



Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería  
Carrera de Enfermería

**“Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en mujeres  
Adultas Mayores que participan en programas de actividad  
física de ChileDeportes en las comunas de  
Viña del Mar – Valparaíso 2010”**

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería**

**Autores:**

Paulina Córdova T.  
Eduardo Franco C.  
Lorena García A.  
Carlos Pérez P.  
Paulina Vallejos V.

**Docente Guía:**

Sra. Johana Vidal O.

**Valparaíso 2010**



**“Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar – Valparaíso 2010”.**

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería**

**Autores:**

Paulina Córdova T.

Eduardo Franco C.

Lorena García A.

Carlos Pérez P.

Paulina Vallejos V.

**Docente Guía:**

Sra. Johana Vidal O.

**Valparaíso 2010**

## AGRADECIMIENTOS

El camino recorrido hasta ahora ha sido gratificante en mucha de sus aristas, el crecimiento humano, la madurez conciliada y los lazos generados, son parte de las grandes satisfacciones que esta investigación nos ha entregado.

El desafío de la investigación ha sido un trabajo en conjunto, no sólo de nosotros como compañeros, sino que cada uno ha recorrido este camino acompañado de personas que han ayudado a sustentar este andar. Parte de ellos son Nuestras familias, amigos y parejas, a quienes agradecemos por los recursos y apoyo constante. Junto con ellos a las profesoras Isabel Siefer por motivarnos e iniciarnos en la investigación sobre el Adulto Mayor, a la profesora Johana Vidal por guiarnos durante este gratificante proceso investigativo.

Y para finalizar agradecer las enseñanzas de empatía, compañerismo y amistad que surgieron de este proceso.

*“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”.*

**Mahatma Gandhi 1869-1948. Político y pensador indio.**

## ÍNDICE DE MATERIAS

AGRADECIMIENTOS.	-I-
ÍNDICE DE MATERIAS.	-II-
ÍNDICE DE TABLAS.	-V-
ÍNDICE DE GRÁFICOS.	-VI-
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1 Resumen.	2
1.2 Abstract.	3
1.3 Introducción.	4
1.3 Fundamentación de la Investigación.	5
1.4 Delimitación del Problema.	8
1.5 Definición de Términos.	9
1.6 Limitaciones del Estudio.	10
<b>CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>	11
2.1 Marco teórico.	12
2.1.1 Adulto Mayor en Chile.	12
2.1.2 Transición Demográfica y Epidemiológica.	12
2.1.3 Adulto Mayor en Chile: Situación en la Región de Valparaíso.	13
2.2 Enfoque Actual.	14
2.2.1 Envejecimiento Activo.	14
2.3 Actividad física en el Adulto Mayor.	16
2.3.1 Beneficios de la Actividad Física en el Adulto Mayor.	16
2.4 Evaluación Funcional y Funcionalidad en el Adulto Mayor.	18
2.4.1 Funcionalidad en Chile.	19
2.4.2 Evaluación de la Funcionalidad en el Adulto Mayor.	19
2.4.3 Rol del Profesional de Enfermería en el fomento y mantención de la Funcionalidad.	21

2.5 Objetivos	22
2.5.1 Objetivos Generales.	22
2.5.2 Objetivos Específicos.	22
2.6 Operacionalización de Variables.	23
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	27
3.1 Constitución y Organización del grupo de Tesis.	28
3.2 Tipo de Diseño de Investigación.	28
3.3 Población en Estudio – Definición del Universo.	29
3.4 Diseño Muestral.	30
3.5 Método de Recolección de datos.	31
3.6 Descripción del Instrumento.	31
3.7 Estudio de Confiabilidad del Instrumento.	34
3.8 Confiabilidad del Instrumento.	34
3.9 Estudio de la Validez del Instrumento.	35
3.10 Criterios utilizados para el análisis de los Datos.	37
3.11 Organización del Trabajo en Terreno.	40
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS: PRESENTACIÓN EN TABLAS Y GRÁFICOS</b>	42
4.1 Antecedentes de la Muestra.	43
4.2 Análisis Descriptivo de los Resultados.	46
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	67
5.1 Conclusión.	68
5.2 Recomendaciones.	70
5.2.1 A nivel Internacional.	70
5.2.2 A nivel Nacional.	70
5.2.3 Para el profesional Enfermero.	72

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	73
<b>BIBLIOGRAFÍA GENERAL</b>	76
<b>ANEXOS</b>	81
<b>Anexo N° 1:</b> Consentimiento informado	82
<b>Anexo N° 2:</b> Instrumento de recolección de datos	85
<b>Anexo N° 3:</b> Instructivo para la aplicación del instrumento	93

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1:</b> “Distribución de Adultas Mayores según intervalos de edad”	43
<b>Tabla N° 2:</b> “Distribución de Adultas Mayores según tipo de familia”	44
<b>Tabla N° 3:</b> “Distribución de Adultas Mayores según ocupación actual”	44
<b>Tabla N° 4:</b> “Distribución de Adultas Mayores según estado civil”	45
<b>Tabla N° 5:</b> “Distribución de Adultas Mayores según ingreso económico”	45
<b>Tabla N° 6:</b> “Distribución de Adultas Mayores según participación en otros grupos comunitarios”	46
<b>Tabla N° 7:</b> “Distribución de Adultas Mayores según presencia de hábito tabáquico”	47
<b>Tabla N° 8:</b> “Distribución de Adultas Mayores según consumo de alcohol”	47
<b>Tabla N° 9:</b> “Distribución de Adultas Mayores según automedicación”	48
<b>Tabla N° 10:</b> “Distribución de Adultas Mayores según asistencia regular a controles de salud”	48
<b>Tabla N° 11:</b> “Distribución de Adultas Mayores según enfermedades crónicas”	49
<b>Tabla N° 12:</b> “Distribución de Adultas Mayores según estado nutricional”	50
<b>Tabla N° 13:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para utilizar el teléfono”	50
<b>Tabla N° 14:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para ir de compras”	51
<b>Tabla N° 15:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para preparar la comida”	52
<b>Tabla N° 16:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para cuidar la casa”	52
<b>Tabla N° 17:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para lavar la ropa”	53
<b>Tabla N° 18:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para transportarse”	53
<b>Tabla N° 19:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para responsabilizarse de la medicación”	54
<b>Tabla N° 20:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para utilizar el dinero”	54
<b>Tabla N° 21:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad e intervalos de edad”	55
<b>Tabla N° 22:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y tipo de familia”	56

<b>Tabla N° 23:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y ocupación actual”	57
<b>Tabla N° 24:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y participación social”	58
<b>Tabla N° 25:</b> “Distribución de Adultas Mayores según y hábito tabáquico”	60
<b>Tabla N° 26:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y consumo de alcohol”	60
<b>Tabla N° 27:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y asistencia regular a controles”	61
<b>Tabla N° 28:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y enfermedades crónicas”	62
<b>Tabla N° 29:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y estado nutricional”	63
<b>Tabla N° 30:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad de AIVD medidas por Índice de Lawton”	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1:</b> “Distribución de Adultas Mayores según intervalos de edad”	43
<b>Gráfico N° 2:</b> “Distribución de Adultas Mayores según tipo de familia”	44
<b>Gráfico N° 3:</b> “Distribución de Adultas Mayores según ocupación actual”	44
<b>Gráfico N° 4:</b> “Distribución de Adultas Mayores según estado civil”	45
<b>Gráfico N° 5:</b> “Distribución de Adultas Mayores según ingreso económico”	45
<b>Gráfico N° 6:</b> “Distribución de Adultas Mayores según participación en otros grupos comunitarios”	46
<b>Gráfico N° 7:</b> “Distribución de Adultas Mayores según presencia de hábito tabáquico”	47
<b>Gráfico N° 8:</b> “Distribución de Adultas Mayores según consumo de alcohol”	47
<b>Gráfico N° 9:</b> “Distribución de Adultas Mayores según automedicación”	48
<b>Gráfico N° 10:</b> “Distribución de Adultas Mayores según asistencia regular a controles de salud”	48
<b>Gráfico N° 11:</b> “Distribución de Adultas Mayores según enfermedades crónicas”	49
<b>Gráfico N° 12:</b> “Distribución de Adultas Mayores según estado nutricional”	50
<b>Gráfico N° 13:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para utilizar el teléfono”	50
<b>Gráfico N° 14:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para ir de compras”	51
<b>Gráfico N° 15:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para preparar la comida”	52
<b>Gráfico N° 16:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para cuidar la casa”	52
<b>Gráfico N° 17:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para lavar la ropa”	53
<b>Gráfico N° 18:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para transportarse”	53
<b>Gráfico N° 19:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para responsabilizarse de la medicación”	54
<b>Gráfico N° 20:</b> “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para utilizar el dinero”	54
<b>Gráfico N° 21:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad e intervalos de edad”	55

<b>Gráfico N° 22:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y tipo de familia”	56
<b>Gráfico N° 23:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y ocupación actual”	57
<b>Gráfico N° 24:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y participación social”	58
<b>Gráfico N° 25:</b> “Distribución de Adultas Mayores según y hábito tabáquico”	60
<b>Gráfico N° 26:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y consumo de alcohol”	60
<b>Gráfico N° 27:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y asistencia regular a controles”	61
<b>Gráfico N° 28:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y enfermedades crónicas”	62
<b>Gráfico N° 29:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y estado nutricional”	63
<b>Gráfico N° 30:</b> “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad de AIVD medidas por Índice de Lawton”	64

---

---

# **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

---

---

## 1.1. RESUMEN

**Introducción:** El estudio describe el nivel de funcionalidad en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de las Adultas Mayores que realizan actividad física.

**Material y Método:** Las participantes fueron 51 Adultas Mayores pertenecientes a los programas de actividad física de ChileDeportes, en el Club del adulto mayor Salud y Recreación, ubicado en cerro Larraín, Valparaíso; Junta de Vecinos 116 ubicado en Playa Ancha, Valparaíso; Grupo de damas Teresa Maillet ubicado en Quebrada Verde, Valparaíso y Junta de Vecinos Canal Beagle ubicado en Canal Beagle, Viña del Mar. El Instrumento aplicado constaba con 4 secciones, la primera, recoge las características sociodemográficas de las Adultas Mayores, la segunda, incorpora las prácticas de Autocuidado, la tercera, recolecta las características del estado de salud y la cuarta, incluye las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, evaluadas a través del Índice de Lawton. El Instrumento se aplicó durante el 26 de Julio hasta el 30 de Agosto del año 2010.

**Resultados:** De las características sociodemográficas, de un total de 82,3% independientes, un 66,6% cuenta con redes de apoyo. Un 56,9% tiene una carga agregada doméstica y/o laboral. Un 58,8% participa de otras actividades como taller de manualidades, taller de cueca, reunión de amigas, iglesia y junta de vecinos. De las características de salud, un 78,3% no fuma, un 3,9% bebe diariamente y un 43,1% lo hace ocasionalmente, un 58,8% padece de al menos una enfermedad crónica, un 43,1% tiene sobrepeso u obesidad.

En relación a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, en el Índice de Lawton un 17,7% arrojó ser dependiente moderado y un 82,3% independiente total.

**Palabras claves:** Adulto Mayor, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, programas de actividad física, nivel de funcionalidad.

## 1.2 ABSTRACT

**Introduction:** This study describes the level of functionality in the Instrumental Activities of Elderly Women's Daily Life that carries out physical activity.

**Material and Method:** The participants were 51 elder females belonging to the ChileDeportes' programs of physical activity, which took place in the Club for elder people Salud y Recreación, located in Cerro Larrain, Valparaiso; Neighbor's Assembly 116 in Playa Ancha, Valparaiso; Women's group Teresa Maillat, located in Quebrada Verde, Valparaiso and the Neighbor's Assembly Canal Beagle, located in Canal Beagle, Viña del Mar. The instrument applied consisted on 4 sections: the first one gathers the social-demographic characteristics of the Elder Female, the second one incorporates the Self-care practices, the third one collects the characteristics of health conditions, and the fourth one, includes the Daily Life's Instrumental Activities, evaluated through Lawton's index. The instrument was applied during July 26<sup>th</sup> until August 30<sup>th</sup> 2010.

**Results:** From the social demographic characteristics, 66,6% out of 82,3% independent, count on support networks. 56,9% have either a domestic and/or labour burden. 58,8% take part in other activities such as: handcraft workshop, cueca workshop, friend's meetings, church and neighbors' assembly. From the health characteristics, 78,3% don't smoke, 3,9% drink daily and 43,1% do it occasionally, 58,8% suffers from, at least, one chronic pathology, 43,1% is overweight or obese.

In connection to the Daily Life's Instrumental Activities, Lawton's index showed 17,7% being moderate dependent and 82,3% completely independent.

**Key words:** Elderly person, Daily Life's Instrumental Activities, programs of physical activity, level of functionality.

### 1.3 INTRODUCCIÓN

Es conocido que la transición demográfica de Chile avanza hacia un país con predominio de la vejez, proyectándonos hacia el 2050 con una población mayoritariamente Adulta Mayor.

Esto motiva al Profesional de Enfermería y a los equipos de salud en general, a prestar importancia al envejecimiento individual, como un fenómeno biológico, psicológico y social que acompaña al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte, también al envejecimiento demográfico, que no sólo estará influyendo en la transición epidemiológica sino también en la situación económica del país.

De aquí surge la importancia de la investigación en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en los Adultos Mayores, ya que éstas son las que primero se deterioran siendo menos perceptibles en la persona. Desde esta perspectiva se inserta el nuevo enfoque guiado hacia el envejecimiento activo, ya que apunta a la detección precoz del deterioro o disminución de la funcionalidad retrasándola, mediante estrategias y el fomento de los factores protectores que los Adultos Mayores deben mantener, para lograr una mejor calidad de vida durante el proceso del envejecimiento.

A medida que avance la investigación en el tema, será posible fomentar y mejorar las prácticas de autocuidado, permitiendo la potenciación del Adulto Mayor sano o compensado, aumentando así su productividad en la sociedad, realizando un aporte tanto en los componentes físico, social y psicológico.

La actividad física forma parte fundamental de aquellas prácticas de autocuidado realizada por los Adultos Mayores, que fomentan la prolongación de años de vida saludable, hecho que consideramos relevante y es la principal motivación de esta investigación.

Esta investigación realza la importancia de fomentar el autocuidado al trabajar con el adulto mayor. Esto permite dar un vuelco en la mirada, considerándolo no como un ser imposibilitado de participar activamente en la comunidad, sino más bien, como un aporte tanto de sabiduría como de productividad, rectificando la relevancia de potenciar la motivación del Adulto Mayor a la realización de esta práctica.

#### 1.4 FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- “En los últimos 30 años, la población del país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaban un 8,0% de la población, en el Censo de 2002 aumentaron a 11,4% y cuatro años después, de acuerdo a datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006, las personas mayores de 60 años alcanzaban el 13,0% de la población total del país. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas Adultas Mayores para el año 2025, lo que representará el 20,0% de los chilenos”.<sup>1</sup>
- Dentro de las personas Adultas Mayores viudas, un 79,1% son mujeres, mientras que sólo un 20,1% de hombres tienen este mismo estado civil. Asimismo, si tomamos en cuenta a las mujeres mayores que no están casadas o que no conviven, tenemos un total de cerca de 645 mil mujeres que vivirían sin pareja, correspondientes a 54,7% de este grupo. Estas mujeres mayores desarrollan su vida cotidiana sin un apoyo potencial de orden continuo, además del que le puedan proveer sus hijos u otros parientes y vecinos. Ello conlleva muchas veces a escenarios de vulnerabilidad respecto a precariedad económica a la que se encuentran sometidas, debido a que deben sostener sus gastos sin ingresos que complementen los propios, como los que podría proveer una pareja viviendo bajo el mismo techo.<sup>2</sup>
- “En 1970 en Chile había 19 personas mayores de 60 años por cada cien menores de 15 años; en cambio, en el 2010 hay 58”.<sup>3</sup>
- “La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) varió considerablemente en el último siglo, pasando de 26 a 76 años en los hombres y de 27 a 81 años en las mujeres, un aumento aproximado de 50 y 55 años, respectivamente, debido a la mejora en la calidad de vida de la población (alimentación, salud, tecnología, entre los factores más relevantes)”.<sup>4</sup>
- “A los 60 años, las mujeres tienen una esperanza de supervivencia de 24,5 años, y a los 65 de 20,4 años. En el caso de los hombres en tanto, es de 20,7 y 17,1 años respectivamente. Para ambos sexos en conjunto, este indicador se ubica en 22,8 para los 60 años y en 18,9 para los 65 años”.<sup>5</sup>

