

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

***“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL USO DEL TIEMPO LIBRE  
EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES”.***

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar al grado  
Licenciado en Enfermería.

**MACARENA ANDREA BURBOA CAMINO  
VALDIVIA – CHILE  
2006**

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander Manríquez.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magíster en Salud Pública.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

Profesores Informantes:

1) - Nombre : Sra. Beate Messing Grube.  
- Profesión : Enfermera.  
- Grados : Especialista en Salud Familiar y Comunitaria.

- Instituto : Enfermería.  
- Facultad : Medicina.  
- Firma :

2) - Nombre : Sra. Adela Sanguinetti Villanueva.  
- Profesión : Enfermera.  
- Grados : Especialista en Oftalmología.

- Instituto : Enfermería.  
- Facultad : Medicina.  
- Firma :

Fecha de examen de Grado: Diciembre 2006.

*Dedico este esfuerzo a mis padres y hermanas  
que con su infinito amor, apoyo, empuje y alegría  
que nos caracteriza como familia  
veo cumplido mi gran sueño...  
Gracias los amo.*

*Un agradecimiento especial a todos los adultos mayores  
de CONAPRAN  
que con entusiasmo y cariño  
hicieron posible esta investigación.*

## INDICE

	Pág.
3. RESUMEN	7
4. SUMMARY	8
5. INTRODUCCIÓN	9
6. MARCO TEÓRICO	11
7. OBJETIVOS	19
8. MATERIAL Y MÉTODO	20
9. RESULTADOS	24
10. DISCUSIÓN	33
11. CONCLUSIONES	38
12. BIBLIOGRAFÍA	40
13. ANEXOS	44

## INDICE DE GRÁFICOS Y TABLA.

Gráfico N° 1	Pág.
Distribución porcentual de AM, según sexo y edad en quinquenios.	24
Gráfico N° 2	
Distribución porcentual de AM, según estado civil.	25
Gráfico N° 3	
Distribución numérica de AM, según nivel de escolaridad.	25
Gráfico N° 4	
Distribución porcentual de AM, según beneficio de pensión.	26
Gráfico N° 5	
Distribución porcentual de AM, según cuidador.	26
Gráfico N° 6	
Distribución porcentual de AM, según tipo de familia.	27
Gráfico N° 7	
Distribución porcentual de AM, según N° de integrante familiar.	27
Gráfico N° 8	
Distribución numérica de AM, según red de apoyo.	28
Gráfico N° 9	
Distribución porcentual de AM, según participación comunitaria.	28
Gráfico N°10	
Distribución porcentual de AM, según EFAM – Chile.	29
Gráfico N°11	
Distribución porcentual de AM, según patología crónica autodeclarada.	29
Gráfico N°12	
Distribución porcentual de AM, según percepción de salud.	30
Gráfico N°13	
Distribución porcentual de AM, según ayuda técnica para la marcha.	30

Gráfico N°14	
Distribución numérica de AM, según actividad recreativa actual.	31
Tabla N° 1	
Distribución numérica de AM, según actividad de preferencia.	31
Gráfico N°15	
Distribución porcentual de AM, según estado de ánimo.	32

### 3. RESUMEN.

La población de nuestro país está envejeciendo, en el último censo 2002 la población adulto mayor aumentó en un 11,4% y como consecuencia, nuestro país ha tenido que enfrentar este cambio. Este aumento se debe acompañar de políticas que mejoren la calidad de vida y logren un envejecimiento activo.

El propósito de esta investigación es fomentar la utilización de las habilidades durante el tiempo libre en actividades organizadas y adaptadas para su desarrollo, y contribuir en el mejoramiento del estado de ánimo en los Adultos Mayores (AM) que asisten al Centro Abierto "Juan Pablo II" de CONAPRAN.

Para esta investigación se utilizó el método cuantitativo de tipo transversal, descriptivo y comparativo, la población en estudio fue un censo de 16 adultos mayores inscritos en dicho centro abierto de la ciudad de Puerto Montt. Los datos se obtuvieron a través de 4 instrumentos: cuestionario elaborado para obtener datos generales del grupo estudio, escala de evaluación EFAM-CHILE, escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage (15-GDS) y pauta de Preferencia de Grupo (Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica PUC).

