



Universidad del Bío Bío
Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos
Escuela de Enfermería

**“FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD
DE VIDA SUBJETIVA EN PERSONAS MAYORES
RESIDENTES EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA
ESTADÍA, CHILLÁN, 2011”**

Autoras: Fabiola Bopp Fuentes
Valentina Campos Herrera
Marcela Ibáñez Campos
Dorka Vergara Merino

Docente Guía: E.U.Roxana Lara Jaque
Mg. en Salud Pública

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

Chillán, 2011

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las Personas Mayores que participaron amablemente en este trabajo de investigación, sin ellas no estaríamos escribiendo estas líneas.

A los Encargados de los Establecimientos de Larga Estadía que han hecho posible la realización de esta tesis.

A nuestra docente guía, Sra. Roxana Lara Jaque, por asumir esta ardua tarea, por su constante estímulo y orientación en la consecución de esta meta.

Al profesor Miguel Ángel López Espinoza por su buena disposición y asesoramiento estadístico.

A Don Nelson García Araneda por su apoyo, motivación y colaboración a lo largo de todo este proceso.

A la Sra. Viviana Méndez y al profesor Félix Rodríguez por su contribución en la presente investigación.

DEDICATORIA

Cada nuevo día brinda el milagro de un nuevo comienzo. Muchos momentos futuros aparecen maravillosamente disfrazados de días comunes, pero cada uno de nosotros puede convertirlos en algo extraordinario...

A mi familia y amigos, por ser siempre mis más grandes hinchas. A mis padres, por todo lo que me han dado en esta vida, por sus sabios consejos y por estar conmigo en todo momento. A mi hermana, quien me ha apoyado incondicionalmente. A mi amor, por ser mi compañero en el recorrido de este camino y hacer más perfecto aquello en que creo.

Con mucho cariño,

Fabiola Bopp F.

Quiero agradecer principalmente a Dios por darme la oportunidad de realizar este tremendo desafío que sin duda me ha servido como una gran experiencia personal, además deseo dedicarlo a mi amada familia por su escucha y comprensión en momentos de dificultad, y a mi compañero de vida por apoyarme incondicionalmente durante todo este proceso y finalización de ésta etapa inolvidable.

Valentina Campos H.

Este trabajo se lo dedico a Dios, por su amor infinito. A mi madre, por su sacrificio y amor incondicional, sin su apoyo no estaría donde estoy. A mi hermanita, por ser mi ejemplo a seguir. A mi padre, que ha estado siempre presente. A mi pololo por contenerme en los momentos difíciles. A mis compañeras de trabajo, por los bellos momentos que compartimos en este proceso y porque amigas mías: ¡todo esfuerzo tiene su recompensa! A las personas que viven en los hogares, que con una voluntad y cariño enorme entregaron parte de su tiempo para colaborar con nuestro trabajo y por sus lindas palabras de aliento, que me hicieron sentir que todo valía la pena.

Marcela Ibáñez C.

Al terminar este largo trayecto deseo agradecer a Dios por sobretodo, sé que ha sido su gran misericordia la que me ha guiado en cada paso de esta etapa. Teniendo la certeza que a los hijos de Dios todas las cosas les ayudan a bien.

A mi familia por su apoyo incondicional, al igual que mis amigos por su constante respaldo, motivación y comprensión. A mi iglesia por saber que cuento con ellos y por sus oraciones.

Dorka Vergara M.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	10
Presentación y Fundamentación del Problema.....	12
Pregunta de Investigación.....	15
Problematización.....	15
Marco Teórico.....	16
Marco Empírico.....	29
Propósito de la Investigación.....	34
Objetivos de la Investigación.....	34
Hipótesis.....	35
Listado de Variables.....	36
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
Tipo de Diseño.....	37
Universo.....	37
Unidad de Análisis.....	37
Aspectos Éticos.....	37
Procedimiento para Recolección de Datos.....	38
Descripción del Instrumento Recolector.....	38
Prueba Piloto.....	40
Procesamiento de los Datos.....	40
RESULTADOS.....	42
Caracterización de la Población en estudio.....	42
Análisis Bivariado.....	48
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	64
LIMITACIONES.....	66

SUGERENCIAS.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69

ANEXOS

ANEXO 1: Definición Nominal y Operacional de las Variables.

ANEXO 2: Autorización Prueba Piloto.

ANEXO 3: Autorización Establecimientos de Larga Estadía.

ANEXO 4: Consentimiento Informado.

ANEXO 5: Instrumento Recolector de Datos.

RESUMEN

Antecedentes: El creciente aumento que ha tenido la población de Personas Mayores en Chile durante los últimos años, ha llevado también al aumento de Establecimientos de Larga Estadía. Así mismo, conocer la Calidad de Vida Subjetiva de las Personas Mayores que viven allí es relevante puesto que hoy este concepto surge como un indicador de envejecimiento satisfactorio el cual se apoya en el grado de satisfacción y bienestar percibido. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos y de salud que se relacionan con el nivel de Calidad de Vida Subjetiva de las Personas Mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía en Chillán. Para efectos de éste estudio se utilizó la “Teoría de la Continuidad”. **Diseño:** Estudio de diseño no experimental con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional y corte transversal realizado en el año 2011 durante los meses de Marzo y Junio. Las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de datos son V de Cramer y Coeficiente de Gama. El programa estadístico utilizado fue SPSS versión 17. **Resultados:** En cuanto a la Calidad de Vida Subjetiva prevaleció el bajo nivel (70,6%), seguido del mediano (20,6%) y alto (8,8%). Existió relación significativa entre las visita que se percibieron como suficientes, con un alto nivel de Calidad de vida Subjetiva. **Conclusiones:** La mayor parte de la población en estudio presentó un nivel bajo de Calidad de Vida Subjetiva. Se relacionó el nivel de Calidad de Vida Subjetiva con la variable visitas.

Palabras Claves: Calidad de Vida Subjetiva, Persona Mayor, Establecimiento de Larga Estadía.

ABSTRACT

Background: Due to the fact that the elderly population in Chile has increased during the last years, it has been an increasing number of long-term care facilities as well. To know the subjective quality of life of older people living there is the focus of this research because today this concept arises as an indicator of successful aging which is based on the degree of satisfaction and perceived well-being. **Objective:** To determine the sociodemographic and health factors related to the level of subjective quality of life of elderly residents in long-term care facilities in Chillán. The "theory of continuity" was used for purposes of this study. **Design:** non-experimental design study with quantitative approach of descriptive-correlational and cross-section made in 2011 during the months of March and June. Statistical tests used for data analysis are Cramer's V and coefficient range. The statistical program used was SPSS version 17. **Results:** In terms of subjective quality of life was obtained that the low level prevailed (70,6%), followed by the medium (20,6%) and the high (8,8%). Visits and the perception of them were considered as sufficient, with a high level of subjective quality of life. **Conclusions:** Most of the population under study presented a low level of subjective quality of life. The level of subjective quality of life had a relation to the variable visits.

Keywords: subjective quality of life, elderly, long-term care facilities.

I. INTRODUCCIÓN

El siglo XXI se considera mundialmente como el periodo del envejecimiento de la población. Esta nueva realidad demográfica se relaciona con la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad, y el progresivo aumento de la expectativa de vida ^(1, 2, 3, 4, 5).

Actualmente la población mundial de 60 años y más, es de 650 millones la que se encuentra en su mayoría en países desarrollados, estimándose que para el año 2050 alcance los 2000 millones, con un 80% de estas Personas Mayores (P.M.) viviendo en países en desarrollo ⁽⁶⁾.

En Chile, según el censo del año 2002, la población de éste grupo etario alcanzó el 11,4% de la población total del país, con un número estimado de 1.717.478 personas de 60 años y más, posicionándose sobre la media para países en desarrollo, situación que ubica al país en el tercer lugar a nivel latinoamericano, después de Uruguay y Cuba. Se proyecta que para el año 2025, la población de P.M. de 60 años en Chile, alcanzaría un 20,1%, con una cifra cercana a las 3.800.000 personas. A nivel nacional la Región del Bío Bío ocupa el tercer lugar respecto al porcentaje total de P.M., con un 12,15%; antecedida por las regiones de Valparaíso y Metropolitana con un 12,17% y 39,19% respectivamente ^(1, 3, 7).

Es así como las necesidades y demandas de éste grupo etario irán creciendo gradualmente, siendo diferentes para cada individuo, pues la población de P.M es heterogénea, ya que incluye tanto a personas que aún son independientes, activas y que están en buenas condiciones de salud, como a otras que dependen de los demás en el cuidado de sí mismos, ya sea por parte de sus familiares, cercanos o instituciones creadas para este fin, como es el caso de los Establecimientos de Larga Estadía (E.L.E.) ^(1, 7, 8).

La presente investigación tiene como tema central la Calidad de Vida Subjetiva (C.V.S.) de las P.M. en los E.L.E., ya que este concepto es un elemento clave y se ha convertido en un indicador de envejecimiento satisfactorio, el cual se apoya en el grado de satisfacción y bienestar percibido ^(9, 10). La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están

negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, de las condiciones sociales y económicas. La meta de mejorar la calidad de vida, junto con la prevención de una mala salud, ha cobrado una mayor importancia en promoción de la salud. Por ello nace la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva ^(10, 11).

A su vez, el proceso de transición demográfica que experimenta el país, considera diferencias tanto cuantitativas como cualitativas entre hombres y mujeres mayores, lo que establece diferentes escenarios de vejez, ya que el proceso de envejecimiento es un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, cuya calidad está condicionada por la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital ^(7, 12, 13).

Enmarcado en lo anteriormente expuesto se busca como objetivo general del presente estudio, “Determinar los factores sociodemográficos y de salud que se relacionan con la Calidad de Vida Subjetiva de las Personas Mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía, Chillán”.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Los avances de la medicina junto con la mejoría de la calidad de vida, han llevado al aumento de las expectativas de vida de la población. Esta situación ha dado origen a la transición demográfica, con un marcado envejecimiento de la población tanto a nivel mundial como nacional ^(1, 2, 3). Hoy en día, las mujeres tienen una expectativa de vida de 81,5 años, superando a la de los hombres quienes alcanzan los 75,5 años, sin embargo este hecho de vivir más, no se traduce en que tengan una mejor calidad de vida ⁽¹⁴⁾.

La prolongación de la vida y el aumento sostenido de la proporción de personas de 60 años y más, repercute en el número también cada vez más alto de P.M. residentes en E.L.E. ⁽¹⁵⁾. Este tipo de cuidado institucional es una realidad y su número se incrementa cada año en todos los países ⁽¹⁶⁾.

Es así que para aquellas P.M. con algún grado de dependencia médica y/o social, es imprescindible la existencia de recintos que le brinden un ambiente seguro y los cuidados necesarios para dar satisfacción a sus necesidades básicas, como alimentación, atención médica y acceso a medicamentos, el cuidado durante el día y la noche, la atención ante una emergencia, una infraestructura que los proteja y espacios que permitan su sobrevivencia ⁽⁸⁾, dichas prestaciones son entregadas por los llamados E.L.E.

En la provincia de Ñuble existen en la actualidad treinta y cuatro residencias de larga estadía, de los cuales veintidós se ajustan al reglamento para los E.L.E. elaborado por el Ministerio de Salud (MINSAL), mientras que los doce establecimientos restantes, funcionan de manera no autorizada. En la ciudad de Chillán existen trece E.L.E. autorizados y tres no autorizados, desconociéndose la existencia de otras residencias que funcionen clandestinamente en la actualidad ⁽¹⁷⁾.

A nivel internacional se reconocen derechos de la P.M. institucionalizada como declara la carta de los Derechos de los Adultos Mayores de las naciones unidas, la cual señala que “Las personas de edad avanzada deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les

brinden cuidados y tratamientos, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida”⁽¹⁸⁾, sin embargo, se ignora cómo es la calidad de vida en estos establecimientos.

Este crecimiento de la población de ancianos ha originado además, la necesidad de contar con personal preparado en el campo de la gerontología. Quienes trabajan en los E.L.E., trátense de profesionales de Enfermería, Psicología, Medicina, Trabajo Social, entre otros, cumplen un papel crucial en el funcionamiento de tales instituciones. Por ello, contar con un equipo multidisciplinario especializado, que pueda mejorar el cuidado de los residentes, no tan solo suministrándoles servicios acordes a sus reales necesidades, sino también con un cambio de actitud hacia ellos, para estos establecimientos, sería ideal⁽¹⁵⁾.

Por su parte, la Enfermería geronto-geriátrica se encuentra actualmente en un espacio de relevancia demográfica y socio-sanitaria. Es así como el profesional de Enfermería, eje principal de los cuidados, puede trabajar en E.L.E., llevando a cabo su quehacer desde las perspectivas asistencial, gestora, docente e investigadora⁽¹⁹⁾. La función asistencial permite brindar a las P.M., cuidados individualizados, fomentar el autocuidado, disminuir y retrasar la dependencia, recuperar la función perdida, potenciando las capacidades residuales mediante intervenciones en educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estas acciones pueden mejorar la calidad de vida de las P.M. a corto, mediano y largo plazo, minimizando además los costos personales e institucionales. A su vez, la función gestora, permite entregar cuidados acordes a los requerimientos individuales de cada P.M., previa coordinación del equipo de Enfermería en cuanto a planificación y ejecución de los cuidados. Por lo tanto, el profesional de Enfermería es un profesional indispensable en los E.L.E.⁽¹⁹⁾.

Por otra parte, cabe destacar que en la ciudad de Chillán hay escasa cantidad de publicaciones que permitan conocer la calidad de vida de los residentes de E.L.E. de esta ciudad, de manera tal que se hace necesario como miembros del equipo de salud, enfocar la labor de la investigación hacia este grupo etario, y en particular a las personas que viven en residencias para P.M., con el fin de obtener información actualizada que pueda servir de

base para nuevas prácticas y creación de programas de intervención, para así asegurar una atención digna que ayude a mejorar la calidad de vida de estas personas, respetando en todo momento sus derechos como seres humanos, miembros de esta sociedad.

Como estudiantes de Enfermería nace el interés de investigar sobre este tema, a raíz de las experiencias vividas en prácticas profesionales durante el desarrollo de la carrera y de actividades que realiza la Universidad del Bío Bío en torno a las P.M., lo que fortalece la formación integral como futuros profesionales de la salud. Conjuntamente se busca sensibilizar a la comunidad universitaria, ciudadanía y autoridades, respecto a la situación que viven las P.M. en la actualidad y especialmente aquellos que residen en E.L.E. de Chillán.

