



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**

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

**FUNCIONALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES Y SU  
RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS,  
SALUD Y ECONÓMICOS, CESFAM ISABEL RIQUELME  
CHILLÁN, 2011**

**Autores:**

Aguilar Torres Carlos Alberto  
Alarcón Sáez Carolina Yanill  
Cancino Aravena Claudia Giselle  
Collarte Gutiérrez Milka

**Docente guía:**

Magíster en Salud Pública  
Sra. Roxana Lara Jaque

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
CHILLÁN – CHILE  
2011

## AGRADECIMIENTOS

- A nuestra Docente guía, Sra. Roxana Lara Jaque, E.U. Magíster en Salud Pública, por su permanente apoyo, dedicación y orientación en el desarrollo de esta investigación
- Al Estadístico, Sr. Miguel López E. por guiarnos y asesorarnos en el procesamiento de los datos.
- A la directora del CESFAM Isabel Riquelme, Sra. Eugenia Ramírez León, por permitirnos realizar la recolección de datos
- Al CESFAM Violeta Parra por proporcionar los datos necesarios para realizar la prueba piloto
- A las P.M. encuestadas, por su colaboración y disponibilidad en participar en la investigación
- A la Srta. Magdalena Campos Matus, enfermera del CESFAM Isabel Riquelme, por su disponibilidad y colaboración.
- A nuestras familias por el constante apoyo, afecto y ánimo para concluir nuestra investigación.

## RESUMEN

**Antecedentes:** La población de personas mayores (P.M.) y su nivel de funcionalidad constituye un tema de interés, puesto que la acentuación de cambios demográficos se asocia directamente al proceso de envejecimiento. Es por esto que la OMS señala que la independencia funcional es el indicador más representativo en éste grupo etario. **Objetivo:** Establecer factores que se relacionen con el nivel de funcionalidad de las P.M., en control en el Programa de Salud del Adulto Mayor, en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2010. **Diseño** de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal, en una muestra constituida por 223 P.M. elegidos al azar sistemático. **Resultados:** se encontró una frecuencia de P.M. autovalentes de 49,3%; autovalente con riesgo de 31,4%; riesgo de dependencia 19,3%. Habiendo relación significativa entre el nivel de funcionalidad y nivel educacional ( $p=0,021$ ), estado sensorial ítem utilización de lentes (0,047), número de ECNTs (0,008) y estado emocional (0,040), mientras que no existió asociación con las variables edad, sexo, situación de convivencia, funcionamiento familiar, caídas previas en el último año, hospitalización previa en el último año, estado sensorial ítem problemas de visión y audición, utilización de audífonos y tipo de ECNTs. **Conclusiones:** existió asociación entre el nivel de funcionalidad y nivel educacional, número de ECNTs, estado emocional y utilización de lentes, situación por la cual, a nivel de enfermería, se puede actuar a nivel primario, dando énfasis a la promoción y prevención de la salud en relación al estado emocional y ECNTs.

**Palabras claves:** nivel de funcionalidad-adulto mayor-factores sociodemográficos-factores de salud-factores económicos.

## ABSTRACT

**Antecedent:** the population of elderly people and their level of functionality constitutes an interesting subject. Even more so, taking in consideration that the increase demographic change is directly related to the ageing process. For this reason the World Health Organization. States that functional independence is the most representative indicator in the age group. **Objective:** establish factors that related to Elderly people's functionality levels in their regular visits to the doctor's as part of the 2010 Elderly People's Health Program in Chillan's Isabel Riquelme doctor's surgery. **Design:** descriptive – correlational, transversal, from a sample of 223 elderly people randomly chosen. **Results:** a frequency of 49.3 % totally independent elderly people ; 31.4% independent with risk and 19.3 % risk of dependency was found. Also a significant relationship between level of functionality and education ( $p=0.021$ ), sensory state in the item "use of glasses" ( $p=0.047$ ), number of non infections chronic diseases ( $p=0.008$ ) and emotional state ( $p=0.040$ ). while no relationship was found between variables of age, gender , marital status, family structure, falling accidents, in the last year, previous hospitalizations in the last year, sensorial states in the items "vision", "hearing", "use of hearing aids", or type of non- infections chronics disease. **Conclusion:** a relationship exist between the level of functionality and education, number of non infection chronic diseases, emotional states and use of glasses. This enables us to recommend primary health on a nursing level intervention emphasizing promotion and prevention related to emotional states and non-infection chronic diseases.

**Keywords:** level of functionality-elderly person-socio demographic factors-health factors-economic factors.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.3 PROBLEMATIZACIÓN .....	10
1.4 MARCO TEÓRICO .....	11
1.5 MARCO EMPÍRICO.....	25
1.6 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN .....	32
1.7 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	33
1.8 HIPÓTESIS.....	34
1.9 LISTADO DE VARIABLES.....	35
<b>II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>36</b>
2.1 TIPO DE DISEÑO.....	36
2.2 UNIVERSO .....	36
2.3 MUESTRA .....	36
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS .....	36
2.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	37
2.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	37
2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	38
2.8 PRUEBA PILOTO .....	39
2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	40
<b>III. ANÁLISIS.....</b>	<b>41</b>
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	41
3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	65
<b>IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....</b>	<b>70</b>
4.1 CONCLUSIONES .....	70
4.2 SUGERENCIAS.....	71
4.3 LIMITACIONES .....	73
<b>V. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>74</b>
<b>VI. ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

## I. INTRODUCCIÓN

El aumento del envejecimiento se ha convertido en un hito a nivel mundial, debido a los fuertes cambios sociales, económicos y de salud que se generan en la población, lo que se traduce en una importante expresión de transición demográfica <sup>(1,2)</sup>. Estos cambios son el resultado del descenso de la tasa de natalidad, disminución de la mortalidad de las personas mayores (P.M.), y el aumento de las expectativas de vida de la sociedad, como consecuencia de los múltiples avances científicos y tecnológicos en salud. Se estima que entre los años 2000 y 2050, la proporción de P.M. a nivel mundial, alcance más del doble de la actual, de un 6,9% a 16,4% <sup>(3,4, 5)</sup>.

El escenario en Chile no es disímil, puesto que las P.M. continúan siendo una “minoría creciente”, constituyendo el tercer país más envejecido de Latinoamérica. Según el censo del año 2002, la población total alcanzaría los 15.116.435 personas, de las cuales el 11,4% son P.M., es decir, 1.727.478 <sup>(2,4)</sup>. Cabe señalar además, que la esperanza de vida al nacer de un individuo en Chile es de 79,10 años promedio, siendo para los hombres 76,12 años y la mujer 82,20 años <sup>(6)</sup>.

Por lo anteriormente expuesto, es que adquiere gran relevancia conocer como evoluciona y se desarrolla el proceso de envejecimiento, definido como un deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de la respuesta adaptativa al estrés; de carácter universal, continuo, irreversible, dinámico, declinante, heterogéneo y hasta el momento inevitable, en el que suceden cambios biopsicosociales, resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, de los estilos de vida y de la presencia de enfermedades, iniciados desde el nacimiento <sup>(7,8,9)</sup>.

Como consecuencia del proceso de envejecimiento, las P.M. manifiestan cambios a nivel físico, con deterioro progresivo del organismo; a nivel psíquico, con cambios de comportamientos y autopercepción, y finalmente a nivel social <sup>(7)</sup>. Dichos cambios se relacionan en forma directa con la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD), viéndose muchas veces mermadas, causando un considerable descenso en la funcionalidad de la P.M. <sup>(10)</sup>.

Marín, en el 2007, describe la funcionalidad como la capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana y utilizar los instrumentos necesarios para ello, de tal forma de mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Entendiendo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como aquellas acciones mínimas que permite a los individuos ser autovalentes en el hogar y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), aquellas de mayor complejidad que se utilizan para llevar una vida independiente en la comunidad <sup>(10,11)</sup>.

En Chile existe un instrumento conocido como Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), que mide la funcionalidad a través de la capacidad de la P.M. de realizar las ABVD, AIVD, y la evaluación del estado cognitivo, que fue validado y utilizado actualmente a nivel primario de atención de salud <sup>(2)</sup>. La importancia de este instrumento radica en la mantención y mejora de la autonomía de las P.M., identificando los factores de riesgo que puedan afectar la calidad de vida y disminuir la autovalencia de dichas personas. Es decir, la evaluación funcional se centra en la detección precoz de alteraciones, de tal forma de establecer acciones destinadas a la prevención de complicaciones.

En base a lo anteriormente expuesto, el objetivo de la presente investigación hace referencia a determinar cómo, factores sociodemográficos, de salud y económicos podrían relacionarse con la funcionalidad de las P.M., lo que en consecuencia, influiría en el bienestar y la calidad de vida de este grupo etáreo.

## 1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La acentuación de los cambios demográficos se asocia directamente al proceso de envejecimiento que se refleja con el aumento de las P.M., tanto a nivel mundial como nacional. La pirámide poblacional de Chile se ha invertido, y como consecuencia Chile será en pocos años más un país envejecido <sup>(2, 3)</sup>. El aumento demográfico de las P.M. se ha visto favorecido por diferentes factores que se relacionan directamente con el cambio e incremento de la curva poblacional, siendo múltiples los factores involucrados; descenso de la tasa de natalidad, descenso de la tasa de mortalidad infantil, avances tecnológicos, factores ambientales, movimientos migratorios de las poblaciones, aumento de la duración de la vejez o expectativa de vida, entre otros <sup>(5,8)</sup>.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, que se manifiesta de forma paulatina y gradual. Como consecuencia de éste ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades <sup>(9)</sup>. Este proceso generalizado, produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad <sup>(5,8)</sup>.

No existe un consenso definitivo sobre cuándo un individuo es considerado Adulto Mayor, es así como algunos autores se centran en la edad cronológica, mientras que otros incorporan la edad fisiológica, psíquica y social <sup>(8)</sup>. Para efecto de la presente investigación se tomará como referencia la definición de la OMS que clasifica a las P.M. como aquellos individuos de 60 años y más <sup>(5)</sup>.

Las P.M., desde el inicio del proceso de envejecimiento experimentan cambios que afectan de diferentes formas a los distintos individuos, existiendo tres perspectivas de análisis; el nivel biológico, psíquico y social que permiten identificar los principales cambios y características de estas P.M. <sup>(8)</sup>.

Según la OMS el indicador de salud más representativo en las P.M. es el estado o mantención de la independencia funcional, y no necesariamente la ausencia de enfermedades <sup>(2)</sup>. Por lo anterior, cuando ésta se encuentra alterada actúa como un indicador de severidad de enfermedad ya que mide la capacidad de

independencia, la cual frecuentemente se pierde ante las diversas enfermedades de este grupo etario <sup>(12)</sup>.

Es así como el principal efecto del proceso de envejecimiento, surge de la pérdida en la funcionalidad, siendo ésta la consecuencia más grave que trae consigo el envejecer. Este deterioro funcional es la suma de cambios que se producen en el ser humano, manifestándose de forma progresiva e imperceptible al inicio del proceso, afectando las AVD, englobándose según orden de alteración en las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), AIVD y finalmente las ABVD llevando a las P.M. a la dependencia <sup>(2, 8)</sup>.

Se debe tener en cuenta que con el aumento del número de P.M. habrá, asimismo, un acrecentamiento de las necesidades de salud de este grupo etario, viéndose reflejado en las consecuencias que trae consigo no sólo a nivel físico sino también de carácter personal con la disminución de su autoestima, de carácter familiar mediante el cambio entre las relaciones con los miembros de familia, llevando muchas veces a la institucionalización para finalmente afectar el área económica, tanto individual como social <sup>(13)</sup>.

Debido a que la población de P.M. se encuentra en significativo aumento es de suma relevancia poder conocer cómo afectan los problemas de salud sobre el nivel de funcionalidad, para generar medidas que permitan mejorar la calidad de vida de las P.M., y así evitar un costo sanitario de intervención y de cuidado sobre las P.M., aquí radica la importancia de poder identificar cabalmente los factores que se relacionan con la limitación funcional, y con esta información poder enfocarse en políticas de prevención.

El envejecimiento de los individuos tiene implicancia tanto para la asistencia sanitaria como para enfermería la alteración funcional sirve como un indicador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente <sup>(12)</sup>, permitiendo así establecer un diagnóstico a tiempo que permita lograr un buen pronóstico y así disminuir la probabilidad de presentar dependencia funcional mediante una adecuada intervención.

El objetivo del presente estudio radica en poder identificar cómo afectan las variables sociodemográficas, económicas y de salud en la funcionalidad de las

P.M. con el fin de formular y ejecutar planes de acción dirigidos a la mantención de la salud, enfocándose principalmente en prevención y recuperación de la funcionalidad, sumándose la necesidad imperante de perfeccionar las políticas públicas y la salud asistencial que se otorga a las P.M. Y así, de esta manera, evitar el desarrollo de la pérdida de funcionalidad en las P.M., siendo la educación, por consecuente, el rol educador que realiza el profesional de enfermería.

## 1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se relacionan los factores sociodemográficos, de salud y económicos con el nivel de funcionalidad de las P.M.?

## 1.3 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. la edad?
2. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. el sexo?
3. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. el nivel educacional?
4. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. la situación de convivencia?
5. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. con el funcionamiento familiar?
6. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. la presencia de caídas previas en el último año?
7. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. el número de hospitalizaciones previas en el último año?
8. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. el estado sensorial?
9. ¿Influirá en el nivel funcionalidad de las P.M. el número de enfermedades crónicas no transmisibles?
10. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. el tipo de enfermedad crónica no transmisibles?
11. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. el estado emocional?
12. ¿Influirá en el nivel de funcionalidad de las P.M. la percepción de la suficiencia económica?

## 1.4 MARCO TEÓRICO

A nivel mundial han acaecido grandes cambios en lo que respecta a la transición demográfica. Si bien es cierto, la población ha mostrado un crecimiento en forma progresiva, alcanzando en el año 2007 un total de 6600 millones de personas, los cambios más significativos se relacionan con el aumento de P.M. Dicha transición se produce, a mediados del siglo XX, debido a la elevada fertilidad de algunos países, posterior a la segunda guerra mundial, y a factores como, el aumento de la esperanza de vida de los individuos y la mortalidad tardía, generando un incremento de un 11% de P.M. en el año 2007, en relación al 8% en la década de los 50 <sup>(14,15)</sup>.

Estos cambios del envejecimiento demográfico son, sin embargo, heterogéneos para cada país, dependiendo en gran medida de su nivel de desarrollo, de esta forma, se visualiza en los países desarrollados un ritmo de envejecimiento más rápido, en relación a la población de menores de 15 años, estimándose para el año 2050 que la población de P.M. (32%) duplicara a la de niños (16%), es decir, un aumento de P.M. de 705 millones en el 2007 a 2000 millones en el 2050. Para los países en vías de desarrollo la distribución por edad tendrá proporciones similares para dicho año <sup>(14,15)</sup>.