- “En Chile, en 1990, la tasa global de fecundidad era de 2,7 hijos/hijas promedio por mujer; la esperanza de vida al nacer era de 74 años (71 años para los hombres y 77 años para las mujeres, período 1991-1992); y la tasa de mortalidad de 6,0 por mil habitantes. En el 2007, estos indicadores pasaron a 1,9 hijos/hijas promedio por mujer, la esperanza de vida a 77 años de edad (75 años para los hombres y 80 años para las mujeres) y las defunciones a 5,6 por cada mil habitantes”.<sup>6</sup>
- “Hacia el 2010 el país registrará alrededor de 60 Adultos Mayores por cada 100 menores de 15 años, lo cual se incrementará en el tiempo, para llegar en el 2020 a 85 Adultos Mayores por cada 100 menores. Valparaíso será la región que más proporción de población Adulta Mayor tendrá en el año del Bicentenario, llegando a 103 Adultos Mayores por cada 100 menores de 15 años, hacia el año 2020. Esto da cuenta de que esta región es la de envejecimiento más acelerado del país”.<sup>7</sup>
- “El crecimiento de la población chilena en el período 1975-2000 fue de 47,9% mientras la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más se situó en 92,6% en el mismo período”.<sup>8</sup>
- “Las estimaciones prevén que entre los años 2000 y 2025 el crecimiento de la población chilena será de 24,3%, mientras que la población de mayores se incrementará hasta llegar al 145,2%. Para el período 2025-2050, esta tendencia se mantendrá, pero con un incremento más discreto de la población de edad avanzada, pues las previsiones apuntan a que la tasa de crecimiento de esta cohorte se cifrará en 48,1%, mientras que la de la población total descenderá significativamente, hasta en un 5,6%”.<sup>9</sup>
- “Según reporta el Ministerio de Salud en su estudio realizado el año 2003 (Encuesta de Calidad de Vida y Salud), los indicadores de morbilidad más representativos de la población de mayores son la Hipertensión y la Diabetes. En tal sentido es necesario destacar que la prevalencia de la hipertensión es del 22,3% para los adultos entre 25 y 44 años; del 53,7% en el grupo de edad entre 45 y 64 años; y del 78,8% en el segmento de 65 años y más. En tanto, los grupos etarios menores presentan una prevalencia de esta enfermedad que no supera el 6%. Estas enfermedades son predictoras de discapacidad y dependencia. Los accidentes cardiovasculares provocados por la hipertensión producen deterioro cognitivo, generando discapacidad y muchas veces dependencia”.<sup>10</sup>

- “El año 2004 la Encuesta de Protección Social (EPS), exploró la funcionalidad de las personas mayores. De manera global, 21,4% de la población de mayores necesitó ayuda de terceros o presentó algún grado de dificultad en sus actividades diarias. El 27,0% de las mujeres y 16,0% de los hombres declararon algún grado de dificultad o necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas”.<sup>11</sup>
- “Las cifras más válidas disponibles sobre dependencia en las personas mayores son las del Ministerio de Salud, que aplica dos instrumentos de medición a través del sistema de atención primaria de salud. Estos son el instrumento EFAM (Escala de Evaluación Funcional del Adulto Mayor) que se utiliza en los consultorios y la escala KATZ que evalúa a los postrados en sus hogares. Ambos instrumentos fueron aplicados a través del sistema de salud a 660.033 personas de 65 años y más en el año 2006, arrojando datos que constituyen la fuente más válida con respecto a la dependencia de los mayores. Del total de personas mayores evaluadas en sus hogares mediante la escala de funcionalidad Katz, 3,3% eran dependientes. En tanto la aplicación de la escala EFAM en los consultorios determinó que 71,4% de las personas de edad eran autovalentes y 25,2% frágiles, es decir cuyas condiciones de salud los acercan a la pérdida de funcionalidad y dependencia”.<sup>12</sup>
- “Las personas de 60 años y más representan 45,2% de las personas con discapacidad en Chile”.<sup>13</sup>
- “A nivel nacional según sexo, 19,0% de las mujeres de 60 años y más tiene discapacidad leve, 12,0% de tipo moderada y 12,1% de ellas presenta una discapacidad severa. El 56,9% de las mujeres mayores no manifiesta ninguna dificultad en la vida diaria. Por su parte, los hombres mayores presentan discapacidad leve en 15,1%, en tanto 9,9% tiene discapacidad moderada y 9,0% sufre discapacidad severa. Como es posible observar, la discapacidad afecta en mayor medida a las mujeres, que viven más años y han realizado a lo largo de la vida las tareas de cuidado y domésticas, además de las actividades remuneradas cuando las han tenido, siendo potencialmente más vulnerables a adquirir déficits físicos o cognitivos que provoquen limitaciones, pudiendo requerir ayuda para realizar las actividades de la vida diaria”.<sup>14</sup>

## 1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar-Valparaíso durante los meses de Julio- Agosto 2010”.

## 1.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adulta Mayor:** Persona de sexo femenino de 60 años o más.
- **Características Sociodemográficas:** Características sociales entendidas como estado civil, redes de apoyo, participación en otros grupos de la comunidad y características demográficas entendidas como edad, ocupación e ingreso económico.
- **Características de Salud:** Características de salud en relación a las prácticas de autocuidado que realizan las Adultas Mayores como también el estado de salud de las Adultas Mayores de acuerdo a la presencia de algún tipo de enfermedad crónica.
- **Nivel de Funcionalidad:** Capacidad de cumplir acciones requeridas en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y de forma independiente desde el punto de vista físico, psíquico y social.
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** Acciones o tareas que involucran la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más complejas con el medio, ya que requieren un mayor nivel de autonomía personal. Ejemplo: capacidad de manejar dinero.
- **Actividad física:** Realización de ejercicio físico 3 veces por semana con una duración de 30 minutos desde hace mínimo un año.
- **Programas de Actividad Física:** Conjunto de actividades en un periodo de tiempo establecido y continuo con el fin de promover la salud física y biopsicosocial, ayudando a prevenir o disminuir una pérdida de funcionalidad en el Adulto Mayor.

## 1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el desarrollo del presente seminario de tesis se presentaron los siguientes obstáculos.

### 1.7.1 Limitaciones de Diseño

Escasa bibliografía de estudios previos aplicados que se refieran a la actividad física relacionada con el nivel de funcionalidad en el Adulto Mayor.

### 1.7.2 Limitaciones de Ejecución

- El clima, durante la época de invierno en donde se aplicó el instrumento, influyó en la asistencia de las Adultas Mayores, retrasando la investigación.
- La disponibilidad de tiempo de las Adultas Mayores, dificultó la aplicación del instrumento y prolongó el tiempo de aplicación del mismo.
- El difícil acceso a los lugares en donde se realizó el estudio.

---

---

## **CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL**

---

---

## 2.1 MARCO TEÓRICO

### 2.1.1 Adulto Mayor en Chile

### 2.1.2 Transición Demográfica y Epidemiológica

En Chile, la expectativa de vida al nacer estimada en el año 2010 corresponde a 75,7 años en hombres y 81,2 años en mujeres. Existe un incremento en el último siglo en la esperanza de vida al nacer de 50 a 55 años, provocado por el aumento en la calidad de vida de la población, progreso en alimentación, salud y tecnología.<sup>1</sup> La esperanza de sobrevivencia promedio actual a los 60 años es de 22,8 años para ambos sexos, y de 24,5 años sólo para las mujeres.<sup>15</sup>

Junto con esto, el país ha mostrado una drástica reducción en sus tasas de natalidad y fecundidad debido al fomento, desarrollo y promoción de métodos anticonceptivos, además de cambios en las dinámicas socioculturales y la incorporación masiva del sexo femenino al mundo laboral, causando una disminución en el número de hijos por mujer, de 5 hijos a mediados del siglo XX a 1,94 en el año 2010.<sup>16</sup>

Las tasas de mortalidad de la población general descendieron desde 8,9 fallecimientos por cada mil habitantes entre los años 1970 - 1975 a 5,7 fallecimientos entre los años 2000 - 2005, favoreciendo la transición demográfica.<sup>17</sup>

En los últimos años, el crecimiento de la población chilena en el período 1975 - 2000 fue de 47,9%, mientras que la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más se situó en 92,6% en el mismo período.<sup>18</sup> Las estimaciones prevén que entre los años 2000 - 2025, el crecimiento de la población chilena será de 24,3%, mientras que la población de mayores se incrementará hasta llegar a 145,2%.<sup>19</sup>

El índice de envejecimiento, indica el número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años; el cual hasta 1960 no superaba los 20 Adultos Mayores por cada cien

menores de 15. Sin embargo, en 1963 se inicia la transición al envejecimiento demográfico por las razones anteriormente expuestas, produciendo un aumento porcentual de los Adultos Mayores, en donde este índice crece considerablemente entre 1975 y el año 2000.<sup>20</sup>

La evolución del índice de envejecimiento en Chile, ha ido desde un índice de 21,1 en 1975 hasta llegar a 36 en el año 2000.<sup>2</sup> Se espera que a partir del 2025 la población de mayores supere a la de los niños, llegando a 103,1 personas mayores por cada 100 menores de 15. Según las proyecciones, este índice llegará a 170 en el año 2050. Actualmente, al año 2010 este indicador corresponde a 58.<sup>21</sup>

Según el Censo 2002, la cantidad de adultos mayores era de 1.717.478 personas, correspondientes al 11,4% de la población. Esta cifra en el año 2007, según las proyecciones calculadas, debería haber llegado a 2.007.691 personas, lo que representa el 12,1% de la población. Se estima que en el año 2010 deberían haber 2.213.436 personas mayores que significarían un 13,0% del total de la población. Asimismo, se contarán 3.846.562 en el año 2025 con un peso de 20,1%, y 5.698.093 mayores en el año 2050, correspondientes a un 28,2% del total de la población.<sup>22</sup>

Estas proyecciones, con respecto al desarrollo actual de las enfermedades crónicas en el adulto mayor, representan una alerta masiva frente a la importancia de un nuevo enfoque ante el envejecimiento.

### **2.1.3 Adulto Mayor en Chile: Situación en la Región de Valparaíso**

Según el Instituto Nacional de Estadísticas, en el año 2010 el país registra alrededor de 60 Adultos Mayores por cada 100 menores de 15 años. Siendo Valparaíso, la región que más proporción de población Adulta Mayor tiene, con un índice de envejecimiento igual a 71; estimándose llegar a 104 para el año 2020.

Esta situación surge debido a los cambios en las tasas de crecimiento y migración de la población en edad activa (15 a 64 años) por el estancamiento económico luego de que Valparaíso dejara de ser la puerta de entrada al país. Las consecuencias se evidencian entre el periodo 1992 - 2002 siendo la única comuna con una tasa de crecimiento negativa (-0,24%). Otro factor presente, es la limitación en la expansión urbana que por disposición, difícil acceso, excesiva cantidad y calidad de sus construcciones en cerros, quebradas y pendientes no representa un sitio apto para la población activa en donde vivir. Por consiguiente, esto repercute en el incremento del peso relativo de la población de Adultos Mayores en la ciudad, dando cuenta que es la región con el envejecimiento más acelerado del país.<sup>23</sup>

Los altos índices del envejecimiento en conjunto con las variables influyentes en la transición demográfica y epidemiológica inicialmente descritas para el país, hacen referencia a la toma de medidas estratégicas para fortalecer a este grupo etario durante la vejez.

## **2.2 Enfoque Actual**

### **2.2.1 Envejecimiento Activo**

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término de envejecimiento activo para definir el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.<sup>24</sup>

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.<sup>25</sup>

El término activo hace referencia a que la sociedad civil, gobiernos e instituciones internacionales promulguen políticas y programas con los recursos no sólo para que las personas

estén físicamente activas o participantes en el ámbito laboral, sino que también, Adultos Mayores que se retiran de la actividad laboral, que están enfermas o que tienen algún grado de discapacidad puedan seguir contribuyendo activamente con sus familias, comunidades y países.<sup>26</sup>

El objetivo es ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.<sup>27</sup>

La actividad física juega un rol determinante en la mantención de la autonomía, independencia, calidad de vida y esperanza de vida saludable a medida que se envejece. Previene los factores de riesgos para el deterioro del estado funcional, destacando entre éstos:

- Ser mayor de 75 u 80 años.
- Presencia de Enfermedades crónicas.
- Polifarmacia.
- Problemas cognitivos o afectivos.
- Reingreso hospitalario frecuente o reciente.
- Enfermedad crónica que tiende a ser invalidante.
- Sin soporte/apoyo social adecuado.
- Problemas en la deambulación (caídas frecuentes, miedo a caerse).
- Recursos económicos insuficientes.
- Hábitos Nocivos (Consumo de Alcohol y drogas).

Estos factores de riesgo promueven y motivan el nuevo enfoque hacia el envejecimiento activo.<sup>28</sup> Este enfoque es avalado por el Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid 2002, ya que las causas de los problemas en los Adultos Mayores son modificables y son propias del estilo de vida habitual de nuestra sociedad.<sup>29</sup>

## 2.3 Actividad Física en el Adulto Mayor

### 2.3.1 Beneficios de la Actividad Física en el Adulto Mayor

En los últimos años se ha profundizado cada vez más en el estudio de la actividad física y sus beneficios en el Adulto Mayor, tanto en los efectos saludables de su práctica habitual como que su ausencia produce un agravamiento de diversas enfermedades crónicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe sobre la salud en el mundo 2002, estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. En el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (Global Burden of Disease Study) se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo.

Los beneficios de la actividad física se clasifican en tres grandes grupos:

**Efectos Antropométricos y Neuromusculares:** Control del peso corporal; disminución de la grasa corporal; aumento de la masa muscular, masa magra, fuerza muscular y densidad ósea. Mantención de la estructura y función de las articulaciones, reducción de la descalcificación ósea, fortalecimiento del tejido conectivo, aumento de la flexibilidad y disminución del riesgo de caídas. Favorecimiento de la postura, equilibrio, coordinación, ritmo intestinal y resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras Actividades de la Vida Diaria.

**Efectos Cardiacos y Metabólicos:** Disminución del riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, frecuencia cardiaca en reposo, presión arterial y el riesgo de formación de coágulos. Aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar y oxigenación sanguínea. Regulación del perfil lipídico (reduce los triglicéridos, el colesterol LDL y aumenta el colesterol HDL) y regulación de la glicemia.

Favorecimiento en la eliminación de desechos sanguíneos y disminución en la formación de depósitos renales.

**Efectos Psicológicos:** Favorecimiento del autoconcepto, autoestima e imagen corporal. Disminución del estrés, ansiedad, tensión muscular e insomnio. Favorecimiento en sintomatología depresiva por aumento de la norepinefrina.

Disminución del consumo de medicamentos, mejora en las funciones cognitivas (alerta y claridad del pensamiento), mecanismos de afrontamiento y socialización.<sup>30</sup>

Es por esto que la actividad física toma un rol fundamental a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes para el Adulto Mayor, como la muerte o la separación, ya que éstas tienden a ser somatizadas por ellos.

A modo general, ayuda a controlar la sintomatología y a mejorar el pronóstico en numerosas enfermedades crónicas (Cardiopatía isquémica, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Obesidad, Diabetes Mellitus Tipo 2, Osteoporosis, entre otras) mejorando la calidad de vida y aumentando la capacidad para vivir de forma independiente.

Los cambios causados por el envejecimiento, junto con los problemas de salud, tienden a condicionar y deteriorar la funcionalidad del Adulto Mayor. Si éstos no son tratados, pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual entre otros), poniendo en riesgo a la persona.<sup>31</sup>

Por consiguiente, todos los beneficios que tiene la realización de actividad física en los Adultos Mayores, hacen que ésta sea un factor protector para el deterioro del nivel de funcionalidad. Fuera de este factor protector, existen otros factores protectores para la mantención de un buen nivel de funcionalidad, los que corresponden a:

- Estado Nutricional.
- Estado Cognitivo.
- Recursos económicos suficientes.
- Redes de Apoyo suficientes.

- Acceso a red social o comunitaria.
- Nivel de escolaridad.
- Nivel Socioeconómico.

El nivel de funcionalidad en un Adulto Mayor se puede estimar según la evaluación del estado funcional, el cual se profundizará a continuación.

## **2.4 Evaluación Funcional y Funcionalidad en el Adulto Mayor**

La evaluación funcional provee datos objetivos que nos indican una declinación o mejoría del estado de salud del Adulto Mayor.

La funcionalidad, se entiende como la capacidad de adaptabilidad ante las dificultades que nos presenta la vida diaria a través de las herramientas que nos brinda nuestro organismo, como las capacidades físicas y cognoscitivas. Así mismo, funcionalidad se puede entender como la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones que realizamos en nuestro quehacer cotidiano, ya sean acciones simples o complejas que nos exigen capacidades mínimas de actividad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (organización, planificación y ejecución), del entorno y recursos socioeconómicos que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes falla, la tarea se convertirá en algo difícil de realizar, es decir se habrá alterado el estado funcional.<sup>32</sup>

Desde esta perspectiva, un Adulto Mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el Adulto Mayor, es por ello que la OMS propone como el indicador más representativo para este grupo etario; el estado de independencia funcional.<sup>33</sup>

Según esto, el MINSAL define funcionalidad o independencia funcional como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir

independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MINSAL, 2003).