En base a los antecedentes expuestos anteriormente surge el propósito de identificar cuáles son los factores que se relacionan con la Calidad de Vida Subjetiva de la Persona Mayor residente en Establecimientos de Larga Estadía de Chillán.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Qué factores sociodemográficos y de salud, se relacionan con el nivel de Calidad de Vida Subjetiva de las Personas Mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía, Chillán, 2011?

1.2.1 PROBLEMATIZACION

- ¿Se relacionará la edad con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionará el género con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionará la alfabetización con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionará la creencia en Dios con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionarán las visitas con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionarán las relaciones interpersonales con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionarán las actividades recreativas con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionará el tiempo de permanencia en E.L.E. con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionará la cantidad de enfermedades crónicas con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?
- ¿Se relacionará el grado de funcionalidad con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E.?

1.3 MARCO TEÓRICO

El aumento sostenido del número de personas ubicadas en el tramo de 60 y más años, ha dado lugar al envejecimiento poblacional o demográfico como resultado del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas ocurridas durante el siglo XX, y de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad ^(1, 7).

Chile junto con aproximarse a ser un país desarrollado económicamente, se acerca a las naciones europeas, que se caracterizan por tener una población envejecida. Esta propensión a la longevidad, afectará la demanda de bienes y servicios necesarios para la población en los años venideros ⁽²⁰⁾. Es así como según el Censo del año 2002 el total de población de P.M. de 60 años y más, fue de 1.717.478 habitantes, donde las mujeres correspondieron al 55,87% (959.429 personas) y los hombres al 44,14% (758.049 personas) ⁽²¹⁾. La esperanza de vida para la población mundial, a causa de la disminución de las tasas de mortalidad, entre los años 2005 y 2010, se ubica en los 78,6 años ⁽¹⁴⁾. Esta tendencia se observa en Chile, superando los 78 años de expectativa de vida al nacer, sobrepasando los 80 años en el caso de las mujeres. Esta superioridad de longevidad de las mujeres en relación con los hombres se ha prolongado, orientando a una creciente “feminización” de la población de mayor edad ^(7, 22).

Diversos autores han planteado diferentes definiciones de envejecimiento, pero la mayoría coincide en que es un proceso continuo, progresivo e irreversible. Posee un sustento biológico, pues lleva 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 que finaliza con la muerte, y que además involucra aspectos psicológicos y sociales ⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, definió envejecimiento como el “deterioro de las funciones, progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad” ⁽²³⁾. Así mismo la Organización de las Naciones Unidas planteó que es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que

deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias del entorno ⁽⁸⁾; y que comienza a partir de los 60 años, donde el ser humano experimenta cambios físicos, emocionales y sociales. Dicho fenómeno involucra directamente a las P.M. de la sociedad, que según la OMS son “aquellas personas de 60 y más años”. De igual manera, la ley 19.828 creada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en Chile, definió como P.M. a “toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombre y mujer” ⁽²⁴⁾.

El proceso de envejecimiento está determinado por múltiples factores que se agrupan en intrínsecos y no modificables, en donde el factor genético es el principal de ellos y que está relacionado con el sexo, historia familiar, etnia y personalidad; y factores extrínsecos que son potencialmente modificables como calidad del ambiente físico, enfermedades, ejercicio físico, educación, relaciones sociales, condiciones sanitarias y calidad de los sistemas de atención en salud, entre otros. Optimizando éstos últimos se podría lograr una mejor sobrevivencia y a la vez una mejor calidad de vida ⁽¹⁾.

El envejecimiento de la población es considerado un gran logro para la humanidad, sin embargo si se quiere hacer de éste una experiencia positiva, con una vida más larga, esta debe ir acompañada de oportunidades de salud, participación y seguridad ⁽²⁵⁾. La OMS utiliza el término de envejecimiento activo para referirse al proceso de aprovechar al máximo las oportunidades con el fin de tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Su objetivo principal es extender la productividad, la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. Considera además la importancia de continuar siendo activo física, social y mentalmente, basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las P.M. y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización ^(26, 27).

Al respecto, SENAMA plantea que es muy importante participar de manera activa para vivir una adultez mayor plena y satisfactoria, y para aportar a la sociedad toda la riqueza de la experiencia y de la capacidad de generar iniciativas por parte de los chilenos y

chilenas con más de 60 años de edad. Este aporte es clave para lograr el desarrollo del país (28).

Si bien existe una gran cantidad de P.M. que no son afectados mayormente por los problemas que caracterizan a la salud durante la etapa de la vejez, pudiendo gozar de un buen envejecimiento, para muchos otros éste se establece como un escenario complejo, convirtiéndose en uno de los factores de riesgo más importantes para la presentación de enfermedades crónicas, surgiendo así la importancia de trabajar en la prevención de ellas, no sólo por su alta prevalencia sino además por su elevado costo. Esta situación se observa en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en donde los problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros, se han convertido en prioridades de salud (29). La salud se convierte entonces en una inquietud creciente para las P.M., ya que la posibilidad de adquirir enfermedades aumenta con la edad (30).

Otro aspecto involucrado en el envejecimiento es la funcionalidad, y al respecto autores señalan que “existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta entre las P.M., especialmente en las de edad más avanzada” (31). En la etapa de la vejez, el organismo no responde de igual forma ante las patologías y las condiciones ambientales que lo amenazan, manifestando un deterioro que puede llevar a la pérdida de funcionalidad (7). Según la OMS el estado de independencia funcional constituye el indicador de salud más representativo para este grupo de la población, el cual fue definido en el año 2003 por el MINSAL, como “la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne” (32). Valdivieso y cols. en el año 2002 observó que existe una mayor dependencia funcional en los senescente institucionalizados que en aquellos que viven en sus domicilios (33).

Cabe hacer notar que el envejecer es un proceso del desarrollo humano al que es necesario adaptarse, ya que surgen para las P.M. distintos desafíos, logros y frustraciones,

posibilidades de conflicto y dificultades, como el debilitamiento físico progresivo, la pérdida de seres queridos, y la muerte. Al igual que en cualquier otra etapa de la vida, en la vejez se apela a los recursos personales de los que se dispone, uno de estos es la espiritualidad. Se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de las P.M. como en su proceso de adaptación al envejecimiento, y que se relaciona además con el bienestar subjetivo, en el sentido de tratarse de valores y metas de las personas ⁽³⁴⁾. Autores como San Martín en el año 2008 citando a Peterson y Seligman, considera a la espiritualidad y la religiosidad como fortalezas del carácter. Se ha encontrado que la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la sobrevida, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, y por lo tanto contribuye a un menor riesgo de enfermedades, y en general, mejora la calidad de vida. La concepción que las P.M. tienen acerca de lo sagrado puede influir tanto en su bienestar físico como psíquico, y resultar determinantes en su proceso de adaptación al envejecimiento, y en la evaluación que hacen de su vida. Según Koenig citado por San Martín en el año 2008, es la fe personal la que parece ayudar a las P.M. a enfrentar el estrés y el temor a la muerte ⁽³⁴⁾.

Más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía e historia, y al posicionamiento personal que adopte en esta etapa de su vida. En base a esto surge el concepto de “calidad de vida”. Lingüísticamente su significado es eminentemente subjetivo; pues está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción de la vida que tiene, considerando además su propia experiencia, su salud, su grado de interacción social y ambiental ⁽³⁵⁾.

La creciente longevidad tiene requerimientos propios que deben conocerse para así asegurar que en esta etapa, la P.M, pueda tener una buena calidad de vida ⁽³⁵⁾. Este concepto es difícil de definir debido a su carácter multidimensional y multidisciplinario, por lo que es posible encontrar diferentes perspectivas de autores. Según la OMS en 1994, calidad de vida corresponde a “la percepción del individuo de su situación en la vida, en el contexto de la cultura y su sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos,

expectativas, normas y preocupaciones”⁽²³⁾. Es un concepto de amplio espectro que incorpora la salud física del individuo, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, creencias religiosas y conexión con las características destacadas ambientales. Así mismo, Giusti en 1991 definió la calidad de vida como “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas”⁽¹⁰⁾. En el mismo año, Lawton señaló que la calidad de vida consiste en la evaluación multidimensional bajo criterios, tanto intrapersonales como sionormativos, del sistema de entorno personal de un individuo en tiempo pasado, actual y futuro⁽³⁶⁾. Con respecto al mismo concepto, Jalowiec señaló en el año 1990 “la existencia de componentes primarios que afectan la calidad de vida, entre los que se incluyen salud, capacidad funcional y satisfacción por la vida”⁽³⁷⁾. Del mismo modo Padilla y cols. en 1992 señalaron las principales cualidades de la calidad de vida, identificándolas como: bienestar psicológico, referido a la satisfacción, significado de la vida, logro de la meta y felicidad; bienestar físico correspondiente a actividades de la vida, del apetito y del sueño diario; bienestar social e interpersonal; y por último el bienestar financiero y material. Así también, Farquhar en el año 1995 planteó que las P.M. hablan de calidad de vida en función de las relaciones familiares, los contactos sociales y las actividades, la salud general y el estado funcional⁽³⁷⁾. Del mismo modo otros autores plantean este concepto de manera específica para la P.M. como es el caso de Krzeimen en el año 2001, el cual sostiene que “en la medida en que la P.M. logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social”⁽³⁷⁾. Eamon O'Shea en el año 2003 refirió que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, con un bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”⁽³⁵⁾.

Es así como la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo, basado en su potencial intelectual y emocional, y de las circunstancias externas que interactúan con él, dentro de las que se encuentran la estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política. Por otra parte el aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones generales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos ⁽³⁸⁾.

De la misma forma, la rama de la Psicología define calidad de vida básicamente, como un concepto complejo integrado por aspectos objetivos y subjetivos, referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria ⁽³⁷⁾.

La calidad de vida es por lo tanto un constructo complejo y multidimensional. Se debe analizar un conjunto de percepciones compuesto, no únicamente por la enfermedad o discapacidad, sino por la combinación de ellas con la experiencia personal, las creencias y expectativas, la interiorización de la situación y todas las sensaciones subjetivas del individuo ^(36, 38).

Cuando este concepto se aborda de manera multidimensional, se obtiene una visión más integral del efecto de la enfermedad/discapacidad y/o el estado de ánimo sobre la vida diaria del senescente, en aspectos tan importantes como su capacidad funcional, para interactuar en la sociedad, la necesidad de apoyo o la sensación subjetiva de bienestar ⁽³⁷⁾. Así es como Diener en 1984, indicó que el estado de bienestar subjetivo asociado a C.V.S., está constituido por un componente afectivo y de satisfacción vital, definido como un juicio cognitivo de evaluación global de la propia vida, el cual puede estar influido por el afecto, pero no es una medida directa de la emoción. La experiencia de bienestar de un individuo viene determinada por su situación afectiva y la evaluación cognitiva que hace de su vida, pero también puede verse afectada por factores como el grado de discapacidad física o factores de tipo demográfico o social ^(36, 38).

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar nuclear con quienes comparten una vivienda que para ellos constituye su propio hogar. A lo largo de la vida existen individuos que tienen que salir de su entorno familiar, cuando esto ocurre, generalmente lo viven como algo transitorio, algo que pasará una vez que se superen las razones que lo han llevado a apartarse de su hogar. Sin embargo durante la vejez se presentan muchos casos, en los cuales esta pauta cultural de permanecer en el núcleo familiar no se cumple ⁽³⁹⁾, “además los grandes problemas de deterioro que plantean los mayores, no siempre tienen fácil abordaje por parte de la familia, precisando cuidados profesionales o formales” ⁽²⁵⁾, y con mucha más frecuencia las P.M. se trasladan a un E.L.E. de manera definitiva, por diversas razones. Dentro de estos motivos para la institucionalización, se encuentran los escasos o nulos recursos económicos, condiciones de soledad o viudez, enfermedades, falta de apoyo, de abandono y de marginación social entre otros. Las P.M. ingresan a estos recintos ya sea por decisión familiar o propia, para que les sean otorgados servicios y cuidados orientados a la satisfacción de sus necesidades ^(8, 39).

El ingreso al E.L.E. está considerado un momento de transición en la vida de la persona, lo que significa un cambio muy importante en el ciclo de su vida. La adaptación a este nuevo entorno es especialmente difícil cuando se habla de tercera edad, caracterizada por su gran heterogeneidad, que tiene que dejar espacios, posesiones personales y rutinas y adecuarse a una serie de normas más homogéneas, con un conjunto de individuos muy diferentes ⁽²⁵⁾.

Los E.L.E., agentes formales de cuidados, participan de la política pública orientada al cuidado de los adultos mayores a nivel nacional, y por ende se rigen por un reglamento adecuado a las condiciones de cuidado que necesitan aquellas P.M. que son atendidas por ellos. Este reglamento elaborado por el MINSAL es conocido como “Decreto N° 14”, y en su Artículo 2° define E.L.E. para P.M. como “aquel en que residen personas de 60 años o más, que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención, mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes” ⁽⁴⁰⁾.

Se estima que existirían en Chile 1.668 E.L.E. con un total de 26.854 P.M. institucionalizadas. Así mismo, según datos entregados por el MINSAL al SENAMA en el año 2007, existirían sólo 664 E.L.E. autorizados ⁽¹⁾. Esta autorización es otorgada por el Servicio Regional Ministerial (SEREMI) de Salud competente según el lugar en que se encuentre ⁽⁴⁰⁾. Cabe destacar que el número de mujeres institucionalizadas es muy superior al de hombres, así como también que ellas presenten un mayor promedio de edad ⁽¹⁶⁾.

La reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias, generan el aumento de internación geriátrica de la P.M. quien debe dejar el ambiente familiar por un entorno mucho más regulado, formalizado e impersonal, en donde se ve afectada su autonomía para tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y para llevar a cabo tareas de todos los días, provocándose un cambio en la percepción del control de los sucesos de la vida cotidiana ^(41,42).