A nivel nacional, Chile es el tercer país más envejecido de América Latina, donde el grupo de 60 años y más, que en el año 2010 era de un 11,5%, se acrecentará a un 20,1% para el 2025, alcanzando una expectativa de vida de 80 años <sup>(2,16)</sup>.

En la región del Bío Bío la población de P.M. asciende a 211.957, equivalente al 11,39% del total de la población, es decir, 1.861.562. A nivel de la provincia de Ñuble, su población total es de 438.103, de los cuales 55.893 son P.M. correspondientes al 12,76%. Finalmente a nivel comunal, Chillán presenta una población de 161.53 habitantes, de los cuales 18.296 son P.M., es decir un 11,30% <sup>(5)</sup>.

Por lo anteriormente señalado, es que adquiere gran relevancia conocer la dinámica y evolución del envejecimiento, al ser la vejez considerada como una etapa precedida de temores y reflexión, que provoca variados sentimientos sobre

las personas <sup>(8,17)</sup>. En la antigüedad, la longevidad fue sinónimo de Sabiduría, experiencia y admiración, posicionando a los adultos mayores en un lugar privilegiado heredando de ellos sus normativas médicas y filosóficas <sup>(8)</sup>. Así mismo, en algunas tribus primitivas los ancianos eran eliminados y aislados. Con el transcurso del tiempo sobrevino un vuelco en la sociedad, convirtiéndose, a partir de los últimos cien años, en un problema social debido a que no se esperaba un aumento tan significativo de las P.M. principalmente en países en vías de desarrollo, lo que generó un cambio en el trato hacia ellos, se les ve como un molestia, que no tiene derecho a satisfacciones y placeres de la vida, incluso se les desprecia <sup>(17)</sup>.

Junto a la edad cristiana aparecieron hospitales y hospicios para el cuidado de las P.M., así en la edad moderna y renacimiento las P.M. podían ser muy poderosos gracias a sus riquezas. Durante la revolución industrial a pesar de los excesos de las clases adineradas, los ancianos vivían 10 años más que los de clase inferior otorgándole al “abuelo” la cúspide más importante de la estructura familiar <sup>(8)</sup>.

Actualmente el envejecimiento, como proceso de transformación, debe considerarse como un acontecimiento individual y colectivo. Esta metamorfosis se inicia desde el nacimiento, acompañada de cambios orgánicos y físicos que se reflejan con arrugas, canas, encorvamiento, enlentecimiento, y que no sólo se determina por la edad en años, sino también, el envejecimiento que experimentan los órganos y tejidos, el cambio y deterioro mental y cambio de rol en la sociedad <sup>(8, 17, 18)</sup>.

De acuerdo a esto, la edad efectiva de una persona se puede establecer teniendo en cuenta diversas consideraciones que permiten diferenciar entre:

1. Edad cronológica: representa el número de años transcurridos desde el momento del nacimiento y determina la vejez de forma más simple <sup>(8,17,.)</sup>.
2. Edad fisiológica: se determina por el estado del funcionamiento orgánico de los individuos, por el deterioro de órganos y tejidos <sup>(8,17)</sup>.
3. Edad psíquica: se puede diferenciar por los efectos psicológicos que deja el paso del tiempo en cada individuo <sup>(8,17)</sup>.

4. Edad social: Establece y designa el rol social que cada individuo cumple en la sociedad <sup>(8,17)</sup>.

Así mismo, el envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos, su incremento ha generado grandes desafíos para la sociedad, en lo referente a promoción de políticas públicas para el fomento de un envejecimiento saludable. Es así como existen dos formas de comprender como se desarrolla el envejecimiento, uno de ellos es el envejecimiento como proceso, que es aquel que constituye los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por influencias de enfermedades o del entorno. Corresponden a los cambios fisiológicos normales que se originan con el avance de la edad, estos cambios constituyen el envejecimiento intrínseco de la persona y están programados genéticamente para cada especie. Por otro lado se encuentra el “envejecimiento extrínseco”, que señala la influencia del entorno, los estilos de vida y las enfermedades que están relacionadas con dicho proceso <sup>(5, 14, 16,19)</sup>.

El envejecimiento como proceso en evolución, tanto físico como biológico, ha dado paso a la preocupación y posterior formulación de múltiples teorías de distinta naturaleza, con diversos autores que intentan explicar el cómo y porqué del proceso de envejecimiento.

Según lo anteriormente señalado estas teorías se pueden clasificar en tres grandes dimensiones: las que se refieren al “envejecimiento biológico”, intentando explicar el proceso físico del envejecimiento, manifestándose por cambios físicos que reducen la eficiencia de los órganos. La causa principal que sostiene ésta dimensión se centra en la disminución y/o pérdida de la replicación celular <sup>(17, 20,21)</sup>, cabe destacar que este envejecimiento biológico puede manifestarse y comenzar de manera repentina mucho antes de alcanzar la edad cronológica correspondiente a los 65 años, debido a que los diferentes órganos y sistemas no envejecen al mismo tiempo, y que cada organismo es distinto de otro <sup>(17)</sup>.

La segunda dimensión corresponde al “envejecimiento psicológico” que sitúa la capacidad adaptativa de las P.M., englobando las variaciones en los procesos sensoriales, perceptuales, y de personalidad, que se enfocan en cambios de conductas y actitud presentes en las P.M. que acompañan el envejecimiento <sup>(8,18)</sup>.

Los cambios biológicos y psicológicos que se presentan a medida que avanza la edad se relaciona con el ambiente social de las P.M. afectando en su comportamiento <sup>(17)</sup>, siendo ésta la última gran dimensión; “el envejecimiento social”, el cual se ve reflejado en las relaciones sociales con familiares, amigos y trabajo, experimentando una disminución de sus relaciones sociales importantes <sup>(17, 18, 22)</sup>.

De las distintas teorías que avalan las dimensiones antes expuestas se destacan:

1. Teorías biológicas del envejecimiento:

- Teoría del envejecimiento programado: Los genes ejercen un papel importante en la longevidad, determinando el envejecimiento, el cual está genéticamente programado en las células de cada individuo <sup>(18, 21, 22)</sup>.
- Teoría de los radicales libres: es una de las teorías más aceptadas, postulando que la causa del envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido por los radicales libres, ya que estos reducirían la eficacia celular causando una acumulación de productos de desechos en la célula, lo que provoca un daño en el sistema biológico producida por lesión celular, generando una muerte prematura en el organismo <sup>(18, 21, 22)</sup>.
- Teoría inmunológica: el sistema inmune pierde su selectividad con la edad, disminuyendo la capacidad de producir anticuerpos, comenzando así a atacar a las células normales de nuestro organismo <sup>(18, 21)</sup>.

2. Teorías psicológicas del envejecimiento:

- Teoría de la actividad: señala que cuanto más activas se mantengan las P.M., pudiendo sustituir las funciones sociales que ha perdido, más satisfactoriamente envejecerán <sup>(17,18)</sup>.

- Teoría de la desvinculación: las P.M. disminuyen su interacción social, y esta acción es favorable para éstas y la sociedad, ya que las P.M. liberan sus posiciones ocupadas previamente, para que sean reemplazadas por otras más jóvenes y eficientes <sup>(17, 18, 21)</sup>.
- Teoría de la continuidad: indica que los hábitos y estilos personales adquiridos durante toda la vida se mantienen durante la vejez, manteniendo su estructura interna y externa, permitiendo adaptarse a situaciones de estrés <sup>(18, 21)</sup>.

### 3. Teorías sociales del envejecimiento :

- Teoría de la modernización: en las sociedades pasadas las P.M. poseían mucho poder, estatus social y eran la fuente de información y sabiduría, esto se contrapone en la actualidad ya que actualmente es relegado socialmente <sup>(17)</sup>.
- Teoría estratificación por edad: las sociedades están estratificadas por edad y clases sociales. La estratificación por edad determina las funciones sociales de las P.M. <sup>(17)</sup>.

Sin dejar de lado las teorías, es importante destacar que, la dinámica celular y extracelular en el periodo de vejez, denotan la apariencia y función física. Con el transcurso del tiempo el organismo pierde la capacidad para preservar la homeostasis, por lo que sus sistemas orgánicos no funcionan de manera adecuada, provocando un grado menor de bienestar, afectando la calidad de vida de las P.M. Dicho estado es también influido por factores físicos, mentales, sociales y ambientales <sup>(19)</sup>. Sin duda la calidad de vida es fundamental en lo que respecta al envejecimiento, ya que, es ésta la que determinará un envejecimiento pleno proveniente de las interacciones entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestimenta, alimentación, educación y libertades

humanas); cada una de las cuales contribuye, de diferente manera, a un óptimo estado de bienestar, el que sucede en forma individual y con intensidad variable en las P.M., dando pie a que éste mantenga sus funciones intactas <sup>(23)</sup>.

Por funcionalidad o independencia funcional se entiende como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, se dice que la funcionalidad está indemne <sup>(2, 11)</sup>.

Para mantener el nivel de funcionalidad es fundamental que estas actividades no se encuentren alteradas, ya dependen una de la otra <sup>(24)</sup>.

Estas actividades de la vida cotidiana se clasifican en tres grandes grupos; ABVD que son las más elementales, de autocuidado, permitiendo a los individuos ser autovalentes en el hogar, AIVD las que permiten llevar un vida independiente y autónoma en la comunidad, mediante el uso de algunos instrumentos necesarios, para ello, precisando de una mayor indemnidad de las P.M. y en Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) las que presentan mayor complejidad, exigiendo un mayor y mejor funcionamiento <sup>(11, 24)</sup>. Si las P.M. mantienen intactas las capacidades de realizar las ABVD, se dice que son autovalentes, es decir funcionalmente independientes, pero si las P.M. presentan alguna restricción o ausencia física o funcional que limite o impida el desempeño de las ABVD pasan a la dependencia, conllevando a limitación o pérdida funcional <sup>(9)</sup>. Existe una relación jerárquica en la pérdida de las AVD, afectando en primer lugar a las AAVD, luego las AIVD finalizando con las ABVD, cuando se establece el deterioro o pérdida de las ABVD el resto de las actividades son aún más difíciles de poder realizarlas, con lo cual hay un peor pronóstico y la necesidad de ayuda en éstas P.M. será mayor <sup>(24)</sup>. Cuando una persona pierde su funcionalidad o está en riesgo de perderla, aumenta la posibilidad de padecer caídas, sedentarismo, estados depresivos y aislamiento, que conducen a la fragilidad <sup>(5)</sup>. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define como adultos mayores frágiles “ los que padecen o están en riesgo de presentar los grandes síndromes geriátricos”; Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia,

entendiéndose fragilidad como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo que se produce con el envejecimiento, siendo influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales <sup>(25)</sup>.

La fragilidad se asocia al envejecimiento, y se caracteriza por ser continua y silenciosa, lo que genera un aumento de la incapacidad, pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos, conllevando a riesgos elevados de presentar morbilidad, hospitalización y mortalidad. Si bien no hay un criterio único que determine la causa de éste síndrome clínico, se considera que algunos cambios fisiológicos asociados al envejecimiento podrían inducir la aparición de éste <sup>(26)</sup>.

La fragilidad de las P.M., más las consecuencias de enfermedades, influyen sobre el deterioro funcional o pérdida de la funcionalidad, señalado en el “diagrama de Verbrugge”, que explica el inicio de la condición de pérdida de funcionalidad, que comienza con el proceso patológico, continuando con; aparición de deterioro, limitación funcional y discapacidad, para culminar en la dependencia <sup>(24)</sup>.

Si bien la edad avanzada se puede relacionar con la aparición de fragilidad y con el deterioro funcional, la salud en las P.M. se mide en términos de funcionalidad o no por ausencia de patología. Por consiguiente la independencia funcional que se refleja en la edad funcional de las P.M., es la que indicará la capacidad de autovalencia para las AVD <sup>(22)</sup>. Esta capacidad se encuentra afectada por diferentes variables que alteran la dependencia funcional, entre los factores que influyen en la funcionalidad se destacan:

1. Edad: juega un rol fundamental, ya que a medida que se sobrepasa los 65 años aumenta progresivamente la eventualidad que aparezca una limitación funcional, puesto que las condiciones de salud disminuyen a medida que aumenta la edad. Se sabe que de todas las P.M. el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo de dependencia. Así el envejecimiento cronológico o el

incremento de la edad generan una pérdida funcional tanto física como mental, pudiendo llevar a la dependencia funcional <sup>(17, 22)</sup>.

2. Sexo: el sexo femenino se asocia directamente a la fragilidad, existiendo una mayor proporción de mujeres que de hombres, por lo cual, la mujer tiene más probabilidad de sufrir alguna limitación funcional, esto se debe a que la mujer tiene una mayor expectativa de vida que el hombre <sup>(17, 22)</sup>.
3. Nivel educacional: la disminución en la salud de las P.M. depende del nivel educacional del individuo, pues si es más instruido, mantendrá un mejor autocuidado, siendo la población de P.M. la con mayor proporción de analfabetos, en la cual, los varones son los que presentan un mayor número de años con estudios aprobados. Así mismo se observa que existe un mayor deterioro cognitivo en P.M. con menos años de escolaridad, afirmando entonces que aquellas P.M. que poseen recursos intelectuales o mayores años de instrucción, gozan de una mejor vejez, conservando su independencia funcional <sup>(27)</sup>.
4. Situación de convivencia: aspecto importante de considerar en las P.M., debido a que las estadísticas revelan una mayor y mejor sobrevivencia en personas casadas sobre los solteros o viudos, manteniendo ellos una mejor independencia funcional debido a que las P.M. casadas tienen menos impedimentos o condiciones crónicas, mejor salud mental y física. No así los viudos, que experimentan cambios notorios de la calidad de vida, revelando altas tasas de desórdenes mentales, afectando la capacidad para llevar una vida independiente <sup>(22)</sup>.
5. Funcionamiento familiar: una relación familiar cercana es un importante factor preventivo para las P.M., pues proporcionan protección, intimidad, afecto e identidad social, logrando una salud mental, física y social, lo que conlleva directamente a una mejor independencia funcional <sup>(18)</sup>.