Los resultados obtenidos señalan que de 16 adultos mayores que conformaron el grupo estudio, 68,7% corresponde a mujeres y 31,2% a hombres, predominando las mujeres en el tramo de edad de los 70 a 84 años con un 56%, el 93% no supera la enseñanza básica completa. Este resultado tiene gran relevancia para el estudio, pues se sabe que la escolaridad es un gran factor protector para todas las edades y más aún para los adultos mayores, porque de ella depende en gran parte la funcionalidad, tanto física, mental y social del adulto mayor. Se observan cambios en el estado de ánimo con la incorporación de actividades recreativas para el adulto mayor, al inicio del estudio existían 6 adultos mayores con depresión leve, según escala de Yesavage, y al finalizar el programa de actividades para el tiempo libre con una duración de 30 días, los adultos mayores con depresión leve fueron 4. Esto refleja que si se mantiene a los adultos mayores con actividades recreativas programadas, de acuerdo a sus intereses, con una motivación continua por los monitores o personas a cargo del cuidado de ellos y aquellos casos de depresión leve fueran diagnosticados y tratados en forma oportuna por un médico especialista, se mejoraría sin lugar a dudas, la calidad de vida y funcionalidad de los adultos mayores.

#### 4. SUMMARY.

The population in our country is growing old, in the last Census in 2002, the elder people population increased in a 11.4 % ,therefore, our country has had to face this change. This increase must be supported by politics that improve their quality of life and achieve an active ageing.

The purpose of this research is to promote the use of the skills during free time with organized and adjusted activities to be developed and contributing in the improvement of the frame of mind by elder people who attend to the Open center “ Juan Pablo II” that belongs to CONAPRAN.

The transverse, descriptive, comparative and quantitative method was used in this research, the population in this research was a group of 16 elder people enrolled in the mentioned center of Puerto Montt city. The data was collected through three sources: a questionnaire made in order to get general information about the group, the evaluation scale EFAM-CHILE, Geriatric Depression Scale by Yesavage (15- GDS) and the guideline of the Group Preference ( Program for elder people by Vicerrectoría Académica PUC).

The obtained results show that a 68.7% out of 16 adults that belonged to this group were women and the 31.3% were men. There are more women between the ages of 70 and 84, this belongs to the 56%. The education level , 93% did not finish the primary education. This result is very relevant for the research , because it is well known that schooling is a protector factor for all ages, but more important for elder people because of physical , mental and social functionality depend on it. According to the results obtained in this research , it is possible to notice changes in the frame of mind of the elder people with the incorporation into recreational activities . At the beginning of this research there were 6 elder people suffering of depression, according to the Scale by Yesavage and at the end of the recreational program that lasted 30 days, only 4 adults were suffering of depression. This shows that if it is possible to keep elder people with programmed activities, according to their interests and with a constant motivation by the instructors or caregivers, and if cases with a slight depression were diagnosed on time and timely treated by an specialist, quality of life would be improved without a doubt.



## 5. INTRODUCCIÓN.

Entre los años 1920 y 1940, la población adulta mayor en Chile no superaba el 3,5% del total de la población, mientras que en la década del noventa alcanza a un 10%, con un número estimado de 1.300.000 personas de 60 años y más. Proyectándose un 16% para el año 2025, con una población superior a los 3.000.000.<sup>11</sup> Según los datos del último Censo del año 2002, el crecimiento poblacional de Adultos Mayores en Chile alcanzó a un 11,4%, es decir que del total de la población del país (15.116.435), 1.7232.273 son Adultos Mayores, proporción muy cercana a la de los países desarrollados.<sup>13</sup>

Dada esta realidad, la Enfermería Geriátrica - Gerontológica se ha planteado fomentar el “envejecimiento activo” de nuestra población adulta mayor, porque sin lugar a dudas mantener o recuperar la autonomía constituye el objetivo principal del cuidado de la salud de los Adultos Mayores. En consideración a la alta prevalencia de enfermedades crónicas o de secuelas invalidantes en este grupo etáreo, el propósito de los cuidados de salud es evitar que ellas se conviertan en factores limitantes en el desarrollo de las actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar.