La mayoría de las P.M. que ingresan a un E.L.E. lo hacen en forma definitiva, por lo tanto, siguen envejeciendo en la institución y van desarrollando, con los años, enfermedades crónicas junto con distintas limitaciones y discapacidades que no tenían en el momento de ingresar ⁽¹⁶⁾.

Cabe destacar el papel de los afectos en la vejez, especialmente en el caso de la P.M. institucionalizada, pues en el ambiente residencial se precipitan estados depresivos que se relacionan con las diferentes pérdidas que conlleva el ingreso a un E.L.E. Entre ellas se encuentran la pérdida de independencia, de la familia, el desarraigo de los bienes, el rol social y el trabajo ⁽³⁹⁾. En este sentido, estudios evidencian que la internación geriátrica acelera el deterioro y aumenta el grado de dependencia. Se debe considerar que este cambio radical en el estilo de vida de los sujetos que ingresan a una institución, conlleva a transformaciones frecuentes en el estado de ánimo, provocado por sentimientos de soledad ya que se encuentran separados de su núcleo familiar ⁽³⁴⁾. Estas circunstancias hacen que se muestren apáticos, poco participativos en las actividades programadas y con mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además revelan que presentan discapacidades más visibles y que requieren mayor ayuda para realizar actividades de la

vida diaria ⁽¹⁰⁾. Dicha situación fue evidenciada también en el estudio de Rojas y cols. en el año 2006, el cual reportó que las P.M. autovalentes que ingresan a un E.L.E. dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta pudiendo adoptar una actitud pasiva, efecto generador de dependencia ⁽⁴³⁾.

Otro aspecto importante para las P.M. que ingresan a los E.L.E. lo constituye el hecho de mantener un estrecho lazo con las personas que componen su entorno familiar y comunitario, esto les provee de una ayuda incalculable para conservar sus capacidades funcionales, así como también para seguir manteniendo relaciones afectivas positivas dentro de la residencia, con sus pares. Sin embargo la pérdida del rol familiar y de lazos afectivos aumenta el riesgo de aislamiento y depresión. Por lo anteriormente expuesto, dentro del contexto residencial, el apoyo familiar y social adquiere gran importancia en la adaptación e integración para mejorar la calidad de vida de la P.M. al momento del ingreso y durante su permanencia en el establecimiento ⁽⁴⁴⁾.

En este sentido cabe mencionar que los residentes de la mayoría de los E.L.E. deben enfrentarse a que rara vez o nunca son visitados por sus familiares, y a que no se les permite salir, por lo que sus relaciones interpersonales están limitadas a sus mismos compañeros, muchos de ellos con trastornos mentales, y al personal que los atiende ⁽¹⁵⁾. El Instituto de Salud Pública de España en su estudio “Prevención y Promoción de la Salud en el anciano institucionalizado” evidenció que las relaciones sociales con compañeros, mantener vínculos con los familiares, participar de manera activa en las actividades de la residencia, tener un buen estado de ánimo, preocuparse por el adecuado funcionamiento del establecimiento, promover relaciones apropiadas con el personal, salir de la residencia para realizar actividades diferentes a las reglamentadas en la institución y la colaboración en los cuidados diseñados para el mismo, pueden ayudar a probar hasta dónde llega el estado de bienestar o malestar del residente tras su ingreso ⁽²⁵⁾.

Dentro de la rutina en la residencia, la facilitación de las condiciones para que ellos participen en actividades sociales y recreativas resulta fundamental para el desarrollo integral de estas personas ⁽⁴⁵⁾. A pesar de ellos cabe destacar que en muchos casos, las

actividades tales como ver televisión y escuchar radio se realizan en forma pasiva transformándose en las más comunes para las P.M. que habitan en E.L.E. ⁽⁴⁶⁾.

De este modo, el tener momentos donde puedan compartir con las amistades y realizar actividades recreativas como paseos, recuerdos, conversaciones y juegos, genera una valiosa oportunidad para que en determinados momentos puedan contar con lazos de ayuda mutua ⁽⁴⁴⁾.

Se concluye que el envejecimiento es un componente natural de la vida. Ahora bien, la forma en que se vive este proceso, la salud y capacidad funcional, dependen no tan sólo de la estructura genética, sino también de lo que se ha hecho durante la vida; de las propias experiencias y del ambiente en donde se ha vivido ⁽⁴⁷⁾. Para abordar y sustentar el proceso de envejecimiento, es que existen diferentes teorías, dentro de las que se encuentran las teorías de enfoque biológico como la inmunitaria; la de los radicales libre; la del estrés y la del error, entre otras. También están las de enfoque social entre las que se encuentran las de Cuning y Henry en 1961; la teoría de la disociación que sustenta que es la propia P.M. la que comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que conlleva al rechazo y aislamiento en él y la sociedad; Havighurts en 1973 postuló la teoría de la actividad, que afirma que la persona socialmente activa tiene una mejor capacidad de adaptación para su nueva etapa de vida, sosteniendo que la actividad es la clave de la satisfacción y autorrealización de la P.M., pues implica una relación directa entre satisfacción con la vida y actividades sociales. Tomando en cuenta las variadas teorías que comprenden el envejecimiento la que entrega un mayor respaldo a la presente investigación es la “Teoría de la Continuidad”, la cual tiene un enfoque psicológico, centrándose en la capacidad de adaptación y de ajuste de la P.M. en su nuevo periodo de vida, considerando su personalidad y estilo de vida. Se cree que conociendo el tipo de personalidad es posible predecir las condiciones de su proceso de envejecimiento ⁽³⁵⁾.

Archley en 1989, definió la continuidad como la “coherencia o la consistencia de los patrones con el paso del tiempo”. Se refiere a este tema como un concepto dinámico y lo emplea en el problema de adaptación al envejecimiento normal. Así la continuidad puede

ser una construcción cognoscitiva general dentro de la cual pueden producirse cambios específicos^(48, 49).

La "Teoría de la Continuidad" propone que las elecciones de las P.M. buscan mantener tanto las estructuras internas como las externas, y que están determinadas por las experiencias anteriores y la mantención de hábitos, preferencias, actitudes, entre otros. Los problemas de ajuste en ésta etapa, no provienen del envejecimiento como tal, sino más bien del estilo de vida que se haya desarrollado y adoptado durante las etapas anteriores del desarrollo vital. La continuidad se considera una estrategia de carácter adaptativo que debe ser promovida y planificada por el individuo y por la propia sociedad⁽⁵⁰⁾.

Según Cohler en 1982, la continuidad es una apreciación subjetiva y cada sujeto debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para unir las experiencias nuevas con las anteriores. Este concepto está principalmente orientado a la persona, o sea, orientado al ser humano individual. Solo la P.M. puede valorar el aquí y el ahora, ya que la base de la valoración es efecto de la retrospectión. En la etapa final del ciclo de la vida, las P.M. tienden a utilizar la continuidad como método de adaptación para afrontar los cambios que implica el envejecimiento normal^(49, 51).

Esta teoría propone como principal idea que "la evolución se produce cuando la persona envejece y que el cambio puede integrarse en el contexto histórico de una persona sin generar un cataclismo o desequilibrio importante". Dicho cambio se produce como consecuencia de las experiencias pasadas de la persona que envejece y de los objetivos determinados para el futuro. De esta manera las P.M. optan en base a sus propias experiencias teniendo claro que algunos de los cambios que se producen se deben al envejecimiento normal, ya que seguramente, no los hayan elegido para sí mismos^(48, 49, 51).

La realidad que vive Chile en cuanto al envejecimiento de la población, incluyendo a las P.M. residentes en E.L.E. tiene implicancias directas en la política pública del país, ya que habrá nuevas demandas desde este segmento etario, tanto cuantitativas por considerar una gran cantidad de P.M., como cualitativas referidas a un nuevo tipo de necesidades que no han sido abordadas por sistemas tradicionales de protección social⁽⁵²⁾.

Si se presta atención al proceso desde el punto de vista de la institucionalidad pública, éste se inició en el año 1995 con la creación de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, y luego el Comité Nacional para el Adulto Mayor, siguiendo en 1996 con la aprobación de una Política de Gobierno sobre el Adulto Mayor y en 1997, con la creación de los Comités Regionales para el Adulto Mayor. En 1999, "Año Internacional del Adulto Mayor", el Gobierno envió al Congreso el Proyecto de Ley de creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor -SENAMA-, el cual fue finalmente promulgado en septiembre de 2002 ⁽⁵²⁾, cuyos objetivos han sido velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, protegerlo ante el abandono y la indigencia, hacer valer los derechos que la constitución y las leyes le reconocen, y velar por su no discriminación ni marginación ⁽⁷⁾.

La P.M. necesitan informarse sobre las políticas y programas que se orientan a las personas de edad, sobre los servicios a los que pueden acceder y sobre las oportunidades que pueden aprovechar para generar iniciativas, con el fin de mejorar su calidad de vida ⁽²⁸⁾. Cabe destacar que el grupo de P.M. en Chile no posee derechos económicos, sociales y culturales especiales, sólo se remiten a aquellos determinados en la Constitución política para todo ciudadano de este país. Sin embargo en el año 1991 el Gobierno de ese entonces, adoptó los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, que inspiraron la redacción y formulación de la política nacional para la P.M., la cual posteriormente fue oficializada y aprobada por el Consejo de Ministros del área social en marzo de 1996 ⁽⁵³⁾.

El SENAMA plantea además, que para la formulación de políticas y programas, se debe tomar en cuenta los desafíos que genera esta realidad, dando base para la construcción de una sociedad igualitaria para los diferentes grupos etarios y considerando distintos factores como: la educación, no sólo en la juventud sino también en la adultez y la vejez; la prolongación de la vida activa y productiva; los sistemas de previsión; la salud y la vivienda. Pero también se debe comenzar a actuar en un ámbito poco desarrollado hasta ahora, como son los servicios sociales y sanitarios para las P.M. Por su parte, a la ciudadanía le corresponde exigir sus derechos, levantar demandas, controlar la calidad y colaborar en el proceso reflexivo sobre el rumbo que deben tomar los servicios sociales y

sanitarios. En este sentido las propias P.M. tienen y tendrán una responsabilidad trascendental como sujetos activos en la construcción de un Sistema de Protección Social fundado en derechos ⁽²⁰⁾.

1.4 MARCO EMPÍRICO

Sepúlveda, C. y Cols. (Chile, 2010) “Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre las casas y Nueva Imperial”. Concluyó que la edad promedio de las P.M. fue de 78,1 años, 55% eran de sexo masculino. En cuanto a la variable alfabetización un bajo porcentaje no sabe leer ni escribir siendo un 11,2%. El 40,5% no tiene contacto con sus hijos y un 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual ⁽⁵⁴⁾.

Dueñas, D. y Cols. (Cuba, 2009) “Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanza”. Se obtuvo como resultado que el predominio de calidad de vida percibida baja constituyó el 43,3% de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad y disminuye la escolaridad. No hubo diferencias por sexo ni por estado conyugal ⁽³⁸⁾.

Lara R., Mardones M. (Chile, 2009) “Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores de la Comuna de Chillán”. Los resultados demostraron mayor prevalencia de mujeres con un 61%, entre 70-79 años en un 59%, mayoritariamente alfabetos en un 67%. Un 91% presentaba enfermedades crónicas, prevaleciendo la hipertensión arterial con un 75%. Funcionalmente prevaleció la independencia con un 61% y dependencia leve 39% ⁽⁵⁵⁾.

Maldonado, G. y Mendiola, S. (México, 2009) “Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores” En el análisis de la edad con el nivel de calidad de vida, el mayor porcentaje correspondió al nivel bajo con 36.6% en los grupos de edad de 60 a 65 años y 66 a 70 años respectivamente. El menor porcentaje estuvo presente en el nivel de C.V. alto con 10% en el grupo de edad de 60 a 65 años ⁽¹¹⁾.

Rojas, C. y Cols. (Chile, 2009) “Factores asociados a la calidad de vida de personas mayores postradas no institucionalizadas en CESFAM Violeta Parra, Chillán- Chile y de personas mayores inmovilizadas no institucionalizadas en centro de salud Infante, Murcia-España”. Se obtuvo como resultado que en ambos países predomina la baja calidad de vida en personas mayores institucionalizadas con un 76,32% en España y un 73,91% en Chile. Hay una relación significativa entre calidad de vida y las visitas de familiares y/o amigos en Chillán-Chile⁽⁵⁶⁾.

Llibre, J. y Cols. (Cuba, 2008) “Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores”. La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor frecuencia con un 55%, seguida de las enfermedades del corazón con un 32,3% y la diabetes mellitus con un 18,3%. La primera fue más frecuente en el sexo masculino, mientras que las otras predominaron en el femenino⁽⁵⁷⁾.

Orueta, R. y Cols. (España, 2008) “Anciano frágil y calidad de vida”. Se obtuvo como resultado que el 67,5% eran mujeres, su edad media fue de 81,4 años. El número medio de patologías crónicas padecidas fue de 3,2 siendo las más prevalentes hipertensión arterial con un 75,5%, artrosis con un 39,4%, dislipidemia con un 32,9% y diabetes mellitus con un 22,6%⁽⁵⁸⁾.

Pereira dos Santos A. Antonio J., Costa P. Vitor M. (Portugal, 2008) “La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos”. En relación a la muestra total, el sexo femenino representó el 75,3% de las personas ancianas institucionalizadas. El 59,1% de P.M. se situó en el grupo de edad de 75 a 84 años, siendo la edad promedio 80,05 años; un 42,3% de las personas ancianas declararon sufrir de más de una patología, habitualmente crónica. Las personas ancianas refirieron una serie de actividades, destacándose la conversación, con 91,4% y, en seguida, el ver la televisión, con 78,5%, ya que las opciones de las actividades para pasar el día son muy limitadas. Existe una correlación positiva entre el índice de Katz y el índice de calidad de vida del anciano institucionalizado, siendo que la mayoría es independiente con un 63,4%⁽⁵⁹⁾.

Real F., T. (España, 2008) “Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados”. De los sujetos de la muestra un 32,4% son hombres y el 67,6% son mujeres; tuvieron una media de 82,74 años; 52,54 meses ingresados; 4,22 patologías físicas; 0,53 patologías cognitivas; tenían puntuaciones medias de 8,31 en la Escala Philadelphia ⁽⁶⁰⁾.

