



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR
AUTOVALENTE CON RIESGO DEL CONSULTORIO SAN
RAMÓN NONATO CHILLÁN.**

Autores:

ACUÑA MOYA, KENNY N.
ALVARADO DONOSO, ANDRÉS E.
GATICA ROA, LUIS A.
PARRA HERMOSILLA, ZENÉN G.

Docente Guía:

E.U. Astudillo Araya, Ángela.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN – CHILE
2007

Agradecimientos

Los autores de la presente investigación, desean expresar sus más sinceros agradecimientos a las siguientes personas.

- A nuestra docente guía la Sra. Ángela Astudillo A. por su constante orientación en la elaboración de éste estudio.
- A la Directora del Consultorio San Ramón Nonato la Señora Andrea Rodríguez Figueroa y funcionarios del establecimiento.
- A la Directora del Consultorio Ultraestación la Señora María Angélica Ferrada Quezada y funcionarios del establecimiento.

Dedicatorias

Agradezco a Dios por todas las oportunidades que ha puesto en mi vida, a mis padres por su constante apoyo, motivación y por enseñarme siempre que con perseverancia y esfuerzo podría lograr mis metas y a aquellas personas que en algún momento creyeron en mí.

Kenny Acuña Moya.

Agradezco a Dios, porque nunca me ha abandonado y a estado a mi lado en todos los momentos de mi vida, dándome fuerzas para salir siempre adelante, pese a las dificultades que se presenten, a mi familia, especialmente a mis padres, por su sacrificio, esfuerzo, dedicación y amor incondicional, por enseñarme, entre muchas cosas, a ser responsable y perseverante, que todo lo que me propongo con esfuerzo lo puedo conseguir. A mis amigos, principalmente a los de tesis, por su apoyo en los momentos difíciles, por su amistad, que ojalá Dios quiera, perdure en el tiempo.

Andrés Alvarado Donoso.

Deseo agradecer a cada una de las personas que contribuyeron en mi desarrollo personal y profesional, especialmente a todas aquellas que me estuvieron constantemente apoyando durante el transcurso de este trabajo. Finalmente agradecer a Dios por enseñarme que, la felicidad es a veces una bendición, pero por lo general es una conquista... y Yo hoy me siento FELIZ...

Luis Gatica Roa.

Dedico esta tesis especialmente a Dios, mis padres, hermana y abuelo, por haber estado siempre a mi lado cuando los he necesitado y por ser siempre mis pilares, donde sustentó mis debilidades y a su vez por ser la fuente de motivación de mis fortalezas. Además agradezco a mis amigos por haber hecho de esta responsabilidad algo agradable de realizar y por poner siempre una cuota de distensión en las situaciones difíciles y a todos los que han contribuido de una u otra manera en la realización de esta tesis.

Zenén Parra Hermosilla

“El camino de la sabiduría es no tener miedo a errar. Es mejor perder algunos combates en la lucha por nuestros sueños que ser derrotados sin siquiera saber por qué se está luchando”

Paulo Coelho.

ÍNDICE.

- Resumen
- Abstract

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Presentación y fundamentación del problema e importancia de la investigación para la profesión.....	3
1.2 Problematización.....	5
1.3 Marco Teórico - Marco Empírico.....	8
1.4 Propósito de la Investigación.....	26
1.5 Objetivos generales y específicos.....	26
1.6 Listado de variables.....	30
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
2.1 Tipo de diseño.....	31
2.2 Universo y muestra.....	31
2.3 Unidad de análisis.....	31
2.4 Aspectos éticos.....	32
2.5 Procedimiento para la recolección de datos.....	32
2.6 Descripción del instrumento recolector.....	32
2.7 Prueba piloto.....	33
2.8 Procesamiento de datos.....	33
III. ANÁLISIS.....	34
3.1 Análisis de resultados.....	34
3.2 Discusión de los resultados.....	47
IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	52

V. BIBLIOGRAFÍA.....57

VI. ANEXOS

6.1 Definición nominal y operacional de variables.

6.2 Cartas de autorización, Consentimiento informado.

6.3 Escalas de medición. Encuesta.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, no experimental, destinado a conocer las características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el Consultorio San Ramón Nonato del sector urbano de Chillán en el periodo de abril-mayo 2007. El universo estuvo constituido por 381 individuos. La muestra quedó formada por 192 adultos mayores a través de un muestreo aleatorio simple. La recolección de datos se obtuvo por medio de visita domiciliaria utilizando una encuesta elaborado por los autores junto con la Escala Abreviada de Depresión de Yesavage.

Para procesar los datos se utilizó el programa estadístico StatGraphics Plus v.3.1 y Microsoft Office Excel 2003 v.11.6

Los resultados más relevantes fueron: La edad promedio 72 años ($\pm 5,67$), el mayor porcentaje (67,19%) de la población se encontraba en el rango de 65-74 años. Predominó el género femenino (67%), el 85% convivían, el 58% mantenía una relación de pareja, el 56%% no participaba en actividades comunitarias, el 84% percibían que el dinero que reciben no era suficiente para vivir, el 59% tenían un grado de instrucción básico incompleto, el 87% eran jubilados, el 34% estaba sobrepeso, el 61% no presentaba depresión, el 66% no presentó caídas durante el año 2006, el 84% tenía hasta 2 Enfermedades Crónicas no Transmisibles y el 71% consumía hasta 3 fármacos. Se puede concluir que: el rango de edad que alcanzó mayor porcentaje fue el de 65-74 años. Los dos tercios de la población corresponden al género femenino y la mayor parte eran jubilados/pensionados, de estos más de la mitad eran mujeres.

Palabras Claves: Adulto Mayor, autovalente con riesgo, Polifarmacia.

ABSTRACT

A descriptive retrospective transversal and non-experimental study was done, in order to know the socio-demographic, socio-economic and health characteristics according to gender of the self-sufficient old-age pensioner in risk who were under control in the medical facility *San Ramon Nonato* within the urban locality of Chillán in the period from April to May in 2007. The universe was constituted by 381 individuals. The sample was formed by 192 old-age pensioners through a simple random sampling. The collection of data was obtained through home visiting, applying a tool designed by the researchers in order to know the socio-demographic and socio-economic characteristics of old-age pensioners together with the use of the Yesavage Geriatric Depression Scale.

In order to process the data, statistic softwares "StartGraphic Plus v.3.1." and "Microsoft Office Excel 2003 v.11.6" were used.

The results were taken into tables for better comprehension and the most relevant were as it follows: the average age was 72,48 years ($\pm 5,67$), the highest percentage (67%) of the population was in the rank of 65-74 years. Female gender predominated (67%), 85% cohabit, 58% kept a relationship, 55% did not get involved in social activities, 84% believe that the money they got is not enough to live on, 59% had a degree of educational instruction not finished, 87% were retired, 66% did not present any falls during 2006, 84% had up to two chronic untransmittable diseases and 71% consumed up to three remedies. It is concluded that: The age range that reached the highest percentage was between 65-74 years. Two thirds of the studied sample were female and the highest part were old-age pensioners, from this more than half were women.

Key words: Old age pensioner, Self-sufficient in risk, Polypharmacy

I. INTRODUCCIÓN.

Actualmente en Chile y en el mundo existe un envejecimiento de la población, siendo nuestro país el tercero más envejecido de Latinoamérica (19). Esto se debe a la disminución de la tasa de natalidad (15,5 por mil hab. en el año 2004) y aumento de la esperanza de vida para el 2005 al 2010 de 75,49 años para los hombres y 81,53 años para las mujeres (13), esto surge como resultado de la aplicación de nuevas estrategias en planificación familiar, mejoramiento de la situación de salud y, por lo tanto, mejoramiento en la calidad de vida.

El país tiene una población total de 15.116.435 personas de los cuales el 8,1 % son adultos mayores y similar proporción se observa en la comuna de Chillán (20).

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal; que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente, todos estos cambios pueden afectar la funcionalidad o independencia funcional, que es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el organismo 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 (14).

Se analizan las características del adulto mayor autovalente con riesgo debido a que no ha sido un tema de gran trayectoria investigativa. Por lo tanto este estudio se basa en adultos mayores autovalentes con riesgo de 65 o más años del Consultorio San Ramón Nonato (C.S.R.N.) sector urbano de la ciudad de Chillán.

Debido al aumento del número de adultos mayores en Chile, se hace imprescindible para el profesional de enfermería realizar estudios que apunten a esta área, enfocados a la valoración del grado de funcionalidad y a conocer las características de este grupo etáreo asociados a factores tales como la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs.), que empeoran el pronóstico de sobrevivencia. Es por ello que basado en investigaciones relacionadas a las

características del adulto mayor se deben realizar políticas de salud que se enfoquen a la recuperación de la funcionalidad en grupos con riesgo y de mantención en grupos sin riesgo, para así brindar una atención integral y mejorar su calidad de vida.

1.1 Presentación y Fundamentación del problema e importancia de la investigación para la profesión.

La esperanza de vida en nuestro país ha aumentado considerablemente, modificando las pirámides demográficas como consecuencia del avance tecnológico, nuevos programas de salud y mejor acceso para la atención de la población de adultos mayores.

Chile se encuentra actualmente en una etapa de transición demográfica avanzada, con un equilibrio en las tasas de mortalidad y natalidad, alcanzando un crecimiento vegetativo o natural cercano al 1 % anual (19), debido a esto, la población chilena está envejeciendo. El gobierno a fin de mejorar la salud de los adultos mayores ha establecido medidas para evitar la discapacidad y fomentar la funcionalidad mediante la evaluación de los factores de riesgo realizando un plan de atención que aborda a la familia, al adulto mayor y a la comunidad.

En los centros de atención primaria el equipo de salud, por medio de un instrumento de evaluación predictiva de la pérdida de la funcionalidad, pesquisa alteraciones de las funciones básicas e instrumentales del adulto mayor valorando aspectos como: aspectos cognitivos, afectivos, locomotores y cardiovasculares. “En marzo del 2003 los equipos de salud de atención primaria fueron capacitados sobre la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-CHILE)”. “Los objetivos de las orientaciones programáticas 2007 para el adulto mayor y su funcionalidad son mantener la independencia en las actividades de la vida diaria y la autonomía, para de este modo optimizar y asegurar la calidad de vida de los adultos mayores” (17).

El consultorio donde se efectuó este estudio, abarca la mayor población de adultos mayores de la provincia de Ñuble con 4.106 inscritos aproximadamente (1).

En el transcurso de esta investigación se identificó las características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud del adulto mayor autovalente con riesgo, de 65 o más años, bajo control en el C.S.R.N. pertenecientes al sector urbano de Chillán, con el fin de poder sugerir posteriormente actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud para este grupo etáreo.

1.2 Problematización.

Problema.

¿Cuáles son las características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud del adulto mayor autovalente con riesgo, de 65 o más años bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán entre los meses de abril – mayo de 2007?

Problematización.

1.- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán?

- Edad.
- Género.
- Convivencia.
- Relación de pareja.
- Participación social.

2.- ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán?

- Percepción de suficiencia económica.
- Nivel educacional.
- Situación laboral actual.

3.- ¿Cuáles son las condiciones de salud del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán?

