



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y FACTORES
BIOPSICOSOCIALES DE ADULTOS MAYORES A CARGO DEL CUIDADO DE
UN NIETO MENOR DE 5 AÑOS, PERTENECIENTES A UN JARDÍN PÚBLICO,
CHILLÁN 2012.

Autores:

Ceballos Silva María Soledad

Jara Carrasco Luis Alejandro

Lecaros Delgado Mariela Valentina

Rodríguez Espinoza María José

Docente Guía:

EU. MG Sra. Juana Cortés Recabal

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

2012

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como es el desarrollo de un trabajo de investigación, para optar al grado de licenciado, es inevitable que nos asalte un humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Es por ello, que para nosotros es un verdadero placer utilizar este espacio para ser justos y consecuentes con ellas, expresándoles nuestros agradecimientos.

Debemos agradecer de manera especial y sincera a nuestra docente guía, la Sra. Juana Cortés Recabal, por su apoyo y confianza, por su trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas hacia un rumbo exitoso, sin duda ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo del presente estudio, sino también en nuestra formación como investigadores, como futuros profesionales de la salud y futuros colegas. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado en conjunto, el cual no se puede concebir sin su oportuna participación. Muchas gracias por su inmensa paciencia querida profesora, esperamos encontrarnos en internado o en un futuro no muy lejano.

También agradecer a los docentes de la carrera que colaboraron en esta misión, con sus consejos, opiniones y asesorías, los cuales nos dieron las herramientas necesarias para llevar a cabo la elaboración de esta tesis y cumplir con todas nuestras metas propuestas.

Por último, el agradecimiento más importante y con mayor valor se lo adjudican nuestras familias, las que sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta dura tarea.

Muchas gracias.

Dedico y agradezco a Dios y mis padres, por alentarme a escoger esta hermosa carrera y darme la oportunidad de ser cada día mejor, a mis hermanas, sobrinas y abuelitos, por siempre estar presentes y animarme día a día a superar cada uno de los obstáculos y ser mi luz al final del camino.

A mi novio y su familia por el apoyo incondicional, cariño y por acogerme en su hogar durante esta etapa universitaria. Por último a cada una de las personas que de alguna forma estuvieron presentes durante este período, principalmente a mis amigas y futuras colegas, muchas gracias por todo.

María Soledad Ceballos Silva

La presente tesis se la dedico a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso, a mi madre Patricia, por su cariño, por creer en mí y por ser mi modelo a seguir en la hermosa profesión que he elegido. A mi Padre Oscar por su cariño y por ser un pilar fundamental en mi etapa de estudios que pronto acaba.

A mis Abuelos y tías por el apoyo constante en todas las etapas de mi vida.

A mis hermanos y novia que son punto de desahogo de mi vida universitaria, indispensables en cada momento de mi vida. Y por último a mis amigos, los cuales han estado en las buenas y en las malas.

Luis Jara Carrasco

Le dedico esta tesis principalmente a mi madre, porque creyó en mí, porque me sacó adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ti mamá, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuviste impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sientes por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mis hermanos, tíos, primos, novio y amigos, muchas gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Mariela Lecaros Delgado

Dedico esta tesis primero a Dios por ser mi confidente en los bueno y malos momentos y unos de mis pilares fundamentales, porque a través de mis padres me dio la vida, me ha dado posibilidad de llegar a donde estoy hoy y poder ver los frutos del arduo trabajo de todos estos años, en segundo lugar a mi familia y en especial a mis madres por creer en mí y haberme brindado ese apoyo y cariño incondicional en todo momento, a mi papá quien es el hombre más importante de mi vida, mi mejor amigo con el que he compartido al mayoría de mis travesuras y como olvidar a mi tata con quien comparto cada mañana y hago rabiar cuando me va a dejar a la universidad, sin su apoyo tampoco podría estar cumpliendo esta gran etapa.

Muchas gracias a ustedes porque siempre han estado cuando los he necesitado, cuando la vida se ha tornado difícil, porque nunca me han dejado flaquear en los momento adversos, porque me han enseñado que la vida difícil que hay saber doblarle la mano y nunca rendirse y gracias a eso he podido salir adelante y llegar donde estoy.

María José Rodríguez Espinoza

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo relacionar el nivel de funcionalidad con los factores biopsicosociales de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto. Su importancia radica que con el cambio del perfil demográfico de la población Chilena, ha aumentado el número de adultos mayores que asumen el rol de la abuelidad, que consiste en asumir el cuidado de uno o más nietos. Debido a esto es necesario indagar en algunos factores biopsicosociales que puedan influir en su nivel de funcionalidad, basándose en la teoría de la continuidad, que postula que el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado con una constante adaptación a los cambios.

Se realizó un estudio no experimental de tipo correlacional, de corte transversal, en una muestra de 82 abuelos adultos mayores cuidadores.

Los instrumentos aplicados para la recolección de datos fueron: Cuestionario de antecedentes del adulto mayor, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala de Marcha y Equilibrio de Tinetti, Escala de Goldberg, Escala de Estrés y adaptación al cambio.

De los resultados obtenidos el 78,05% era sexo femenino, el 79,27% en un tramo de 65-74 años, el 63,41% se encontraba con pareja, un 41,46% y un 51,22% con un nivel educacional básico y medio respectivamente, el 51,00% en el primer quintil socioeconómico, la alteración mental predominante fue el estrés con un 54,88%, dentro de las patologías crónicas prevaleció de hipertensión arterial con un 57,32%, un 89,02% con independencia funcional y un 10,98% con dependencia parcial.

Se concluye que el nivel de funcionalidad no tiene relación con los factores biopsicosociales de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto.

Palabras clave: Abuelidad, funcionalidad, adulto mayor, nietos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to link the level of functionality with biopsychosocial factors of the elderly that are responsible for children. Its importance lies in the fact that with the change in the demographic profile of the Chilean population, the number of elderly people that have had to assume the role of grandparenthood has increased. Because of this, it is necessary to investigate some biopsychosocial factors that could influence the level of functionality based on the continuity theory, which postulate that growing old is an extension of experiences, projects and habits with a constant adaptation to changes.

A non-experimental, correlational and cross-sectional study was performed on 82 grandparents of age. The instruments applied for the collection of data were: Background questionnaire of the elderly, the Barthel Index, the Lawton and Brody Scale, the Tinetti Gait & Balance Scale, the Goldberg Scale, and the Stress and Change Adaptation Scale. Of the results obtained, 78.05% were female, 79.27% aged 65-74 years of age, 63.41% were in a relationship, 41.46% and 51.22% had an elementary and high school education level respectively, and 51.00% were part of the first socio-economic quintile. The predominant mental alteration was stress with a 54.88%, 57.32% suffered from hypertension, 89.02% had functional independence and 10.98% had partial dependence.

The level of functionality has no relation with the biopsychosocial factors of the elderly in charge of the care of a grandchild.

Key words: grandparenthood, functionality, elderly, grandchildren.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA	3
III.	PROBLEMA Y PROBLEMATIZACION	6
IV.	MARCO TEORICO	7
V.	MARCO EMPIRICO	19
VI.	PROPOSITO DE LA INVESTIGACION	24
VII.	OBJETIVOS	25
VIII.	HIPOTESIS	26
IX.	LISTADO DE VARIABLES	27
X.	DISEÑO METODOLOGICO	28
XI.	RESULTADOS	35
XII.	DISCUSION	46
XIII.	CONCLUSIONES	52
XIV.	BIBLIOGRAFÍA	57
XV.	ANEXOS	64
	ANEXO 1 MATRIZ DE VARIABLES	65
	ANEXO 2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	72
	ANEXO 3 LISTADO DE JARDINES	80
	ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	86

I. INTRODUCCIÓN

Una de las transformaciones más importantes que ha experimentado la sociedad de los últimos años es el envejecimiento de la población, la que implica que los abuelos sobrevivan durante más años al nacimiento de sus nietos y la comprensión de la morbilidad, que posibilita que las personas mayores vivan la etapa de abuelos en mejores condiciones de salud.

Por otro lado, las necesidades de atención de los nietos han aumentado considerablemente en la sociedad actual, debido fundamentalmente a; la incorporación de la mujer al mercado laboral, el incremento de familias monoparentales, la escasez de recursos públicos con los que cuentan las parejas jóvenes como alternativas de cuidado para los niños de corta edad, la existencia de problemas sociales, entre otras, han facilitado la aparición de nuevos escenarios sociales, donde actualmente los abuelos deben asumir el rol de padres sustitutos, atendiendo y cuidando a los nietos de forma eventual o permanente (1).

Producto de esto, es primordial conocer el impacto de los factores biopsicosociales en la funcionalidad de estos abuelos, con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida y con esto reducir los costos de los cuidados y de la atención; siendo fundamental detectar los factores que puedan vincularse a la limitación funcional (2).

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales adquiridos por el sujeto desde las primeras etapas de su desarrollo, según la teoría de la continuidad el adulto mayor es la prolongación de experiencias, proyectos y hábitos vividos, los cuales persisten en el tiempo y dan la base para afrontar el proceso de vejez. Además, constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento, lo que se traduce en que el adulto mayor sano es aquél capaz de enfrentar este proceso con un adecuado

nivel de adaptabilidad funcional y satisfacción personal, no obstante, la ausencia de éstas revela la pérdida de autonomía y la aparición de dependencia, que afectan la calidad de vida de las persona. La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades de la vida diaria (3).

Abuelidad es un concepto acuñado por la Dra. en Medicina, Paulina Redler en 1986 para denominar a la relación y función del abuelo con respecto al nieto, y los efectos psicológicos del vínculo. Según Redler, el término abuelidad es definido como una fase del desarrollo del individuo, caracterizado por el efecto que en su organización psíquica tiene el criar a un nieto, el momento habitualmente coincide con una etapa de la vida en que se producen importantes pérdidas como la viudez, jubilación, enfermedades que obligan a una reorganización psíquica y relacional (4).

Considerando lo anterior, el siguiente estudio tiene por objeto relacionar el nivel de funcionalidad con los factores biopsicosociales de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años.

II. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

La abuelidad, es definida como una etapa del proceso de desarrollo del individuo, caracterizado según Redler por "tener un nieto, ser y amarse a través de estos". Este momento, habitualmente coincide con una etapa de la trayectoria de vida en la que se producen importantes pérdidas como viudez, jubilación, enfermedades entre otras, las que obligan a una reorganización psíquica y relacional, donde la abuelidad toma un papel fundamental y se transforma en una oportunidad para esta reorganización (4).

Para comprender el concepto de abuelidad, es necesario distinguir el envejecimiento como proceso un natural, el que presenta cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están influenciados por enfermedades o por el entorno y no todos estos cambios tienen consecuencias clínicas negativas (5).

A medida que avanza la edad, el equilibrio salud – enfermedad se ve influido por factores internos y del entorno, este cambio en la salud se verá reflejado en la capacidad de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, es decir el nivel de funcionalidad del individuo.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (MINSAL, 2003).

Un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985), con la capacidad de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria

con plena autonomía desde el punto de vista psíquico, físico y social (6).

La transición demográfica que vive Chile y que se traduce, en términos simples, en un aumento importante de la población adulta mayor, que conlleva cambios profundos y significativos en la convivencia social y enfoque sanitario (7). Por consiguiente es importante conocer el impacto de los problemas de salud en la funcionalidad de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención; por ello es importante encontrar los factores que pueden relacionarse a la limitación funcional, ya que con estos antecedentes se podrán elaborar políticas que permitan identificar y tratar estas condiciones (8).

Un punto importante a considerar, es la falta de estudios sobre el tema a partir de datos Chilenos que relacionen la influencia de los factores biopsicosociales en el nivel de funcionalidad del adulto mayor a cargo del cuidado de uno o más nietos.