San Martín P., C (Argentina, 2008) “La espiritualidad en el proceso de Envejecimiento del adulto mayor”⁴. Se concluye que aquellos pacientes geriátricos que no eran activos religiosamente tenían mucho más altos niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que además, disfrutaban de buena salud física y mental ⁽³⁴⁾.

Torres H., Marisa y cols. (Chile, 2008) “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”. Se observó que al valorar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores según grupo etáreo (60-74; 75-84, y 85 y más años), en los cuatro dominios del instrumento (estado físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente), que a mayor edad la percepción de calidad de vida fue más baja o menor. Esto podría estar influido por el incremento de limitaciones físicas y psicológicas que se van produciendo a medida que avanzan los años ⁽⁶¹⁾.

Árraga, M. y Sánchez, M. (Venezuela, 2007). “Recreación y Calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares”. Concluye que la recreación como actividad inherente a la vida, busca el disfrute, promoviendo el desarrollo y elevando la calidad de vida. Recomendando fomentar las actividades de participación activa para mantenerlos dinámicos, promoviendo sentimientos de satisfacción que contribuyan a mejorar la calidad de vida ⁽⁶²⁾.

Rodríguez, N. (Argentina, 2007). “Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos”. Concluyó que el nivel educacional, el uso del tiempo libre influyen significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado. Se observó que a mayor grado de satisfacción con el uso del tiempo libre, mejor calidad de vida. En relación a las visitas, los directivos del geriátrico deben informar claramente a los familiares, la importancia que tiene para el anciano contar con su apoyo y recibir visitas ⁽⁶³⁾.

Marshall, R. y Cols. (Cuba, 2006) “Calidad de vida en el Adulto Mayor”. Concluye que el bajo nivel de la calidad de vida representó el 47,7%, de los cuales se encontraron las P.M. entre 60- 74 años con un 16,1% y bajo nivel escolar un 76,3%. Las enfermedades crónicas no transmisibles que más incidieron fueron la artropatías con un 83,8% y la hipertensión arterial con un 56,9% ⁽⁶⁴⁾.

Rodríguez, O. y Bernal, A. (Cuba, 2005) “Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano”. Concluye que la estratificación por grupos de edad muestra un predominio sustancial de la mortalidad por causa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la población de 60 años y más, aunque para algunas enfermedades se aprecia un desplazamiento hacia edades más jóvenes. La estratificación por género evidencia la sobre mortalidad masculina en ocho de las diez primeras causas de muerte, excepto en las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus en que las tasas de mortalidad son mayores en las mujeres ⁽²⁹⁾.

Astudillo, A. y Cols. (Chile, 2003) “Calidad de vida del Adulto Mayor en hogares de ancianos y factores asociados”. Se obtuvo como resultado que el 66% de los adultos mayores tiene una baja calidad de vida y dentro de los cuales tuvieron significación estadística el impacto de visitas de no familiares al hogar de ancianos, y el número de enfermedades crónicas que presenta el adulto mayor ⁽⁶⁵⁾.

Cintra, M. y Soria, B. (Cuba, 2002) “Grado de satisfacción de los residentes el hogar de ancianos América Labadí Arce”. Indicó la prevalencia del sexo femenino, así como el grupo de edades de 60 a 65 años. En relación a las actividades recreativas un 13,2% realiza bordado, tejido y costura, las actividades sociales con un 76,9% al igual que las actividades culturales y recreativas, encontrándose la ludoterapia con un 15,3% ⁽⁶⁶⁾.

Rubio R. y cols. (España, 2001) “Calidad de vida y diferencias en función del sexo”. Destacan que en relación a los resultados obtenidos del análisis con la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton, las mujeres presentan una menor Calidad de Vida. Refiriéndose a la Calidad de Vida autopercebida, concluyen que el envejecimiento en la mujer es percibido como más negativo ⁽⁹⁾.

1.5 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Establecer factores relacionados con el nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Determinar los factores sociodemográficos y de salud que se relacionan con el nivel de C.V.S. de las P.M. residentes en E.L.E. en Chillán.

Objetivos Específicos:

- Identificar la relación entre edad y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Identificar la relación entre género y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Establecer la relación entre alfabetización y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Establecer la relación entre creencia en Dios y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Identificar la relación entre visitas y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Identificar la relación entre las relaciones interpersonales y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Establecer la relación entre actividades recreativas y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Identificar la relación entre tiempo de permanencia en E.L.E. y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.

- Establecer la relación entre cantidad de enfermedades crónicas y nivel de C.V.S de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.
- Establecer la relación entre grado de funcionalidad y nivel de C.V.S. de la P.M. residente en E.L.E. en Chillán.

1.7 HIPÓTESIS

- Las P.M. residentes en E.L.E. que presentan menor nivel de C.V.S. son de género femenino.
- A mayor satisfacción con las visitas recibidas por parte de las P.M. residente en E.L.E., mayor nivel de C.V.S.
- Las P.M que residen en E.L.E y que tienen mejor relaciones interpersonales con sus pares, tienden a un mayor nivel de C.V.S.
- Quienes llevan mayor tiempo de permanencia en E.L.E. tienden a un menor nivel de C.V.S.

1.8 LISTADO DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Nivel de Calidad de Vida Subjetiva

VARIABLES INDEPENDIENTES:

a) Sociodemográficas:

- Edad
- Género
- Alfabetización
- Creencia en Dios
- Visitas
- Relaciones interpersonales
- Actividades recreativas
- Tiempo de permanencia en E.L.E.

b) Salud:

- Cantidad de enfermedades crónicas
- Grado de funcionalidad

La definición nominal y operacional de cada una de las variables se encuentra en el anexo 1.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de Diseño

Estudio de diseño no experimental con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y corte transversal.

2.2 Universo

El universo fue de 167 P.M. de los cuales se estudió a 34 P.M. luego de haber considerado los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- P.M. residente en E.L.E ubicado en la ciudad de Chillán.
- P.M. residente en E.L.E. autorizado por SEREMI de Salud.
- P.M. con capacidades cognitivas intactas y deterioro cognitivo leve, según aplicación de Test de memoria acortado SPMSQ–PFEIFER.

2.3 Unidad de Análisis

Toda P.M. de 60 años o más residente en E.L.E.

2.4 Aspectos éticos

Se solicitó autorización a cada uno de los encargados de E.L.E. por medio de una carta firmada por la Directora de Escuela de Enfermería, indicando el propósito, objetivo y forma de recolección de los datos aportados por el usuario (anexo 2, anexo 3).

Una vez que se obtuvo la autorización de los encargados de los establecimientos, se planificó una visita con el fin de solicitar la participación de la P.M. en la investigación, por medio de un consentimiento informado que contenía el propósito y objetivos de la investigación, participación voluntaria, anonimato y confidencialidad de datos entregados. Luego de haber comprendido el contenido del documento, se solicitó la firma o huella dactilar, según fuese necesario (anexo 4).

2.5 Procedimiento para recolección de datos

Se procedió a identificar los E.L.E. autorizados a través de la información obtenida por la SEREMI de Salud de Chillán. Posteriormente, se solicitó autorización a los encargados de las residencias para el levantamiento de datos. Luego de haber obtenido el permiso, se planificó una visita con el objetivo de identificar a los sujetos de estudio que formarán parte de la unidad de análisis del presente trabajo y con ello dar inicio a la aplicación de los instrumentos recolectores. Se estableció un primer contacto con la P.M. para dar lectura al consentimiento informado. Luego de haber comprendido su contenido y haber decidido participar voluntariamente en el estudio, se aplicó el test de memoria acortado SPMSQ-Pfeifer como instrumento de tamizaje. Se incluyeron las P.M. con capacidades intelectuales intactas y deterioro cognitivo leve para seguir con la aplicación del cuestionario. Para responder el cuestionario se dispuso de treinta minutos aproximadamente por persona y se aplicó en una sola oportunidad. La recolección de datos se realizó en los meses de abril y mayo del año 2011.

2.6 Descripción del instrumento recolector

Para la recolección de los datos, se aplicó en primera instancia el Test de memoria acortado SPMSQ-PFEIFER como instrumento de tamizaje. Es una prueba para detección del deterioro cognitivo y de aplicación breve (cinco minutos), con una fiabilidad interobservador e intraobservador de 0.734 y 0.925, respectivamente ⁽⁶⁷⁾. Consta de 10 ítems que evalúan las funciones de memoria de evocación, orientación, concentración y capacidad de cálculo. Según el puntaje obtenido se clasifica en funciones intelectuales intactas (entre 0 y 2 errores), deterioro intelectual leve (entre 3 y 4 errores), deterioro intelectual moderado (entre 5 y 7 errores) y deterioro intelectual severo (entre 8 y 10 errores). Se acepta un error más si tiene educación básica o ninguna y un error menos si tiene educación superior ⁽¹⁾.

Para seguir con la aplicación del instrumento recolector de datos se consideró a las P.M. con funciones intelectuales intactas y deterioro intelectual leve.

La primera parte del instrumento recolector de datos, estuvo compuesta por antecedentes generales, con preguntas sociodemográficas (edad, género, tiempo de permanencia en E.L.E.) y de salud (número de enfermedades crónicas) que fueron recolectadas por la revisión de fuentes secundarias.

La segunda parte se compuso por cinco preguntas socio demográficas creadas por las autoras (creencia en Dios, alfabetización, visitas, relaciones interpersonales, actividades recreativas), todas con escalas de respuesta dicotómicas y politómicas.

La tercera parte del instrumento correspondió a la aplicación del índice de Katz, que forma parte de la evaluación interdisciplinar en unidades de geriatría. Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso del W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación), en términos de dependencia o independencia. Además, predice de forma concreta la necesidad de institucionalización. Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de actividades básicas de la vida diaria es alta. Esta escala está validada en varios idiomas, países, contextos culturales y niveles socioeconómicos, tiene buena reproducibilidad, tanto para el intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como en el interobservador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados ⁽⁶⁸⁾. Este instrumento clasifica a la persona mayor como: dependencia leve (no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad), dependencia moderada (requiere asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros sin ayuda o supervisión) y dependencia severa o postrada (necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía para todos los componentes de la actividad) ⁽⁶⁹⁾.

La cuarta parte y final, correspondió a la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia, instrumento diseñado específicamente para su uso en la P.M., de administración sencilla y ha mostrado elevados niveles de validez y una fiabilidad de 0.81 (Montorio, 1994). Contiene 17 preguntas que hacen referencia a tres dimensiones del bienestar subjetivo: Agitación (6 ítems), que se refiere a elementos que evalúan ansiedad o humor disfórico; actitud hacia el propio envejecimiento (5 ítems), que corresponde a la

evaluación del cambio autopercebido; e insatisfacción y soledad (6 ítems), que representa el grado de aceptación o insatisfacción por la interacción social experimentada. Este instrumento clasifica la calidad de vida subjetiva como: Alta (13 a 17 puntos), mediana (10 a 12 puntos) y baja (menor a 9 puntos) ^(36, 70).

Las cuatro partes del instrumento fueron sometidas a una validación de contenido por medio de un juicio de expertos, donde participaron tres profesionales del área de la salud (enfermera, asistente social y psicólogo). Los expertos evaluaron que posiblemente los ítems de la escala de Philadelphia pudieran presentar dificultad en su comprensión, razón por la cual las investigadoras modificaron la forma de hacer la pregunta de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14 y 17 manteniendo inalterado el fondo de éstas. Posteriormente, fue aplicado a una muestra piloto a partir de una población con similares características (Anexo 5).

2.7 Prueba piloto

Para determinar el nivel de comprensión del instrumento, se aplicó una prueba piloto en el mes de abril, a trece P.M. pertenecientes al “Hogar de Ancianos Jesús de Nazareth” de la comuna de Pinto. A partir de su aplicación, no se observó dificultad en la comprensión de los ítems ni en su forma de respuesta, por lo que el equipo de investigadores concluyó que este instrumento presentó las condiciones para ser aplicado a la muestra definitiva.

A partir de esta experiencia, se determinó que el tiempo necesario para la aplicación de las cuatro partes del instrumento fue de 30 minutos por cada sujeto de estudio.

2.8 Procesamiento de los datos

Luego del levantamiento de datos se procedió a tabularlos en una planilla de Microsoft Excel 2007, para posteriormente crear una matriz en el programa estadístico SPSS versión 17. Con el objeto de describir las variables de estudio se construyeron tablas de frecuencia, las cuales contienen frecuencias observadas y frecuencias relativas

porcentuales para aquellas de tipo nominal y de porcentaje acumulado para aquellas variables de tipo ordinal.

Con el objeto de relacionar las variables en estudio se construyeron tablas de contingencia, en las que se calculó una prueba de independencia de chi-cuadrado en el caso que se observen frecuencias esperadas mayores a 5. Si no se cumpliera el criterio anterior se procedió a la aplicación de los Coeficiente de Gamma y V de Cramer (para variables ordinales y nominales respectivamente). Para todo el análisis inferencial se asumió un nivel de significación de un 0.05.

III. RESULTADOS

3.1 Caracterización de la población en estudio

Se investigó a 34 P.M. de 39 accesibles para el estudio, ya que cinco P.M. se negaron voluntariamente a contestar el cuestionario para participar en esta investigación. La P.M. que participaron contestaron todos los ítems del instrumento y ninguno abandonó el estudio durante el desarrollo de la entrevista.

Tabla 1.1

Distribución de la muestra según características sociodemográficas (N=34)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Edad		
60 – 79 años	13	38,2
80 y más	21	61,8
Género		
Femenino	24	70,6
Masculino	10	29,4

Fuente: Factores relacionados con la Calidad de Vida Subjetiva en Personas Mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía, Chillán, 2011.

La tabla 1.1 muestra que el 61,8% de las P.M. presentó 80 años y más (N=21) y prevaleció el género femenino con el 70,6% (N=24).

Tabla 1.2

Distribución de la muestra según características sociodemográficas (N=34)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Alfabetización		
Sabe leer y escribir	29	85,3
Analfabeto	5	14,7
Creencia en Dios		
Sí y practica	33	97,1
Sí, pero no practica	1	2,9
No	0	0

Fuente: Ídem 1.

La tabla 1.2 señala que el 85,3% de las P.M. relató saber leer y escribir (N=29) y un 100% manifestó creer en Dios (N=34), del cual el 97,1% indicó ser practicante al momento del levantamiento de los datos (N=33).