- Antecedentes del Estado Nutricional.
- Presencia de Depresión.
- Antecedentes de Caídas.
- Número de Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Polifarmacia.

4.- ¿Cuáles son las características sociodemográficas según el género del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán?

- Edad.
- Convivencia.
- Relación de pareja.
- Participación social.

5.- ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas según el género del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán?

- Percepción de suficiencia económica.
- Nivel educacional.
- Situación laboral actual.

6.- ¿Cuáles son las condiciones de salud según el género del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán?

- Antecedentes del Estado Nutricional.
- Presencia de Depresión.
- Antecedentes de Caídas.
- Número de Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Polifarmacia.

1.3 Marco Teórico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 comenzó un cambio en su orientación filosófica, cambiando de lo curativo a lo preventivo y promocional, estableciendo una mirada integral a la salud.

La importancia de considerar al ser humano como un todo más que la suma de sus partes, adquiere mayor relevancia con el aumento de las patologías y por consiguiente, de las muertes causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs).

Para lograr esto es necesario ser capaces de detectar las señales de riesgo y transmitir correctamente la información recolectada.

Para poder transmitir eficazmente esta información necesitamos contar con instrumentos que detecten el riesgo, esto adquiere mayor importancia a causa del envejecimiento poblacional que actualmente existe en Chile, ya que enfatiza la tendencia del aumento de la morbilidad y mortalidad por ECNTs.

Según la OMS en 1974 considera que el envejecimiento del individuo, es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida, éstos producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en su relación con el medio. Aunque cabe advertir que los ritmos en que se producen dichos cambios no son iguales, ni entre los diversos órganos de un mismo individuo, ni entre los individuos.

Según la OPS el envejecimiento es: “un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio. Así el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar un nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en los medios ambientes socioeconómicos y culturales más amplios. Desde una perspectiva funcional, el anciano sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (14).

Chile tiene una población total de 15.116.435 habitantes de los cuales el 8,1% son adultos mayores, es decir, 1.217.576 habitantes. El 61,4% de estos se encuentra entre los 65 - 74 años y el 38,6% tiene 75 años o más. En Chillán el porcentaje de adultos mayores entre 65 - 74 años es de 62,7% y los que tienen sobre 75 años corresponde al 37,3%.

En cuanto al género de los adultos mayores en Chile, del total de la población el 42,9% es hombre y el 57,1% es mujer. En la ciudad de Chillán del total habitantes, el 3,9% es adulto mayor, de los cuales el 40,2% son hombres y el 59,8% son mujeres (6).

Chile, es hoy en día una sociedad en transición demográfica avanzada, este proceso es resultado de dos importantes fenómenos: primero, el incremento de la expectativa de vida, la cual a principios de la década de los ochenta era de 70,7 años aumentando a 78,5 años en ambos sexos para el período 2005-2010 (75,5 años para los hombres y 81,5 años para las mujeres); y segundo, la baja en las tasas de fecundidad, la cual en el año 1990 era de 23,5 nacidos vivos por cada mil habitantes y en el año 2004 disminuyó a 15,5 nacidos vivos por cada mil habitantes (13).

Debido a este cambio poblacional es fundamental asociar que, a mayor edad de los individuos existe mayor probabilidad que ocurran eventos que pueden afectar la salud.

La OMS define salud como un “Estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente como la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Según Terris, salud es: “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL), define a la funcionalidad como “la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir”.

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, la OMS (1982) propone que el indicador más representativo para este grupo etéreo es el estado de independencia funcional (14) y más que ello la capacidad del individuo de realizar las actividades del diario vivir, dicho de otra forma su grado de autovalencia.

La autovalencia es la capacidad que tienen los adultos mayores de valerse por sí mismos, lo cual les permite ser autónomos y por ende tener un envejecimiento activo (27).

De esta definición se desprende otro concepto clave, la autonomía que según el MINSAL es, “la capacidad de las personas para tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno”.

En Chile según la Norma de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, existen Políticas de Salud destinadas a lograr un cambio cultural de la población sobre la valoración y trato hacia los adultos mayores, dentro de estas políticas se establecen programas de salud para este grupo etéreo en la atención primaria cuyos objetivos son “*contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida y prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida*” (30).

Para lograr estos objetivos es primordial la situación funcional como parámetro de evaluación del estado de salud de la persona mayor y por lo tanto de su calidad de vida, desarrollándose para este fin un instrumento predictor de la pérdida de la funcionalidad del adulto mayor que vive en la comunidad, capaz de pronosticar pérdidas futuras, es decir, detectar oportunamente los adultos mayores que estén en riesgo de perder su funcionalidad. Este instrumento se denomina EFAM-CHILE, cuya sigla corresponde a Evaluación Funcional del Adulto Mayor.

Se aplica anualmente a todo adulto mayor de 65 años y más en el control de salud, o en el examen de medicina preventiva (EMPA) a aquellos mayores de 60 años indigentes beneficiarios de Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). La aplicación del EFAM permite medir la funcionalidad en forma integral en aspectos cognitivos, afectivos, locomotores y cardiovasculares a través de las Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor (30).

Las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas destinadas al autocuidado, y consisten en poder realizar en forma independiente las siguientes tareas: comer, vestirse, hacerse cargo de su apariencia física, caminar, levantarse de la cama, bañarse, hacer uso del baño; en cambio, las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son tareas más complejas que requieren competencia cognitiva en la vida cotidiana, entendida esta como la habilidad para desempeñar adecuadamente aquellas tareas cognitivamente complejas que se consideran esenciales para vivir independientemente en la sociedad actual. Las AIVD son: usar el teléfono, ir a lugares más allá de una distancia caminable, ir de compras, preparar la comida, hacer las tareas de la casa, responsabilizarse de tomar los medicamentos y manejar su dinero.

El EFAM no se aplica a adultos mayores postrados, ciegos totales, sordos sin corrección, con secuela de accidente vascular encefálico (AVE), amputados, y otras condiciones que signifiquen dependencia evidente (14).

La medición de la funcionalidad de la persona mayor permite diagnosticar su situación de salud y planificar sus cuidados, este diagnóstico orienta acciones hacia cada grupo según funcionalidad y organiza los recursos humanos y materiales de establecimientos de Atención Primaria.

Según su evaluación funcional los Adultos Mayores se clasifican en:

- **Adulto Mayor autovalente sin riesgo:** aquel con puntaje en la parte A del EFAM mayor a 42 puntos y en la parte B del EFAM mayor o igual a 46 puntos. Se considera que el 67% de la población es autovalente.
- **Adulto Mayor autovalente con riesgo:** aquel con puntaje en la parte A del EFAM mayor a 42 puntos y en la parte B del EFAM igual o menor a 45 puntos. Se considera que el 30% de la población es autovalente con riesgo.
- **Adulto Mayor dependiente:** aquel con puntaje en la parte A del EFAM menor o igual a 42 puntos. Se considera que el 3% de la población es dependiente.

Acorde a la clasificación del adulto mayor, la planificación de la atención según su funcionalidad del **Adulto Mayor autovalente con riesgo**, es:

- Nivel de intervención: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Objetivos: prevenir la pérdida de la funcionalidad física, psíquica y social.
- Estrategias: identificar la población autovalente con riesgo, fortalecimiento de la familia y de la red de apoyo social y trabajo comunitario (30).

Actualmente se acepta la idea de que el envejecimiento es un proceso multifactorial. La prolongación de la longevidad suele relacionarse con una mayor capacidad metabólica y respuesta a tensiones, además el aspecto genético juega un rol fundamental en la regulación del envejecimiento biológico. Los cambios normales del envejecimiento juegan un papel decisivo muy relacionado con el grado de Funcionalidad de los Adultos Mayores, es por ello que las actuales políticas en salud deben orientarse a prolongar el tiempo en que estos cambios se produzcan y solucionar los que puedan ser remediables.

Es por ello que los Adultos Mayores han desarrollado mecanismos para enfrentar las múltiples limitaciones, pese a todo gran parte de ellos mantienen aún sus facultades que le permiten funcionar.

Entre los cambios Anatómicos y Fisiológicos presentes en los Adultos Mayores se encuentran:

Sistema.	Anatómico.	Fisiológico.
Organismo Completo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la Talla. ▪ Aumento de la proporción entre la grasa y grasa magra corporal. ▪ Disminución del agua corporal total. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios significativos.
Piel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atrofia de las Glándulas Sudoríparas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios significativos.
Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alargamiento y tortuosidad de las Arterias. ▪ Esclerosis de las Válvulas cardiacas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del Gasto Cardíaco. ▪ Disminución de la Frecuencia cardíaca en respuesta al estrés.
Riñón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del N° de Glomérulos anormales. ▪ Disminución del N° de nefrones funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la depuración de creatinina. ▪ Disminución del flujo renal.
Pulmón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor elasticidad. ▪ Menor actividad ciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la capacidad vital forzada. ▪ Disminución del volumen espiratorio forzado.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del reflejo tusígeno.
Esqueleto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osteoartritis. ▪ Pérdida de sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios significativos.
Ojos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arco senil. ▪ Crecimiento del Cristalino. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor acomodación. ▪ Menor agudeza visual.
Sistema Inmunitario		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de la actividad de las células T.
Sistema Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del Ácido Clorhídrico. ▪ Disminución del N° de papilas gustativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motilidad intestinal más lenta.

(8)

Con el paso de los años existe mayor probabilidad de la instauración de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los adultos mayores de 80 años o más, aún con estilos de vida adecuados y condiciones fisiológicas, sociales y ambientales favorables, pueden presentar hasta tres patologías crónicas no transmisibles, esto se debe a que durante el proceso normal de envejecimiento el cuerpo humano pierde entre un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas, lo que trae como consecuencia una disminución de la función cumplida por ese órgano o sistema y esto afecta al individuo en situaciones de adaptabilidad y estrés (14).

Durante la adultez mayor, las manifestaciones de enfermedades presentan diferencias en relación a otras etapas del ciclo vital, es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se producen a través de alteraciones de la funcionalidad. Estas alteraciones de la funcionalidad pueden ir de la autovalencia con riesgo hasta la dependencia según EFAM-CHILE.

A los 60-65 años, edad en que las personas normalmente enfrentan la etapa de la jubilación y vejez, se aprecian disparidades de género, causadas por la distinta dedicación al trabajo remunerado y la duración de la vida laboral de hombres y mujeres.

En relación a la escolaridad, el promedio de ésta, en años, de la población adulta mayor de 66 años y más en Chile, es de 6 años, correspondiendo a enseñanza básica incompleta (12).

Además el porcentaje de alfabetismo de los adultos mayores del sector urbano de Chile entre de 60- 74 años es de 91, 38% y los de 75 años y más es de 86,68%. (6).

Algunos factores que marcan variaciones entre hombres y mujeres mayores son los factores relacionados al mercado laboral, particularmente los que afectan la participación de la mujer en el trabajo remunerado entre otros, los sueldos más bajos, la falta de desarrollo profesional debido a las interrupciones de la actividad laboral y las obligaciones relacionadas con la atención de la familia, su capacidad de generar pensiones y otros recursos para su jubilación (12).