En consecuencia, se pretende abordar el problema bajo enfoque cuantitativo, de carácter correlacional, con una muestra representativa para así actuar de manera oportuna instaurando medidas potenciales, correctivas, promocionales y preventivas, para la mantención de la funcionalidad.

IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN

Enfermería es “Ciencia y Arte”; la primera, referida a un cuerpo de conocimientos respaldado por la metodología científica, y arte en cuanto a la pericia de aplicar la ciencia en el quehacer de la profesión.

Al investigar la relación entre el nivel de funcionalidad y los factores psicosociales del adulto mayor a cargo del cuidado de un menor de 5 años, se pretende ampliar el marco empírico a nivel regional, para respaldar futuras investigaciones sobre la gestión del cuidado de enfermería en el adulto mayor.

Debido al notable aumento del número de personas mayores, resultado de la transición desde una población con alta fecundidad y baja esperanza de vida, a una población con fecundidad y mortalidad disminuida y por otro lado el descenso del número de jóvenes, implica que el peso relativo de los mayores aumenta notablemente en el conjunto demográfico.

Este cambio en el perfil demográfico, ha ocasionado que durante el último tiempo se observe la adquisición de un nuevo rol de los adultos mayores dentro del grupo familiar, que es el de asumir el cuidado de uno o más nietos. Es por ello que es necesario indagar en algunos factores, considerando dimensiones de salud mental, física y familiar que puedan influir de manera positiva o negativa en el nivel de funcionalidad del adulto mayor.

Esta modificación genera desafíos importantes para la sociedad y principalmente para el equipo de salud, puesto que, debe ser capaz de abordar a este individuo de manera integral detectando precozmente alteraciones o modificaciones en su estado, instaurando medidas preventivas y correctivas, de manera de mantener o potenciar su funcionalidad.

III. PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el nivel de funcionalidad y los factores biopsicosociales de un grupo de adultos mayores a cargo del cuidado de sus nietos menores de 5 años, que asisten a jardines públicos de la comuna de Chillán 2012?

1.2 PROBLEMATIZACION

- ¿Cuál es el sexo predominante de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la edad promedio de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la situación de pareja predominante de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es el nivel educacional de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es el ingreso *per cápita* del los adultos mayores en estudio?
- ¿Existe presencia de depresión, estrés y ansiedad en los adultos mayores del estudio?
- ¿Cuál es la frecuencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y artrosis observada en los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad con mayor frecuencia observado en los adultos mayores en estudio?
- ¿Influye el nivel educacional e ingreso económico *per cápita* del adulto mayor en su nivel de funcionalidad?
- ¿Influye la depresión, estrés, y ansiedad del adulto mayor en su nivel de funcionalidad?
- ¿Influye la Hipertensión, Diabetes Mellitus, Dislipidemia y Artrosis del adulto mayor en su nivel de funcionalidad?

IV. MARCO TEORICO

1. Abuelidad y Nivel de Funcionalidad.

El término abuelidad es definido según Redler como una fase del desarrollo del individuo, caracterizado por el efecto que en su organización psíquica, provoca el “tener que criar a un nieto”. Este momento habitualmente coincide con una etapa de la vida en que se producen importantes pérdidas; viudez, jubilación o enfermedades que obligan a una reorganización psíquica y relacional.

Para comprender el concepto de abuelidad, es necesario distinguir el envejecimiento como proceso un natural, que presenta cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están influenciados por enfermedades o por el entorno, considerando que no todos estos cambios tienen consecuencias clínicas negativas (4).

El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su nivel de funcionalidad, esta es la capacidad para realizar de manera independiente o autónoma las actividades de la vida diaria. El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento (9).

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la disminución de la autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, limitan la calidad de vida de las personas mayores. Este deterioro afecta inicialmente las actividades complejas, pero si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, podría llegar a afectar la independencia y autonomía en las actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: como levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazarse dentro del hogar (8).

La evaluación funcional es la parte principal y más importante de la valoración integral del paciente geriátrico, ésta ha servido de referencia para establecer diagnósticos sociales y psicológicos, y así tomar decisiones oportunas en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países (9).

2. Nivel Educativo y Nivel de Funcionalidad.

La Ley General de Educación del año 2009, en su artículo 2, define la educación como el proceso de aprendizaje permanente que abarca las distintas etapas de la vida de las personas y que tiene como finalidad alcanzar su desarrollo espiritual, ético, moral, afectivo, intelectual, artístico y físico, mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimiento y destrezas. Se enmarca en el respeto y valoración de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, de la diversidad multicultural y de la paz, y de nuestra identidad nacional, capacitando a las personas y fomentando la funcionalidad para conducir su vida en forma plena, para convivir y participar en forma responsable, tolerante, solidaria, democrática y activa en la comunidad, y para trabajar y contribuir al desarrollo del país.

El sistema educativo formal se estructura en cuatro niveles:

- Educación preescolar, no es de carácter obligatorio y está destinada a atender a los niños y niñas entre 0 y 5 años. La Educación parvularia comprende tres niveles: sala-cuna, nivel medio y nivel transición.
- Educación básica, es obligatoria y tiene duración de ocho años. Está dividida en dos ciclos, de primero a cuarto básico y de quinto a octavo básico.
- Educación media, también obligatoria, tiene una duración de cuatro años y ofrece una formación general común y formaciones diferenciadas. Estas son las humanístico-científica, técnica-profesional y artística.

- Educación superior, para acceder a ésta, se debe tener como requisito mínimo estar en posesión de la licencia de educación media y haber rendido la Prueba de Selección Universitaria. Existen tres tipos de instituciones de educación superior: las universidades, los institutos y los centros de formación técnica (10).

3. Ingreso Económico Per Cápita y Nivel de Funcionalidad.

El Ingreso *per Cápita*, es la suma de los ingresos de cada uno de los miembros del hogar, dividido por la cantidad de integrantes del grupo familiar. Este cálculo no solo incluye remuneraciones, sino que también considera todas las rentas que se obtienen como arriendos, jubilaciones, montepíos, pensiones de invalidez, viudez u orfandad, rentas vitalicias, donaciones, entre otras (11).

Según las cifras de la encuesta de Caracterización Socioeconómico Nacional 2009 (CASEN), ajustadas a hoy, sí se divide el total de los hogares del país en cinco grupos iguales, de menor a mayor nivel de renta, se obtiene que el primer grupo obtiene un ingreso de \$135.000, es decir sólo el 6% de la cifra entregada por el Banco Central. El segundo grupo, cuenta con un ingreso de \$341.000, en el tercer grupo el ingreso obtenido es de \$545.530; en el cuarto es de \$911.360 y en el último grupo, sus ingresos van desde un mínimo de \$1.225.000 a más de 60 millones (12).

En cuanto a la relación de este factor con la funcionalidad del adulto mayor, se considera que aquellos individuos con un mayor ingreso familiar, tienen una mejor calidad de vida, ya que permite el acceso a la obtención de bienes y servicios que favorecen el desarrollo del individuo dentro de la sociedad.

Cabe señalar que a medida que aumenta la edad comienza la aparición de alteraciones dentro del organismo, lo que se traduce en la necesidad de servicios

de atención en salud, lo que conlleva un costo económico. Las personas con mayores ingresos tienen la posibilidad de optar a centros de salud privados donde reciben una atención rápida y oportuna. Por otro lado los con menores ingresos deben adecuarse a las políticas de los servicios de salud pública, donde hay un protocolo previo a la entrega de la atención de salud (11).

4. Salud Mental y Nivel de Funcionalidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, sino que es el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva, fructífera y es apto para hacer una contribución a la comunidad. Esta definición, considera al ser humano desde una mirada holística, no solo considerando la alteración de la dimensión psicológica, si no que puede afectar una serie de ámbitos, que impidan el desarrollo normal del individuo (13).

Dentro de los trastornos más usuales de la vejez, se encuentra la depresión, ésta se define como la presencia de desordenes emocionales frecuentes, tales como, angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios dramáticos de humor. La depresión como enfermedad afecta los ritmos vitales, produciendo un cambio o alteración en el diario vivir del adulto mayor. Las actividades que antes parecían simples se vuelven complicadas y difíciles de llevar a cabo.

La relación entre funcionalidad y depresión, puede deberse a que esta última al causar desinterés y anhedonia disminuye las actividades que el individuo realiza comúnmente, este cese de actividades produce dependencia, lo que conlleva a la pérdida de la funcionalidad. Por ende las dos a la vez pueden ser

causa y efecto, por lo que se debe tratar en forma oportuna la aparición de cualquiera de ellas (14).

Por otro lado, la ansiedad es una emoción normal, adaptativa, utilizada como sistema de advertencia frente a ciertos acontecimientos adversos o de riesgo inminente. El problema es cuando esta respuesta normal pasa a ser patológica, manifestándose bajo la forma de algunos síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos.

La relación entre funcionalidad y ansiedad se debe a que esta última, influye en la realización de las tareas, principalmente en el deseo de realizar ciertas actividades que promueven la independencia en el adulto mayor (15).

También hay que considerar dentro de estas alteraciones, el estrés, como una condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia real, entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales. Es un efecto que ocurre en el ser humano cuando hay fuentes internas o externas, positivas o negativas, que alteran el curso normal de la vida (16).

Sobre el estrés en la vejez existen ideas opuestas, así como acerca del estado emocional en esta etapa vital. Por un lado, se piensa que las personas mayores son pacíficas, reflexivas y satisfechas; por otro, se supone que la vejez es el momento en que se es más vulnerable, más sujeto al estrés y a la depresión debido a la amplia gama de pérdidas que se debe enfrentar.

El adulto mayor se encuentra en la etapa en la cual, ya está completando su ciclo, aquí la integridad reposa en la aceptación de la sucesión de las generaciones y de la finitud de la vida natural. Por lo que no se encuentra en una etapa de crianza. Es por esto, que el tener la responsabilidad de cuidar un nieto,

altera esta fase, ya que se generan una serie de responsabilidades que exigen un mayor número de actividades, las que pueden causar situaciones estresantes, ansiosas o en algunos casos depresivas, por la sobrecarga de tareas. Por otro lado este aumento de responsabilidades produce un mayor grado de actividad lo que conlleva a la independencia funcional (17).

5. Patologías Crónicas y Nivel de Funcionalidad del Adulto Mayor.

La OMS define patologías crónicas como enfermedades de larga duración y de progresión lenta, etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia, largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo (18).

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas degenerativas que aquejan la vida moderna, se inicia generalmente en la edad productiva, acortando la esperanza de vida e incrementando el riesgo de una calidad de vida precaria. Mientras más elevadas las cifras de presión arterial, la esperanza de vida se reduce en forma significativa, independientemente de la edad y el sexo.

La OMS la define la HTA como un trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que produce aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados (19).

Por lo general, la presión arterial alta, por sí sola, es asintomática, incluso una persona puede padecer esta enfermedad durante años sin saberlo, sin embargo, durante ese tiempo, se pueden estar generando daños en el organismo que afecten al corazón, vasos sanguíneos, riñones y otras partes del cuerpo (20).

Otra de las patologías que afecta al adulto mayor, es la diabetes, enfermedad crónica metabólica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.

El efecto de la diabetes no controlada, es la hiperglucemia (glicemias sobre 100 mg/dl), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (21).

Por otro lado también hay que tener en cuenta la dislipidemia, considerada como un conjunto de condiciones patológicas cuyo elemento en común es que produce una alteración en el metabolismo de los lípidos, con un consecuente aumento en las concentraciones de lípidos y lipoproteínas (22).