#### **2.4.1 Funcionalidad en Chile**

A nivel nacional la investigación sobre la funcionalidad no ha sido un tema de gran trayectoria investigativa. En el año 1985 el sociólogo Oscar Domínguez midió (como parte de un estudio internacional apoyado por la OPS) el nivel de autonomía en la población chilena, que reveló las siguientes categorías y porcentajes: autónomos o autovalentes, 66,7%; frágiles 30% y totalmente dependientes un 3,3%. Posteriormente, en el año 2002, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) realizó una preevaluación de la funcionalidad de Adultos Mayores atendidos en el nivel primario, se utilizó la escala modificada de la Cruz Roja española y el propósito fue evaluar la funcionalidad, para posteriormente aplicar un instrumento que reuniera las condiciones para medir con eficiencia la funcionalidad del Adulto Mayor. El instrumento existente y aplicado en los servicios de atención primaria de salud, se creó el año 2003 y lleva por nombre Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), así también se utiliza la Escala de Katz que evalúa a los Adultos Mayores en situación de postración. Sin embargo, no es el único instrumento validado para medir la funcionalidad en el Adulto Mayor.<sup>34</sup>

#### **2.4.2 Evaluación de la Funcionalidad en el Adulto Mayor.**

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria son aquellas acciones o tareas que involucran la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más complejas con el medio, ya que requieren un mayor nivel de autonomía personal, por ende son más complejas que las actividades básicas de la vida diaria.<sup>35</sup>

Dentro de las categorías de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria evaluadas en este instrumento se encuentran: tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la

propiedad. Un ejemplo se traduce en la capacidad de utilizar el teléfono, acordarse de tomar los medicamentos, tomar locomoción colectiva, preparar la propia comida, comprar lo necesario para vivir y realizar actividades domésticas básicas como lavar los platos, hacer la cama, pasear, ir al médico, realizar trámites y administrar dinero, entre otras.<sup>36</sup>

El Índice de Lawton corresponde a un instrumento validado a nivel mundial para medir la funcionalidad del Adulto Mayor según las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y posee un coeficiente de reproductibilidad de 0,94. Este instrumento permite detectar precozmente indicios del deterioro funcional de los Adultos Mayores de ambos sexos que viven en sus domicilios, se recomienda su uso para realizar una evaluación del Adulto Mayor. La relevancia de este instrumento es que nos permite valorar el estado de las AIVD en el Adulto Mayor, lo cual nos permite determinar y clasificar, derivado de esto, el estado funcional del Adulto Mayor. A consecuencia de esta evaluación es donde el profesional de Enfermería o de salud puede intervenir de forma temprana frente a cualquier anormalidad, para así evitar que el Adulto Mayor entre en un proceso de acumulación de discapacidades, que le llevaría finalmente a perder su autonomía, poniendo en riesgo su funcionalidad, por ende su estado de salud.<sup>37</sup>

El Índice de Lawton mide 8 categorías de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, en donde cada una cuenta con 3 a 5 alternativas de la realización de esta categoría. El Adulto Mayor puede contestar sólo una alternativa en cada categoría, la que más le represente. Cada alternativa posee un puntaje entre 0 y 1. Al finalizar su aplicación se suman los puntajes obtenidos de cada categoría sacando un puntaje final, el cual clasifica al Adulto Mayor en Independiente Total (8 puntos), Dependiente Moderado (4 a 7 puntos), Dependiente Severo (1 a 4 puntos) y Máxima Dependencia (0 puntos).

Para una mayor comprensión el Adulto Mayor independiente es aquel que no requiere asistencia, dependiente moderado es aquel que necesita algún tipo de ayuda y dependiente es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia.<sup>38</sup>

### **2.4.3 Rol del Profesional de Enfermería en el fomento y mantención de la Funcionalidad.**

La vejez es una realidad indiscutible de la que todos seremos parte y en conjunto con el creciente número de población Adulta Mayor, hacen que no sea indiferente ante los ojos de los Profesionales de Salud y de las autoridades. En la búsqueda para dar respuesta a este desafío, han aparecido distintas propuestas ante el evidente cambio que nuestra pirámide demográfica ha evidenciado en los últimos años y que va camino a convertirse en un sarcófago dentro de un cuarto de siglo.

Por este motivo surgen políticas en salud que realzan la importancia de mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece, este constituye uno de los objetivos primordiales tanto para los individuos como para las autoridades gubernamentales responsables. Es de suma importancia que través de las competencias desarrolladas en la Profesión de Enfermería, se vele por el cumplimiento de las políticas procurando siempre, informar, difundir y motivar a los Adultos Mayores a la participación.

Debido a que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son las primeras en deteriorarse y muchas veces de manera silente, es que actividades autónomas del Profesional de Enfermería como el Control de Salud, tienen gran importancia. Esto se da gracias a que es una instancia de acercamiento con el usuario, donde podemos detectar la pérdida de capacidad para la realización de estas actividades, tanto en un dialogo dirigido como en la aplicación de diversas escalas y/o instrumentos validados para evaluar las AIVD, como es el Índice de Lawton.

A medida que la pérdida de funcionalidad se detecte más tempranamente tendremos mayores probabilidades de obtener mejores resultados en el Adulto Mayor.

El Profesionales de la Salud, a través del Envejecimiento Activo busca ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

Es parte de nuestra responsabilidad, como gestores de la promoción y prevención en salud, procurar que el Adulto Mayor que se retira del trabajo, los que están enfermos o viven situación de discapacidad, puedan perfectamente seguir contribuyendo activamente con sus familias, amigos, y comunidades.

## 2.5 **OBJETIVOS**

### 2.5.1 **Objetivos Generales:**

1. Conocer las características socio-demográficas y de salud de las mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar- Valparaíso durante los meses de Julio- Agosto 2010.
2. Conocer el nivel de funcionalidad en las mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar- Valparaíso durante los meses de Julio- Agosto 2010.

### 2.5.2 **Objetivos Específicos:**

- 1.1 Identificar las características socio-demográficas de las mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar- Valparaíso durante los meses de Julio- Agosto 2010.
- 1.2 Identificar características de salud de las mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar- Valparaíso durante los meses de Julio- Agosto 2010.
- 2.1 Identificar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar- Valparaíso durante los meses de Julio- Agosto 2010.

## 2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>Características Sociodemográficas:</b> Características sociales entendidas como estado civil, redes de apoyo, participación en otros grupos de la comunidad y características demográficas entendidas como edad, ocupación e ingreso económico.	Edad		- 60-64 - 65-69 - 70-74 - 75-79 - 80-84	
	Grupo Familiar		- Nuclear - Extensa - Unipersonal	
	Ocupación		- Laboralmente activa - Jubilada/ Pensionada - Dueña de casa	
	Estado Civil		- Casada - Viuda - Separada - Soltera	
	Ingreso Económico		- 1° Quintil - 2° Quintil - 3° Quintil - 4° y 5° Quintil	
	Participación Social		- Iglesia - Junta de vecinos - Taller de actividades manuales - Otros	
<b>Características de Salud:</b> Características de salud en relación a las prácticas de autocuidado que realizan las Adultas Mayores como también el estado de salud de las	Prácticas de Autocuidado	Hábitos	Tabaco	- Fumadora leve - Fumadora moderada - Fumadora severa - No fumadora
			Alcohol	- Diariamente - Ocasionalmente, en situaciones sociales - No consume

Adultas Mayores de acuerdo a la presencia de algún tipo de enfermedad crónica.			Automedicación	- Sí - No
		Control de Salud	- Asiste - No asiste	
	Estado de Salud	Enfermedades Crónicas	- DM II - HTA - Mixto - (HTA/DM II) - Osteoarticular - Otros	
		Estado Nutricional	IMC	- Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesidad
<b>Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:</b> Acciones o tareas que involucran la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más complejas con el medio, ya que requieren un mayor nivel de autonomía personal. Ejemplo: capacidad de manejar dinero.	Capacidad de usar el teléfono		-Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda. -Marca números bien conocidos. -Contesta al teléfono pero no marca. -No usa el teléfono en absoluto.	
	Ir de compras		-Realiza todas las compras necesarias sin ayuda. -Compra pequeñas cosas. -Necesita compañía para realizar cualquier compra. -Es incapaz de ir de compras.	

	Preparación de la comida		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas.</li> <li>-Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.</li> <li>-Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.</li> <li>-Necesita que se le prepare la comida.</li> </ul>	
	Cuidar la casa		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional.</li> <li>-Realiza tareas domésticas ligeras.</li> <li>-Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.</li> <li>-Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.</li> <li>-No participa en ninguna tarea doméstica.</li> </ul>	
	Lavado de ropa		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lo realiza sin ayuda.</li> <li>-Lava o aclara algunas prendas.</li> <li>-Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.</li> </ul>	

	Medio de transporte		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Viaja de forma independiente.</li> <li>-No usa transporte público, salvo taxis.</li> <li>-Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.</li> <li>-Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros.</li> <li>-No viaja en absoluto.</li> </ul>	
	Responsabilidad sobre la medicación		<ul style="list-style-type: none"> <li>-No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación.</li> <li>-Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación.</li> <li>-No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.</li> </ul>	
	Capacidad para utilizar el dinero		<ul style="list-style-type: none"> <li>-No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas.</li> <li>-Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos.</li> <li>-Incapaz de manejar dinero.</li> </ul>	

---

---

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

---

---

### **3.1 CONSTITUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL GRUPO DE TESIS**

El grupo de seminario de tesis fue constituido por afinidad, durante el mes de Septiembre del año 2009, siendo conformado por 5 estudiantes que cursaban en aquel momento tercer año de la carrera de Enfermería de la universidad de Valparaíso.

Cada uno asumió un cargo específico: Paulina Vallejos Velásquez (Presidenta), Paulina Córdova Tapia (Secretaria), Carlos Pérez Peñaloza (Relacionador Público y Encargado de bibliografía), Eduardo Franco Campos (Relacionador Público y Apoyo estadístico), Lorena García Araya (Tesorera).

El grupo de seminario de tesis decidió escoger el área del Adulto Mayor para el desarrollo del seminario de tesis.

La docente guía fue la Sra. Johana Vidal Ortega, perteneciente al departamento de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor de la carrera de Enfermería de la escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

La metodología de trabajo consistió en realizar una reunión semanal de grupo y una reunión cada quince días con la docente guía. En ellas se fueron planificando los objetivos a cumplir, delegando tareas, evaluando los avances y metas cumplidas, así como también detectando las dificultades durante su transcurso.

Desde el punto de vista financiero se acordó cancelar en partes iguales los costos al momento del pago. Estos recursos económicos se utilizaron para costear el trabajo realizado por el profesional estadístico, así como también, para la impresión, fotocopias y empaste.

Respecto a los canales de comunicación e intercambio de información entre los integrantes del grupo y la profesora guía se utilizaron medios tecnológicos como correos electrónicos, mensajería instantánea y telefonía móvil.

### **3.2 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se basa en un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en diseño ejecución y análisis.

### **3.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO- DEFINICIÓN DEL UNIVERSO**

El universo en estudio, corresponde a las mujeres Adultas Mayores que realizan actividad física tres veces a la semana, con una duración de 30 minutos diarios desde hace mínimo un año, pertenecientes a los proyectos entregados por ChileDeportes, en la región de Valparaíso, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso durante el periodo Julio - Agosto del año 2010.

El relacionador público del equipo de tesis creó una cuenta de usuario en la página de ChileDeportes, lo que gracias a la ley número 20.285 sobre acceso a la información pública “Gobierno Transparente” permitió la solicitud de información.

Para la determinación del universo, se identificaron según los criterios de inclusión, los proyectos subvencionados por ChileDeportes para las Adultas Mayores en el año 2010, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso. De este modo, el universo de estudio quedó conformado por 4 proyectos con un total de 51 personas.

Los proyectos seleccionados para este estudio fueron los siguientes:

#### **Proyecto n° 1:**

- Nombre: "Dando vida a los años".
- Entidad: Club del Adulto Mayor Salud y Recreación.
- Dirección: Santa Justina 514, Cerro Larraín, Valparaíso.
- Responsable: Gloria Guzmán Torres.
- N° de participantes del estudio: 21 personas.

#### **Proyecto n° 2:**

- Nombre: "Actividad física y Salud".
- Entidad: Junta de vecinos 116 Arturo Prat.
- Dirección: Avenida Playa Ancha 201, Valparaíso.
- Responsable: Lorena Parra Pinto.
- N° participantes del estudio: 12 personas.

**Proyecto n° 3:**

- Nombre: "Vida saludable".
- Entidad: Grupo de damas Teresa Maillet.
- Dirección: Avenida Quebrada Verde s/número, Valparaíso.
- Responsable: Sara Rodríguez Vera.
- N° participantes del estudio: 10 personas.

**Proyecto n° 4:**

- Nombre: "Canal Beagle...un año más de salud y bienestar".
- Entidad: Junta de Vecinos Canal Beagle.
- Dirección: Avenida Bahía Soberanía 1016, Viña del Mar.
- Responsable: Ana María Rojas Araya.
- N° participantes del estudio: 8 personas.

**3.4 DISEÑO MUESTRAL**

En este estudio no fue necesario realizar un plan de diseño muestral, ya que el objetivo era alcanzar a la población máxima de Adultas Mayores que realizaran actividad física, según los criterios de inclusión dentro de los cuatro proyectos identificados.

Los criterios de inclusión para este estudio corresponden a:

- Sexo Femenino.
- Tener 60 o más años.
- Pertenecer a los programas de actividad física de ChileDeportes.
- Asistir regularmente a las clases de actividad física 3 veces por semana con una duración de 30 minutos desde mínimo un año.

Debido a los criterios de inclusión, el grupo estudiado quedó conformado por un universo de 51 personas. Dadas las características y el propósito de esta investigación, resulta factible considerar al universo como muestra final y como una población en sí.

### **3.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos, se confeccionó un instrumento de 4 secciones. La primera sección recoge las características sociodemográficas de las Adultas Mayores, la segunda, incorpora las prácticas de autocuidado, la tercera recolecta las características del estado de salud y la cuarta sección incluye la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

La firma del consentimiento informado (Ver Anexo n° 1) junto con la aplicación del instrumento de recolección de datos, se llevó a cabo desde el 26 de Julio al 30 de Agosto del año 2010. Esta metodología permitió obtener el respaldo, mantener la transparencia y otorgar confiabilidad al estudio realizado por los tesisistas.

Los objetivos planteados para la aplicación del instrumento fueron:

- Determinar el tiempo promedio de aplicación del Instrumento para planificar las visitas a los distintos centros.
- Reconocer preguntas que generen dudas, diferenciar problemas y dificultades en la aplicación del Instrumento.
- Identificar la pertinencia del Instrumento.

### **3.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

El instrumento está compuesto por 4 secciones (ver anexo n° 2). Al inicio el encuestado se encontrará con las instrucciones generales de cómo completar la información requerida. Posteriormente se presentan las secciones.

### **Sección I: Características sociodemográficas de las Adultas Mayores.**

Consta de seis preguntas enumeradas que deben ser contestadas marcando con una X en el recuadro según corresponda, a excepción de la pregunta número 1 en la que se solicita escribir la edad. En las preguntas 2, 3 y 6 las Adultas Mayores pueden seleccionar más de una alternativa. Las preguntas están ordenadas del siguiente modo:

- Pregunta nº 1: Edad.
- Pregunta nº 2: Situación de convivencia en el hogar.
- Pregunta nº 3: Ocupación actual.
- Pregunta nº 4: Estado civil.
- Pregunta nº 5: Nivel socioeconómico.
- Pregunta nº 6: Participación social.

### **Sección II: Prácticas de Autocuidado de las Adultas Mayores (hábitos y control de salud).**

Consta de cinco preguntas enumeradas que deben ser contestadas marcando con una X en el recuadro según corresponda, a excepción de las preguntas 9 y 11 en donde las Adultas Mayores deben marcar con una X en los recuadros de SI o NO. En la pregunta 10 la Adulta Mayor debe escribir el número de medicamentos consumidos fuera de los indicados. Las preguntas están ordenadas del siguiente modo:

- Pregunta nº 7: Hábito tabáquico.
- Pregunta nº 8: Consumo de alcohol.
- Pregunta nº 9: Automedicación.
- Pregunta nº 10: Detalle de automedicación.
- Pregunta nº 11: Asistencia a controles de salud.

### **Sección III: Características del estado de salud de la Adulta Mayor.**

Consta de dos preguntas enumeradas. En la pregunta 12 se puede seleccionar más de una alternativa. La pregunta 13 considera datos obtenidos mediante la medición del peso y talla realizada posteriormente al consentimiento informado, determinando el IMC de las Adultas

Mayores. Esta última pregunta no debe ser contestada por la Adulta Mayor. Las preguntas están ordenadas del siguiente modo:

- Pregunta nº 12: Enfermedades crónicas presentes.
- Pregunta nº 13: Peso, Talla e IMC.

#### **Sección IV: Nivel de Funcionalidad en el Adulto Mayor.**

Consta de ocho preguntas que tienen relación con las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, las cuales se miden a través del Índice de Lawton, en donde la persona encuestada debe marcar una sola alternativa, siendo esta la más representativa para ella. Las preguntas están ordenadas según las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria del siguiente modo:

- Pregunta nº 14: Capacidad de usar el teléfono, con 4 enunciados.
- Pregunta nº 15: Capacidad de ir de compras, con 4 enunciados.
- Pregunta nº 16: Capacidad de preparar la comida, con 4 enunciados
- Pregunta nº 17: Capacidad de cuidar la casa, con 5 enunciados.
- Pregunta nº 18: Capacidad de lavar la ropa, con 3 enunciados.
- Pregunta nº 19: Capacidad de usar medios de transporte, con 5 enunciados.
- Pregunta nº 20: Capacidad de responsabilizarse sobre la medicación, con 3 enunciados.
- Pregunta nº 21: Capacidad para utilizar el dinero, con 3 enunciados.

Cada enunciado posee un puntación entre 0 y 1. Al finalizar su aplicación se suman los puntajes obtenidos de cada pregunta sacando un puntaje final, el cual clasifica a la Adulta Mayor en Independiente Total (8 puntos), Dependiente Moderado (4 a 7 puntos), Dependiente Severo (1 a 4 puntos) y Máxima Dependencia (0 puntos).

### **3.7 ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para objetivar la confiabilidad y validez del instrumento, éste fue analizado por la Ingeniera en Estadística del Instituto de Salud del Trabajador de Viña del Mar, señorita Pilar Barros Echeverría.

Por indicación de la estadística que nos asesoró, se realizaron dos pruebas del instrumento para determinar su confiabilidad y validez, los días 26 y 28 de Julio del año 2010. En ambas ocasiones se aplicó el instrumento al mismo grupo de 9 Adultas Mayores que participan en los programas de actividad física de ChileDeportes en Valparaíso.

Los objetivos de la prueba del instrumento fueron:

- Determinar el tiempo promedio de aplicación del Instrumento para planificar las visitas a los distintos centros.
- Reconocer preguntas que generen dudas, diferenciar problemas y dificultades en la aplicación del Instrumento.
- Identificar la pertinencia del Instrumento.