Tabla 1.3
Distribución de la muestra según características sociodemográficas (N=34)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Visitas		
Sí, y suficiente	17	50,0
Sí, pero insuficiente	9	26,5
No	8	23,5
Relaciones Interpersonales		
Buena	26	76,5
Regular	7	20,6
Mala	1	2,9

Fuente: Ídem 1.

La tabla 1.3 señala que el 76,5% de las P.M. recibió visitas en el E.L.E. (N=26), del cual el 50% consideró que fueron suficientes (N=17) y el 76,5% refirió tener buenas relaciones interpersonales con sus pares (N=26).

Tabla 1.4

Distribución de la muestra según características sociodemográficas (N=34)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Actividades Recreativas		
Todos los días	16	47,1
A veces	13	38,2
Nunca	5	14,7
Tiempo de permanencia en E.L.E.		
Hasta cuatro años	27	79,4
Entre cinco y nueve años	6	17,7
Diez o más años	1	2,9

Fuente: Ídem 1.

La tabla 1.4 muestra que el 85,3% de las P.M. realizó actividades recreativas (N=29), del cual el 47,1% las realizó a diario (N=16) y el 79,4% ha permanecido en E.L.E. durante un tiempo menor o igual a cuatro años (N=27).

Tabla 2
Distribución de la muestra según características de salud (N=34)

CARACTERÍSTICAS DE SALUD	N	%
Cantidad de Enfermedades Crónicas		
No presenta	8	23,5
Hasta dos	21	61,8
Tres o más	5	14,7
Grado de Funcionalidad		
Dependencia leve	13	38,2
Dependencia moderada	21	61,8
Dependencia severa	0	0

Fuente: Ídem 1.

La tabla 2 indica que el 76,5% de las P.M. presentó enfermedades crónicas (N=26), del cual el 61,8% presentó hasta dos enfermedades (N=21). En relación al grado de funcionalidad, el 61,8% presentó dependencia moderada (N=21) y el 38,2% dependencia leve (N=13), no observándose personas caracterizadas con dependencia severa.

Tabla 3
 Nivel de calidad de vida subjetiva en los sujetos de estudio (N=34)

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA	N	%
Bajo	24	70,6
Mediano	7	20,6
Alto	3	8,8
TOTAL	34	100,0

Fuente: Ídem 1.

La tabla 3 señala que el 70,6% de las P.M presentó bajo nivel de C.V.S., el 20,6% mediano nivel de C.V.S. y el 8,8% alto nivel de C.V.S.

3.2 Análisis Bivariado

Tabla 4
Calidad de vida subjetiva según edad en los sujetos de estudio (N=34)

EDAD	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
60 – 79 años	8 (33,3)	4 (57,1)	1 (33,3)	13 (38.2)
80 y más	16 (66,7)	3 (42,9)	2 (66,7)	21 (61.8)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef. de Gamma=-0,267, p=0,438

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 4 señala que en el tramo de 60 y 79 años de edad, el 33,3% de las P.M. presentó bajo nivel de C.V.S., el 57,1% mediano y el 33,3% alto. En el tramo de 80 y más años de edad, el 66,7% de las P.M. presentó bajo nivel de C.V.S., el 42,9% mediano y el 66,7% alto. Es así como no existe relación significativa entre el nivel de C.V.S. y la edad de las P.M. en estudio (p=0,438).

Tabla 5
Calidad de vida subjetiva según género en los sujetos de estudio (N=34)

GÉNERO	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Femenino	19 (79,2)	3 (42,9)	2 (66,7)	24 (70,6)
Masculino	5 (20,8)	4 (57,1)	1 (33,3)	10 (29,4)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef. V de Cramer=0,319, p=0,177

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 5 indica que en las P.M de género femenino, el 79,2% presentó bajo nivel de C.V.S., el 42,9% mediano y el 66,7% alto. En las P.M. de género masculino el 20,8% presentó bajo nivel de C.V.S., el 57,1% mediano y el 33,3% alto. No obstante, el nivel de C.V.S. es independiente del género de las P.M. en estudio (p=0,177).

Tabla 6
Calidad de vida subjetiva según alfabetización en los sujetos de estudio (N=34)

ALFABETIZACIÓN	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Sabe leer y escribir	21 (87,5)	6 (85,7)	2 (66,7)	29 (85,3)
Analfabeto	3 (12,5)	1 (14,3)	1 (33,3)	5 (14,7)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef V de Cramer= 0,165, p=0,630

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 6 muestra que en las P.M. que saben leer y escribir, el 87,5% presentó bajo nivel de C.V.S., el 85,7% mediano y el 66,7% alto. En las P.M. que son analfabetas, el 12,5% presentó bajo nivel de C.V.S., el 14,3% mediano y el 33,3% alto. Sin embargo, no existe relación significativa entre el nivel de C.V.S y la alfabetización de las P.M. en estudio (p=0,630).

Tabla 7
Calidad de vida subjetiva según creencia en Dios en los sujetos de estudio (N=34)

CREENCIA EN DIOS	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Sí, practica	23 (95,8)	7 (100,0)	3 (100,0)	33 (97,1)
Sí, no practica	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)
No	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma=-1,000, p=0,313

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 7 muestra que en las P.M. que creen en Dios y son practicantes, el 95,8% presentó bajo nivel de C.V.S., el 100% mediano y el 100% alto. En las P.M. que creen en Dios y no son practicantes, el 4,2% presentó bajo nivel de C.V.S. Al relacionar las variables nivel de C.V.S. y creencia en Dios, no existe evidencia estadística significativa (p=0,313).

Tabla 8
Calidad de vida subjetiva según visitas en los sujetos de estudio (N=34)

VISITAS	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Si, suficiente	9 (37,5)	5 (71,4)	3 (100,0)	17 (50,0)
Si, insuficiente	8 (33,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	9 (26,5)
No	7 (29,2)	1 (14,3)	0 (0,0)	8 (23,5)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma=-0,673, $p=0,013$

N (%)

Fuente: Ídem 1

La tabla 8 muestra que en las P.M. que recibieron visitas y se percibieron como suficientes, el 37,5% presentó bajo nivel de C.V.S., el 71,4% mediano y el 100% alto. En las P.M. que recibieron visitas y se percibieron como insuficientes, el 33,3% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 14,3% mediano. En las P.M. que no recibieron visitas, el 29,2% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 14,3% mediano. Es así como existe una relación significativa entre el nivel de C.V.S. y las visitas, donde las visitas que recibieron las P.M. y se percibieron como suficientes, se relacionan con un mayor nivel de C.V.S. ($p=0,013$).

Tabla 9

Calidad de vida subjetiva según relaciones interpersonales en los sujetos de estudio (N=34)

RELACIONES INTERPERSONALES	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Buena	19 (79,2)	4 (57,1)	3 (100,0)	26 (76,5)
Regular	4 (16,7)	3 (42,9)	0 (0,0)	7 (20,6)
Mala	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)
TOTAL	24 (100)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma=0,096 p=0,791

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 9 indica que en las P.M. con buenas relaciones interpersonales, el 79,2% presentó bajo nivel de C.V.S., el 57,1% mediano y el 100% alto. En las P.M. con regulares relaciones interpersonales, el 16,7% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 42,9% mediano. En las P.M. con malas relaciones interpersonales, el 4,2% presentó bajo nivel de C.V.S. Sin embargo, el nivel de C.V.S. es independiente de las relaciones interpersonales de las P.M. en estudio (p=0,791).

Tabla 10

Calidad de vida subjetiva según actividades recreativas en los sujetos de estudio (N=34)

ACTIVIDADES RECREATIVAS	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Todos los días	10 (41,7)	3 (42,9)	3 (100,0)	16 (47,1)
A veces	11 (45,8)	2 (28,6)	0 (0,0)	13 (38,2)
Nunca	3 (12,5)	2 (28,6)	0 (0,0)	5 (14,7)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma= -0,244, p=0,431

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 10 señala que en las P.M. que realizaron actividades recreativas todos los días, el 41,7% presentó bajo nivel de C.V.S., el 42,9% mediano y el 100% alto. En las P.M. que a veces realizaron actividades recreativas, el 45,8% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 28,6% mediano. En las P.M. que nunca realizaron actividades recreativas, el 12,5% presentó bajo nivel de C.V.S., y el 28,6% mediano nivel de C.V.S. No obstante, estadísticamente no existe una relación significativa entre el nivel de C.V.S. y las actividades recreativas, por lo tanto ambas variables son independientes (p= 0,431).

Tabla 11

Calidad de vida subjetiva según tiempo de permanencia en E.L.E. en los sujetos de estudio (N=34)

TIEMPO DE PERMANENCIA EN E.L.E.	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Hasta cuatro años	19 (79,2)	5 (71,4)	3 (100,0)	27 (79,4)
Entre cinco y nueve años	5 (20,8)	1 (14,3)	0 (0,0)	6 (17,6)
Diez o más años	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (2,9)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma= -0,034, p=0,933

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 11 muestra que en las P.M que han permanecido hasta cuatro años en E.L.E., el 79,2% presentó bajo nivel de C.V.S., el 71,4% mediano y el 100% alto. En las P.M. que han permanecido entre cinco y nueve años en E.L.E., el 20,8% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 14,3% mediano. En las P.M. que han permanecido 10 o más años en E.L.E., el 14,3% presentó mediano nivel de C.V.S. Sin embargo, el nivel de C.V.S. es independiente del tiempo de permanencia en establecimientos de larga estadía de las P.M. en estudio (p=0,933).

Tabla 12
 Calidad de vida subjetiva según cantidad de enfermedades crónicas en los sujetos de estudio (N=34)

CANTIDAD DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
No presenta	7 (29,2)	1 (14,3)	0 (0,0)	8 (23,5)
Hasta dos	12 (50,0)	6 (85,7)	3 (100,0)	21 (61,8)
Tres o más	5 (20,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (14,7)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma=0,031, p=0,912

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 12 señala que en las P.M sin enfermedades crónicas, el 29,2% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 14,3% mediano. En las P.M. que padecen hasta dos enfermedades crónicas, el 50% presentó bajo nivel de C.V.S., el 85,7% mediano y el 100% alto. En las P.M. que tienen tres o más enfermedades crónicas, el 20,8%, presentó bajo nivel de C.V.S. Sin embargo, el nivel de C.V.S. no se relacionan significativamente con la cantidad de enfermedades crónicas (p=0,912).

Tabla 13

Calidad de vida subjetiva según grado de funcionalidad en los sujetos de estudio (N=34)

GRADO DE FUNCIONALIDAD	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA			TOTAL
	Bajo	Mediano	Alto	
Dependencia leve	9 (37,5)	1 (14,3)	3 (100,0)	13 (38,2)
Dependencia moderada	15 (62,5)	6 (85,7)	0 (0,0)	21 (61,8)
Dependencia severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TOTAL	24 (100,0)	7 (100,0)	3 (100,0)	34 (100,0)

Coef de Gamma= -0.069, p=0.846

N (%)

Fuente: Ídem 1.

La tabla 13 muestra que en las P.M. con dependencia leve, el 37.5% presentó bajo nivel de C.V.S., el 14,3% mediano y el 100% alto. En las P.M. con dependencia moderada, el 62,5% presentó bajo nivel de C.V.S. y el 85,7% mediano. No obstante, el nivel de C.V.S. es independiente del grado de funcionalidad de las P.M. en estudio (p=0,846).

IV.DISCUSIÓN

La Calidad de Vida es considerada actualmente como un concepto de gran importancia, que permite apoyar la percepción de bienestar que tiene nuestra sociedad en relación a sus circunstancias de vida y salud. Por lo anteriormente descrito, así como también respondiendo a la realidad demográfica en Chile, el presente trabajo analizó la relación de distintos factores con el nivel de C.V.S. en las P.M. residentes en E.L.E.

En relación al nivel de C.V.S., predominó el bajo nivel de ésta con un 70,6%. Este resultado es comparable con el estudio de Astudillo y cols. (2003) realizado en hogares de ancianos autorizados en la provincia de Ñuble, el cual revela que el 66% de las P.M. tienen una baja calidad de vida ⁽⁶⁵⁾. Por otra parte, existen investigaciones de similares características como es el caso de Rojas y cols. (2009) que en su estudio comparativo entre Murcia-España y Chillán-Chile, señalan un alto porcentaje, sobre un 73%, de P.M. postradas que presentan una baja calidad de vida ⁽⁵⁶⁾, lo que concuerda con el estudio de Dueñas y cols. (2009) que refleja el predominio de baja calidad de vida percibida en adultos mayores ⁽³⁸⁾. En este contexto cabe destacar que factores extrínsecos que son potencialmente modificables podrían lograr una mejor calidad de vida, si fuesen optimizados, especialmente en el caso de la P.M. institucionalizadas, como la calidad del ambiente físico, enfermedades, ejercicio físico, educación, relaciones sociales, condiciones sanitarias y calidad de atención en salud ^(1, 39); ya que la calidad de vida es un indicador de envejecimiento satisfactorio por lo tanto, es importante conocer qué factores contribuyen a ella para poder mejorarla ⁽³⁶⁾.

Al analizar las hipótesis planteadas en la presente investigación, se observó que en aquella correspondiente a género se rechaza la hipótesis, ya que no existe relación significativa de la variable con el nivel de C.V.S.; sin embargo cabe destacar que del total de P.M. estudiadas prevalece el género femenino con un 70,6%. Por el contrario, Rubio y cols. (2001) destaca que en el análisis realizado con la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia, las mujeres presentan una menor calidad de vida, siendo el envejecimiento percibido en la mujer como más negativo ⁽⁹⁾. Diversos autores concuerdan

con la marcada feminización de la población de adultos mayores, como Pereira dos Santos y col. (2008) quienes señalan que el género femenino representó la mayoría de las P.M. institucionalizadas, con un 75,3% ⁽⁵⁹⁾. Por otra parte Lara y Mardones (2009), en su investigación demuestran mayor prevalencia de mujeres con un 61% ⁽⁵⁵⁾, al igual que Orueta y cols. (2008) quienes destacan un 67,5% de P.M. de género femenino ⁽⁵⁸⁾. En relación a lo anteriormente planteado, la literatura señala que considerando el envejecimiento como una característica universal de las sociedades, las mujeres viven más que los hombres, y en el caso de muchos países como el nuestro en condiciones más desfavorables, lo que podría influir negativamente en la percepción de calidad de vida ⁽⁷⁾. De este modo, y considerando la heterogeneidad de la población de P.M., el género constituye un importante componente a considerar en el envejecimiento, dado que influiría a lo largo de todo el ciclo vital de las personas ^(1, 7, 25).