Los aspectos biológicos del envejecimiento son prácticamente inevitables. Por lo tanto, el elemento fundamental que distingue a los individuos en el proceso del envejecimiento es la actitud de la persona hacia su propio envejecer.<sup>25</sup> Por lo tanto con este estudio se pretende potenciar, facilitar y fomentar la ocupación del tiempo libre en los Adultos Mayores, en actividades organizadas y adaptadas para su desarrollo.

Si bien es cierto, en esta etapa de la vida se dispone de más tiempo libre , pero factores como la jubilación, la edad y la capacidad funcional, hacen que la persona disminuya sus actividades y estar más tiempo en su hogar y esto en ocasiones puede llevar a la persona al encierro y aislarse de la sociedad.

Por tal razón, actualmente están surgiendo diferentes alternativas de entretenimiento y educación no formal con los adultos mayores para brindarles mayores posibilidades de desarrollo y ocupación de su tiempo libre en actividades placenteras. A través de estas actividades están comprobados los beneficios que la recreación y la animación sociocultural brindan a estas personas.<sup>22</sup>

La razón que me motivó a realizar este estudio en Adultos Mayores fue la posibilidad de contribuir a devolverles el placer de preservar su independencia física como social, integrándolos en una actividad de grupo a fin de que se encuentren con sus pares, comunicarse y participar de actividades que en algún momento disfrutaron en plenitud.

Tengo especial interés en este grupo etéreo porque considero que nuestra sociedad no alcanzó a prepararse para mantener y ofrecerles un envejecimiento activo, sino ahora cuando ya algunos manifiestan sentimientos de tristeza, frustración y aburrimiento de su vejez, situación que la evidencié durante el periodo de mi internado en el CESFAM Techo para Todos de Puerto Montt.

## 6. MARCO TEÓRICO.

El tema a investigar está dado por quienes experimentan los procesos de envejecer, porque sin lugar a dudas, la senescencia trae cambios, a los cuales las personas deben adaptarse y prepararse psicológicamente para asumirlos, ya que deben vivir una serie de situaciones que van modificando su campo perceptual, como por ejemplo, la jubilación; que aumenta en el adulto mayor el tiempo libre y la vivencia de frustración por no continuar activo, lo que obliga a una reorganización de la vida cotidiana, o la inactividad en plenitud de sus facultades que le produce una muerte social.

### **¿Cómo es el envejecimiento?**

El envejecimiento es un fenómeno universal, ocurre antes en algunas personas y después en otras, pero es inevitable. Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez. Muchos de estos cambios se aprecian al final de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas orgánicos poseen una gran capacidad de reserva.

Según Domínguez (1982) “el envejecimiento varía según los condicionamientos religiosos, filosóficos, psicológicos, económicos, social y cultural que rodea al individuo de edad mayor. Se puede decir que el que quiere vivir normalmente vive más cuando encuentra el apoyo de su familia, de su comunidad y de la sociedad que lo identifica como ciudadano”.<sup>7</sup>

Además indica Domínguez (1982) que “el concepto de la vejez por parte de la sociedad favorece la exclusión de los ancianos de algunos papeles sociales y actividades significativas, causándoles desajustes graves al negarles las oportunidades para satisfacer sus necesidades básicas”.<sup>7</sup>

## **Patologías más frecuentes que afectan la funcionalidad del adulto mayor.**

### Hipertensión arterial.

Zarate (1990) indica que más del 50% de la población hipertensa en control en el nivel primario y secundario del Servicio de Salud del Área Metropolitana Sur son mayores de 59 años, se observa un 35% de hipertensión arterial en hombres y un 42% en mujeres.<sup>28</sup>