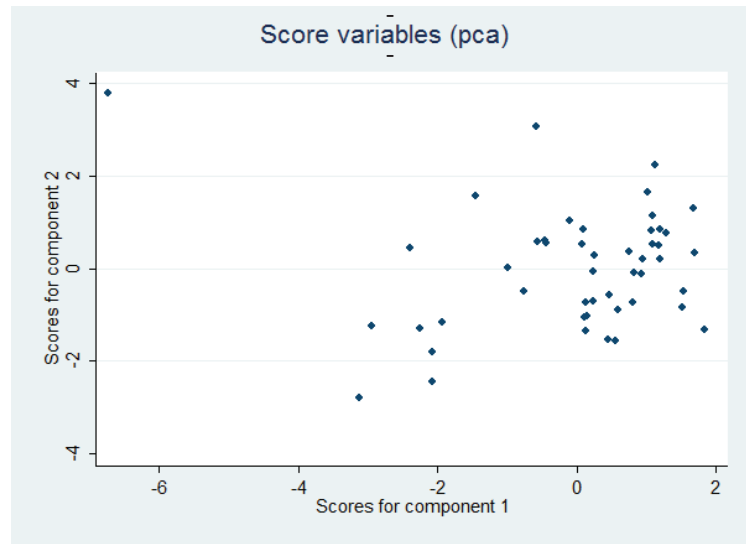
Como resultado de la aplicación de la prueba, se realizaron 3 cambios en el Instrumento, los cuales corresponden a:

- Poder contestar más de una alternativa en la pregunta n° 3
- El tipo medición cuantificado del hábito tabáquico y consumo de alcohol en las preguntas n° 7 y 8.

### **3.8 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

A diferencia del cálculo para las preguntas, las Adultas Mayores no son explicadas por las dos componentes, ya que el rango de la componente 1 oscila entre -6 y 2, mientras que, la componente 2 entre -4 y 4, esto se aleja mucho del punto central cero.

**Grafico 3.** Componentes principales de las Adultas Mayores



Con respecto al análisis de confiabilidad del estudio, el indicador utilizado fue el de Alpha de Crombach, el que indica qué tan confiable puede ser un estudio. El valor del alpha fue de 0,5202 es decir, que la confiabilidad es del 52,02%, lo cual indica que está cerca del límite. Por lo tanto el instrumento no tiene una alta confiabilidad y sólo puede ser utilizado para este estudio al ser un instrumento dirigido para el grupo específico de la población.

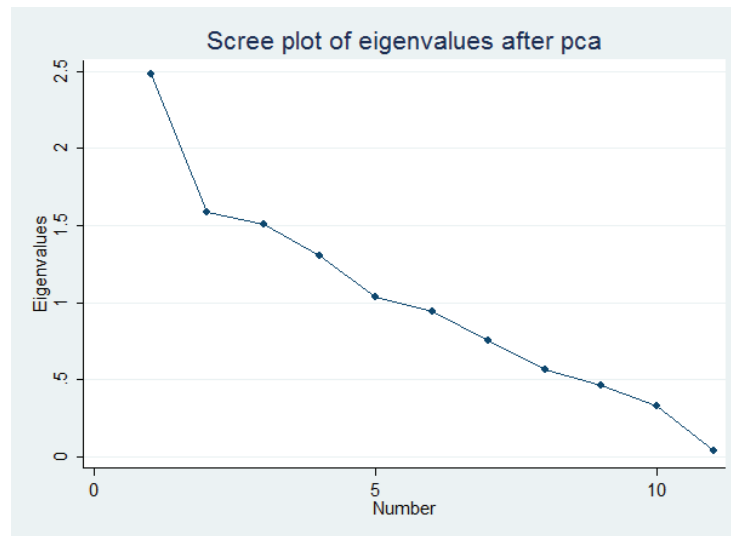
### **3.9 ESTUDIO DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

El cálculo de la validez del instrumento se realiza mediante el análisis multivariado de componentes principales. El objetivo de los componentes principales, es la búsqueda de combinaciones de “p” variables en un número sustancialmente inferior de “k” variables para reducir la dimensionalidad de la serie de variables originales, pero conservando la mayor parte de la información proporcionada por las variables observadas.

Teóricamente pueden ser extraídos tantos componentes como variables observadas, lo que permite explicar toda la variabilidad en las variables originales (un componente para cada

conjunto de ítems o indicadores), sin embargo vulnera el principio base en la prueba, es decir, la reducción y simplificación para la interpretación.

**Gráfico 1.** Valores Propios

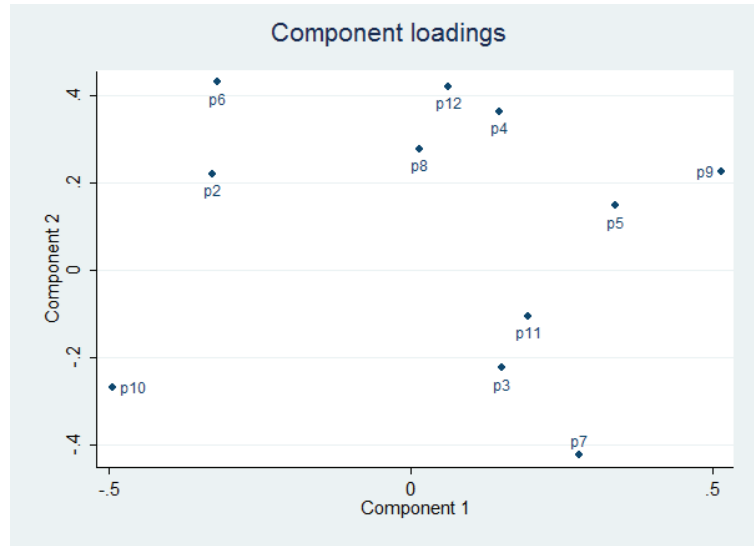


El Gráfico 1 de codo muestra cada valor propio, y se puede ver que en el componente 2 existe un cambio de pendiente brusco lo que se interpreta como que las dos primeras componentes pueden explicar el conjunto de variables (en este caso las preguntas).

Al hacer el cálculo de la variabilidad del análisis de componentes principales, el valor fue de 0,9143, esto quiere decir que las dos primeras componentes explican un 91,43% de todo el grupo tanto de variables como de individuos.

En conclusión por el método de componentes principales esta evaluación es válida para ser aplicada en este estudio.

**Grafico 2.** Componentes principales para las preguntas



El Gráfico 2 muestra cada pregunta con su respectivo valor para el componente 1 y componente 2. El rango de valores del componente 1 oscila entre -0,5 y 0,5, mientras que, los del componente 2 oscila entre el -0,4 y 0,4. Ambas componentes se encuentran muy cercano al valor 0, lo que explica que son necesarias para explicar todo el grupo de preguntas, sin necesidad de utilizar una tercera o cuarta componente.

Como conclusión, las preguntas y sus resultados son válidas sólo en este estudio, ya que no se puede inferir que otro grupo de personas tengan las mismas características.

### **3.10 CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Para el análisis de los datos se utilizó la totalidad de los Instrumentos, donde se consideraron los siguientes aspectos:

En la Sección I, Características sociodemográficas, se determinó el tipo de familia al que pertenecen las Adultas Mayores, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Familia unipersonal: integrada por la Adulta Mayor.
- Familia nuclear: integrada por la pareja de Adultos Mayores con o sin hijos, o sólo por la Adulta Mayor y sus hijos.
- Familia extendida: integrada por la pareja de Adultos Mayores o sólo la Adulta Mayor, con o sin hijos, más otros miembros que pueden ser o no parientes.

Para clasificar a las familias según el ingreso económico, se consideró el ingreso promedio mensual familiar dividido por el número de integrantes de la familia. Con dicho resultado se obtuvo el ingreso per-cápita, utilizándose para distribuir a las familias de acuerdo a la clasificación por quintiles del siguiente modo:

- I Quintil: familias cuyo ingreso per-cápita es igual o inferior a \$53.184
- II Quintil: familias cuyo ingreso per-cápita entre \$53.185 y \$90.067
- III Quintil: familias cuyo ingreso per-cápita entre \$90.068 y \$140.665
- IV Quintil: familias cuyo ingreso per-cápita entre \$140.666 y \$254.627
- V Quintil: familias cuyo ingreso per-cápita es superior a \$254.627

Con respecto a la ocupación actual de las Adultas Mayores, se determinaron tres opciones:

- Laboralmente activa
- Jubilada/Pensionada
- Dueña de casa

De éstas, se pueden contestar más de una opción, por lo tanto se definen las siguientes alternativas:

- Laboralmente activa, Jubilada y Pensionada: Adulta Mayor que se desempeña en una actividad remunerada con o sin contrato además de percibir un ingreso por jubilación y/o pensión.

- Dueña de casa. Jubilada y Pensionada: Adulta Mayor que se encarga de la administración del hogar y de realizar los quehaceres que éste conlleva percibiendo un ingreso económico producto de una jubilación y/o pensión.
- Laboralmente activa: Adulta Mayor que sólo se desempeña en una actividad remunerada con o sin contrato.
- Dueña de casa: Adulta Mayor que se encarga sólo de la administración del hogar y de realizar los quehaceres que éste conlleva.
- Jubilada y Pensionada: Adulta Mayor que no tiene carga agregada doméstica y/o laboral, es decir, que no realiza los quehaceres del hogar por contar con una red de apoyo que se encarga de hacerlo.

Para analizar a las Adultas Mayores con hábito tabáquico se utilizó la siguiente clasificación de fumadores:

- Fumador leve: Es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que la población no fumadora.
- Fumador moderado: Es el que fuma entre 6 y 15 cigarrillos promedio por día. Aumenta hasta 40 veces las probabilidades de cáncer de pulmón.
- Fumador severo: Fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio. Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón.

Con respecto al consumo de alcohol, el enfoque es conocer si éste influye en el nivel de funcionalidad de las Adultas Mayores que realizan actividad física en programas de ChileDeportes, por lo tanto no se busca clasificar a las Adultas Mayores según el consumo.

Para este fin se identifican tres opciones sobre el consumo de alcohol:

- Diariamente
- Ocasionalmente, en situaciones sociales
- No consume

Para analizar el estado nutricional de las Adultas Mayores se utiliza la siguiente clasificación:

IMC < 23	: Bajo peso o enflaquecida
IMC 23,1 – 27,9	: Normal
IMC 28 – 31,9	: Sobrepeso
IMC ≥ 32	: Obesa

Una vez aplicado el instrumento se creó una base de datos en Microsoft Office Excel 2007, que contenía 39 variables (columnas) y 51 Adultas Mayores (filas).

Los análisis estadísticos y los gráficos fueron desarrollados en el software estadístico Stata 11.0 en conjunto con el empleo Microsoft Office Excel 2007 y Microsoft Power Point 2007.

### **3.11 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO**

Previo a la recolección de datos se solicitaron las autorizaciones correspondientes, a través de cartas dirigidas a cada representante de los 4 proyectos seleccionados por los tesisistas dentro de Viña del Mar y Valparaíso. Estas cartas contenían los objetivos del estudio, la petición formal para ser comunicadas a las Adultas Mayores que realizaban actividad física, la identificación completa de cada tesisista y la firma de la profesora Guía; todo esto avalado por la Universidad de Valparaíso. Posteriormente a la entrega de las cartas, los tesisistas gestionaron una conversación con cada grupo de Adultas Mayores participantes del programa de actividad física y sus profesores a modo explicativo. Esta instancia sirvió para contestar consultas de las participantes con respecto a los criterios de inclusión y gestionar los días en que nos recibirían.

Debido a que el instrumento fue confeccionado en parte por los tesisistas, éste requirió la realización de una prueba previa para evaluar su validez y confiabilidad. Todo esto se efectuó bajo el asesoramiento de un profesional del área estadística.

Para la aplicación de la prueba del instrumento, se seleccionaron 9 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión al azar, previa firma del consentimiento informado.

Una vez obtenidos los datos se enviaron los antecedentes en una planilla Excel a la estadística para su análisis.

Obtenidos los resultados de confiabilidad y validez del instrumento, se procedió a realizar la planificación para la aplicación de éste. El grupo de tesis se organizó trabajando en equipo al acudir a los proyectos, una persona verificaba los consentimientos informados, dos personas pesaban y median, y las dos restantes realizaban la entrevista a las Adultas Mayores. Recibiendo el refuerzo por parte del equipo cuando terminaran sus roles asignados.

Los datos fueron recolectados por los integrantes del presente seminario, entre los días 26 de Julio y 30 de Agosto del año 2010, según los horarios de realización de actividad física de los proyectos y la disponibilidad horaria de los tesis.

---

---

**CAPÍTULO 4:**  
**RESULTADOS: PRESENTACIÓN EN TABLAS, GRÁFICOS Y**  
**ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

---

---

#### 4.1 ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Para la determinación de la muestra se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Sexo Femenino.
- Tener 60 o más años.
- Pertenecer a los programas de actividad física de ChileDeportes.
- Asistir regularmente a las clases de actividad física 3 veces por semana con una duración mínima de 30 minutos desde hace un año mínimo.

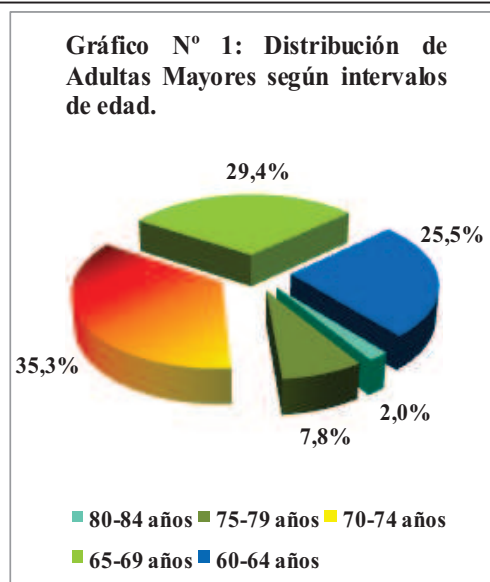
Al aplicar dichos criterios al universo, éste quedó compuesto por 51 Adultas Mayores pertenecientes a las comunas de Viña del Mar (15, 7%) y Valparaíso (84,3%).

Intervalo de Edades (años)	Frecuencia	Promedio	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Desviación Estándar
60 - 64	13	68,57	61	83	67,89	70,38	4,98
65 - 69	15						
70 - 74	18						
75 - 79	4						
80 - 84	1						

Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 1 muestra que del total de Adultas Mayores entrevistadas en ambas comunas, el promedio de edad corresponde a 68,57 años y la moda 70,38 años, siendo el intervalo de 70-74 años el de mayor frecuencia.

En el Gráfico N° 1 se observa el porcentaje de Adultas Mayores que se encuentra en cada intervalo de edad.

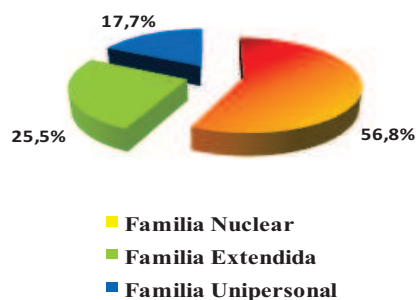


Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

**Tabla N° 2: “Distribución de Adultas Mayores según tipo de familia”.**

Tipo de Familia	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Nuclear	29	56,8 %
Extendida	13	25,5 %
Unipersonal	9	17,7 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 2: Distribución de Adultas Mayores según tipo de familia.**



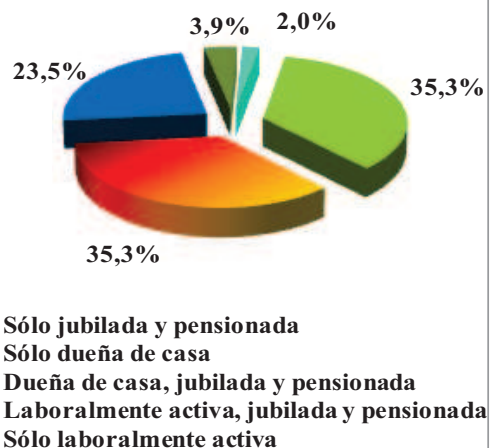
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 2 señala que el 56,8% de las Adultas Mayores pertenecen a una familia nuclear, mientras que el 25,5% pertenece a una familia extendida. Por otro lado se puede ver que sólo un 17,7% viven solas. El Gráfico N° 2 muestra esta distribución tomando en cuenta que el 82,3% de las Adultas Mayores viven acompañadas.

**Tabla N° 3: “Distribución de Adultas Mayores según ocupación actual”.**

Ocupación Actual	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Laboralmente activa, jubilada y/o pensionada	2	3,9 %
Dueña de casa, jubilada y/o pensionada	12	23,5 %
Sólo laboralmente activa	1	2,0 %
Sólo dueña de casa	18	35,3 %
Sólo jubilada y/o pensionada	18	35,3 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 3: Distribución de Adultas Mayores según ocupación actual.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

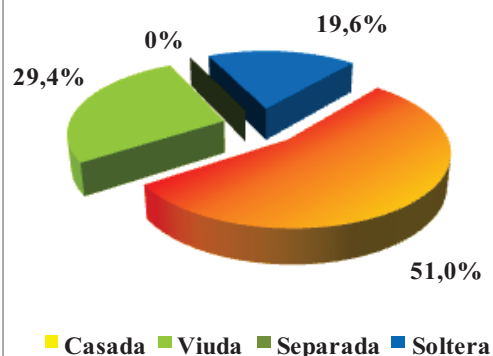
La Tabla y el Gráfico N° 3 muestran que un 66,7% de las Adultas Mayores que participan en el programa de actividad física, tienen una carga agregada doméstica y/o laboral, como ser dueña de

casa o tener un trabajo remunerado de las cuales el 56,9% son independientes totales. (Ver Tabla y Gráfico N° 23).