6. Caídas: son un síntoma común frecuente en personas con más años, suelen anteceder a un periodo de declinación gradual de las AVD. Están asociadas a una elevada morbi-mortalidad y disminuyen progresivamente la capacidad motriz, alterando el equilibrio, conduciendo incluso a la inmovilidad producto de los daños causados por lesiones y síndrome post caída. En Chile aproximadamente el 10% de las caídas conducen a fracturas, conllevando a una dependencia funcional <sup>(22)</sup>.
7. Hospitalización: estos servicios sanitarios, presentan alto riesgo para las P.M., pues al ser sacadas de su ambiente habitual, les genera estrés frente al ambiente hospitalario, producto de nuevas rutinas y horarios. Incrementando la posibilidad de aparición de dependencia funcional, producto de que a los pacientes mayores se le realizan sus AVD y no se estimula o permite que ellos la realicen por sí solos <sup>(22)</sup>.
8. Estado sensorial: la pérdida de la visión o alteración de ésta disminuye significativamente la independencia de las P.M., afectando directamente en la realización de AVD. Asimismo, la audición también muestra una relación similar a la visión, puesto que se asocia directamente con el funcionamiento intelectual o cognitivo, generando una alteración de éste, con una consecuente disminución de las AVD. La pérdida de estas actividades, provoca en las P.M. importantes alteraciones tanto emocionales como sociales, relegándose así, de sus amigos, familias y pares, conduciendo al aislamiento y depresión <sup>(17,18)</sup>.
9. Número y tipo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs): las enfermedades tienen un gran impacto sobre la calidad de vida de las P.M., y también, múltiples efectos sobre las mismas, ya que, generan dependencia económica, y muchas de estas enfermedades crónicas no causan la muerte, pero provocan discapacidades que disminuyen la calidad

de vida en los últimos años. La real importancia radica en el impacto que generan para la realización de las AVD, por consecuente conllevan a la dependencia funcional. La diabetes, asma, artritis/artrosis son los que generan discapacidades con más frecuencia en las P.M., en Chile, las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, infartos, accidentes vasculares son la principal causa de hospitalización y afección en las P.M., seguidamente las enfermedades del aparato digestivo, las afecciones quirúrgicas de vías biliares, afecciones tracto genitourinario en mujeres y patología prostática en los hombres <sup>(17, 18, 22)</sup>.

10.Estado emocional: la depresión puede ser producto de múltiples causas, entre ellas la comorbilidad con otras ECNTs, las más importantes que pueden llevar a esta enfermedad es la alteración auditiva y visual, pues provocan un cambio sobre la percepción de si mismo, en su autoestima. Además se relaciona que la depresión puede conllevar a un deterioro cognitivo. Asimismo, quienes sufren de depresión, muestran un incremento en sus tiempos de reacción a las tareas psicológicas, un enlentecimiento en el tiempo de respuesta que se ve reflejado en la toma de decisiones, solución de problemas, alterando la independencia en las AVD <sup>(18, 22)</sup>.

11.Nivel socioeconómico: es el factor de mayor importancia para determinar la calidad de vida en las P.M., siendo la falta de recursos económicos causa directa o indirecta de procesos carenciales como desnutrición, el cual conlleva a fragilidad y disminución de la independencia. Las P.M. con un mejor nivel socioeconómico son quienes disfrutan de un estilo de vida independiente, gozando de mejor salud, mayor longevidad e independencia funcional, ya que una situación económica adecuada garantizará atención médica para condiciones de salud necesarias <sup>(18, 22)</sup>.

Según lo anteriormente expuesto, la funcionalidad de las P.M. se encuentra afectada por diversos agentes causales, que tienen una base científica biológica

orientada a determinar y describir los factores que constituyen un riesgo para la salud de los individuos. Por lo tanto, adquiere gran relevancia establecer una teoría de enfermería que explique el porqué y cómo dichos sucesos y factores afectan a las P.M.

La Enfermería como ciencia, se basa fundamentalmente en una estructura teórica, la cual es llevada a la práctica mediante el proceso de enfermería. La participación y el grado en que los individuos se involucran y vinculan con este sistema de atención son de importancia esencial y recae directamente en la salud de cada usuario.

Es sabido que enfermería alcanza su máximo desarrollo en el nivel primario de atención de salud, ya que se evidencia en los datos anteriormente expuestos, que con el paso del tiempo, los malos hábitos de vida y presencia de pluripatologías<sup>(28)</sup>, se daña la única propiedad individual que se posee, el organismo.

De esta forma, una labor importante de enfermería es visualizar a las P.M. de una forma holística, constituyendo un complejo sistema biopsicosocial, integral y que actualmente se utiliza y es apoyado por el nuevo Modelo de Atención en Salud, cuya finalidad tiene por objeto la creación de mejoras en relación a la prevención de la pérdida de funcionalidad, reduciendo el problema más complejo que aqueja a las P.M.; la dependencia<sup>(29)</sup>.

Esta visión de salud “biopsicosocial” se liga perfectamente con la Teoría de la Conservación de Myra Estrin Levine y con la realidad de las P.M., las cuales atraviesan por una vulnerabilidad física, social, económica, familiar y psicológica, siendo parte además, de un complejo proceso de dependencia dinámica, tanto con los demás individuos, como con su entorno y todo esto sin necesariamente presentar una patología, relacionándose con los cuatro principios de ésta teoría<sup>(30)</sup>. Es por esta razón, la elección de dicha teoría, ya que involucra los variados aspectos necesarios de los usuarios mayores de 65 años, para poder determinar teóricamente su nivel de salud, es decir, su funcionalidad.

## Teoría de la conservación

La primera afirmación de los principios de la conservación, formuladas por Myra Estrine Levine (1944-1996), fue llamado “The four conservation principles of nursering” (Los cuatro principios de la conservación de enfermería), antecedidos por una serie de trabajos preliminares, caracterizando al individuo, en este caso P.M., como un todo dinámico y en constante interacción con su medio ambiente (entorno)<sup>(30)</sup>. Y explica que el exceso de estímulos caracteriza la disponibilidad de respuesta adaptativa, cuando la estabilidad se ve amenazada, por lo tanto, los procesos de adaptación traen consigo una serie de ahorro de economía por parte del cuerpo para así, poder salvaguardar la estabilidad de cada individuo expuesto a dicho estímulo. De esta manera, de la adaptación anteriormente descrita resulta el proceso de conservación<sup>(31)</sup>. Para el mejor entendimiento de la teoría de la conservación se expresan tres conceptos que fundamentan de cierta manera su existencia:

1. Globalidad: Levine basó el uso del concepto de globalidad, en la descripción que Erickson hacía de este término como un sistema abierto, quien afirma que este concepto, es una relación mutua, sólida, orgánica y progresiva entre diversas funciones y partes de un todo, cuyos límites son abiertos y fluidos. Esta definición ofrece a Levine, la oportunidad de explorar y entender las partes del “todo”<sup>(29)</sup>.
2. Adaptación: proceso de cambio mediante el cual, el individuo se ajusta a las realidades que lo afectan de manera externa o interna para permanecer integro a lo largo del transcurso del tiempo<sup>(29)</sup>.

La respuesta adaptativa específica que hace posible la conservación ocurre en diferentes niveles: molecular, psicológico, emocional fisiológico y social.

Las respuestas están basadas en tres factores:

- 2.1 Historicidad: las respuestas adaptativas de cada individuo responden a su pasado o historia genética y personal. Cada individuo es una combinación de su propia genética y ambiente, por

lo tanto las respuestas adaptativas son el resultado de estas combinaciones <sup>(32)</sup>.

2.2 Especificidad: cada sistema hace a un ser humano único con sus propias respuestas a ciertos estímulos que desencadenan el proceso de adaptación y por consiguiente la conservación <sup>(32)</sup>.

2.3 Redundancia: describe la noción de que si un sistema o camino no está habilitado para asegurar la adaptación, otro sistema si lo estará, y podrá así completar el proceso de adaptación <sup>(32)</sup>.

3. Dependencia: el individuo depende directamente de la interacción con el medio y con los demás, causando diferentes tipos y niveles de agentes estresores que pueden beneficiar o perjudicar la salud de las P.M. <sup>(30)</sup>.

4. Entorno: Levine considera que cada individuo mantiene su propio entorno, entendiéndose como tal, el contexto en que los individuos viven sus vidas, participando activamente en él <sup>(31)</sup>.

De acuerdo a lo anteriormente planteado, es posible hacer hincapié en las intervenciones e interacciones que la enfermería debe pretender manifestar manteniendo la globalidad y el fomento de la adaptación. Estas intervenciones tienen sus orígenes en los conocimientos y prácticas de enfermería con base científica previamente aprendidos, precedentes al conocimiento del concepto de conservación.

En esta teoría, el profesional de enfermería entrelaza sus conocimientos y habilidades con los cuatro principios de la conservación <sup>(29)</sup>.

1. Conservación de la energía: implica un equilibrio entre la energía requerida y las reservas de energía. Consiste en la necesidad de renovación y equilibrio de la energía, tanto de la que sale como de la que ingresa, de manera constante para el mantenimiento de sus actividades vitales, mediante el reposo, la nutrición y ejercicios adecuados <sup>(30, 29)</sup>.

2. Conservación de la integridad estructural: consiste en las acciones en salud que mantienen la globalidad funcional y estructural física del individuo, en la cual se puede prevenir el colapso físico y la manifestación de enfermedades prevenibles <sup>(30, 31)</sup>.
  
3. Conservación de la integridad social: la salud se conserva mediante la base de la humanidad, las sociedades. La relación salud y comunidades sociales son gatillantes en la manifestación de patologías, o su influencia es altamente considerada en salud. Levine menciona que la enfermedad en un paciente se torna a un sentimiento solitario, sin estarlo necesariamente, resaltando la importancia de las diferentes interacciones sociales, de los individuos con el entorno de cada cual <sup>(30,29)</sup>.
  
4. Conservación de la integridad personal: son conceptos psicológicos ligados netamente a la autovaloración e identidad propia. Haciendo referencia a problemas que pudiesen estar relacionados con el autoestima y la recuperación de ésta. Alteraciones de este nivel afectan la salud mental del usuario haciéndolo mas vulnerable <sup>(30, 31)</sup>.

## 1.5 MARCO EMPÍRICO

LARA, R., y MARDONES M., 2009. “Perfil sociodemográfico, de salud y funcionalidad de los adultos mayores de la comuna de Chillán”, con una muestra de 88 Adultos Mayores (A.M.) Los resultados demostraron mayor proporción de mujeres (61%), entre 70-79 años 59%, mayoritariamente alfabetos (67%), Cerca de la mitad se encontraba sin pareja (55%), viviendo acompañados (83%), principalmente de sus hijos (52%). Un elevado porcentaje presentaba enfermedades crónicas (91%), prevaleciendo la hipertensión arterial (75%). La mayoría no presentaba depresión (52%), funciones mentales intactas (59%). Funcionalmente prevaleció la independencia (61%) y dependencia leve (39%) <sup>(33)</sup>.

RAMIREZ Robinson, “et al”. 2008. “Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia” con una muestra de 307 A.M. sin limitación física ni psíquica y de genero femenino. Los resultados demostraron que la edad media fue 69,2±6,4 años. Las puntuaciones más altas se presentaron en los dominios vitalidad 59,0±10,9 %, salud mental 52,7±12,5% y salud física 50,1±7,0 %. La puntuación más baja quedó demostrada en los Dominios, Rol emocional 19,2±4,0 % y Función social 24,1±4,5 % <sup>(34)</sup>.

BARRANTES, Melba, “et al”. 2007. “Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos”. Con una muestra de 4862 A.M., con edad promedio de 72 años (DE±6.73), escolaridad de 3.18 años (DE±3.81). Predominó el sexo femenino, la mayoría era casada reportando una situación socioeconómica y auto percepción de salud mala. Los resultados mostraron que de los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articulares, cerebro vascular, el deterioro cognitivo y la depresión <sup>(35)</sup>.

JÜRSCHIK, Pilar, “et al”. 2011. “Criterios de fragilidad en el adulto mayor. Estudio piloto” utilizando una muestra de 323 individuos. Los resultados arrojaron que los factores asociados a la fragilidad fueron el sexo femenino y tener pocos ingresos mensuales. A medida que la fragilidad aumenta, el estado cognitivo, las actividades de la vida diaria y el estado nutricional se deterioran y existe mayor comorbilidad <sup>(36)</sup>.

URIBE, Ana, “et al”. 2007. “Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas”. Con una muestra de 416 mujeres mayores de 60 años, la asociación de las variables sociodemográficas y clínicas con deterioro cognitivo dio por resultados, prevalencia de sintomatología depresiva 19,95% y de deterioro cognitivo 2,64%, existiendo mayor riesgo de sufrir deterioro cognitivo entre las mujeres que presentan sintomatología depresiva y entre las más mayores; parece que disponer de mas ingresos es un factor protector <sup>(37)</sup>.

CANDEL, Eduardo, “et al”. 2009. “Independencia para actividades de la vida diaria en ancianos previamente autónomos intervenidos por fractura de cadera secundaria a una caída tras 6 meses de evolución”. Con una muestra de 207 pacientes, sexo femenino (74,4%), media de edad 80,17 años. A los seis meses de la intervención quirúrgica, un 59,2% caminó sin ayuda (previo 82,4%) y un 24,6% subía escaleras sin ayuda (previo 50,7%). Un 64,6% (previo un 82,1%) recuperó la capacidad de caminar por la calle. Hubo peor recuperación de la independencia en personas que tenían leve deterioro intelectual; Se estimo que el 33,6% recuperó su nivel de independencia previo a los 6 meses transcurridos <sup>(38)</sup>.

AVILA, José. A., “et al”. 2007. “Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores” el cual contó con 1880 A.M., El análisis probó el nexo entre los síntomas depresivos y desarrollo de la dependencia, mostrando un resultado de un 37,9% en el 2001 de síntomas depresivos. En 2003, 6,1 y 12,7% desarrollaron dependencia para al menos una de las ABVD e AIVD, respectivamente. En el análisis multivariado, los síntomas depresivos fueron factor

de riesgo solo para dependencia en las AIVD concluyendo así, que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de dependencia funcional <sup>(39)</sup>.

DORANTES, Guadalupe, “et al”. 2011. “Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México”. Con una muestra compuesta por 7.171 A.M. Resultando la edad promedio de 69,4 años; 53,4% eran mujeres. De los 521 individuos dependientes, 7,3% eran dependientes para realizar ABVD. Se observó una mayor proporción de personas sin pareja y de viudos. 603 (8,4%) era dependientes para realizar AIVD. La mayor edad, padecer enfermedades cerebro vasculares, un mayor número de enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limita sus actividades diarias y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativos e independientemente asociados con la dependencia para realizar AIVD <sup>(13)</sup>.

RUBIO, Encarnación, “et al”. 2009. “Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada”. La muestra conformada por 380 P.M. de 64 años que acuden con regularidad a centros de convivencia. El riesgo de presentar dependencia para las ABVD aumenta significativamente ante alteraciones mentales leves, graves, enfermedades cardíacas, reumatismo, artrosis, y tener 75 años o más. El riesgo de presentar dependencias para las AIVD con presencia de alteraciones mentales leves a graves, tener 75 años o más y presentar enfermedades cardíacas <sup>(40)</sup>.