Además indica Zarate (1990) que “es frecuente en adultos mayores la existencia de cifras elevadas sólo a nivel sistólico, lo cual constituye una situación muy prevalente pero de ninguna manera normal. Esta modalidad se reconoce como hipertensión arterial sistólica. La mortalidad cardiovascular se triplica en el adulto mayor hipertenso en relación al normotenso, a cualquier edad un aumento de 10 mmHg. de la presión sistólica determina un incremento del 30% en la incidencia de accidentes vasculares cerebrales”.<sup>28</sup>

Los resultados de la investigación INTRA: Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidado de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento (2002-2003) Viña del Mar – Quillota, revela que el 66% de los entrevistados sufre de hipertensión arterial. Por otro lado el estudio SABE: Estudio Multicéntrico sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en Siete Ciudades Principales de América Latina y El Caribe (1998) registra un 52.3% de hipertensión arterial.<sup>18</sup>

### Salud mental.

Para la OPS “la función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas e ir desde trastornos ligeros, como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia”.<sup>20</sup>

“En la atención Primaria se cuenta básicamente con tres instrumentos para la evaluación del estado mental del adulto mayor, estos son”:

- “Mini Examen del Estado mental (MMSE) Modificado: Este instrumento es útil para el tamizaje de déficit cognitivo, aunque no es un instrumento de diagnóstico. Puede ser realizado por el médico, enfermera o asistente social”.<sup>20</sup>
- “Escala PFEIFFER (Portable Functional Assessment Questionnaire): Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información obtenida de un familiar o un cuidador”.<sup>20</sup>
- “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (abreviada): Este instrumento es útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. Puede ser realizado por el médico, enfermera o asistente social”.<sup>20</sup>

En el estudio SABE (1998), se utilizó esta escala para el diagnóstico de depresión, se utilizó la versión 15- GDS, el puntaje de 6 ó más sugiere depresión y un puntaje superior a 10 sugiere depresión severa, en el total de la muestra encuestada (1133) hombres y mujeres

mayores de 60 años, se obtuvo una prevalencia de depresión de 23.9%, en el 6.9% de los entrevistados se trataba de una depresión severa, siendo similares para hombres y mujeres.<sup>1</sup>

“En todo el mundo, los problemas de la salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de vida” (ONU, Madrid 2002).<sup>19</sup>

Vergara (1990) indica que “la incidencia de depresión es de al menos un 10% en personas mayores de 50 años siendo mayor en sujetos con otras enfermedades físicas. Las formas mayores de depresión son menos prevalentes en los grupos mayores de 65 años que en más jóvenes teniendo una prevalencia de 1 a 2%. Los intentos de suicidio tienen más éxito que en sujetos más jóvenes. La baja de peso parece ser más frecuente que las ideas de suicidio y culpa”.<sup>27</sup>

#### Alteraciones en la movilidad.

Según Durante (2002) “la movilidad es una función compuesta de múltiples maniobras, depende de la coordinación y funcionamiento de diversos sistemas (nervioso, osteoarticular, vestibular y órganos de los sentidos). La deambulación es uno de los ejercicios más beneficiosos para que la persona mayor mantenga su organismo en óptimas condiciones, pero la marcha debe ser segura, para tales efectos conviene utilizar una ayuda técnica para caminar teniendo en cuenta la capacidad de equilibrio del adulto mayor y el tipo de marcha que realiza en función a su patología. Los requisitos son”:<sup>9</sup>

- “Capacidad muscular y de movimiento de los miembros,
- capacidad de agarre de las manos y
- adecuado equilibrio de tronco en bipedestación”.<sup>9</sup>

Por otro lado Durante (2002) indica que “el deterioro de la movilidad física conlleva una limitación de la capacidad de movimientos que condicionan la vida de relación y comunicación de las personas, la discapacidad y la pérdida de autonomía, es uno de los grandes problemas asociados al envejecimiento”. “Esta pérdida de autonomía provoca diferentes grados de incapacidad funcional, física, mental y social, con la consiguiente necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD), tales como: higiene personal, alimentación, vestido, entre otras”.<sup>9</sup>

