	Independiente
26	DM	3626031-9	2195	3	74	R	R	R	M	R	B	Independiente
29	HTA	4638617-5	405	3	71	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Independiente
31	HTA	3935771-2	2805	3	66	MB	MB	B	B	B	B	Independiente
36	HTA	4205567-0	6858	3	66	MB	B	MB	MB	MB	MB	Independiente
38	HTA	4264606-7	527	3	71	B	B	MB	MB	MB	MB	Independiente
42	HTA	5468497-4	6243	3	86	R	B	M	M	M	B	Independiente
46	HTA	3130559-4	1891	3	81	B	R	B	MB	R	M	Independiente
47	HTA	3277002-3	5786	3	70	R	R	B	B	B	B	Leve
48	HTA	4050279-3	3239	3	66	R	B	R	B	R	B	Leve
50	HTA	3021926-0	2192	3	72	R	B	B	B	R	MB	Independiente
57	HTA	4864344-2	2973	3	70	R	R	R	B	R	B	Leve
60	HTA	4679502-4	1494	3	67	B	B	B	B	B	MB	Independiente
61	DM	5914815-K	2641	3	77	R	R	B	R	B	B	Leve
63	HTA	1594788-8	6308	3	83	B	R	B	B	B	B	Leve
67	DM	3547367-K	5293	3	78	R	B	B	B	B	B	Leve
68	HTA	1255354-4	813	3	77	B	B	B	MB	B	B	Leve
69	HTA	1303454-0	3477	3	75	B	B	B	B	B	R	Independiente
74	HTA	3381517-4	647	3	81	B	B	B	MB	MB	B	Leve
75	HTA	3028133-0	1667	3	70	B	R	R	B	B	B	Leve
88	HTA	5004323-1	5118	3	66	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Leve
90	DM	3701315-3	4856	3	69	B	B	B	B	B	MB	Independiente
94	HTA	3102172-3	5604	3	75	R	R	R	B	R	B	Independiente
101	HTA	653533-K	7264	3	89	B	MB	B	B	B	B	Independencia
105	DM	3301245-4	5131	3	77	B	B	B	R	B	B	Independiente
107	DM	5155069-2	6446	3	67	B	B	MB	B	MB	MB	Independiente
109	HTA	2707999-7	5094	3	79	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Leve
112	HTA	3580496-K	5559	3	70	MB	MB	MB	B	MB	MB	Independiente
114	HTA	6096733-4	2996	3	72	B	B	B	MB	B	MB	Leve
126	HTA	3456578-3	2474	3	72	B	B	MB	MB	M	MB	Independiente
127	HTA	3214551-5	1494	3	74	B	R	R	R	B	MB	Independiente
128	HTA	2571638-8	6858	3	88	B	MB	B	MB	B	MB	Leve
130	HTA	1377934-1	1821	3	84	B	B	B	MB	MB	B	Leve
138	HTA	0000000-0	6922	3	70	M	R	M	B	R	M	Leve
150	HTA	3573719-7	74	3	74	R	R	B	MB	B	R	Leve
151	DM	4121679-4	7502	3	67	R	M	B	R	B	M	Leve
152	DM	3273906-3	4118	3	75	R	R	B	R	R	R	Independiente
153	HTA	3083587-5	1632	3	70	B	B	B	B	B	B	Leve
154	DM	2779525-0	702	3	75	R	R	R	B	R	B	Leve
155	DM	3450720-1	7799	3	72	B	B	B	B	MB	B	Leve
157	DM	5172369-4	3720	3	66	R	B	B	B	B	B	Independiente
158	HTA	3347277-1	3725	3	85	R	B	R	R	B	B	Leve
166	HTA	3581843-K	375	3	70	B	MB	MB	R	MB	B	Independiente
167	HTA	3277707-4	1219	3	74	B	B	MB	R	MB	MB	Independiente

171	HTA	3085315-6	4382	3	73	R	B	B	B	MB	MB	Independiente
