

“Perfil socio-demográfico y de salud de Adultos Mayores en talleres del Centro Integral de Mayores”

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Enfermería

Seminaristas: María Paz Castro Castro.

Catherine Francisca Escobar Ponce.

Brenda Aracely Guerra Arancibia.

Carol Nathalie Morales González.

Natalia Francisca Ramos Jaramillo.

Piera Isabel Vásquez Tapia.

Magdalena del Pilar Zambrano Cortés.

Docente Guía: E.U. Esterbina Olivares Vergara.

Fecha: 27 de Abril del 2015.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios y a nuestras familias, por ser el apoyo incondicional en este largo camino, de esfuerzo y sacrificio. Convirtiéndose en los pilares fundamentales en los momentos de adversidad.

También, queremos agradecer a quienes participaron e hicieron posible esta investigación, los Adultos Mayores del Centro Integral de Mayores que siempre demostraron disposición, comprensión y empatía hacia nosotras. Además, queremos agradecer a los funcionarios del mismo Centro y a la Ilustre Municipalidad de San Felipe, por abrirnos las puertas, confiar en nuestro proyecto de investigación y permitir que lo llevásemos acabo.

Finalmente, y no menos importante, a nuestra querida docente guía, Esterbina Olivares, por su disposición, tiempo y entrega, en este arduo trayecto. Orientándonos y formándonos como futuras investigadoras y excelentes profesionales de Enfermería.

“Lo importante no es, lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”.

(Florence Nightingale)

Resumen

Actualmente en Chile y el mundo se observan grandes cambios epidemiológicos y demográficos, en donde el aumento progresivo de adultos y adultos mayores cobra gran significancia, por lo que conocer las características de las personas en la última etapa del ciclo vital es una necesidad para los profesionales de salud, ya que ellos son los que deben dar una atención oportuna y de calidad a este grupo etario. El objetivo general de este estudio es identificar el Perfil socio-demográfico de salud de un grupo de Adultos Mayores que participa de forma activa en los talleres del Centro Integral de Mayores pertenecientes a la comuna de San Felipe.

El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo-descriptivo y transversal-exploratorio. Los participantes fueron 121 personas elegidas por un muestreo probabilístico aleatorio simple, quienes accedieron a participar voluntariamente firmando un consentimiento informado. La recolección de datos se realizó usando un cuestionario auto-aplicado con ayuda, en las dependencias de esta Institución. Entre los resultados socio-demográficos obtenidos destaca que: un 84,3% correspondió a mujeres, un 86,8 % se encontraba entre los 60 y 79 años, el 100% era alfabeto y el 73,6% vivía acompañado; Respecto a la participación social, un 78,5% asistía a otros grupos de la comunidad; En relación a su estado de salud, destaca que un 81% manifestaron presentar enfermedades crónicas, la más prevalente fue la HTA con un 51,2%; En relación a la percepción de salud un 63,6% refirió tener una salud excelente/buena y aquellas personas que refirieron sentirse muy satisfechas/satisfechas los últimos 6 meses correspondían a un 82,6%; El motivo que más les preocupaban es depender de otras personas con un 33,1%; En cuanto a la asistencia y preferencia por los talleres del Centro, actividad física representa el 49,6%; Las motivaciones principales eran: querer compartir con otras personas de su edad y mantener o mejorar su salud; Funcionalidad: un 88,4% los adultos mayores presentaba una independencia total; Y por ultimo en relación a su capacidad cognitiva el 95,9% dio como Normal. Por lo que de los resultados obtenidos se concluye que el envejecimiento es un proceso heterogéneo, continuo, e irreversible y está condicionado por factores genéticos y ambientales, pero la participación activa de los adultos mayores en los talleres ofrecidos por este Centro Integral les ha dado características que permiten decir que este grupo de personas tiene una vida sana, equilibrada y se encuentra enfrentando exitosamente el proceso de envejecer.

Abstract

At this time in Chile and the world abroad epidemiological and demographic changes are observed, where the progressive increase of adults and elderly people gets an important significance, and knowing the characteristics of people in the last time of their life cycle is a need for professionals of health, since they are the ones to provide appropriate and quality care for this age group. The purpose of this study is to identify the health and socio demographic profile of a group of older adults who participate actively in the workshops of the “Centro Integral de Mayores” that belongs to San Felipe’s administration.

The study design was quantitative, descriptive and transversal/exploratory. Participants were 121 individuals selected by simple random probability sampling, who agreed to participate voluntarily signing an informed consent. Data collection was performed using a questionnaire self-applied with help, in the dependence of this institution. Among the socio-demographic results obtained stresses that: 84.3% of total people were women, 86.8% were between 60 and 79 years, 100% are literate and 73.6% live with more persons; Regarding social participation, 78.5% attended other community groups too; In relation to their health, stand out that 81% reported presenting chronic diseases, hypertension was the more prevalent with 51.2%; In relation to perceived health 63.6% reported having excellent/good health, and those who reported being very satisfied/satisfied the last six months corresponded to 82.6%; The reason for that worries them most is depend on other people with 33.1%; Regarding the assistance and preference for Center workshops, physical activity represented 49.6%; The principal motivations were: want to share with others of their age and maintain or improve their health; Functionality: 88.4% seniors showed total independence; And finally in relation to cognitive ability 95.9% gave as a Normal. So of the results is concluded that aging is a heterogeneous, continuous, and irreversible process which is conditioned by genetic and environmental factors, but active participation of older persons in workshops offered by this Integral Center has given them characteristics that allow say that this group of people has a healthy, balanced life and is successfully confront the aging process.

Índice

Página de título.....	I
Agradecimientos.....	II
Resumen.....	III
Abstract.....	IV
Índice de materias.....	V
Índice de gráficos.....	IX
Índice de tablas.....	X

ÍNDICE DE MATERIAS

CAPÍTULO 1:.....	11
Introducción	11
1.1 Introducción.....	12
1.2 Delimitación del problema	15
1.3 Definición de términos	15
1.4 Limitaciones del estudio.....	16
CAPÍTULO 2:.....	17
Marco Conceptual	17
2. Marco teórico	18
2.1. Antecedentes generales.....	18
2.1.1 Transición demográfica y epidemiológica.....	18
2.1.2 Definiciones y características del envejecimiento	19

Envejecimiento	19
Envejecimiento activo	19
Definición biomédica	19
Envejecimiento activo y saludable según la OPS	19
Características del envejecimiento.....	20
2.1.2 Cambios fisiológicos orgánicos y mentales asociados al envejecimiento.....	21
2.1.2.1 Cambios fisiológicos orgánicos	21
2.1.2.2 Cambios fisiológicos mentales	27
2.1.3 El Adulto Mayor y su realidad en la sociedad chilena	28
2.1.3.1 Salud del Adulto Mayor.....	32
2.1.3.2 Como está organizado el país para atender las necesidades de los Adultos Mayores	33
2.1.3.2.1 Política de envejecimiento positivo	34
2.1.3.2.2 Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores	35
2.1.3.2.3 Respuestas del sistema de salud a las necesidades de los Adultos Mayores	35
2.1.4 Desde la Enfermería. Aportes al cuidado del Adulto Mayor	36
2.1.4.1 Características del profesional de Enfermería y acciones que realizar en el cuidado de los AM.....	36
2.1.4.2 Modelo teórico aplicable a la gestión del cuidado del AM	38
2.1.5 Estado del arte	43
2.1.5.1 “El Envejecimiento humano Activo y Saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad.”	43

2.1.5.2 “Influencia del ejercicio físico en la salud del Adulto Mayor. Consultorio “El Morro”, Municipio Sucre.”	43
2.1.5.3 “Dependencia de los Adultos Mayores en Chile”	44
2.1.5.4 “Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán”	48
2.1.5.5 “Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo”	49
2.1.5.6 Resultados Segunda Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez 2010.	51
2.2 Objetivos	53
2.2.1 Objetivo General.....	53
2.2.2 Objetivos específicos	53
2.3 Definición y operacionalización de variables.....	54
CAPÍTULO 3:.....	58
Metodología	58
3.1 Metodología.....	59
3.1.1 Tipo de diseño de la investigación.....	59
3.1.2 Población en estudio	59
3.1.3 Definición del Universo.....	59
3.1.4 Muestreo Probabilístico	60
3.1.5 Método de recolección de datos.....	62
3.1.6 Descripción del instrumento	63
3.1.7 Estudio de confiabilidad del instrumento	64

3.1.8 Criterios utilizados para el análisis de los datos	64
3.1.9 Organización de trabajo en terreno	65
CAPÍTULO 4:	66
Resultados y Presentación de gráficos	66
4.1 Antecedentes de la muestra	67
4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados	67
4.1.1.1 Características socio-demográficas: Edad, sexo, escolaridad, residencia rural/urbana, ocupación, estado civil, vivienda propia o arrendada, relaciones familiares	67
4.1.1.2 Presencia de enfermedades y percepción de salud en el Adulto Mayor	73
4.1.1.3 Información sobre la asistencia de los Adultos Mayores a los talleres del Centro	77
4.1.1.4 Escala de Lawton y Brody: Medición de la capacidad funcional en base a actividades instrumentales de la vida diaria	79
4.1.1.5 Medición del estado mental	80
CAPÍTULO 5:	81
Discusión, conclusión y recomendaciones	81
5.1 Discusión	82
5.2 Conclusiones	85
5.3 Sugerencias y recomendaciones	88
CAPÍTULO 6:	91
Bibliografía	91
6.1 Referencias bibliográficas	92

CAPÍTULO 7:.....	95
Anexos	95
7.1 Anexo N° 1: Aprobación del Comité Ético del Servicio de Salud Aconcagua.....	96
7.2 Anexo N° 2: Cartas de factibilidad.....	97
7.3 Anexo N° 3: Consentimiento Informado.....	99
7.4 Anexo N° 4: Instrumento.....	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS SEGÚN RESULTADOS

Gráfico N° 2: Distribución de AM según sexo.....	67
Gráfico N° 4: Distribución de AM según lugar de residencia.....	68
Gráfico N° 5: Distribución de AM perciben ingresos por desempeñar actividades remunerada.....	69
Gráfico N° 6: Distribución de AM según pensión.....	69
Gráfico N° 8: Condición de tenencia de la casa donde vive.....	70
Gráfico N° 9: Distribución de AM que viven solos o acompañados.....	71
Gráfico N° 10: Distribución de AM según lazo que posee con las personas que reside.....	71
Gráfico N° 11: Distribución de AM según Previsión de salud.....	72
Gráfico N° 12: Distribución de AM según participación social.....	72
Gráfico N° 13: Distribución de AM según nivel de satisfacción con la vida en los últimos 6 meses.....	73
Gráfico N° 14: Distribución de los AM según sentimiento de estrés en los últimos seis meses.....	73

Gráfico N° 17: Percepción del estado de salud de parte de los AM.....	75
Gráfico N° 18: Referencia de padecer alguna enfermedad crónica de parte de los AM.....	75
Gráfico N° 19: Tasa de prevalencia de enfermedades crónicas que refirieron presentar los AM.....	76
Gráfico N° 20: Control de los usuarios en los centros de salud.....	76
Gráfico N° 22: Distribución de AM según el tiempo que llevaban asistiendo a los talleres del Centro.....	78
Gráfico N° 23: Distribución de AM según los beneficios que observan al asistir a los talleres.....	78
Gráfico N° 25: Medición de la funcionalidad.....	79
Gráfico N° 26: Distribución de AM según capacidad cognitivo.....	80

ÍNDICE DE TABLAS SEGÚN RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de AM según decenios de edad.....	67
Tabla N° 3: Distribución de AM según Nivel Educativo Alcanzado.....	68
Tabla N° 7: Distribución de AM según Estado Civil.....	70
Tabla N° 15: Distribución de AM según el motivo que más le preocupa.....	74
Tabla N° 16: Distribución de AM según percepción de trato injusto por ser Adulto Mayor.....	74
Tabla N° 21: Distribución de AM según el tipo de taller al que asistían.....	77
Tabla N° 24: Distribución de AM según el motivo de asistencia en los talleres.....	79

CAPÍTULO 1:

Introducción

1.1 Introducción

Chile se encuentra en una transición socio-demográfica, donde se observa un cambio en la pirámide poblacional en los últimos 50 años, los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, indican que la cantidad de Adultos Mayores ha ido aumentando en forma muy acelerada (1). Esta realidad plantea un escenario complejo, generando un desafío para el futuro, debido a que no sólo se trata de un cambio demográfico o estadístico sino de una transformación social, por lo que es necesario desarrollar políticas adecuadas a la realidad nacional, para poder brindar el apoyo que los adultos mayores necesitan. Este grupo es vulnerable a los cambios físicos, sociales y mentales que experimenta el individuo conforme avanza su edad, los cuales indican que no tenemos una sola vejez, sino varias, puesto que en la medida que la vejez está siendo vivida por las personas, cada una de ellas tiene su propia experiencia vital, generándose nuevos estilos de vida que se traducen en formas distintas de vivir (2).

Actualmente se cuenta con una Política Integral de Envejecimiento Positivo, vigente desde el año 2012, donde sus objetivos centrales son: proteger la salud funcional del AM, mejorar la integración y la participación social e incrementar el bienestar subjetivo (3). Por este motivo, entidades sociales de la comunidad como los municipios, se preocupan de este grupo etario, al cual ofrecen y organizan actividades que pueden realizar en centros o clubes para cumplir dichos objetivos.

Dado que el envejecimiento tiene características distintas en cada persona, es difícil determinar ¿Cuál es el perfil que este grupo etario? en nuestro país, sin embargo en un estudio realizado en la Comuna de Chillan (4) se reporta un perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores en el cual se destacan los siguientes resultados: mayor proporción de mujeres (61%), edad entre 70-79 años (59%),

mayoritariamente alfabetos (67%), más de la mitad no participa en grupos comunitarios (65%), su percepción de salud fue buena a regular (37% y 38% respectivamente), funcionalmente prevaleció la independencia (61%), un elevado porcentaje presenta enfermedades crónicas (91%), la mayoría no presentaba depresión (52%), y tenía las funciones mentales intactas (59%). Estos datos nos permitirán realizar un análisis comparativo entre la realidad observada en esta comuna y el Centro Integral de AM de la comuna de San Felipe.

Como futuros profesionales de Enfermería, conscientes del envejecimiento poblacional que experimenta nuestra sociedad y la existencia de escasas políticas que permitan atender las reales necesidades que tiene este grupo de personas, nos preguntamos ¿Cuál es la realidad de los adultos mayores en Chile?, algunas respuestas las hemos encontrado en la encuesta “Calidad de Vida en la Vejez” (5), en que la importancia de esta información nos permite conocer una realidad país de los AM.

Motivadas por los planteamientos hechos anteriormente y con la intención de aportar información que pueda ser utilizada en diferentes entidades como municipalidades, centros de salud, organizaciones comunitarias y otras, las autoras de esta investigación se plantearon las siguientes preguntas: **¿Cuál es el perfil de los Adultos Mayores que asisten a talleres en el Centro Integral de AM en la comuna de San Felipe?** y **¿Qué los motiva a asistir a estos talleres?**. Para dar respuesta a estas interrogantes se decide realizar este estudio, cuyo objetivo principal es determinar el perfil socio-demográfico y de salud de los AM que asisten al Centro Integral de Mayores. Conocer las características de este grupo y haber analizado con mayor profundidad la realidad local y nacional chilena de ellos, aumentará nuestra motivación y esperamos lograr mayores competencias para gestionar su cuidado, realizando intervenciones que estimulen su funcionalidad y autonomía y, al mismo tiempo, fomentar acciones para el

autocuidado que se traducirán en lograr un envejecimiento saludable, ya que el principal rol del profesional de Enfermería es la gestión del cuidado a lo largo de todo el ciclo vital.

Este proyecto de investigación se desarrolla bajo el marco teórico del modelo de Dorotea Orem, cuya teoría del autocuidado señala que existe una relación entre las acciones de autocuidado de cada persona y su desarrollo y funcionamiento individual y grupal, planteando al mismo tiempo, la necesidad de ayudarlo con acciones educativas necesarias para mantener la vida, la salud y el bienestar (6).

1.2 Delimitación del problema

Perfil socio-demográfico y de salud de AM que asiste a talleres organizados por el Centro Integral de Mayores de la Ilustre Municipalidad de la ciudad de San Felipe. V Región.

1.3 Definición de términos

- ✓ **Perfil:** La palabra perfil es usada para designar rasgos particulares que caracterizan a una persona y sirven para diferenciarse de otras.
- ✓ **Socio-demográfico:** Estos indicadores son el reflejo de características sociales y demográficas de una población.
- ✓ **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.
- ✓ **Adulto mayor:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), toda persona mayor a 60 años se le llamará indistintamente adulto mayor (7).
- ✓ **Funcionalidad:** Independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno (8).
- ✓ **Calidad de vida:** Este concepto que comprende componentes objetivos y subjetivos. “Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro” (2).

1.4 Limitaciones del estudio

A lo largo de la realización del estudio, se presentaron variadas limitaciones, entre las cuales se encuentran:

- ✓ Determinación de la muestra: la información entregada del número de AM que participaban en el Centro no concordaba con la realidad observada al realizar el trabajo de campo, lo que dificultó obtener una muestra representativa.
- ✓ Los AM que participaban en los talleres del “Centro Integral de Mayores” no siempre presentaban una buena disposición a participar del estudio.
- ✓ Los resultados solo será válidos para este grupo, ya que nos es posible generalizarlos a la población de AM de la ciudad de San Felipe.

CAPÍTULO 2:
Marco Conceptual

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes generales

2.1.1 Transición demográfica y epidemiológica

A partir de la década del ‘60 nuestro país ha vivido un cambio desde el punto de vista de su estructura poblacional y de las causas de enfermedad y muerte que ocurren en él (9). Estos cambios se denominan transición demográfica (TD) y transición epidemiológica (TE), respectivamente. Chile, se encuentra en una etapa avanzada de TD y TE en que la población está constituida por adultos y adultos mayores, caracterizado por el aumento de las personas que tienen 60 años de edad o más, debido a que desciende el número de nacimientos y las muertes ocurren a edades más avanzadas. En esta fase tardía, al vivir más años se está un tiempo más prolongado bajo influencias de factores de riesgo para enfermedades crónicas, determinando que éstas sean sus principales causas de morbilidad y mortalidad (10).

La importancia del envejecimiento poblacional tiene que ver con los impactos que provoca en la sociedad, en los ámbitos de educación, salud, economía y en la composición de la fuerza de trabajo. Actualmente, una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. La proporción de AM en los países desarrollados es mayor que la de los países en desarrollo (21% y 8% de la población total, respectivamente) (11), es por esto que se dice que el proceso de envejecimiento de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. Nuestro país, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población.