Arinoviche (1990) señala que “el envejecimiento se produce no sólo a nivel musculoligamentoso sino que también se va deteriorando la función neurológica y se va produciendo una desmineralización ósea”.<sup>3</sup>

“Entre las patologías articulares que más se presentan en la vejez se encuentra la Polimialgia reumática, Enfermedad de Paget y Artrosis entre otras, ésta última se produce como resultado de la combinación de varios factores de riesgo: envejecimiento, daño

mecánico, constitución, herencia e inflamación”. Arinovich op. cit. indica que una de las manifestaciones más permanentes del reumatismo es el dolor crónico, que sumado a la pérdida de función y afecto, se tiene a una persona cuya respuesta será el sufrimiento físico y moral.<sup>3</sup>

## **Recreación y uso del tiempo libre.**

Reconociendo en la recreación “un derecho que debe ejercer toda persona como posibilidad de alcanzar un equilibrio integral”. El MIDEPLAN (s.f.) indica que la política nacional de envejecimiento y vejez “debe facilitar a la población adulta mayor un espacio real de canalización positiva de la carga emocional que representa envejecer. Un uso adecuado del tiempo libre, entendiendo como aquel conjunto de ocupaciones a las que puede entregarse la persona voluntariamente, permitirá un descanso físico y psíquico liberador de la fatiga; diversión solaz para liberarse del aburrimiento y monotonía de las actividades obligadas y desarrollo de la personalidad para liberarse de las propias limitaciones”.<sup>16</sup>

En la 2ª Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid por la ONU (2002) declara una de las recomendaciones para la adopción de medidas en el plan de acción internacional: “la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuyen también a aumentar y mantener el bienestar personal. Las organizaciones de personas de edad constituyen un medio importante de facilitar la participación mediante la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones”.<sup>19</sup>

Según Moragas (1998), “el tiempo libre es aquel que resta luego del trabajo, del descanso y de las actividades necesarias para la vida física y las obligaciones familiares y sociales. La cantidad de tiempo libre varía a lo largo de la vida, en la infancia y la adolescencia resulta muy amplia, se reduce al entrar a la vida laboral, para volver a ampliarse en la jubilación, también son diferentes su calidad, su naturaleza, los fines que satisface, los recursos invertidos y la actitud con que se disfruta”.<sup>17</sup>

Según Dumazedier (1968), el concepto de ocio, lo define como un conjunto de ocupaciones en las que el individuo puede invertir su tiempo libre -entregándose de manera completamente voluntaria-, para descansar, divertirse, aumentar su información o desarrollar su formación, y para participar socialmente en forma voluntaria, tras haberse liberado de sus obligaciones laborales, familiares y sociales.<sup>8</sup>

Domínguez (1982) indica que “la inactividad por una jubilación forzada o por la imposibilidad de desarrollar actividades productivas cuando quiere o necesita trabajar hace más evidente su marginalidad social. No tener qué hacer, estar habitualmente desocupado,

produce un desagrado para quien ha vivido de su trabajo, con el prestigio y el poder que le proporcionaban sus actividades productivas”.<sup>7</sup>

Por otro lado Barros (1979) señala que “los sentimientos que genera esta falta de actividad en los ancianos, se traduce en un fuerte sentimiento de inutilidad, de no tener nada que hacer consigo mismo ni con su tiempo, lo cual viene a reforzar el proceso de desvalorización desencadenado por el sentimiento de haber sido abandonado por la familia, en particular, y por el mundo en general”.<sup>4</sup>

Por ello es que considero que es tan valiosa la estimulación de la actividad en el adulto mayor para minimizar los sentimientos de apatía y desinterés por la vida y por lo que le rodea. Demostrándole que su tiempo libre puede ser ocupado beneficiosamente en actividades recreativas que lo ayudarán a no envejecer psicológicamente, aumentando su calidad de vida, mejorando el sistema cardiorrespiratorio y osteoarticular y no menos importante su integridad mental.