También comprende situaciones clínicas en que existen concentraciones anormales de colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (C-HDL), colesterol de baja densidad (C-LDL) y/o triglicéridos (TG). La dislipidemia constituye un factor de riesgo mayor modificable de la enfermedad cardiovascular (23).

La dislipidemia puede ser originada por defectos genéticos, o como consecuencia de otras patologías y factores ambientales. En ocasiones, los defectos genéticos requieren de la presencia de factores secundarios para expresarse clínicamente. Las principales patologías causantes de la dislipidemia son: obesidad, diabetes mellitus, hipotiroidismo, colestasia, insuficiencia renal y síndrome nefrótico (24).

Otra patología de trascendencia durante esta etapa de la vida, es la artrosis, alteración articular crónica frecuente, de progresión lenta y que afecta las articulaciones sinoviales, además de producir una pérdida del cartílago articular con un sobrecrecimiento y remodelación del hueso subyacente (25).

Hay que considerar, que su frecuencia va aumentando significativamente con la edad, y se estima que más del 80% de los mayores de 60 años presenta alteraciones radiológicas de artrosis en al menos una articulación (26).

Pese a ser la enfermedad reumatológica más común y la principal causante de incapacidad o invalidez de todas las enfermedades crónicas, es escasa la información sobre su etiología, evolución y tratamiento.

En relación a la funcionalidad, la presencia de alguna de las patologías crónicas, estas al generar un deterioro en el organismo, conlleva a que ciertas funciones no se realicen de la manera adecuada, afectando en diferentes ámbitos al individuo, por una parte provoca un deterioro específico en el funcionamiento de algunos sistemas en el organismo y por otro lado afecta en su habilidad de actuación dentro de la sociedad.

Las patologías crónicas consisten en un proceso dinámico, el cual depende de diversos factores, los que pueden acelerar o enlentecer su desarrollo al paso del tiempo, estos trastornos asociados al envejecimiento afectan de manera directa el surgimiento de la discapacidad o empeoran su curso cuando esta ya se ha iniciado.

Se han planteado diversos modelos que describen el desarrollo de la enfermedad hacia la pérdida de la funcionalidad, el más utilizado por geriatras en sus investigaciones sobre el envejecimiento dice que; la patología conlleva a un deterioro, el cual produce una limitación, la que finalmente se traduce en la pérdida de la funcionalidad (27).

6. Teoría de la Continuidad

La teoría que sustenta este estudio es la teoría de la Continuidad, creada por Atchley (1989), el ser humano lleva a cabo una serie de elecciones adaptativas a lo largo de la vida adulta y el envejecimiento, suponen una continuación de los patrones de comportamiento mantenidos de manera más o menos estable a lo largo del ciclo vital. Se asume por tanto, que las habilidades y patrones adaptativos que una persona ha ido forjando durante su vida, van a persistir en el tiempo, estando presentes también en esta última etapa de la vida (28).

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos: El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos y al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Robert Atchley entiende que esta teoría es evolucionista, ya que las ideas y habilidades que las personas aprenden a desarrollar para adaptarse a lo largo del ciclo vital permanecen durante la vejez, orientando a los individuos en sus actuaciones y frente a la dirección o el grado de cambio requerido en cada momento. También tiene un enfoque constructorista, puesto que los conceptos personales están influenciados directamente por las construcciones sociales de la realidad que las personas aprenden en su contexto e interiorizan.

A pesar de tratarse de una teoría del desarrollo aplicable a todo el ciclo vital, va a tener una especial relevancia en el proceso de envejecimiento y en la explicación de los patrones de actividad que va a presentar el individuo durante

esta etapa. En este sentido, uno de los puntos más relevantes de la teoría de la Continuidad será el relativo al proceso de adaptación de la adultez a la vejez.

Atchley además señala, que este patrón de continuidad no sólo se manifestará en el nivel de actividad que muestran las personas mayores, si no que también expresara en el resto de esferas que componen el comportamiento. Así, se podrá observar una continuidad interna, manifiesta a través de la existencia a lo largo del tiempo de patrones psíquicos estables, tales como: el temperamento de la persona, sus preferencias, actitudes, creencias, visión del mundo, entre otras.

Las personas tienen una fuerte motivación para conseguir una continuidad interna, especialmente en lo relativo a su propia identidad. Ésta incrementa su sentido de seguridad y autoestima, así como el carácter predecible de la realidad en la que se ve insertos.

Por otro lado J.L Héту (1988), también expone esta teoría resumiéndola en siete supuestos, los que postulan que desde la dimensión psicológica, cada ser humano evoluciona de manera diferente, constituyendo una sola identidad desde su nacimiento hasta la muerte, integrando experiencias, las que van determinando sus respuestas ante ciertas situaciones, lo que favorece a la continuidad. Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento. Se traduce en que el individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido (29).

¿Cómo se asocia la Teoría de la Continuidad con esta investigación?

Con lo anteriormente expuesto, la teoría de la Continuidad señala que el individuo durante la vejez es un reflejo de lo que fue durante la edad adulta. La persona que durante su vida ha sido activa, seguirá siéndolo en su vejez, con la diferencia de que irán sustituyendo los roles perdidos por otros nuevos, manteniendo así su continuidad psicológica. Cabe decir que el envejecimiento de las personas menos activas, será una continuación en la misma línea de escasa actividad. Lo que conlleva a una pérdida de funcionalidad, que no es consecuencia del proceso de envejecimiento, si no que es el resultado de toda una vida.

En cuanto a la salud mental durante esta etapa del ciclo de vida, se puede ver afectada por el hecho de que el individuo se encuentra más vulnerable al verse afectado por los factores del medio que lo rodea, pero esto es algo relativo, ya que según la teoría, si la persona logra una estabilidad emocional a lo largo de su vida, ésta se mantendrá durante la vejez transformándose en un factor protector. El cuidar a un nieto, puede influir en el estado emocional, ya que conlleva una carga de trabajo o estrés al cual el individuo no está acostumbrado, pero si se logra adaptar no se producirá alteración alguna en la funcionalidad.

Por otro lado las patologías crónicas no transmisibles, son un factor importante en la pérdida de la funcionalidad, ya que el estado de salud determina como se va a desarrollar el individuo.

La salud mental y las patologías crónicas son parte del estado de salud del individuo, su conservación durante la vejez es proporcional a lo que realizó durante su edad adulta, todas las adaptaciones, actividades correctivas y promotoras de salud influyen directamente en la salud del adulto mayor.

Teniendo en cuenta la teoría de la continuidad, se puede decir que el nivel de funcionalidad, no necesariamente depende del hecho de estar o no a cargo del cuidado de un nieto, si no que tiene estrecha relación con las etapas anteriores del

ciclo vital. Se debe indagar en la trayectoria de vida del individuo, su nivel de actividad y la capacidad de adaptación al medio, ya que serán un factor fundamental al momento de determinar el nivel de funcionalidad de los adultos mayores.

V. MARCO EMPÍRICO

A nivel internacional se han realizado estudios sobre abuelidad, uno de ellos es el denominado de “Doble Dependencia: Abuelos que cuidan a nietos en España”, realizado por Nuria Badenes y Ma. Teresa López de la Universidad Complutense, el año 2011 donde exponen lo que sucede en el Adulto Mayor al tener a un nieto bajo su cuidado, es decir, el papel que éste ejerce en la educación del menor y como se ve afectada la funcionalidad del adulto mayor. Concluyendo que cuando los mayores viven solos en el hogar, es menos probable que cuiden a sus nietos que cuando están integrados en una unidad familiar, además que mientras mayor es la proporción de hijos que viven con pareja, mayor es la probabilidad de convertirse en abuelo cuidador y finalmente, si el adulto mayor presenta alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria es menos probable que se cuide a los nietos que cuando tal dificultad no existe (6).

Otro estudio realizado en España, es el titulado "Las personas mayores en España", de Elena del Barrio Truchado y colaboradores, el año 2008, el cual indica que en hogares donde existen abuelos y nietos, tres de cada cuatro abuelos declaran haber ayudado a sus hijos en el cuidado cotidiano de sus nietos.

En el mismo estudio se afirma que los abuelos que asumen el cuidado de sus nietos mientras sus padres trabajan es de uno de cada cuatro, de éstos un 55% son mujeres y el resto hombres. El rango de edad de estas personas indica que nueve de cada diez personas tienen entre 65 y 79 años (30).

Otro estudio denominado “Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud” de Marcela Sanhueza y colaborado, realizado en Chile, el año 2005. Midió la autonomía, en un grupo de adultos mayores, concluyendo que el 66,7% de la población en estudio fue autovalente sin riesgo, el 30% autovalente con riesgo y el 3,3% con riesgo de dependencia (31).

La investigación titulada “Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida”, realizado por Susana Soberanes y colaboradores, permite conocer el nivel de funcionalidad de los adultos mayores con escalas de medición vinculadas con actividades de la vida diaria y relacionarlas con la calidad de vida, este indicó en cuanto a actividades básicas que: 27,1% de los pacientes presentaron incapacidad leve y 1,3% invalidez; para actividades instrumentales: 16% dependencia y 15,6% deterioro funcional, y para equilibrio y marcha: 34.7% riesgo leve de caída y 16%, riesgo alto.

El estudio anterior, en relación a las patologías crónicas, señala que la enfermedad más frecuente en adultos mayores es la hipertensión arterial con un 64.9%, seguido de diabetes mellitus con un 32%, considerando que la presencia de algún tipo de patología influye directamente en la funcionalidad del adulto mayor y en la relación con el cuidado de un menor de edad (32).

En estudio realizado por Carmen Triadó y colaboradores, en España el año 2008, denominado “Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar”, presenta en relación al sexo de los abuelos a cargo del cuidado de uno nieto o más nietos, que el 76,9% corresponden a sexo femenino, en lo que se refiere a la edad, el promedio de la muestra fue de 66,79 años, en un rango entre 46 a 91 años. Además concluye en relación al nivel educacional alcanzado que, el 18,8% no manifiesta presentar ningún tipo de estudio, el 56,96% presento un nivel educacional básico, el 20,71% nivel educacional medio y el 6,15% declara poseer estudios superiores (33).

En cuanto a la situación de pareja, el estudio del Instituto Estadístico de Andalucía, denominado “Abuelos y abuelas en la red familiar”, indicó que el 60,7 % se encontraba casado, el 2,3% separados y/o divorciados y un 36,8% viudos. En lo que respecta al nivel educacional señala que el 15,2% de los abuelos no

sabe leer ni escribir, el 51,7% tiene estudios primarios incompletos, el 23,1% ha cursado estudios primarios completos, el 5,2% ha realizado estudios secundarios y el 4,4% posee estudios universitarios (34).

En lo que respecta a las características Sociodemográficas de los adultos mayores, está el estudio realizado en Barcelona por Ma. José Osuna, el año 2006, titulado “Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia”. La presente investigación señala que el 53,3% de los adultos mayores en estudio son de sexo femenino, la media de edad de los sujetos se sitúa en 71,7 años, el 60% de la muestra está casada, mientras que el 40% está viudo. En relación al nivel educacional, el 53,3% de la muestra presenta estudios y de estos, el 23,3% estudios primarios y un 16,7% estudios medios (35).

A nivel nacional se encuentra el estudio titulado “Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán”, realizado el año 2009, por Roxana Lara y Ma. Angélica Mardones, este tiene como objetivo determinar el perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de personas mayores demandantes de atención primaria en un Centro de Salud Familiar de Chillán. Los resultados demostraron que el 61% de la muestra eran mujeres; el 59% se encuentra en un rango etario entre 70-79 años; el 67% alfabetos, de estos, el 62% con educación básica incompleta; el 55% se encontraba sin pareja; el 91% presentaba enfermedades crónicas, prevaleciendo la hipertensión arterial con un 75%; y funcionalmente prevaleció la independencia con un 61% y dependencia leve con un 39%. (36)

El estudio “Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán”, México, de Clara Acosta y colaboradores, del año 2008, en lo que respecta al nivel educacional, concluye que predominó el nivel educacional bajo,

donde el 34% eran analfabetos y el 61% presento educación primaria, como máximo grado de estudio, con escasa presencia de escolaridad secundaria o mayor. En relación a los ingresos económicos, del total de la población en estudio, el 74% tenía un nivel socioeconómico bajo (37).