Las relaciones interpersonales es un factor primordial como factor protector del establecimiento de la discapacidad.

Tener una pareja estable o solo vínculos firmes con otras personas, aumenta el nivel de autoestima, entendiéndose como esto último la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos. Esto favorece la interacción del adulto mayor con la sociedad manteniéndolos activos desde el punto de vista físico, psicológico y social.

A nivel nacional, el estado civil predominante en la población adulta mayor es casado(a) con un 52,3%, le sigue en importancia viudo(a) con un 26,8% y soltero(a) con un 9,1%. Al analizar esta información para hombres y mujeres se aprecia que el porcentaje de viudez es muy superior en las mujeres adultas mayores. Así es como, en el 2003, el 38,1% de las mujeres adultas mayores son

viudas, cifra que desciende a 12,4% en los hombres del mismo tramo de edad. Como ya ha sido dicho, el rasgo de una longevidad más alta entre las mujeres constituye una dimensión universal del envejecer (12).

El grupo etéreo de los adultos mayores es uno de los grupos más organizados de nuestra sociedad. Es por ello que se les considera, la fuerza participativa de Chile. Los últimos catastros de clubes y organizaciones de adultos mayores, realizados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (26), demuestran el aumento de personas mayores organizadas durante estos últimos años.

Está probado que una de las cosas que más valora el Adulto Mayor es juntarse a conversar y a cultivar la amistad. A pesar de esta evidencia, no más de un 13% de los Adultos Mayores participa en organizaciones sociales o en clubes que tienen precisamente este fin (26).

La participación social de los Adultos Mayores comprende la inserción activa de las personas mayores a las organizaciones sociales, tanto a nivel Comunal, Provincial, Regional y Nacional. Para este efecto el Comité Nacional ha promovido acciones para que estas cuatro instancias de Gobierno aludidas dispongan, a través de sus programas y acciones, distintas ofertas a las cuales los Adultos Mayores pueden acceder, para lo cual es esencial mantenerse permanentemente informados.

El fomento de la participación social del grupo Adulto Mayor está orientado a que estas personas, desde un escenario distinto al que antes estaban acostumbrados, puedan iniciar nuevas actividades para procurar seguir manteniéndose activos, integrados, participando en forma interesada y comprometida en el quehacer de su comunidad, entorno y familia (27).

El envejecimiento va acompañado de diversos cambios fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales que pueden afectar el estado nutricional, y aun cuando la desnutrición o la obesidad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, con éste se producen cambios que pueden contribuir a su génesis.

Antecedentes anteriores demuestran que la alimentación del adulto mayor pobre (aquel cuyo ingreso mínimo necesario por persona no alcanza para cubrir el costo de una canasta mínima individual para la satisfacción alimentarias y no alimentarias, cuyo es de \$43.712 en zona urbana y \$29.473 en la zona rural) (19) presenta importantes deficiencias, por lo mismo y en concordancia con los objetivos de las Políticas de Salud del adulto mayor es que se creó el Programa de Alimentación Complementaria de Adulto Mayor cuyas directrices son:

- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor.
- Mejorar la detección y control de factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad. (15)

La clasificación según el MINSAL para evaluar el estado nutricional del adulto mayor es:

Clasificación Nutricional	IMC Adulto Mayor	IMC Adulto
Bajo Peso	Igual o < a 23	< 18,5
Normal	23,1 – 27,9	18,5 – 24,9
Sobrepeso	28 – 31,9	25 – 29,9
Obeso	> 32	> 30

Fuente: Ministerio de Salud de Chile.

Otra alteración que sufren los adultos mayores por efecto del envejecimiento son los trastornos afectivos. Frecuentemente, la aparición de la depresión que se presenta en forma directa o indirecta, se enmascara por múltiples quejas de tipo somático que los ancianos no logran percibir. La presencia de depresión puede afectar la función intelectual en áreas como el lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, etc. Al mantener estos aspectos controlados se puede conservar el adulto mayor o al contrario, provocar un proceso de deterioro, al no lograr superar dicha situación conflictiva, cayendo en un proceso de daño reversible a su

bienestar, dependiendo de los recursos psíquicos y biológicos, redes de apoyo y situación socioeconómica con que cuente la persona en concreto. (24)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de la depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas, en 1986 Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración, un puntaje superior a 5 respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada (5)

Un problema frecuente en las edades extremas de la vida son las caídas, las cuales son definidas como cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las consecuencias en el caso del adulto mayor pueden llegar a ser importantes, provocando en muchos casos, distintos grados de deterioro funcional, hospitalizaciones y muerte prematura, especialmente a través de las fracturas. La caída puede ser además, un marcador o signo de otros problemas de salud y/o el anuncio de una nueva o más grave caída en un futuro próximo.

Las causas de las caídas de los adultos mayores suelen ser de carácter multifactorial, en la que participan factores intrínsecos, estos pueden ser fisiológicos o patológicos y por otra parte factores extrínsecos o ambientales. Muchos de estos factores son al menos parcialmente corregibles al ser pesquisados en la evaluación clínica. Se considera que el riesgo de caer es mayor, mientras mayor sea el número de factores de riesgo existentes, siendo el usuario con algún nivel de deterioro funcional y mental quien tiene más probabilidades de sufrir caídas y que éstas ocurrirían fundamentalmente, por tanto, en su sitio habitual de residencia.(18)

Las enfermedades más frecuentes en el Adulto mayor son las de tipo degenerativo, que conllevan a una mayor cronicidad e invalidez, como consecuencia de la pluripatología no es infrecuente encontrar a un anciano que

tome más de 4 a 5 fármacos diferentes, dejando en claro que las alteraciones propias de la edad afectan la farmacocinética y las interacciones farmacológicas.

Además se ha comprobado como la biodisponibilidad de un fármaco se verá afectada en función de la edad, influyendo sobre su acción, así como sobre el bienestar y la calidad de la vida de la persona medicada.

La forma como se dispone el medicamento en el organismo, su tiempo de acción, modificación y excreción se conoce como la farmacocinética del mismo, estando determinada por la forma de absorción, distribución, metabolismo y excreción, parámetros todos afectados en mayor o menor medida en el Adulto mayor.

Los cambios relacionados con la edad, relevantes para la farmacología se resumen en la siguiente tabla.

Parámetro Farmacológico.	Cambios relacionados con la Edad.
Absorción.	<ul style="list-style-type: none"> • Descensos en: • Superficie de absorción. • Flujo sanguíneo esplácnico. • Aumento del ph gástrico. • Alteración de la Motilidad gastrointestinal.
Distribución.	<ul style="list-style-type: none"> • Descensos en: • Agua corporal total. • Masa corporal magra. • Albúmina sérica. • Aumento de la grasa. • Alteración en la unión a proteínas.
Metabolismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Descensos en: • Flujo sanguíneo hepático. • Actividad enzimática.

<p>Excreción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descensos en: • Flujo sanguíneo renal. • Índice de filtración glomerular. • Función secretoria tubular.
--------------------------	--

(8)

Debido al deterioro orgánico de éstos adultos mayores y para lograr una mejor atención en salud de forma equitativa e igualitaria para toda la población mayor de nuestro país se creó la Política Nacional para el Adulto Mayor que fue aprobado por el Comité de Ministros del Área Social de Gobierno en Marzo de 1996. Además surge oficialmente en 1998 el Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud (MINSAL) para enfrentar las nuevas necesidades de atención teniendo como propósito mantener o aumentar la condición de autovalencia del adulto mayor beneficiario de FONASA. Además uno de los objetivos sanitarios del gobierno de Chile para la década 2000-2010 es: Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad (16).

Para lograr lo establecido en esta Política, los profesionales de Enfermería deben estar constantemente actualizándose para brindar de mejor manera los cuidados en salud a los adultos mayores. Es en esta instancia que el profesional de Enfermería es un pilar fundamental, tanto en el cuidado de un adulto mayor autovalente o dependiente, de un individuo sano o enfermo, todo esto aplicado en base a las teorías de enfermería.

A fin de obtener un buen nivel de salud, por medio del autocuidado Dorotea Orem en su teoría incluye tres requisitos para lograrlo, teniendo presente que autocuidado son las actividades aprendidas por los individuos, orientadas hacia un objetivo, en este caso el mantenimiento de la salud; el primer requisito es el autocuidado universal, entendiéndose por esto la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana, además el autocuidado del desarrollo el cual promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración,

previene la aparición de condiciones adversas en las distintas etapas del proceso evolutivo y como último requisito, el autocuidado de desviación de la salud, indicando que la enfermedad no solo afecta a organismos y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano como un ser holístico.

Orem en su teoría del déficit del autocuidado describe y explica las causas que pueden provocar una pérdida. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o en relación a esta, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, determinando cuándo y por qué se necesita de la intervención de enfermería.

Para esto determina tres tipos de sistemas de enfermería los cuales están orientados a compensar total y parcialmente a las necesidades de los individuos y además educando en actividades de autocuidado.

Estos sistemas son:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** El enfermero suplente al individuo.
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** El enfermero actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

La funcionalidad del Adulto Mayor tiene estrecha relación con la capacidad de autocuidado que este tenga, según la teoría anterior, esta capacidad refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo con la promoción de la salud. (11)

1.3 Marco Empírico.

En los últimos años en Chile se ha producido una transición demográfica, por lo tanto ha aumentado la población de adultos mayores y como consecuencia de esto, el Gobierno de Chile ha implementado las Políticas Nacionales para el Adulto Mayor, el Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud y uno de los Objetivos Sanitarios del gobierno de Chile para la década 2000-2010. Pese a esto, aún existen pocas investigaciones relacionadas con el tema en nuestro país, es por ello que es fundamental seguir en la exploración de éste campo. A continuación se presentan diferentes estudios tanto nacionales como internacionales.

En el 2003 Figueredo Ferrer, Norma y cols, realizaron un estudio descriptivo retrospectivo con todos los pacientes mayores de 60 años atendidos en el consultorio médico N° 78 del Policlínico Comunitario Docente "Hermanos Cruz" de Pinar del Río, Cuba, denominado "Caracterización del adulto mayor en la Comunidad". La finalidad de esta investigación era determinar algunas características del envejecimiento en estos pacientes. En los resultados se puede destacar que la variable Ocupación del adulto mayor y forma de entrada económica básica el Trabajador actual tiene un porcentaje de 35%, Jubilado 46,1%, Pensionado 0,09%, Dependiente Familiar 0,09%. Además se demostró que los adultos mayores en su gran mayoría viven con sus familiares (2).

En el año 2005 Marín L Pedro y col en su "Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas" analizó dos grupos en estudio basándose en la aplicación de tres instrumentos para la evaluación de estos grupos. Ficha de Evaluación Geriátrica Ambulatoria FEGAUC, Escalas de Valoración Geriátrica de la Cruz Roja Española y Sistema de Clasificación de pacientes (*case mix*) «*Resources Utilization Groups*» en su versión RUG T-18. Comprendió una muestra de 230 AM mujeres mayores de 90 años v/s 460 entre 60 y 89 años. Encontró que independiente de la edad casi el 20% de estas mujeres está recibiendo cinco o más fármacos (10).