Un estudio realizado por Marín et al. (2004) del Programa de Geriatria y Gerontología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, titulado: “Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos”, utilizaron una encuesta diseñada por el grupo y validada por expertos de la OPS-OMS y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage acortada GDS-5, aplicada a todos los adultos mayores que viajaron por SERNATUR durante el primer trimestre del 2002, el primer día del viaje (previaje) y una segunda encuesta (postviaje) que evaluó de qué forma influyó el viaje.<sup>15</sup>

En la investigación evaluaron el impacto biomédico de los viajes en adultos mayores obteniendo “resultados positivos en distintos aspectos subjetivos del bienestar general y la salud física como mental, destacando lo ocurrido con el ánimo, que era una patología prevalente, el 86% de los adultos mayores notó mejoría”.<sup>15</sup>

En otro estudio de Salles y Ribeiro (2003) del Servicio de Atendimento de Sorocaba, Sao Paulo, titulado: “Envejecer: Una reflexión de la terapia ocupacional sobre el tiempo libre del anciano jubilado de sexo masculino no institucionalizado”, utilizaron una metodología cualitativa, a aquellos adultos mayores que se reúnen en una plaza pública, las autoras analizaron las actividades que realizan en el tiempo libre los adultos mayores del sexo masculino jubilados y si están insertados en grupos de Tercera Edad o Asociaciones de Jubilados.<sup>25</sup>

En su trabajo obtuvieron como resultado que aquellos que realizaron actividades sólo recreativas disminuyeron el estrés, aumentaron la satisfacción personal y la interacción social con sus pares. En relación a la participación, los adultos mayores prefieren participar de grupos informales de carácter comunitario en plazas públicas.<sup>25</sup>

Rodríguez (2001) de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Argentina, en su investigación titulada: “Grado de Satisfacción con el Uso del Tiempo Libre y Actitudes hacia la Jubilación”, utilizó un cuestionario básico y construyó una escala de actitudes según el método del diferencial semántico integrada por 22 subescalas de adjetivos bipolares. Estos instrumentos fueron aplicados a una muestra de adultos mayores jubilados residentes de la ciudad de Buenos Aires.<sup>24</sup>

En su investigación relaciona el grado de satisfacción con el tiempo libre y las actitudes hacia la jubilación, concluyendo que las personas que están satisfechas con el uso del tiempo libre consideran a la jubilación como una etapa más alegre, entretenida, activa, agradable, sociable, satisfecha y feliz.<sup>24</sup>

Por otro lado Belenguer y Aliaga (2000) de la Universidad de Valencia, España, realizaron una investigación titulada: “Relación entre el grado de Autonomía Funcional y la Ocupación del Tiempo Libre en personas mayores incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria”, en un Centro de Salud. Utilizaron como instrumento el *Short Portable Mental Status* de PFEIFFER y la escala de EVA (Escala de Valoración de Autonomía funcional).<sup>5</sup>

En su estudio evaluaron la relación entre el tiempo libre y el grado de autonomía funcional con respecto al sexo; no obstante concluyen que no existe significancia en los resultados, pero si que a mayor nivel de autonomía funcional mayor ocupación del tiempo libre.<sup>5</sup>

### **Modelo de Enfermería.**

La fundamentación teórica de esta investigación está centrada en la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, que abarca las necesidades de autocuidado universales de todos los individuos, así como también las necesidades específicas del desarrollo físico, social y psicológico.

#### Naturaleza de autocuidado:

“Capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir” (Orem 1993).<sup>21</sup>

#### Concepto de Autocuidado:

“Es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, salud y el bienestar” (Orem 1993).<sup>21</sup>



### Requisitos de Autocuidado:

**Desarrollo:** “Relaciones con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo” (Cavanagh 1993).<sup>6</sup>

**Desviaciones de la salud:** “Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos” (Cavanagh 1993).<sup>6</sup>

“Utilizando uno de los principales conceptos de la teoría que propone Dorotea Orem, tiene que ver con los Sistemas de Enfermería, que lo define como una serie continua de acciones que se produce cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a las acciones de personas a las que se esté asistiendo dirigidas a identificar las demandas o regular las acciones de su autocuidado” (Vega 1997).<sup>26</sup>