En relación al ingreso económico, esta estudio “Perfil socioeconómico del adulto mayor en el municipio de salud de San Luis, Potosí” en México, realizado por Mary Cruz y Rosa Andrade, el año 2010, el cual reveló que el 85% de los sujetos en estudio, cuenta con un ingreso económico mensual, de los cuales el 70% es igual o menor a un salario mínimo y el 15,0% mayor a este (38).

Otro estudio relacionado con el nivel de ingresos económicos es el titulado “La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria”, realizado por Nicomedes de la Cruz y Heberto Priego, en el año 2008, en México, este analiza la situación socioeconómica como determinante para la funcionalidad en las actividades de la vida diaria del adulto mayor, arrojó como resultado que el 80,14% de la población estudiada se encontraba en un ingreso socioeconómico bajo, concluyendo que esta condición, no determina la funcionalidad en los adultos mayores. El principal resultado de esta investigación se centra en el alto porcentaje de adultos mayores con niveles óptimos de funcionalidad, independientemente de su ingreso económico (39).

En el área de la Salud Mental, se encuentra el estudio “Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores”, realizado por Christian Acosta y Raquel García, en México, el año 2007, este midió los constructos de depresión y ansiedad, como indicadores del funcionamiento psicológico. El estudio reveló la presencia de estos problemas clínicos en los participantes, se demostró que el 42% de la población mostraba indicadores de depresión, mientras que el 48% sufrían un nivel mínimo

de ansiedad, el 32% un nivel leve, el 17% un nivel moderado y por último, el 3 % un nivel severo de ansiedad (40).

Otra investigación relacionada con la salud de los adultos mayores, es la de Mariel Weisbrot, “¿Las abuelas que cuidan nietos tienen más riesgo de enfermarse?”, realizado en Argentina, el año 2007, concluye que el 45% de las abuelas cuidadoras reportaron tener algún problema de salud significativo, el cual, se puede exacerbar por el estrés que genera el estar a cargo del cuidado de uno o más nietos (41).

En relación a otro estudio realizado por la Dra. Mariel Weisbrot y la Dra. Nanci Giraudó, el año 2012, titulado “Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos”, revela que el estar a cargo del cuidado de un nieto proporciona satisfacción, sensación de vitalidad y dinamismo, y como aspectos negativos puede generar estrés, falta de tiempo personal, trastornos en la salud y conflicto con los padres (42).

Una investigación realizada el año 2005 por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, denominado “Cuando los abuelos crían a sus nietos: un llamado de atención”, expone que una de las consecuencias de cuidar a los nietos es el deterioro de la salud física, dando como resultado que el 23% de la población en estudio presentó diabetes, el 54% hipertensión arterial, el 22% colesterol alto y el 80% cumplían con criterios de obesidad (43)

VI. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar los factores biopsicosociales que influyen en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores a cargo del cuidado de uno nieto menor de 5 años.

VII. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- Relacionar el nivel de funcionalidad con los factores biopsicosociales de los adultos mayores a cargo del cuidado de uno nieto menor de 5 años, perteneciente a un jardín público de la comuna de Chillán.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el sexo, edad y situación de pareja de los adultos mayores en estudio.
- Determinar nivel educacional e ingreso *per cápita* de los adultos mayores en estudio.
- Determinar la presencia de depresión, estrés, ansiedad de los adultos mayores en estudio.
- Determinar la presencia de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Artrosis de los adultos mayores en estudio.
- Determinar el nivel de funcionalidad de los adultos mayores en estudio.
- Relacionar el nivel de funcionalidad con el nivel educacional e ingreso económico *per cápita* de los adultos mayores en estudio.
- Relacionar el nivel de funcionalidad con depresión, estrés, ansiedad y la presencia de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Artrosis en los adultos mayores en estudio.

VIII. HIPÓTESIS

- El ingreso económico per cápita no influye en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores a cargo del cuidado de un menor de 5 años.
- La presencia de estrés influye en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años.
- La presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 influye en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años.
- La presencia de Hipertensión arterial influye en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años.

IX. LISTADO DE VARIABLES

Variable Dependiente

- Nivel de Funcionalidad

Variables independientes:

- Nivel Educativo
- Ingreso Per cápita
- Salud mental:
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Estrés
- Patologías Crónicas no transmisibles:
 - Hipertensión
 - Diabetes Mellitus
 - Dislipidemia
 - Artrosis

Covariables:

- Edad
- Sexo
- Situación de Pareja

Las definiciones conceptual y operacional de las variables estudiadas se encuentran disponibles en anexo 1.

X. DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO DE DISEÑO

Estudio no experimental de tipo correlacional y corte transversal.

2. UNIVERSO Y MUESTRA

a) Universo: Estuvo constituida por 91 adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años pertenecientes a un jardín público de Chillán (Fuente: Jardines públicos JUNJI, Integra y Municipales).

b) Muestra: Estuvo constituida por 82 adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años pertenecientes a un jardín público de Chillán, después del tamizaje con el *screening* de deterioro cognitivo, cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer.

3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Adultos mayores de 65 años.

4. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

a) Criterios de inclusión.

Adultos mayores al cuidado de un nieto menor de cinco años, pertenecientes a los jardines públicos de Chillán, con facultades mentales que permitan la comprensión y respuesta de los instrumentos de medición, tamizados mediante el *screening* de deterioro cognitivo, Cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer, diseñado en 1975 y validado García- Montalvo en 1992. Se incluyeron a adultos mayores con puntajes del test entre 0 y dos puntos (47).

b) Criterios de Eliminación

- Usuarios que se nieguen participar voluntariamente del estudio.
- Que no completen todos los instrumentos dispuestos para este.

c) Criterios de Exclusión

Usuarios postrados o con dependencia grave.

5. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se inició con la revisión de la base de datos de los jardines públicos de Chillán, luego se visitó cada uno de estos establecimientos para solicitar a la directora los nombres de los pre escolares al cuidado de un adulto mayor. Posteriormente se envió una nota a cada uno para requerir la participación en el estudio. La directora recolectó las comunicaciones con los antecedentes, para el siguiente contacto.

Posteriormente, se comunicó con el usuario telefónicamente, con el fin de explicar el propósito del trabajo, corroborar domicilio y la condición de cuidador de un nieto menor de cinco años con el fin de registrar a los sujetos elegibles. A ellos se les solicitó su participación voluntaria de manera oral y se concertó una visita domiciliaria en caso de aceptar.

Cada visita fue realizada por dos encuestadores (autores del estudio). Una vez ubicado el domicilio y hallado al sujeto de estudio se confirmó la participación voluntaria mediante la firma y/o registro de huella dactilar del consentimiento informado. Antes de aplicar los instrumentos de medición, se aplicó el test de *screening* de deterioro cognitivo, incluyendo a sujetos con resultado de estado cognitivo normal, los cuales fueron entrevistados en un lugar que el adulto mayor considere el adecuado para coleccionar los datos de manera confidencial. En caso de

resultado alterado del test de *screening*, se realizó una educación de cuidados y prevención de patologías de mayor prevalencia del adulto mayor y se controló la presión arterial finalizando para ese grupo de usuarios la visita domiciliaria.

6. DESCRIPCIÓN DE MATERIAL RECOLECTOR

Para el levantamiento de los datos se utilizaron 7 instrumentos de diferentes autores a través de la técnica de la entrevista semiestructurada, con el fin de obtener una información requerida (anexo 2).

Para el tamizaje de los usuarios elegibles se utilizó el cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer, diseñado en 1975 y validado en 5 países de Latinoamérica, incluido Chile, por García-Montalvo en 1992, tiene por objetivo evaluar el estado cognitivos de adultos mayores. La versión validada por García-Montalvo presenta una sensibilidad del 68%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92%, negativo del 82% y la fiabilidad test-retest oscila entre 0,82 y 0,85.

El instrumento se trata de un cuestionario que consta de 10 preguntas, que explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo, a partir de un puntaje que clasifica el estado cognitivo en base a las siguientes categorías: funcionamiento cognitivo intacto (0-2 errores), deterioro cognitivo leve (3-4 errores, deterioro cognitivo moderado (5-7 errores), y deterioro cognitivo importante (8-10 errores). Se acepta un error más en ancianos que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellos que han realizado estudios superiores (44).

Para efectos de la investigación se consideró como sujetos elegibles los adultos mayores clasificados con estado cognitivo normal, para aquellos adultos que no entren en esta clasificación se les realizara una educación sobre cuidados

o prevención de patologías con mayor prevalencia en el adulto mayor y un control de presión arterial. El tiempo estimado de aplicación del instrumento al adulto mayor es de 4 a 5 minutos (anexo 2.1).

A los sujetos elegibles se les aplicó el Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor (CAAM), creado por los autores de la investigación, el cual consta de cuatro preguntas cerradas, dicotómicas y politómicas y tres abiertas. Se dividió en 4 ítems sobre características Sociodemográficas, 1 ítem sobre Patologías Crónicas no Transmisibles y 2 ítems sobre antecedentes socioeconómicos. El tiempo estimado de aplicación del instrumento es de 2 a 3 minutos (anexo 2.2).

A continuación se aplicó el Índice de Barthel, diseñado en 1955 y publicado en 1965 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos. La traducción al español se publicó en 1993. Este índice valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a través de los siguientes puntos comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras. A cada ítem se le asigna una puntuación de 0, 5, 10 o 15, en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100 puntos. La puntuación total de máxima independencia es de 100, dependiente leve de 91 a 99, dependiente moderado 61 a 90, dependiente grave de 21 a 60 y la de máxima dependencia de 0 a 20. En cuanto a la validez se ha obtenido correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77 (45). El tiempo estimado de aplicación es de 2 a 3 minutos (anexo 2.3).

A continuación, para complementar la evaluación de la funcionalidad, se aplicó la escala de Lawton y Brody, para medir las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), fue publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia

Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD en población anciana institucionalizada o no. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94), no se han reportado datos de fiabilidad (46). Su tiempo estimado de aplicación es de 4 minutos (anexo 2.4).

Finalmente, en lo que respecta a la evaluación funcional, se aplicó la escala de Marcha y Equilibrio de Tinetti, la cual consta de 22 ítems, dividida en dos subescalas: equilibrio estático y equilibrio durante la marcha. Tener 3 o más anomalías se correlaciona con personas de mayor edad que realizan menor ejercicio físico y que tienen mayores antecedentes de caídas. A mayor puntuación, mejor funcionamiento, en la escala de marcha el puntaje máximo es de 12, y para equilibrio es de 16. Con la suma de ambas subescalas se clasifican en las siguientes categorías: menor a 19 alto riesgo de caída; 19 a 24 puntos riesgo de caída y mayor a 24 bajo riesgo de caída (46). Esta escala no ha sido validada en español. Su tiempo estimado de aplicación es de 5 a 8 minutos (anexo 2.5).

Con el propósito de clasificar el nivel de funcionalidad de los sujetos de estudio, se empleó como principal criterio la escala de Barthel, puesto que no existen estudios que unifiquen niveles de funcionalidad, considerando las tres escalas antes nombradas.