VARELA, Luis, “et al”. 2005. “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional”. Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el 46,5% tenían algún grado de dependencia para desarrollar las ABVD dos semanas antes a su ingreso hospitalario, el bañarse y el vestirse fueron las ABVD más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación

socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión <sup>(41)</sup>.

FERRER, Assumpta, “et al”. 2010. “Diferencias de género en el estado de salud de una población de más de 85 años de edad”. La muestra estuvo compuesta por 328 personas de 85 años no institucionalizados. 61,6% eran mujeres, 53% viudos y un tercio vivían solos. Se recogieron antecedentes de hipertensión arterial 76%, dislipemia 51,2% y diabetes mellitus 17,4%. Las mujeres vivían solas más frecuentemente, presentaron más caídas, mayor riesgo nutricional y riesgo social; existían más hombres casados, con mejor cognición, mayor funcionalidad y mayor comorbilidad <sup>(42)</sup>.

LOBOA, Alexandrina, SANTOS, María. P., CARLVALHO, Joana. 2008. “Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad”. Muestra de 79 ancianos. La edad media fue de  $71,2 \pm 7,0$  años. Los varones obtuvieron mejores resultados en la calidad de vida, estado mental y funcionalidad física. Desde el punto de vista físico, las mujeres mostraron una mejor flexibilidad y los varones una mayor fuerza y resistencia aeróbica. La CV se asoció al grado de dependencia, la funcionalidad física y el estado mental. Finalmente, el grado de dependencia se asoció al estado mental <sup>(43)</sup>.

FRANCESC, Formiga, “et al”. 2006. “Relación entre la pérdida sensorial y la capacidad funcional en personas mayores de 89 años”, con una muestra de 186 P.M. nonagenarias. El 74% vivía en su domicilio, el resto estaba institucionalizado. En el 38% la visión de cerca era patológica, aunque corregida con gafas. En el 40% había un déficit auditivo no corregido y en otro 8%, corregido con audífono. Por lo tanto, la pérdida en la visión y audición es frecuente en las personas mayores de 89 años. La capacidad para realizar actividades instrumentales está disminuida en las personas con pérdida visual o con doble pérdida sensorial <sup>(12)</sup>.

CASADO, J.M., "et al". 2001. "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria". Contestado por 386 pacientes. Presentaron mayor grado de deterioro, las mujeres (28,7%) que los varones (19,0%); las personas de mayor edad [65-69 años (23,1%) ,70-74 años (21,1%), 75-79 años (24,4%), 80-84 años (30,5%) y > de 84 años (35,9%)]. Los que vivían solos o sin su pareja, los incluidos en el programa de atención domiciliaria (42,8% frente a 23,3%;  $p < 00$ , respectivamente), los que presentaban mayor número de patologías crónicas <sup>(44)</sup>.

ZAVALA, Mercedes, "et al". 2006. "Funcionamiento social del adulto mayor" Se incluyó a 300 ancianos y sus cuidadores. Como resultado el 51% de los ancianos reportan una alta autoestima. La percepción de funcionamiento familiar de éstos se ubica en un 84%. Se encontró una correlación positiva, a mejor funcionamiento social, mayor autoestima. Lo mismo ocurre entre las variables de Funcionamiento social de los ancianos y la Escala de Percepción de funcionamiento familiar-Apgar <sup>(45)</sup>.

PÉREZ María. D., "et al". 2006. "Detección de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria". Se evaluó a 460 sujetos (53,3% mujeres), con una edad media de 74,1 años. El 27,8% de los sujetos presenta dependencia para alguna de las ABVD: desde el 23,5% que necesita ayuda para vestirse, hasta el 11,7% para alimentarse. El 11,1% presenta dependencia para todas las ABVD. Existe una asociación estadísticamente significativa entre dependencia y edad avanzada, ser viudo, residir en casa de otros familiares, mayoritariamente hijos, en zonas semiurbanas, y percibir menores ingresos. No hubo asociación entre dependencia y sexo o escolaridad <sup>(46)</sup>.

MENÉNDEZ, Jesús, "et al". 2005. "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe". Las variables que mostraron una asociación directa con dificultades para

realizar ABVD y AIVD fueron: padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, de enfermedades cerebro vasculares(ECV) o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la salud propia como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer de depresión. En general, las asociaciones más fuertes se encontraron entre la dificultad para realizar AIVD, por un lado, y por el otro la depresión, mayor edad, la evaluación de la salud propia como mala y la presencia de ECV, artrosis o deterioro cognoscitivo <sup>(47)</sup>.

VARELA, Luis, “et al”. 2004. “Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional”. La edad promedio fue de 74.68 años, predominando el sexo femenino con un 50.5%. Se encontró una frecuencia de caídas, 39.75%; La autonomía funcional fue de 53%, el deterioro cognitivo en un 22.11%, la depresión fue de 15.97% y una situación socio-familiar buena o aceptable sólo se presenta en un 26.63%. Los adultos mayores hospitalizados presentan una gran cantidad de síndromes y problemas geriátricos que muchas veces son pasados por alto, aumentando la frecuencia de la mayoría de estos con la edad <sup>(48)</sup>.

MARÍN, Pedro. P., “et al”. 2004. “Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores Chilenos”. Déficit sensorial: 25% refirió tener mala visión o tener problemas de audición a pesar de usar sus artefactos de apoyo (si es que los tenía). En cuanto al ingreso económico: 7,7% refería que su ingreso no le alcanzaba para cubrir necesidades básicas, al 43,1% le alcanzaba para lo básico, sin darse gustos, mientras que 49,2% refiere no tener problemas económicos significativos. En tamizaje de depresión 21,2% respondió afirmativamente a la pregunta única de depresión "¿se siente frecuentemente triste o deprimido? y 16,2% cumplió criterios de depresión <sup>(49)</sup>.

CORTÉS, Alma, “et al”. 2011. “Evaluación geriátrica integral del adulto mayor”. Con una muestra de 324 Adultos mayores, los resultados fueron, el promedio de edad de la población es de 70.4 años, predomina género femenino, analfabetas,

con pareja y dedicados al hogar. Un tercio de la población tiene alteración visual (33.3%), alteración auditiva (54.0%), incontinencia urinaria (38.6%), caídas y dificultad para caminar en el último año (25.6%), problemas nutricionales (34.0%), dependencia funcional (38.2%), trastornos del sueño (49.4%), deterioro cognitivo (24.7%) y depresión (25.0%)<sup>(50)</sup>.

## **1.6 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Relacionar factores sociodemográficos, de salud y económicos con el nivel de funcionalidad de las P.M. del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2011.

## 1.7 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

### ✓ **Objetivo general**

Establecer factores que se relacionen con el nivel de funcionalidad de las P.M., en control en el Programa de Salud del A.M., en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar el nivel de funcionalidad de P.M., según EFAM Chile.
2. Identificar factores sociodemográficos de las P.M.
3. Identificar factores de salud de las P.M.
4. Identificar factores económicos de las P.M.
5. Relacionar factores sociodemográficos con el nivel de funcionalidad de las P.M.
6. Relacionar factores de salud con el nivel de funcionalidad de las P.M.
7. Relacionar factores económicos con el nivel de funcionalidad de las P.M.

## **1.8 HIPÓTESIS**

1. Las P.M. que viven acompañadas tienen mayor nivel de funcionalidad que las que viven solas.
2. Las P.M. con funcionamiento familiar normal tienen mayor nivel de funcionalidad que las con disfunción leve o grave.
3. A mayor de número de ECNTs menor nivel de funcionalidad.
4. Las P.M. con buen estado emocional tienen mayor nivel de funcionalidad que las con estado emocional alterado.

## 1.9 LISTADO DE VARIABLES

### **Variable dependiente:**

- Nivel de funcionalidad.

### **Variables independientes:**

#### **1. Variables sociodemográficas**

- Edad.
- Sexo.
- Nivel educacional.
- Situación de convivencia.
- Funcionamiento familiar.

#### **2. Variables de salud**

- Caídas previas en el último año.
- Hospitalización previa en el último año.
- Estado sensorial.
- Número de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Tipo de enfermedad crónica no transmisible.
- Estado emocional.

#### **3. Variables de tipo económicas**

- Percepción de suficiencia económica.

## **II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1 TIPO DE DISEÑO**

Diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal de enero a diciembre del 2010.

### **2.2 UNIVERSO**

El universo estuvo compuesto por 900 P.M. inscritas en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, con EFAM-Chile realizado en el año 2010.

### **2.3 MUESTRA**

Con un nivel de confiabilidad de 95% y un error muestral de 5%, teniendo en consideración una prevalencia correspondiente al estudio de Tapia et al, que evaluó un 74,1% de alta capacidad funcional observada en las ABVD y AIVD de la ciudad de Antofagasta en el 2010, el tamaño muestra del presente estudio fue de 223 P.M.

Los sujetos fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico del tipo aleatorio sistemático, por cada 3 tarjetas de EFAM.

### **2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

P.M. de 65 años con EFAM-Chile realizado en los meses de Enero a Diciembre de 2010 del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

Criterios de inclusión

- P.M. de 65 años en adelante.
- P.M. con facultades mentales normales determinado por la aplicación del test de Pfeiffer.

- P.M. en control en el CESFAM Isabel Riquelme con EFAM-Chile actualizado de enero a diciembre de 2010.
- P.M. pertenecientes a zona urbana.
- P.M. con voluntad para participar en la investigación.

## **2.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Para la presente investigación se remitió una carta dirigida a la directora del CESFAM Isabel Riquelme, solicitando autorización para obtener, a partir de los registros, datos tales como: clasificación de las P.M. según EFAM-Chile, nombre, dirección, fecha de nacimiento y número telefónico, informándose en forma clara el objetivo, propósito y responsables. Del mismo modo se envió una segunda carta a la directora del CESFAM Violeta Parra, solicitando autorización para aplicar prueba piloto.

Posteriormente se elaboró un documento de consentimiento informado y solicitud de participación voluntaria, explicando en términos simples el objetivo del presente estudio, e informando sobre el anonimato y confidencialidad de los datos recopilados.

Los usuarios que hayan aceptado participar voluntariamente en el estudio, se les solicitó firmar el documento de aceptación voluntaria.

Anexo 2

## **2.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se recurrió al conteo y revisión manual de 1027 tarjetas de EFAM, realizados de Enero a Diciembre de 2010, con el objetivo de categorizar el nivel de funcionalidad en la población en estudio. Posteriormente, se utilizó el programa computacional del CESFAM, mediante el cual se obtuvieron las direcciones y edades, a partir de la fecha de nacimiento, de las personas

participantes en la muestra, con el fin de visitar los hogares, identificar al sujeto de estudio y aplicar el instrumento denominado “encuesta para determinar factores relacionados con la pérdida de funcionalidad en las P.M. del CESFAM Isabel Riquelme, Chillán”, elaborado por los autores de la presente investigación.

## 2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

El instrumento recolector consta de 2 partes, la primera corresponde a la aplicación del test de Pfeiffer, utilizado como *screening* para determinar el funcionamiento intelectual del sujeto en estudio. Fue validado por De la iglesia en el año 2001. Cuenta con 10 ítems de preguntas generales y personales, el cual enfatiza el lenguaje y la memoria y posee una fiabilidad inter e intra observador, sensibilidad y especificidad entre 0,738 y 0,925, de 85,7 y 79,3 y de 79,3 respectivamente <sup>(51)</sup>.

La segunda parte la constituyó el instrumento recolector creado por el equipo investigativo, que consiste en una encuesta estructurada por 10 preguntas, 4 de ellas corresponden a tipos de respuesta dicotómica y 6 politómicas. A su vez el instrumento fue constituido por tres dimensiones: sociodemográfica, de salud y económico, que en conjunto contempló 11 ítems.

La dimensión sociodemográfica fue construida a partir de 4 ítems (sexo, nivel educacional y situación de convivencia), el cuarto ítem estaba relacionado con funcionamiento familiar, medido a través del APGAR Familiar, que contiene 5 ítems con escala de respuesta politómica (casi siempre, a veces y casi nunca), con la cual se categoriza su puntaje en 3 categorías (normofuncionante, disfunción familiar leve y disfunción familiar grave). Se utilizó la escala validada en el año 1996 por Bellón <sup>(52)</sup>.

La dimensión de salud fue compuesta de 6 ítems (caídas, hospitalización, estado sensorial, que contempla problemas de audición y visión, número de enfermedades crónicas no transmisibles y tipo de enfermedad crónica no transmisible).

El sexto ítem lo conformó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada de 5 ítems, con escala de respuesta dicotómica, la cual fue validada en Chile en el año 2000, con una muestra de 110 sujetos de 60 años y más que consultaron por cualquier causa en la Unidad de Atención para el Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile, obteniendo una sensibilidad de 0,88 y especificidad de 0,90<sup>(53)</sup>.

La tercera dimensión de éste instrumento fue constituido por el aspecto económico, medido a través de la variable percepción de suficiencia económica, ítem creado por los autores de la investigación y que presenta respuesta de tipo politómica (buena, regular y mala).

Todos los ítems creados por los autores de la presente investigación fueron sometidos a una validación de contenido (juicio de expertos) en donde se recurrió a 3 especialistas de las áreas de Salud Pública, Familia y Gerontología, quienes indicaron sugerencias, aportes y observaciones de estilo y fondo de cada ítem en evaluación. Posteriormente, los autores de la investigación por consenso, realizaron las correcciones para que fuera sometido, junto con el resto de las escalas a una prueba piloto.

Anexo 3, 4, 5, 6

## **2.8 PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto fue realizada durante los días 26 y 27 de abril del año 2011. Se aplicó el instrumento a diez P.M. entre las que se encontraban cuatro personas catalogadas como autovalentes, tres autovalentes con riesgo de dependencia y tres en riesgo de dependencia, pertenecientes al CESFAM Violeta Parra de Chillán, que accedieron de forma voluntaria a participar en la investigación, dichos sujetos presentaban características similares a nuestro universo de estudio.

Las respectivas dudas que surgieron durante la aplicación del instrumento facilitaron el replanteamiento de preguntas y posterior adecuación del instrumento recolector a la realidad encontrada.

## 2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de la recolección de datos durante el trabajo de campo se creó una matriz en el programa SPSS versión 17. Con el objeto de describir las variables en estudio se construyeron tablas de frecuencia, las cuales contienen frecuencias observadas y frecuencias relativas porcentuales para aquellas variables de tipo nominales. Para las variables de tipo ordinal se adicionó porcentaje acumulado. En aquellos casos que la variable sea de tipo cuantitativa, se describió su recorrido mediante media aritmética y desviación estándar si presenta distribución normal medida a través del test de Shapiro-wilk, caso contrario se recurrió al cálculo de las medianas y rangos intercuartílicos.