Según Jansson Axel en su estudio “El Costo Social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el Adulto Mayor” el porcentaje de ECNTs presentes en más del 10% de la población encuestada para los hombres es: demencia con un 68,97%, hipertensión arterial con un 41,37%, enfermedades del corazón con 20,69% y la diabetes mellitus con un 17,24%. Mientras que en las mujeres la demencia presento un 50,65%, la hipertensión arterial 42,86%, la depresión un 15,58%, las enfermedades cardiacas un 14,29 y la diabetes mellitus un 10,39% (7).

En el año 2006 Zavala G Mercedes. y col realizan un estudio descriptivo relacional sobre Funcionamiento Social del Adulto Mayor, que estaba destinado a conocer la autoestima y el funcionamiento social de los ancianos según roles sociales, desde su visión y la de sus cuidadores y la percepción del funcionamiento familiar. Se incluyó a 300 ancianos y sus cuidadores familiares, de los consultorios de atención primaria de Concepción. Dentro de sus resultados se puede destacar que el Estado Civil de estos AM corresponde a solteros con un 10%, casados con 49,7%, convivientes con un 0,7%, viudos con un 37,3% y separados con un 2,3%.

En cuanto a la Escolaridad de los AM estos se encuentran Sin escolaridad 15%, Ens. Básica incompleta 50%, Ens. Básica Completa 9%, Ens. Media incompleta 12,3%, Ens. Media completa 6,6%, Ens. Tec. Prof. incompleta 1,7%, Ens. Tec. Prof. completa 3,7%, No responde 1,7%.(31).

Varela Pinedo Luis en el 2005 estudiaron la “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional”, cuyo objetivo era determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos, se utilizo una muestra de 400 individuos. En los resultados podemos ver en el Estado Civil que el 50,5% se encuentran casados, el 38,0% estan viudos y el 8,75% estan solteros. El 2,25% estan divorciados y el 0,2% es desconocido. El porcentaje del Grado de Instrucción de estos es analfabetos 35,5%, primaria 42,5%, secundaria 13,25% y superior 8,75% (29).

En el año 1997 Sandoval Luis y col realizaron un estudio sobre la evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios, su propósito era determinar el estado nutricional de éstos y conocer la prevalencia de malnutrición, se estudiaron a 66 adultos mayores de 60 años que vivían en la comunidad. Dentro de sus resultados se puede destacar que la edad promedio de la población evaluada fue de 73.3 ± 9.14 años, 68.2% fueron del sexo femenino, que el número de enfermedades promedio fue de 2.83 ± 1.06 , el número de medicamentos consumidos promedio fue de 1.10 ± 1.27 y que el IMC promedio fue 25.74 ± 4.99 con una prevalencia de malnutrición de un 36% y de obesidad de un 42% en el grupo general (25).

En el año 2001 Urteaga Carmen y col realizaron un estudio descriptivo sobre la validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor. La muestra estaba conformada por 109 adultos mayores sobre 70 años que se atendían en 4 consultorios de la Región Metropolitana. Dentro de sus resultados se puede destacar que la edad promedio fue de 76 años, el 91% era jubilado, sobre un 80% tenía pareja y un porcentaje similar sabía leer y escribir, que el 61% presentaba patologías asociadas y que según el IMC el 9,3% de la población presento bajo peso, el 47,4% era normal y el 43,3% se encontraba sobrepeso y obeso (28).

En el año 2000 Hoyl Trinidad y col realizaron un estudio denominado “Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica” en el cual evaluaron en forma consecutiva a 110 pacientes de 60 años o más que consultaron por cualquier causa en la Unidad de Atención para el Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en Santiago, Chile. Dentro de sus resultados se puede destacar que la edad promedio era de 77 años, el 74% era del sexo femenino, el 17% vivían solos, que el 26% no alcanzo ha llegar a 6° básico, que la media de educación fue de 6 años, que de la población total en

promedio tomaban $3,2 \pm 2,1$ medicamentos y que el 47% según la escala abreviada de Yesavage resulto positivo para depresión (5).

En el año 2001 González Gisela y col realizaron un estudio descriptivo de prevalencia sobre las características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad, en el cual se encuestó a 571 adultos mayores de 60 y más años que solicitaron atención médica en el Programa para el Adulto Mayor en la comuna de Lo Espejo, Santiago de Chile. Dentro de sus resultados se puede destacar que la edad media del grupo que sufrió caídas fue de $71,8 \text{ años} \pm 6,97$, el 13,7% del total de adultos mayores que cae vive solo y en el 18,2% del total de consultas por los adultos mayores se pesquisó caídas con un total de 95 personas, en la distribución por sexo de los 95 adultos mayores que cayeron, 81 fueron mujeres y 14 eran hombres (4).

1.4 Propósito de la Investigación.

Determinar las características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud según género del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N sector urbano de Chillán.

1.5 Objetivos Generales y Específicos

Objetivo general N° 1

Conocer la clasificación según EFAM del Adulto mayor bajo control en el C.S.R.N. de sector urbano de Chillán.

Objetivo general N° 2

Identificar las características sociodemográficas del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.

Objetivos específicos

- Determinar la edad del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Conocer el género del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Conocer convivencia del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Definir la relación de pareja del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Identificar la participación social del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.

Objetivo general N° 3

Conocer las condiciones socioeconómicas del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán

Objetivos específicos:

- Identificar la percepción de suficiencia económica del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Identificar en nivel educacional del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Definir la situación laboral actual del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán

Objetivo general N° 4

Conocer las características del estado de salud del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán

Objetivos específicos:

- Identificar los antecedentes del estado nutricional del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Identificar la presencia de depresión del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Definir los antecedentes de caídas del Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Identificar el número de ECNTs en el Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Conocer la existencia de polifarmacia en el Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.

Objetivo general N° 5

Conocer las características sociodemográficas según género del Adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.

Objetivos específicos

- Determinar la edad del Adulto mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Identificar convivencia del Adulto mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Definir la relación de pareja del Adulto mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Conocer la participación social del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.

Objetivo general N° 6

Identificar las condiciones socioeconómicas del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán

Objetivos específicos:

- Identificar la percepción de suficiencia económica del Adulto mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Conocer el nivel educacional del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Definir la situación laboral actual del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán

Objetivo general N° 7

Conocer las características del estado de salud del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán

Objetivos específicos:

- Conocer los antecedentes del estado nutricional del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Identificar la presencia de depresión del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.
- Definir los antecedentes de caídas del Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Identificar el número de ECNTs en el Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán
- Conocer la existencia de polifarmacia en el Adulto Mayor autovalente con riesgo según género, bajo control en el C.S.R.N. sector urbano de Chillán.

1.6 Listado de Variables.

- **Variables sociodemográficas:**
 - Edad
 - Género
 - Convivencia.
 - Relación de pareja.
 - Participación Social.
- **Variables socioeconómicas:**
 - Percepción suficiencia económica.
 - Nivel educacional.
 - Situación laboral actual.
- **Variables de salud:**
 - Antecedentes del Estado Nutricional.
 - Presencia de Depresión.
 - Antecedentes de Caídas.
 - Número de Enfermedades crónicas no transmisibles.
 - Polifarmacia.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de Diseño.

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, no experimental, de corte transversal.

2.2 Universo y muestra.

Universo.

El universo o población total estuvo constituido por 381 adultos mayores autovalentes con riesgo, bajo control en el Consultorio San Ramón Nonato, residentes en el sector urbano de Chillán, entre los meses de abril y mayo de 2007

Muestra.

La presente investigación estuvo constituida por una muestra aleatoria simple de 192 Adultos Mayores Autovalentes con riesgo, bajo control en el Consultorio San Ramón Nonato, con una confianza de 95% y con un margen de error de 5%, correspondiendo esto al 50,4 % del universo, de los adultos mayores residentes en el sector urbano de Chillán.

Criterios de exclusión.

- Adultos Mayores con facultades mentales alteradas según registro EFAM del último año.
- Adultos mayores institucionalizados.

2.3 Unidad de análisis.

Adulto Mayor autovalente con riesgo, bajo control en el Consultorio San Ramón Nonato, en el periodo Abril-Mayo 2007.

2.4 Aspectos éticos.

En la investigación la participación de los Adultos mayores en estudio fue voluntaria y anónima, previo a la recolección de los datos éstos fueron informados de los objetivos de esta investigación, por medio de un consentimiento informado, pudiendo negarse a participar. Los datos obtenidos fueron confidenciales y los participantes de este estudio no sufrieron ningún tipo de perjuicio físico o psicológico, ni se obtuvo ninguna ganancia material o monetaria.

Se solicitó autorización a los Directores del Consultorio Ultraestación y Consultorio San Ramón Nonato para la aplicación de la prueba piloto e investigación definitiva respectivamente.

2.5 Procedimiento para Recolección de Datos.

Una vez definido el tema de investigación, se decidió cuales eran los consultorios de la comuna Chillán objetos de la prueba piloto y de la investigación definitiva, que permitió obtener adultos mayores autovalentes con riesgo. El consultorio Ultraestación, en el cual se realizó la prueba piloto, se seleccionó para disminuir la probabilidad de contaminación de la muestra. El Consultorio San Ramón Nonato, fue seleccionado por su accesibilidad y por poseer la mayor población de adultos mayores inscritos de la Provincia de Ñuble, luego se solicitó de manera formal, la autorización a las directoras correspondientes. Se aplicó el instrumento evaluador mediante consulta en el Formulario EFAM y visitas domiciliarias, posterior a la determinación de la muestra de estudio por el estadístico.

2.6 Descripción del Instrumento Recolector.

La recolección de los datos para esta investigación se realizó a través de una entrevista estructurada por medio de una encuesta creada por los tesisistas denominada “Características del Adulto Mayor Autovalente con Riesgo”, la cual constaba 13 preguntas cerradas de carácter dicotómico y politómico de respuesta

múltiple; de las cuales 5 preguntas median las variables sociodemográficas, 3 preguntas para medir las variables socioeconómicas y 5 preguntas para medir las condiciones de salud de los adultos mayores. Además se le aplicó la Escala abreviada de Depresión de Yesavage, la cual consta de 15 preguntas cerradas que clasificó al individuo en normal, depresión leve y depresión establecida.

Este instrumento se aplicó a los adultos mayores clasificados por EFAM como autovalentes con riesgo, revisados en el Formulario EFAM, en visitas domiciliarias de 15 minutos de duración, en forma dirigida y privada. Antes de la aplicación del instrumento se le informó al adulto mayor sobre el propósito del estudio, para obtener el consentimiento de éste.

2.7 Prueba Piloto.

La prueba piloto se realizó a 8 Adultos Mayores del consultorio Ultraestación, el 27 y 28 de marzo 2007, donde se aplicó el instrumento de medición para poder determinar la confiabilidad y validez de éste, se efectuó mediante visitas domiciliarias. El tiempo de aplicación fue de 15 minutos de duración.

2.8 Procesamiento de los datos.

La información que se recolectó fue procesada en el programa estadístico StatGraphics Plus v.3.1 y Microsoft Office Excel 2003 v.11.6.