Luego, se aplicó la escala de Goldberg, creada y validada por el Dr. D.P. Goldberg y colaboradores el año 1979, con el objetivo de medir las variables depresión y ansiedad. Dicha escala comprende un cuestionario con dos sub

escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada escala se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte mayor o igual a 6 puntos. Tiene una sensibilidad de 83,1%, especificidad 81,8% y valor predictivo positivo 95,3% (47). Su tiempo de aplicación estimado es de 5 minutos (anexo 2.6).

Finalmente, se usó la “Escala de Estrés de Adaptación al Cambio” publicada en el año 1967, versión adaptada de la “Escala de Reajuste Social” de Thomas Holmes y Richard Rahe. Consta de 41 cambios significativos en la vida y el valor de estrés que ocasionan en los últimos doce meses. Se obtiene un puntaje en base a la sumatoria simple de las respuestas para cada uno de los ítems y valor mayor a 200 puntos es significativo de estrés. No existen datos sobre su sensibilidad y especificidad (48). Tiempo estimado de aplicación 10 minutos (anexo 2.7).

7. ASPECTOS ÉTICOS

Previo al inicio del trabajo de campo, se solicitó autorización a la Directora de cada jardín (anexo 3), por medio de una carta certificada por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, en la cual se indicó el propósito en estudio, los instrumentos a utilizar y participantes con los cuales se pretende trabajar. Además, se solicitó el envío de las comunicaciones para las respectivas autorizaciones.

Una vez autorizado el estudio, se solicitó a cada Adulto Mayor a cargo del cuidado de un nieto menor de cinco años su participación voluntaria a través de un consentimiento informado, el cual contiene el objetivo en estudio y las actividades a realizar, garantizando la confidencialidad de los datos aportados y el anonimato en el manejo de la información. A los sujetos elegibles que desearon participar

voluntariamente del estudio se les solicitó dejar su firma y/o registro de huella dactilar al pie del documento (anexo 4).

8. PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de verificar la comprensión de los instrumentos utilizados para el estudio, se realizó una prueba piloto a diez adultos mayores pertenecientes al grupo de adultos mayores John Kennedy de Chillán. Los autores decidieron no realizar cambios en los instrumentos, ya que hubo completa comprensión de estos.

9. PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego del levantamiento de datos, se creó una matriz en el programa Excel 2007 y se analizaron los datos en el programa estadístico STATA 9.0. Para las variables intervalares y de razón del estudio se determinaron las medias y desviaciones estándar, asumiendo normalidad (según prueba de Shapiro-Wilk); en caso contrario se reemplazó por mediana y rangos intercuartílicos (P_{75} - P_{25}). Para las variables nominales y ordinales se determinaron sus frecuencias absolutas (n) y relativas porcentuales (%), ambas dispuestas en tablas de frecuencia.

Con el objetivo de probar las hipótesis en estudio, se aplicó la prueba de independencia de χ^2 , siempre y cuando presentasen frecuencia mayor o igual a cinco en todas sus celdas. En caso contrario, se reemplazó por los coeficientes Gamma y V de Cramer, para variables nominales y ordinales respectivamente. Para todo el análisis inferencial se consideró un nivel de significación del 5%.

XI. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se estudió a 82 adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años mediante visita domiciliaria entre el 11 de Mayo y el 15 de Junio del año 2012.

Se incluyeron en el estudio a adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años pertenecientes a jardines públicos de la comuna de Chillán, además con facultades mentales que permitan la comprensión de los instrumentos a aplicar.

Se utilizó el universo total de los sujetos en estudio debido a la dificultad de captar la muestra, ya que no existe un registro, en los jardines en el cual se encuentren explicitados quien se encuentra al cuidado del niño o niña.

Dentro de los criterios de eliminación se incluyen a los abuelos que no sean adultos mayores (menores de 65 años), que se nieguen a participar voluntariamente del estudio y finalmente que no completen la totalidad de los instrumentos dispuestos.

Tabla 1

Distribución de adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años según
Características Sociodemográficas (n= 82)

Características Sociodemográficas	N	%	Prom ± DT
Edad (años)			69.48 ±4.616732
Entre 65 y 74 años	65	79.27	
Entre 75 y 84 años	17	20.73	
85 y más años	0	0	
Sexo			
Femenino	64	78.05	
Masculino	18	21.95	
Situación de pareja			
Con pareja	52	63.41	
Sin pareja	30	36.59	

Fuente. Elaboración propia

La tabla 1 señala las características socio demográficas de los participantes del estudio, de los cuales el 79.27% indico una edad entre 65 y 74 años; el 78.05% fue de sexo femenino, y el 63.41% relató vivir con pareja.

Tabla 2

Distribución de adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años según características socioeconómicas (n=82)

Características Socioeconómicas	N	%	Prom ± DT
Nivel educacional (años cursados)			9.8 ± 3.077074
Básico	34	41.46	
Medio	42	51.22	
Superior / Técnico	6	7.32	
Ingreso per cápita (pesos chilenos)			70.071±51.719
Primer quintil	44	53.66	
Segundo quintil	26	31.71	
Tercer quintil	8	9.76	
Cuarto quintil	4	4.87	
Quinto quintil	0	0	

Fuente. Elaboración propia

La tabla 2 señala las características socio económicas de los participantes del estudio, de los cuales el 41.46% presenta un nivel educacional básico y el 51.22% un nivel educacional medio; además el 53.66% revelo situarse en el primer quintil según su ingreso *per cápita*, el 31.71% en el segundo quintil y el 9.76% en el tercer quintil.

Tabla 3

Distribución de los adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años según Tamizaje de Salud Mental (n=82)

Salud Mental	N	%
a) Ansiedad		
Presencia	30	36.59
Ausencia	52	63.41
b) Depresión		
Presencia	16	19.51
Ausencia	66	80.49
c) Estrés		
Presencia	45	54.88
Ausencia	37	45.12

Fuente. Elaboración propia

La tabla 3 muestra el tamizaje de salud mental realizado a los sujetos del estudio, de los cuales el 36.59% presenta ansiedad, el 19.51% depresión y el 54.88% estrés.

Tabla 4

Distribución de adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años según presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (n=82)

Enfermedades crónicas no transmisibles	N	%
a) Diabetes Mellitus Tipo 2		
Diagnosticada	34	41.46
No diagnosticada	48	58.54
b) Hipertensión Arterial		
Diagnosticada	47	57.32
No diagnosticada	35	42.68
c) Dislipidemia		
Diagnosticada	18	21.95
No diagnosticada	64	78.05
d) Artrosis/Artritis		
Diagnosticada	11	13.41
No diagnosticada	71	86.59

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4 muestra la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los participantes del estudio, de los cuales el 57.32% presenta Hipertensión Arterial, el 41.46% Diabetes Mellitus tipo 2, el 21.95% Dislipidemia y el 13.41% Artrosis/Artritis.

Tabla 5

Distribución de adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años según nivel de funcionalidad (n=82)

Nivel de Funcionalidad	N	%
Independiente	73	89.02
Dependiente Parcial	9	10.98
Total	82	100.00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 5 señala el nivel de funcionalidad de los participantes del estudio, de los cuales el 89.02% presenta una independencia funcional.

Tabla 6

Nivel de funcionalidad según nivel educacional de los adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años (n=82)

Nivel educacional	Nivel de Funcionalidad		Total
	Independiente	Dependiente Parcial	
Básico	30 (36,59)	4(4,87)	34
Medio	37 (45,13)	5(6,09)	42
Superior / técnico	6 (7,32)	0(0)	6
Total	73	9	82 (100.00)

n (%) Coef. Cramér's = 0.0987

Fuente. Elaboración propia

La tabla 6 muestra el nivel de funcionalidad de los participantes del estudio según nivel educacional, en el grupo con funcionalidad independiente y dependiente parcial, el 36,59% y 4,87% de la muestra presentó nivel educacional básico, el 37,4% y 4,6% medio y finalmente el 5,3% y 0,7% superior o técnico respectivamente.

Presentando una correlación débil ente ambas variables (Coef Cramer=0.0987)

Tabla 7

Nivel de funcionalidad según ingreso *per cápita* de los adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años (n=82)

Ingreso Per cápita	Nivel de Funcionalidad		Total
	Independiente	Dependiente Parcial	
Primer Quintil	39(47,57)	5(6,09)	44
Segundo Quintil	24(29,27)	2(2,44)	26
Tercer Quintil	7(8,54)	1(1,22)	8
Cuarto Quintil	4(4,87)	0(0)	4
Quinto Quintil	0	0	0
Total	74	8	82 (100.00)

n (%) Coef. Cramér's = 0.0972

Fuente. Elaboración propia

La tabla 7 muestra el nivel de funcionalidad de los participantes del estudio según ingreso per cápita, de la cual se observó que en el grupo con funcionalidad independiente y dependiente parcial el 47,57% y 6.09 % se situaron en el primer quintil, el 29,27% y 2,44% en el segundo quintil y finalmente el 8,54% y 1,22% en el tercer quintil.

Presentando una correlación débil ente ambas variables (Coef Cramer=0.0972)

Tabla 8

Nivel de funcionalidad según estado de Salud Mental de los adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años (n=82)

Salud Mental	Nivel de Funcionalidad		Total
	Independiente	Dependiente Parcial	
a) Ansiedad			
Presencia	28(34,15)	2(2,44)	30
Ausencia	45(54,87)	7(8,54)	52
b) Depresión			
Presencia	14(17,07)	2(2,44)	16
Ausencia	59(71,95)	7(8,54)	66
c) Estrés			
Presencia	39(47,57)	6(7,31)	45
Ausencia	34(41,47)	3(3,65)	37

n (%)

Fuente. Elaboración propia

a) Coef. Cramér= 0.1047

b) Coef. Cramér= -0.0240

c) Coef. Cramér=-0.0832

La tabla 8 presenta el nivel de funcionalidad de los sujetos en estudio según tamizaje de salud mental, del cual se observó que en el grupo con funcionalidad independiente y dependiente parcial el 34,15% y 2,44% presentaron ansiedad, el 17,07% y 2,44% depresión y finalmente el 47,57% y 7,31% estrés.

Presentando una correlación débil ente ambas variables según Coef Cramer.

Tabla 9

Nivel de funcionalidad según presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los adultos mayores al cuidado de un nieto menor de 5 años
(n=82)

Enfermedades crónicas no transmisibles	Nivel de Funcionalidad		Total
	Independiente	Dependiente Parcial	
a) Diabetes Mellitus Tipo 2			
Diagnosticada	30(36,58)	4(4,88)	34
No diagnosticada	43(52,45)	5(6,09)	48
b) Hipertensión Arterial			
Diagnosticada	42(51,23)	5(5,2)	47
No diagnosticada	31(37,8)	4(4,88)	35
c) Dislipidemia			
Diagnosticada	18(21,95)	0(0)	18
No diagnosticada	55(67,08)	9(10,97)	64
d) Artrosis/artritis			
Diagnosticada	8(9,76)	3(3,65)	11
No diagnosticada	65(76,28)	6(7,31)	71

n (%)

Fuente :Elaboración Propia

- a) Coef. Cramér= 0.0125
- b) Coef. Cramér= -0.0212
- c) Coef. Cramér= 0.1862
- d) Coef. Cramér= -0.2052

La tabla 9 muestra el nivel de funcionalidad de los sujetos en estudio según patología crónica no transmisible diagnosticada, del cual se observó que en el grupo con funcionalidad independiente y dependiente parcial el 51,23% y 6,09% presentaron Hipertensión Arterial, el 36,58% y 4,88% Diabetes Mellitus tipo 2. El 21,95% y 0% Dislipidemia y finalmente el 9,76% y 3,65% artrosis/ artritis. Presentando una correlación débil ente ambas variables según Coef Cramer.