Con el objeto de relacionar las variables en estudio se construyeron tablas de contingencia y el cálculo de la prueba de independencia ( $\chi^2$ ) asumiendo un nivel de significación del 5%.

### III. ANÁLISIS

Se estudió a 223 P.M. pertenecientes al CESFAM Isabel Riquelme de la comuna de Chillán. Al momento del levantamiento de los datos, 76 personas no fueron halladas en el domicilio registrado en el CESFAM, y de las personas habidas, una se negó. De todas las halladas, hubo 6 personas que se excluyeron por no haber cumplido los criterios de inclusión del estudio. Todos estas personas fueron reemplazadas aleatoriamente por otras que voluntariamente hayan aceptado y cumplido los criterios de inclusión, extraídas de la lista de reemplazo para estas eventualidades. Por tanto, la tasa de no respondedores fue de 37%. Todos los participantes respondieron el total de los ítems del instrumento recolector.

#### 3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Tabla 3.1.1**

Distribución de las personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme según nivel de funcionalidad

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Autovalente	110	49,3	49,3
Autovalente con riesgo	70	31,4	80,7
Riesgo de dependencia	43	19,3	100
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>100</b>	

**FUENTE.** "Funcionalidad en las personas mayores y su relación con factores sociodemográficos, salud y económicos, CESFAM Isabel Riquelme Chillán, 2011"

La tabla 3.1.1 señala que el 80,7% de las P.M. fueron clasificadas como personas autovalentes o autovalentes con riesgo, de las cuales el 49,3% fue clasificado como autovalente. El 19,3% fue clasificado con riesgo de dependencia.

**Tabla 3.1.2**

Distribución de las personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme según características sociodemográficas

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
<b>Edad</b>			
65-69	67	30.0	30.0
70-79	118	52.9	83.0
80 y más	38	17.0	100
<b>Sexo</b>			
Femenino	140	62.8	
Masculino	83	37.2	
<b>Nivel educacional</b>			
Menor a 8 años	125	56.1	56.1
Entre 8 y 12 años	72	32.3	88.3
Mayor a 12 años	26	11.7	100.0
<b>Situación de convivencia</b>			
Vive sólo (a)	24	10.8	
Vive acompañado (a)	199	89.2	
<b>Funcionamiento familiar</b>			
Normofuncionante	201	90.1	90.1
Disfunción familiar leve	21	9.4	99.6
Disfunción familiar grave	1	0.4	100.0

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.2 indica que de las P.M. estudiadas, el 83% se encontraba entre las edades de 65 a 79 años, de las cuales el 52,9% tenían entre 70 y 79 años. El 17% indicó tener más de 80 años. Referente al sexo, el 62,8% de las P.M. estudiadas correspondió al sexo femenino. En relación al nivel educacional, el 88,3% de las P.M. indicaron tener un nivel de estudios inferior a 12 años. El 11,7% alcanzaron estudios superiores. Respecto a la situación de convivencia, el 89,2% de las P.M. estudiadas vive acompañada. En lo concerniente al funcionamiento familiar, el 9,8% de las P.M. fue clasificada con disfunción familiar leve y grave, de las cuales el 9,4% correspondió a disfunción familiar leve. El 90,1% se presentó como normofuncionante.

**Tabla 3.1.3**  
Distribución de las personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme según características de salud

<b>CARACTERÍSTICAS DE SALUD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caídas previas en el último año		
Sí	58	26.0
No	165	74.0
Hospitalización previa en el último año		
Sí	13	5.8
No	210	94.2
Estado sensorial		
Alteración visual		
Sí	202	90.6
No	21	9.4
Usa lentes		
Sí	178	79.8
No	45	20.2
Alteración auditiva		
Sí	91	40.8
No	132	59.2
Usa audífonos		
Sí	14	6.3
No	209	93.7

FUENTE: Idem 1

La tabla 3.1.3 señala que el 74% de las P.M. estudiadas relató no presentar alguna caída en el último año. El 94,2% de las P.M. estudiadas refirió no presentar hospitalización previa en el último año. 90,6% de las P.M. señaló presentar problemas de visión, de las cuales el 79,8% indicó utilizar lentes. El 40,8% relató presentar dificultad para oír, de las cuales el 6,3% refirió utilizar audífonos.

**Tabla 3.1.4**  
Distribución de las personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme según características de salud

<b>CARACTERÍSTICAS DE SALUD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
<b>Número de ECNT</b>			
Ninguna	17	7.6	7.6
Sólo una	52	23.3	30.9
Más de una	154	69.1	100.0
<b>Tipo de ECNT</b>			
Trastorno cardiovascular			
Sí	199	89,2	
No	24	10,8	
Trastorno respiratorio			
Sí	12	5,4	
No	201	94,6	
Trastorno músculo-esquelético			
Sí	86	38,6	
No	137	61,4	
Trastorno endocrino			
Sí	63	28,3	
No	160	71,7	
Otros trastornos			
Sí	24	10,8	30.0
No	199	89,2	83.0

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.4 muestra que el 92,4% de las P.M. presentó sólo una y más de una ECNT, de las cuales el 69,1% presentó más de una. El 7,6% no presentó enfermedades crónicas. De las que presentaron, el 89,2% de las P.M. presentó trastornos cardiovasculares; el 5,4% del tipo de trastorno respiratorio; el 38,6% trastornos músculo-esqueléticos; el 28,3% trastornos endocrinos; el 10,8% otros trastornos.

**Tabla 3.1.5**

Distribución de las personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme según características de salud.

<b>CARACTERÍSTICAS DE SALUD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Estado emocional			
Sugiere depresión	69	30.9	56.1
No sugiere depresión	154	69.1	88.3
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>	

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.5 describe que el 30,9% de las P.M. estudiadas presentó indicios que sugieren depresión.

**Tabla 3.1.6**

Distribución de las personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme según características económicas

<b>CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Percepción de suficiencia económica			
Buena	46	20.6	20.6
Regular	151	67.7	88.3
Mala	26	11.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>	

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.6 muestra que el 79,4% de las P.M. percibió su situación económica como regular y mala, de las cuales el 67,7% la percibió como regular. El 20,6% percibió su situación económica como buena.

Análisis Bivariado

**Tabla 3.1.7**  
Distribución de Funcionalidad según tramos de edad en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

EDAD	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
65 – 69 años	34 (30,9)	25 (35,7)	8 (18,6)	67 (30)
70 – 79 años	58 (52,7)	35 (50)	25 (58,1)	118 (52,9)
80 y más	18 (16,4)	10 (14,3)	10 (23,3)	38 (17)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 4.3$  (4 gl),  $p = 0.367$

FUENTE: Ídem 1

n (%)

La tabla 3.1.7 muestra en el tramo de P.M. entre 65 y 69 años que el 30,9% fue clasificado como autovalente, el 35,7% autovalente con riesgo y el 18,6% con riesgo de dependencia; entre 70 y 79 años el 52,7% fue clasificado como autovalente, el 50% autovalente con riesgo y el 58,1% riesgo de dependencia, y de las P.M. mayores de 80 años y más el 16,4% fue clasificado como autovalente, el 14,3% autovalente con riesgo y el 23,3% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p = 0,367$ ).

**Tabla 3.1.8**  
Distribución de Funcionalidad según sexo en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

SEXO	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Femenino	66 (60)	45 (64,3)	29 (67,4)	140 (62,8)
Masculino	44 (40)	25 (35,7)	14 (32,6)	83 (37,2)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 0.832$  (2 gl),  $p = 0,660$

FUENTE: Ídem 1

n (%)

La tabla 3.1.8 señala que en las P.M. de sexo femenino el 60% fue clasificada como autovalente, el 64,3% como autovalente con riesgo y el 67,4% con riesgo de dependencia; las de sexo masculino el 40% fue clasificado como autovalente, el 35,7% como autovalente con riesgo y el 32,6% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,660$ ).

**Tabla 3.1.9**

Distribución de Funcionalidad según nivel educacional en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

NIVEL EDUCACIONAL	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Menos de 8 años	63 (57,3)	31 (44,3)	31 (72,1)	125 (56,1)
De 8 a 12 años	33 (30)	32 (45,7)	7 (16,3)	72 (32,3)
Mayor a 12 años	14 (12,7)	7 (10)	5 (11,6)	26 (11,7)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2=11.505$  (4 gl),  $p=0.021$   
n (%)

FUENTE: ídem 1

La tabla 3.1.9 indica que en las P.M. que tuvieron estudios menores a 8 años, el 57,3% fue clasificado como autovalente, el 44,3% como autovalente con riesgo y el 72,1% con riesgo de dependencia; de los individuos con estudios entre 8 y 12 años, el 30% fue clasificado como autovalente, el 45,7% como autovalente con riesgo y el 16,3% con riesgo de dependencia, y en usuarios con mayor a 12 años de estudios el 12,7% fue clasificado como autovalente, el 10% como autovalente con riesgo y el 11,6% con riesgo de dependencia; habiendo relación significativa ( $p=0,021$ ). Al relacionar estas variables se encontró relación significativa, ya que a mayor nivel de instrucción, mejor es el nivel de funcionalidad.

**Tabla 3.1.10**

Distribución de Funcionalidad según la situación de convivencia en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

SITUACION DE CONVIVENCIA	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Vive solo	11 (10)	9 (12,9)	4 (9,3)	24 (10,8)
Vive acompañado	99 (90)	61 (87,1)	39 (90,7)	199 (89,2)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 0.482(2 \text{ gl}), p=0.786$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.10 indica que en las P.M. que vivían solas se presentó un 10% como autovalente, un 12,9% como autovalente con riesgo y un 9,3% con riesgo de dependencia; de las que vivían acompañadas, un 90% era autovalente, un 87,1% autovalente con riesgo y un 90,7% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,786$ ).

**Tabla 3.1.11**  
Distribución de Funcionalidad según funcionamiento familiar en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Normofuncionante	101 (91,8)	63 (90)	37 (86)	201 (90,1)
Disfunción familiar leve	9 (8,2)	6 (8,6)	6 (14)	21 (9,4)
Disfunción familiar grave	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	1 (0,448)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

Coef. V de Cramer= 0,088; p= 0,482  
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.11 señala en las P.M. que fueron catalogadas como normofuncionante, el 91,8% fue clasificada como autovalente , el 90% como autovalente con riesgo y el 86% con riesgo de dependencia; en aquellas con disfunción familiar leve, el 8,2% fue clasificada como autovalente, el 8,6% como autovalente con riesgo y el 14% con riesgo de dependencia; de las familias con disfunción familiar grave, el ninguna fue clasificada como autovalente, el 1,4% como autovalente con riesgo y ninguna con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa (p=0,482).

**Tabla 3.1.12**

Distribución de Funcionalidad según caídas previas en el último año en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

<b>CAIDAS PREVIAS EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	<b>FUNCIONALIDAD</b>			<b>TOTAL</b>
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Si presentó	24 (21,8)	18 (25,7)	16 (37,2)	58 (26)
No presentó	86 (78,2)	52 (74,3)	27 (62,8)	165 (74,)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2=3.810$  (2 gl),  $p=0.149$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.12 indica que en las P.M. que presentaron caídas en el último año, el 21,8% fue clasificada como autovalente, el 25,7% como autovalente con riesgo y el 37,2% con riesgo de dependencia, y en las que no presentaron caídas, el 78,2% fue clasificada como autovalente, el 74,3% como autovalente con riesgo y el 62,8% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,149$ ).

**Tabla 3.1.13**

Distribución de Funcionalidad según hospitalización previa en el último año en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

HOSPITALIZACION PREVIA EN EL ULTIMO AÑO	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Sí	3 (2,7)	6 (8,6)	4 (9,3)	13 (5,8)
No	107 (97,3)	64 (91,4)	39 (90,7)	210 (94,2)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

Coef. V de Cramer=0,131; p= 0,147

FUENTE: Ídem 1

n (%)

La tabla 3.1.13 muestra que en las P.M. que indicaron haberse hospitalizado en el último año, el 2,7% fue clasificada como autovalente, el 8,6% como autovalente con riesgo y el 9,3% con riesgo de dependencia, y en las que indicaron no haberse hospitalizado, el 97,3% fue clasificada como autovalente, el 91,4% como autovalente con riesgo y el 90,7% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa (p=0,147).

**Tabla 3.1.14**  
Distribución de Funcionalidad según estado sensorial en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

ESTADO SENSORIAL		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Visión	Sí	101 (91,8)	60 (85,7)	41 (95,3)	202 (90,6)
	No	9 (8,2)	10 (14,3)	2 (4,7)	21 (9,4)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

Coef. V de Cramer= 0,121; p=0.193  
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.14 describe que en las P.M. que presentaron problemas de visión, el 91,8% fue clasificada como autovalente, el 85,7% como autovalente con riesgo y el 95,3% con riesgo de dependencia; y en las que no presentaron este problema, el 8,2% fue clasificada como autovalente, el 14,3% como autovalente con riesgo y el 4,7% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa (p=0,193).

**Tabla 3.1.15**  
Distribución de Funcionalidad según estado sensorial en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

ESTADO SENSORIAL	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Usa Lentes Sí	93 (84,5)	49 (70)	36 (83,7)	178 (79,8)
	17 (15,5)	21 (30)	7 (16,3)	45 (20,2)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2=6.122$  (2 gl),  $p=0.047$

FUENTE: Ídem 1

n (%)

La tabla 3.1.15 indica que en las P.M. que refirieron utilizar lentes, el 84,5% fue clasificada como autovalente, el 70% como autovalente con riesgo y el 83,7% con riesgo de dependencia, y en las que no utilizan el 15,5% fue clasificado como autovalente, el 30% como autovalente con riesgo y el 16,3% con riesgo de dependencia; habiendo relación significativa ( $p=0,047$ ). Al relacionar estas variables, se encontró una relación significativa, ya que las P.M con problemas de visión que refirieron utilizar lentes, presentaron mayor nivel de funcionalidad.

**Tabla 3.1.16**

Distribución de Funcionalidad según estado sensorial en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

ESTADO SENSORIAL		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Audición	Sí	45 (40,9)	31 (44,3)	15 (34,9)	91 (40,8)
	No	65 (59,1)	39 (55,7)	28 (65,1)	132 (59,2)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 0.976(2 \text{ gl}), p=0.614$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.16 señala que en las P.M. que presentaron dificultades de audición, el 40,9% fue clasificada como autovalente, el 44,3% como autovalente con riesgo y el 34,9% con riesgo de dependencia; y en las que no presentaron este problema, el 59,1% fue clasificada como autovalente, el 55,7% como autovalente con riesgo y el 65,1% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,614$ ).