Para las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de salud se realizaron tablas con frecuencia y porcentaje en el programa StatGraphics Plus v.3.1 y para la variable edad se sacó medidas de tendencia central en el programa Microsoft Office Excel 2003 v.11.6. Los resultados fueron llevados a tablas para su mejor comprensión.

III. ANÁLISIS.

3.1 Análisis de resultados.

Tabla N° 1: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores según clasificación EFAM del Consultorio San Ramón Nonato.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EFAM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autovalentes sin Riesgo	193	11
Autovalentes con Riesgo	606	36
Dependientes	903	53
Total	1702	100

Fuente: Censo Enero 2007 C.S.R.N.

Del total de Adultos mayores inscritos en el consultorio San Ramón Nonato, el 11% correspondió a autovalentes sin riesgo, el 36% a autovalentes con riesgo y un 53% a la categoría de dependiente, según clasificación EFAM.

Tabla N° 2: Medidas de tendencia central de los Adultos Mayores Autovalentes con riesgo según Edad.

EDAD	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	MODA	DES. STAND.	TOTAL
	65	92	72,48	67	±5,67	192

Fuente: "Características del Adulto Mayor Autovalente con Riesgo".

De los 192 adultos mayores autovalentes con riesgos encuestados, el mínimo de edad fue de 65 años y el máximo de 92 años, con un promedio de edad de 72,48 (±5,67) años y la edad que se registró con mayor frecuencia fue de 67 años.

Tabla N° 3: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65 - 74	129	67
75 - 84	56	29
85 ó más	7	4
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El tramo de edad con mayor porcentaje de adultos mayores fue de 65-74 años con un 67%, seguido de las edades de 75-84 años con un 29% y de 85 ó más años con 4%.

Tabla N° 4: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	128	67
Masculino	64	33
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

De los 192 adultos mayores autovalentes con riesgos encuestados, el 67% correspondió al género femenino.

Tabla N° 5: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Convivencia.

Convivencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	128	85
No	64	15
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

Se observó un porcentaje significativo de adultos mayores autovalentes con riesgo que vivían permanentemente con alguien en su hogar, con un 85 %.

Tabla N° 6: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Relación de Pareja.

Relación de Pareja.	Frecuencia	Porcentaje
Si	112	58
No	80	42
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El 58% de los adultos mayores autovalentes con riesgo encuestados, mantuvieron una relación de pareja.

Tabla N° 7: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Participación Social.

Participación Social.	Frecuencia	Porcentaje
Si	85	44
No	107	56
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El mayor porcentaje de los adultos mayores con riesgo, no participaron en actividades de la comunidad, correspondiendo a un 56 %.

Tabla N° 8: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Percepción de Suficiencia Económica.

Percepción de Suficiencia Económica	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	16
No	161	84
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

La población adulta mayor encuestada, percibió que el dinero que recibe mensualmente no es suficiente para vivir con un 84%.

Tabla N° 9: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Nivel Educativo.

Educación.	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	37	19
Básica Incompleta	113	59
Básica Completa	14	7
Media Incompleta	16	9
Media Completa	12	6
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El nivel educativo que se observó en los adultos mayores encuestados correspondió a la educación básica incompleta con un 59 %, seguido por la población analfabeta con un 19%, la media incompleta con un 9%, la básica completa con un 7% y la educación media completa con un 6%.

Tabla N° 10: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Situación Laboral.

Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Cesante	1	1
Jubilado/Pensionado	167	86
Activo con Contrato	1	1
Otros*	23	12
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

***: Adultos mayores que dependían económicamente de un familiar o que trabajan sin contrato.**

Los adultos mayores jubilados y/o pensionados correspondieron a un 86% de la población, existió un 12% de adultos mayores que no entran en la clasificación. La población activa con contrato y cesante correspondió a un 1% respectivamente.

Tabla N° 11: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Estado Nutricional.

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Enflaquecido	15	8
Normal	62	32
Sobrepeso	66	34
Obeso	49	26
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

Según el IMC de los adultos mayores encuestados, el 34% correspondió a sobrepeso, un 32% era normal, el 26% estaban obesos y el 8% del total de la población estaba enflaquecida.

Tabla N° 12: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Depresión.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	118	61
Leve	44	23
Establecida	30	16
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

Según la escala abreviada de yesavage, el 61 % de los adultos mayores encuestados no manifestaron depresión, el 23 presentó depresión leve y el 16% tuvo depresión establecida.

Tabla N° 13: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Caídas.

Caídas	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	34
No	127	66
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El 66% del total de adultos mayores autovalentes con riesgo encuestados, no presentaron caídas durante el transcurso del año 2006.

Tabla N° 14: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Enfermedades crónicas no transmisibles.

ECNTs	Frecuencia	Porcentaje
0 – 2	161	84
3 – 5	31	16
6 ó más	0	0
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

De la población adulta mayor encuestada el 84% presentó de 0 a 2 enfermedades crónicas no trasmisibles, mientras el 16% manifestó de 3 a 5. En la categoría de 6 ó más ECNTs no se registraron datos.

Tabla N° 15: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Polifarmacia.

Polifarmacia	Frecuencia	Porcentaje
0-3	135	70
4-7	53	28
8 ó más	4	2
Total	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El 70% de los adultos mayores encuestados consumió de 0 a 3 fármacos diarios, el 28% ingirió de 4 a 7 medicamentos y el 2% consumió de 8 ó más.

Tabla N° 16: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Edad y Género.

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
65 - 74	86	67	43	67	129	67
75 - 84	40	31	16	25	56	29
85 ó más	2	2	5	8	7	4
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El tramo de edad con mayor porcentaje de adultos mayores fue de 65-74 años con un 67%, seguido de las edades de 75-84 años con un 29% y de 85 ó más años

con 4%. El 67% de la población femenina estaba en el rango de 65-74 años, al igual que la masculina, las mujeres que estaban entre 75-84 años correspondieron al 31% y los hombres a un 25%, los adultos mayores de 85 o más años de género femenino y masculino fueron un 2% y 5% respectivamente.

Tabla N° 17: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Convivencia y Género.

CONVIVENCIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	106	83	58	91	164	85
NO	22	17	6	9	28	15
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla.

Se observó un porcentaje significativo de adultos mayores autovalentes con riesgo que vivían permanentemente con alguien en su hogar, con un 85%. Del total de mujeres encuestadas el 83% convivían, mientras que del total de género masculino el 91% convivía.

Tabla N° 18: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Relación de Pareja y Género.

RELACION DE PAREJA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	64	50	48	75	112	58
NO	64	50	16	25	80	42
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El 58% de los adultos mayores autovalentes con riesgo encuestados, mantienen una relación de pareja, del total de adultos mayores de género femenino el 50% de ellas mantuvo una relación de pareja, mientras que del total de individuos de género masculino el 75% mantuvo una relación de pareja.

Tabla N° 19: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Participación Social y Género.

PARTICIPACION SOCIAL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	64	50	21	33	85	44
NO	64	50	43	67	107	56
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El mayor porcentaje de los adultos mayores con riesgo no participó en actividades de la comunidad, correspondiendo a un 56%. Del total de mujeres encuestadas el 50% tenía una participación social, en cambio del total de hombres encuestados solo el 33% participaba socialmente.

Tabla N° 20: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Percepción de la Suficiencia Económica y Género.

PERCEPCION SUFICIENCIA ECONOMICA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	23	18	8	13	31	16
NO	105	82	56	87	161	84
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

La población adulta mayor encuestada, percibió que el dinero que recibían mensualmente no era suficiente para vivir con un 84%. Del total de las mujeres y hombres encuestados el 18% y el 13% respectivamente, percibió que el dinero que recibían era suficiente para vivir.

Tabla N° 21: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Educación y Género.

EDUCACION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANALFABETO	27	21	10	16	37	19
BÁSICA INCOMPLETA	73	57	40	62	113	59
BÁSICA COMPLETA	9	7	5	8	14	7
MEDIA INCOMPLETA	13	10	3	5	16	9
MEDIA COMPLETA	6	5	6	9	12	6
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El nivel educacional que se observó en los adultos mayores encuestados correspondió a la educación básica incompleta con un 59%, seguido por la población analfabeta con un 19%, la media incompleta con un 9%, la básica completa con un 7% y la educación media completa con un 6%. En cuanto a la diferencia por género se observó que del total de mujeres encuestadas las analfabetas fueron 21%, básica incompleta un 57%, básica completa 7%, media incompleta 10% y con media completa un 6%. Del total de hombres encuestados el 16% eran analfabetos, el 62% tenía básica incompleta, el 8% con básica completa, el 5% media incompleta y el 9% con media completa.

Tabla N° 22: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Situación Laboral y Género.

SITUACION LABORAL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACTIVO CON CONTRATO	1	1	0	0	1	1
JUBILADO/ PENSIONADO	107	83	60	94	167	86
CESANTE	1	1	0	0	1	1
OTRO*	19	15	4	6	23	12
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

***: Adultos mayores que dependían económicamente de un familiar o que trabajan sin contrato.**

Los adultos mayores jubilados y/o pensionados correspondieron a un 86% de la población, existió un 12% de adultos mayores que no entraron en la clasificación. La población activa con contrato y cesante correspondieron a un 1% respectivamente. Del total de mujeres encuestadas, el 1% se encontraba activa con contrato, el 83% jubilados/pensionadas, el 1% cesante y el 15% otro, en cambio del total de hombres encuestados no se registraron datos en la categoría de activos con contrato y cesantes, el 94% se encontraban jubilados/pensionado y el 6% en otro.

Tabla N° 23: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Estado Nutricional y Género.

ESTADO NUTRICIONAL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENFLAQUECIDO	10	8	5	8	15	8
NORMAL	40	31	22	34	62	32
SOBREPESO	42	33	24	38	66	34
OBESO	36	28	13	20	49	26
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

Según el IMC de los adultos mayores encuestados, el 34% correspondió a sobrepeso, un 32% era normal, el 26% fueron obesos y el 8% del total de la población estaba enflaquecida. Del total de mujeres encuestadas se pudo observar que existía un 8% de adultos mayores enflaquecidas, 31% normal, 33% sobrepeso y 28% obesa; similar situación ocurrió del total de hombres encuestados con un 8% enflaquecido, 34% normal, 38% sobrepeso y 20% obeso.

Tabla N° 24: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Depresión y Género.

DEPRESION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	77	60	41	64	118	61
LEVE	24	19	20	31	44	23
ESTABLECIDA	27	21	3	5	30	16
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

Según la escala abreviada de Yesavage, el 61% de los adultos mayores encuestados no manifestó depresión, el 23% presentó depresión leve y el 16% tenía depresión establecida. Del total de la población femenina el 60% se encontraba normal, el 19% y 21% manifestaba depresión leve y depresión establecida respectivamente. Del total de adultos mayores hombres encuestados,

el 64% no presentó depresión, el 31% manifestó depresión leve y solo 5% de éstos tuvo depresión establecida.

Tabla N° 25: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Caídas y Género.

CAIDAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	46	36	19	30	65	34
NO	82	64	45	70	127	66
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El 66% del total de adultos mayores autovalentes con riesgo encuestados, no presentó caídas en el transcurso del año 2006. Del total de adultos mayores de género femenino el 36% presento caídas, mientras que del total de hombres el 30% sufrió una en el transcurso del año 2006.