XII. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años.

La abuelidad es una etapa del proceso de desarrollo del individuo, que habitualmente coincide con una etapa de la trayectoria de vida en la que se producen importantes pérdidas como viudez, jubilación, enfermedades, entre otras, las que obligan a una reorganización psíquica y relacional, donde la abuelidad toma un papel fundamental y se transforma en una oportunidad para esta reorganización.

Para comprender el concepto de abuelidad, es necesario distinguir el envejecimiento como proceso un natural, el que presenta cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están influenciados por enfermedades o por el entorno y no todos estos cambios tienen consecuencias clínicas negativas (4).

La OMS y la OPS definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente, el mejor indicador para medir salud en la población adulta mayor es su estado funcional.

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.

La OMS y la OPS definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal (49).

Una evaluación oportuna del estado funcional del adulto mayor permite detectar precozmente la presencia o el comienzo de un proceso patológico que puede o no desencadenar en un grado de dependencia. Este deterioro funcional puede afectar considerablemente la calidad de vida (50).

Los resultados del estudio presentan un importante sesgo de selección, al trabajar en base a una muestra numéricamente baja y homogénea, lo que podría ser una de las causas de la obtención de los resultados poco significativos en nuestra investigación. Por otro lado se podría pensar que la población en estudio no reportó información completamente fidedigna, pese a que se dieron indicaciones explícitas al momento de aclarar la confidencialidad de los datos entregados para el estudio.

La población en estudio, estuvo conformada por abuelos entre los 65 y 74 años representando el 79,27%, obteniendo un promedio de edad de 69,48 años, esto concuerda con el estudio titulado “Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar”, de Carme Triadó y colaboradores (33), indicó que el promedio de edad de la muestra fue de 66,79 años, además el estudio “Abuelos y abuelas en la red familiar” de Andalucía, en el cual el grupo de 65 a 79 años es en donde se concentraban la mayoría de los abuelos. En su mayoría los abuelos eran de sexo femenino con un 64%, lo que es avalado por la investigación anteriormente mencionada y por el estudio “Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida” de Susana Soberanes Fernández y colaboradores (32), donde el sexo femenino fue predominante en las muestras con un 76.9% y un 78,7% respectivamente. Respecto a la situación de pareja el 52% refirió tener pareja lo que se asemeja a

los resultados obtenidos en el estudio “Abuelos y abuelas en la red familiar” de Andalucía (34) y a los del estudio “Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán” de Roxana Lara y María Angélica Mardones (36), en los que se obtuvo que el 60,7% y el 55% de la muestra refirieron tener pareja.

De acuerdo a los resultados obtenidos, en relación al nivel de funcionalidad de los sujetos de estudio con el nivel educacional, se observó que el 81,72% y el 10,96% de los sujetos con independencia funcional y dependencia parcial respectivamente, presentaron un nivel educacional básico o medio, lo que coincide con la evidencia aportada por el estudio realizado en España por el Instituto de estadística de Andalucía (34) el que revela que el 51,7% de los Adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto tienen estudios básicos incompletos, el 23,1% básico completo, y el 5,2% nivel educacional medio completo. Además el estudio “Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar” (33), señala, que el 56,96% manifestó haber alcanzado nivel educacional básico, un 20,71% un nivel educacional. Otro estudio realizado en México, sobre “Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores” (37), indicó el predominio de la baja escolaridad entre la población, donde 61% tenían educación primaria como máximo grado de estudios escasa.

La evidencia aportada es resultante de la poca instrucción y longevidad de los sujetos de estudio, ya que en Chile el nivel educacional en población mayor de 65 años es bajo, debido a la ruralidad y cultura de la población chilena.

Respecto a la variable ingreso económico, los resultados obtenidos arrojaron que el 76,84% y el 8,53% de los sujetos con independencia funcional y dependencia parcial respectivamente se encontraban dentro del primer y segundo quintil socioeconómico, lo que coincide con la evidencia aportada por el estudio de

“La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria” de Nicomedes de la Cruz Damas y Heberto Priego (39), el cual arrojó que 80,14% de la muestra se encontraba dentro de los mismo rangos. Otro estudio que coincide con resultados encontrados es el de “Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán” (37), donde se obtuvo como resultado que en el 74% de la población estudiada predominaba los bajos ingresos económicos, al igual que los datos aportados por el estudio de “Perfil socioeconómico del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí” (38), el cual reveló que 85% de los sujetos de estudio cuenta con ingreso mensual, de los cuales 70% es igual o menor a un salario mínimo, 15.0% mayor a un salario mínimo, concordando con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Estos resultados pueden deberse a que los ingresos económicos que perciben los Adultos Mayores, provienen principalmente de su jubilación o de trabajos esporádicos, lo que provoca que en la mayoría de los casos, estos ingresos no son suficientes, siendo incompatible con la responsabilidad de tener a un nieto bajo su cuidado.

De acuerdo a los resultados obtenidos, en relación al nivel de funcionalidad con el estado de salud mental de los sujetos de estudio, se observó que un 17,07% y el 2,44% presentó depresión, el 47.57% y el 7,31% estrés, en sujetos con independencia funcional y dependencia parcial respectivamente siendo esta última, la más relevante, lo que coincide con un estudio realizado en Argentina por la Dra. Mariel Weisbrot (41), el cual revela que el 45% de los adultos mayores cuidadores reportaron problemas de salud mental significativos. En relación a otra investigación de la Dr. Weisbrot en compañía de la Dra. Nanci Giraudo denominado “Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos” (42), revela que el estar a cargo del cuidado de un nieto provoca aspectos negativos en la salud mental del abuelo pudiendo generar estrés.

En conclusión, estos resultados se deben a que los abuelos que están a cargo del cuidado de uno o más nieto, tienen otro tipo de responsabilidades y preocupaciones, como labores del hogar, trabajo, estado de salud propio, entre otras. Además se debe considerar la etapa del ciclo vital en que se encuentran, es un periodo de relajo, en el que se deja atrás el rol de padre o cuidador, por ende, esta nueva responsabilidad genera que el adulto mayor establezca nuevos mecanismos de adaptación, lo que a mediano plazo puede ocasionar algún tipo de deterioro o alteración de su salud mental.

En relación a las patologías crónicas se observó la presencia de pluripatología, o sea, dos o más enfermedades, donde la hipertensión arterial presentaba mayor prevalencia con un 51,23% y un 6,09%, en segundo lugar la diabetes mellitus con un 36,58% y un 4,88, en sujetos con independencia funcional y dependencia parcial respectivamente, los resultados obtenidos son similares a los encontrados en el estudio “Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán” de Roxana Lara y María Angélica Mardones (36), donde la hipertensión arterial se constituyó como la enfermedad crónica más frecuente con un 75%, seguida por la diabetes mellitus con un 32%. Otro estudio que concuerda con los datos obtenidos en esta investigación es “Cuando los abuelos crían a sus nietos: Un llamado a la acción” de Administration for Children and Families (43), el que reveló que el 23% de la población en estudio presentaba diabetes, mientras que el 54% presentó hipertensión arterial y también con el estudio “Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida” (32), en el cual el 64,3% de la población presentó hipertensión y un 32% diabetes Mellitus tipo 2, resultados que coinciden con los de este estudio.

La presencia de estas patologías en los sujetos de estudio, se debió a que estos trastornos, de por sí, están asociados al proceso de envejecimiento, por

consiguiente, afectan de manera directa el surgimiento de la discapacidad o empeoran su curso cuando esta ya se ha iniciado.

Las hipótesis planteadas en el presente estudio no fueron aceptadas, pese al alto contenido empírico, que respaldan los resultados, esto puede deberse a los sesgos mencionados anteriormente.

Relacionando el Modelo teórico propuesto, Teoría de la Continuidad, con los resultados de esta investigación, es posible sostener que el nivel de funcionalidad, no necesariamente depende del hecho de estar o no al cuidado de un nieto, si no que tiene estrecha relación con las etapas anteriores del ciclo vital. En ciertas ocasiones puede verse influenciada, por alguno de los factores biopsicosociales en estudio, pero no se puede concluir rotundamente que tienen una incidencia directa sobre la funcionalidad. Puesto que ésta, según lo señalado por la teoría, se encuentra estrechamente vinculada con el nivel de actividad y la capacidad de adaptación al medio, que haya manifestado durante el transcurso de su vida.

XIII. CONCLUSIONES

- En cuanto al método empleado para la recolección de datos, se establece que fue el indicado, ya que permitió obtener la información necesaria para establecer resultados. Aunque cabe señalar que estos no generaron asociaciones relevantes entre las variables en estudio, esto se debe al tamaño de la muestra y a su homogeneidad.
- De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto a la variable sexo el 78.05% de la muestra corresponde a sexo femenino, en la relación a la edad de los sujetos de estudio el 79.27% se encuentran en el rango de 65 y 74 años y el 20,73% restante se encuentra en el rango de 75 y 84 años, el 63.41% señaló tener pareja.
- El 76% de la población investigada presenta nivel educacional básico o medio, en cuanto a ingreso per cápita el 85,37% de los adultos mayores se situaron en el primer y segundo quintil ingreso socioeconómico.
- El 36,59% presentó ansiedad, un 19,51% depresión y un 54,88% stress siendo esta variable la con mayor prevalencia en el estudio.
- El 41, 46% de la población presentó diabetes mellitus tipo 2, el 57,32% hipertensión arterial, un 21,95% dislipidemia y finalmente el 13,41% indicó la presencia de artritis o artrosis.
- De los sujetos estudiados el 89,02% presentó un nivel de funcionalidad óptimo lo que indica un estado de independencia total según aplicación de escala de Barthel, Lawton Brody y escala de equilibrio y marcha de Tinetti.

- Al relacionar el nivel de funcionalidad con nivel educacional de los sujetos en estudio se obtuvo que el 36,59% de la población con funcionalidad independiente, presentó nivel educacional básico, el 45,13% nivel educacional medio y el 7,32% un nivel educacional superior o técnico, en contraste con los adultos mayores con nivel de funcionalidad dependiente, de los cuales el 4,87% revela un nivel educación básico y el 6.09% medio.
- Al relacionar el nivel de funcionalidad con el ingreso económico *per cápita* de la población en estudio, se observó que de los adultos mayores con funcionalidad independiente, el 45,57% se encuentra en el primer quintil económico y el 29,27% en el segundo quintil, por otro lado dentro de los sujetos con nivel de funcionalidad con dependiente parcial, el 6,09% se encuentra en el primer quintil económico y el 2,44% en el segundo quintil.
- Al relacionar el nivel de funcionalidad de los sujetos en estudio con el estado de salud mental, se observó que el 34,15% y el 2,44% de los adultos mayores con nivel de funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente, presentaron ansiedad.
- El 17,07% y el 2,44% de los sujetos de estudio con nivel de funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente presentaron depresión.
- El 47,57% y el 7,31% de la población en estudio con funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente, presentaron estrés.
- Respecto a la relación entre el nivel de funcionalidad de adultos mayores a cargo del cuidado de un nieto con la presencia de patologías crónicas no transmisibles, se observó que el 36,58% y el 4,88% de los sujetos con nivel

de funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente presentaron diabetes.

- El 51,23% y el 6,09% de los sujetos con nivel de funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente presentaron hipertensión.
- El 21,95% de los adultos mayores en estudio con nivel de funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente presentaron dislipidemia.
- El 9,76% y el 3,65% de los sujetos con nivel de funcionalidad independiente y dependiente parcial respectivamente presentaron artrosis o artritis.

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones del estudio fue la inexistencia de registro por parte de las instituciones de salud y jardines infantiles públicos de la comuna de Chillán, en cual se especifique la persona que se encuentra a cargo del cuidado del niño, debido a esto la captación de los sujetos de estudio fue dificultosa, dando como resultado una escueta muestra para la realización del estudio.