Considerando la hipótesis relacionada con la variable visitas se observó que sí existe una relación significativa con el nivel de C.V.S., dado que a mayor satisfacción con las visitas recibidas, mayor nivel de C.V.S. de las P.M. residentes en E.L.E. Esto es respaldado por Astudillo y cols. (2003) quienes destacan que las visitas de personas no familiares a los residentes de hogares, incide significativamente en la calidad de vida de ellos ⁽⁶⁵⁾. Al igual que Rojas y cols. (2009) que señalan la influencia de visitas de familiares y amigos en sujetos postrados no institucionalizados, los que presentan alta calidad de vida ⁽⁵⁶⁾. Por el contrario, la literatura muestra que las P.M. institucionalizadas en su mayoría, disminuyen su contacto social ya que rara vez son visitados por sus familiares y no les es permitido salir del hogar viéndose limitados a relacionarse con sus compañeros y con el personal que los atiende ⁽¹⁵⁾. Las P.M. que ingresan a los E.L.E., debieran mantener un estrecho lazo con quienes componen su entorno familiar y comunitario, lo cual les ayuda además a mantener buenas relaciones afectivas en la residencia ⁽⁴⁴⁾. Desde el punto de vista de la psicología la “Teoría de la Continuidad” señala que las elecciones, habilidades y patrones adaptativos que una persona ha ido forjando durante su vida, van a persistir en el tiempo. Se asume, por tanto, que van a tener una especial relevancia en el proceso de envejecimiento y en la explicación de los patrones de actividad que va a presentar la persona durante esta etapa ⁽³⁵⁾.

48, 49, 50, 51). A partir de esta teoría podemos relacionar que las P.M. que consideran el contacto social, en este caso las visitas recibidas en los E.L.E., como un papel importante dentro de su ritmo de vida, van a influir positivamente en la percepción que tienen de su calidad de vida, teniendo mayor peso la propia imagen de la P.M. acerca de aspectos subjetivos como su experiencia personal, actividades, personalidad, etc., que las consecuencias de una enfermedad o discapacidad que objetivamente podrían deteriorar su nivel de calidad de vida.

Respecto a la hipótesis planteada entre relaciones interpersonales y el nivel de C.V.S., se evidenció que ambas variables son independientes, sin embargo destacó que el 76,5% de las pm refirió tener buenas relaciones interpersonales con sus pares. Si bien no se encontraron estudios que evidencien una clara relación entre las relaciones interpersonales y el nivel de C.V.S., al respecto la literatura plantea que el mantener relaciones afectivas positivas dentro de la residencia con sus pares, provee una ayuda incalculable para conservar sus capacidades funcionales durante su permanencia en el establecimiento, y por ende una mejor calidad de vida ⁽⁴⁴⁾.

En relación a la última hipótesis planteada, al analizar la variable tiempo de permanencia en E.L.E. se apreció que no se relaciona con el nivel de C.V.S., siendo ésta rechazada; sin embargo el 79,4% ha permanecido en E.L.E. durante un tiempo menor o igual a cuatro años. Al respecto Real (2008) en su estudio evidencia un tiempo promedio de permanencia en E.L.E. de 52,54 meses (4,38 años) como resultado ⁽⁶⁰⁾. Por el contrario a la hipótesis planteada, la literatura muestra que el apoyo familiar y social adquiere gran importancia en la adaptación e integración para mejorar la calidad de vida de la P.M. al momento del ingreso y su permanencia en la institución ⁽⁴⁴⁾.

Respecto a las variables restantes incluidas en el presente estudio, en cuanto a la edad, se observó que no se relaciona significativamente con el nivel de C.V.S., sin embargo, cabe destacar que el 61,8% de las P.M. tuvieron más de 80 años. Esto contrasta con Torres y cols. (2008) quienes observaron en su investigación realizada en la Región Metropolitana, Chile, que al valorar la percepción de calidad de vida de los adultos

mayores según grupo etáreo (60-74; 75-84, y 85 y más años), a mayor edad la percepción de calidad de vida fue más baja o menor; lo que podría estar influido por el incremento de limitaciones físicas y psicológicas que se van produciendo a medida que avanzan los años⁽⁶¹⁾. Por otra parte, diferentes autores, destacan una edad promedio superior a 80 años en los adultos mayores como es el caso de Orueta y Cols. (2008)⁽⁵⁸⁾ y Real (2008)⁽⁶⁰⁾. Esto concuerda con Pereira dos Santos y col. (2008), quienes concluyeron que el 59,1% de las P.M. institucionalizadas se situó en el grupo de edad de 75 a 84 años, siendo la edad promedio 80,05 años⁽⁵⁹⁾. Al respecto, la literatura destaca un “envejecimiento de la vejez”, relacionado con el aumento de la expectativa de vida y cambios demográficos, ya que cada vez son más las P.M. que sobrepasan la barrera de los 80 años y que muchas veces necesitan de cuidados especializados, los cuales son otorgados por los E.L.E.^(7, 22). Esta creciente longevidad tiene requerimientos propios que deben conocerse para así asegurar que en esta etapa, la P.M. pueda tener una buena calidad de vida⁽³⁵⁾.

Respecto a la variable alfabetización, no hubo significancia con el nivel de C.V.S. No obstante, la mayoría de los sujetos de estudio sabía leer y escribir; resultados que se pueden encontrar igualmente en la investigación Sepúlveda y cols. (2010), estudio nacional, quien señala un bajo porcentaje de P.M. institucionalizadas en E.L.E. que no saben leer ni escribir⁽⁵⁴⁾. Esta situación también es reconocida por Lara y Mardones (2009) en su estudio de adultos mayores de la comuna de Chillán, en el que destaca que sobre los dos tercios de las P.M. sabía leer y escribir⁽⁵⁵⁾. Si bien en el resultado no hubo significancia, Rodríguez N. (2007) concluyó en su estudio sobre calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos, que el nivel educacional influye significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado, observando que a mayor nivel educacional mejor calidad de vida⁽⁶³⁾. Por lo tanto, que una persona tenga alfabetización, está íntimamente ligado a relaciones concretas, circunstancias sociales y culturales determinadas como son leer el diario, observar las indicaciones y carteles publicitarios en las calles, escribir y leer cartas, ampliar los conocimientos y muchas otras actividades y derechos que nos hacen desarrollarnos como personas, ser críticos y conscientes respecto a

la realidad que nos rodea y, a partir de allí, construir nuestra propia historia, lo que cobra especial relevancia para tener una buena calidad de vida en la vejez.

Considerando las variables creencia en Dios y nivel de C.V.S. se obtuvo como resultado, que no existe relación significativa entre ambas; sin embargo se evidenció que el total de las P.M. en estudio refirieron creer en Dios. En contraste con San Martín (2008) quien señala que la espiritualidad, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, y por lo tanto contribuye a mejorar la calidad de vida, como también influye en su bienestar físico y psíquico, resultando determinante en su proceso de adaptación al envejecimiento y en la evaluación que hacen de su vida ⁽³⁴⁾.

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a las actividades recreativas, se obtuvo que la mayoría de las P.M. indicaron realizarlas todos los días, sin embargo no existió relación entre nivel de C.V.S. y la variable. Si bien en el resultado no hubo significancia, cabe destacar que Árraga y Sánchez (2007) en su estudio de adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares, concluyen que la recreación como actividad inherente a la vida, busca el disfrute, promoviendo el desarrollo, elevando la calidad de vida ⁽⁶²⁾. Al respecto Pereira dos Santos y col. (2008) señala que las personas ancianas refieren tener opciones de actividades muy limitadas, destacándose la conversación con un porcentaje cercano al 92%, seguido de ver televisión ⁽⁵⁹⁾. Situación confirmada por Pino (2005), ya que en muchos casos, las actividades tales como: ver televisión y escuchar radio se realizan en forma pasiva transformándose en las más comunes para las P.M. que habitan en E.L.E. ⁽⁴⁶⁾. Tomando en consideración la rutina en la residencias, la importancia de la facilitación de condiciones para que las P.M. participen en actividades recreativas resultan fundamentales para el desarrollo integral de estas personas ⁽⁴⁵⁾.

En relación a la cantidad de enfermedades crónicas, se observó que no influye en la C.V.S. de las P.M., sin embargo el 61,8% de las P.M. presentó hasta dos enfermedades crónicas. No obstante, un estudio de similares características realizado por Astudillo y cols. (2003), señala que los adultos mayores con una o más enfermedades crónicas tienen una

percepción baja de calidad de vida ⁽⁶⁵⁾. Por otra parte Pereira dos Santos y col. (2008) indica que un 42,3% de las personas ancianas declararon sufrir más de una patología, habitualmente crónica ⁽⁵⁹⁾. En concordancia con lo anterior Orueta y Cols. (2008) señalan en su estudio, que el número medio de patologías crónicas padecidas fue de 3,2 ⁽⁵⁸⁾. Del mismo modo los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida en la vejez (2007-2010) señalan que el envejecimiento poblacional se establece como uno de los factores de riesgo más importantes para la presentación de enfermedades crónicas ⁽³⁰⁾. Por esto la salud se convierte en una inquietud creciente para las P.M., ya que con el aumento con la edad, la posibilidad de adquirir enfermedades crónicas prevalece, lo que aumentaría el desgaste y el grado de dependencia aumentaría.

Por último, respecto a la funcionalidad, no existió relación significativa entre el grado de funcionalidad y el nivel de C.V.S., en los resultados destacó que el 61,8% de las P.M. presentó dependencia moderada, no observándose P.M. caracterizadas con dependencia severa. Sin embargo, Pereira dos Santos y col. (2008), en su investigación en personas ancianas institucionalizadas en hogares de Portugal, muestran que sí existe relación, señalando una correlación positiva entre la independencia según el índice de Katz y el índice de calidad de vida del anciano, siendo un 63,4% independiente ⁽⁵⁹⁾. Esto coincide con Lara y Mardones (2009), quienes concluyen en su estudio de adultos mayores de la comuna de Chillán, que el estado de independencia de P.M. predominó, seguido de dependencia leve ⁽⁵⁵⁾. En relación a esto, es preocupante que, según lo que señala la literatura nacional, la mayoría de las P.M. que ingresan a un E.L.E. lo hacen en forma definitiva, por lo tanto, siguen envejeciendo en la institución y van desarrollando, con los años, distintas limitaciones y discapacidades que no tenían en el momento de ingresar ⁽¹⁶⁾; por lo que la internación geriátrica aceleraría el deterioro y aumentaría el grado de dependencia.

V. CONCLUSIONES

Del total de las P.M. que participaron en el estudio, se puede concluir que:

- En relación a los resultados obtenidos en cuanto al nivel de C.V.S. se puede concluir que, la mayor parte de la población estudiada con un 70,6% se clasificó en el bajo nivel C.V.S., encontrándose con un porcentaje menor, el nivel mediano de C.V.S. con un 20,6% y el porcentaje restante con un 8,8% en el alto nivel de C.V.S.
- La mayoría de las P.M. presentó edades mayores a 80 años con un 61,8%, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- Prevalció el género femenino con un 70,6%, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- En relación a la alfabetización el 85,3% de las P.M. sabe leer y escribir, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- El total de las P.M. cree en Dios, de las cuales el 97,1% es practicante realizando actividades como lectura de la biblia, oración, entre otras, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- El 76,5% de las P.M. recibió visitas en E.L.E., de las cuales el 50% consideró que las visitas recibidas fueron suficientes, existiendo una relación estadísticamente significativa con el nivel de C.V.S., dado que a mayor satisfacción con las visitas recibidas, mayor nivel de C.V.S. de las P.M. residentes en E.L.E.
- Con respecto a las relaciones interpersonales, el 76,5% de las P.M. refirió tener buenas relaciones interpersonales con sus pares, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- El 85,3% de las P.M. realizó actividades recreativas, de las cuales el 47,1% las realizó todos los días., no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- El 79,4% de las P.M. ha permanecido en E.L.E. durante un tiempo menor o igual a cuatro años, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.

- El 76,5% de las P.M. presentó enfermedades crónicas, del cual el 61,8% presentó hasta dos enfermedades, no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.
- En relación al grado de funcionalidad se concluyó que el 61,8% de las P.M. presentó dependencia moderada y el 38,2% dependencia leve, no observándose P.M. caracterizadas con dependencia severa; no existiendo relación significativa con el nivel de C.V.S.

Con respecto a las hipótesis planteadas:

- La hipótesis “Las P.M. residentes en E.L.E. que presentan mayor nivel de C.V.S. son de género femenino” fue rechazada.
- La hipótesis “A mayor satisfacción con las visitas recibidas por parte de las P.M. residente en E.L.E., mayor nivel de C.V.S.” fue aceptada.
- La hipótesis “Las P.M. que residen en E.L.E. y que tienen mejor relaciones interpersonales con sus pares, tienden a un mayor nivel de C.V.S.” fue rechazada.
- La hipótesis “Quienes llevan mayor tiempo de permanencia en E.L.E. tienden a un menor nivel de C.V.S.” fue rechazada.

VI. LIMITACIONES

- Escasa o nula disposición de las personas encargadas de los E.L.E. para la entrega de información a las investigadoras y consiguiente participación en la investigación.
- La mayor parte de las P.M residentes en E.L.E., presentan deterioro cognitivo avanzado, por lo que se excluyeron del estudio. Como consecuencia el universo disminuyó considerablemente, por lo tanto la investigación no se realizó bajo un enfoque de género como se lo plantearon las investigadoras en un comienzo.
- P.M. residentes que cumplían con los criterios de inclusión pero que no aceptaron participar de la investigación.
- Escasas investigaciones relacionadas con la C.V.S específica de P.M. institucionalizados en E.L.E.