Tabla N° 26: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Enfermedades Crónicas no Trasmisibles y Género.

ECNTs	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 – 2	100	78	61	95	161	84
3 – 5	28	22	3	5	31	16
6 ó más	0	0	0	0	0	0
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

De la población adulta mayor encuestada el 84% presentó de 0 a 2 enfermedades crónicas no trasmisibles, mientras el 16% manifestó de 3 a 5. Del total de la población adulto mayor femenina se observó que el 78% presentaba de 0 a 2 enfermedades crónicas no trasmisibles y el 22% de 3 a 5; del total del género masculino el 95% tenía de 0 a 2 enfermedades y el 5% manifestaba de 3 a 5.

En la categoría de 6 o más enfermedades crónicas no trasmisibles no se registraron datos.

Tabla N° 27: Frecuencia y Porcentaje de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato según Polifarmacia y Género.

POLIFARMACIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-3	83	65	52	81	135	70
4-7	41	32	12	19	53	28
8 o más	4	3	0	0	4	2
TOTAL	128	100	64	100	192	100

Fuente: IDEM Tabla 1.

El 70% de los adultos mayores encuestados consumió de 0 a 3 fármacos diarios, el 28% ingería de 4 a 7 medicamentos y el 2% consumía de 8 a más. Del total de mujeres encuestadas el 65% consumió de 0 a 3 fármacos, el 32% tomaba de 4 a 7, y un 3% de 8 a más; mientras que del total de hombres el 81% ingería de 0 a 3 medicamentos, el 19% de 4 a 7 y en la categoría de 8 a más fármacos no se registraron datos.

3.2 Discusión de los resultados.

Respecto a los resultados obtenidos se analizaron los datos y antecedentes teóricos-empíricos encontrados:

En el caso de los Adultos mayores autovalentes sin riesgo las cifras entre este estudio y las entregadas por el MINSAL no concuerdan con un 11% y un 67% respectivamente, los Adultos Mayores autovalentes con riesgo sus porcentajes correspondieron a un 36% superando en 6 puntos porcentuales con la estadística de MINSAL. Los Adultos Mayores Dependientes en Chile son el 3% de la población de este grupo etareo, diferencia notable con los datos obtenidos en esta investigación donde correspondían al 53%. (30)

Según este estudio el 67% de la población adulta mayor autovalente con riesgo se ubicó entre los 65 – 74 años, esto concuerda con las cifras del país y Chillán (6). Esto se debe a las mejoras en las políticas de salud y se ve reflejada en el aumento de la expectativa de vida.

El género que predominó en los adultos mayores es el femenino, según la estadística nacional y de Chillán el porcentaje de mujeres es de 57,1% y 59,8% respectivamente, siendo éste siempre superior al de los hombres, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro estudio (67%). Podemos destacar que la población femenina inscrita en el consultorio es superior a sus referentes nacionales y de ciudad, lo cual se asocia a la mayor asistencia de éstas a las prestaciones de atención primaria.

En este estudio, se observó que el 85% de los adultos mayores encuestados convive con alguien en su casa, lo cual no coincide con los resultados obtenidos por Figueredo Ferrer, Norma y cols. el 2003 (2), donde los adultos mayores que conviven permanentemente con alguien alcanzan el 64%.

El 58% de la población adulto mayor encuestada mantuvo una relación de pareja, cifra levemente superior a la que se observa en el país, donde se indica un 52,3% (19). En el otro extremo el grupo de adultos mayores que no mantuvo algún tipo

de relación de pareja alcanzó el 42% de la población total encuestada; en las mujeres el 50% de ellas no mantenían una relación de pareja, a diferencia de la Encuesta CASEN 2003 que señala que el 38,1% de las mujeres adultas mayores no tiene pareja. (19).

Los adultos mayores autovalentes con riesgo en este estudio, que no participaron en organizaciones de la comunidad corresponden a un 56% versus un 44% que si participaron; este resultado no se aproxima a la realidad observada en el datos registrados por el SENAMA (27) donde solo un 13% de la población adulta mayor nacional participa en la comunidad. Esta diferencia porcentual se puede deber a un mejor acceso por parte de este grupo a organizaciones comunitarias, ya sea dependiente del centro de atención primaria como a otras organizaciones cercanas al lugar de residencia de los adultos mayores.

Al igual que el estudio del “Funcionamiento Social del Adulto Mayor” realizado por Mercedes Zavala G. y col. (31) el año 2006, en Concepción, el nivel educacional de los adultos mayores se concentró en enseñanza básica incompleta, con un poco más de la mitad de los individuos encuestados, los demás niveles educacionales tuvieron porcentajes muy similares, siendo el nivel más bajo la enseñanza media completa con porcentajes levemente superiores al 6% en ambos estudios. Esto concuerda con la encuesta CASEN (19) donde se dice que el promedio de escolaridad, en años, de la población adulta mayor de 66 años y más en Chile, es de 6 años, correspondiendo a la enseñanza básica incompleta. Por otra parte la población alfabeta (81%) de este estudio se encontró bajo los valores de la población adulta mayor del sector urbano de Chile, que fluctúan entre 91% para los AM de 60-74 años y 87% para los mayores de 75 años (6).

En el estudio realizado por Varela Pinedo Luis (29) sobre la “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional”, Perú, se puede ver que al igual que en los estudios anteriormente nombrados coincidió la mayor concentración de adultos mayores con enseñanza básica o primaria con un 42,5%, pero el nivel de analfabetismo es mayor que el encontrado en el estudio

realizado por los tesisistas (19%) ya que más de un tercio (35,5%) de la población en el estudio de Varela, no sabe leer.

En relación a la situación laboral de los adultos mayores autovalentes con riesgo encuestados, éstos en su gran mayoría eran jubilados/pensionados representando más del 85% del total de encuestados, a diferencia de la investigación de Mercedes Zavala G. y col. (31) sobre el “Funcionamiento Social del Adulto Mayor”, donde solo el 38% de los encuestados son jubilados.

En el estudio realizado por Figueredo Ferrer, Norma y Col. (2) sobre la “Caracterización Del Adulto Mayor En La Comunidad”, en Cuba, se aprecia que la población de AM jubilados es de un 46%, siendo sólo un poco más de la mitad que los resultados obtenidos por los tesisistas, por otra parte el 35% tiene un trabajo actual, en cambio en la investigación realizada por los tesisistas, se obtuvo que el AM autovalente con riesgo activo con contrato tuvo un porcentaje del 1%. La participación económica de los AM autovalentes con riesgo de este consultorio, fue menor que las cifras obtenidas de los AM a nivel país, ya que los activos con contrato de género femenino fueron el 1% y en el género masculino no se encontraron activos con contrato, contra 5,8% y 21,2% para mujeres y hombres respectivamente (6).

De la población total de adultos mayores el 26% eran obesos según la clasificación del IMC. Sandoval Luis y col (25) en 1997 concluyeron en su estudio que, el 42% de la población correspondía a esta categoría, no concordando con los resultados apreciados por los tesisistas.

Urteaga Carmen y col (28) en el 2001 determinaron en su investigación que el 9,3% de la población adulta mayor se clasifica como bajo peso, estos resultados coinciden con los obtenidos por los autores, donde el 8% de la población del estudio se encontró en esta categoría.

El escaso porcentaje que tenía la población de bajo peso, se explica a través de la mejora en las políticas de salud ministeriales, con la implementación del Programa

de Alimentación Complementaria del Adulto mayor (15) que contribuye a prevenir y tratar las carencias nutricionales del anciano.

De los adultos mayores encuestados posterior a la aplicación de la escala abreviada de depresión de Yesavage, se observó que el 39% presentó depresión leve y establecida, estos resultados no coinciden con lo que obtuvieron Hoyl Trinidad y col (5) en el año 2000 donde en la población estudiada el 47% presentaba un resultado positivo para la depresión.

Estos resultados se explican debido a la especificidad y sensibilidad para detectar depresión del instrumento (5), además al proceso de envejecimiento inherente a los adultos mayores debido a la baja percepción de suficiencia económica, bajo nivel educacional, polifarmacia, enfermedades concomitantes, entre otras. Todos estos factores influyen en la aparición de la depresión, ya que este trastorno afectivo posee una etiología multifactorial afectando condiciones somáticas y psicosociales.

De la población total de adultos mayores encuestados, el 34% de éstos presentó al menos una caída en el transcurso del año 2006, estas cifras no concuerdan con el estudio realizado por González Gisela y col (4) en el año 2001, donde los adultos mayores que caen corresponden al 18,2% de la población.

Unas de las causas que precipitan al adulto mayor a caer se deben a los factores intrínsecos del individuo (fisiológicos y patológicos) y los extrínsecos (ambientales), la avanzada edad la cual los hace más susceptibles y los déficit carenciales en su alimentación.

Independiente del género de los adultos mayores que fueron objeto de estudio, un porcentaje considerable (84%), presentó hasta 2 enfermedades crónicas no transmisibles y sólo un 16% manifestó más de 3, lo que concuerda con la información entregada por el MINSAL en su documento Funcionalidad del Adulto Mayor y Aplicación de Instrumento Predictor de Pérdida de Funcionalidad EFAM-Chile (14), quienes mencionan que a pesar de los estilos de vida adecuados y condiciones fisiológicas, sociales y ambientales favorables es común encontrar

personas mayores de 80 años que padezcan hasta 3 enfermedades crónicas no trasmisibles. Ésta situación se debe a que durante el proceso normal de envejecimiento el cuerpo pierde aproximadamente un cuarto de las células que componen los diferentes órganos y sistemas, lo cual a su vez conlleva a una disminución de la función del órgano o sistema y como consecuencia de esto se genera una mayor susceptibilidad de parte de los adultos mayores a padecer dichas enfermedades (14).

En cuanto al número de fármacos que consumían los adultos mayores, independiente del género, sólo el 30% ingirió de 4 ó más medicamentos diarios, lo que según esta investigación es considerado como polifarmacia. Del total de mujeres encuestadas el 35%, consumieron de 4 ó más medicamentos. Ésta situación no es muy diferente de otros estudios, Marín L Pedro y col (10) en su investigación “Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas” observaron que independiente de la edad casi el 20% de estas mujeres está recibiendo cinco o más fármacos. Esto se debe comúnmente a que los adultos mayores sufren un gran número de enfermedades que en si conllevan a una mayor cronicidad e invalidez, por lo mismo no es extraño encontrar a un anciano que consume más de 4 o 5 medicamentos diarios.

IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Conclusiones.

En el estudio “Caracterización de los Adultos Mayores Autovalentes con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato de Chillán, más del 50% de los adultos mayores inscritos en el consultorio San Ramón Nonato fueron clasificados como dependientes según EFAM, sólo el 36% del total de la población adulta mayor se clasificó como autovalente con riesgo.

Con respecto a las variables Biodemográficas podemos concluir lo siguiente.