SUGERENCIAS.

Se sugiere realizar un estudio de similares características, aplicándose a una muestra más amplia, ya sea comunal, provincial o regional para lograr obtener resultados significativos.

Además, incentivar a los profesionales de enfermería a realizar estudios cualitativos, con adultos mayores, con el propósito para de analizar sus experiencias de vida, darles significado y de esta manera profundizar en los sujetos de estudio.

Es necesario, realizar durante las visitas domiciliarias educaciones, ya sea informales o formales a los sujetos de estudio, de en un tema específico o sobre las inquietudes que presenten estos respecto a su salud, con el fin de que ellos se sientan beneficiados al participar en la investigación.

Sería importante realizar un estudio de similares características, pero considerando a los abuelos de una menor edad, ya que debido a los cambios sociales, en la actualidad, cada vez son más jóvenes los adultos que cumplen el rol de abuelos.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. MARTINEZ A. Aproximación a los conflictos generados entre los abuelos cuidadores de nietos y los padres en la sociedad actual; 2010. [Consulta 17 de Mayo 2012]
2. VARELA L. Principios de Geriatria y Gerontología. 1ra Edición. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia;2003 [Consulta 20 de Diciembre 2011]
3. VALDEZ A. Teorías Psicológicas y Sociales del Envejecimiento; 2008. [Consulta 16 de Diciembre 2011]
4. REDLER P. (1986). [Consulta 02 de Diciembre 2011]
5. HAZZARD W, Reubin A. Principles of geriatric medicine and gerontoly. McGraw Hill; 1999: 1535-154. [Consulta 18 de Diciembre 2011]
6. BADENES, N. "et al". Doble Dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España. [en línea] <www.zerbitzuan.net/documentos...ç/Doble%20dependencia.pdf [Consulta 20 de Noviembre 2011].
7. KELLEY "et al" Behavior problems in children raised by grandmothers : The role of caregiver distress, family resources, and the home environment, pp. 4-5 Abril 2011
8. CYRUS, Erika. Fisioterapia geriátrica. Funcionalidad, fragilidad del Adulto Mayor [en línea] < <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html> > [Consulta 12 de Diciembre 2011]
9. DE LA FUENTE T, "et al". Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales; 2010 [Consulta 10 de Mayo 2012].

10. UNESCO. Datos mundiales de educación; 2011[en línea] <http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Chile.pdf> [Consultado 20 de Diciembre de 2011]
11. MEDRANO R. Economía política. Fundamentos para orientación Capítulo 6: Ingreso per cápita. Valor en una economía nacional [en línea] <<http://www.mailxmail.com/curso-economia-politica-fundamentos-orientacion/ingreso-per-capita-valor-economia-nacional>> [Consulta: 27 de octubre]
12. ALVAREZ J. Ingreso per cápita: un producto de exportación; 2012 [en línea] <<http://www.elmostrador.cl/opinion/2012/04/01/el-ingreso-per-capita-un-producto-de-exportacion/>> [Consultado 20 de Junio de 2012]
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Que es la salud mental [en línea]. <<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>> [Consulta 19 de Diciembre 2011].
14. FUNDACION DEL EMPRESARIADO CHIHUAHUENSE. Adulto Mayor una Nueva Etapa de la Vida, [en línea] <www.ucm.es/.../Adulto%20Mayor_Nueva%20Etapa%20de%20Vida> [Consulta 20 de Noviembre 2011].
15. GAMARRA, P. Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor [en línea]. <http://www.slidefinder.net/D/DEPRESION_ANSIEDAD_ADULTO_MAYOR_PILAR/345466> [Consulta 20 de Noviembre 2011].
16. RODRÍGUEZ J. Psicología social de la salud. Madrid. España. Editorial Síntesis. Rodríguez, 2001. 60p

17. OYARZUN E. Ciclo Vital Individual [en línea] <<https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPRINT25/1/.../164893>> [Consulta 25 de Noviembre 2011].
18. BERRIOS X. La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria [en línea] <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_13.html> [Consulta 26 de Diciembre 2011].
19. GUERRA M. Seguimiento fármaco terapéutico; 2010 [en línea] <http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2891.pdf> [Consulta 25 de Noviembre 2011].
20. SANCHEZ R, "et al". Guías latinoamericanas de Hipertensión Arterial [en línea] Revista Chilena de Cardiología 2010; 29: 117-144 <<http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>> [Consulta 22 de Noviembre 2011].
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes; 2011 [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>> [Consultado 19 de Mayo 2011].
22. SOCIEDAD CHILENA DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO; Pautas diagnóstico - terapéuticas para la práctica clínica: dislipidemia; 2009 [en línea] <<http://www.asocimed.cl/Guias%20Clinicas/endocrinologia/dislipidemias.html>> [Consultado 12 de Abril 2012].

23. ESCUELA MEDICINA PUC. Las Dislipidemias [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/apfisiop sist/nutricion/NutricionPDF/Dislipidemias.pdf>> [Consulta 22 de Diciembre 2011].
24. CLINICA UC San Carlos de Apoquindo. Enfermedades y tratamientos Dislipidemia [en línea] <<http://www.clinicaucsancarlos.cl/index.php/ Enfermedades - tratamientos/enf/displidemias>> [Consulta 26 de diciembre 2011].
25. MINISTERIO DE SALUD. Guía clínica: Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada; 2007 [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/artrosiscadera.pdf>> [Consulta 26 de diciembre 2011].
26. IMSERSO. Nuevas miradas sobre el envejecimiento; 2009 [en Línea] <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-nuevasmiradas-01.pdf>> [Consulta: 18 de Abril 2012].
27. SANCHEZ, P “et al” Viudedad y vejez. España. Editorial Nau libres. 2009 pp. 44-45.
28. GARCIA MARTIN M. La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento [en Línea] <<http://www.efdeportes.com/efd47/bien2.htm> > Revista Digital, Buenos Aires , Abril 2002. [Consulta: 27 de diciembre].

29. ORTIZ, D. Perspectiva sociológica: Teoría de la Continuidad [en línea] <http://gerontologiaaldia.blogspot.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la_7672.html> [Consulta: 27 de diciembre].
30. IMSERSO. Las personas mayores en España; 2006 [en línea] <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2006/volumen-1/00-informe-personas-mayores-2006-vol-01.pdf>> [Consultado 10 Junio 2012]
31. SANHUEZA M, “et al”. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud; 2005 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200004&script=sci_arttext > [Consultado 10 Junio 2012].
32. SOBERANES S, “et al”. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 14, Núm. 4, octubre-diciembre, 2009.
33. TRIADO C. Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar; 2008 [en línea]<<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/envejproductivo.pdf>> [Consultado 10 Junio 2012].
34. INTITUTO DE ESTADISTICA DE ANDALUCIA. Abuelas y abuelos en red familiar; 2010 [en línea] <<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/abuelos/abuelos.pdf>> [Consultado 10 de Mayo 2012].
35. OSUNA M. Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia; 2006 [en línea]

- <http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2006_1/g-16-1-004.pdf> [Consultado 24 de Junio 2012].
36. LARA R, MARDONES M. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán; 2009 [en línea] <<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf>> [Consultado 12 de Junio 2012].
37. ACOSTA C, “et al”. Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco; 2008 [en línea] <http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_sepdic/02%20Situacion%20Economica%20y%20Bienestar%20Psicologico.pdf> [Consultado 10 de Mayo 2012].
38. CRUZ M, ANDRADE R. Perfil socioeconómico del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí; 2010 [en línea] <<http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/03/lrac.pdf>> [Consultado 26 de Abril 2012].
39. DE LA CRUZ DAMAS N, PRIEGO H. La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria, Vol. 7, Número 1, Enero – Abril 2008, HORIZONTE SANITARIO México.
40. ACOSTA C, GARCIA R. Ansiedad y depresión en adultos mayores; 2007 [en línea] <<http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117214.pdf>> [Consultado 26 de Abril 2012].

41. WEISBROT M. Evidencia Orientada al Paciente. ¿Las abuelas que cuidan nietos tienen más riesgo de enfermarse?; 2007.
42. WEISBROT M, GIRAUDO N. Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos. Estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires; 2012 2007 [en línea] <<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v110n2/v110n2a08.pdf>> [Consultado 26 de Mayo 2012].
43. Administration for Children and Families. Cuando los abuelos crían a sus nietos: un llamado de atención; 2005 [en línea] <http://www.acf.hhs.gov/opa/doc/grandparents_spanish.pdf> [Consultado 13 de Abril 2012].
44. García-Montalvo J, “et al”. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. Gaceta Sanitaria. 1992;27:129-33.
45. TRIGAS M. Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD); 2007 [en línea] <<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>> [Consultado 12 de Marzo 2012].
46. TRIGAS M, “et al”. Escalas de valoración funcional en el anciano; 2011 [en línea] <<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>> [Consultado 10 de Marzo 2012].

47. GUIA SALUD. Diagnostico ansiedad; 2008 [en línea] <<http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/apartado03/tratamiento03.html>> [Consultado 10 de Junio 2012].
48. BRUNER C, "et al". Escala de reajuste social de Holmes y Rahe en México; 2008 [en línea] < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80526204.pdf>> [Consultado 19 de Junio 2012].
49. MÁS DE SESENTA. Abuelidad; 2010 [en línea] <<http://www.masde60.com/es/sociedad/69--abuelidad>> [Consultado 21 de Junio 2012].
50. MUNDIAL DE LA SALUD. Aspectos clínicos en la atención de adultos mayores; 2006 [en línea] < http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto_regional_ops.pdf> [Consultado 19 de Abril 2012].

XV. ANEXOS

ANEXO 1 Matriz de variables

Variables		Categorización	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Instrumento
Nivel de funcionalidad	ABVD	<ul style="list-style-type: none"> -Dependencia total. -Dependencia Grave. -Dependencia Moderada. -Dependencia Leve o parcial. -Independencia. 	Es la capacidad del sujeto de realizar las actividades básicas de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.	Se considero grado de dependencia: -Menor a 20 puntos: Total -Entre 20 y 35: Grave. -Entre 40 y 55: Moderado -Mayor o igual a 60: Leve. -100: Independiente.	Ordinal	Indicie de Barthel
	AIVD	<ul style="list-style-type: none"> -Dependencia Máxima -Independencia. 	Es la capacidad del sujeto de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.	Se considero grado de dependencia: 0 puntos: Dependencia total. 8 puntos: Independencia.	Ordinal	Lawton Brody

	Equilibrio y marcha	-Alto riesgo de caída. -Riesgo de caída -Bajo riesgo de caída.	Es la capacidad para mantenerse de pie, realizar el acto de caminar y flexionar las articulaciones del tren inferior	Se considero riesgo de caídas: -Menor a 19 puntos: alto riesgo de caída -Entre 19 a 24 puntos: riesgo de caída. - Mayor a 24 puntos: bajo riesgo de caída.	Ordinal	Equilibrio y marcha.
Edad		Mayor o igual de 65 años.	Tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació.	Se consideró los años cumplidos, luego se clasificó en rangos: 65-74 años 75-84 años 85 y más	Razón/ Ordinal	Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.
Sexo		-Femenino -Masculino	Condición orgánica, masculina o femenina, de humanos, animales y plantas.	Se entendió como sexo, femenino o masculino.	Nominal	Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.