172	HTA	3769408-8	6866	3	69	R	B	R	R	MB	MB	Leve
174	HTA	3135929-5	113	3	74	B	B	B	B	B	MB	Independiente
175	DM	2577809-K	5024	3	76	B	B	MB	MB	MB	MB	Independiente
181	DM	2947042-1	7060	3	76	R	R	R	M	B	MB	Independiente
189	HTA	3520329-K	1980	3	77	B	B	MB	MB	MB	B	Leve
202	HTA	5616448-0	1326	3	65	B	B	B	B	R	B	Independiente
207	HTA	9.029287-0	4713	3	68	B	MB	B	B	B	B	Leve
208	DM	3320730-1	6539	3	71	R	B	B	R	R	R	Independiente
211	HTA	3136546-5	6045	3	74	B	B	MB	MB	R	MB	Independiente
212	DM	3051590-0	1817	3	77	R	MB	B	MB	B	MB	Leve
215	DM	4199848-4	7565	3	67	MB	MB	MB	MB	MB	MB	Independiente

Sector 4:

Nº PECVEC	GRUPO	RUT	PC	SEC	EDAD	ITEM I	ITEM II	ITEM III	ITEM IV	ITEM V	ITEM VI	I: BARTEL
2	HTA	3456586-4	6095	4	69	B	MB	MB	B	MB	MB	Leve
3	DM	3957438-1	43	4	75	MB	MB	MB	B	B	B	Independiente
4	HTA	4380836-2	5	4	79	MB	MB	MB	MB	R	MB	Leve
8	HTA	3139268-3	769	4	76	R	B	B	R	B	MB	Leve
9	HTA	2475459-6	5777	4	78	B	MB	B	MB	MB	MB	Independiente
10	HTA	3587566-2	4543	4	71	R	B	B	B	B	B	Leve
14	DM	4003925-2	5779	4	74	MB	MB	MB	B	MB	B	Independiente
17	HTA	5730545-2	591	4	73	R	R	R	M	B	MB	Independiente
18	DM	1269357-5	2223	4	72	B	B	B	B	MB	B	Independiente
19	HTA	2968394-8	1246	4	76	R	B	R	B	B	B	Independiente
21	HTA	3040068-2	6304	4	87	R	B	B	R	B	R	Independiente
24	HTA	2995419-4	6655	4	69	MB	B	B	R	MB	MB	Independiente
25	HTA	2022940-3	1288	4	82	M	B	B	MB	B	MB	Leve
27	DM	3671104-3	1708	4	70	MB	MB	MB	B	B	B	Independiente
28	HTA	7865683-2	1935	4	71	R	B	R	B	B	B	Independiente
30	HTA	3976546-2	6341	4	75	MB	MB	R	R	B	M	Leve
33	HTA	1913434-2	5942	4	80	R	R	R	R	R	R	Independiente
34	HTA	2902936-9	5909	4	75	B	MB	B	B	B	B	Independiente
35	HTA	3670656-2	5934	4	75	MB	B	B	B	B	B	Independiente
37	HTA	4161775-6	5930	4	70	MB	B	MB	MB	MB	B	Independiente
39	HTA	3277387-4	3813	4	76	M	B	B	B	B	MB	Leve
40	HTA	2862568-5	5985	4	75	MB	B	MB	MB	MB	MB	Independiente
41	HTA	3417374-4	358	4	72	R	MB	B	MB	MB	MB	Independiente
44	DM	4050510-5	2696	4	69	B	B	R	B	B	R	Leve
49	HTA	4536632-4	6896	4	69	R	B	MB	MB	B	B	Independiente
51	HTA	4846079-8	870	4	76	R	B	B	MB	B	B	Leve
54	HTA	4126414-4	7188	4	82	MB	B	MB	B	B	R	Independiente
55	HTA	3942234-4	6455	4	69	B	B	MB	MB	R	B	Independiente
58	HTA	4559033-3	1973	4	73	B	B	B	B	B	B	Independiente
62	HTA	3360838-1	6943	4	72	MB	B	MB	MB	R	B	Leve
64	HTA	3307662-2	4737	4	77	B	B	B	MB	B	MB	Leve
65	DM	3624615-4	1169	4	73	R	B	B	B	R	B	Leve