El rango de edad que alcanzó mayor porcentaje fue el de 65 y 74 años sobrepasando el 65%. Además se puede concluir que el menor número de individuos, estuvo en el rango de 85 y más años, correspondiendo a un 4%. Del total de adultos mayores encuestados el promedio de edad fue de 72 ($\pm 5,67$) años, siendo la más frecuente 67 años.

En cuanto al mínimo y máximo de edad observado fue de 65 y 92 años respectivamente.

Del total de encuestados, dos tercios de estos correspondieron al género femenino (67%).

Los cuatro quintos de la población adulto mayor vivía permanentemente con alguien en su casa (85%). Del total de mujeres el 83% convivía, mientras que del total de hombres el 91% vivía con alguien en su hogar.

Más de la mitad de los adultos mayores encuestados mantenía una relación de pareja, con un 58%, del total de mujeres se observó igual proporción entre las que mantenían relación de pareja y aquellas que no. En cambio del total de hombres tres cuartos de ellos mantenían una relación de pareja.

Más de la mitad de los adultos mayores no participaba en organizaciones de la comunidad, con un 56%; del total de adultos mayores de género femenino se observó igual proporción entre aquellas que participaban y aquellas que no.

Mientras que del total de adultos mayores de género masculino se observó que el solo 33% de ellos participaban en la comunidad.

De las variables socioeconómicas, podemos decir que los resultados más relevantes fueron.

Más del 80% de los adultos mayores encuestados percibieron que el dinero que recibían no era suficiente para vivir, de éstos, el total de hombres que se encuentra dentro de ésta categoría corresponden al 87%. Mientras que del total de mujeres, el 82% percibió que el dinero que recibían no era suficiente para vivir.

Más de la mitad del total de los adultos mayores tenía una enseñanza básica incompleta, de la población femenina encuestada más del 50% se encontraba en esta categoría. Por otra parte el 62% del total de hombres encuestados tenían una educación básica incompleta.

La mayor parte de adultos mayores autovalentes con riesgo eran jubilados/pensionados representando más del 86%, en ésta categoría del total de mujeres encuestadas el 83% se encontraba en ésta situación, por otra parte del total de hombres encuestados el 94% eran jubilados/pensionados. Del total de la muestra el 2% se encontraba cesante y activo con contrato.

De las variables relacionadas a salud, podemos decir que los resultados más relevantes fueron:

Dos tercios de la población adulta mayor encuestada según el IMC, se encontraban normal (32%) y sobrepeso (34%), al diferenciar la población total por género, del total de mujeres, la mayor parte de la población se concentró en la categoría de sobrepeso (33%), seguida de la categoría normal con un 31%. En el género masculino se observaron cifras similares, siendo nuevamente las categorías de normal y sobrepeso las que concentraron la mayor parte de los adultos mayores de este género, con un 38% y 34% respectivamente.

Del total de adultos mayores, los enflaquecidos eran un 8% de la muestra.

Más del 60% de los adultos mayores encuestados no presentaron depresión al aplicarles la escala abreviada de Yesavage, al dividirlos por género se observaron similares proporciones, del total de mujeres un 60% no presentó depresión y del total de hombres un 64% se clasificaba en ésta categoría. Por el contrario del total de adultos mayores de género femenino encuestados el 21% presentó depresión establecida, en la población masculina del total de encuestados, sólo el 5% tenía depresión establecida.

Los dos tercios de los adultos mayores autovalentes con riesgo encuestados no presentaron caídas durante el año 2006 siendo éstos el 66% del total de la población. Las mujeres que no sufrieron caídas superaron a los hombres en 6 puntos porcentuales.

Podemos concluir que del total de adultos mayores encuestados sin diferenciar por género, más del 80% de éstos presentaban hasta 2 enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que los que presentaban de 3 a 5 patologías sólo representaban el 16% de la muestra. Más aún, del total de mujeres encuestadas, las que manifestaban hasta 2 ECNTs representaban el 78% y aquellas que presentaban de 3 a 5 patologías alcanzaron un 22%. Mientras que del total de hombres encuestados más del 90% manifestaba de 0 a 2 ECNTs y sólo un 5% de 3 a 5.

Aproximadamente tres cuartos de los adultos mayores encuestados consumía hasta 3 fármacos, mientras que un 30% ingería más de 4 medicamentos diarios. En cuanto a las diferencias por género, del total de mujeres un 35% presentó polifarmacia, por otra parte del total de hombres encuestados sólo un 19% consume más de cuatro fármacos diarios.

Sugerencias.

- Realizar estudios descriptivos con diferentes grupos de adultos mayores clasificados según EFAM para posterior realizar estudios analíticos en el C.S.R.N.
- Fomentar el desarrollo de la investigación de Enfermería en el área de los adultos mayores.
- Crear conciencia en el profesional de Enfermería de la importancia de las características de los adultos mayores autovalentes con riesgo y así adecuar el tipo de educación a entregar.
- Clasificar a los adultos mayores del C.S.R.N. según el IMC para este grupo etáreo, según normas ministeriales.
- Estudiar con profundidad las variables con mayor diferencia porcentual, con el fin de implementar medidas de promoción y prevención de la salud en estos adultos mayores.
- Realizar investigaciones que contemplen otros centros de salud de la comuna.
- Difundir los resultados obtenidos en otras instituciones relacionadas con adultos mayores.

Limitaciones.

- Los escasos estudios relacionados con el tema publicado en nuestro país, lo que disminuyó nuestra visión de la realidad de los adultos mayores autovalentes con riesgo en Chile.
- Dificultad para acceder a literatura relacionada a la autovalencia del adulto mayor.
- Registro inadecuado del IMC de los adultos mayores, debido a que existe una clasificación especial para éstos según MINSAL.
- Falta de actualización en el registro de las direcciones de los adultos mayores.

V. BIBLIOGRAFÍA.

1. ADMISION, Registro de Estadística. Consultorio San Ramón Nonato. Noviembre 2006
2. FIGUEREDO FERRER Norma y col. Caracterización Del Adulto Mayor En La Comunidad [en línea]. Cuba: Rev. Cubana de Enfermería, 2003. [Fecha de consulta: 2 de mayo 2007]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006000200007&script=sci_arttext>
3. GARCIA Pelayo Ramón y GROSS, Pequeño Larousse. Paris. Editorial Bibliográfica Chilena Ltda. 1996. 787, 272, 609, 885, 948,1012.
4. GONZÁLEZ Gisela y col. Prevalencia sobre las características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad [en línea]. Santiago: Revista médica de Chile, 2001. [Fecha de consulta: 5 de septiembre 2006]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887200100090007&lng=es&nrm=iso#t1#t1>
5. HOYL Trinidad y col. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica [en línea]. Santiago: Revista médica de Chile, 2000. [Fecha de consulta: 24 de mayo 2007]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000001100003&script=sci_arttext>
6. INSTITUTO Nacional de Estadísticas, Chile. Censo 2002. [en línea] [consulta:29 de mayo de 2007] <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/home.php>
7. JANSSON Axel y col. El Costo Social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el Adulto Mayor [en línea]. Chile: Rev. Semestral de la universidad

de las Américas, 2001. [Fecha de consulta:12 de octubre 2006]. Disponible en Internet :

< <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/208/20808106.pdf> >

8. KANE L Robert, OUSLANDER G Joseph, ABRASS B Itamar. Geriatría Clínica Cuarta Edición, México, Mc Graw-Hill Interamericana, 2001 4-12, 331, 341, p.
9. KATHLEEN Mahan L, ESCOTT Stump Sylvia. Nutrición y Dietoterapia de Krause, 9º Edición, México, Mc Graw-Hill Interamericana, 2001, 371 p.
10. MARÍN L, Pedro Paulo; Gac e, Homero; Hoyl M, Trinidad Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas [en línea] Santiago, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile 2004 [Fecha de consulta: 28 de mayo 2007], Disponible en Internet <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004000100005&lng=pt>
11. MARRINER Ann, Modelos y Teorías de Enfermería, 1ª edición, Madrid. Editorial Harcourt Brase, 1999. 182-189 p.
12. MINISTERIO de Desarrollo y Planificación, Chile. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN 2003. [en línea] [consulta:23 de mayo 2007] < [http:// www.mideplan.cl/casen/pdf/Metodologia_%202003.pdf](http://www.mideplan.cl/casen/pdf/Metodologia_%202003.pdf) >
13. MINISTERIO de Salud (Chile), Estadísticas de Salud [en línea], 2006 [Fecha consulta 21 octubre 2006] Disponible en Internet:<<http://deis.minsal.cl/index.asp>>
14. MINISTERIO de Salud (Chile), Funcionalidad del Adulto Mayor y Aplicación de Instrumento Predictor de Perdida de Funcionalidad EFAM-Chile [en línea], 2006 [Fecha consulta 21 octubre 2006] Disponible en Internet: < http://www.minsal.cl/ici/adulto_mayor/funcionalidad_adulto_mayor_efam_chile.doc>

15. MINISTERIO de Salud (Chile). Manual del Programa de Alimentación Complementaria de Adulto Mayor 2001. [en línea] [Fecha de consulta: 24 de noviembre 2006].Santiago, Chile.
< http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/pacam.pdf>
16. MINISTERIO de Salud (Chile), Objetivos Sanitarios [en línea], 2000-2010[Fecha consulta 26 mayo 2007] Disponible en Internet: < <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>>
17. MINISTERIO de Salud (Chile), anexo nº 1.Orientaciones Generales para el Cuidado de la Familia y las Distintas Etapas del Ciclo Vital Individual [en línea], 2006 [Fecha consulta 21 octubre 2006] Disponible en Internet: <http://www.minsal.cl/ici/atencion_primaria/ANEXO1_CUIDADOS_DE_SALUD.doc>
18. MINISTERIO de Salud (Chile). Prevención y Manejo de las Caídas. [en línea] [Fecha de consulta: 24 de noviembre 2006].Santiago, Chile. < <http://www.minsal.cl>>
19. MINISTERIO de Planificación y Cooperación, Chile. Principales resultados situación de los adultos mayores Encuesta Casen 2003. [en línea] [consulta:26 noviembre 2006]` <http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=179>
20. MINISTERIO de Planificación y Cooperación, Chile. Situación de la mujer y las brechas de género, 2000. Análisis de la información de la encuesta CASEN 1990 y 2000. [en línea] [consulta:26 noviembre 2006]` <http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=31>
21. MORENO Segovia, E. MILES Avello, J. 2003. Catastro de la población adulta mayor. Adultos mayores por regiones, comunas y porcentaje. [en línea] [consulta: 28 septiembre 2006]. Servicio Nacional del Adulto Mayor. <www.senama.cl/Archivos/967.pdf>
22. NAVARRO Beltran Iracet Estanislao Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 13º Edición, Barcelona, Salvat, 1992. 373, 405, 984, 1115 p.