2.1.2 Definiciones y características del envejecimiento

Definiciones

✓ **Envejecimiento**

La OMS define envejecimiento como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales" (7).

✓ **Envejecimiento activo**

La OMS define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (7). El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

✓ **Definición biomédica**

Es un proceso continuo, progresivo e irreversible que sólo concluye con la muerte del individuo. Se caracteriza por ocurrir en todos los seres vivos y llevar paulatinamente al organismo a un estado de disminución de la reserva funcional, con pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, lo que aumenta su labilidad ante situaciones de estrés (11).

✓ **Envejecimiento activo y saludable según la OPS**

La Organización Panamericana de la Salud lo ha definido como el proceso para la “Optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar la calidad de vida de las personas de edad” (8).

Características del envejecimiento

Es **universal**, propia de todos los seres vivos, afecta a la mayoría de estos con algunas excepciones, como por ejemplo: células cancerosas, células germinales, algunos protozoos, algas unicelulares y bacterias.

Es **continuo e irreversible**, una vez que comienza ya no se detiene sino hasta la muerte. Sin embargo, algunas investigaciones plantean que es posible disminuir la velocidad del envejecimiento, esto en animales de experimentación.

Es **heterogéneo e individual**, a medida que las personas envejecen, se van haciendo cada vez más diferentes unas de otras. Es posible observar ciertos patrones propios de cada especie.

Es **intrínseco**, esto significa que al menos parcialmente el envejecimiento está determinado por factores genéticos. Hoy es posible saber que hay factores externos que juegan un rol importante en su desarrollo. Entre los factores no genéticos, el estilo de vida y los hábitos, tales como la alimentación, tabaquismo, ejercicio, trabajo, ambiente, son importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, acelerando el envejecimiento, por ejemplo en el caso de la Diabetes.

Tiene una connotación **deletérea**, ya que es dañino y conlleva a una continua pérdida de las funciones del organismo (11).

Los cambios posibles de observar durante el proceso de envejecimiento, ya sea en el ámbito orgánico y/o mental, se presentan a continuación en un breve resumen. Los profesionales de la salud deben aprender a reconocer estas características, ya que

muestran parte del perfil de normalidad de los adultos mayores y nos permitirán diferenciarlos de los efectos que provocan las enfermedades.

2.1.2 Cambios fisiológicos orgánicos y mentales asociados al envejecimiento

2.1.2.1 Cambios fisiológicos orgánicos (11)

Anatomía general: Entre los 30 y los 40 años de edad se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm. por año, a partir de los 50 años, lo cual se ve más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

En cuanto al peso, este alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio.

Piel y Fanéreos: Por su extensión, la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, debido a su exposición permanente a la radiación solar. Esta con el pasar del tiempo se vuelve más delgada, seca, transparente y menos elástica, arrugada y de color amarillento. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogriposis.

Sistema Músculo-esquelético: Entre los 30 y los 80 años de edad se pierde un 30 a 40% de la masa muscular, dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad, además la menor

actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico-epidemiológicas y se presentan con una disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea y reducción del grosor de la cortical. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras.

También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

Sistema Nervioso: El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existen estudios que revelan que la pérdida de neuronas asociado al envejecimiento es mínima y no generalizada. Esta pérdida neuronal se concentra en regiones bien delimitadas y no todos apuntan hacia un deterioro de la morfología neuronal. En cuanto a los neurotransmisores, la dopamina, es uno de los más estudiados en relación al envejecimiento, ya que muestra una disminución de sus niveles totales en el SNC, especialmente en la parte compacta de la sustancia negra, lo cual asociado a la edad ha hecho plantear que el cerebro estaría en un continuo preclínico de la Enfermedad de Parkinson. Se han descrito además alteraciones en otras vías de neurotransmisores como la colinérgica y la serotoninérgica, las que se han asociado a la patogenia de enfermedad de Alzheimer y trastornos del ánimo, entre otros.

Patrón del sueño: Se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

Oído y Audición: En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos, estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

Ojo y Visión: La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropión o ectropión. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.

Sistema Endocrino: Las personas mayores también sufren un aumento o descenso de los efectos de diversas hormonas. El sistema endocrino lo componen múltiples glándulas que secretan unas sustancias, las hormonas, que regulan otros muchos sistemas. Existen órganos diferenciados cuya única función es producirlas, como la tiroides, mientras que otros, como el páncreas, tienen una doble función (en este caso digestiva y endocrina al ser el encargado de producir insulina).

Los cambios en la secreción y función de las hormonas a lo largo de los años son sutiles. Lo más destacable es la disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina, a pesar de una normal secreción por parte del páncreas, por resistencia de los receptores celulares de la insulina, lo que ocasiona intolerancia a la glucosa y en casos más avanzados, diabetes.

También se producen cambios en las hormonas sexuales, que en la mujer, al producirse la menopausia, son más acusados. La función ovárica está pre-programada en las mujeres de manera que cuando se “acaban” los óvulos, cesa bruscamente el ciclo menstrual habitual y baja radicalmente la producción de hormonas femeninas. Por esto la mujer se vuelve infértil y se deterioran los caracteres sexuales secundarios: Se produce un empobrecimiento del vello en las zonas sexuales, se da un cierto grado atrofia genital, así como del tejido mamario glandular, cuyo tamaño puede mantenerse a expensas del tejido graso, y se producen cambios psicológicos y de la libido.

En los hombres se da también una disminución de la secreción de testosterona, pero mucho más lento y progresivo que conlleva una atrofia de los genitales y dificultades para conseguir y mantener una erección correcta.

En las personas mayores es frecuente ver también una disminución de la capacidad de reacción de la tiroides, de manera que al organismo le es más difícil compensar las necesidades del cambio de ritmo metabólico. En ocasiones estas alteraciones son suficientemente intensas como para ocasionar un hipotiroidismo.

La secreción propia de corticoides ante fenómenos que produzcan estrés (tanto físico como psíquico) es menor, lo que disminuye la capacidad de adaptación del organismo.

Sistema Inmune: La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducen en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. El timo se transforma en un órgano vestigial, aunque puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, en general, no hay otros cambios en los órganos linfoides. Los macrófagos no presentan alteraciones, pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos.

Sistema Renal y Vías Urinarias: Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos. Sin embargo, situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a un riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal. Las vías urinarias se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, por los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres y por la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres.

Sistema Cardiovascular: Es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. Por otra parte, estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento. En las personas mayores hay cambios en el corazón y los vasos sanguíneos secundarios al envejecimiento y a las adaptaciones a éste.

Las arterias pierden elasticidad a causa del aumento del grosor de la pared media muscular, lo que dificulta el paso de la sangre por el estrechamiento del calibre del vaso

y facilita el desarrollo de hipertensión arterial. También se produce un depósito de grasas (colesterol) en la íntima, que se calcifican formando placas, lo que aumenta el tamaño de la pared arterial y empeora la rigidez.

En las venas los cambios son escasos y tienen lugar básicamente en las extremidades inferiores. Debido a la delgadez de la capa media muscular las venas sufren de manera importante el efecto del peso de la columna de sangre y si no puede compensarse (por ejemplo, con el movimiento de las piernas) aparecen las varices.

Sistema Respiratorio: Los cambios generados por el proceso de envejecimiento se explican por la disminución lenta y progresiva de diversos factores:

- ✓ La presión de retracción elástica del pulmón.
- ✓ La distensibilidad de la pared torácica.
- ✓ La fuerza de los músculos respiratorios.
- ✓ La respuesta a la hipoxia y a la hipercapnia.
- ✓ La percepción del aumento de la resistencia de las vías aéreas.

Sistema Digestivo: Se produce una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de

personas que sufren de constipación. Un 10% de los octogenarios pierde la coordinación de los músculos esofágicos por alteraciones de los plexos entéricos.

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino, puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal.

La presencia de enfermedad ateromatosa es causa de isquemias mesentéricas o de colon. A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta, lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más frecuente la existencia de úlceras. La capacidad de metabolización hepática es menor, provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas.

2.1.2.2 Cambios fisiológicos mentales

Producto del envejecimiento, el estado mental de los AM puede verse afectado en mayor o menor grado dependiendo de variables que se deben considerar al momento de evaluar la condición mental de los AM.

El envejecimiento normal produce una serie de cambios que se presentan junto a la declinación general de las funciones fisiológicas, por lo tanto también es posible observar un déficit conductual, cognitivo y emocional. Hay un deterioro en el procesamiento, aprendizaje y recuperación de la nueva información, la resolución de problemas y la rapidez de respuesta. Uno de los problemas más frecuentes es la declinación de la memoria de evocación, manteniéndose conservada la memoria

procedural. En la esfera emocional se encuentra una respuesta exacerbada a las situaciones de estrés, hay un deterioro emocional manifestado por anhedonia, desinterés y déficit en el reconocimiento de expresiones emocionales. Algunas investigaciones apoyan el hecho que cuando los AM dejan de trabajar y tienen pérdidas importantes de amigos o familiares, esto trae como consecuencia un empobrecimiento ambiental que indirectamente acrecientan los déficit cognitivos y emocionales propios de la edad y es por eso que se recomienda que los AM tengan una interacción adecuada con el medio ambiente, realice actividades físicas, sociales y mentales. El mantenerse activo en todos los ámbitos ayuda a proteger la memoria y otras funciones cognitivas (12).

En resumen, se puede decir que en el proceso del envejecimiento puede aparecer un deterioro cognitivo entendido como la existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones cognitivas: Deterioro de la capacidad de atención y concentración, de razonamiento ejecutivo, de juicio, planificación, de adaptación a situaciones nuevas, de memoria, de lenguaje expresivo, comprensión del lenguaje y de orientación en espacio.

Estos cambios de carácter normal e individual, que se pueden presentar en el envejecimiento de las personas, van constituyendo el perfil de los AM en nuestro país, con este perfil ellos deben enfrentar diversas y diferentes situaciones que significan un gran desafío para la sociedad chilena y son los que se presentan a continuación.

2.1.3 El Adulto Mayor y su realidad en la sociedad chilena

Chile ha presentado un cambio demográfico, progresivo y acelerado en la población, sobre todo en las últimas décadas, las pirámides de edad poblacional se han ido invirtiendo, ha disminuido la natalidad y se ha prolongado la longevidad de los chilenos. Los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística indican que el

promedio nacional de adulto mayor (adultos mayores por 100 menores de 15 años) es mayor en la región de Valparaíso que el promedio chileno, y el índice de vejez (adultos mayores por 100 personas total) en la región, también es mayor, respecto al promedio nacional. Estos datos avalan el cambio demográfico en Chile y en la región. Actualmente el promedio de vida para los adultos mayores chilenos es de 79,1 años de edad. Y en cantidad, representan el 13% de la población chilena, siendo cerca de dos millones de adultos mayores y para el año 2020 se espera que la población aumente hasta 3,2 millones de personas, representando un 20% de la población (13).

Los cambios que se producen en la población chilena son tan rápidos que ha sorprendido al país y no estamos preparados para responder en forma adecuada a las necesidades de salud y apoyo social que presentan los adultos mayores actualmente.

Las personas de edad avanzada tienen tendencia a presentar patologías físicas y mentales que muchas veces son de carácter crónico, en varias oportunidades de carácter incapacitante, esta situación provoca un mayor gasto en salud, un mayor uso de los recursos médicos y de los servicios sociales. Actualmente, la mayoría de los servicios de salud atienden un alto número de personas ancianas y esto justifica que todos los profesionales de salud estén preparados para atender a estas personas y sepan sobre el proceso del envejecimiento normal y sus relaciones con las enfermedades e incapacidades del anciano. Es importante que el profesional de Enfermería conozca los fundamentos en el manejo de los adultos mayores, sepa aplicar los cuidados a las personas con patologías crónicas, valore el trabajo multidisciplinario y sepa prevenir oportunamente la pérdida de la independencia en el diario vivir del adulto mayor. Hay cambios que son normales de la vejez y deben diferenciarse de aquellos que provocan las enfermedades, por lo tanto, hay que estar alertas a hacer un diagnóstico precoz de

aquellas patologías que pueden provocar daño a la persona. La prevención y el manejo de la incapacidad es el mayor factor en la promoción de la salud del adulto mayor.

Desde la perspectiva social, podemos decir, que la mayoría de los adultos mayores sabe leer y escribir y viven en zonas urbanas. Se puede afirmar que los que tienen una mejor vejez son aquellos que poseen recursos materiales e intelectuales. Si bien, en Chile se han desarrollado algunas acciones y políticas para cambiar la situación actual de los adultos mayores, aún su desarrollo es bastante precario y no se cuenta con recursos financieros suficientes para dar respuesta adecuada a las emergentes necesidades. Existen leyes e instituciones públicas destinadas a servir a los adultos mayores mediante beneficios previsionales y de salud. Es de urgente necesidad el informar y sensibilizar a la opinión pública acerca de las capacidades de los adultos mayores, para revertir la opinión negativa que muchas veces, se tiene de la vejez. El envejecimiento es un problema social y es el final natural de la evolución de la población. La vejez puede ser considerada una situación individual y privada, el envejecimiento es un fenómeno colectivo y social y es por eso que lo llamamos tercera edad, puesto que tiene una dimensión tanto social como individual.

Cuando una sociedad sufre cambios tan rápidos en su estructura poblacional, parece importante saber que ocurre con sus integrantes y con su calidad de vida, a continuación se presentan algunos datos relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores en Chile (1):

- ✓ Los adultos mayores que se sienten satisfechos con su vida durante los últimos seis meses, es más de la mitad de los encuestados, siendo los hombres los más satisfechos al respecto, comparando el nivel educacional, se describe que a mayor nivel educacional es mayor la satisfacción con la vida.

- ✓ En relación a quedarse en casa o salir, los AM, un 60% de las personas encuestadas, prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas, con tendencia al aumento de esta cifra si es mayor de 75 años. Comparando el nivel educacional, con la necesidad de quedarse en la casa, el estudio refiere que los mayores con menor nivel de educación, prefiere en mayor porcentaje quedarse en casa, que quienes tienen niveles educativos más alto.
- ✓ Respecto a la percepción de recibir un trato injusto, el 90% de los encuestados lo ha percibido, siendo la mayor sensación de injusticia en la atención del consultorio, seguido del municipio.
- ✓ Un cuarto de la población aún trabaja, según la encuesta, siendo la mayoría hombres con educación superior. Un quinto de esta población nunca ha trabajado, y cabe destacar los motivos de que quienes dejaron de trabajar, la mayoría fue por problemas de salud, seguido por los que jubilaron en la edad correspondiente.
- ✓ En el ámbito económico, se indica que ha aumentado el endeudamiento en este grupo etario, respecto a la percepción de ingresos, el 19% indica que el dinero le alcanza de manera casi óptima, el 55% le alcanza justo y el 26% no le alcanza.
- ✓ Respecto a la tenencia de bienes, la mayoría de los encuestados son dueños de una vivienda y casi todos ellos ya la han pagado, el 37% tiene alguna deuda a largo plazo.
- ✓ Las funciones sociales y ocupacionales, demostraron que los hombres mayores de 75 años y con un menor nivel educacional son quienes presentan una mayor disminución funcional.
- ✓ Del total de encuestados, cerca de la mitad realiza algún ejercicio físico.
- ✓ Los adultos mayores encuestados, tienen una buena percepción acerca de contar con redes de apoyo en situaciones, como cuidado personal, confiar en alguien o, simplemente, tener a quien acudir en caso de estar enfermo o presentar algún apuro

económico, respecto a los nexos, se identifica a la familia como la principal red de apoyo.

- ✓ De la constitución familiar, cerca de la mitad de los encuestados, se encuentra casado, casi la totalidad vive acompañado (85%), más de la mitad, aún es jefe(a) de hogar, más de un 90% tuvo hijos y la mayor parte de los encuestados refiere encontrarse satisfecho o muy satisfecho tanto con su relación de pareja como la relación que mantienen con hijos(as) y nietos(as).

2.1.3.1 Salud del Adulto Mayor

La salud del adulto mayor es difícil de medir, ya que los datos que se consideran actualmente se dan en términos negativos como son tasa de mortalidad, hospitalizaciones u otros. El hecho que una persona viva más tiempo no significa necesariamente que es más saludable o tenga mejor estado de salud, lo que se observa es que los AM se enferman más que los jóvenes, demoran más en recuperarse y deben consumir mayor cantidad de medicamentos.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de hospitalización y entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran: cardiopatía coronaria, accidentes vasculares encefálicos e hipertensión arterial. En otros sistemas del cuerpo, como por ejemplo el digestivo se observa una frecuencia de afecciones de resolución quirúrgica (vesícula biliar), en el sistema del tracto urinario destacan las hospitalizaciones por patología prostática en los hombres e infecciones urinarias en las mujeres. Es importante destacar que las personas mayores, no todas enferman y no todas consultan cuando se sienten que están enfermas y por eso son útiles las encuestas, ya que nos dan una visión más amplia del real problema de salud de los adultos mayores. Las encuestas demuestran

que los adultos mayores, efectivamente tienen mayores episodios de enfermedad y muchas de estas patologías son enfermedades crónicas no transmisibles (15).

El estudio SABE (Salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe) nace como una necesidad de contar con información relativa al adulto mayor en América Latina y es auspiciado por la OPS, como una investigación multicéntrica. Chile es parte de este estudio que evalúa las condiciones de salud y bienestar de los ancianos de varios países. Algunos de sus resultados nos permiten establecer el perfil demográfico y de salud de los adultos mayores y en general se puede concluir que los adultos mayores presentan serios problemas de salud y una profunda inequidad social y de género, lo que plantea a la sociedad un gran desafío. Las mujeres viven más tiempo que los hombres pero tienen un menor nivel de educación, de ingresos y de protección en términos de seguridad social. También, las mujeres consultan más los servicios de salud. Los resultados de este estudio revelan la necesidad de mantener acciones preventivas y de promoción de la salud de los adultos mayores.

El estudio SABE y la segunda Encuesta de Calidad de Vida realizada en nuestro país y algunos otros estudios de investigación en adultos mayores ha hecho que Chile haya elaborado y puesto en marcha una política país para enfrentar el gran desafío que significa tener en la sociedad un elevado número de personas mayores.

2.1.3.2 Como está organizado el país para atender las necesidades de los Adultos Mayores

Actualmente, podemos decir que sí se han realizado acciones para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población de personas adultas mayores en Chile. A continuación se explicitan algunas de las más importantes.

2.1.3.2.1 Política de envejecimiento positivo

En Chile existe un organismo público llamado Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) que se ha preocupado a partir del año 2002 de coordinar las políticas públicas hacia las personas mayores. La creación de este Servicio ha permitido tener una mayor visibilidad del envejecimiento y de la vejez tanto en el ámbito público y privado en Chile.