**Tabla N° 4: “Distribución de Adultas Mayores según estado civil”.**

Estado Civil	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Casada	26	51,0%
Viuda	15	29,4 %
Separada	0	0,0 %
Soltera	10	19,6 %
Total	51	100%

**Gráfico N° 4: Distribución de Adultas Mayores según estado civil.**



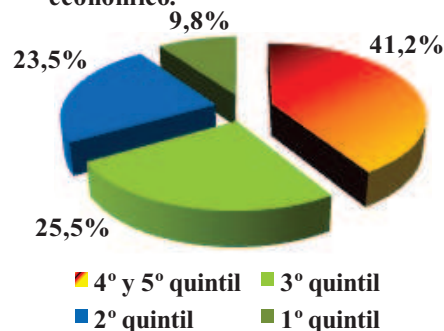
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y el Gráfico N° 4 muestran el estado civil de las Adultas Mayores, donde se evidencia que el 51,0% está casada, el 29,4% es viuda y el 19,6% soltera. Cabe señalar que dentro del universo no se encontró Adultas Mayores con estado civil separada.

**Tabla N° 5: “Distribución de Adultas Mayores según ingreso económico”.**

Ingreso Económico	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
1 <sup>er</sup> quintil	5	9,8 %
2 <sup>do</sup> quintil	12	23,5 %
3 <sup>er</sup> quintil	13	25,5 %
4 <sup>to</sup> y 5 <sup>to</sup> quintil	21	41,2 %
Total	51	100%

**Gráfico N° 5: Distribución de Adultas Mayores según ingreso económico.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 5 muestra que el 66,7% de las Adultas Mayores se sitúan a partir del tercer quintil, encontrándose la moda en los últimos dos quintiles con un 41,2% en total, mientras que sólo un 33,0% de las Adultas Mayores pertenecen al primer y segundo quintil. (Ver Gráfico N° 5).

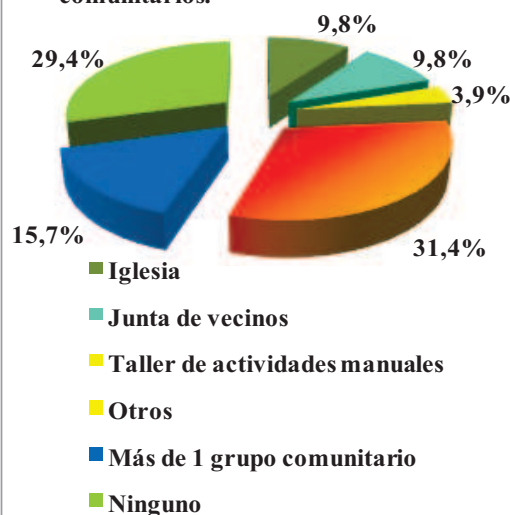
Con respecto al ingreso económico, el estudio arrojó que no tiene incidencia destacable en la funcionalidad de la Adulta Mayor. Esto puede constituir una de las principales características sociodemográficas, en conjunto con las redes de apoyo, que influyen en la participación en programas de actividad física, lo que toma gran importancia cuando observamos que la realidad nacional demuestra que a menor ingreso económico, menor realización de actividad física y mayores índices de masa corporal.

#### 4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

**Tabla N° 6: “Distribución de Adultas Mayores que realizan actividad física según participación en otros grupos comunitarios”.**

Participación	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Iglesia	5	9,8 %
Junta de vecinos	5	9,8 %
Taller de actividades manuales	2	3,9 %
Otros	16	31,4 %
Más de 1 grupo comunitario	8	15,7 %
Ninguno	15	29,4 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 6: Distribución de Adultas Mayores según participación en otros grupos comunitarios.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 6 muestra que el 70,6% de las Adultas Mayores que realizan actividad física, participan dentro de otros grupos comunitarios fuera de realizar actividad física de forma regular, de las cuales un 58,8% muestra una independencia total, mientras que un 23,5% que no participa es independiente total. (Ver Tabla y Gráfico N° 24).

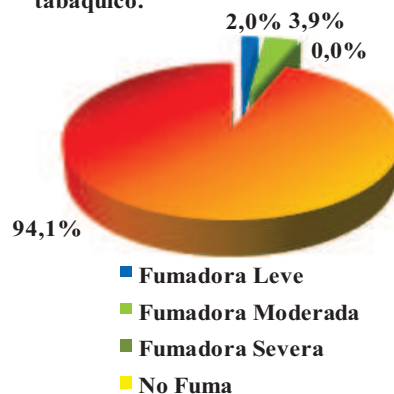
En tanto, un 29,4% no participa en otros grupos comunitarios. Dentro del grupo que si participa, la moda corresponde a la opción de “Otros” con un 31,4% en donde se incluyen otras actividades

fuera de las opciones entregadas (taller de cueca, reunión de amigas, etc). Seguido por la participación en más de un grupo comunitario con un 15,7%. (Ver Gráfico N° 6).

**Tabla N° 7: “Distribución de Adultas Mayores según presencia de hábito tabáquico”.**

Hábito Tabáquico	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Fumadora Leve	1	2,0 %
Fumadora Moderada	2	3,9 %
Fumadora severa	0	0,0 %
No Fuma	48	94,1 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 7: Distribución de Adultas Mayores según presencia de hábito tabáquico.**



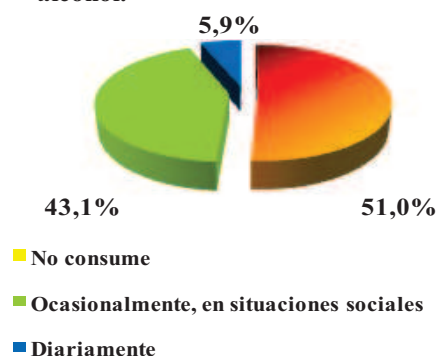
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

Con respecto a la salud y prácticas de autocuidado, la Tabla y el Gráfico N° 7 muestran que el 94,1% de las Adultas Mayores no fuma, en tanto el 3,9% son fumadoras moderadas (6 a 15 cigarrillos al día) y sólo un 2,0% son fumadoras leves (menos de 5 cigarrillos al día). Cabe destacar que no se encontraron fumadoras severas dentro de los resultados (16 y más cigarrillos al día).

**Tabla N° 8: “Distribución de Adultas Mayores según consumo de alcohol”.**

Consumo de Alcohol	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Diariamente	3	5,9 %
Ocasionalmente, en situaciones sociales	22	43,1 %
No Consume	26	51,0 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 8: Distribución de Adultas Mayores según consumo de alcohol.**



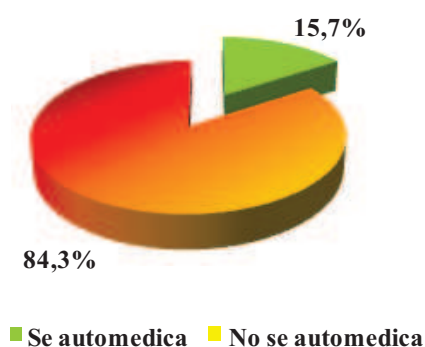
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

Dentro de este mismo ámbito, la Tabla N° 8 muestra que un 51,0% de las Adultas Mayores no ingiere alcohol, mientras que el 49% restante consume alcohol aunque sea de forma ocasional. (Ver Gráfico N° 8).

**Tabla N° 9: “Distribución de Adultas Mayores según automedicación”.**

Automedicación	Adultas Mayores	
	Nº	Porcentaje
Se automedica con 1 fármaco	7	13,7 %
Se automedica con 2 fármacos	1	2,0 %
No se automedica	43	84,3 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 9: Distribución de Adultas Mayores según automedicación.**



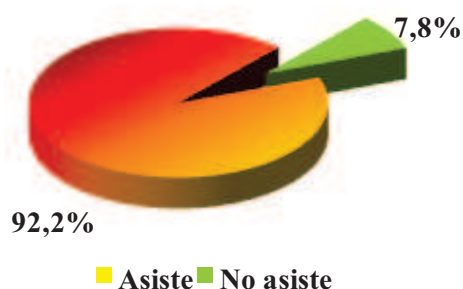
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y el Gráfico N° 9 muestran que el 84,3% de las Adultas Mayores no consume otros medicamentos fuera de los indicados por el médico y sólo el 15,7% se automedica. Dentro de las Adultas Mayores que se automedica, el 13,7% lo hace agregando 1 fármaco y sólo el 2,0% agrega 2 fármacos.

**Tabla N° 10: “Distribución de Adultas Mayores según asistencia regular a controles de salud”.**

Asistencia a controles de salud	Adultas Mayores	
	Nº	Porcentaje
Asiste	47	92,2 %
No asiste	4	7,8 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 10: Distribución de Adultas Mayores según asistencia regular a controles de salud.**



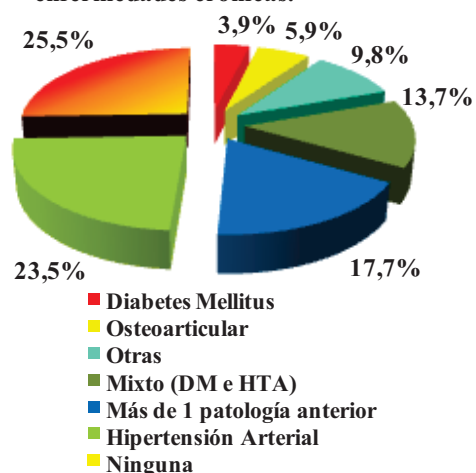
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La asistencia regular a controles de las Adultas Mayores corresponde a un 92,2% y sólo un 7,8% no asiste de forma regular a los controles de salud. (Ver Tabla y Gráfico N° 10).

**Tabla N° 11: “Distribución de Adultas Mayores según enfermedades crónicas”.**

Enfermedades crónicas	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Diabetes Mellitus	2	3,9 %
Mixto (Diabetes Mellitus e Hipertensión)	7	13,7 %
Hipertensión	12	23,5 %
Osteoarticular	3	5,9 %
Otras	5	9,8 %
Hipertensión/ Osteoarticular/Otras	1	2,0 %
Hipertensión/Otras	3	5,9 %
Mixto/Otras	1	2,0 %
Hipertensión/ Osteoarticular	4	7,8 %
Ninguna enfermedad	13	25,5 %
Total	51	100%

**Gráfico N° 11: Distribución de Adultas Mayores según enfermedades crónicas.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y Gráfico N° 11 se observan las enfermedades crónicas que presentan las Adultas Mayores, destacando que un 74,5% presenta una o más de una enfermedad crónica. Siendo la de mayor prevalencia la hipertensión arterial con un porcentaje de 54,9% del total. En cambio un 25,5% no presenta ninguna enfermedad crónica. De las Adultas Mayores que portan alguna enfermedad crónica un 15,7% son dependientes moderadas. (Ver Tabla y Gráfico N° 28).

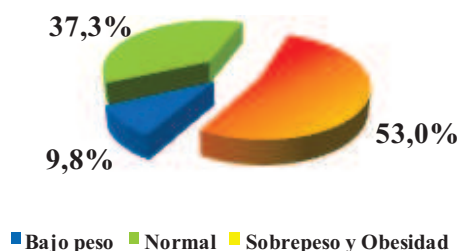
Según los resultados del estudio del programa piloto de actividad física integral de Adultos Mayores, realizado por ChileDeportes en conjunto con el gobierno de Chile, un 33,7% de los Adultos Mayores padece hipertensión y 4,2% de diabetes. El riesgo cardiovascular alto y muy alto alcanza un 54,9% de la población Adulta Mayor (64,2% hombres y 46,2% mujeres), lo que es concordante con los resultados arrojados por nuestro universo.

Cabe destacar que la muestra arrojó que del 54,9% de las Adultas Mayores con hipertensión arterial un 9,8% tienen alguna enfermedad osteoarticular. En tanto el 19,6% de las Adultas Mayores que presentan diabetes mellitus, ninguna tiene enfermedades osteoarticulares.

**Tabla N° 12: “Distribución de Adultas Mayores según estado nutricional”.**

Estado Nutricional	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Bajo peso	5	9,8 %
Normal	19	37,2 %
Sobrepeso	18	35,3 %
Obesidad	9	17,7 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 12: Distribución de Adultas Mayores según estado nutricional.**



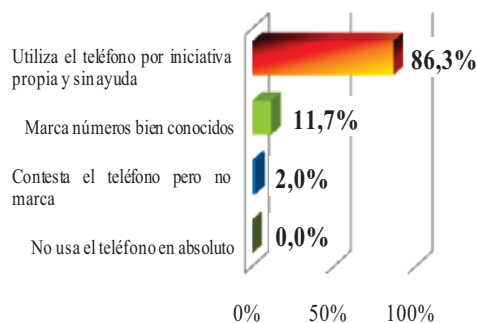
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

El 37,2% de las Adultas Mayores presenta un IMC normal para su etapa de vida, sin embargo un 35,3% se encuentra en sobrepeso y un 17,7% obesa. Es importante destacar que un 9,8% de las Adultas Mayores se encuentra bajo peso o enflaquecida. (Ver Tabla y Gráfico N° 12).

**Tabla N° 13: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad de utilizar el teléfono”.**

Capacidad de utilizar el teléfono	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda	44	86,2 %
Marca números bien conocidos	6	11,8 %
Contesta el teléfono pero no marca	1	2,0 %
No usa el teléfono en absoluto	0	0,0 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 13: Distribución de Adultas Mayores según capacidad para utilizar el teléfono.**



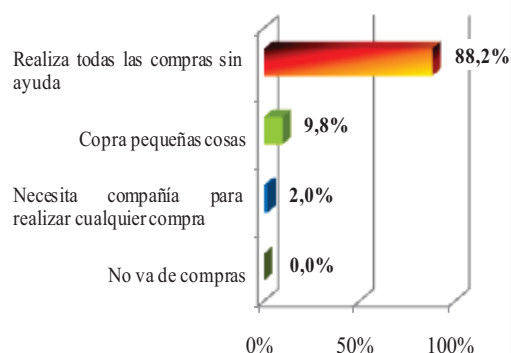
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y el Gráfico N° 13 muestran que el 86,2% de las Adultas Mayores utilizan el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda, en tanto sólo un 2,0% contesta el teléfono pero no marca y ninguna no usa el teléfono en absoluto.

**Tabla N° 14: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para ir de compras”.**

Capacidad para ir de compras	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Realiza todas las compras sin ayuda	45	88,2 %
Copra pequeñas cosas	5	9,8 %
Necesita compañía para realizar cualquier compra	1	2,0 %
No va de compras	0	0,0 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 14: Distribución de Adultas Mayores según capacidad para ir de compras.**



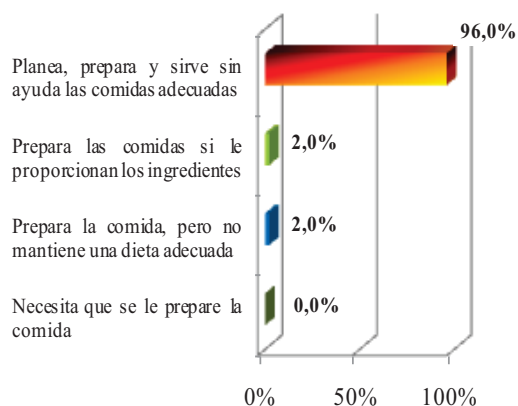
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y el Gráfico N° 14 muestran que el 88,2% de las Adultas Mayores realiza todas las compras sin ayuda, un 9,8% compra cosas pequeñas y sólo un 2,0% necesita compañía para realizar cualquier compra.

**Tabla N° 15: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad de preparar la comida”.**

Capacidad de preparar la comida	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas	49	96,0 %
Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes	1	2,0 %
Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada	1	2,0 %
Necesita que se le prepare la comida	0	0,0 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 15: Distribución de Adultas Mayores según capacidad para preparar la comida.**



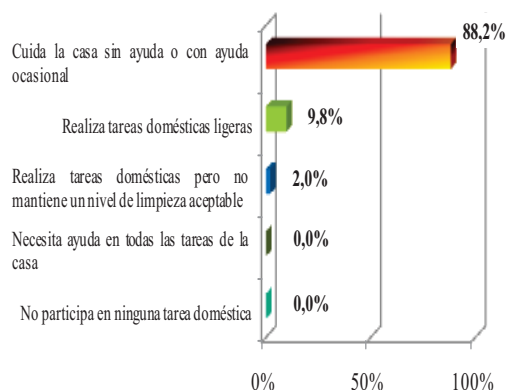
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y el Gráfico N° 15 se observa que un 96,0% planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas y sólo un 2,0% prepara las comidas si se le proporciona los ingredientes.

**Tabla N° 16: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para cuidar la casa”.**

Capacidad de cuidar la casa	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Cuida la casa sin ayuda o con ayuda ocasional	45	88,2 %
Realiza tareas domésticas ligeras	5	9,8 %
Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable	1	2,0 %
Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	0	0,0 %
No participa en ninguna tarea doméstica	0	0,0%
Total	51	100 %

**Gráfico N° 16: Distribución de Adultas Mayores según capacidad para cuidar la casa.**



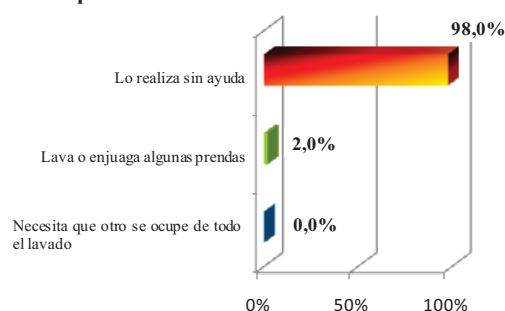
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y Gráfico N° 16 se observa que un 88,2% cuida la casa sin ayuda o con ayuda ocasional, un 9,8% realiza tareas domésticas ligeras y un 2,0% realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.