23. O'TOOLE, Marie. Diccionario Enciclopédico de Enfermería. 5° edición. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana S.A. 1996.1154 p.
24. SALGADO, Alberto; GUILLÉN, Francisco. Manual de Geriatria. Segunda Edición. Barcelona, España. Editorial Masson-Salvat 1994. 429, 430, 437-442 p.
25. SANDOVAL Luis y col. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios [en línea]. Perú: Rev. Med. Herediana, 1998. [Fecha de consulta 25 de mayo 2007]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X1998000300003&script=sci_arttext >
26. SERVICIO Nacional del Adulto Mayor (Chile). Adulto Mayor Avance en las Políticas Sociales [en línea], 2002 [Fecha consulta 29 octubre 2006] Disponible en Internet: < <http://www.senama.cl/Archivos/avances.pdf>>
27. SERVICIO Nacional del Adulto Mayor (Chile). Política Nacional para el Adulto Mayor 2006. [en línea] [Fecha de consulta: 24 de noviembre 2006].Santiago, Chile. < http://www.portaladultomayor.com/cgi-bin/pam/display.pl?bri=pam&plantilla=newnivel_3.htm&cat=435&sis=1>
28. URTEAGA Carmen y col. Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor [en línea]. Santiago: Rev. Médica de Chile, 2001. [Fecha de consulta 25 de mayo 2007]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000800005&script=sci_arttext>
29. VARELA Pinedo Luis y col. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional [en línea]. Perú: Rev. Med. Herediana, 2005. [Fecha de consulta: 2 de mayo 2007]. Disponible en Internet :<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2005000300002&script=sci_abstract>
30. VILLALOBOS Courtin Alicia, ESTRADA Castro, Viviana, GUERRA Caicedo, Viviana, MUÑOZ González, Mónica, GONZÁLEZ Castillo, Nieves, GARRIDO

González Carmen, CAMPOS Cerda Ivon, BUSTOS Zemelman Clara, HERRERA Villagra Patricio, BARBIERI Risso Luisa. Ministerio de Salud de Chile. Normas Técnicas: Norma de la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. División de Rectoría y Regulación, Departamento de Salud de las persona, Programa de Salud del Adulto Mayor, 2002. Santiago.9, 10, 16,19-28 p.

- 31.ZAVALA G Mercedes. y col. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. [en línea]. Concepción: Rev. Ciencia y Enfermería, 2006. [Fecha de consulta: 25 de mayo 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf> >

VI. ANEXOS.

6.1 Definición Nominal y Operacional de Variables.

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación de la encuesta (22).	<ul style="list-style-type: none"> • 65 -74 años. • 75 – 84 años. • 85 ó más años.
<i>Género</i>	El determinado por la inscripción en el Registro Civil de acuerdo con el certificado de nacimiento extendido por facultativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino. • Masculino.
<i>Convivencia</i>	Vivir con otra persona, compartir su vida y sus ideas (3).	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<i>Relación de Pareja.</i>	Condición sujeta a la vida afectiva de la persona en el momento de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<i>Participación Social</i>	Inserción activa de las personas mayores a las organizaciones comunitarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<i>Percepción de Suficiencia Económica.</i>	Apreciación subjetiva de los ingresos o medios económicos necesarios para satisfacer las necesidades del individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No
<i>Nivel Educativa</i>	Años de escolaridad realizados en forma continua en la educación formal.	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto. • Básica Incompleta. • Básica Completa. • Media Incompleta.

		<ul style="list-style-type: none"> • Media Completa.
Situación Laboral Actual	Actividad u ocupación por la cual recibe o no remuneración.	<ul style="list-style-type: none"> • Activo con contrato. • Jubilado/Pensionado. • Cesante. • Otro.
Antecedentes Nutricionales	Es la medición de la magnitud en que se cubren las necesidades fisiológicas de la persona en cuanto sus alimentos, evaluado según Índice de masa corporal, del último control registrado en ficha (9).	<ul style="list-style-type: none"> • Enflaquecido < 23 • Normal 23.1 - 27.9 • Sobrepeso 28 – 31.9 • Obeso > ó igual a 32
Presencia de Depresión.	Situación en que el individuo sufre una alteración del humor, y disminución de su nivel de actividad, de la concentración y de su capacidad para disfrutar ,evaluada mediante la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage (22).	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 0-5 • Depresión Moderada 6-9. • Depresión Severa ≥10
Antecedentes de Caídas.	Cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad, registrado en el último año en	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

	la ficha (3).	
Número de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.	Cantidad de afecciones que requieren tratamiento continuo, de por vida y que están registrados en la ficha (22).	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 2 ECnTs. • 3 – 5 ECnTs • 6 ó más ECnTs
Polifarmacia	Administración de 4 o más medicamentos a la vez, prescritos o no por médico.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 3 • 4 – 7 • 8 ó más.

Escuela de Enfermería

OFICIO N°59/07

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, 22 Marzo de 2007

A : **SRA. MARÍA ANGÉLICA QUIJADA FERRADA**
DIRECTORA – CONSULTORIO ULTRAESTACIÓN

DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **"Caracterización del adulto mayor autovalente con riesgo del Consultorio San Ramón Nonato Chillán**, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Kenny Nayib Acuña Moya	15.875.998-5
- Andrés Esteban Alvarado Donoso	15.770.410-9
- Luis Alcides Gatica Roa	15.876.635-3
- Zenén Germán Parra Hermosilla	15.877.996-K

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Angela Astudillo Araya.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y Facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una **PRUEBA**

PILOTO, a los usuarios Adultos Mayores inscritos en el Consultorio que usted dirige, consistente en un Cuestionario que será aplicado a una muestra similar a la definitiva.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos, se realizaría los días 27 y 28 de marzo del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,



EEL/ssc
C.C.:

📁 SRA. ANDREA APARICIO ESCOBAR – ENFERMERA COORDINADORA, CONSULTORIO
ULTRAESTACIÓN
📁 ARCHIVO ESCUELA

Escuela de Enfermería

OFICIO N°85/07

MAT.: Solicita Autorización

Chillán, 16 de abril de 2007

A : **SRA. ANDREA RODRIGUEZ FIGUEROA**
Directora - Consultorio San Ramón Nonato. Chillán

DE : **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**
Directora Escuela Enfermería

De mi consideración:

Junto con saludarle, informo a usted que los Alumnos/as de 5° Año de la Carrera de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, deben realizar una tesis, para poder así optar al Grado de Licenciado en Enfermería. Uno de estos proyectos es “**Caracterización del Adulto Mayor autovalente con riesgo del Consultorio San Ramón Nonato Chillán**”, el cual será realizado por los Alumnos/as que se mencionan a continuación:

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES:

Kenny Nayib Acuña Moya	Rut. 15.875.998-5
Andes Esteban Alvarado Donoso	Rut. 15.770.410-9
Luis Alcides Gatica Roa	Rut. 15.876.635-3
Zenén German Parra Hermosilla	Rut. 15.877.996-k

OBJETIVOS GENERALES DE LA TESIS:

- Conocer las características sociodemográficos, económicas y de salud de adulto mayor funcional con riesgo bajo control del sector urbano en el Consultorio San Ramón Nonato.

DOCENTE GUIA:

Sra. Angela Astudillo Araya.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle tenga a bien, otorgar la autorización y facilidades necesarias para que dichos alumnos, puedan realizar la recolección de datos, teniendo acceso a las Fichas de la población en estudio.

Es propicio señalar, que de otorgar la autorización respectiva, la recolección de tales datos, se realizaría desde el 17 de Abril hasta el 28 de mayo del presente año, garantizando a su vez la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

En espera de que la presente solicitud, cuente con la valiosa y favorable acogida, le saluda cordialmente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

e-mail: eespino@ubiobio.cl

Fono: ☎ (042) 253085

EEL/ssc.

C.C.:

📁 Sra. Claudia Araneda Sotomayor – Enfermera Supervisora, Consultorio San Ramón Nonato

📁 Sra. Angela Andrea Astudillo Araya – Docente Guía Tesis.

📁 Archivo Escuela Enfermería.

6.2 Consentimiento Informado.

El presente cuestionario esta destinado a los adultos mayores con el fin de ser evaluado, y posteriormente realizar la investigación denominada “Caracterización del Adulto Mayor Autovalente con Riesgo del Consultorio San Ramón Nonato, Chillán” cuyo propósito es determinar las características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud del adulto mayor autovalente con riesgo, bajo control en el C.S.R.N sector urbano de Chillán.

Por este motivo, solicitamos a usted colaborar con esta investigación respondiendo este cuestionario, que es de carácter voluntario y anónimo, pudiendo negarse a participar. Los datos obtenidos serán confidenciales y los participantes de este estudio no sufrirán ningún tipo de perjuicio físico o psicológico, ni se obtendrá ninguna ganancia material o monetaria.

Es de vital importancia para el desarrollo de este estudio que usted participe y responda de forma sincera.

Agradeciendo su colaboración, saluda cordialmente.

Alumnos de 5° año.
Carrera de Enfermería.
Universidad del Bío- Bío.
Kenny Acuña Moya.
Andrés Alvarado Donoso.
Luis Gatica Roa.
Zenén Parra Hermosilla.

Conforme.....

6.3 Escala de Depresión Abreviada de Yesavage.

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:	
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO	
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI	
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO	
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI	
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO	
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI	
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	
10	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI	
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO	
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI	
13	¿Se siente lleno de energía?	NO	
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI	
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en	SI	

	mejor situación económica que usted?		
--	--------------------------------------	--	--

Puntuación total:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

≥10: Depresión establecida.

6.3 Características del Adulto Mayor Autovalente con Riesgo.

Caso N° _____

Instrucciones: marque con una cruz la asección que usted considere correcta.

1- ¿Que edad tiene?

.....

2- Género

a) Femenino.....()

b) Masculino.....()

3. ¿Cree usted que el dinero que recibe es suficiente para vivir?

a) Si.....()

b) No.....()

4.- ¿Usted vive con alguien en su casa?

a) Si.....()

b) No.....()

5. ¿Tiene pareja?

a) Si.....()

b) No.....()

6. ¿Usted asiste a actividades de organizaciones de la comunidad?

a) Si.....()

b) No()

7. ¿Hasta que curso llegó?

a) Analfabeto.....()

b) Básica Incompleta...()

c) Básica Completa.....()

d) Media Incompleta....()

e) Media Completa....()

8.- ¿Usted realiza alguna actividad por la cual recibe dinero?

a) Activo con contrato.....()

b) Jubilado/Pensionado....()

c) Cesante.....()

d) Otro.....()

9. Estado Nutricional en su último control según ficha.

a) Enflaquecido.....()

b) Normal.....()

c) Sobrepeso.....()

d) Obeso.....()

10. Conteste las siguientes preguntas. (Evaluación según escala abreviada Yessavage).

a) Normal (0-5).....().

b) Depresión Moderada (6-9).....().

c) Depresión Severa (≥ 10).....().

11. ¿Tuvo caídas durante el año pasado?

a) Si.....()

b) No.....()

12. ¿Qué enfermedades crónicas tiene? Marque la alternativa correcta e indique con una cruz la(s) enfermedad(s) que padece.

- Asma.....()

- Hipertensión Arterial.....()

- Diabetes.....()

- Dislipidemias.....()

- Artrosis.....()

- EPOC.....()

a) 0 -2 ECNTs.....()

b) 3 -5 ECNTs.....()

c) 6 ECNTs.....()

13. ¿Cuántos medicamentos toma?

a) 0 -3.....()

b) 4- 7.....()

c) 8 ó más.....()