<p>Situación de Pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Con pareja - Sin Pareja 	<p>Situación en que dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectiva y/o legalmente.</p>	<p>Se consideró la opción de con o sin pareja.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.</p>
<p>Nivel educacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Básico - Medio - Superior - Técnico 	<p>Es el nivel de desempeño académicos formales de cada persona durante el transcurso de su vida.</p>	<p>Se consideró las siguientes categorías: Básico: (1 a 8 básico) Medio: (1 a 4 medio) Superior: (Estudios universitarios y técnicos)</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.</p>
<p>Ingreso per cápita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 quintil - 2 quintil - 3 quintil - 4 quintil - 5 quintil 	<p>Cantidad de dinero percápita mensual que una familia puede recibir en un periodo determinado.</p>	<p>Se consideró los siguientes grupos: - Primer Quintil: entre \$0 y \$62.090. - Segundo Quintil: entre \$62.091 y \$106.214. - Tercer Quintil: entre \$106.215 y \$168.366. - Cuarto Quintil: entre \$168.367 y \$301.741. - Quinto Quintil: Mayor o</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor. Escala de Quintiles.</p>

			igual a \$301.742		
Salud mental	Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Se entendió como depresión: 2 o más respuestas positivas en la escala de ansiedad de depresión de Golberg y Cols.	Nominal	Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg y Cols. (Goldberg, and cols A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979)
	Ansiedad	Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.	Se entendió como ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas en escala de Golberg and Colds.	Nominal	Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg y Cols. (Goldberg, and cols , una version del Cuestionario General de Salud. Medicina Psicologica 1979)

	Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.	Se entendió como estrés si presenta un puntaje mayor a 200 puntos en escala de readaptación social.	Nominal	La Escala de Readaptación Social (Dr. Thomas J. 1973, The New York Times)
Patologías crónicas no transmisibles	Hipertensión	Presencia de Cifra elevadas de Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmhg en 3 mediciones distintas, con confirmación diagnóstica de médico.	Presencia o ausencia de la patología según diagnóstico clínico.	Intervalar	Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.
	Diabetes Mellitus	Enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o en la utilización de la insulina, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre, expresada en síntomas como eliminación excesiva de orina,	Presencia o ausencia de la patología según diagnóstico clínico.	Intervalar	Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.

		adelgazamiento, sed intensa y otros trastornos generales.			
	Dislipidemia	Enfermedad metabólica que produce un exceso de lípidos a nivel sanguíneo.	Presencia o ausencia de la patología según diagnóstico clínico.	Intervalar	Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.
	Artrosis	Enfermedad crónica y degenerativa de las articulaciones, que se caracteriza por la inflamación y la deformación de estas	Presencia o ausencia de la patología según diagnóstico clínico.	Nominal	Cuestionario de Antecedentes del Adulto Mayor.

Anexo 2

Instrumento recolector de datos

2.1 Cuestionario de Pfeiffer

1	¿Qué día es hoy: día, mes y año?	
2	¿Qué día de la semana?	
3	¿Dónde estamos ahora?	
4	¿Cuál es su número de teléfono?	
4.a	¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono	
5	¿Cuánto años tiene?	
6	¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día, mes y año	
7	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0	
	TOTAL	

2.2 Cuestionario de Antecedentes de Adulto Mayor (CAAM)

Marcar con una X según corresponda

- Edad:

- Sexo:
 - Femenino: ____
 - Masculino: ____

- Situación de pareja:
 - Con pareja: ____
 - Sin Pareja: ____

- Nivel educacional:
 - Básico: ____
 - Medio: ____
 - Universitaria/ Técnico: ____

- Patologías crónicas no transmisibles diagnosticadas.
 - Hipertensión: ____
 - Diabetes Mellitus: ____
 - Dislipidemia: ____
 - Artritis: ____

- Ingresos económicos mensual total familiar :

- Número de personas que viven en el hogar:

2.3 Índice de Barthel

Actividades básicas de la vida diaria

COMER	INDEPENDIENTE	10
	NECESITA AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
VESTIRSE	INDEPENDIENTE	10
	NECESITA AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
ARREGLARSE	INDEPENDIENTE	5
	NECESITA AYUDA	0
	DEPENDIENTE	0
DEPOSICION	CONTINENTE	10
	ACCIDENTE OCASIONAL	5
	INCONTINENTE	0
MICCIÓN	CONTINENTE	10
	ACCIDENTE OCASIONAL	5
	INCONTINENTE	0
IR AL BAÑO	INDEPENDIENTE	10
	NECESITA AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
TRANSLADO SILLÓN - CAMA	INDEPENDIENTE	15
	MINIMA AYUDA	10
	GRAN AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
DEAMBULACION	INDEPENDIENTE	15
	NECESITA AYUDA	10
	INDEPENDIENTE (SIILLA DE RUEDAS)	5
	DEPENDIENTE	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE	10
	NECESITA AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0

Puntaje	Clasificación
Menor a 20	Dependencia total
Entre 20-40	Dependencia grave
Entre 45-55	Moderada
60 o más	Leve

2.4 Lawton y Brody

Actividades instrumentales de la vida diaria.

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0

LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0

Puntaje	Clasificación
0	Máxima dependencia
8	Independencia total

2.5 Escala de Marcha y Equilibrio de Tinetti

Marcha

1. Iniciación de la marcha	Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	0
	No vacila	1
2. Longitud y altura de peso	Movimiento del pie derecho	1
	No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	0
	El pie derecho se separa completamente del suelo	1
	Movimiento del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
	Sobrepasa al pie derecho	1
	El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	0
	El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
3. Simetría del paso	La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
	La longitud parece igual	1
4. Fluidez del paso	Paradas entre los pasos	0
	Los pasos parecen continuos	1
5. Trayectoria	Desviación grave de la trayectoria	0
	Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	1
	Sin desviación o ayudas	2
6. Tronco	Balanceo marcado o uso de ayudas	0
	No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
	No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas	2
7. Postura al caminar	Talones separados	0
	Talones casi juntos al caminar	1

Equilibrio

1. Equilibrio sentado	Se inclina o se desliza en la silla	0
	Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	Imposible sin ayuda	0
	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
	Capaz de levantarse de un solo intento	2
3. Intentos para levantarse	Incapaz sin ayuda Imposible sin ayuda	0
	Capaz pero necesita más de un intento	1
	Capaz de levantarse de un solo intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata	Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco Imposible sin ayuda	0
	Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	1
	Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	Inestable	0
	Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	1
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra pero se mantiene	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados	Inestable	0
	Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	Pasos discontinuos	0
	Continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1

9. sentarse	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
	Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
	Seguro, movimiento suave	2

Equilibrio puntaje máximo	12 puntos
Marcha Puntaje máximo	16 puntos
Alto riesgo de caídas	Menor a 19 puntos
Riesgo de caídas	Entre 19 y 24 puntos
Bajo riesgo de caídas	Mayor a 24 puntos

2.6 Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse		
PUNTUACIÓN TOTAL	(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para Dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?(síntomas vegetativos)		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
SUBESCALA DE DEPRESION	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
PUNTUACIÓN TOTAL	(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	

¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

2.7 Escala de Stress de Adaptación al Cambio

Marcar cuales acontecimientos le han ocurrido en los últimos 12 meses

Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Separación Matrimonial	65
Muerte de un Miembro Cercano de la Familia	63
Accidente o Enfermedad Personal	53
Matrimonio	50
Despido del Trabajo	47
Reconciliación Matrimonial	45
Jubilación	45
Cambio en la Salud de un Miembro de la Familia	44
Embarazo	40
Problema Sexuales	39
Nuevo Miembro en la Familia	39
Reajuste en los negocios	39
Cambio en el Estado Financiero	38
Muerte de un Amigo Intimo	37
Cambio a una Línea de Trabajo Diferente	36
Cambio en la Cantidad de Discusiones con el Cónyuge.	35
Hipoteca de más de Diez mil Dólares	31
Vencimiento de la Hipoteca o de un Préstamo	30
Cambio en las Responsabilidades Laborales	29
Hijo o Hija que se va de Casa	29
Problemas Legales	29
Logro Personal Importante	28
Esposa que Empieza o deja el Trabajo	26
Iniciar o terminar la escuela	26
Cambio en las condiciones de vida	25
Revisión de los hábitos personales	24
Problema con el jefe	23

Cambio en las Horas o Condiciones del Trabajo	20
Cambio de Residencia	20
Cambio de colegio	20
Cambio en las distracciones	19
Cambio en las actividades religiosas	19
Cambio en las actividades Sociales	18
Hipoteca o de un Préstamo inferior a cien dólares	17
Cambio en los hábitos de sueño	16
Cambio en el número de la familia o círculo de amistades	15
Cambio en los hábitos de comidas	15
Vacaciones	13
Navidades	12
Violaciones menores de la Ley	11

Mayor a 200 signos de estrés

Anexo 3

Listado de Jardines Infantiles

Nº	Jardín Infantil	Directora	Dirección
1	El volcán	Claudia Sanhueza	Esmeralda 793
2	Renacer	Patricia Arnui	Matucana s/n.Pobl.Arturo Pratt
3	Pequeñitos udec	Adriana Cortes	Vicente Mendez 595
4	Rayito de sol	Ilda Sepúlveda	Av. Nueva Oriente 730 Lomas Oriente
5	Luz de kerubiel	Viviana Cavieres	Las Canoas esquina Tegualda s/n
6	Sarita Gajardo	Isaura Yanez	Inglaterra pje 5 s/n Pobl. Sara Gajardo
7	Las mariposas	Andrea Baeza	Diagonal Las Termas 101
8	Estrellitas del futuro	Lucia Cornejo	Pje.15 s/n Pobl. Irene Frei
9	Roland koch	Kelsie Fernandez	Mejillones 930
10	Eduardo Frei	Veronica Vidal	Av. Reino de Chile 1201
11	Paseo Aragon		Pj. Sierra de la Peña 712
12	Cuncunita	Oriana Soto	Cardenal Caro 565 Pobl. Vicente Perez Rosales
13	Pucheritos	María Escalona	Pj. Pelantaro 33 Pobl. La Araucana
14	Colibri	María Eugenia Sandoval	Corregidor Alvarado esq. 4 poniente Pobl. Vicente Perez Rosales
15	Castillito de esperanza	Elizabeth Alarcón	Av. La castilla 460
16	El Roblin	Marisel Santos	Calle 2 sur Pobl. El Roble
17	Tejitas	Lucia Rubilar	Muñoz Olave 581
18	Caracol	Priscila Aldana	5 sur esq. 4 poniente s/n Pobl. El Roble

Anexo 4

Consentimiento Informado

Estimados Adultos Mayores:

La presente tiene por objetivo formalizar con usted, su participación voluntaria en el estudio titulado “Relación entre el nivel de funcionalidad y los factores biopsicosociales del adulto mayor a cargo del cuidado de un nieto menor de 5 años perteneciente a un jardín infantil público de la comuna de Chillán 2012.”, (Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería) con cuyo propósito es: Determinar los factores biopsicosociales que influyen en el nivel de funcionalidad del adulto mayor a cargo del cuidado de un nieto menor de 6 años.

Se hace necesario destacar que:

- La información que usted entregará será manejada sólo por los investigadores bajo absoluta confidencialidad.
- Los resultados serán publicados conservando el anonimato de quienes participen en el estudio.
- En caso de que durante la entrevista y/o ejecución del estudio usted desee retirarse, puede hacerlo libremente.
- Se espera que los resultados de esta investigación, en la cual usted participará permitan Relacionar el nivel de funcionalidad con los factores biopsicosociales del adulto mayor a cargo de la crianza de un nieto menor de 5 años.

Investigadores Responsables		Profesor Guía de Tesis	
María Soledad Ceballos Silva	16.010.477-5	Juana Cortes Recabal	7.505.000-3
Luis Jara Carrasco	17.457.679-3		
Mariela Lecaros Delgado	17.4515.985-1		
María José Rodríguez Espinoza	17.130.800-3		

Acepto colaborar

Rechazo colaborar

Firma