En el año 2012 desde SENAMA se da a conocer una nueva política creada por expertos de diferentes áreas del saber a nivel nacional, denominada “**Política Integral de Envejecimiento Positivo**” que es la política que se pone en práctica actualmente, constituye un gran avance, ya que comienza a recoger los desafíos del envejecimiento, permite proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, frena el avance de los niveles de dependencia, fomenta el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de los adultos mayores (3).

Esta política del envejecimiento positivo se propone tres objetivos generales: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Cada uno de estos objetivos tiene sus objetivos específicos con una o más metas que permitirán evaluar el impacto. Para alcanzar estas metas existe un plan multisectorial que considera un conjunto de acciones de corto, mediano y largo plazo que se realizarán desde el año 2012 al 2025 (3).

2.1.3.2.2 Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores

El objetivo específico 1 de la política de envejecimiento positivo, dice “Mejorar la oferta, calidad y eficiencia tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores”.

Para dar cumplimiento a este objetivo, entre las acciones realizadas en Chile, el Ministerio de Salud en el año 2014, presentó un documento llamado **“Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores”**. En este programa, en relación a la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, se han desarrollado 9 objetivos y el objetivo estratégico N°4 dice: “reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital”, con su objetivo estratégico específico “mejorar el estado funcional de las personas mayores” (16). En este objetivo se han priorizado tres estrategias fundamentales:

Sensibilización y promoción para incentivar el envejecimiento saludable y las buenas prácticas de cuidado de la persona mayor, a través del trabajo multisectorial. Mejoría de la calidad de atención de la población adulta mayor en Atención Primaria a través del aumento de la resolutivez en la atención.

Instalación de modelo de atención geriátrica en red al interior de hospitales de alta complejidad.

2.1.3.2.3 Respuestas del sistema de salud a las necesidades de los Adultos Mayores

A continuación se presentan las diferentes acciones que el sistema de salud ha puesto en práctica para responder a las crecientes necesidades de los adultos mayores:

- ✓ Acceso a Servicios de Salud por parte de la población AM.
- ✓ Programa del Adulto Mayor 2002, aún vigente.
- ✓ Programa Nacional de Alimentación Complementaria del AM (PACAM).
- ✓ Programa Compromiso de gestión hospitalaria: Hospital amigo.
- ✓ Programa Nacional de Inmunizaciones del MINSAL.
- ✓ Garantías Explícitas en Salud (GES) para personas mayores.
- ✓ Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores (EMPAM).
- ✓ Atenciones de Urgencia.

2.1.4 Desde la Enfermería. Aportes al cuidado del Adulto Mayor

2.1.4.1 Características del profesional de Enfermería y acciones que realizar en el cuidado de los AM

La Enfermería geriátrica debe contribuir con una visión integral del adulto mayor y con algunas características que hagan posible su real aporte, algunas de ellas se mencionan a continuación:

Capacidad de trabajo en equipo: Los AM tienen una gran variedad de necesidades, ya que a diferencia de otros grupos etarios, en ellos el proceso salud-enfermedad se encuentra influenciado por una serie de factores biológicos y psicosociales, y en el ámbito de la salud se hace necesario una valoración geriátrica integral la cual debe ser multidimensional y realizada por un equipo interdisciplinario.

Actitud positiva: Debe estar dispuesta a trabajar en diferentes lugares, puesto que el cuidado de las personas mayores se puede dar en diferentes ámbitos: Domicilio, centros de salud, residencias de larga o corta estadía. Debe desarrollar empatía con el anciano y con su familia.

Capacidad de gestión: Los cuidados de Enfermería deben contemplar los aspectos preventivos y tener presente que en la meta de la geriatría se contempla lograr que el grupo de AM tenga un envejecimiento saludable, con un periodo corto de morbilidad, incapacidad y dependencia. El profesional de Enfermería debe elaborar registros e informes de buena calidad, en lo posible participar y coordinar el equipo geriátrico y ser capaz de identificar indicadores de evaluación de la calidad de atención.

Habilidades en investigación: Esto le permitirá generar conocimiento y entender mejor la realidad que deben enfrentar los AM en nuestro país.

Además de las características que debe tener el profesional de Enfermería, a continuación se mencionan algunas actividades que desarrolla en el trabajo con los AM (11):

- ✓ Educar a la población general sobre prácticas que favorecen un envejecimiento positivo.
- ✓ Trabajar en equipo con otros profesionales que atienden al AM.
- ✓ Identificar y reducir los riesgos en personas ancianas.
- ✓ Proteger y respetar los derechos de los AM.
- ✓ Evaluar y realizar intervenciones de Enfermería en problemas específicos.
- ✓ Promover la aplicación de aspectos éticos en el cuidado de los AM.
- ✓ Promover las capacidades de auto-cuidado y la independencia de este grupo etario.
- ✓ Ayudar a los AM en la fase de transición a la muerte con paz, confort y dignidad.

2.1.4.2 Modelo teórico aplicable a la gestión del cuidado del AM

Uno de los componentes de la gestión del cuidado que nace desde las bases de la disciplina, son los modelos teóricos, los que permiten explicar, predecir y realizar el cuidado propiamente tal a las personas.

No existe un modelo teórico único que se pueda aplicar, pero entre los que destacan, está el modelo de autocuidado de Orem, siendo muy adecuado aplicarlo en el cuidado del AM. En este modelo, Orem postula que Enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado de los individuos, para que ellos mismos puedan satisfacer sus necesidades y de esta manera, ser más independientes, que en el caso de los adultos mayores esta debe entenderse en relación a las actividades de la vida diaria: básicas e instrumentales.

A continuación se presenta algunos planteamientos teóricos de este modelo (6):

Teoría del autocuidado: Es una acción adquirida, es decir, que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso.

El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o

resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- ✓ **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ✓ **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ✓ **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del Déficit del Autocuidado: Expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de Enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

Esta teoría, muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la Enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto, un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado.

Teoría de los Sistemas de Enfermería: Es la más general de ellas, incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de Enfermería, sugiere que la disciplina de Enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados, diseñados y producido por Enfermeras, a través del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que plantean problemas de cuidado o de cuidado dependiente. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de Enfermería se realiza mediante sistemas, los cuales son sistemas de Enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, sistemas de apoyo educativo.

Los métodos de ayuda adecuados para desarrollar los sistemas de apoyo-educativo son: proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, apoyar, guiar y enseñar. Estos métodos de ayuda, Orem los describe como comunes en todas las situaciones de ayuda, puede utilizarse tanto en situaciones individuales como para grupos, seleccionándolos y combinándolos según las demandas de autocuidado y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, apoyándola física y/o psicológicamente, promoviendo un entorno favorable del desarrollo personal y enseñándole, de tal manera que llegue a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidado actuales y futuras.

Este modelo de autocuidado es aplicable a cualquier situación dentro del continuo salud-enfermedad: A personas enfermas, a personas que están tomando decisiones sobre su salud y necesitan asesoría o consejo de un profesional y a personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas que son riesgosas para la salud. También puede aplicarse en cualquier etapa del ciclo vital y, por lo tanto, a Adultos Mayores sanos o enfermos.

El autocuidado en la persona sana o enferma es necesario, porque la meta del modelo de atención con énfasis en el autocuidado es desarrollar, fortalecer o recuperar las capacidades de autocuidado de las personas. La forma en que la persona satisface sus necesidades de autocuidado es una conducta aprendida y la familia es la principal educadora, ya que es allí donde las personas adquieren valores, creencias, normas de vida y formas de autovalerse. La forma de llevar a cabo el autocuidado puede estar influida por la posición que ocupa la persona en la familia, por los roles que desempeña, el sistema de apoyo que recibe, la edad, el estado de salud, el sistema de valores y el grado en que están satisfechas sus necesidades. Finalmente, en conclusión se puede decir que el enfoque de autocuidado implica (17):

- ✓ Involucrar a las personas, familias y comunidad en las decisiones referentes a salud, que deben tomar.
- ✓ Confiar en las capacidades de las personas para poner en práctica acciones de autocuidado.
- ✓ Aprender de las personas y compartir información, apoyarlas en las decisiones que tomen.
- ✓ Estar preparadas para escuchar activamente a las personas, para saber lo que necesitan.
- ✓ Ayudar a las persona a tomar decisiones, apoyarlos a establecer sus propios objetivos y establecer un plan de acción y luego evaluar sus esfuerzos.

En nuestro país los Adultos Mayores se ven enfrentados a una atención de salud de difícil acceso, sin embargo por su condición y sus características, ellos necesitan una atención integral y multidisciplinaria donde el profesional de Enfermería forme parte esencial del equipo de salud que los atiende. El profesional de Enfermería debe recibir la capacitación que sea necesaria para poder responder de la mejor forma al cuidado de los

Adultos Mayores, que están bajo su responsabilidad y estar alerta a cumplir con los objetivos de la atención del AM, sobretodo aquellos dirigidos a la prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo, promoción y mantención de la salud, con el fin de mantener la autonomía y evitar la pérdida de la independencia. De esta forma, los AM mayores podrán permanecer más tiempo en su medio familiar y social.

Las acciones de salud deben ir dirigidas al establecimiento de hábitos de vida saludable, potenciando una alimentación sana, cumplimiento de pautas de higiene, adherencia a campañas de vacunación, disminución de consumo de alcohol y tabaco, prevenir la automedicación, mantener la actividad física. Todas las intervenciones que se planifiquen con los AM no deben perder de vista la angustia y ansiedad que genera cualquier enfermedad en esta etapa de la vida, la que debe tratarse de la mejor forma y rápidamente lograr una recuperación que le permita una pronta reinserción familiar y social.

Entre todas las acciones de tipo preventivo y de fomento a la promoción de salud que se organizan para el AM, se encuentran los diferentes talleres creados por las Municipalidades cuyos objetivos centrales son aumentar la capacidad de autovalencia de los AM y fortalecer un envejecimiento saludable. A pesar del beneficio que estas acciones significan para los AM, son pocos quienes asisten y participan en forma activa y regular.

2.1.5 Estado del arte

Resumen de estudios que nos permite acercarnos a describir el perfil de los Adultos Mayores.

2.1.5.1 “El Envejecimiento humano Activo y Saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad.”(18)

Esta comunicación plantea que ante el cambio demográfico que se observa en los países en desarrollo, se hace necesario conocer urgente e integralmente el proceso de envejecimiento humano, que nos podrá ayudar a tomar de medidas que faciliten a esta población la satisfacción de las condiciones económicas, sanitarias, sociales y espirituales, que garanticen el disfrute de una vejez activa y saludable. El objetivo de la presente comunicación es reiterar la importancia de esta cuestión de enorme repercusión política, socioeconómica, y cultural, que representa un desafío para el anciano, la familia, la sociedad y las instituciones gubernamentales, que de no enfrentarse adecuadamente, tendrá catastróficas consecuencias por su alto costo social y constituirá una violación de los derechos humanos a los ancianos

2.1.5.2 “Influencia del ejercicio físico en la salud del Adulto Mayor. Consultorio “El Morro”, Municipio Sucre.”(19)

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el consultorio popular el “Morro”, en la República Bolivariana de Venezuela, durante septiembre del 2005 a Febrero del 2006, que buscaba determinar la influencia del ejercicio físico en el adulto mayor. Para ello se utilizó un universo de 121 adultos mayores de la comunidad y una muestra de 66 adultos mayores que realizaban ejercicios.

En este estudio se hace alusión a que el ejercicio físico se realiza para mantener y cuidar la salud del adulto mayor como componente fundamental de un estilo de vida saludable para reducir la morbilidad y mortalidad en esa edad.

En este estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: El 54,4% de la comunidad realiza actividad física; El 31,8% se distribuye entre los 60- 64 años; El 57,5% pertenece al género femenino; El 69,6% de los adultos mayores controlan la hipertensión mediante el ejercicio; El 73,8% de los AM con artrosis, no sufren de impotencia funcional ni dolor; En el 71,42% desaparecieron los síntomas de ansiedad, insomnio y sensación de soledad; El 59,52% de los pacientes con artrosis, el 50% de los asmáticos, el 43,47% de los hipertensos, y el 19,04% de los que sufren trastorno depresivos, disminuyeron la dosis de medicamentos al día.

Finalmente, se pudo observar que el ejercicio efectivamente aporta beneficios a los adultos mayores, como la disminución de la percepción del dolor, de la ansiedad y mejora la capacidad de atención y concentración. El Adulto Mayor que asiste regularmente a la realización de actividad física, aumenta su sensación de bienestar y la percepción de mayor movilidad, logrando mantener más independencia por más tiempo, con mejor capacidad funcional. Otro aspecto positivo, además de los anteriores mencionados, es que el encuentro periódico con sus pares de edad al realizar ejercicios, permite que se distraigan, lo que repercute de manera positiva en el área psicológica y mejoran las relaciones sociales.

2.1.5.3 “Dependencia de los Adultos Mayores en Chile” (14)

Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, es un estudio realizado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de salud junto al

departamento de Economía de la Salud del MINSAL y la División de Planificación Regional del MIDEPLAN el año 2008. A continuación, se destacan los planteamientos más importantes de este documento de trabajo y que pretende construir un perfil de los adultos mayores chilenos.

Chile ha experimentado un cambio demográfico importante, aumentando significativamente el porcentaje de Adultos Mayores en el país, lo cual ocasiona un aumento y prevalencia de discapacidades y limitaciones físicas y cognitivas. El objetivo de este estudio es contribuir al desarrollo de un marco conceptual que ayude a investigar la situación de la dependencia del adulto mayor en Chile, siendo una de las principales tareas, definir el concepto base que permita acercarse a la realidad de la dependencia de las personas mayores.

Se recogen los análisis de los resultados de los principales estudios nacionales: El Estudio Nacional de la Discapacidad (FONADIS 2004), la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE 2000) (MINSAL-OPS) y la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL 2006).

El principal objetivo del estudio FONADIS 2004, es conocer la prevalencia de la discapacidad, sus diversos tipos y grados, y en qué medida esta condición afecta a las personas. Para esto, la definición conceptual del estudio y el instrumento de recolección de información, se encuentran basados en la Clasificación Internacional de Funcionamientos de la Discapacidad y de la Salud (CIF), promulgada por la OMS y la OPS. El estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) demostró que el 12,9% de la población vive con discapacidad, de estas personas, el 45,2% corresponde a Adultos Mayores.

Las mujeres Adultas Mayores con discapacidad representan el 60,6% de las personas de ese rango etario. De los Adultos Mayores, un 17,3% presentan un grado leve de discapacidad, un 11,1% un rango moderado y un 10,7% severo.

Encuesta SABE 2000, está orientada a establecer y evaluar los elementos que determinan la calidad de vida de los Adultos Mayores para guiar las políticas y acciones necesarias por el bienestar de este grupo. Su propósito es evaluar las condiciones de salud de los adultos mayores de 60 años en Santiago. Se utilizó en la medición de la dependencia la escala Lawton y Brody y la escala abreviada de Rosow Breslau.

Por otro lado, de este estudio se desprenden los siguientes resultados relevantes para nuestra investigación:

- ✓ **Percepción del estado de salud:** En cuanto a la percepción del estado de salud, del total de la muestra el 30,6% de los Adultos Mayores considera que su salud es buena y un 41,4% que es regular. Por otra parte, un 20,1% considera su estado de salud como malo o muy malo. En relación a los Adultos Mayores autovalentes, un 35,8% percibe su estado de salud como bueno, 41,4% regular y 13,2% como malo o muy malo. Además, un 7,8% de este subgrupo dice gozar de muy buena o excelente salud, así mismo las mujeres presentan una mejor percepción de su salud.
- ✓ **Nivel educacional:** El estudio revela que en el caso de los Adultos Mayores autovalentes, el nivel educacional es mayor que en los dependientes, sobretudo en enseñanza media y de nivel superior. No hay diferencias entre ambos géneros.
- ✓ **Situación previsional de salud:** El 84% de los Adultos Mayores se encuentra afiliado al sistema público de salud en alguna de sus modalidades.
- ✓ **Actividad física:** Se observa que el 79,8% de los Adultos Mayores no practica ningún deporte o no desarrolla actividad física alguna. En oposición, tan sólo un

7,4% realiza alguna actividad física todos los días, superando en ambos grupos los hombres a las mujeres.

En relación a la discusión se destaca que, un aspecto más de tipo sociológico, que se plantea en la frase inicial de este estudio “La vejez no será sino lo que quiera que sea, la sociedad que la crea” que entrega un marco general de política pública relativa al tema de dependencia y de los Adultos Mayores en general. Desde una perspectiva de largo plazo, es la necesidad de abordar el desafío sobre el cambio cultural que implica la etapa de transición demográfica avanzada en que nos encontramos, lo que se traduce en una población envejecida, en un país donde culturalmente se otorga una alta valoración a la juventud y -en la práctica cotidiana- se considera a la vejez como un estado de la vida en el que la persona se transforma en una carga para la sociedad y para la familia, y cuya expresión más injusta es la exclusión social.

En este marco, la práctica social opta por no “ver” a las y los Adultos Mayores, descalificarlos y disminuir su importancia y valor dentro de la sociedad, generándose de esta manera una cultura de marginación de las personas mayores. El gran desafío como sociedad es reconocerlos, hacerlos “visibles”, y en definitiva, incorporar de manera significativa a este grupo etario en el diseño de políticas públicas. Además, en cuanto individuo, el adulto mayor requiere recuperar su propia valoración, tener conciencia de sus posibilidades de aportar a la sociedad, y que ésta a la vez, reconozca y valore estos aportes. En este punto, nos parece oportuno recordar que desde la perspectiva del ciclo vital, es posible formular políticas públicas orientadas a mantener la interacción social y cultural entre las distintas etapas de este ciclo (niñez, juventud, adultez y vejez).

2.1.5.4 “Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán” (4)

Este estudio tiene como objetivo determinar el perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en las actividades de la vida diaria (ABVD) de personas mayores demandantes de atención primaria en un centro de salud familiar de Chillán. Al respecto, surge el concepto de funcionalidad, el cual mide determinadas acciones de la vida diaria (AVD) sirviendo como parámetro de evaluación del estado de salud, de las variables ligadas a este parámetro, es de interés las (ABVD), considerada como acciones encaminadas al autocuidado del individuo y su movilidad, que otorgan autonomía e independencia.

Es un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 88 individuos elegidos por muestreo sistemático. Los instrumentos para la recolección de datos fueron: Índice de Barthel, para discriminar grado de funcionalidad, una encuesta de caracterización demográfica y de salud, escala de Depresión de Yesavage y Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental de Pfeiffer, que valora el estado cognitivo.