72	HTA	3656874-7	7630	4	76	R	B	B	B	R	R	Leve
80	HTA	3112430-1	4776	4	75	B	B	MB	B	B	B	Independiente
81	HTA	3901357-6	6465	4	77	R	B	B	MB	B	MB	Independiente
85	HTA	2172760-1	1607	4	75	MB	B	MB	MB	B	MB	Leve

89	HTA	3829005-3	2568	4	92	R	B	MB	MB	MB	B	Independiente
95	HTA	3765290-3	57	4	67	R	B	B	R	B	B	Leve
100	HTA	1789916-3	6342	4	82	R	R	R	B	R	B	Leve
104	HTA	5307951-2	1166	4	65	R	R	M	B	R	B	Leve
106	HTA	4490642-2	5721	4	66	MB	MB	MB	B	MB	MB	Independiente
108	HTA	1456807-7	1853	4	83	B	B	B	MB	MB	MB	Leve
110	HTA	4142376-3	4655	4		B	MB	B	M	MB	R	Independiente
111	HTA	1574177-5	167	4	80	B	B	B	R	B	MB	Independiente
113	HTA	905869-9	7160	4	87	R	MB	MB	R	R	MB	Independiente
116	DM	5376318-9	680	4	69	MB	MB	MB	B	MB	MB	Independiente
117	HTA	3417393-1	4169	4	78	MB	B	R	B	MB	MB	Independiente
120	HTA	1574918-0	8056	4	82	B	B	B	B	B	R	Independiente
122	DM	4259301-K	3840	4	67	MB	MB	MB	B	MB	B	Independiente
123	HTA	2320908-K	3607	4	79	B	B	B	R	MB	B	Independiente
129	HTA	4566838-K	668	4	70	B	B	B	MB	R	MB	Independiente
132	HTA	2961397-4	8048	4	80	R	MB	B	MB	MB	MB	Independiente
134	HTA	2946932-6	1443	4	83	B	B	B	MB	B	MB	Independiente
135	HTA	3786966-K	6681	4	76	B	R	R	B	R	B	Leve
137	HTA	2824985-3	2015	4	68	B	B	B	B	B	B	Independiente
139	HTA	5703404-1	563	4	68	B	B	MB	MB	B	MB	Independiente
149	HTA	4067301-6	4457	4	72	B	R	B	B	MB	MB	Leve
160	HTA	4291090-2	7331	4	72	R	B	B	MB	B	MB	Leve
161	DM	3444297-5	4356	4	77	MB	MB	MB	B	MB	MB	Leve
169	HTA	2865611-4	8103	4	67	B	MB	MB	MB	MB	MB	Independiente
173	HTA	2367920-5	6364	4	79	B	B	MB	MB	MB	MB	Independiente
176	HTA	2549652-3	6681	4	78	B	B	R	MB	R	MB	Independiente
177	HTA	3857180-K	2152	4	67	MB	B	B	MB	B	MB	Independiente
178	HTA	2883651-1	2689	4	72	B	B	B	MB	B	MB	Independiente
182	HTA	8161222-5	8254	4	76	R	B	MB	MB	M	MB	Independiente
183	HTA	2867889-1	7711	4	83	R	B	B	B	B	B	Leve
184	HTA	4080217-7	8022	4	72	B	B	R	M	R	MB	Leve
185	HTA	3331616-K	5554	4	78	R	B	B	B	B	MB	Leve
188	HTA	3999386-4	8211	4	7	B	B	B	MB	B	MB	Leve
191	HTA	3474504-8	3129	4	72	MB	B	MB	MB	B	MB	Independiente
192	HTA	3985075-3	8175	4	71	B	B	B	B	B	MB	Leve
195	HTA	2322189-6	4592	4	81	B	R	B	R	B	B	Leve
201	HTA	4269370/7	6697	4	72	R	M	R	R	R	B	Independiente
206	HTA	2580798-7	6366	4	79	R	B	MB	MB	R	B	Leve
209	HTA	3419445-9	1607	4	79	R	B	R	B	B	MB	Leve
214	DM	3000753-1	8211	4	73	R	B	R	B	M	B	Independiente
216	DM	3391123-8	6655	4	71	B	MB	B	MB	B	MB	Independiente