VII. SUGERENCIAS

- En relación a los resultados obtenidos, tomando la significancia estadística de la variable visitas con C.V.S., se propone realizar un estudio de tipo cualitativo, para abordar de otra perspectiva el contacto social que tienen las P.M. que residen en E.L.E., con preguntas directas y así profundizar en el tema.
- Realizar un estudio con similares características, para identificar la relación entre nivel de C.V.S., y los tipos de enfermedades crónicas que puedan presentar las P.M., ya que constituyen un universo amplio y sería interesante conocer cómo influye cada una en la calidad de vida.
- Realizar un estudio con similares características, abarcando un universo mayor de P.M., considerando que se podrían incluir variables como motivo de institucionalización en E.L.E. y estado emocional.
- Difundir los resultados de esta investigación a los encargados de los E.L.E. que participaron en este estudio y a la Red Regional de Establecimientos de Larga Estadía de la región del Bío Bío formada en el “Primer Encuentro de Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor, Región del Bío Bío” organizado por la Universidad del Bío Bío, para motivar el cambio en la entrega de servicios y al trato que se le debe dar a las P.M.
- Comunicar a los encargados de los E.L.E. que deben informar claramente a los familiares de los residentes la importancia que tiene para la P.M. contar con su apoyo, recibir visitas, sentir que su familia sigue siendo su grupo de pertenencia, para disminuir de este modo los sentimientos de soledad y abandono, ayudando, en la medida de lo posible, a mejorar su calidad de vida.
- Motivar a los estudiantes y al profesional de enfermería a que se especialice en el área gerontológica, promoviendo así mejorar la calidad en los cuidados específicos que necesitan las P.M.
- Mejorar la calidad de los E.L.E. existentes, empleando a profesionales de enfermería que se encarguen directamente de la gestión dentro de la residencia.

- Crear una ficha de identificación y datos clínicos estandarizada para P.M. residentes en estas instituciones, lo que facilitaría la recolección de datos para nuevos estudios, considerando la escasa evidencia que existe en la actualidad.
- El profesional de enfermería que trabaja en E.L.E. en conjunto con el resto del equipo de salud, debe realizar una valoración geriátrica integral de manera adecuada, para detectar en forma anticipada las necesidades de las P.M., con el fin de planificar y realizar las intervenciones adecuadas, lo que contribuye a una mejor calidad de atención y por lo tanto a un mayor nivel de calidad de vida.
- Los equipos de atención primaria deben trabajar activamente en la promoción de salud de las P.M., apoyando actividades de participación activa y así mantenerlos dinámicos, promoviendo sentimientos de satisfacción que contribuyan a mejorar la calidad de vida.
- Enfatizar a nivel de atención primaria la promoción del autocuidado de las P.M. integrando a la familia y comunidad, participando activamente en una mejor calidad de vida de las P.M.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. MARÍN Larraín P.P., GAC ESPÍNOLA H., CARRASCO Gorman M. Geriatria y gerontología. 3ª edición, Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile, 2006.410p.
2. CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE)-DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE LA CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. [en línea] Santiago de Chile. Naciones Unidas. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf> [consulta: 16 marzo 2011]
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Compendio estadístico 2010 [en línea] <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/compendio_estadistico2010.php> [consulta: 18 noviembre 2010]
4. OLIVARES-TIRADO, P. Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile. [en línea] Santiago, Chile. Departamento de estudios y desarrollo, Superintendencia de salud. <http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf> [consulta: 10 marzo 2011]
5. MORALES, M.E. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario [en línea] <<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/morales.pdf>> [consulta: 17 marzo 2011]
6. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento y ciclo de vida [en línea] <<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>> [consulta: 07 noviembre 2010]
7. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Santiago. Chile. 2009. 155p.

8. Departamento de Estudios, Escuela de Sociología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Diagnóstico de la situación de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía en regiones [en línea] <<http://www.senama.cl/Archivos/3365.pdf>> [consulta: 18 noviembre 2010].
9. RUBIO, R. ALEIXANDRE, M. CABEZAS, J.L. Calidad de vida y diferencias en función del sexo. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 11(4): 173-180, 2001.
10. PERSPECTIVA subjetiva de la Calidad de Vida del Adulto Mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa por Mónica Mora, Delia Villalobos, Gerardo Araya y Antonieta Ozols. Revista Movimiento Humano y Salud, 1(1) septiembre 2004.
11. MALDONADO Guzmán G., MENDIOLA Infante S. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. [en línea] <<http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>> [consulta: 14 marzo 2011].
12. ESTUDIO comparativo de mujeres de noventa años y ancianas menores institucionalizadas por Pedro Paulo Marín L, Homero Gac E, Trinidad Hoyl M, Marcela Carrasco G, Patricio Duery D, Mauricio Cabezas U, Kristina Petersen C, Catalina Dussailant K, Eduardo Valenzuela A. Revista Médica de Chile, 132(1):33-39, enero 2004.
13. MARIN Larraín P.P. Demografía y Epidemiología del envejecimiento en Chile. [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Indice.html>> [consulta: 16 marzo 2011].
14. División de población de las Naciones Unidas. World population ageing. [en línea] New York. 2009. Naciones Unidas. <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf> [consulta: 9 marzo 2011].
15. HERNÁNDEZ Zamora Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. [en línea] Index de Enfermería. 2006, Vol. 15(52-53) <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100009&script=sci_arttext> [consulta: 23 junio 2011]

16. MARÍN L. Pedro Paulo, HOYL M. Trinidad, GAC E. Homero, CARRASCO G. Marcela, DUERY D. Patricio, PETERSEN C. Kristina, CABEZAS U. Mauricio, DUSSAILLANT L. Catalina, CASTRO H. Sergio. Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el «sistema de clasificación de pacientes RUG T-18». Revista Médica de Chile 132(6):701-706, junio 2004.
17. SERVICIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD ÑUBLE. [Documento Excel] Provincia de Ñuble. Febrero 2011. Establecimientos de Larga Estadía.
18. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de edad [en línea] <http://www.un.org/ageing/un_principlessp.html> [consulta: 18 noviembre 2010]
19. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLÓGICA. Competencias de la Enfermera en las Residencias de Ancianos. [en línea] España. <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos_tecnicos.html> [consulta: 04 abril 2011]
20. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Dimensiones del Envejecimiento y su expresión territorial [en línea] <http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones_del_Envejecimiento_y_su_expresion_territorial.pdf> [consulta: 23 marzo 2011]
21. INE, COMISION NACIONAL DEL XVII CENSO DE POBLACION Y VI DE VIVIENDA. Censo 2002. [en línea] <<http://www.ine.cl/cd2002/sintesisiscensal.pdf>> [consulta : 28 octubre 2010]
22. BRAVO, Jorge y BERTRANOU, Fabio. Evolución demográfica y pensiones en Chile [en línea] Oficina Internacional del Trabajo Notas. junio de 2006 Vol. 4 <<http://www.oitchile.cl/pdf/Cuarto%20numero.pdf>> [consulta: 14 marzo 2011]
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [en línea] <<http://www.who.int/es/>> [consulta 30 octubre 2010]
24. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Glosario Gerontológico [en línea] <<http://www.senama.cl/static/glosario.aspx>> [fecha consulta: 28 octubre 2010]

25. SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. [en línea] <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ramos-prevencion-01.pdf>> [consulta : 20 junio 2011]
26. INTITUTO NACIONAL DE PREVISION, HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE Recomendaciones para una vejez activa [en línea] <<http://www.envejecimientoactivo.cl/PDF/libro%20geriatria.pdf>> [consulta: 20 mayo 2011]
27. REGATO Pajares P. Envejecimiento Activo [en línea] Madrid, España. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/regato-envejecimiento-01.pdf>> [consulta: 20 mayo 2011]
28. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Envejecimiento Activo [en línea] <<http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>> [consulta: 09 marzo 2011]
29. LANDROVE Rodríguez, Orlando y GÁMEZ Bernal, Ana Ibis. Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano. [en línea] Reporte técnico de Vigilancia. Noviembre-Diciembre, 2005. Vol. 10, (6) <http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/2005/landrove.htm> [consulta: 16 marzo 2011]
30. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Chile y sus Mayores, Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez (2010). Chile, 2011 110p. [en línea] <http://www.senama.cl/filesapp/ChileYsusMayores_EncuestaCalidaddeVida.pdf> [consulta: 09 junio 2011]
31. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Revista Gente Grande. Editorial SENAMA. Junio 2008.
32. SANHUEZA P., Marcela, CASTRO S., Manuel, MERINO E., José M. Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en Salud. Ciencia y Enfermería 11(2):17-21, 2005.

33. VALDIVIESO C., GARCÍA-MARTÍN J., PONCE J., RODRÍGUEZ L.P. Valoración de la Institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su Dependencia, en función de la capacidad para las Actividades de la Vida Diaria. Motricidad (8): 95-110, 2002.
34. SAN MARTÍN Petersen, Cecilia. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. [en línea] Hologramática 31-03-2011 (8) <<http://www.cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=3&articulo=828&tipo=A&sid=seccion&NombreSeccion=Articulos&Accion=Ver>> [consulta: 10 marzo 2011]
35. VERA M. Significado de la Calidad de vida del Adulto Mayor para sí mismo y para su familia. [en línea] Anales de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Marcos 2007. Vol 68(3) <<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf> > [consulta: 02 noviembre 2010]
36. POLONIO, López B. Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados. Tesis para optar al grado de Doctor. Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, 2007. 205p.
37. TORRES A. y SANHUEZA A. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Revista Ciencia y Enfermería. 12(1):9-17, junio 2006.
38. DUEÑAS González, D., BAYARRE Veá, H., TRIANA Álvarez, E., RODRIGUEZ Pérez, V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. [en línea] Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009, Vol.25(2) <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es&nrm=iso> [consulta: 2 marzo 2011]
39. CERQUERA, A. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las Adultas Mayores Institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga [en línea] Sistema de Gestión de Revistas Electrónicas. 2007, Vol. 7(1) <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/up/v7n1/v7n1a20.pdf>> [consulta: 23 marzo 2011]

40. DECRETO n° 14 de 2010. CHILE. Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, febrero 2010. 13p.
41. BUENDÍA J., Riquelme A. Residencias para mayores: ¿solución o problema? [en línea]
http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/15/Delitos_violentos_y_nivel_de_estres_de_los_adultos_mayores.pdf [consulta: 18 abril 2011]
42. HERAS, de las F.J, POLAINO, A., GAONA, J. M., ÁNGELES, F., DUEÑAS, M. Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. Revista Española de Geriátrica y Gerontología. 25(2): 83-88, 1990.
43. ROJAS Ocaña M^a.J., TORONJO Gómez A., RODRÍGUEZ Ponce C., RODRÍGUEZ R. J.B. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. [en línea] Gerokomos. Mar, 2006. Vol. 17(1) <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100002> [consulta : 20 junio 2011]
44. GÓMEZ, M., MARTOS, A., CASTELLÓN, A. La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 15(2):85-91, 2005.
45. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Estudio actualización de registro de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en Chile. [en línea] <<http://www.senama.cl/Archivos/3371.pdf>> [consulta: 10 mayo 2011]
46. PINO, T., SHAW, B. Estudio exploratorio descriptivo: Situación y condiciones de vida de los adultos mayores institucionalizados en establecimientos de larga estadía informales en la comuna de Valparaíso. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700007&script=sci_arttext> [consulta: 04 abril 2011]
47. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Envejecimiento saludable [en línea] <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-02.pdf>> [consulta: 23 mayo 2011]

48. MAUK Kristen L. Enfermería Geriátrica: competencias asistenciales. Mc Graw Hill, 2008. 633p.
49. BURKE Mary M. Enfermería Gerontológica: Cuidados del Adulto Mayor. 2°ed. España, Madrid, Harcourt Brace, 1998.650p.
50. IGLESIAS G., José Antonio, BÁRCENA C., Carmen, VALLE A., M^a. José Del, ABELLA, Víctor, GALÁN A., Isabel. Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida de las personas mayores. [en línea] Gerokonomos. 2010. Vol. 21(2) <<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n2/comunicacion1.pdf>> [consulta: 28 marzo 2011]
51. STANLEY, Mickey, BLAIR, Kathryn A., Gauntlett B., P. Enfermería Geriátrica. 3°ed. México, McGraw-Hill, 2009. 388p.
52. MORRIS, P. Políticas para el Adulto Mayor en Chile: Institucionalización y Desafíos Políticos y Técnicos [en línea] <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:VwGw3ZUEJeAJ:www.bcn.cl/carpetas_temas_profundidad/temas_profundidad.2008-04-30.0122799562/documentos_pdf.2008-04-30.1359051441/archivos_pdf.2008-04-30.2862146129/archivo1/baja_archivo+POL%C3%8DTICAS+PARA+EL+ADULTO+MAYOR+EN+CHILE:+INSTITUCIONALIZACI%C3%93N+Y+DESAF%C3%8DOSPOL%C3%8DTICOS+Y+T%C3%89CNICOS&hl=es&gl=cl&pid=bl&srcid=ADGEESj10kqtGM_KIzGfalRoTP0bHaJu9Ae3qxRmpv_2ALOdssHqRJuQA2wv3i3DMN0v3Y466HBQxPLB_cfHmS-qNRiCCJUma5_PfetgcOZjDSTKmFADRdTSr723KtPyUDLAYJl4dD4&sig=AHIEtbQP2p9BtYRP-rorTJNqOTSBRP1WBQ&pli=1> [consulta: 15 noviembre 2011]
53. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Aplicación en Chile de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción de Madrid sobre el Envejecimiento, Anexo Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Personas Mayores [en línea]<<http://www.senama.cl/filesapp/2241.pdf>> [consulta: 23 marzo 2011]

54. PERFIL socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial por Catalina Sepúlveda R., Edith Rivas R., Luis Bustos M., Mónica Illesca P. Revista Ciencia y Enfermería, 16(3): 49-61, 2010.
55. LARA R. y MARDONES M. Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores de la Comuna de Chillán. [en línea] Theoria. 2009, Vol. 18(2) <<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf>> [consulta: 29 junio 2011]
56. ROJAS Molina C., CONTRERAS Gutiérrez J., ZÚÑIGA Venegas D. Factores asociados a la Calidad de Vida de Personas Mayores postradas no institucionalizadas en CESFAM Violeta Parra, Chillán-Chile y de Personas Mayores inmovilizadas no institucionalizadas en Centro de Salud Infante, Murcia-España. Tesis para optar al grado de Licenciado. Chillán, Chile. Universidad del Bío- Bío, Escuela de Enfermería, 2009. 93p.
57. LLIBRE Guerra J.C., GUERRA Hernández M.A., PERERA Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008, Vol. 24(4) [en línea] <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi05408.htm> [consulta: 2 noviembre 2010]
58. ORUETA Sánchez R., RODRÍGUEZ de Cossío Á., CARMONA de la Morena J., MORENO Álvarez-Vijande A., GARCÍA López A., PINTOR Córdoba C. Anciano frágil y calidad de vida. [en línea] Revista Clínica de Medicina de Familia. 2008, Vol. 2(3) <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000100003&script=sci_arttext> [consulta: 20 junio 2011]
59. PEREIRA dos Santos Almeida A.J., COSTA Pereira Rodríguez V.M. La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos. [en línea] Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008, Vol. 16(6) <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600014&script=sci_arttext&tlng=es> [consulta: 29 junio 2011]