Entre los resultados más destacados se encuentran los siguientes: La mayor proporción es la presencia de mujeres (61%) entre 70-79 años, mayoritariamente alfabetos (67%), con educación básica incompleta (62%), cerca de la mitad se encontraba sin pareja (55%), viviendo acompañados (83%), principalmente de sus hijos (52%). Mas de la mitad no participaba en grupos comunitarios (65%) y la mayoría percibía tener apoyo en emergencias (82%), un elevado porcentaje presentaba enfermedades crónicas (91%), prevaleciendo la hipertensión arterial (75%), observándose además sobrepeso y obesidad (41% y 18% respectivamente). La mayoría no presentaba depresión (52%), con funciones mentales intactas (59%). Funcionalmente prevaleció la independencia (61%) y

dependencia leve (39%). Las principales ABVD alteradas fueron “deambular” (44%), “subir y bajar escalones” (86%), “trasladarse entre silla y cama” (33%) e incontinencia urinaria” (24%).

2.1.5.5 “Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo” (20)

El objetivo de este estudio es proveer una síntesis del perfil epidemiológico de la población mayor de 60 años en Chile. La metodología utilizada corresponde a la recopilación y análisis de bases de datos e informes sectoriales lo más actualizados posibles, que contuvieran datos y/o información que nos permitiera describir factores de riesgo de enfermedad y perfiles de morbilidad, discapacidad y mortalidad de los adultos mayores.

Respecto al análisis de datos, en los gráficos se evidencia un descenso de la tasa de natalidad, previéndose que ésta continuará con este efecto. La mortalidad experimentaría un aumento leve debido al envejecimiento poblacional. La esperanza de vida al nacer aumenta a medida que pasa el tiempo, favoreciendo a la población femenina, representando el 50.7% de individuos del país, a mayor edad, aumenta esta cifra, evidenciando la mayor expectativa de vida en las mujeres.

Otro dato destacado es la prevalencia de sedentarismo de la población general. El 89,4%, de los chilenos fueron categorizados como sedentarios el año 2003. En los adultos mayores, la tasa fue de 95,7% (sedentario es la persona que no ha practicado actividad física, durante al menos 30 minutos 3 veces a la semana).

De la prevalencia de hipertensión arterial en los Adultos Mayores la tasa fue de 78,8%, el 58% estaba en tratamiento, 11% bajo control médico y el 39% sin tratamiento. La tasa de prevalencia de Diabetes Mellitus fue de 15,2% y el 74,5% de los diabéticos se encontraba bajo tratamiento farmacológico.

El documento hace referencia a la “Encuesta de Protección Social”, de la Universidad de Chile 2004, que indagó sobre enfermedades prevalentes y en la población mayor de 60 años, la hipertensión arterial estuvo presente en el 41,7% de los encuestados, la artritis-artrosis en un 17,3%, la diabetes mellitus en un 13,5% y la depresión en un 7,3%.

Se menciona que en la EPS 2004, se investigó el grado de dependencia de los Adultos Mayores, de los cuales el 78% no necesitó ayuda para realizar actividades de la vida diaria. El 27% de las mujeres y el 16% de los hombres declararon algún grado de dificultad o necesitar ayuda en sus actividades cotidianas. Se aplicó el instrumento “minimal MMSE”, y los datos obtenidos, indican que la tasa de prevalencia de deterioro cognitivo fue de 15% en los AM, aumenta dicho dato significativamente a mayor edad; no hubo diferencias por sexo.

Las principales causas de muerte en los Adultos Mayores son enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y enfermedades del sistema respiratorio. Respecto al riesgo de morir de los Adultos Mayores, descartando tumores y leucemias, es posible incidir en la disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares implementando estrategias y actividades de promoción de Salud y de actividades de prevención en todos los niveles de atención.

Los cambios producidos por el envejecimiento, pueden conducir a pérdidas de la autonomía e independencia. La “salud” de un Adulto Mayor se mide en términos de función y no de las patologías, la buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la capacidad para funcionar de forma autónoma. A partir de los 60 años de edad, las mujeres tienen tasas más altas de discapacidad que los hombres.

En resumen, Chile comparte un perfil epidemiológico con los países desarrollados lo que nos predice que si no se enfatiza en la prevención y en la promoción de un envejecimiento saludable habrá un aumento de una población portadora de enfermedades crónicas o incapacitantes, que generan una importante dependencia funcional y estos adultos mayores van a depender de otros en su cuidado y actividades de la vida diaria.

Esto va tener consecuencias económicas y sociales por lo que este fenómeno hay que abordarlo pronto con un sistema importante de seguridad social. El documento finaliza haciendo un llamado a hacer conciencia y enseñar a los “jóvenes” y “adultos jóvenes” a ser responsables de su propio proceso de envejecimiento, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables lo más temprano posible en su ciclo vital.

2.1.5.6 Resultados Segunda Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez 2010 (5).

Esta encuesta muestra datos que reflejan la calidad de vida en la vejez del año 2010, es representativa de la población de AM Chilenos, los resultados se comparan con la encuesta del año 2007, incluye los principales resultados de ambas encuestas, el propósito de este documento es ser un aporte a las políticas públicas y privadas de Chile.

El documento revela temas como el aumento del bienestar general en la vejez, donde se aprecia que los hombres se sienten más satisfechos con sus vidas, y que a mayor nivel educacional, mayor nivel de satisfacción con la vida. De acuerdo a la sensación ante la vida, la encuesta muestra que más de la mitad de los AM prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas, los mayores de 75 años son quienes más prefieren esto y es a partir de esta edad que aumentan los riesgos de pérdida de funcionalidad. En cuanto a las preocupaciones del AM, se distinguió que enfermarse gravemente, que fallezca un familiar y tener que depender de otros, son las principales preocupaciones.

De la participación social se destaca que el 18% de los encuestados asiste a los clubes del AM, el 17% asiste a junta de barrio y un 6% a clubes deportivos. Las mujeres salen menos de casa pero participan más en actividades religiosas, van más a cursos o talleres y asisten con más frecuencia al médico, además, se puede mencionar que con la edad disminuyen estas acciones, relacionadas estas con la capacidad funcional del AM.

En la encuesta del año 2010 se observa que los adultos mayores aumentaron positivamente su auto-percepción de salud, respecto de este mismo ítem el año 2007. De los encuestados, los AM de 60 a 74 años, masculinos y con nivel educacional alto son quienes perciben que su salud es mejor. Los AM generalmente poseen enfermedades, las más comunes son hipertensión arterial, artritis, colesterol alto y la diabetes mellitus. En relación a la actividad física, más de la mitad de este grupo no la realiza, mientras que un bajo porcentaje realizan ejercicios varias veces a la semana.

Referente a las actividades sociales y relaciones familiares, se dice que corresponden a un factor protector para un envejecimiento activo y saludable en las personas mayores. Existe una correlación entre un mayor nivel de satisfacción con la

vida y la participación social, para este grupo etario, la sociabilidad debe ser vista como un elemento que ayuda a mejorar su calidad de vida.

Los resultados de la Encuesta, evidencian inequidades en este grupo etario en la forma en que se envejece. El acceso a educación permite acceder a una mejor posición laboral, mayores ingresos, se relaciona con capacidades cognitivas, acceso a información, lo que permite tener mejores estilos de vida, mayor capacidad adaptativa (auto-eficacia).

Es así como los adultos mayores con mayor educación tienen una mejor condición económica, de vida, en salud, funcionamiento físico y cognitivo.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General

- ✓ Determinar el perfil socio-demográfico y de salud de AM que asisten a los talleres organizados por el Centro Integral de Mayores.

2.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las características socio-demográficas (como edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia rural/urbano, ocupación, estado civil, vivienda propia/arrendada, relaciones familiares) de los Adultos Mayores.
- ✓ Identificar la presencia de enfermedades y la percepción de salud que tienen los Adultos Mayores.
- ✓ Identificar las motivaciones de los Adultos Mayores al asistir a talleres.
- ✓ Medir grado de funcionalidad física y mental de los Adultos Mayores.

2.3 Definición y operacionalización de variables

Socio-demográfico: Estos indicadores son el reflejo de las características sociales y demográficas de una población, en esta investigación se evaluarán los que están nombrados a continuación: nivel educacional, genero, edad, familia, estado civil, vivienda, ocupación.

Funcionalidad: Independencia entendida como la capacidad de desempeñar funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias de ello, de acuerdo a las preferencias propias y los requerimientos del entorno.

Enfermedades crónicas: Las enfermedades crónicas no transmisibles son de curso prolongado que necesitan tratamientos continuos para su control. No se resuelven espontáneamente y, rara vez, se logra una cura completa.

Percepción de Salud: Conjunto de procesos cognitivos que están desencadenados por estímulos que llegan a los órganos de los sentidos (tacto, vista, oído, gusto y olfato) e integrados con la información sobre los estados internos.

Definición nominal	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Sub- Indicadores
Educación	Años cursados en el Sistema de educación.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Básica. ✓ Media. ✓ Educación Superior. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Básica Completa. ✓ Media completa. ✓ Educación superior completa. ✓ Básica incompleta. ✓ Media Incompleta. ✓ Superior incompleta. 	
Sexo			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombre. ✓ Mujer. 	
Edad	Se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decenios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 60-69 años. ✓ 70-79 años. ✓ 80-89 años. ✓ 90-más años. 	
Estado Civil	Situación de las personas que está determinada por la relación legal y/o afectiva.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltero/a. ✓ Casado/a. ✓ Viudo/a. ✓ Divorciado/a. ✓ Conviviente. 	
Lugar de residencia	Se considerara zona rural a toda aquella comunidad que salga del radio urbano, en este caso específico de la comuna de San Felipe.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rural. ✓ Urbano. 	
Ocupación	Trabajo, labor o quehacer que realiza una persona a cambio de dinero o satisfacción personal.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo remunerado. ✓ Trabajo no remunerado. ✓ Pensionado. 		

Familia	Grupo de personas unidas por vínculos ya sea consanguíneo, matrimonio, adopción, o afectivo que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solo ✓ Acompañado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiar. ✓ No familiar.
Vivienda	Edificación cuya principal función, es ofrecer refugio y habitación a las personas.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propia. ✓ Arrendada. 	
Funcionalidad	Es entendida como las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.	<p><u>1.- Escala Lawton y Brody</u>, la cual evalúa la capacidad funcional en base a actividades instrumentales de la vida diaria y consta de 8 ítems, se le asigna valor numérico 1 ó 0, con la suma de las respuestas se interpreta el puntaje.</p> <p><u>2.- Escala Minimental (MMSE)</u>: Mide áreas cognitivas como memoria, concentración, orientación temporo-espacial, entre otras. Consta de 6 ítems, se le asigna a cada pregunta un valor numérico distinto, siendo la suma máxima 19 puntos</p>	<p><u>1.- Escala Lawton y Brody:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 ó 1 tiene dependencia total. ✓ 2 a 3 dependencia severa. ✓ 4 a 5 dependencia moderada. ✓ 6 y 7 dependencia ligera ✓ 8 independencia total. <p><u>2.- Minimental:</u> Otorga puntajes según respuestas en los ítems de preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin deterioro cognitivo >13 ✓ Se considera alterado <13 	

			puntos.	
Percepción de Salud	Conjunto de procesos cognitivos que están desencadenados por los estímulos que llegan a los órganos de los sentidos (tacto, vista, oído, gusto y olfato) e integrados con la información sobre los estados internos		✓ Ítems de preguntas.	
Presencia de enfermedades crónicas	Las enfermedades crónicas no transmisibles son de curso prolongando que necesitan tratamientos continuos para su control. No se resuelven espontáneamente y rara vez se logra una cura completa.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ DM tipo I y II ✓ HTA. ✓ ICC ✓ Artritis. ✓ Artrosis. ✓ Otras. 	

CAPÍTULO 3:

Metodología

3.1 Metodología

3.1.1 Tipo de diseño de la investigación

En base a las características del estudio, el diseño de la investigación correspondió a un estudio cuantitativo-descriptivo y de tipo transversal-exploratorio. Siendo caracterizado por un muestreo probabilístico aleatorio simple.

3.1.2 Población en estudio

El estudio considero a los Adultos Mayores de 60 años de edad, cumplidos a la fecha de la encuesta, que estuviesen inscritos en, al menos, un taller del Centro Integral de Mayores, ubicado en la calle Avenida Yungay N° 300, en las afueras del terminal de buses de San Felipe. Se excluyeron de participar a las personas que requirieran un representante legal o tutor para participar y/o de otra nacionalidad. Además, en caso de asistir a más de un taller, debieron responder la encuesta sólo una vez.

3.1.3 Definición del Universo

Nuestro universo considero a todos los Adultos Mayores de 60 años cumplidos a la fecha de la realización de la encuesta y que asistían, al menos, a uno de los talleres impartidos en el Centro Integral de Mayores de la comuna de San Felipe en los meses de Octubre y Noviembre, por lo tanto el universo total corresponde a 340 personas, de los cuales será necesario encuestar a 181 para obtener una muestra con un 95% de confiabilidad y 5% de error. Las personas integradas al estudio podían ser de ambos sexos, además no se diferenció la raza, etnia o nivel socio-económico, que cumplían con los criterios mencionados anteriormente.

Los talleres impartidos en el centro corresponden a:

- ✓ Actividad Física.
- ✓ Actividad Física Cardiovascular.
- ✓ Taller de Memoria.
- ✓ Taller de Coro.
- ✓ Taller de Guitarra.
- ✓ Taller de Repostería.
- ✓ Taller de Teatro.
- ✓ Taller de Relajación.
- ✓ Taller de Tejido.
- ✓ Taller de Telar.
- ✓ Taller de Computación.
- ✓ Taller de Cosmetología.
- ✓ Taller de Decopage (manualidades).
- ✓ Taller de Yoga.
- ✓ Taller de Tango.

3.1.4 Muestreo Probabilístico

En este estudio se pretendió determinar el perfil socio-demográfico y de salud de los asistentes a talleres del Centro Integral de Mayores, de la comuna de San Felipe, además identificar las necesidades de motivación a la participación social, autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria.

La metodología para determinar el tamaño muestral de este estudio, considera los siguientes parámetros:

- ✓ El nivel de confianza o seguridad ($1-\alpha$): El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente (Z_{α}) con una seguridad del 95% = 1.96. En este caso se realizó el ejercicio con varios niveles de seguridad.
- ✓ La precisión para el estudio, correspondió a lo que se conoce como error de muestreo y se expresó nivel de error como: El error dispuesto a asumir por el investigador. Más adelante se presentan tablas comparativas de tamaños muestrales según el nivel de error.
- ✓ El valor aproximado del parámetro que se midió, en este caso, una proporción. Para este estudio hemos definido probabilidad de que un AM tenga necesidades de motivación a la participación social. Considerando que no se tiene conocimiento de esta probabilidad, se definió este valor como 50%, es decir, se suponemos que el 50% de los adultos del universo presento la condición.
- ✓ En base a la información de las estadísticas recopilada se estableció que el universo o población de estudio es de $N= 340$.

Dicho lo anterior y considerando que el diseño de este Muestreo es Probabilístico aleatorio, se tradujo en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 p * (1 - p)}{(N - 1) * e^2 + Z_{\alpha/2}^2 p * (1 - p)}$$

Donde:

N = Total de la población.

$Z_{\alpha/2}^2$ = 1.96² (si la seguridad es del 95%).

p = Proporción esperada (en este caso 50% = 0.5).

e = Precisión (o error).

n = Tamaño muestral.

Al realizarse procedimientos aritméticos, con los diferentes niveles de confianza y distintos niveles de error, se obtuvieron los siguientes valores:

	Muestra con 5% error	Muestra con 6% error	Muestra con 7% error	Muestra con 8% error	Muestra con 9% error	Muestra con 10 % error
90% de Confianza	151	121	98	81	67	57
95% de Confianza	181	150	125	104	88	75
99% de Confianza	225	196	170	147	128	112

Debido a la escasa participación de los asistentes o en su defecto a la poca constancia en la asistencia al centro, es que solo se pudo encuestar a un total de 121 adultos mayores, lo que nos arroja un nivel de confianza del estudio de 90% y un error muestral del 6%.

3.1.5 Método de recolección de datos

Los datos se obtuvieron mediante una encuesta auto-aplicada con ayuda a los participantes de los diferentes talleres del Centro, inicialmente se coordinó con algunos profesores que accedieron darnos unos minutos terminada su clase, en otros casos, las personas fueron abordadas en la entrada o salida de cada taller mediante un stand ubicado a la salida de las puertas del Centro, donde se realizan los mismos.

Se auto-aplicaron las primeras cuatro partes de la encuesta a los AM autovalentes y sin dificultades de visión o analfabetismo; En caso de alguna dificultad, una alumna de Enfermería de IV año aplicó la encuesta, y la quinta parte del instrumento correspondiente al MiniMental (MMSE), fue aplicada, necesariamente, por una alumna de IV año de Enfermería, previamente capacitada.

3.1.6 Descripción del instrumento

El cuestionario estuvo formado por 5 partes, consta de 43 preguntas en total, el cual fue de tipo auto-aplicado con ayuda, con una duración de 20 minutos aproximadamente (Ver anexo 4).

En la primera parte del instrumento, se pesquisaron datos del Perfil socio-demográfico de los AM, se realizaron preguntas de características personales socio-demográficas; La segunda parte del instrumento “Presencia de enfermedades y percepción de salud”, tuvo preguntas extraídas y/o basadas en la segunda Encuesta de Calidad de Vida (2010) donde se pesquisaron enfermedades y percepción de salud; La tercera parte “Motivaciones para la participación en talleres” indagó motivos de participación y motivación de asistencia a talleres; La cuarta parte del instrumento correspondía a “Valoración funcional con índice de Lawton y Brody”, la cual evalúa la capacidad funcional en base a actividades instrumentales de la vida diaria y consta de 8 ítems, se le asigna valor numérico 1 ó 0, con la suma de las respuestas se interpreto el puntaje: 0 ó 1 tiene dependencia total, de 2 a 3 dependencia severa, 4 a 5 dependencia moderada, 6 y 7 dependencia ligera y 8 independencia total. El último ítem es la escala Minimental (MMSE): Estandarizada y validada en Chile (1999), utilizada en el EMPAM, mide áreas cognitivas como memoria, concentración, orientación temporo-espacial, entre otras. Consta de 6 ítems, se le asigna a cada pregunta un valor numérico distinto, siendo la suma máxima 19 puntos (sin deterioro cognitivo), se considera alterado <13 puntos.

3.1.7 Estudio de confiabilidad del instrumento

El instrumento fue revisado y validado por expertos, docentes de la carrera de Enfermería y profesionales que trabajan con AM. Sometido a una medición de confiabilidad usando la metodología test–retest, a 16 senescentes de similares características que la muestra; Se estableció un nivel de correlación de 1.00 a 0.85. La correlación encontrada entre ambas aplicaciones fue de 1.00; Todos los ítem tuvieron una correlación perfecta ($r=1.00$), excepto el ítem N° 4, Sección II, que fue de 0.93 ($p<0.000$). A la escala Lawton y Brody se midió consistencia interna con el método de confiabilidad de alfa Cronbach, dando en ambos momentos 0.7205. Los ítem 1 y 4 salieron de análisis, ya que las respuestas fueron constantes en la muestra. El ítem 7 de la parte I se reformuló para facilitar la respuesta de los participantes.