**Tabla 3.1.17**  
 Distribución de Funcionalidad según estado sensorial en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

ESTADO SENSORIAL		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Usa Audífonos	Sí	6 (5,5)	3 (4,3)	5 (11,6)	14 (6,3)
	No	104 (94,5)	67 (95,7)	38(88,4)	209 (93,7)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

Coef. V de Cramer= 0,110; p= 0,260  
 n (%)

FUENTE: Ídem

La tabla 3.1.17 muestra que en las P.M. que manifestaron utilizar audífonos, el 5,5% fue clasificado como autovalente, el 4,3% como autovalente con riesgo y el 11,6% con riesgo de dependencia; y en quienes no manifestaron utilizarlos, el 94,5% fue clasificado como autovalente, el 95,7% como autovalente con riesgo y el 88,4% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa (p=0,260).

**Tabla 3.1.18**

Distribución de Funcionalidad según número de enfermedades crónicas no transmisibles en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

NÚMERO DE ECNTs	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Ninguna	14 (12,7)	1 (1,4)	2 (4,7)	17 (7,6)
Sólo una	31 (28,2)	15 (21,4)	6 (14)	52 (23,3)
Más de una	65 (59,1)	54 (77,1)	35 (81,4)	154 (69,1)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

Coef. V de Cramer= 0,176;  $p=0,008$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.18 señala que en las P.M. sin ECNTs, el 12,7% fue clasificado como autovalente, el 1,4% como autovalente con riesgo y el 4,7 con riesgo de dependencia; en los que presentaron sólo una, el 28,2% fue clasificado como autovalente, el 21,4% como autovalente con riesgo y el 14% con riesgo de dependencia, y en los que presentaron más de una, el 59,1% fue clasificado como autovalente, el 77,1% como autovalente con riesgo y el 81,4% con riesgo de dependencia; habiendo una relación significativa ( $p=0,008$ ). Al relacionar estas variables, se encontró una relación significativa, ya que las P.M con una ECNTs o con pluripatología, presentaron menor nivel de funcionalidad.

**Tabla 3.1.19**

Distribución de Funcionalidad según tipo de enfermedad crónica no transmisible en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

TIPO DE ECNT		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Trastorno cardiovascular	Sí	94 (85,5)	65 (92,9)	40 (93,0)	199 (89,2)
	No	16 (14,5)	5 (7,1)	3 (7,0)	24 (10,8)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 3,236$  ( 2 gl),  $p = 0,198$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.19 señala que en las P.M. que presentaron al menos un trastorno cardiovascular, el 85,5% fue clasificado como autovalente, el 92,9% como autovalente con riesgo y el 93% con riesgo de dependencia, y en quienes no lo presentaron, el 14,5% fue clasificado como autovalente, el 7,1% como autovalente con riesgo y el 7% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,198$ ).

**Tabla 3.1.20**

Distribución de Funcionalidad según tipo de enfermedad crónica no transmisible en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

TIPO DE ECNT		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Trastorno respiratorio	Sí	5 (4,5)	3 (4,3)	4 (9,3)	12 (5,4)
	No	105 (95,5)	67 (95,7)	39 (90,7)	211 (94,6)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

Coef. V de Cramer= 0,085; p=0,446  
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.20 indica que en las P.M. que presentaron al menos un trastorno respiratorio, el 4,5% fue clasificado como autovalente, el 4,3% como autovalente con riesgo y el 9,3% con riesgo de dependencia, y en quienes no, el 95,5% fue clasificado como autovalente, el 95,7% como autovalente con riesgo y el 90,7% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa (p=0,446).

**Tabla 3.1.21**

Distribución de Funcionalidad según tipo de enfermedad crónica no transmisible en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

TIPO DE ECNT		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Trastorno	Sí	39 (35,5)	29 (41,4)	18 (41,9)	86 (38,6)
Músculo-esquelético	No	71 (64,5)	41 (58,6)	25 (58,1)	137 (61,4)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 0,889$  (2 gl),  $p = 0,641$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.21 describe que en las P.M. que presentaron al menos un trastorno músculo-esquelético, el 35,5% fue clasificado como autovalente, el 41,4% como autovalente con riesgo y el 41,9% con riesgo de dependencia, y en quienes no, el 64,5% fue clasificado como autovalente, el 58,6% como autovalente con riesgo y el 58,1% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,641$ ).

**Tabla 3.1.22**

Distribución de Funcionalidad según tipo de enfermedad crónica no transmisible en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

TIPO DE ECNT		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Trastorno endocrino	Sí	28 (25,5)	20 (28,6)	15 (34,9)	63 (28,3)
	No	82 (74,5)	50 (71,4)	28 (65,1)	160 (71,7)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 1,361$  (2 gl),  $p = 0,506$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.22 señala que en las P.M. que presentaron al menos un trastorno endocrino, el 25,5% fue clasificado como autovalente, el 28,6% como autovalente con riesgo y el 34,9% con riesgo de dependencia; y en quienes no, el 74,5% fue clasificado como autovalente, el 71,4% como autovalente con riesgo y el 65,1% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,506$ ).

**Tabla 3.1.23**

Distribución de Funcionalidad según tipo de enfermedad crónica no transmisible en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme

TIPO DE ECNT		FUNCIONALIDAD			TOTAL
		Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Otros trastorno	Sí	11 (10)	7 (10)	6 (14)	24 (10,8)
	No	99 (90)	63 (90)	37 (86)	199 (89,2)
<b>TOTAL</b>		110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 0,565$  (2 gl),  $p = 0,754$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.23 indica que en las P.M. que presentaron otros trastornos, el 10% fue clasificado como autovalente, el 10% como autovalente con riesgo y el 14% con riesgo de dependencia, y en las que no presentaron, el 90% fue clasificado como autovalente, el 90% como autovalente con riesgo y el 86% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,754$ ).

**Tabla 3.1.24**

Distribución de Funcionalidad según estado emocional en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

ESTADO EMOCIONAL	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Sugiere depresión	28 (25,5)	21 (30)	20 (46,5)	69 (30,9)
No sugiere depresión	82 (74,5)	49 (70)	23 (53,5)	154 (69,1)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2 = 6.457(2 \text{ gl}), p=0.040$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.24 describe que en las P.M. que presentaron indicios que sugieren depresión, el 25,5% fue clasificado como autovalente, el 30% como autovalente con riesgo y el 46,5% con riesgo de dependencia; y en quienes no lo presentaron, el 74,5% fue clasificado como autovalente, el 70% como autovalente con riesgo y el 53,5% con riesgo de dependencia; habiendo relación significativa ( $p=0,040$ ). Al relacionar estas variables, se encontró relación significativa, puesto que las P.M que presentaron indicios que sugieren depresión, poseen menor nivel de funcionalidad.

**Tabla 3.1.25**

Distribución de Funcionalidad según percepción de suficiencia económica en personas mayores del CESFAM Isabel Riquelme.

PERCEPCIÓN DE SUFICIENCIA ECONÓMICA	FUNCIONALIDAD			TOTAL
	Autovalente	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	
Buena	20 (18,2)	15 (21,4)	11 (25,6)	46 (20,6)
Regular	79 (71,8)	43 (61,4)	29 (67,4)	151 (67,7)
Mala	11 (10)	12 (17,1)	3 (7)	26 (11,7)
<b>TOTAL</b>	110 (100)	70 (100)	43 (100)	223 (100)

$\chi^2=4.409$  (4 gl),  $p=0.354$   
n (%)

FUENTE: Ídem 1

La tabla 3.1.25 señala que las P.M. que percibieron su situación económica como buena, el 18,2% fue clasificado como autovalente, el 21,4% como autovalente con riesgo y el 25,6% con riesgo de dependencia; en quienes la percibieron como regular, el 71,8% fue clasificado como autovalente, el 61,4% como autovalente con riesgo y el 67,4% con riesgo de dependencia, y las que percibieron como mala, el 10% fue clasificado como autovalente, el 17,1% como autovalente con riesgo y el 7% con riesgo de dependencia; no habiendo relación significativa ( $p=0,354$ ).

### 3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según la OMS el indicador de salud más representativo en las P.M. es el estado o mantención de la independencia funcional, es por esto que el envejecimiento de los individuos tiene implicancia tanto para la asistencia sanitaria como para enfermería, ya que la funcionalidad actúa como un factor limitante afectando las AVD. El presente estudio determinó la relación de la funcionalidad de las P.M. con las características sociodemográficas, de salud y económicas.

Previo al análisis de las variables independientes, en relación al nivel de funcionalidad, cabe destacar los resultados de esta última, en la cual prevaleció la autovalencia con un 49,3%, y autovalente con riesgo 31,4%; el 19,3% correspondió a riesgo de dependencia, lo que concuerda con los estudios de Lara R. y Mardones M. 2009<sup>(33)</sup>, quienes señalan en su investigación que en las P.M. prevalece la independencia con un 69%.

En relación a las hipótesis planteadas por los autores de la presente investigación, la variable situación de convivencia no arrojó asociación con el nivel de funcionalidad, lo que difiere con los estudios de Dorantes 2011<sup>(13)</sup>, quienes afirman que aquellas personas viudas o sin pareja presentan mayor dependencia para la realización de ABVD, lo que coincide con la hipótesis planteada por los autores de la investigación y el estudio de Pérez 2006<sup>(46)</sup>, quienes indican que la independencia funcional se asocia a vivir en pareja en el domicilio propio. Esto se debe principalmente a que, las estadísticas revelan que las personas casadas tienen mayor y mejor sobrevivida y una mejor independencia funcional, puesto que tienen menos impedimentos y enfermedades.

Referente a la relación entre el funcionamiento familiar y el nivel de funcionalidad, no se encontró asociación significativa, lo que se contrapone a la hipótesis planteada por los autores de la investigación y al estudio de Zavala 2006<sup>(45)</sup>, quienes indican que a mejor funcionamiento familiar, mejor desempeño en

funcionamiento social, puesto que una relación familiar cercana es un factor preventivo para las P.M. que proporciona protección, intimidad, afecto, e identidad social lo que conlleva a una mejor independencia funcional.

Al analizar la variable número de ECNTs, se reveló una relación significativa con el nivel de funcionalidad, lo que coincide con el estudio de Rubio 2009 <sup>(40)</sup>, que señala que el presentar dependencia tanto para las ABVD como para algunas AIVD, aumenta significativamente ante las enfermedades crónicas, en las que predominan enfermedades cardíacas, reumatismos y artrosis. De igual forma, Barrantes 2007 <sup>(35)</sup> y Casado 2001 <sup>(44)</sup> indican que las enfermedades crónicas no transmisibles se relacionan con la pérdida de funcionalidad, principalmente las que limitan la movilidad. Corroborando la hipótesis de investigación. Las ECNTs generan un gran impacto en la calidad de vida de las P.M., puesto que generan discapacidades que se vislumbran en la realización de las AVD.

Con respecto a la variable estado emocional, se encontró relación significativa con el nivel de funcionalidad de las P.M., lo que concuerda con la hipótesis planteada por los autores del presente estudio y con los estudios de Ramírez 2008 <sup>(32)</sup>, Barrantes 2007 <sup>(35)</sup>, Uribe 2007 <sup>(37)</sup> y Varela 2005 <sup>(41)</sup>, que señalan la existencia de relación significativa entre funcionalidad y depresión, por lo que se afirma que la depresión es uno de los principales factores que se asocian con el deterioro funcional en sus diferentes grados, esto se debe a la depresión genera problemas de reacción y respuesta en las tareas psicológicas, reflejado en la toma de decisiones y solución de problemas lo que se traduce en alteraciones de la independencia en las AVD.

En cuanto al resto de las variables del presente estudio, la variable edad, no arrojó relación significativa con el nivel de funcionalidad, lo que difiere con los estudios de Dorantes 2011<sup>(13)</sup>, Casado 2001<sup>(44)</sup>, Pérez 2006 <sup>(46)</sup> y Barrantes 2007 <sup>(35)</sup>, quienes señalan que la dependencia funcional en las P.M., está directamente relacionada con el envejecimiento, es decir, existe una relación inversamente

proporcional, a medida que aumenta la edad, menor funcionalidad, esto se produce porque la edad genera una dependencia tanto física como mental, ya que al traspasar la edad de 65 años, aumenta la probabilidad de que aparezca una limitación en los próximos años.

En cuanto a sexo de las P.M., no hubo relación significativa con el nivel de funcionalidad, lo que concuerda con el estudio de Pérez 2006 <sup>(46)</sup>, donde no existió relación significativa. Sin embargo existen investigaciones realizadas por Jürschik 2010 <sup>(36)</sup> que se contraponen, ya que se demuestra que el sexo femenino está asociado a la fragilidad de las P.M. y por ende alteración de la funcionalidad. Del mismo modo, Ferrer 2010 <sup>(42)</sup> señalan en su estudio que ser mujer a los 85 años se relaciona a una peor funcionalidad, sin embargo, ser hombre a la misma edad, se asocia a tener mejor funcionalidad. Casado 2001<sup>(44)</sup> describen, también, que el sexo femenino presenta un mayor deterioro global. Por lo tanto el sexo femenino tiene mayor probabilidad de sufrir limitaciones funcionales que se deben principalmente a la fragilidad y mayor expectativas de vida de la mujer.

Concerniente a la variable nivel educacional, existió relación significativa con el nivel de funcionalidad, lo que coincide con las investigaciones de Dorantes 2011 <sup>(13)</sup> Menéndez 2005 <sup>(47)</sup>, quienes señalan que a menor nivel educacional, mayor dificultad para realizar las AVD, esto se debe a que el estado de salud de un individuo está determinado en parte por el nivel de instrucción que éste haya recibido, pues mantendrá un mayor autocuidado, además, el deterioro cognitivo es más frecuente en los sujetos con menos años de escolaridad, siendo el estado cognitivo uno de los determinantes de la calidad de vida de la personas. No obstante, Pérez 2006 <sup>(46)</sup>, describe en sus estudios que no existe relación significativa entre la escolaridad y la dependencia.

Respecto a los resultados, las caídas en el último año, no existió relación significativa con el nivel de funcionalidad, lo que se contrapone a los estudios de Varela 2004, 2005 <sup>(41,48)</sup>, quien señala que las caídas están fuertemente asociadas

al compromiso funcional, esto se puede explicar, debido a que su presencia puede ocasionar una elevada morbimortalidad, disminución de la capacidad motriz y un deterioro funcional por lesión, o que el usuario limite su actividad tratando de evitar nuevas caídas. Los estudios realizados por Barrantes 2007 <sup>(35)</sup> concluyeron que las caídas son una de las condiciones que más se asocian con la dependencia, debido a que producen un deterioro funcional y depresión.

La variable hospitalización previa en el último año no arrojó relación significativa, lo que se diferencia de los estudios de Varela 2004<sup>(41)</sup>, quienes describen que durante la hospitalización, las P.M., especialmente los ancianos frágiles, pierden cierto grado de funcionalidad, puesto que, cuando las P.M. son sacadas de su ambiente habitual, generan un gran estrés frente al ambiente hospitalario, producto de nuevas rutinas, horarios, falta de estimulación para realizar las AVD, posibilitando la aparición de dependencia funcional.