60. REAL Fortuny T. Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. [en línea] *Informaciones Psiquiátricas*. Segundo trimestre 2008, (192) <http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/02_192_11.htm> [consulta: 20 junio 2011]
61. TORRES H., QUEZADA V., RIOSECO H., DUCCI V. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. [en línea] *Revista médica de Chile*. 2008, Vol. 136(3) <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007> [consulta: 4 abril 2011]
62. ÁRRAGA Barrios M. y SÁNCHEZ Villarroel M. Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo [en línea] *Espacio Abierto*. Dic. 2007, Vol. 16(4) <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-00062007000400005&lng=es&nrm=is> [consulta: 04 de Mayo de 2011]
63. RODRÍGUEZ Feijóo N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. [en línea] *Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL*. Septiembre de 2007, Vol. 6(17) <http://www.salvador.edu.ar/psi/publicaciones/17/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf> [consulta: 7 Abril 2011]
64. MARSHALL Hechavarría R., MARTOS Benítez F., CRUZ Díaz F., SORIA Garbey X., SAVIGNE Soria Y. Calidad de vida en el Adulto Mayor 2006. [en línea] *Revista Ciencias*. 23 junio de 2006, <<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEpAZZAuctOGOuZr.php>> [consulta: 16 diciembre 2010]
65. ASTUDILLO Araya A., ARRIAGADA San Martín M., PINTO Santuber C. *Calidad de Vida del Adulto Mayor en hogares de ancianos y factores asociados. Tesis para optar al grado de Licenciado*. Chillán, Chile. Universidad del Bío- Bío, Escuela de Enfermería, 2003. 98p.

66. CINTRA Vega M. y SORIA Bell B. Grado de satisfacción de los residentes del hogar de ancianos “América Labadí Arce”. [en línea] Revista Cubana de Enfermería. 2002, Vol. 18(2) <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_2_02/enf02202.htm> [consulta: 28 Mayo 2011]
67. MARTÍNEZ de la Iglesia J., DUEÑAS Herrero R., et al. Adaptación y Validación al Castellano del Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para Detectar la Existencia de Deterioro Cognitivo en Personas Mayores de 65 Años. [en línea] Medicina Clínica. 2001, (117) <<http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/geriat98web.htm>> [consulta: 14 marzo 2011]
68. TRIGÁS Ferrín M. Índice de Katz, Actividades Básicas de la Vida Diaria. [en línea] <<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>> [consulta: 14 marzo 2011]
69. SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA. Programa de salud del adulto mayor, División de prevención y control de enfermedades. Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. [en línea] Chile. <http://www.saludohiggins.cl/attachments/314_Instructivo%20del%20Control%20de%20Salud%200107.pdf> [consulta: 10 marzo 2011]
70. MENDOZA-PARRA S., MERINO J.M., BARRIGA O. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. [en línea] Revista Panamericana de Salud Pública Feb. 2009 Vol. 25(2) <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000200002> [consulta: 14 marzo 2011]

ANEXOS

Anexo 1

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de Calidad de Vida Subjetiva

Definición Nominal	Definición Operacional
<p>Percepción del individuo de su situación en la vida, en el contexto de la cultura y su sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.</p>	<p>Clasificación según <i>Escala moral del centro geriátrico de Philadelphia</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja Calidad de Vida: menos de 9 respuestas positivas. • Mediana Calidad de Vida: 10 a 12 respuestas positivas. • Alta calidad de vida: 13 a 17 respuestas positivas.

VARIABLES INDEPENDIENTES

<i>Sociodemográficas</i>	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Cantidad de años vividos desde el nacimiento hasta el momento de aplicar el instrumento de recolección de datos.	Tramos de edad: <ul style="list-style-type: none"> • 60 – 79 años • 80 y más
Género	Construcción social de las diferencias sexuales, lo que determina roles y actitudes adecuados para cada sexo.	Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Alfabetización	Habilidad de saber leer y escribir	Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Sabe leer y escribir • Analfabeto
Creencia en Dios	Creencias y vivencias trascendentales que guían y ordenan la vida de los individuos de acuerdo a su fe en Dios.	Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Sí y practica • Sí, pero no practica • No <p>*Practicante se refiere a lectura de la Biblia, oración, rezos y otros.</p>
Visitas	Acción de ir a ver a alguien por cortesía, atención, amistad u otro motivo.	Clasificación según percepción: <ul style="list-style-type: none"> • Sí, suficientes • Sí, insuficientes • No

Relaciones interpersonales	Interacciones recíprocas entre dos o más personas. Percepción de la interacción del sujeto con otras personas dentro del E.L.E.	Clasificación según percepción: <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala
Actividades Recreativas	Es el uso del tiempo que se considera como un refresco terapéutico del cuerpo y de la mente con una participación activa del sujeto.	Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Todos los días • A veces • Nunca
Tiempo de Permanencia en E.L.E.	Estadía de una persona en un lugar determinado.	Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta cuatro años • Entre cinco y nueve años • Diez o más años

<i>Salud</i>	Definición Nominal	Definición Operacional
Cantidad de enfermedades crónicas	Número de enfermedades crónicas que presenta el sujeto en estudio.	Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • No presenta • Hasta dos • Tres o más
Grado de Funcionalidad	Capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria que permiten la subsistencia.	Clasificación según <i>Índice de Katz</i> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia leve • Dependencia moderada • Dependencia severa o Postrado

Anexo 2

OFICIO N° 94/2011

MAT.: Autorización Prueba Piloto

CHILLAN, abril 15 de 2011.

A: HNA. ESTELA ARAOS MARTINEZ

Directora Hogar de Ancianos “Jesús de Nazareth”, Pinto

DE: SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “**Factores relacionados con la calidad de vida subjetiva en personas mayores residentes en establecimientos de larga estadía, Chillán, 2011**”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| ▪ Fabiola Bopp Fuentes | 16.496.941-K |
| ▪ Valentina Campos Herrera | 16.982.369-3 |
| ▪ Marcela Ibáñez Campos | 16.827.505-6 |
| ▪ Dorka Vergara Merino | 16.317.078-7 |

Académico Guía:

Sra. Roxana Lara Jaque, Docente Guía, Magíster en Salud Pública.

Propósito de la Tesis:

- Establecer factores relacionados con el nivel de Calidad de Vida Subjetiva de la persona mayor residente en establecimiento de larga estadía, Chillán.

Objetivo General de la Tesis:

- Determinar los factores sociodemográficos y de salud que se relacionan con el nivel de Calidad de Vida Subjetiva de las personas mayores residentes en establecimiento de larga estadía, Chillán.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que las estudiantes, puedan realizar una prueba piloto, consistente en la recolección de datos y a su vez la aplicación de un cuestionario a las personas mayores residentes en el establecimiento a su cargo.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de tales datos, se realizará durante los meses de abril y mayo del año en curso, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera que la presente solicitud cuente con una favorable acogida, se despide atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

EEL/ssc.

c.c.

📁 Archivo Escuela Enfermería

Anexo 3

OFICIO N° 93/2011

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, abril 15 de 2011.

A: **SRA.**

Encargada – Hogar Ancianos

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “**Factores relacionados con la calidad de vida subjetiva en personas mayores residentes en establecimientos de larga estadía, Chillán, 2011**”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesisistas:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| ▪ Fabiola Bopp Fuentes | 16.496.941-K |
| ▪ Valentina Campos Herrera | 16.982.369-3 |
| ▪ Marcela Ibáñez Campos | 16.827.505-6 |
| ▪ Dorka Vergara Merino | 16.317.078-7 |

Académico Guía:

Sra. Roxana Lara Jaque, Docente Guía, Magíster em Salud Pública.

Propósito de la Tesis:

- Establecer factores relacionados con el nivel de Calidad de Vida Subjetiva de la persona mayor residente en establecimiento de larga estadía, Chillán.

Objetivo General de la Tesis:

- Determinar los factores sociodemográficos y de salud que se relacionan con la Calidad de Vida Subjetiva de las personas mayores residentes en establecimiento de larga estadía, Chillán.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que las estudiantes, puedan realizar la recolección de datos y a su vez la aplicación de un cuestionario a las personas mayores residentes en el establecimiento a su cargo.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de tales datos, se realizará durante los meses de abril y mayo del año en curso, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera que la presente solicitud cuente con una favorable acogida, se despide atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

EEL/ssc.

c.c.

📁 Archivo Escuela Enfermería

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor (a):

Somos alumnas de año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío y estamos trabajando en nuestra tesis. El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para obtener el grado de Licenciado en Enfermería.

El nombre de la investigación es ***“Factores relacionados con la Calidad de Vida Subjetiva en personas mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía, Chillán, 2011”*** y su propósito es Establecer factores relacionados con el nivel de Calidad de Vida Subjetiva de la Persona Mayor residente en Establecimiento de Larga Estadía, Chillán.

La información y los resultados obtenidos a partir del cuestionario que usted responderá serán voluntarios, de carácter estrictamente confidencial y anónimo. Usted puede decidir no participar y retirarse libremente, situación que no le perjudicará en nada.

Agradeciendo su colaboración y disposición, les saludamos atte.

- Fabiola Bopp Fuentes 16.496.941 - K
- Valentina Campos Herrera 16.982.369 - 3
- Marcela Ibáñez Campos 16.827.505 - 6
- Dorka Vergara Merino 16.317.078 - 7

Yo.....
declaro conocer el propósito del presente estudio y acepto voluntariamente participar y entregar la información que se me solicite para los fines de la investigación.

.....
Firma

Anexo 5

FOLIO



INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

Estimado Señor/a, le solicito responder las siguientes preguntas:

Test de memoria acortado SPMSQ – PFEIFER

1. ¿Qué fecha es hoy?(día/mes/año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cómo se llama este lugar?
4. ¿Cuál es su dirección?
5. ¿Qué edad tiene usted?
6. ¿En qué fecha nació?(día/mes/año)
7. ¿Cuál es el Presidente de Chile actualmente?
8. ¿Cuál fue el Presidente anterior?
9. ¿Cuál es el apellido de su madre?
10. A 20 réstele 3 y continúe restando 3 a cada resultado, hasta el final (20-17-14-12-11-8-5-2).

(+)	(-)

Escolaridad: Básica () (o ninguna) E. Media () Superior ()

NÚMERO DE ERRORES: _____

Valor final: Se acepta un error más si tiene Educación Básica o ninguna.

Se acepta un error menos si tiene Educación Superior.

0-2 errores: Funciones intelectuales intactas.

3-4 errores: Deterioro intelectual leve.

5-7 errores: Deterioro intelectual moderado.

ITEM I: Antecedentes generales

1. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

2. Género: Femenino() Masculino ()

3. Tiempo de permanencia en E.L.E. _____

4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles: N° ()

Diabetes Mellitus ()

Dislipidemia ()

Hipertensión arterial ()

Insuficiencia cardíaca congestiva ()

Asma ()

Otras _____

Estimado Señor/a, le solicito responder las siguientes preguntas relacionadas con usted y su vida en el hogar. Desde ya muchas gracias.

ITEM II: Cuestionario

1. ¿Usted cree en Dios?

Sí y practica ()

Sí, pero no practica ()

No ()

2. Alfabetización

Sabe leer y escribir ()

No sabe leer y escribir ()

3. ¿Recibe visitas?

Sí ()

No ()

Si la respuesta fue positiva, la cantidad de visitas que recibe considera que son:

Suficientes ()

Insuficientes ()

4. ¿Cómo es su relación con las demás personas de aquí?

Buena ()

Regular ()

Mala ()

5. ¿Usted realiza actividades recreativas, como jugar cartas, pasear, ver televisión, escuchar radio, tejer, pintar y dibujar u otras?

Todos los días ()

A veces ()

Nunca ()

ITEM III: Índice de Katz

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa o Postrado
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera.	Totalmente incapacitado para darse un baño por si mismo.
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente.	Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo.
Usar el inodoro	Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa.	Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal.	Totalmente incapacitado para usar el inodoro.

Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y se sienta de manera independiente.	Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones.	Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambas.
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación.	Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales.	Dependiente totalmente de pañal, sonda o colostomía.
Alimentarse	Sin ayuda.	Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan.	Es alimentado por otra persona, por sonda o vía parenteral.

CLASIFICACIÓN:

() Dependencia Leve () Dependencia Moderada () Dependencia Severa o Postrado

ITEM IV: Escala Moral de PHILADELPHIA

Si está de acuerdo con las siguientes preguntas responda SI, en caso contrario responda NO.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Cree que con los años las cosas se han puesto peor?		
2. ¿Se siente fuerte como el año pasado?		
3. ¿Usted se siente solo?		
4. ¿Ve a sus amigos y parientes?		
5. ¿Ahora le molestan más las cosas pequeñas que antes?		
6. ¿A medida que envejece se siente menos útil?		
7. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?		
8. ¿A medida que envejece, las cosas le parecen mejor de lo que esperaba?		
9. ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?		
10. ¿Es tan feliz ahora como cuando era más joven?		
11. ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?		
12. ¿Tiene miedo de muchas cosas?		
13. ¿Se ha puesto más enojón(a) que antes?		
14. ¿Encuentra que la vida es dura y difícil?		
15. ¿Está satisfecho con su vida actual?		
16. ¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?		
17. ¿Se bajonea, se altera o disgusta fácilmente?		

PUNTAJE: _____

Bajo nivel de calidad de vida subjetiva: menos de 9 respuestas positivas.

Mediano nivel de calidad de vida subjetiva: 10 a 12 respuestas positivas.

Alto nivel de calidad de vida subjetiva: 13 a 17 respuestas positivas.