3.1.8 Criterios utilizados para el análisis de los datos

- ✓ Los datos obtenidos en este estudio cumplieron con los objetivos planteados al inicio de éste.
- ✓ La discusión de nuestro estudio tuvo como base una, comparación, realizada con los estudios expuestos en el punto 2.1.5 correspondiente a una de las partes del marco conceptual.
- ✓ Se realizó cruce de variables consideradas como una correlación relevante para nuestro estudio.
- ✓ Respecto a la medición de la dependencia, así como de la capacidad cognitiva se evaluaron mediante instrumentos específicos para actividades de la vida diaria en personas autovalentes y capacidad cognitiva en el Adulto Mayor.

3.1.9 Organización de trabajo en terreno

Durante el mes de Octubre del 2013, en la cátedra Metodología de la Investigación, se dividió al azar el curso formando 4 grupos de 7 personas, y cada grupo debía elegir un tema y organizarse para elaborar el proyecto de tesis.

Para poder tener una mejor organización grupal, se asignaron tres cargos, los cuales correspondían a: Secretaria en gestión, Tesorera de servicios financieros y Presidencia de grupo y liderazgo.

A fines del 2013 se concreto el tema de la tesis y sus aristas, además de iniciar la ejecución de los cargos:

- ✓ **Presidenta:** Magdalena Zambrano Cortés.
- ✓ **Secretaria:** María Paz Castro Castro.
- ✓ **Tesorera:** Carol Morales González.

Posteriormente debido a las cargas académicas, se organiza el grupo en dos para la aplicación de encuestas y análisis de datos.

CAPÍTULO 4:

**Resultados y
Presentación de gráficos**

4.1 Antecedentes de la muestra

4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados

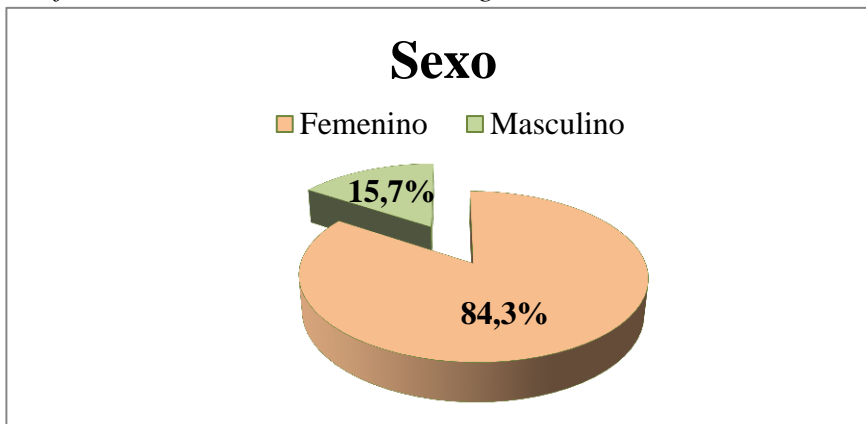
4.1.1.1 Características socio-demográficas: Edad, sexo, escolaridad, residencia rural/urbana, ocupación, estado civil, vivienda propia o arrendada, relaciones familiares

Tabla N° 1: Distribución de AM según decenios de edad.

Edad		
Rangos	Frecuencia	Porcentaje
60-69 años de edad	53	43,8%
70-79 años de edad	52	43%
80-89 años de edad	14	11,5%
90 años o más	2	1,7%
	Total: 121	Total: 100%

En la tabla se observa que del total de AM participantes en el estudio, un 43,8% se encuentra entre los 60 y 69 años de edad, 43% entre 70 y 79 años, un 11,5% entre 80 y 89 años y solo un 1,7% de 90 años y más.

Gráfico N° 2: Distribución de AM según sexo.



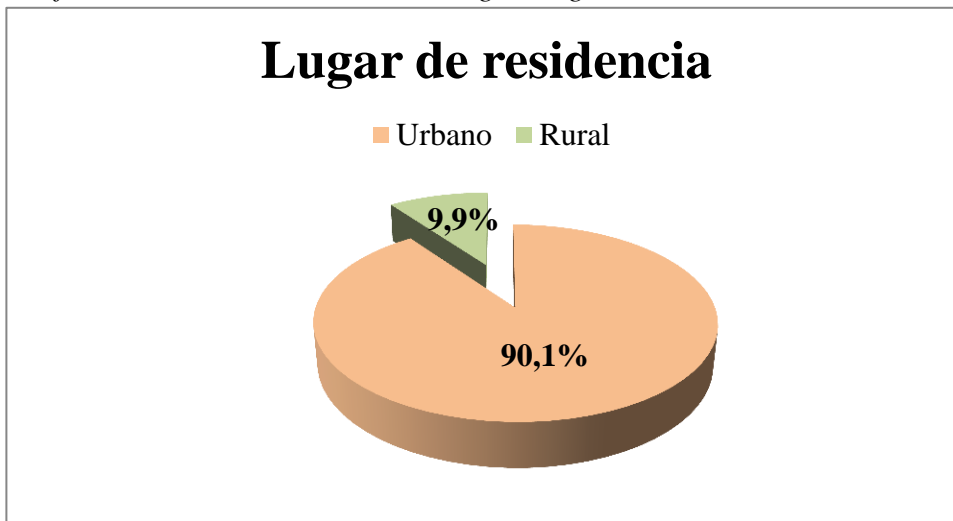
En el gráfico se observa que del total de AM participantes en el estudio, un 84,3% son de sexo Femenino, mientras que el 15,7% son de sexo Masculino.

Tabla N° 3: Distribución de AM según nivel educacional alcanzado.

Nivel Educacional alcanzado		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Educación Básica Completa	25	20,7%
Educación Media Completa	31	25,6%
Educación Superior Completa	32	26,4%
Educación Básica Incompleta	13	10,7%
Educación Media Incompleta	15	12,4%
Educación Superior Incompleta	5	4,1%
Total: 121		Total: 100%

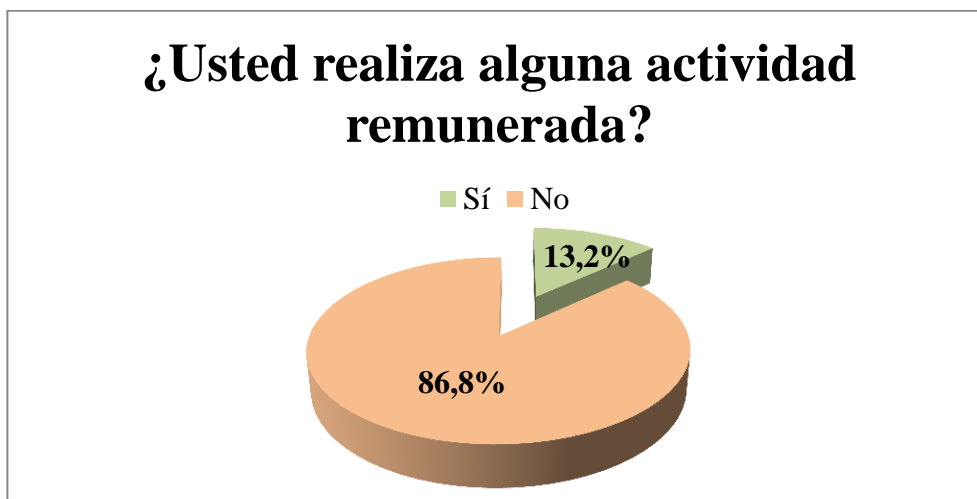
En la tabla se observa que del total de AM que participaron de la investigación el 26,4% refirió presentar un nivel educacional superior completo, el 25,6% media completa, 20,7% básica completa, 12,4% media incompleta, 10,7% básica incompleta y el 4,1% superior incompleta.

Gráfico N° 4: Distribución de AM según Lugar de residencia.



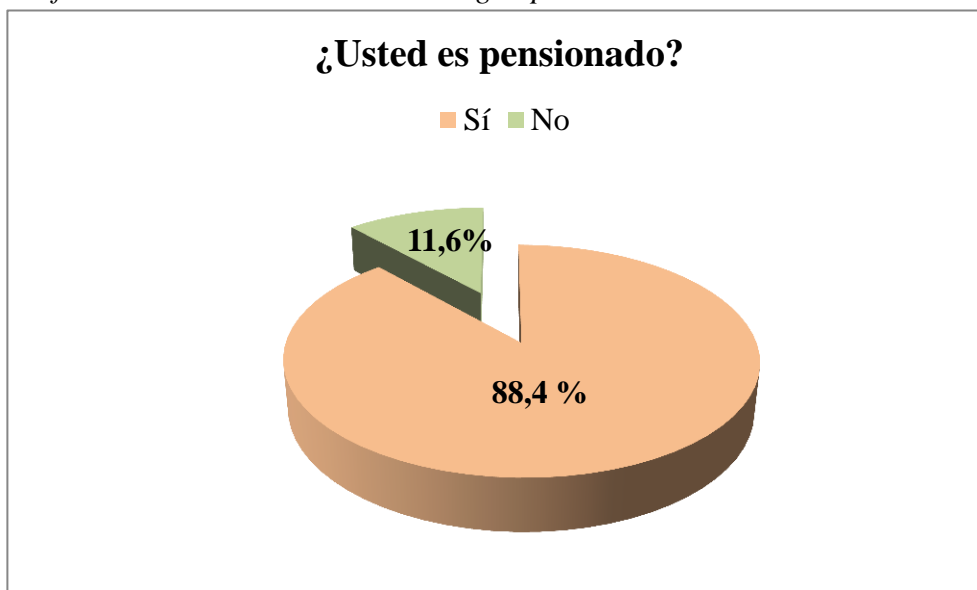
En el gráfico se observa que del total de AM encuestados un 90,1% tiene residencia en zona urbana y solo el 9,9% reside en zona rural.

Gráfico N° 5: Distribución de AM que perciben ingresos por desempeñar actividades remuneradas.



En el gráfico se observa que del total de AM un 13,2% desempeña alguna actividad remunerada y un 86,8% no percibe ingresos por alguna actividad.

Gráfico N° 6: Distribución de AM según pensión.



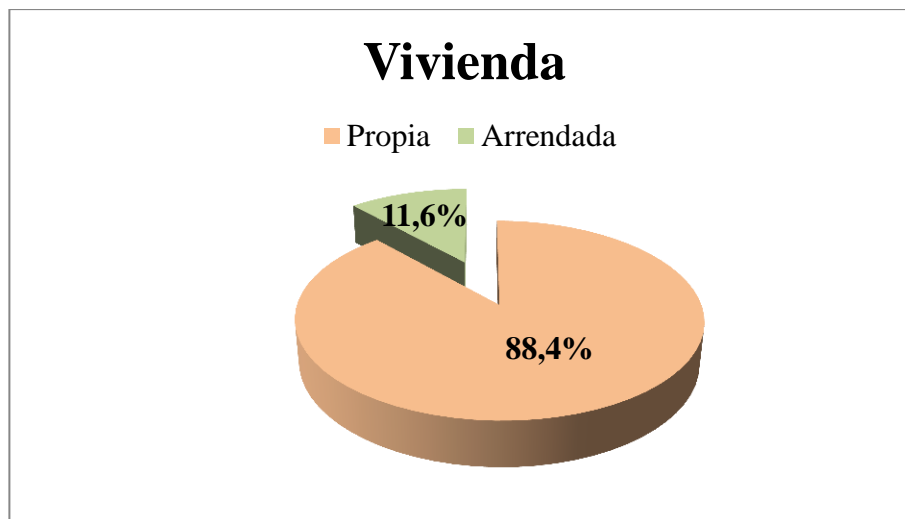
En el gráfico se observa que del total de AM encuestados el 88,4% refirió ser pensionado y el 11,6% no posee pensión.

Tabla N° 7: Distribución de AM según Estado Civil.

Estado civil		
Estado	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	11	9,1%
Casado/a	55	45,5%
Divorciado/a	9	7,4%
Viudo/a	40	33,1%
Separado/a	3	2,5%
Convivientes	3	2,5%
Total: 121		Total: 100%

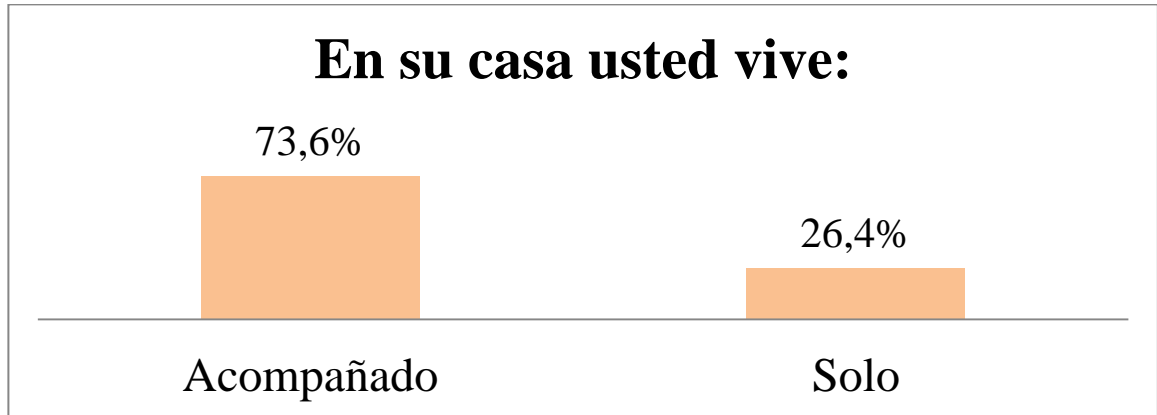
En la tabla se observa que del total de AM encuestados un 45,5% son casados/a, un 33,1% son viudos/a, un 9,1% son solteros/a, un 7,4% son divorciado/a y solo un 2,5% representan el grupo de separado/a y Convivientes, respectivamente.

Gráfico N° 8: Condición de tenencia de la casa donde vive.



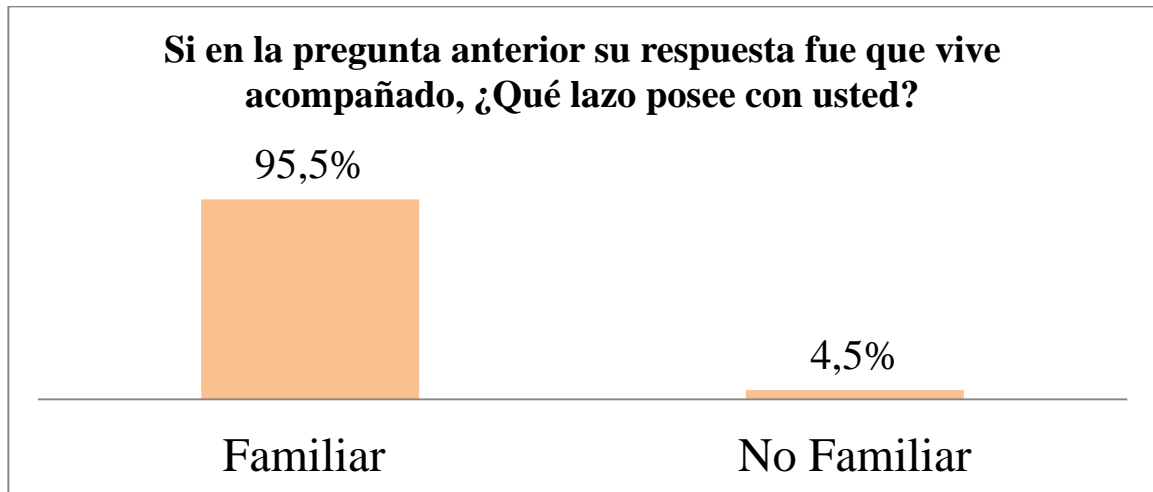
En el gráfico se observa que del total de AM encuestados el 88,4% refirió poseer vivienda propia y el 11,6% arrendada.

Gráfico N° 9: Distribución de AM que viven solos o acompañados.



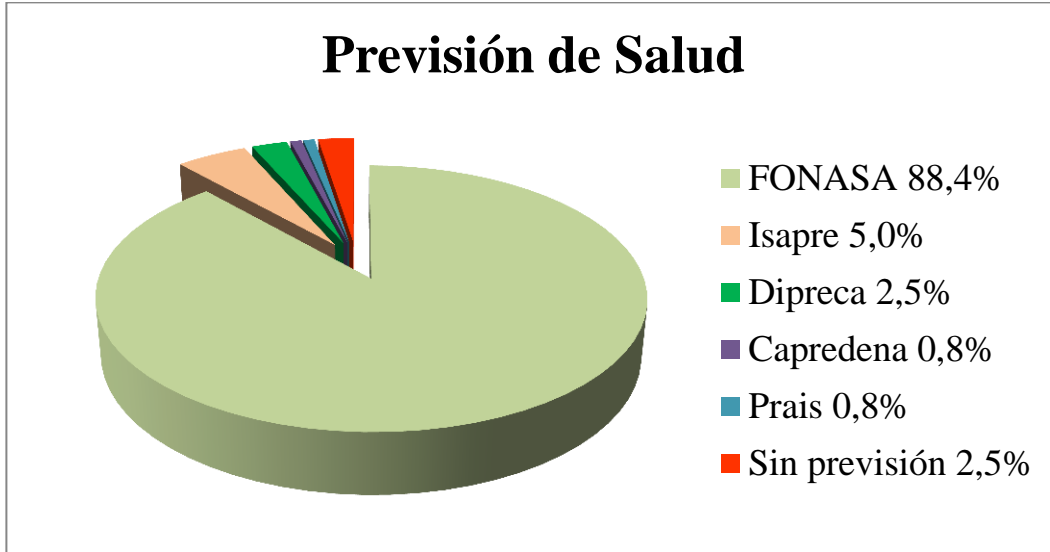
En el gráfico se observa que del total de AM encuestados el 73,6% manifestó vivir acompañado y el 26,4% vive solo.

Gráfico N° 10: Distribución de AM según lazo que posee con las personas que reside.