**Tabla N° 17: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para lavar la ropa”.**

Capacidad de lavar la ropa	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Lo realiza sin ayuda	50	98,0 %
Lava o enjuaga algunas prendas	1	2,0 %
Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0	0,0 %
Total	51	100 %

**Gráfico N° 17: Distribución de Adultas Mayores según capacidad para lavar la ropa.**



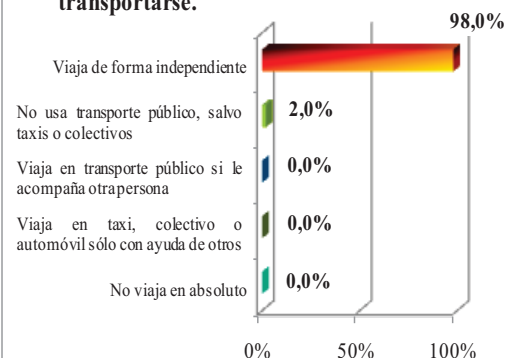
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y Gráfico N° 17 muestran que un 98,0% lava la ropa sin ayuda y sólo un 2,0% lava o enjuaga algunas prendas.

**Tabla N° 18: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para transportarse”.**

Capacidad para transportarse	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Viaja de forma independiente	50	98,0 %
No usa transporte público, salvo taxis o colectivos	1	2,0 %
Viaja en transporte público si le acompaña otra persona	0	0,0 %
Viaja en taxi, colectivo o automóvil sólo con ayuda de otros	0	0,0%
No viaja en absoluto	0	0,0%
Total	51	100 %

**Gráfico N° 18: Distribución de Adultas Mayores según capacidad para transportarse.**

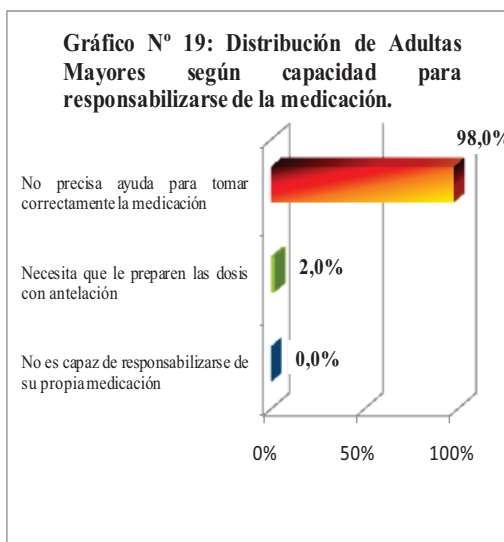


Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y Gráfico N° 18 se observa que un 98,0% viaja de forma independiente y un 2,0% no usa transporte público salvo taxis o colectivos.

**Tabla N° 19: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para responsabilizarse de la medicación”.**

Capacidad de responsabilizarse sobre la medicación	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación	50	98,0 %
Necesita que le preparen las dosis con antelación	1	2,0 %
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0	0,0 %
Total	51	100 %

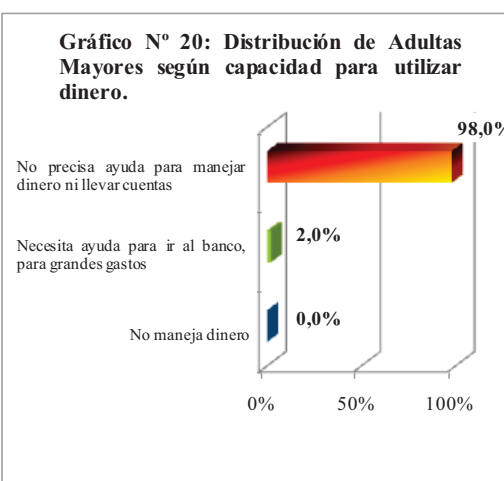


Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y Gráfico N° 19 se observa que un 98,0% de las Adultas Mayores no precisa ayuda para tomar correctamente la medicación y sólo una necesita que le preparen la dosis con antelación.

**Tabla N° 20: “Distribución de Adultas Mayores según capacidad para utilizar dinero”.**

Capacidad para utilizar dinero	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas	50	98,0 %
Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos	1	2,0 %
No maneja dinero	0	0,0 %
Total	51	100 %



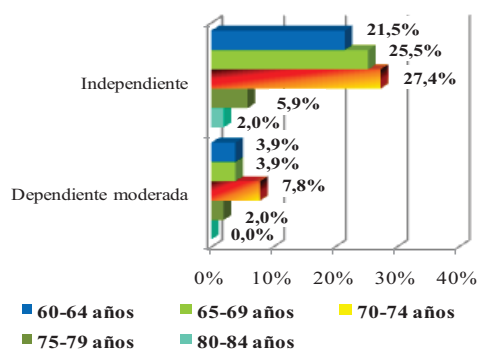
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y Gráfico N° 20 se observa que sólo una persona necesita ayuda para ir al banco o para grandes gastos y el 98,0% no precisa ayuda para manejar dinero ni para llevar cuentas.

**Tabla N° 21: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad e intervalos de edad”.**

Intervalos edades	Dependencia Moderada		Independencia Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
60 - 64	2	3,9 %	11	21,5 %
65 - 69	2	3,9 %	13	25,5 %
70 - 74	4	7,8 %	14	27,4 %
75 - 79	1	2,0 %	3	5,9 %
80 - 84	0	0,0 %	1	2,0 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 21: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad e intervalos de edad.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y Gráfico N° 21 muestran que el rango de edad de 60-69 años, que representan el 54,9% de la muestra es el rango de mayor participación en el programa de actividad física. De estos un 47,0% arrojó ser independientes totales, mientras que un 7,8% se categorizó como dependientes moderadas.

Los 2 últimos intervalos que incluyen las edades de 75-84 años representan el 9,8% del total de la muestra quedando en evidencia la menor participación en el programa de actividad física de los rangos de mayor edad, donde un 7,9% corresponden a independientes y un 2,0% a dependientes moderadas.

A partir de los resultados podemos concluir que a mayor edad de las participantes, la muestra presenta menor participación en la realización de actividad física, esto se puede deber a que a mayor edad, las personas presentan menor funcionalidad, lo que les impide hacerse partícipes de este tipo de actividades. En cambio a menor edad mayor participación en el programa de actividad física, lo que concuerda con los resultados de la encuesta CASEN 2006, que revela que el 5,7% de Adultos Mayores de 65 a 74 años realizó actividad física fuera de su horario de trabajo en el último mes durante treinta minutos, mientras que un 4,8% realizó la misma acción en el rango de edad de 75 y más.

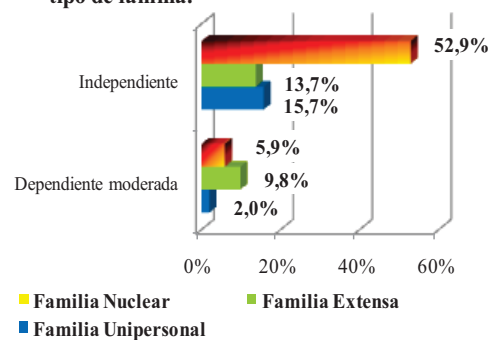
En el intervalo de 70-74 años hay una participación de 18 personas, siendo el intervalo con mayor participación según el análisis individual de los intervalos, correspondiendo al 35,3% del total del universo, de los cuales un 27,4% son independientes totales y sólo un 7,8% muestra dependencia moderada. Este intervalo se comporta como un intervalo de transición entre la máxima participación y la mínima participación, esto se debe a que las edades que comprende este intervalo son edades medias entre la mínima para la Adulta Mayor (60 años) y la máxima según esperanza de vida (81 años).

A través de los datos obtenidos en este estudio, podemos concluir que la actividad física es la actividad de participación más relevante para la funcionalidad en los Adultos Mayores, puesto que independiente de la participación en otras actividades un 82,3% del universo es independiente total para la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Concluyendo así que la actividad física se comporta como factor protector frente a la funcionalidad. (Ver Tabla y Gráfico N° 30).

**Tabla N° 22: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y tipo de Familia”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Familia Nuclear	3	5,9 %	27	52,9 %
Familia Extensa	5	9,8 %	7	13,7 %
Familia Unipersonal	1	2,0 %	8	15,7 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 22: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y tipo de familia.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

El término de redes de apoyo, comprende aspectos diversos tales como el cuidado en salud que reciben las personas mayores, el apoyo económico y emocional que se intercambia entre familiares y amigos, así como entre grupos de apoyo comunitario.

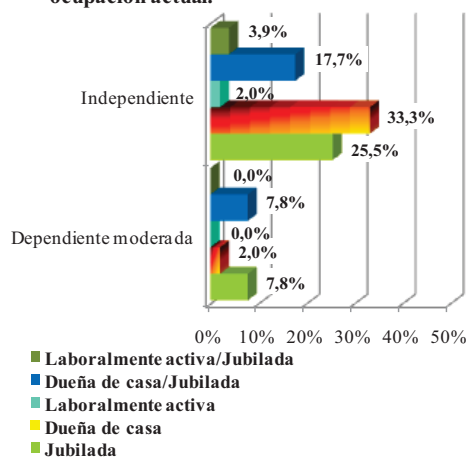
En Chile, según la encuesta CASEN 2006, un 76,2% de los Adultos Mayores, de 65 a 74 años cuentan con una red de apoyo social y el 77,2% de los Adultos Mayores de 75 años y más cuentan también con una red de apoyo.

Al analizar la pregunta *¿Con quién vive usted?*, un 17,7% de la muestra vive sola, mientras que un 82,3% vive acompañada, a partir de esto se concluye que las redes de apoyo son incidentes en el porcentaje de participación, ya que aquellas Adultas Mayores que presentan redes de apoyo tienen mayor participación en el programa de actividad física; esto se debe a que tendrían una menor sobrecarga de tareas en el hogar y una mayor posibilidad de otorgar tiempo a actividades recreativas. El 80,9% de las Adultas Mayores que viven acompañadas son independientes, mientras que un 88,9% de las Adultas Mayores que viven solas muestran también una independencia total. Por tanto, no se evidencia relación entre la presencia de redes de apoyo y un mayor nivel de funcionalidad.

**Tabla N° 23: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y ocupación actual”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia Total	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Laboralmente activa/jubilada	0	0,0 %	2	3,9 %
Dueña de casa/Jubilada	4	7,8 %	9	17,7 %
Laboralmente activa	0	0,0 %	1	2,0 %
Dueña de casa	1	2,0 %	17	33,3 %
Jubilada	4	7,8 %	13	25,5 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 23: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y ocupación actual.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

Al analizar la pregunta referente a la *Ocupación actual*, se observa que esta no tiene incidencia en la participación en el programa de actividad física, ya que el 66,7% de las Adultas Mayores tiene una carga agregada doméstica y/o laboral, dejando en evidencia que no constituye un

obstáculo para la participación. Sin embargo la ocupación tiene una importante incidencia en la funcionalidad, ya que el 56,9% de las Adultas Mayores que tienen una carga agregada doméstica y/o laboral presenta independencia total y sólo el 9,8% restante presenta dependencia moderada. Concluyendo que la realización de una actividad, como el trabajo remunerado o el ser dueña de casa, aporta a la mantención o fomento de la funcionalidad.

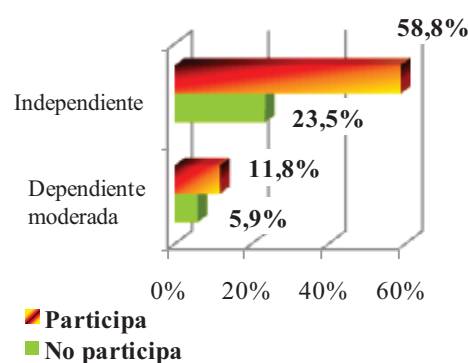
Aquellas Adultas Mayores que no presentan una carga agregada doméstica y/o laboral, es decir las jubiladas que no son dueñas de casa ni tienen trabajo remunerado, representan el 33,3% de la muestra, de las cuales un 23,5% presentó una dependencia moderada. Deduciendo que 1 de cada 7 personas con carga agregada doméstica y/o laboral es dependiente moderada, mientras que 1 de cada 4 Adultas Mayores que no tienen carga agregada se encasilla dentro del mismo nivel.

Según la encuesta CASEN 2006, en el rango de edad de 65 a 74 años, un 85,0% de los Adultos Mayores, realiza algún tipo de trabajo con o sin contrato y en el rango de 75 años y más un 56,0% otorga la misma afirmación. Lo que resulta concordante con la realidad de nuestro universo.

**Tabla N° 24: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y participación social”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia total	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Participa	6	11,8 %	30	58,8 %
No participa	3	5,9 %	12	23,5 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 24: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y participación social.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La participación social de las personas mayores ha sido tradicionalmente abordada desde su dimensión individual; desde esta perspectiva, podría definirse como el proceso de interacción

personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa. La participación en actividades sociales e interacciones significativas es una necesidad vital cuya satisfacción resulta indispensable para la autorrealización personal, pues permitiría a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades y recursos. Altos niveles de participación social se asocian con mejor salud física, menor mortalidad y un mayor nivel de bienestar psicológico.

Según el manual sobre indicadores de la calidad de vida en la vejez, 2006, basado en la encuesta SABE, un 16,2% del total de Adultos Mayores encuestados en Santiago de Chile, resultó participar de alguna actividad social.

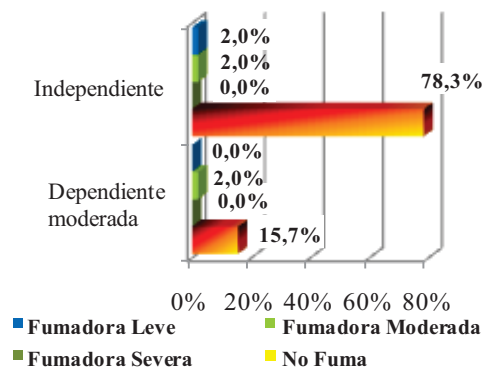
La encuesta CASEN 2006 arrojó que un 49,6% de los Adultos Mayores entre 65 y 74 años, participa en alguna organización social y que el 43,2% de los adultos de 75 años y más, realiza la misma acción.

Según los resultados obtenidos, el 70,6% del total de la muestra participa en otras actividades sociales y un 29,4% no participa. Por lo tanto, la participación social en otras actividades, independiente de la participación en el programa de actividad física, no incide en el nivel de funcionalidad de las Adultas Mayores. Esto se demuestra realizando el contraste entre el 20,0% que corresponde al total de Adultas Mayores con dependencia moderada dentro del grupo que no participa versus el 16,7% que representa a las Adultas Mayores con dependencia moderada en el grupo que sí participa, dejando en evidencia que no existe incidencia de la participación en otras actividades en la funcionalidad.

**Tabla N° 25: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y hábito tabáquico”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia total	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Fumadora Leve	0	0,0 %	1	2,0 %
Fumadora Moderada	1	2,0 %	1	2,0 %
Fumadora Severa	0	0,0 %	0	0,0 %
No Fuma	8	15,7 %	40	78,3 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 25: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y hábito tabáquico.**



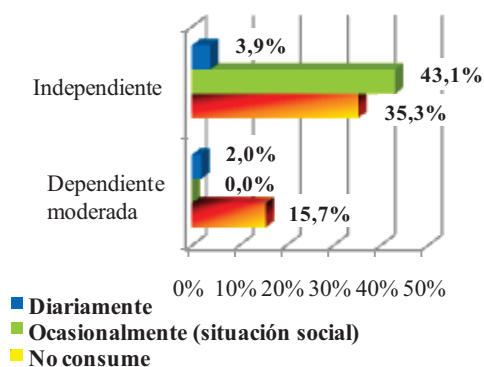
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

Según la encuesta CASEN 2006, un 13,0% de los Adultos Mayores de 65 a 74 años afirma haber fumado al menos una vez durante el último mes, mientras que un 8,7% de los Adultos Mayores sobre 75 años otorga la misma afirmación. Esto concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, ya que un 94,1% de la muestra total no fuma. Por lo tanto se puede inferir que la realización de actividad física en la Adulta Mayor actúa como un factor promotor de la salud.

**Tabla N° 26: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y consumo de alcohol”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia total	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Diariamente	1	2,0 %	2	3,9 %
Ocasionalmente, en situaciones sociales	0	0,0 %	22	43,1 %
No consume	8	15,7 %	18	35,3 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 26: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y consumo de alcohol.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 26 muestra que el bajo consumo de alcohol no influye en el nivel de funcionalidad de las Adultas Mayores, ya que el 96,0% de las consumidoras se categoriza como independiente total. De las Adultas Mayores dependientes moderadas sólo un 2,0% consume alcohol diariamente, mientras que un 15,7% no consume. (Ver Gráfico N° 26).

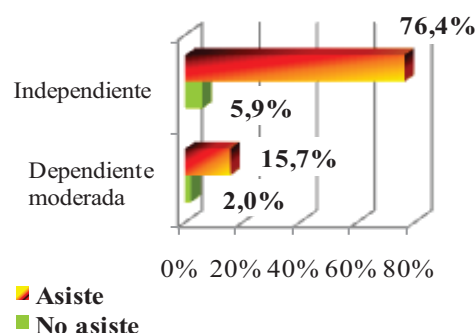
Por lo tanto se concluye que los hábitos nocivos no influyen en la funcionalidad de las Adultas Mayores, cuando se presentan en un bajo consumo.

Debido a las diferencias entre las frecuencias del consumo de alcohol y hábito tabáquico, podemos deducir que las Adultas Mayores consideran más nocivo el hábito tabáquico que el alcohólico.