Referente al estado sensorial, no se encontró relación significativa asociado al nivel de funcionalidad, con excepción de la utilización de lentes. Lo que se contrapone al estudio de Marin 2004 <sup>(49)</sup>, quienes señalan que un problema que afecta significativamente la funcionalidad de las P.M. y los expone a mayor riesgo de fragilidad y dependencia es la pérdida sensorial, ya sea de visión y/o audición, aún utilizando artefactos de apoyo. Del mismo modo, Cortés 2011<sup>(50)</sup>, Formiga 2006 <sup>(12)</sup>, Barrantes 2007 <sup>(35)</sup> y Dorantes 2011<sup>(13)</sup>, indican que el déficit visual y auditivo son problemas frecuentes en las P.M. y significativas que se asocian con la dependencia para realizar, principalmente, las AIVD, esto se debe a que la pérdida de visión y audición producen alteraciones emocionales y sociales en las P.M., conduciéndolos al aislamiento y depresión, por ende una disminución en la realización de las AVD.

De acuerdo al tipo de ECNTs, ningún trastorno tuvo relación significativa con el nivel de funcionalidad, lo que se contrapone a los estudios de Barrantes 2007 <sup>(35)</sup>, quienes señalan que la hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, depresión

y artropatías son enfermedades crónicas no transmisibles que se relacionan con la dependencia funcional en las ABVD y las AIVD. Puesto que, las ECNTs generan discapacidades que afectan la calidad de vida las P.M. y por ende la realización de AVD. De la misma forma, Dorantes 2011<sup>(13)</sup>, describen en su estudio que la enfermedad cerebrovascular, la diabetes, la osteoartritis y la hipertensión se asocian con la discapacidad para realizar las ABVD.

Referente a la percepción de suficiencia económica, no existió asociación significativa en relación al nivel de funcionalidad, lo que difiere con las investigaciones de Pérez 2006<sup>(46)</sup>, Zavala 2006<sup>(45)</sup>, quienes describen que la independencia funcional se asocia a percibir mayores ingresos económicos, ya que, el nivel socioeconómico es un indicador de calidad de vida en las P.M., lo que se refleja en; mejor nivel socioeconómico, mejor salud, mayor longevidad, más independencia funcional; y nivel socioeconómico bajo, desnutrición, mayor fragilidad y dependencia funcional.

La teoría de la conservación se basa en cuatro principios fundamentales; la conservación de la energía, de la integridad estructural, de la integridad social y personal. En el presente estudio cada variable estudiada y discutida se relaciona directamente con la teoría de Myra Levine, ya que éstas se engloban dentro los cuatro principios, que en su conjunto, afectan la funcionalidad de las P.M.

Al observar detenidamente cada resultado y cada asociación, se denota dificultad por parte del individuo, para mantener un equilibrio y lograr, de esta forma, una adaptación a los agentes estresores y al entorno cambiante, por lo que la conservación de la salud de las P.M. se ve alterada, influyendo directamente en el nivel de funcionalidad y por ende en la calidad de vida de dichas P.M.

El profesional de enfermería cumple un rol fundamental en lograr que el individuo mantenga un buen funcionamiento de todas sus partes, según los cuatro principios establecidos, ya que, según Levine, el mantenimiento de la globalidad y el fomento de la adaptación al entorno, está determinada principalmente por los grupos sociales.

## **IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

### **4.1 CONCLUSIONES**

Los resultados del presente estudio permitieron determinar la asociación entre el nivel de funcionalidad y diferentes factores sociodemográficos, de salud y económicos. La variable dependiente, nivel de funcionalidad, señaló que el 49.3% de las P.M. estudiadas fue clasificada como autovalente, 31.4% autovalente con riesgo y el 19.3% con riesgo de dependencia.

Los resultados revelan que sí existió relación entre el nivel de funcionalidad y el número de ECNTs, al igual que con el estado emocional de las P.M. estudiadas, corroborando dos de las hipótesis sugeridas, mientras que no existió una relación significativa que asocia el nivel de funcionalidad con la situación de convivencia y con el funcionamiento familiar de las P.M. rechazándose las hipótesis planteadas. Además también se muestra el nivel educacional y la utilización de lentes como influyente sobre el nivel de funcionalidad.

Del resto de las variables en estudio se evidencia que edad, sexo, caídas previas, hospitalización previa en el último año, tipo de ECNTs y percepción de suficiencia económica, no presentan relación con el nivel de funcionalidad de las P.M.

Del punto de vista de la enfermería y mediante lo anteriormente expuesto se puede concluir que el nivel de funcionalidad se asocia estrechamente con el número de ECNTs que manifieste un individuo, indicando así, que el profesional de enfermería debe dar énfasis a la compensación de sus patologías, enfocándose en la promoción y mantención de sus funciones. De igual forma, la utilización de lentes en personas con dificultades de visión, ya que se evidenció que aquellas personas que no los utilizaban presentaban una menor funcionalidad. En lo que respecta el estado emocional, éste es de suma importancia, ya que se generan diversas aristas que perjudican a aquel que la padece; como aislamiento social y falta de interés, que va desde su autocuidado hasta la anhedonia, por lo que la pesquisa oportuna de alteraciones emocionales en las P.M. evitará una pérdida potencial de funcionalidad.

## 4.2 SUGERENCIAS

1. A través del desarrollo de la investigación se fueron visualizando variados puntos de vista y temas para futuras investigaciones. Si bien es cierto el tema de funcionalidad en P.M. no es nuevo, hay muchas variables, enfoques y tipos de estudios que pueden hacer una diferencia significativa. La presente investigación se presenta como un estudio descriptivo correlacional, en la cual se relacionan diferentes variables con el nivel de funcionalidad en P.M., por lo que para un próximo estudio se sugiere la investigación de variables como:
  - 1.1. Estudios que consideren grandes síndromes geriátricos.
  - 1.2. Estudios comparativos entre P.M. de zona urbana y zona rural.
  - 1.3. Estudios de cohorte prospectivos entre una población sana sin antecedentes de enfermedades y con buenos hábitos de vida y con una población contraria, que considere el impacto específico de ciertas enfermedades crónicas y la interacción de éstas, asociados a funcionalidad.
  - 1.4. Estudios de cohorte que determinen los factores predisponentes a la pérdida progresiva de la funcionalidad en personas de ambos sexos y mayores de 65 años.
  - 1.5. Estudios analíticos entre una población con EFAM Chile realizado y su nivel de funcionalidad en relación a su nivel socioeconómico.
  - 1.6. Estudios que asocien de una forma más directa la funcionalidad con la situación de acompañamiento, como medio de prevención para la dependencia y el abandono.
  - 1.7. Estudios comparativos entre P.M. con alteraciones de su estado sensorial, específicamente uso de lentes y la incidencia de éstos en la funcionalidad de los individuos.
2. Concientizar a la población en el área geriátrica, específicamente:
  - 2.1. A adolescentes y adultos para que tengan conocimientos previos de los probables problemas que trae consigo el proceso de envejecimiento,

fomentando un cambio conductual en los estilos de vida saludable. Evidenciando el envejecimiento como un proceso normal y evolutivo. Teniendo como respaldo estos antecedentes para el fomento de la integración de las P.M. en nuestra sociedad.

2.2. Cambios en las políticas públicas de salud en lo geriátrico y de la atención a P.M. en términos de calidad y oportunidad.

2.3. Protocolizar y estandarizar un nuevo sistema de atención en los diferentes niveles, orientado a los cuidados de enfermería en relación a atención domiciliaria en usuarios postrados, que si bien es una medida implementada, no es ejecutada con el nivel de cobertura que requiere para las necesidades existentes.

### **4.3 LIMITACIONES**

1. Dificultad para recolectar información en relación a la categorización del nivel de funcionalidad de las P.M., según el instrumento EFAM-Chile, debido a que no estaban integrados a una base de datos computacional como es común en la mayoría de los CESFAM de Chillán.
2. Falta de voluntad para responder la encuesta y dificultades para encontrar tanto las direcciones, como a los sujetos de estudio en sus respectivos hogares, significando un alto costo económico y de tiempo, en sectores vulnerables y de renombrada peligrosidad.
3. Falta de actualización de direcciones para realizar las visitas domiciliarias.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. RUIZ-DIOSES, Lourdes, CAMPOS-LEÓN, Marisela, PEÑA, Nelly. Situación socio-familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. . [En línea] Rev. Perú. med. exp. Salud publica v.25 n.4 Lima oct./dic. 2008.<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000400005&script=sci_arttext)> [consulta: lunes 14 de marzo 2011].
2. SANHUEZA, Marcela, CASTRO, Manuel, MERINO, José. M. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. [En línea] Cienc. enferm. v.11 n.2 dic. 2005. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200004&script=sci_arttext)> [consulta: 14 de marzo 2011].
3. NOVELO, Hilda. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. [En línea] Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Especial No. 5-2003 <[http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias\\_precongreso/01-precongreso.htm](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm)> [consulta: 14 de marzo 2011].
4. MORENO, Eva, MILLES, Javier. Adultos mayores por Región, Comunas y porcentajes. [En línea] INE Chile, servicio nacional del adulto mayor, 2002. <[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf)> [consulta: 15 de marzo 2011].
5. Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimientos y Salud. [En línea]. 2001. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>> [consulta: 15 de marzo 2011].

6. DEIS, Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Esperanza de vida al nacer (en años) por periodo y sexo Chile 1950-2025. [En línea] MINSAL. 2004. < [http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza\\_de\\_vida/index.asp](http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp)> [consulta: 15 de marzo 2011].
7. SIMON, Ángela y COMPSTON, Linda. Enfermería Gerontológica. 1a ed. México. Mc Graw.Hill Interamericana. 1998. 4-5p.
8. GARCÍA, Misericordia, TORRES María. P., BALLESTEROS, Esperanza. Enfermería Geriátrica. 2° ed. España. Elsevier –Masson, 2006.8p.
9. BARRAZA, Andrea y CASTILLO, Maricel. El envejecimiento. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. [En línea]. Marzo – mayo del 2006. <[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serenana%202006/El\\_envejecimiento.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serenana%202006/El_envejecimiento.pdf)> [consulta: 16 marzo 2011].
10. MARIN, Pedro. P. Geriatria y Gerontología. 3ª ed. Ampliada. Santiago de Chile. Universidad Católica de Chile, 2005.60p.
11. RODRIGEZ, Rosalía y LAZCANO, Guillermo. Practicas de la Geriatria. 2a ed. México. Mc Graw-Hill Interamericana. 2007.99p.
12. FRANCESC, Formiga, “et al”. Relación entre la pérdida sensorial y la capacidad funcional en personas mayores de 89 años. [En línea]. Revista Española de Geriatria y Gerontología Volumen 41, Issue 5, September 2006. <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94SP-4V3KBM6-2&\\_user=10&\\_coverDate=09%2F30%2F2006&\\_alid=1718931884&\\_rdoc=7&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_cdi=56444&\\_so](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94SP-4V3KBM6-2&_user=10&_coverDate=09%2F30%2F2006&_alid=1718931884&_rdoc=7&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=56444&_so)>

rt=r&\_st=4&\_docanchor&\_ct=78&\_acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_userid=10&md5=33bb7264aca9989995001709dcc7dbc4&searchtype=a> [consulta: 19 marzo 2011].

13. DORANTES, Guadalupe, “et al”. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México. [En línea] Salud Pública. 2007; 22(1):1–11. 2001. < <http://journal.paho.org/uploads/1189629716.pdf>> [consulta: 28 marzo 2011].
14. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Health statistics: Salud Pública y Envejecimiento: Tendencias en el envejecimiento Estados Unidos y en todo el mundo. [En línea] 2003. <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>> [consulta: 25 marzo 2011].
15. NACIONES UNIDAS. Tendencias demográficas en el mundo. [En línea] Consejo económico y social. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/206/14/PDF/N0720614.pdf?OpenElement>> [consulta: 25 marzo 2011].
16. CARRASCO, Marcela, “et al”. Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. [En línea]. Rev. méd. Chile v.138 n.9 2010. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000900001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000900001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 28 marzo 2011].
17. SÁNCHEZ Salgado, Carmen. Gerontología Social. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2000. 15-19, 21, 24, 30 -37,59, 69-71, 82-89, 100, 120, 144,147p.

18. VEGA, José. L. y BUENO, Belén. Desarrollo adulto y envejecimiento. 1ª ed. España, Editorial síntesis S.A, 1996. 42-44, 77-81, 90-94, 97, 103, 111, 117, 120, 124, 271-272, 279-280, 286, 292p.
19. SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Brunner y Suddarth Enfermería Medico Quirúrgico. 10a ed. México, Mc Graw-Hill interamericana, 2005. 216p.
20. STANLEY, Mickey, BLAIR, Kathryn, BEARE, Patricia. Enfermería Geriátrica. 3º ed. México, Ediciones Mc Graw-Hill, 2009. 11-15p.
21. BERMEJO, Lourdes. Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Madrid, Editorial Panamericana, 2010.5p.
22. MARÍN, Pedro .P. Manual de geriatría y gerontología. 2 ° ed, Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2005. 32, 41-47, 49-52, 49, 77, 80, 83, 124, 180p.
23. VERA, Martha. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. [En línea], An. Fac. med. v.68 n.3. sep. 2007 <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext)> [consulta: 30 marzo 2011].
24. Instituto de Nutrición y tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Diplomado en Geriatría y Gerontología. Santiago, Chile, Edición Portafolio Creativo/ANT, 2001. 279, 280,282p.
25. ALONSO, Patricia, “et al”. Tania. Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor. [online]. Rev. Cubana Salud Pública 2007;33(1). <[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_1\\_07/spu10107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm)> [consulta: 25 abril 2011].

26. CARRASCO, Marcela. Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución [En línea] Departamento Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, <<http://escuela.med.puc.cl/deptos/medinterna/PDF/Fragilidad.pdf> > [consulta: 11 junio 2011].
27. REUNION REGIONAL EN ENVEJECIMIENTO Y SALUD. Funcionalidad, salud y envejecimiento en América Latina. Proyecto SABE. Panamá, 7-9 abril. Universidad de Chile, 2003.
28. LEÓN, Luz. M., "et al". 2005. Factores sociodemográficos y de hábitos de vida asociados al cambio de peso en la población adulta de mayor edad en España. Medicina Clínica Vol. 125, Issue 14, p: 525-528.
29. MARRINER Tomey, Ann y RAILE Alligood, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. España, Ediciones Elsevier Mosby, 2008. 227-230p.
30. PICCOLI, Marister., C.M. Galvão. 2001. Enfermagem perioperatória: Identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev. Latino-am Enfermagem. Julio 9 (4):37-43.
31. MARRINER Tomey, Ann y RAILE Alligood, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. España, Ediciones Elsevier Mosby, 2008. 230p.
32. SITZMAN, Kathleen. L., WRIGHT Eichelberger, Lisa. Understanding the Work of Nurse Theorists. 2a ed. Mississauga, Ontario, Canadá, Ediciones Jones and Bartlett. 2010. 71-73p.