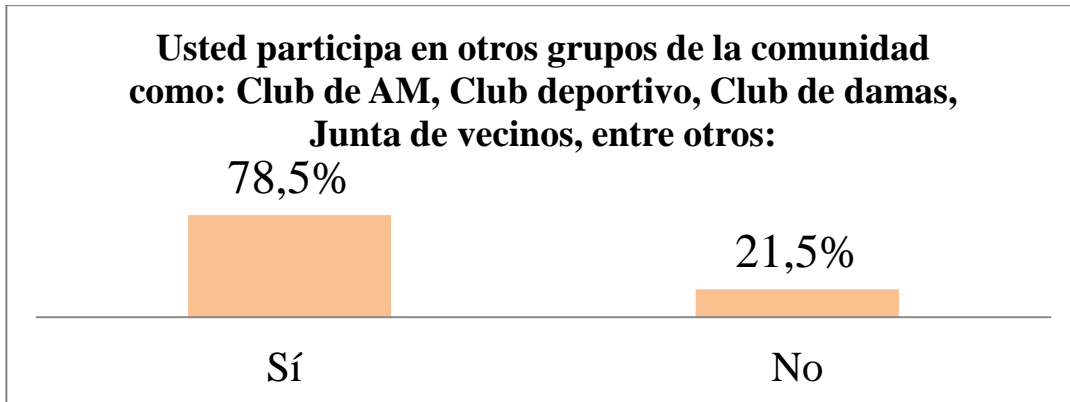
En el gráfico se observa que del total de AM participantes, el 95,5% refirió poseer lazo familiar con las personas que reside y un 4,5% posee lazo no familiar.

Gráfico N° 11: Distribución de AM según Previsión de salud.



En el gráfico se observa que del total de AM que participaron de la investigación el 88,4% pertenecen a FONASA, el 5% a Isapre, el 2,5% a Dipreca, 2,5% sin previsión, 0,8% a Capredena y 0,8% a Prais.

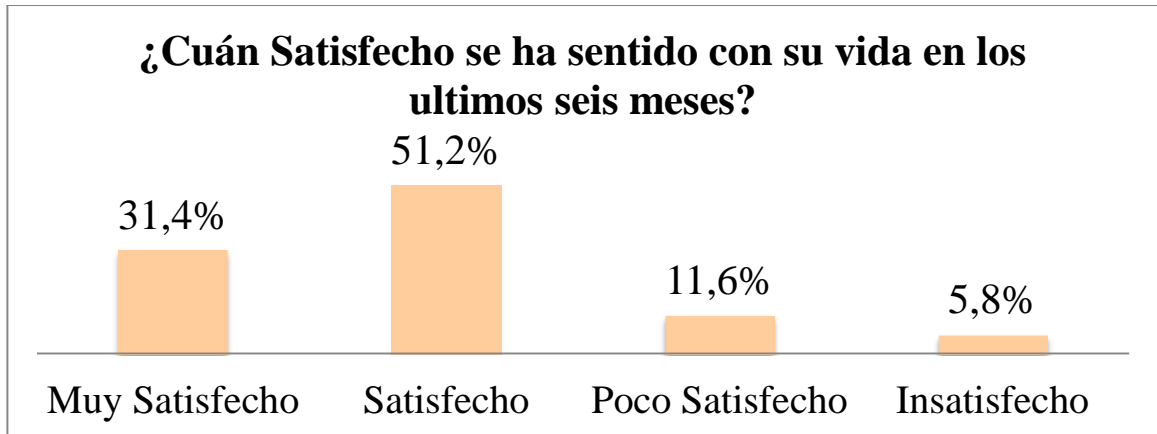
Gráfico N° 12: Distribución de AM según participación social.



En el gráfico se observa que del total de AM encuestados, el 78,5% manifestó participar en otros grupos sociales de la comunidad, además del Centro Integral de Mayores y el 21,5% refirió asistir sólo a este centro.

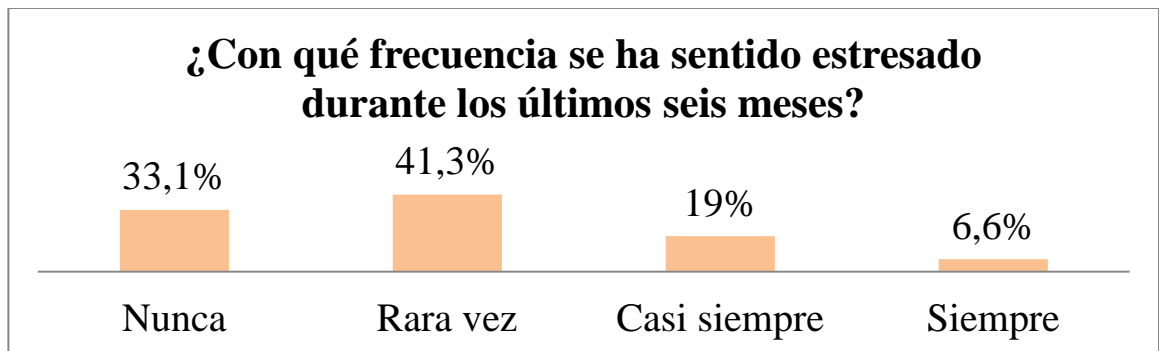
4.1.1.2 Presencia de enfermedades y percepción de salud en el Adulto Mayor

Gráfico N°13: Distribución de AM según nivel de satisfacción con la vida en los últimos 6 meses.



En el gráfico se observa que del total de AM encuestados, un 51,2% se siente satisfecho, un 31,4% se siente muy satisfecho, el 11,6% se siente poco satisfecho y 5,8% insatisfecho con su vida en los últimos seis meses.

Gráfico N° 14: Distribución de los AM según sentimiento de estrés en los últimos seis meses.



En el gráfico se observa que del total de los Adultos Mayores el 41,3% se siente estresado rara vez, el 33,1% nunca se siente estresado, el 19% casi siempre se siente estresado y 6,6% siempre se siente estresado.

Tabla N° 15: Distribución de AM según el motivo que más le preocupa.

De estas opciones ¿Cuál es la que más le preocupa?		
Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Que se vaya a enfermar gravemente	27	22,3%
Que fallezca un ser querido	20	16,5%
Tener que depender de otras personas	40	33,1%
Que se quede sin suficientes ingresos	2	1,7%
Que lo asalten en la calle	12	9,9%
Que entren a robar a su casa	8	6,6%
Quedarse solo	12	9,9%
	Total: 121	Total: 100%

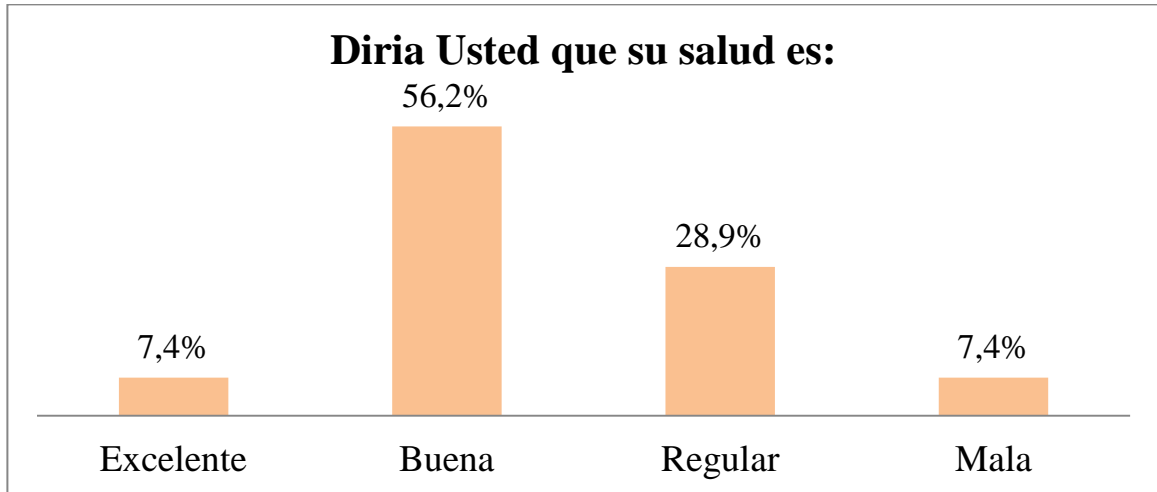
En esta tabla se observa que del total de los AM un 33,1% refirieron sentir preocupación por tener que depender de otras personas, un 22,3% por enfermar gravemente, un 16,5% que fallezca un ser querido, un 9,9% por quedar solo, un 9,9% que lo asalten en la calle, un 6,6% que entren a robar a su casa y solo un 1,7% que se quede sin suficientes ingresos.

Tabla N° 16: Distribución de AM según percepción de trato injusto por ser Adulto Mayor.

¿Alguna vez ha sentido un trato injusto por el hecho de ser AM por parte de...?		
Institución o personas	Frecuencia	Porcentaje
Consultorio, Hospital o Centro de Salud	12	9,9%
Barrio	3	2,5%
Servicios Públicos o Municipios	5	4,1%
Familia	5	4,1%
No ha sentido trato injusto	96	79,3%
	Total: 121	Total: 100%

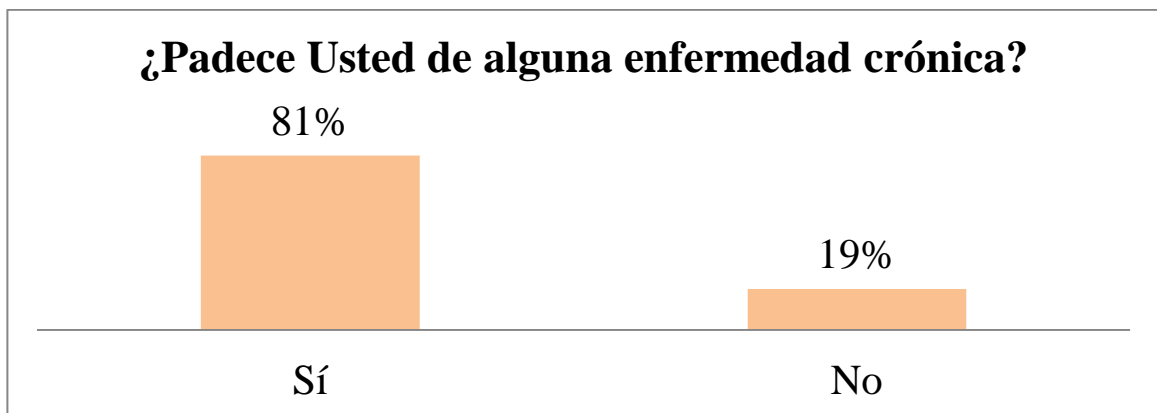
La tabla presenta que el 79,3% no ha sentido un trato injusto por el hecho de ser adulto mayor, seguido por un 9,9% que refirió sentir un trato injusto por parte de Consultorio, Hospital o Centro de Salud, un 4,1% indicó trato injusto por Servicios públicos o municipio, un 4,1% refirió sentir trato injusto en su familia y 2,5% en el barrio donde vive.

Gráfico 17: Percepción del estado de salud de parte de los AM.



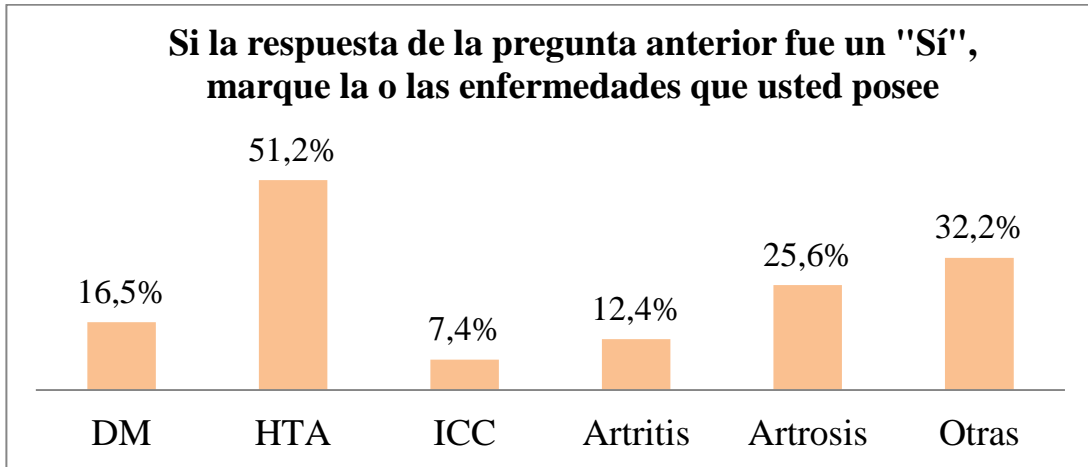
El gráfico muestra que el 56,2% del total de los encuestado refirió tener buena salud, el 28,9% un esta salud regular, y 7,4% excelente y mala respectivamente.

Gráfico 18: Referencia de padecer alguna enfermedad crónica de parte de los AM.



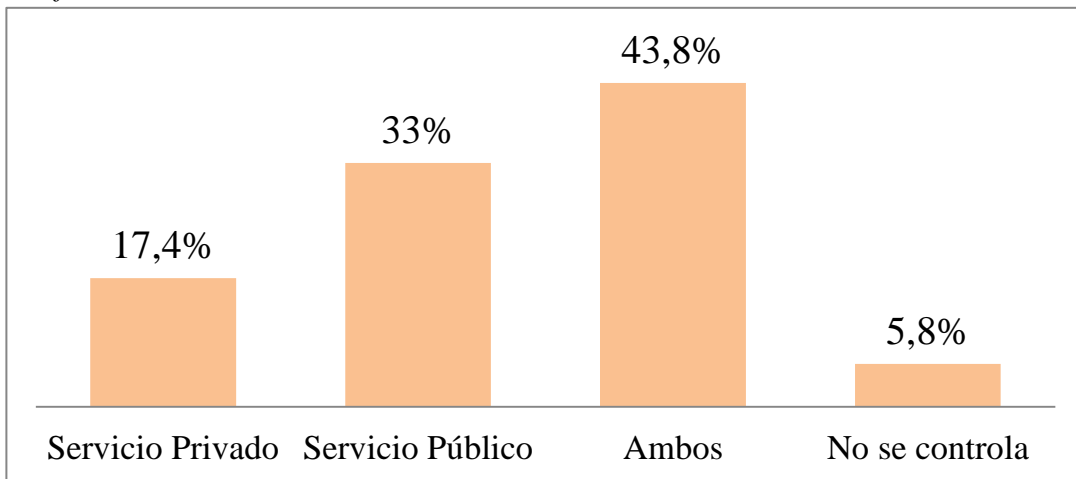
Este gráfico indica que el 81% de los encuestados refirió padecer alguna enfermedad crónica y el 19% no padecer enfermedad crónica.

Gráfico N°19: Tasa de prevalencia de enfermedades crónicas que refirieron presentar los AM.



En este gráfico se muestra que el 51,2% de los asistentes padecía HTA, un 32,2% presentaba otras enfermedades crónicas, un 25,6% refirió artrosis, un 16,5% DM tipo 1 o 2, un 12,4% refirió tener artritis, y un 7,4% Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Gráfico 20: Control de los usuarios en los centros de salud:



Este gráfico indica que el 17,4% de los usuarios del Centro integral de Mayores se controla en el servicio Privado, un 33% en el servicio Público, un 43,8% se controla en ambos servicios y un 5,8% no se controla respecto a su salud.

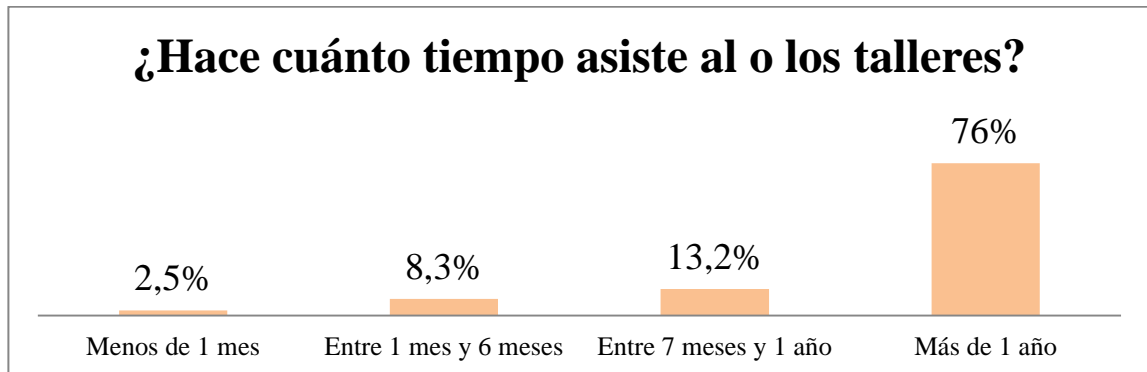
4.1.1.3 Información sobre la asistencia de los Adultos Mayores a los talleres del Centro

Tabla N° 21: Distribución de AM según el tipo de taller al que asistían.

¿A qué taller asiste usted?		
Taller	Frecuencia	Porcentaje
Actividad Física	60	49,6%
Computación	11	9,1%
Cosmetología Natural	6	5,0%
Coro	18	14,9%
Decopage	2	1,7%
Yoga	14	11,6%
Tango	5	4,1%
Telar	7	5,8%
Teatro	6	5,0%
Repostería	7	5,8%
Tejido	13	10,7%
Relajación	23	19,0%
Cardiovascular	9	7,4%
Guitarra	11	9,1%
Memoria	16	13,2%

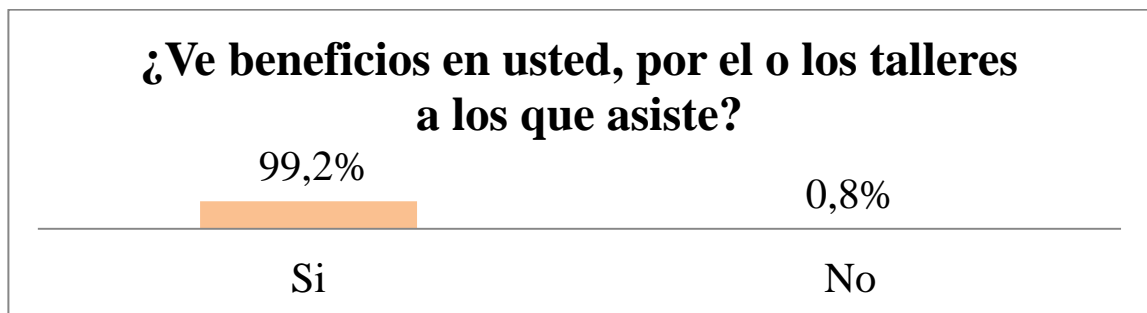
En esta tabla se observa que del total de AM que participaron de la investigación un 49,6% asiste al taller de Actividad física, el 19% al taller de Relajación, el 14,9% al taller de Coro, el 13,2% al taller el de Memoria, el 11,6% al taller de Yoga, el 10,7% al taller de Tejido, el 9,1% al taller de Guitarra, el 9,1% al taller de Computación, el 7,4% al taller de Cardiovascular, el 5,8% al taller de Repostería y Telar respectivamente, un 5% al taller de Cosmetología natural, un 5% al taller de Teatro, el 4,1% al taller de Tango y un 1,7% al taller Decopage.