**Tabla N° 27: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y asistencia regular a controles”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia total	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Asiste	8	15,7 %	39	76,4 %
No asiste	1	2,0 %	3	5,9 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 27: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y asistencia regular a controles.**



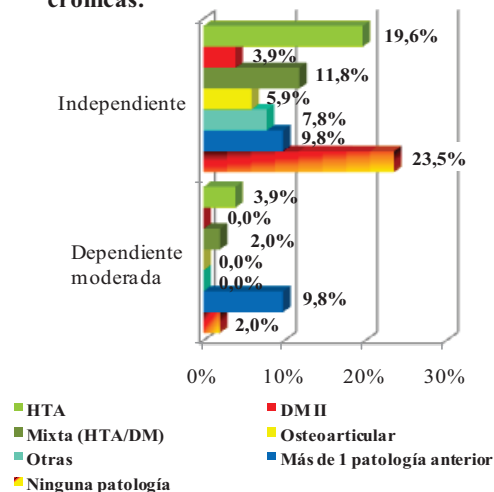
Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 27 muestra que un 92,1% de las Adultas Mayores participantes del programa de actividad física asisten a control, siendo un 76,4% del total del universo independientes totales. (Ver Gráfico N° 27).

**Tabla N° 28: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y enfermedades crónicas”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia total	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
HTA	2	3,9 %	10	19,6 %
DM II	0	0,0 %	2	3,9 %
Mixta (HTA/DM)	1	2,0 %	6	11,8 %
Osteoarticular	0	0,0 %	3	5,9 %
Otras	0	0,0 %	4	7,8 %
Más de 1 patología	5	9,8 %	5	9,8 %
Ninguna enfermedad	1	2,0 %	12	23,5 %
Total	9	17,7 %	42	82,3 %

**Gráfico N° 28: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y enfermedades crónicas.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

En la Tabla y Gráfico N° 28, se observa que un 74,5% del total del universo presenta enfermedades crónicas. Del 100% de personas con enfermedad crónica (38 personas) un 97,4% se controla (37 personas) de los cuales un 58,8% es independiente total, mientras que un 16,5% es dependiente moderada. Esto demuestra que la asistencia al control de salud es un factor influyente en el nivel de funcionalidad cuando hay presencia de enfermedades crónicas, ya que aporta a la mantención o fomento de la misma. (Ver Tabla y Gráfico N° 27).

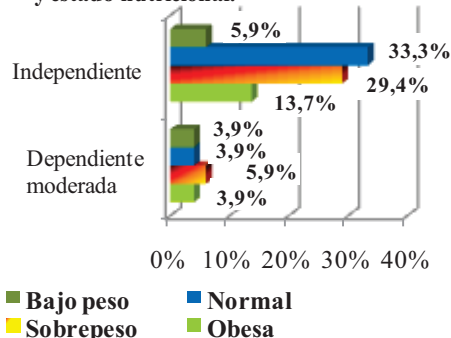
El 9,8% del total de la muestra presenta enfermedad osteoarticular acompañada de hipertensión, esto podría deberse a que la continúa administración de AINES para aliviar el dolor en aquellas personas que padecen estas enfermedades, provoca una inhibición repetitiva de la excreción renal de sodio y agua, lo que puede desencadenar la hipertensión arterial o incluso insuficiencia cardíaca. (Ver Tabla y Gráfico N° 11).

A pesar de que un 74,5% presenta enfermedades crónicas, sólo el 15,7% se automedica, dejando en evidencia la conciencia sobre la responsabilidad de medicarse correctamente. (Ver Tabla y Gráfico N° 9).

**Tabla N° 29: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y estado nutricional”.**

Categorías	Dependencia Moderada		Independencia total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Bajo peso	2	3,9 %	3	5,9 %
Normal	2	3,9 %	17	33,3 %
Sobrepeso	3	5,9 %	15	29,4 %
Obeso	2	3,9 %	7	13,7 %
Total	9	17,7 %	42	82,3%

**Gráfico N° 29: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad y estado nutricional.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla N° 29 muestra que un 53,0% del total de las participantes tiene un estado nutricional por sobre el rango normal mostrando que un 18,5% tiene dependencia moderada y un 40,0% de las que presentan bajo peso tienen dependencia moderada. (Ver Gráfico N° 29).

Un 62,7% del total de la muestra presenta alteración por exceso o por déficit de la nutrición. Un 52,9% presenta un peso superior al normal, a pesar de la realización de actividad física, encontrándose por sobre los niveles nacionales de sobrepeso y obesidad, ya que el estudio del programa piloto de actividad física integral de Adultos Mayores, señala que existe un 37,8% de Adultos Mayores con sobrepeso y 23,3% con obesidad.

Del total de Adultas Mayores con malnutrición por exceso un 18,5% presenta una dependencia moderada, mientras que del 37,2% del total del universo que presenta un peso normal, un 10,5% presenta dependencia moderada. La muestra evidencia una incidencia débil entre el estado nutricional y la funcionalidad, ya que la brecha establecida entre el porcentaje de personas con dependencia moderada en aquellas que tienen sobrepeso u obesidad versus aquellas que mantienen un peso normal que se encuentran en la misma condición de funcionalidad es de sólo un 8,0%. Es importante destacar, que aunque la brecha establecida en esta muestra es de bajo porcentaje, se sigue considerando un factor importante de riesgo, el sobrepeso y la obesidad, para la pérdida de funcionalidad.

Un 9,8% del total del universo presentó un bajo peso, correspondiendo a 5 personas de las cuales sólo 2 presentan dependencia moderada, considerándolo no influyente en el nivel de funcionalidad.

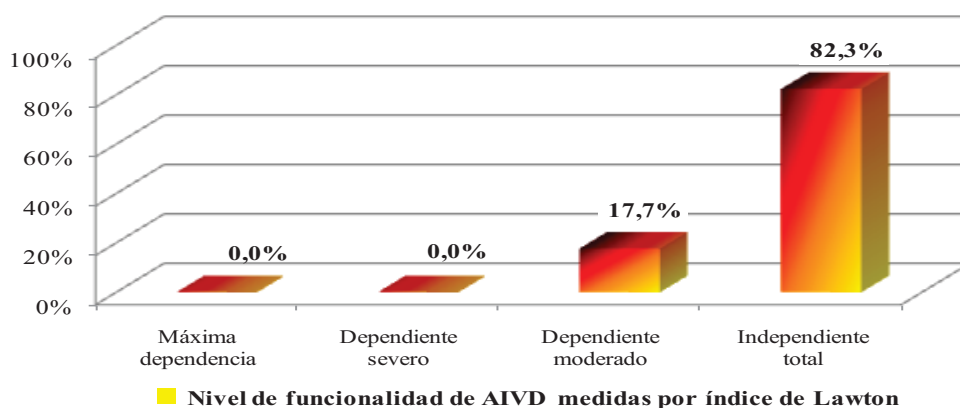
El informe de la situación nutrición en el país 2006 – 2008 del Ministerio de Salud, Chile, publicado en Abril del 2009, revela que el 28,7% de las Adultas Mayores tiene sobrepeso, mientras que el 25,1% presenta obesidad, concluyendo así que un 53,8% de las Adultas Mayores presenta alguna mal nutrición por exceso, lo que se asemeja a la realidad del universo.

**Tabla N° 30: “Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad de AIVD mediadas por Índice de Lawton”.**

Nivel de funcionalidad	Adultas Mayores	
	N°	Porcentaje
Independiente total	42	82,3 %
Dependiente moderado	9	17,7 %
Dependiente severo	0	0,0 %
Máxima dependencia	0	0,0 %
Total	51	100 %

Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

**Gráfico N° 30: Distribución de Adultas Mayores según nivel de funcionalidad de AIVD medidas por Índice de Lawton.**



Fuente: Instrumento sobre Características sociodemográficas, de salud y nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor.

La Tabla y Gráfico N° 30 muestran que de las 51 personas del universo, un 82,3% mostró ser independientes totales, que corresponde a un total de 42 personas, mientras que el 17,7% se calificó como dependiente moderada, correspondiendo a 9 personas. De las 51 participantes ninguna mostró ser dependiente severa.

Las preguntas que incidieron en clasificar a las participantes como dependientes moderadas fueron: *Capacidad para utilizar el teléfono*, donde un 86,2% del universo respondió que utiliza el teléfono sin ayuda mientras que un 11,8% sólo marcaba bien números conocidos y sólo una persona que representa el 2,0% del total de la muestra contesta pero no marca el teléfono. Esta pregunta es la que presenta un mayor nivel de complejidad en su realización, lo que puede estar influenciado, primero, por la disminución de la capacidad cognitiva propia de la edad, que impide recordar los números que se desean marcar, dejando a la Adulta Mayor imposibilitada de la comunicación; segundo, por una disminución del sentido de la visión y capacidad motriz que en conjunto con la nueva tecnología, funcionan de manera sinérgica para impedir su utilización; y tercero, la disminución de la capacidad de audición que mitiga la motivación para su utilización. (Ver Tabla y Gráfico N° 13).

En la pregunta, *Capacidad para ir de compras*, un 88,2% realiza las compras sin ayuda que corresponde a 45 personas, un 9,8% equivalente a 5 personas que sólo compran pequeñas cosas y un 2,0% necesita compañía para realizar cualquier compra representado por 1 persona. Estos porcentajes pueden estar dados, por el hecho de que un 82,3% cuenta con una red de apoyo que podría estar facilitando esta tarea. Además, si se considera el hecho de que un 98,0% es totalmente capaz de transportarse sola y un 98,0% tiene la capacidad de manejar el dinero, se descartaría la opción de que éstas fueran posibles causas de una disminución en el porcentaje en la realización de compras. (Ver Tabla y Gráfico N° 14).

En la pregunta, *Capacidad de cuidar la casa*, un 88,2% tiene la capacidad de cuidar la casa sin ayuda alguna, mientras que un 9,8% de Adultas Mayores, que corresponden a 5 personas, arrojaron que sólo realizan tareas ligeras, mientras que sólo un 2,0% no mantiene un nivel de limpieza aceptable.

A partir de los resultados, se puede concluir que un 11,8% puede tener una menor independencia en el cuidar del hogar, debido a que el cuidar la casa, a diferencia de otras actividades instrumentales medidas en el Índice de Lawton, requiere una mayor destreza, como moverse por un mayor diámetro de terreno y mayor atención en el medio que se ven afectadas por los cambios propios del envejecimiento, tales como enlentecimiento de la marcha, disminución de los sentidos, menor funcionalidad de articulaciones y musculatura. (Ver Tabla y Gráfico N° 16). Además un 82,3% presenta redes de apoyo, que pueden estar facilitando esta tarea, provocando que las Adultas Mayores, no se esmeren en realizarlas, de esta forma no se estaría promoviendo la independencia ni funcionalidad de estas Adultas Mayores.

A nivel general se puede concluir que el 17,7% de total de Adultas Mayores que presentan dependencia moderada pueden estar siendo influenciadas por factores externos, como las redes de apoyo o el nivel económico holgado al que pertenecen, que les facilitan las tareas del hogar y no las incitan a realizar ciertas Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Aquellas que no poseen estas características dentro del universo y que presentan dependencia moderada son 4 personas, que representan el 7,8% del total, en las que pueden estar influyendo los cambios propios del envejecimiento nombrados anteriormente.

---

---

## **CAPÍTULO 5:**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

---

---

## 5.1 CONCLUSIÓN

Uno de los objetivos de esta Tesis fue conocer las características sociodemográficas de las Adultas Mayores que participaban del programa de actividad física de ChileDeportes, esto se planteó para poder, a través del análisis del estudio, inferir cuales son las características que influyen en la participación y por ende en la mantención y fomento de la funcionalidad.

Las principales características encontradas que influyen en la participación fueron, el hecho de pertenecer en o por sobre el tercer quintil y contar con redes de apoyo, quienes en conjunto facilitaban que las Adultas Mayores, destinen tiempo a la realización de actividad física.

Analizando la relación que existe entre funcionalidad y actividad física, el estudio demuestra fehacientemente que un alto porcentaje, 82,3% es totalmente independiente, pudiendo concluir que la actividad física es la actividad recreativa más influyente en el nivel de funcionalidad de las Adultas Mayores que participan en el programa de actividad física, ya que no se evidenció diferencia entre quienes sólo realizaban esta actividad y entre quienes participaban de otras actividades sociales.

El 56,9% de las Adultas Mayores que tienen una carga agregada doméstica y/o laboral y presentan independencia, reflejan que el tener una actividad que realizar diariamente sea remunerada o no, es un aporte a la mantención o fomento de la funcionalidad, porque obliga a la Adulta Mayor a enfocarse en ciertas actividades que aportan tanto al desarrollo físico como cognoscitivo.

Con respecto a las características de salud estudiadas, se concluye que la realización de actividad física en las personas que integran el programa, funciona como un factor promotor de la salud, esto se demuestra en el bajo porcentaje de la muestra que fuma, representado por el 5,9%, apoyado también por el aumento de conciencia sobre el daño del hábito tabáquico en la población en general. No sucede lo mismo con el alcohol, que es consumido por un 49,0% del total del universo diaria u ocasionalmente. Ambos hábitos no tienen incidencia en la funcionalidad, ya que de las 3 participantes que fuma, dos son independientes totales y del 49,0% que bebe, un 96,0% es independiente total para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. A través de estos datos podemos concluir que los hábitos nocivos, consumidos en bajas cantidades, acompañados de la actividad física no tienen incidencia en la funcionalidad en nuestro universo.

Un 97,4% de la muestra portadora de enfermedad crónica, se controla, demostrando que la mayoría de las Adultas Mayores participantes del programa de actividad física también tienen otras prácticas de autocuidado que influyen positivamente en la funcionalidad, lo que se evidencia el 58,8% es independiente para la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Con respecto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria medidas en el Índice de Lawton, se puede concluir que la realización de actividad física en el programa incide fuertemente en la funcionalidad de las Adultas Mayores, ya que más del 60,0% de las preguntas del Índice de Lawton, fueron contestadas con la alternativa que indica independencia total. La diferencia estuvo dada por el 17,7% de Adultas Mayores con dependencia moderada que no alcanzaron la máxima puntuación, influyendo en su clasificación las preguntas *Capacidad de contestar el teléfono*, *Capacidad para ir de compras* y *Capacidad para cuidar la casa*.

La mayor dependencia de las Adultas Mayores en este tipo de actividades, esta dado por los cambios propios del envejecimiento y la existencia de ciertas características sociodemográficas como son las redes de apoyo y el quintil al que pertenecen, esto se explica a través de que la falta de redes de apoyo obliga a las Adultas Mayores a realizar actividades Instrumentales de la Vida Diaria que aportan a la mantención y/o fomento de su funcionalidad como son *Ir de compras*, *Preparar la comida*, *Cuidar la casa*, *Contestar el teléfono*, entre otras. Además el ser parte de él o estar por sobre el tercer quintil predispone a la existencia de comodidades que estancan o disminuyen su funcionalidad. Cabe destacar, que muchas veces las redes de apoyo por otorgar protección a la Adulta Mayor, le imposibilitan realizar ciertas actividades, creyendo que esto constituye un factor positivo para ellas, sin embargo la evidencia establece que esto representa un factor negativo que las lleva al deterioro de sus capacidades.

## 5.2 RECOMENDACIONES

### 5.2.1 A nivel Internacional

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales

La OPS tiene como mandato básico el colaborar con los países a través de los Ministerios de Salud, las instituciones del seguro social, otros entes gubernamentales y no gubernamentales, universidades, la sociedad civil y otros, con el fin de fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud y de mejorar la salud de los pueblos de las Américas.

Para este propósito, la Organización orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, en especial, a las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los Adultos Mayores, los refugiados y las personas desplazadas. Asimismo, fomenta el trabajo conjunto de los países para alcanzar metas comunes en materia de salud.

Es por esto que organismos internacionales como la OPS y la OMS, que poseen dicha influencia mundial, deberían fomentar la investigación con respecto a los beneficios de la actividad física específicamente en el Adulto Mayor, indagando también en los ejercicios propicios para estos tomando en cuenta las enfermedades más características que portan los Adultos Mayores en el mundo. Además de protocolizar y estandarizar las rutinas necesarias para mantener y fomentar la funcionalidad del Adulto Mayor.

### 5.2.2 A nivel Nacional

Los objetivos principales del programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud son mantener y recuperar la autonomía, disminuir la mortalidad por causas prevenibles, incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa. Los objetivos señalados se realizan en la

atención primaria con acciones de control de salud y programa de alimentación complementaria, vacuna antiinfluenza, enfermedades de costo catastrófico, entrega de órtesis y prótesis. Un 73,5% de los Adultos Mayores pertenecen al sistema previsional FONASA, es por esto que se hace relevante tomar en cuenta a la atención primaria en el fomento de la actividad física y evaluación de la funcionalidad.

Las acciones del control de salud contemplan la aplicación del EFAM que mide la funcionalidad del Adulto Mayor a través de Actividades de la Vida Diaria, bienestar emocional, salud física, recursos ambientales, económicos y sociales; y la aplicación del índice de KATZ, que mide el nivel de dependencia del Adulto Mayor a través de la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Considerando que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, son las actividades que primero empeoran y de manera muy silente, debería existir una evaluación preventiva anual a través de Índice de Lawton, para obtener una visión más detallada que el EFAM de la funcionalidad del Adulto Mayor, para que el profesional de la salud, pueda así orientar mejor las prácticas en salud a recomendar.

Además consideramos necesario que se establezcan políticas gubernamentales, por parte del Ministerio de Salud, que permitan realmente prevenir la disminución de la funcionalidad y la fomenten a través de la implementación de programas que contemplen actividades grupales e individuales para el Adulto Mayor en los establecimientos de atención primaria.

Las políticas de acceso a los programas de actividad física de ChileDeportes están constituidas por bases especiales donde se establece el tipo de postulantes, los que deben estar inscritos en el sitio web, además de tener que presentar diversos formularios de postulación dependiendo del tipo de postulante. Estos documentos van a concurso donde se determina a quién finalmente se le concede el derecho del programa, haciendo diferencia entre aquellos que postulan desde sector público y privado. Estos requisitos no son coherentes con el nivel de instrucción de los Adultos Mayores en Chile como por ejemplo el tener que acceder a un sitio web. Por este motivo recomendamos la modificación del acceso a estos programas teniendo en cuenta el nivel de instrucción y las capacidades del Adulto Mayor.