33. LARA, Roxana y MARDONES, María .A. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán. [En línea] *Theoria*, Vol. 18 (2): 81-89,2009. <<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf>> [consulta: 14 noviembre 2010].
34. RAMIREZ Robinson, AGREDO Ricardo. A., JEREZ, Alejandra .M. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali. [En línea ] *Salud Pública*, Vol. 10 (4):529-536. , 2008< <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>> [consulta: 30 marzo 2011]
35. BARRANTES, Melba, “et al”. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. [En línea ] *Salud pública Méx.* vol.49. 2007. <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000004](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004)> [consulta: 14 noviembre 2010].
36. JÜRSCHIK Pilar, “et al”. Criterios de fragilidad en el adulto mayor. Estudio piloto. [En línea] *Atención primaria, España*, Vol. 43 [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94RY-511RSBS-1&\\_user=10&\\_coverDate=04%2F30%2F2011&\\_alid=1718928584&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_cdi=56423&\\_sort=d&\\_st=4&\\_docanchor=&\\_ct=1&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=6783fe2f31576cfa0bb28867372b8f45&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94RY-511RSBS-1&_user=10&_coverDate=04%2F30%2F2011&_alid=1718928584&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=56423&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=1&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6783fe2f31576cfa0bb28867372b8f45&searchtype=a) [consulta: 7 abril 2011].
37. URIBE Ana, “et al”. Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas. *Geriatría y Gerontología*. [En línea] Vol. 43. 2007< [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94RY-](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94RY-)

511RSBS-

1&\_user=10&\_coverDate=04%2F30%2F2011&\_alid=1718928584&\_rdoc=1&\_fmt=high&\_orig=search&\_origin=search&\_zone=rslt\_list\_item&\_cdi=56423&\_sort=d&\_st=4&\_docanchor=&\_ct=1&\_acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_userid=10&md5=6783fe2f31576cfa0bb28867372b8f45&searchtype=a >  
[consulta: 4 abril 2011].

38. CANDEL Eduardo, "et al". Independencia para actividades de la vida diaria en ancianos previamente autónomos intervenidos por fractura de cadera secundaria a una caída tras 6 meses de evolución. [En línea] Enfermería clínica, España. Vol. 18 <  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94RY-](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94RY-)

511RSBS-

1&\_user=10&\_coverDate=04%2F30%2F2011&\_alid=1718928584&\_rdoc=1&\_fmt=high&\_orig=search&\_origin=search&\_zone=rslt\_list\_item&\_cdi=56423&\_sort=d&\_st=4&\_docanchor=&\_ct=1&\_acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_userid=10&md5=6783fe2f31576cfa0bb28867372b8f45&searchtype=a >  
[consulta: 30 marzo 2011].

39. AVILA José, "et al". Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. [En línea] Salud Pública; 49:367-375. . Mex. 2007< <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sal075g.pdf> >  
[consulta 28 marzo 2011].

40. RUBIO Encarnación, "et al". Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. [En línea] Vol. 44. España 2009 <  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94SP-](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94SP-4WXB58F-)

3&\_user=10&\_coverDate=10%2F31%2F2009&\_alid=1719012507&\_rdoc=1&\_fmt=high&\_orig=search&\_origin=search&\_zone=rslt\_list\_item&\_cdi=56444&\_so

rt=r&\_st=4&\_docanchor=&\_ct=6&\_acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_userid=10&md5=1f66f9d697453823d777b942bef817f0&searchtype=a >  
[consulta: 13 abril 2011].

41. VARELA, Luis, “et al”. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. [En línea] 2005 <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>> [consulta: 14 noviembre 2010].
42. FERRER Assumpta, “et al”. Diferencias de género en el perfil de salud de una cohorte de 85 años. Estudio [En línea] 2011 <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94RY-529T4MP-8&\\_user=10&\\_coverDate=03%2F05%2F2011&\\_alid=1719684342&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_cdi=56423&\\_sort=r&\\_st=4&\\_docanchor=&\\_ct=3&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=eec2fc0f979f648fd4fd403a18333ce8&searchtype=a%C2%AD%1C%C2%AD](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94RY-529T4MP-8&_user=10&_coverDate=03%2F05%2F2011&_alid=1719684342&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=56423&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=3&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=eec2fc0f979f648fd4fd403a18333ce8&searchtype=a%C2%AD%1C%C2%AD)> [Consulta: 23 marzo 2011].
43. LOBOA Alexandrina, SANTOS Maria. P., CARVALHO Joana. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. [ En línea ] 2008 <[81](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94SP-4TX7C5P-5&_user=10&_coverDate=12%2F31%2F2007&_alid=1719023023&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=56444&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=10&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=1802f31fa2e89f9f4308b11aaa0e1cfe&searchtype=a > . [Consulta: 25 marzo 2011].</li><li>44. CASADO, J.M, “et al”. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. [En línea] vol.28 núm. 03.</li></ol></div><div data-bbox=)

- <<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/calidad-vida-relacionada-salud-pacientes-ancianos-atencion-13016442-originales-2001>> [consulta 28 abril 2011].
45. ZAVALA, Mercedes; “et al”. FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR. [En línea]. Cienc. Enferm. v.12 n.2. Dic. 2006 <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 15 abril 2011].
46. PÉREZ, M, “et al”. Detección de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria. [En línea] Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2006; 41(Supl 1):7-14 <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v41nSupl.1a13096072pdf001.pdf>> [consulta: 15 abril 2011].
47. MENÉNDEZ, Jesús, “et al”. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. [En línea] Rev. Panam Salud Publica vol.17 no.5-6 Washington May/June 2005 <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 17 abril 2011].
48. VARELA, Luis, “et al”. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. [En línea]. Volumen 43 – numero 2 – marzo – abril 2004 < <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>> [consulta: 13 junio 2011].
49. MARÍN, Pedro, “et al”. Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos [En línea] Rev. Méd Chile 2004; 132: 573-578 <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000500006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000500006&script=sci_arttext&tlng=en)> [consulta: 13 junio 2011].

50. CORTÉS, Alma, "et al". Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. [En línea]. Vol. 139, n° 6 (2011) <<http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/796>> [consulta: 15 junio 2011].
51. DE LA IGLESIA, Jorge, "et al". Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Medicina Clínica. 117(4): 129-34. 2001.
52. BELLÓN, JA. A, "et al". Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar - familiar. Atención Primaria. 18(6): 289-96. 1996.
53. HOYL, María. T., VALENZUELA, Eduardo, MARÍN, Pedro. P. Depresión en el Adulto Mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. [En línea]. Revista Médica de Chile v.128 n.11 Santiago nov. 2000 <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext)> [consulta: 19 marzo 2011].

## **VI. ANEXOS**

**ANEXO 1**

<b>Variable</b>	<b>Definición nominal</b>	<b>Definición operacional</b>
Nivel de Funcionalidad.	Capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana y utilizar los instrumentos necesarios para ello, de tal forma de mantener el cuerpo y subsistir independientemente (10).	Se midió a través de 3 categorías posterior a la realización del EFAM <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Autovalente.</li> <li>✓ Autovalente con riesgo</li> <li>✓ Riesgo de dependencia.</li> </ul>
Edad.	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	Medida a través de la fecha de nacimiento del sujeto de estudio, que a su vez será la diferencia de la fecha actual menos su fecha de nacimiento. Posteriormente se categorizó según los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 65-69 años</li> <li>✓ 70-79 años</li> <li>✓ &gt; a 80 años</li> </ul>
Sexo.	Condición orgánica, masculina o femenina de animales o plantas.	Se categorizó como: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masculino</li> <li>✓ Femenino</li> </ul>
Nivel educacional.	Es el nivel de instrucción por medio de la acción docente.	Se estableció según la presencia de 3 categorías a partir de los años aprobados <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hasta 8 años</li> <li>✓ De 8-12 años</li> <li>✓ Más de 12 años</li> </ul>

Situación de convivencia.	Vida en común que alguien lleva con una o varias personas bajo el mismo techo.	Se definió según 2 categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vive sólo</li> <li>✓ Vive acompañado</li> </ul>
Funcionamiento familiar.	Es la capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa.	Posterior a la aplicación del Test de funcionamiento familiar APGAR, Se estableció 3 categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Normofuncionante</li> <li>✓ Disfunción familiar leve</li> <li>✓ Disfunción familiar grave</li> </ul>
Caídas previas en el último año.	Consecuencia de cualquier acontecimiento en el pasado que precipita al individuo al suelo contra su voluntad, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad en las P.M.	Se definió según 2 categorías, según si presento caídas previas en el ultimo año. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sí presentó</li> <li>✓ No presentó</li> </ul>
Hospitalización previa en el último año.	Haber estado interno en un hospital o clínica por alguna enfermedad.	Se estableció según dos categorías, según si presento hospitalización previa en el último año, por mas de cinco días. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sí</li> <li>✓ No</li> </ul>

<p>Estado sensorial.</p>	<p>Corresponden a todas aquellas deficiencias relacionadas con los órganos de los sentidos tanto visual como auditivo</p>	<p>Se definió</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alteración visual - Sí - NO</li> <li>✓ si su respuesta es afirmativa, ¿Usa lentes? - Sí - NO</li> <li>✓ alteración auditiva - Sí - NO</li> <li>✓ si su respuesta es afirmativa, ¿Usa audífonos? - Sí - NO</li> </ul>
<p>Número de enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>Cantidad de enfermedades de larga data que involucran la toma de medicamentos diarios y que son de carácter no transmisible.</p>	<p>Se clasificó posterior a la identificación de enfermedades crónicas no transmisibles en 3 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ninguna</li> <li>✓ Sólo una</li> <li>✓ Más de una</li> </ul>
<p>Tipo de enfermedad crónica no transmisible.</p>	<p>Enfermedades no infecciosas cuya curación no puede preverse claramente o no ocurrirá jamás, que haya sido diagnosticada por medico.</p>	<p>Se agrupo según trastorno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Trastorno cardiovascular.</li> <li>✓ Trastorno respiratorio.</li> <li>✓ Trastorno músculo-esquelético.</li> <li>✓ Trastorno endocrino.</li> <li>✓ Otros trastornos</li> <li>✓ Ninguna enfermedad</li> </ul>

Estado Emocional.	Alteración del ánimo intensa y pasajera agradable o penosa.	Posterior a la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se categorizó en: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sugiere depresión</li> <li>✓ No sugiere depresión</li> </ul>
Percepción de suficiencia económica.	Corresponde a la sensación de conformidad antes los ingresos recibidos.	Se determinó según su percepción en 3 posibilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buena</li> <li>✓ Regular</li> <li>✓ Mala</li> </ul>

## ANEXO 2

### CARTA DE PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a

Somos alumnas/os tesistas de Quinto año de la Carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío. El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para optar al grado de Enfermero/a, dicha investigación lleva por nombre “Funcionalidad en las Personas mayores y su relación con factores sociodemográficos, de salud y económicos, CESFAM Isabel Riquelme, Chillán 2011” y tiene como objetivo conocer características de las Personas Mayores como edad, sexo, nivel educacional, entre otras. De tal forma de desarrollar acciones de enfermería destinadas a mejorar su calidad de vida, manteniendo su salud.

La información y los resultados obtenidos a partir del cuestionario que usted responderá, será voluntaria, de carácter estrictamente confidencial y anónimo. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio, situación que no le perjudicará.

Agradeciendo su atención y disposición, le saludamos atentamente:

Carlos Aguilar, Carolina Alarcón, Claudia Cancino, Milka Collarte.

Consentimiento informado

Yo..... Declaro conocer el propósito del presente estudio y acepto participar y entregar la información que sea necesaria para estos fines

---

Firma

Chillán,..... abril 2011.

### ANEXO 3

#### TEST DE PFEIFFER

Pregunta	Acierto	Error
¿A qué día estamos hoy? Fecha completa		
¿A qué día de la semana estamos?		
¿En qué sitio nos encontramos?		
¿Cuál es su número de teléfono o su dirección?		
¿Qué edad tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento?		
¿Cómo se llama el presidente actual?		
¿Cómo se llama el presidente anterior?		
¿Cómo se llama su madre?		
Reste de tres en tres desde 20.		

0-2 errores: Funcionamiento intelectual normal.

3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.

8-10 errores: Déficit intelectual severo.

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más.

En los de nivel de estudios superior un error menos

## ANEXO 4

### ENCUESTA PARA DETERMINAR FACTORES RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD EN LAS P.M.

#### 1. Sexo

Femenino

Masculino

#### 2. ¿Cuántos años de estudio cursó?

Menos de 8 años

Entre 8 y 12 años

12 y más años

#### 3. ¿Con quién vive?

Solo/a

Acompañado/a

Si su respuesta es afirmativa especifique \_\_\_\_\_

#### 4. Durante el último año, ¿Ha presentado alguna caída que le requirió acudir al médico o que le dificultó realizar sus actividades cotidianas?

Sí

No

**5. Durante el ultimo año ¿Ha estado hospitalizado/a por más de 5 días?**

Sí

No

**6. ¿Tiene problemas para ver?**

Sí

No

**Si su respuesta es afirmativa**

**¿Usa lentes?**

Sí

No

**7. ¿Tiene problemas para oír?**

Sí

No

**Si su respuesta es afirmativa**

**¿ Usa audífonos?**

Sí

No

**8. ¿Tiene enfermedades crónicas diagnosticadas por su médico?**

- Ninguna
- 1 enfermedad
- Más de 1 enfermedad

**9. Si su respuesta es afirmativa indique Cuáles**

<b>TRASTORNOS CRÓNICOS NO TRANSMISIBLES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Trastorno Cardiovascular		
Trastorno Respiratorio		
Trastorno Músculo- esquelético		
Trastorno Endocrino		
Otros trastornos		
Ninguna enfermedad		

**10. Según su percepción, ¿Cómo es su situación económica actual?**

- Buena
- Regular
- Mala

**ANEXO 5**

**APGAR FAMILIAR**

	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>
	2 puntos	1 punto	0 punto
¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan Juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			
Puntaje total			

7-10 puntos: Normofuncionante

3-6 puntos: Disfunción Leve

0-2 puntos: Disfunción Grave

## ANEXO 6

### Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage (15-GDS)

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO*
2. ¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
3. ¿Se siente inútil frecuentemente?	SI*	NO
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI*	NO
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?	SI*	NO

Sugiere depresión para 5-GDS, un puntaje  $\geq$  a 2 ptos.