Gráfico 22: Distribución de AM según el tiempo que llevaban asistiendo a los talleres del Centro.



En el gráfico anterior se observa que del total de los encuestados, el 76% refirió que asistía hace más de 1 año a los talleres del centro, el 13,2% asistían entre 7 meses y 1 año, el 8,3% asistían entre 1 y 6 meses y finalmente, los participantes que asistían hacen menos de 1 mes a los talleres del centro, estuvieron representados por el 2,5%.

Gráfico 23: Distribución de AM según los beneficios que observan al asistir a los talleres.



En el gráfico se observa que del total de los AM que participaron de la investigación, el 99,2% refirió que si veía beneficios en la asistencia al o los talleres, mientras que un 0,8% no veía beneficios en ello.

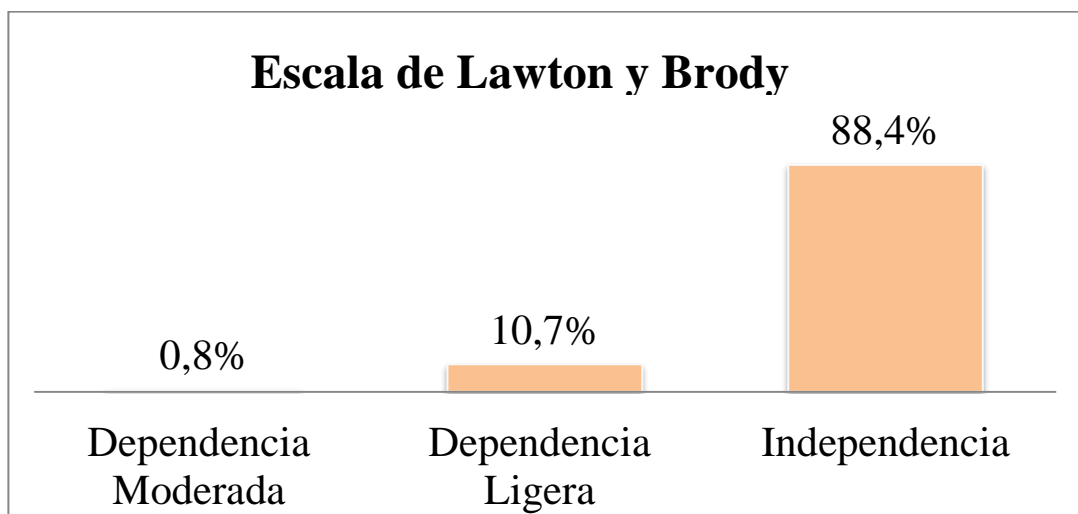
Tabla N° 24: Distribución de AM según el motivo de asistencia en los talleres.

Usted asiste a los talleres ¿Por qué?		
Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Se siente aburrido en su hogar	4	3,3%
Se siente solo	8	6,6%
Quiere mantener o mejorar su salud	68	56,2%
Quiere compartir con otras personas de su edad	87	71,9%
Otro motivo	8	6,6%

En la siguiente tabla se observa que los AM refirieron asistir a los talleres por las siguientes motivaciones: Un 71,9% refirió que asiste por sentir la necesidad de compartir con otras personas de su edad, un 56,2% por querer mantener o mejorar su salud, un 6,6% por que se siente solo, un 3,3% por sentirse aburrido en su hogar y por último un 6,6% refirió otro motivo.

4.1.1.4 Escala de Lawton y Brody: Medición de la capacidad funcional en base a actividades instrumentales de la vida diaria

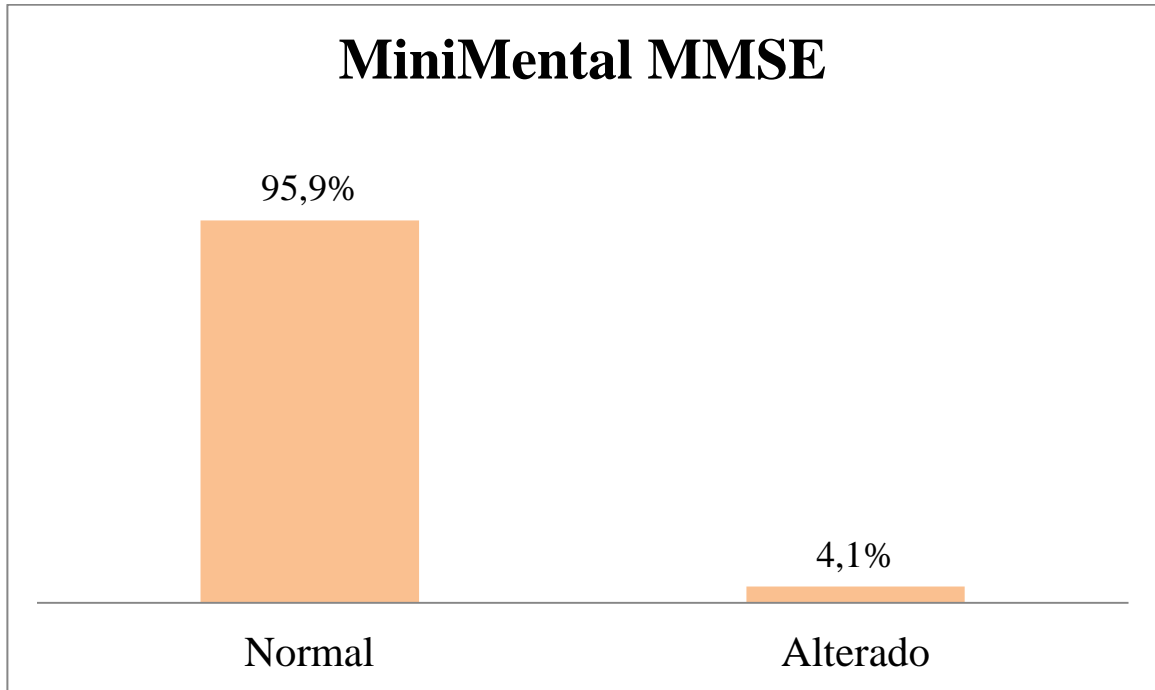
Gráfico 25: Medición de la funcionalidad.



En este gráfico se observa que del total de los AM que participaron de la investigación, el 88,4% fue clasificado con una independencia total, el 10,7% presentó dependencia ligera y 0,8% dependencia moderada.

4.1.1.5 Medición del estado mental

Gráfico 26: Distribución de AM según capacidad cognitiva.



En este gráfico se observa que del total de los AM que participaron de la investigación el 95,9% fue clasificado con un estado cognitivo normal y solo un 4,1% presentó resultados alterados.

CAPÍTULO 5:
Discusión, Conclusión y
Recomendaciones

5.1 Discusión

Entre las características sociodemográficas, los participantes de este estudio, un 86,8% tenía entre 60 y 79 años, destacando también que un 13,2% tiene 80 años o más, concordando con lo encontrado por Lara y Mardones en su estudio (4). En relación al género se encuentra lo mismo que presenta la mayoría de las publicaciones nacionales e internacionales en que las mujeres representan un porcentaje mayor (84,3) versus un 15,7% de hombres.

Con respecto a la escolaridad se destaca que un 72,7% presentaba un nivel educacional que se desglosaba en: un 20,7% tenía educación básica completa, un 25,6% media completa y un 26,4% educación superior completa, siendo, esta situación, bastante favorable, ya que puede influir de manera positiva en la capacidad de autocuidado de las personas.

Por otro lado, quienes manifestaron vivir acompañados representan el 73,6% de la muestra, de los cuales el 95,5% refirió tener un lazo familiar con estos, por lo que en comparación con el estudio “Encuesta Calidad de Vida (2010)” (5) en el cual se refiere que el bienestar de nuestros AM sigue teniendo un baluarte en sus propias familias, por de pronto los adultos mayores chilenos viven masivamente con sus familias, el 42% de los AM del país viven con hijos en su hogar, dato relevante al referirnos que las familias proporcionan ayuda y cuidados de manera significativa y abundante, transformándose en un factor protector para este grupo etario.

Respecto al trabajo remunerado, sólo el 13,2% de los adultos mayores encuestados lo realizaba, lo cual se asemeja a lo observado en el estudio de “Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán”

(4), en donde se manifiesta que solamente un bajo porcentaje de éstos presentaba una actividad laboral remunerada. Es así como según la “Encuesta Calidad de Vida (2010)” (5) se refiere que la situación económica y laboral es para las personas mayores un eje de suma importancia, ya que, está estrechamente vinculada a la satisfacción de necesidades y a la vulnerabilidad, por lo que se convierte en una fuente de sentido y pertenencia proveyendo de identidad y da seguridad frente al medio social y familiar.

En relación a las características del perfil de salud podemos mencionar que la enfermedad con mayor tasa de prevalencia encontrada en la población encuestada en el Centro Integral de Mayores, es la hipertensión arterial con un 51,2%, que se asemeja con los resultados observados en el estudio “Perfil epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo” (20), con un 78,8%. Coincidiendo de esta forma con la realidad nacional.

Al relacionar el nivel educacional de los participantes con la percepción de salud que éstos mismos mantenían, resalta que aquellos que tienen un nivel educacional mayor (entiéndase esto por educación media completa, superior completa o superior incompleta), responden que su salud es excelente o buena en un 79,4%, y sólo un 20,6% que su salud es regular o mala. Esto en contraste con aquellos que tienen un nivel educacional menor (entiéndase esto por educación básica completa, básica incompleta o media incompleta), donde un 43,4% responde que su salud era excelente o buena y un 56,6% que era regular o mala, desprendiéndose de esto que a mayor nivel educacional presentan mejor percepción de salud.

Por otro lado el 61,1% de los asistentes que llevaban participando de los talleres “desde hace menos de 1 mes y hasta los 6 meses”, manifestó sentirse, nunca o rara vez estresado, y de los que llevan participando “desde hace 7 meses y más de un año”

respondieron en un 75,6% esta misma alternativa, por lo que el porcentaje de asistentes que refieren sentirse estresados casi siempre o siempre es bastante baja en comparación a estos valores. A su vez, al relacionar el tiempo de asistencia a los talleres y su percepción de salud, da como resultado, que tanto aquellos que llevan menos de un mes, como aquellos que acuden hace más de un año, sus respuestas en promedio son de un 60% orientadas hacia una percepción de salud: excelente o buena. Además la correlación entre tiempo de asistencia a los talleres y el grado de satisfacción con la vida durante los últimos 6 meses da como respuestas que un 80% se siente “muy satisfecho y satisfecho”, esto de manera indiferenciada del tiempo de asistencia al centro. Debido a estos positivos resultados se sugiere seguir realizando estudios en relación a este tema, pues queda en evidencia que a mayor tiempo de participación social se contribuye notablemente a la salud mental de los adultos mayores.

En concordancia con los resultados observados en el Minimental podemos destacar que solo un 4,1% de los encuestados presentó un grado leve de deterioro cognitivo y el 95,9% dio normal para este instrumento. Según el estudio del “Perfil epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo” refiere que la tasa de prevalencia de deterioro cognitivo es de un 15% en los AM a nivel nacional y aumenta significativamente desde los 80 años y más. Con lo anteriormente descrito podemos establecer que el deterioro cognitivo en los AM altera su calidad de vida, aumentando la dependencia, por lo que es fundamental proteger su funcionalidad para así evitar el detrimento.

5.2 Conclusiones

Se concluye que el perfil socio-demográfico y de salud de los asistentes al Centro Integral de Mayores de la comuna de San Felipe, corresponde a AM que ponderan en promedio 71 años de edad, predominando el sexo femenino, 100% son alfabetos, 88,4% son pensionados, 45,5% casados y un 33,1% son viudos. Estos AM residen mayoritariamente en la zona urbana.

La mayoría de los participantes manifestó vivir acompañado, destacando que un gran porcentaje, correspondiente al 95,5%, poseen algún lazo familiar. Por otra parte, un 71,9% asiste a los talleres para compartir con otras personas de su edad, por ende, podemos decir que a pesar de vivir acompañados igual presentan un sentimiento de soledad, que los hace buscar un apoyo externo a su familia.

Una gran proporción de AM participa de otros grupos de la comunidad como club deportivo, club de damas, centro de madres, junta de vecinos, club de adulto mayor, entre otros. Por lo tanto concluimos que el perfil de estos adultos mayores se caracteriza por un alto nivel de sociabilización, lo que constituye un factor protector para ellos.

Al referirnos a las correlaciones realizadas tanto de percepción de salud, estrés y grado de satisfacción en los últimos 6 meses, con el tiempo de asistencia a los talleres del Centro, se manifiesta objetivamente que sobre el 60% de los asistentes presenta una percepción de salud excelente o buena, se sienten estresados nunca o rara vez y se sienten muy satisfecho o satisfecho con su vida, desde que comienzan a asistir a estos talleres y cada vez las cifras van aumentando progresivamente a medida que permanecen un tiempo más prolongado en los mismos. Este dato cobra vital relevancia para nuestro estudio, ya que, deja demostrado lo fundamental que es que los adultos mayores integren

como estilo de vida, la socialización y actividades extra programáticas en pro de su salud física y mental.

Al responder a la interrogante ¿qué es lo que más le preocupa? La mayoría refieren que sienten temor a tener que depender de otras personas en un 33,1%, por lo que, el profesional de Enfermería debe hacer énfasis en intervenciones que prevengan la pérdida progresiva de la funcionalidad en este grupo etario, incentivando a la participación de los adultos mayores en talleres que favorezcan su funcionalidad, ya que se demuestra en el estudio que la participación de los AM en estas instancias potencian su bienestar físico, mental y social.

En la correlación con respecto a la percepción de salud, observamos que aunque la mayoría presenta alguna patología crónica, un alto porcentaje de los adultos mayores del centro, considera tener una excelente/buena salud. Destacando por tal un sentimiento positivo hacia ello y constituyendo esto como un factor protector para su salud mental.

De los encuestados un 88,4% posee como previsión de salud FONASA, sin embargo un 33% controla su salud únicamente en el sector público, y un 17,4% solo en el sistema privado, no obstante un 43,8% prefiere controlar su salud en ambos sistemas tanto público como privado. Esto nos deja en evidencia que las personas no confían exclusivamente en la atención pública entregada, si no que la complementan con la atención privada, pudiendo existir la realidad que prefieran el sector privado por sobre el público.

Casi el 50% de los participantes del Centro, asisten al taller de actividad física, seguido con un 19% por el taller de relajación. Ambas instancias pueden llevar al adulto mayor a una sensación de bienestar. En el estudio de “Influencia del ejercicio físico en la

salud del adulto mayor. Consultorio El morro, Municipio Sucre” (19) refiere que la realización de ejercicio físico disminuye el dolor, la ansiedad, mejora la calidad del sueño y la movilidad que permite mantener una independencia por mayor tiempo, mejorando la funcionalidad. Además mejora el área psicológica y las relaciones sociales, es así como el profesional de Enfermería debe hacer énfasis en motivar e incentivar a los adultos mayores a realizar ejercicio físico.

La mayoría de los AM, con un 76%, asiste a los talleres hace más de un año, relacionando este dato con que el 99,2% de los encuestados, manifiesta o refiere, ver beneficio por los talleres a los que asiste. Esto es concluyente para darle un énfasis a la importancia de la participación a estos y de esta forma mantener o aumentar su funcionalidad.

Mediante la escala de Lawton y Brody, evidenciamos que casi en su totalidad, es decir, un 88,4% de los adultos mayores eran independientes. A su vez, y en cuanto a los resultados obtenidos en el Minimental, un 95,9% de los encuestados salió con una capacidad cognitiva normal. Esto nos sigue reafirmando que el hecho de asistir a talleres como los que se imparten en el Centro Integral de mayores, hace posible que los senescentes puedan tener un envejecimiento activo, aumentando los factores protectores y, disminuyendo en gran medida, los de riesgo. Esto permite obtener una longevidad sana con bienestar.

Para finalizar, como futuros profesionales enfermeros debemos estar conscientes del cambio epidemiológico y demográfico por el que está cursado nuestro país. Es por ello, que debemos buscar información académica e investigaciones que nos permitan otorgar una atención de calidad a quienes serán nuestros futuros usuarios, además de irnos capacitando conforme vayamos avanzando en nuestra vida laboral y participar en futuras investigaciones.

5.3 Sugerencias y recomendaciones

- ✓ La implementación de las siguientes recomendaciones sugiere poner al tanto de los resultados de la investigación al Centro Integral de Mayores, donde se llevo a cabo el estudio y a la Ilustre Municipalidad de San Felipe de la cual es dependiente dicho Centro.
- ✓ Al Centro Integral de Mayores y el municipio, que los objetivos de este Centro sean principalmente la Salud física y mental de los Adultos Mayores que participan en el, para así mantener su funcionalidad y potenciar la independencia de estos en la realización de todas aquellas actividades necesarias para mantener una mayor calidad de vida, también y no menos importante considerar un enfoque social de ayuda y protección a todos aquellos que lo requieran y por último e igual de fundamental que lo anteriormente descrito, la existencia de actividades orientadas hacia la recreación, ya que uno de los motivos fuertes por los cuales esta población asiste es la distracción.
- ✓ A los mismos se les sugiere además crear un vínculo con el CESFAM para que los participantes sean previamente evaluados por profesionales capacitados, con el fin de que estas personas estén dentro de aquellos talleres que mayores beneficios les otorguen y en el caso particular de aquellos talleres orientados a la actividad física y cardiovascular, tener una evaluación previa y de calidad que indique cual es el nivel óptimo de actividad que deba realizar cada uno para potenciar sus capacidades físicas.

- ✓ Para esto es indispensable que las instituciones responsables, desarrollen un programa de acuerdo a las necesidades locales, que incorpore las políticas vigentes respecto del envejecimiento de la población, protocolos e instrumentos con el propósito de orientar a los profesionales involucrados.
- ✓ Al CESFAM realizar plazas saludables, llamados a la comunidad o abordar a esta población en cualquier instancia posible para así incentivarlos a la participación en estos Centros, teniendo presente los beneficios obtenidos de estos. De igual modo asistir a estos lugares para realizar todas aquellas evaluaciones pertinentes a esta población que por diversos motivos no asistan a los Centros de Salud Familiar.
- ✓ A los encargados de estos talleres, a evaluar la opción de mantener el mayor tiempo posible abiertos estos durante el año, sin pasar largos periodos cerrados, ya que con esto existe la probabilidad de que población que fue captada se pierda, y también por sugerencia de los mismos participantes del estudio.
- ✓ A la Universidad se sugiere verter aún mayor énfasis en aquellas cátedras orientadas a la Gestión del cuidado en la persona, desarrollando más a fondo el aspecto geriátrico, tanto en la parte física, psicológica y social, dentro de ellas, teniendo presente que Chile se encuentra en una transición encaminada al aumento de Adultos Mayores. En virtud de lo anteriormente descrito, elevar la cantidad de plazas saludables y operativos de salud, en donde es apropiado realizar educación, control de signos vitales y antropométricos a la población, en particular a este segmento tan vulnerable como es la Edad Adulta. Todas estas actividades desarrolladas por los propios estudiantes, contando siempre con la guía experta de los Docentes involucrados.