Con respecto a la actividad física, recomendamos la existencia de mayor cantidad de centros donde se realice la actividad y una mayor difusión, donde aquellos Adultos Mayores que no poseen redes de apoyo o tienen menor acceso a la información puedan contar con ella y motivarse a la participación.

### 5.2.3 Para el profesional Enfermero

Este tema constituye un desafío para los Profesionales de Salud, y en especial para el Profesional de Enfermería, ya que las competencias desarrolladas en la profesión permiten un mayor acercamiento a la población. Es necesario acercarse aún más a las comunidades, no solo centrar nuestra atención en el control de salud, sino insertarnos en el lugar mismo donde conviven día a día los Adultos Mayores, de manera de observar y poder tener una mejor visión del entorno y de ellos mismos para prevenir, promover y difundir de manera más eficaz, buscando aumentar los índices de participación social y realización de actividad física.

Como Profesional de Enfermería no debemos olvidar que el Adulto Mayor es un grupo etéreo con convicciones muy arraigadas, lo que hace que trabajar con ellos constituya un desafío mayor, donde la función educativa de nuestra profesión toma un rol protagónico, ya que a través de ella se logra generar conciencia de la importancia de la realización de actividad física para mejorar la calidad de vida.

No es antes, sino después del cumplimiento de este desafío que el profesional debe incitar a la participación en los programas de actividad física para que tenga un real impacto en el grado de participación.

Recomendamos además un mayor acercamiento por parte del equipo de salud hacia la comunidad Adulta Mayor, ya que es una necesidad de la esfera psicológica de este grupo sentirse tomado en cuenta. Una vez que el equipo cumple con este requisito la comunidad Adulta Mayor se encuentra mucho más propensa a tomar en cuenta la consejería y la educación que entrega el equipo de salud y en especial el Profesional Enfermero.

---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

## LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Forttes, P, Massad, C. (2009). Introducción. Gobierno de Chile, (Ed), *Las Personas Mayores en Chile*, (pp. 6). Santiago.

<sup>4-6-7</sup> Chile, Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). Enfoque estadístico ¿Cuántos somos?. Santiago.

<sup>2-5-8-9-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23</sup> Forttes, P, Massad, C. (2009). El envejecimiento en Chile. Gobierno de Chile, (Ed), *Las Personas Mayores en Chile*, (pp. 20-79). Santiago.

<sup>9</sup> Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. (2003). Resultados I Encuesta de Calidad de Vida, Chile 2003. Santiago.

<sup>24-25-26-27-28-31</sup> OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37, 74-105.

<sup>29</sup> Organización de Naciones Unidas. (2002). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Madrid.

<sup>30</sup> Andrade, F. Pizarro, J. (2007). *Beneficios de la actividad física en el Adulto Mayor*. Tesis de postgrado, Universidad Austral.

<sup>32</sup> Rodríguez, Y., Díaz, C. (2009). *Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad*. Extraído el 20 de Abril de 2010 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1\\_2\\_09/mfr06209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr06209.htm)

<sup>33-34</sup> Parra, M. Salas, M. Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, v.11 n.2 *Concepción dic. 2005*. Obtenido el 6 de julio de 2010, desde [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl).

<sup>35-36</sup> Rodríguez, A. (2005). Bases demográficas: Estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, (Ed), *Atención a las personas en situación de dependencia en España*, (pp. 19-90). Madrid.

<sup>37</sup> PGC- IADL. (s.f). Extraído el 20 de Abril de 2010 desde [entline.free.fr/ebooks\\_sp/334%20-%20PGC-IADL%20-Instrucciones.doc](http://entline.free.fr/ebooks_sp/334%20-%20PGC-IADL%20-Instrucciones.doc)

<sup>38</sup> Rodríguez, A. (2005). Consideraciones en torno a la personas en situación de dependencia. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, (Ed), *Atención a las personas en situación de dependencia en España*, (pp. 723-783). Madrid.

---

---

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

---

---

### LISTADO DE BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Salinas, J., Bello, M., Flores, A., Carbullanca, L., Torres, M. (2005). Actividad física integral con adultos y adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida. *Revista Chilena de Nutrición*, 32,3.
- Vidal, Y., Orellana, M. (2004). *Proyecto de investigación: Factores sociodemográficos y familiares que influyen e la actitud del adulto mayor en relación a la ocupación del tiempo libre, controlados en el consultorio de Puerto Varas año 2004*. Diplomado en Salud Pública y Familiar, Universidad Austral de Chile, Instituto de Salud Pública.
- Carrasco, C. (2005). *Relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida*. Tesis en magíster en Salud Pública, Facultad de medicina, Universidad de Chile.
- Fortes, P. (2009). *Las personas mayores en Chile: situación avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*". Santiago: SENAMA.
- Parra, M. (2003). *Adultos Mayores Funcionales en Chile*. Tesis magister en enfermería, Universidad de Concepción, Chile.
- Díaz, V., Díaz, I., Acuña, C., Donoso, A., Nowogrodsky, D. (2002). Evaluación de un programa de actividad física en adultos mayores. *Revista española Geriatria Gerontología*, 87-92.
- Schkolnik, M. (2007, Septiembre). Enfoque estadístico, adulto mayor en Chile. *Instituto Nacional de Estadísticas*. Extraído el 20 de Octubre de 2009 desde [www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)

- Molina, Y. (2004). Envejecimiento activo una propuesta para el siglo XXI. *Reumatología*, 20, 43-44.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 17, 353-361.
- Regato, P. (2001, Noviembre). Encuentro de la red de envejecimiento saludable. *IMSERSO*, 1-41. Extraído el 20 de Octubre de 2009 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/regato-envejecimiento-01.pdf>
- Carmona, L., Rozo, C., Mogollón, A. (2005). La Salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3,62-77.
- Ortiz, J. Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de la enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería*, 15, 25-31.
- Gac, H. (2000). Algunos cambios asociados al envejecimiento. *Manual de geriatría y Gerontología*, 29, 1-2.
- Borba, R. Coelho, M. (2008). Medida de la estimación de la estatura aplicada al índice de masa corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional, de adultos mayores. *Revista Chilena de Nutrición*, 25, 272-279.
- Arnold, C., Marcelo y Cols. (2007). La vejez mirada desde los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Última década*, 15, 75-91.

- Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Una sociedad para todas las edades*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Abril, Madrid.
- Otero, A. (2004). La atención a la dependencia asociada al envejecimiento. Necesidades no cubiertas. *Revista Encuentros Multidisciplinares*, 6, 59-66.
- CELADE, División de población de la Cepal. (2006). Envejecimiento y entornos favorables. En J. Zuñiga. *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (pp.113-170). Santiago: Publicación de las Naciones Unidas.
- Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, Olivares, P., Departamento de Economía de la Salud MINSAL, Ibáñez, C. (2008). *Dependencia de los Adultos Mayores en Chile*. Extraído el 6 de Septiembre de 2010 desde [http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf)
- Díaz, V., Díaz, I., Rojas, G., Novogrodsky, D. (2003). Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131, 895-901.
- Barría, P. (2010, 31 de Marzo). *Estudio pionero de la U. de Chile: Uno de cada cuatro adultos mayores depende de otra persona*. Extraído el 20 de Abril de 2010 desde [http://www.uchile.cl/?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=not&url=59710](http://www.uchile.cl/?_nfpb=true&_pageLabel=not&url=59710).
- Instituto Nacional de Estadísticas (2010). *Evolución de la Población de Chile en los últimos 200 años* (Boletín Informativo). Santiago.
- Cortés, A., Fadda, J., Olivi, A. (2007). Valparaíso: hacia una ciudad amigable con el adulto mayor. *Revista del Magister en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, 65- 78.
- González, I. (2009). *Incapacidad Funcional en Ancianos: Intervención de Enfermería*. Trabajo presentado en el Centro Nacional de Investigaciones Científicas, Septiembre, Cuba.

- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Depto. Alimentos y Nutrición (2009). *Situación nutrición en el sistema público de salud. 2007- 2009*. Extraído el 27 de Abril de 2010 desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/89185968d325a51ee04001011e010c92.pdf>
- Ministerio de Salud (2006). *Encuesta de calidad de vida y salud Chile* (Publicación: N° 162.710). Santiago: Gobierno de Chile, Derechos reservados.
- Ministerio de Salud (2003). *Encuesta de calidad de vida y salud Chile* (Publicación: N° 162.710). Santiago: Gobierno de Chile, Derechos reservados.
- Damianovic, N. (2008). *Población y sociedad, aspectos demográficos* (Publicación especial). Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas.

---

---

## ANEXOS

---

---

---

---

**ANEXO 1:**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

Somos estudiantes de cuarto año de Enfermería de la Universidad de Valparaíso y estamos llevando a cabo un estudio sobre Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en mujeres Adultas Mayores que realizan Actividad Física en los programas de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar-Valparaíso, como requisito para obtener el grado de Licenciado en Enfermería. El propósito del estudio es conocer las características socio-demográficas y de salud de las mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física; y, conocer el nivel de funcionalidad en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en las mujeres Adultas Mayores que participan en programas de actividad física.

Se han seleccionado cuatro grupos de mujeres de actividad física de los programas de ChileDeportes aceptados y planificados para ser llevados a cabo el año 2010. Las participantes deben pertenecer al sexo femenino, tener 60 años y más; y deben practicar actividad física de forma regular 3 veces por semana, con una duración de 30 minutos desde hace un año mínimo.

Su participación en esta investigación consiste en contestar una entrevista de 21 preguntas de alternativas. Tener en cuenta cuántas opciones se pueden llenar en cada una de las preguntas. En algunas se pueden marcar varias opciones mientras en otras sólo una.

La entrevista se llevará a cabo antes de comenzar la actividad física desde el 26 de Julio al 30 de Agosto del 2010 y le tomará aproximadamente 10 minutos responder.

La información obtenida de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado.

La participación es voluntaria, tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de sanción. El estudio no conlleva ningún riesgo ni beneficio. No recibirá ninguna compensación económica por participar.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con nosotros a través del mail [grupometodo10@gmail.com](mailto:grupometodo10@gmail.com)

Yo \_\_\_\_\_  
con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010, he leído el procedimiento descrito anteriormente. El investigador (a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de las alumnas tesis de cuarto año de Enfermería sobre Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en mujeres Adultas Mayores que realizan Actividad Física en los programas de ChileDeportes en las comunas de Viña del Mar-Valparaíso. He recibido una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Cátedra Seminario Tesis, 4° año de la Carrera de Enfermería, Universidad de Valparaíso

---

**ANEXO 2:**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

---

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Características Socio-Demográficas de los Adultos Mayores.

P1.- Edad: \_\_\_\_\_.

P2.- ¿Con quién vive usted? (**puede seleccionar más de una alternativa**).

P2.1 Con su pareja.

P2.2 Hijos.

P2.3 Otros familiares.

P2.4 Allegados.

P2.5 Sola.

Ps.6 Otros \_\_\_\_\_.

P3.- Ocupación Actual (**puede seleccionar más de una alternativa**).

P3.1 Laboralmente Activa.

P3.2 Jubilada/Pensionada.

P3.3 Dueña de Casa.

P4.- Estado Civil:

P4.1 Casada.

P4.2 Viuda.

P4.3 Separada.

P4.4 Soltera.

P5.- ¿Cuál es el ingreso económico que recibe mensualmente?

P5.1 Ingreso igual o inferior a 53.184 por persona (primer quintil).

P5.2 Ingreso igual o inferior a 90.067 por persona (segundo quintil).

P5.3 Ingreso igual o inferior a 140.665 por persona (tercer quintil).

P5.4 Ingreso igual, inferior o mayor a 254.627 por persona (mayor a tercer quintil).

P6.- ¿Usted forma parte de algún otro grupo dentro de su comunidad? (**puede seleccionar más de una alternativa**).

P6.1 Iglesia.

P6.2 Junta de vecinos.

P6.3 Taller de actividades manuales.

P6.4 Otros \_\_\_\_\_.

P6.5 Ninguno.

**Prácticas de Autocuidado de los Adultos Mayores (hábitos y control de salud).**

P7.- ¿Usted Fuma?

P7.1 Menos 5 al día.

P7.2 5 – 15 al día.

P7.3 15 - 20 al día.

P7.4 Más 20 al día.

P7.5 No.

P8.- ¿Usted ingiere Alcohol?

P8.1 Diariamente.

P8.2 Ocasionalmente, en situaciones sociales.

P8.3 No consume.

P9.- ¿Toma medicamentos, **FUERA DE LOS INDICADOS** en el control de salud?

P9.1 Sí.

P9.2 No.

P10.- Si su respuesta es Sí, Indique **¿Cuántos?**\_\_\_\_\_.

P11.- ¿Usted asiste regularmente a los controles de salud?

P11.1 Sí.

P11.2 No.

**Características del estado de salud del Adulto Mayor.**

P12.- ¿Usted presenta alguna enfermedad crónica? (**puede seleccionar más de una alternativa**).

P12.1 Diabetes Mellitus.

P12.2 Hipertensión Arterial.

P12.3 Mixto (Diabetes Mellitus más Hipertensión Arterial).

P12.4 Osteoarticulares.

P12.5 Otras \_\_\_\_\_.

P12.6 No, Ninguna.

P13.- PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

**Nivel de funcionalidad en el Adulto Mayor (Marque la alternativa que más le represente).**

P14.- Capacidad para usar el teléfono.

P14.1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda.

P14.2 Marca números bien conocidos.

P14.3 Contesta al teléfono pero no marca.

P14.4 No usa el teléfono en absoluto.

P15.- Ir de compras.

P15.1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda.

P15.2 Compra pequeñas cosas.

P15.3 Necesita compañía para realizar cualquier compra.

P15.4 No va de compras.

P16.- Preparación de la comida.

P16.1 Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas.

P16.2 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.

P16.3 Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.

P16.4 Necesita que se le prepare la comida.

P17.- Cuidar la casa.

P17.1 Cuida la casa sin ayuda o con ayuda ocasional.

P17.2 Realiza tareas domésticas ligeras.

P17.3 Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.

P17.4 Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.

P17.5 No participa en ninguna tarea doméstica.

P18.- Lavado de la ropa.

P18.1 Lo realiza sin ayuda.

P18.2 Lava o enjuga algunas prendas.

P18.3 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.

P19.- Medio de transporte.

P19.1 Viaja de forma independiente.

P19.2 No usa transporte público, salvo taxis o colectivos.

P19.3 Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.

P19.4 Viaja en taxi, colectivo o automóvil solamente con la ayuda de otros.

P19.5 No viaja en absoluto.

P20.- Responsabilidad sobre la medicación.

P20.1 No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación.

P20.2 Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación.

P20.3 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.

P21.- Capacidad para utilizar dinero.

P21.1 No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas.

P21.2 Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos.

P21.3 No maneja dinero.

---

---

**ANEXO 3:**  
**INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO**

---

---

## INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Las preguntas que a continuación procederá a contestar tiene como objetivo ser utilizadas para un estudio sobre el nivel de funcionalidad en las mujeres Adultas Mayores que realizan actividad física dentro de los programa de ChileDeportes y su identidad es de carácter ***confidencial***.

Esta entrevista debe ser contestada de forma voluntaria, le llevará un tiempo aproximado de 10 minutos y no pretende tener un carácter discriminatorio frente a su persona.

Está compuesta por 21 preguntas con sus respectivas alternativas y divididas en 4 secciones enumeradas a continuación:

1. Características Socio-Demográficas de las Adultas Mayores. (6 preguntas).
2. Practicas de Autocuidado de las Adultas Mayores (hábitos y control de salud). (5 preguntas).
3. Características del estado de salud de las Adultas Mayores. (2 preguntas).
4. Nivel de funcionalidad en la Adulta Mayor. (8 preguntas).

La entrevista se llevará a cabo antes de comenzar la actividad física desde el 26 de Julio al 30 de Agosto del 2010.

Para garantizar una mayor comprensión de la entrevista y facilitar la recolección de la información se presenta a continuación un conjunto de orientaciones que permitirán obtener una información más clara.

- a) Sea lo más honesta posible con sus respuestas.
- b) Tener en cuenta cuántas opciones se pueden llenar en cada una de las preguntas. En algunas se pueden marcar varias opciones mientras en otras sólo una.
- c) Los recuadros se deberán llenar con una equis (X), no con círculos, líneas o puntos.
- d) Recuerde que quien llena el formato es considerado el entrevistador y quien responde el entrevistado.
- e) Frente a cualquier duda puede recurrir al entrevistador a modo de aclarar sus consultas.

f) Las entrevistas deben ser realizadas a determinadas personas, para lo cual se les pide tener en cuenta los siguientes criterios:

- Sexo Femenino.
- Tener 60 o más años.
- Pertenecer a los programas de actividad física de ChileDeportes.
- Asistir regularmente a las clases de actividad física 3 veces por semana con una duración de 30 minutos desde hace mínimo un año.

En algunas preguntas Usted debe escribir o indicar al entrevistador sus datos como **por ejemplo**:

**Ejemplo 1. Edad:** \_\_\_\_\_.

**Ejemplo 2.** ¿Usted fuma?, si su respuesta es Sí, **¿Cuántos cigarrillos al día?** \_\_\_\_\_.

**Ejemplo 3.** ¿Usted forma parte de algún otro grupo dentro de su comunidad? (puede seleccionar más de una alternativa).

Iglesia.

Junta de vecinos.

Taller de actividades manuales.

**Otros** \_\_\_\_\_.

**Antes de iniciar esta entrevista** una alumna(o) de 4º año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso **medirá su peso y la talla.**