- ✓ Otro aspecto que se sugiere enfatizar en la institución antes mencionada es desarrollar investigaciones en donde se tenga presente la problemática del aumento de Adultos Mayores y que medidas apropiadas se pueden desarrollar para mantener y aumentar la funcionalidad de estos.

- ✓ Por último se sugiere realizar un llamado a todos aquellos actores involucrados en el mejoramiento continuo de la calidad de vida de las personas a implementar estrategias para la población joven, para que así desde ya tomen conciencia de la importancia del cuidado de la salud desde edades tempranas, ya que esto desemboca en una mayor calidad de vida y mejor salud para afrontar el proceso de envejecimiento. Por otro lado, el beneficio no repercute tan solo en cada individuo, sino que en todas aquellas instituciones por sobretodo de salud, al disminuir el número de consultas, al estar esta eventual población con una mejor salud.

CAPÍTULO 6:

Bibliografía

6.1 Referencias bibliográficas

- 1.- SERNAM [base de datos internet]. Chile: INE. c2010 - [citado 10 abr 2014]. Disponible en: http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci%C3%B3n_Adulta_Mayor_en_el_Bicentenario.
- 2.- Pérez L. La estructura social de la vejez en España: Nuevas y viejas formas de envejecer. [Libro electrónico]. España: IMSERSO; 2006 [citado 22 ene 2015]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-estructura-01.pdf>
- 3.- SENAMA [base de datos en internet]. Chile: SENAMA. 2011 - [citado el 22 ene 2015]. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 -2025; [aprox. 98p.]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf
- 4.- Lara RA, Mardones MA. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán. Theoria. 2009; 18 (2):81-89.
- 5.- SENAMA.2011. [Base de datos internet]. Chile: Universidad Católica de Chile, Programa Adulto Mayor, Servicio Nacional del Adulto Mayor Chile, Caja de Compensación de Los Andes. c2011 – [citado 10 abr 2014]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/ChileYsusMayores_EncuestaCalidaddeVida.pdf
- 6.- Bergilia V, Banfield B. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. En: Alligoog M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011. P. 265-285.

- 7.- OMS [base de datos internet]. Suiza: OMS. – [citado 20 oct 2013]. Temas de salud: envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- 8.- Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(2): 74-105.
- 9.- SzotMeza, J. la Transición demográfica-epidemiológica en Chile 1960-2001. RevEsp Salud Pública. 2003; 77: 605-613.
- 10.-Galbán, P., SansóSoberat, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., Oliva, T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33 (1): 1-17.
- 11.- Marín,PP , Gac E, Carrasco G. Geriatria y Gerontología. Ediciones Universidad Católica de Chile. Pag: 42-53. Tercera edición 2014.
- 12.- Mentosela,M. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento. Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación interdisciplinaria.2005, 22, 2, 211-225.
- 13.- INE.2011.Chile. Proyecciones y estimaciones de población por sexo y edad desde 1990-2010.

- 14.- Minsal.2008.Dependencia de los adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud. Departamento de Economía de la Salud-Minsal.
- 15.- Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el caribe. (SABE) 2004. Disponible en: www.ssc.wisc.edu/sabe/Español/partners-e-.html
- 16.- Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor - Ministerio de Salud. Disponible en: web.minsal.cl/2014.Documento borrador de trabajo.
- 17.- Caballero, E, Becerra, Hullin, C. 2010 .Proceso de atención de Enfermería e informática para la gestión del cuidado. Cap.11. Pag.95-102. Ed. Mediterráneo Ltda.
- 18.- Reyes, I., Castillo, J. El Envejecimiento humano Activo y Saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev. Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2011; 30(3): 354-359.
- 19.- Díaz, G., Vergara, J. Influencia del ejercicio físico en la Salud del Adulto Mayor. Consultorio “El Morro”, Municipio Sucre. 2006.
- 20.- MINSAL. [Base de datos en internet]. Chile: MINSAL – [citado el 22 ene 2015]. Departamento de estudios y desarrollos: perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile; [aprox. 20p]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf

CAPÍTULO 7:

Anexos

7.1 Anexo N° 1: Aprobación del Comité Ético del Servicio de Salud Aconcagua



San Felipe, 05 de Septiembre de 2014.

Carta-C.E.C 37/2014


Estimada:
ESTERBINA OLIVARES VERGARA
INVESTIGADOR PRINCIPAL
Presente

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó Segunda Versión de Estudio: “**Perfil socio demográfico y de salud de Adultos Mayores en talleres del Centro Integral de Mayores**”, en este contexto, se informa que se definió **APROBADO**.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

Saluda atentamente a Ud.




DR. PATRICIO NEIRA GUERRA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:
• Oficina de Partes CEC-SSA

7.2 Anexo N° 2: Cartas de Factibilidad



AUTORIZACION

PATRICIO FREIRE CANTO, Alcalde de San Felipe, autoriza a los Alumnos de la carrera de Enfermería, Universidad de Valparaíso, campus San Felipe, para invitar a los adultos mayores que asisten a nuestro Centro Integral de Mayores, a participar en un seminario de tesis cuyo tema es “Perfil sociodemográfico y de salud de adultos mayores” que asisten a talleres organizados por el municipio.

La realización de este trabajo de investigación deberá comenzar una vez autorizado por el comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua.

Se extiende el presente documento a petición del interesado, para ser presentado al CEC del Servicio de Salud Aconcagua, como antecedente al proyecto.

SAN FELIPE, ABRIL 30 DE 2014.



PATRICIO FREIRE CANTO
ALCALDE

DISTRIBUCION:

- 1.- Alumnos carrera de Enfermería, Universidad de Valparaíso, sede San Felipe
- 2.- Centro Integral de Mayores - AYECAN
- 3.- **ARCHIVO**
PFC/bcv

San Felipe, 23 de Abril de 2014

De : Patricia Opazo Coordinadora Oficina del Adulto Mayor

A : Esterbina Olivares
Investigador Responsable

1. Visto los antecedentes presentados, se entrega autorización a los Alumnos de la Carrera de Enfermería , Campus San Felipe, de la Universidad de Valparaíso para invitar a los adultos mayores que asisten a nuestro Centro Integral de Mayores, a participar en un Seminario de Tesis cuyo tema es “Perfil sociodemográfico y de salud de adultos mayores que asisten a talleres organizados por Municipalidad de San Felipe”
2. La realización de este trabajo de investigación debe comenzar una vez autorizado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua.
3. Se entrega esta autorización para ser presentada al CEC del Servicio de Salud Aconcagua como antecedente del Proyecto.



Patricia Opazo A.

Nombre, Firma y Timbre
Coordinadora Oficina del Adulto Mayor

Distribución:

7.3 Anexo N° 3: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Adultos Mayores que asisten a talleres del “Centro Integral de Mayores”

El propósito de este documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Perfil sociodemográfico y de salud de adultos mayores que asisten a talleres en el Centro Integral de Mayores” en la comuna de San Felipe, cuya investigadora responsable es la Enfermera Esterbina Olivares Vergara, profesora de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Valparaíso. Campus San Felipe. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de esta investigación y en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en el “Centro Integral de Adultos Mayores”, de la comuna de San Felipe durante el año 2014, por estudiantes de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe guiados por la profesora Esterbina Olivares Vergara.
2. La relevancia de esta investigación radica en entregar a los profesionales del área de la salud y a las autoridades de la municipalidad encargadas del adulto mayor, información que sirva para motivar a otros adultos mayores a asistir a talleres, estos u otros, con el objeto de mantener o mejorar su estado de salud físico y mental. Al mismo tiempo, servirá para que entidades públicas tengan información sobre las características de este grupo adultos mayores, conozcan sus opiniones y las tengan presentes cuando organicen la atención que estas personas.
3. El objetivo principal de esta investigación es determinar las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores que asisten a los talleres del “Centro Integral de adultos Mayores” de la comuna de San Felipe.
4. Su participación en esta investigación será de forma voluntaria y por tanto, usted no recibirá nada a cambio por aceptar participar; Sí usted decide participar debe contestar una encuesta que si considera necesario le podemos ayudar. La encuesta tiene varias preguntas, demorará aproximadamente 30 minutos en contestar, y podrá hacerlo en el mismo lugar donde se imparten los talleres en los que usted participa.
5. Esta investigación no tiene ningún riesgo para su salud.
6. Su participación no tendrá costo alguno para usted, ya que estos serán asumidos por las investigadoras

7. Al participar de esta investigación usted tiene derecho preguntar sobre todas las dudas o inquietudes que tenga. Al estar contestando el cuestionario o en algún momento después de hacerlo, tiene derecho a retirarse del estudio si así lo decide.
8. La decisión de retirarse, en caso de considerarlo necesario, puede comunicarlo previamente a la investigadora principal, Sra. Esterbina Olivares Vergara (teléfono de contacto: 81390186) mail esterbina.olivares@uv.cl. Cabe mencionar que su retiro no lo perjudicará de ninguna manera.
9. Su nombre no será solicitado, en lugar de ello, utilizaremos un código numérico correspondiente al número de folio asignado.
10. Todos los datos solicitados serán reservados y sólo tendrán acceso a ellos las propias investigadoras y serán resguardados por la investigadora responsable y la Universidad de Valparaíso
11. Es importante mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación podrán ser divulgados con fines científicos y/o académicos y que podrán ser utilizados en otras investigaciones, procurando que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad del participante.
12. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Aconcagua.
13. Sí acepta participar, recibirá un documento adjunto donde usted acuerda esta participación y coloca su firma.
14. A continuación se presentan los datos de identificación del investigador responsable:

Esterbina Olivares Vergara

Rut: 5.058.207-8

Teléfono: 81390186

E-mail: esterbina.olivares@uv.cl

Acuerdo participar

Yo..... Rut.....

He leído este Consentimiento Informado, teniendo el tiempo necesario para hacer las preguntas relacionadas con mi participación en este estudio. Reconozco que ningún beneficio directo está asociado con mi participación y que mi colaboración es completamente voluntaria, reservo el derecho de negarme o cesar mi participación cuando así lo determine, sin consecuencias.

Nombre participante

Firma

Fecha

Nombre Investigador

Firma

Fecha

7.4 Anexo N° 4: Instrumento

Instrumento

Parte I

Usted debe marcar en los recuadros de su derecha, con una X solo una respuesta.

Características o Perfil socio demográfico:

1.- Edad: ____ años cumplidos

2.- Sexo:

1.	Femenino	
2.	Masculino	

3.- Estado civil:

1.	Soltero/a	
2.	Casado/a	
3.	Divorciado/a	
4.	Viudo/a	
5.	Separado/a	
6.	Conviviente	

4.- Lugar de residencia:

1.	Urbano	
2.	Rural	

5.- ¿Usted trabaja?

1.	Si	
2.	No	

6.- El trabajo que usted realiza es:

1.	Remunerado	
2.	No remunerado	

7.- ¿Usted es pensionado?

1.	Sí	
2.	No	

8.- En su casa usted vive:

1.	Solo	
2.	Acompañado	

9.- Si en la pregunta anterior su respuesta fue que vive acompañado, ¿Qué lazo poseen con usted:

1.	Familiar	
2.	No familiar	

10.- Su vivienda es:

1.	Propia	
2.	Arrendada	

11.- Nivel educacional alcanzado:

1.	Educación Básica completa	
2.	Educación Media completa	
3.	Educación Superior completa	
4.	Educación Básica incompleta	
5.	Educación Media incompleta	
6.	Educación Superior incompleta	

12.- ¿Usted sabe leer y escribir?

1.	Sí	
2.	No	

13.- Qué previsión de salud posee:

1.	Fonasa	
2.	Isapre	
3.	Dipreca	
4.	Capredena	
5.	Prais	
6.	Sin Previsión	

14.- A qué religión pertenece:

1.	Católica	
2.	Evangélica	
3.	Testigo de Jehová	
4.	Sabatista	
5.	Otra	

15.- Usted participa en otros grupos de la comunidad como: Club de adulto mayor, club deportivo, club de damas, juntas de vecinos, entre otros.

1.	Sí	
2.	No	

Parte II

Usted debe marcar en los recuadros de su derecha, con una X solo una respuesta.

Percepción de salud y enfermedades crónicas

1.- ¿Cuán satisfecho se ha sentido con su vida los últimos seis meses?

1.	Muy satisfecho	
2.	Satisfecho	
3.	Poco satisfecho	
4.	Insatisfecho	

2.- ¿Con que frecuencia se ha sentido estresado durante los últimos seis meses?

1.	Nunca	
2.	Rara vez	
3.	Casi siempre	
4.	Siempre	

3.- De estas opciones ¿cuál es la que más le preocupa?:

1.	Que se vaya a enfermar gravemente	
2.	Que fallezca un ser querido	
3.	Tener que depender de otras personas	
4.	Que se quede sin suficientes ingresos	
5.	Que lo asalten en la calle	
6.	Que entren a robar en su casa	
7.	Quedarse solo	

4.- ¿Alguna vez ha sentido un trato injusto por el hecho de ser mayor por parte de...?

1.	Consultorio, hospital o centro de salud	
2.	Barrio	
3.	Servicios públicos o municipio	
4.	Familia	
5.	No ha sentido trato injusto	

5.- Diría usted que su salud es:

1.	Excelente	
2.	Buena	
3.	Regular	
4.	Mala	

6.- ¿Padece usted alguna enfermedad crónica?:

1.	Sí	
2.	No	

7.- Si la respuesta de la pregunta anterior fue un “Sí”, marque la o las enfermedades que usted posee:

1.	Diabetes	
2.	Hipertensión	
3.	Insuficiencia cardiaca	
4.	Artritis	
5.	Artrosis	
6.	Otra	

8.- ¿Usted se controla en su consultorio?

1.	Sí	
2.	No	

9.- ¿Se controla con médico particular?

1.	Sí	
2.	No	

Parte III

Usted debe marcar en los recuadros de su derecha, con una X

Motivación para la participación en talleres

1.- A continuación marque el o los talleres a los que asiste usted:

1.	Actividad física	
2.	Computación	
3.	Cosmetología natural	
4.	Taller de Coro	
5.	Taller Decopage	
6.	Yoga	
7.	Tango	
8.	Telar	
9.	Teatro	
10.	Repostería	

11.	Comida saludable	
12.	Tejido	
13.	Relajación	
14.	Cardiovascular	
15.	Guitarra	
16.	Voces nuevas	

2.- ¿Hace cuanto tiempo asiste al o los talleres?

1.	Menos de 1 mes	
2.	Entre 1 mes y 6 meses	
3.	Entre 7 meses y 1 año	
4.	Más de 1 año	

3.- ¿Ve beneficios en el taller al que asiste?

1.	Sí	
2.	No	

4.- ¿Por qué usted asiste a los talleres?

1.	Se siente aburrido en su hogar	
2.	Se siente solo	
3.	Quiere mantener o mejorar su salud	
4.	Quiere compartir con otras personas de su edad	
5.	Otro motivo	

5.- ¿Qué otro taller le gustaría que se organizara en este centro?

Parte IV

Usted debe marcar en los recuadros de su derecha, con una X la respuesta que usted considere más cercana a lo que realiza diariamente, sólo puede marcar una alternativa.

Índice de Lawton y Brody (Escala para valorar actividades de la vida diaria)

1.- Capacidad para usar el teléfono:		
1.	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
2.	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
3.	Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1
4.	No utiliza el teléfono	0

2.- Hacer compras:		
1.	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
2.	Realiza independientemente pequeñas compras	0
3.	Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
4.	Totalmente incapaz de comprar	0

3.- Preparación de la comida:		
1.	Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
2.	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
3.	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
4.	Necesita que le preparen y sirva las comidas	0

4.- Cuidado de la casa:		
1.	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2.	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos y hacer la cama.	1
3.	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
4.	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
5.	No participa en ninguna labor de la casa	0

5.- Lavado de la ropa:		
1.	Lava por si mismo toda la ropa	1
2.	Lava por si solo pequeñas prendas	1
3.	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

6.- Uso de medios de transporte:		
1.	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
2.	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
3.	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
4.	Utiliza el taxi o automóvil solo con la ayuda de otros	0
5.	No viaja	0

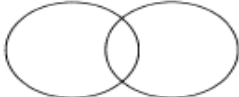
7.- Responsabilidad respecto a su medicación:		
1.	Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
2.	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
3.	No es capaz de administrarse su medicación	0

8.- Manejo de sus asuntos económicos		
1.	Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
2.	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
3.	Incapaz de manejar dinero	0

Parte V

Esta parte será aplicada por el encuestador.

Mini-mental state examination “MMSE” (Escala para valorar el estado cognitivo)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5"> N.S = No sabe N.R = No responde </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">TOTAL =</td> <td colspan="4"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.S = No sabe N.R = No responde					TOTAL =	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
	BIEN	MAL	N.S	N.R																																
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
N.S = No sabe N.R = No responde																																				
TOTAL =	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																			
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTA</th> <th style="width: 20%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">TOTAL =</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Número de repeticiones </td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTA	NO SABE	Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL =			Número de repeticiones																			
	CORRECTA	NO SABE																																		
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
TOTAL =																																				
Número de repeticiones																																				
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> N° de dígitos en el orden correcto ↓ </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">TOTAL =</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1	N° de dígitos en el orden correcto ↓						TOTAL =						<input style="width: 40px;" type="text"/>										
Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																															
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																															
N° de dígitos en el orden correcto ↓																																				
TOTAL =																																				
<input style="width: 40px;" type="text"/>																																				
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Entreguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Ninguna acción</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Correcto</td> </tr> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">TOTAL =</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ninguna acción	0		Correcto	Toma papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/>	Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="checkbox"/>	Coloca sobre las piernas	<input type="checkbox"/>	TOTAL =		<input style="width: 40px;" type="text"/>																						
Ninguna acción	0																																			
	Correcto																																			
Toma papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/>																																			
Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="checkbox"/>																																			
Coloca sobre las piernas	<input type="checkbox"/>																																			
TOTAL =																																				
<input style="width: 40px;" type="text"/>																																				
<p>5. Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTO</th> <th style="width: 15%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 10%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">TOTAL =</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL =				<input style="width: 40px;" type="text"/>														
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																																	
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
TOTAL =																																				
<input style="width: 40px;" type="text"/>																																				
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">CORRECTO</th> <th style="width: 30%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 40%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">TOTAL =</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	CORRECTO	INCORRECTO	NR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL =			<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
CORRECTO	INCORRECTO	NR																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
TOTAL =																																				
<input style="width: 40px;" type="text"/>																																				
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos. Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																																			