### Sistema de enfermería aplicado.

**De apoyo/educación:** “Este sistema de enfermería es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos” (Orem 1993).<sup>21</sup>

“Generalmente el papel de la enfermera en el sistema de enfermería de apoyo/educación es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado mientras que el propio individuo realiza su autocuidado” (Cavanagh 1993).<sup>6</sup>

Tomando en cuenta lo antes señalado la educación basada en el modelo de autocuidado es un aporte importante para lograr el objetivo de salud de los adultos mayores, “el cual es mantener la autonomía funcional de este grupo etáreo, es decir, la capacidad de valerse por sí mismo el máximo de tiempo posible” (Vega 1997).<sup>26</sup>

Es de esta manera que debemos abordar el cuidado de los adultos mayores, reforzando su capacidad de autocuidado para entregarles herramientas para el afrontamiento del envejecimiento activo y una vida en plenitud.

El Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad es una corporación de derecho privado, sin fines de lucro, constituido el 02 de octubre de 1974, cumpliendo actualmente 32 años de trabajo.

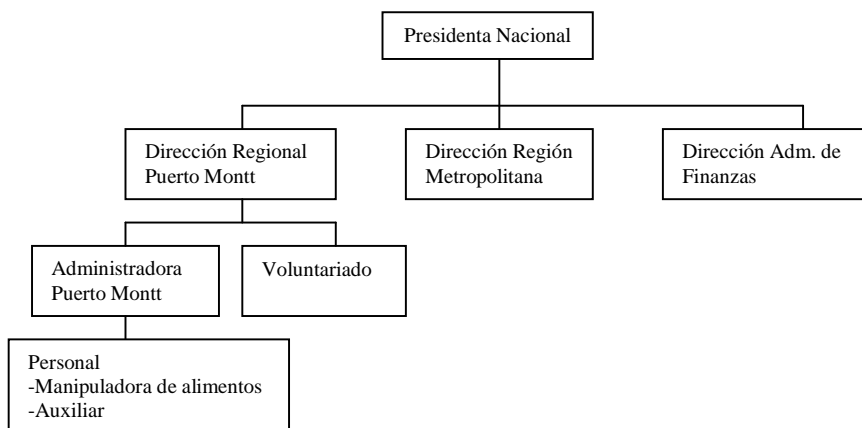
CONAPRAN fundamenta su programa de atención en la necesidad de proteger e integrar a la población adulta mayor pobre de Chile en condiciones de vulnerabilidad social y/o abandono. De esta manera fortalece los programas de Acción social del Gobierno y se constituye en un real aporte para la superación de la pobreza.

CONAPRAN cuenta con 13 hogares y 10 centros abiertos, distribuidos a lo largo de todo el país, en los cuales se proporciona atención integral, incluyendo alimentación, recreación, atención médica, apoyo social, espiritual y alojamiento en el caso de los hogares con adultos mayores internos.

Actualmente se brinda atención directa a 900 adultos mayores de escasos recursos, sin distinción de sexo y en condiciones de autovalencia, semivalencia y postrados.

En Puerto Montt, CONAPRAN cuenta con un centro abierto “Juan Pablo II” ubicado en Los Infantes #12 Población Chiloé, atiende alrededor de 30 adultos mayores de 8:00 a 16:00 hrs. de lunes a viernes.

Recurso Humano:



## **7. OBJETIVOS.**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL:**

Describir el perfil biosicosocial de los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto “Juan Pablo II”, de CONAPRAN en la ciudad de Puerto Montt.

#### **7.1.1 Objetivos específicos:**

- 1) Determinar características demográficas de los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto; tales como: Edad, sexo y estado civil.
- 2) Determinar características sociales de los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto; tales como: Redes de apoyo, grupos comunitarios, tipo de familia de origen, ingreso económico, nivel de escolaridad y cuidador a cargo.
- 3) Determinar características de salud de los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto; tales como: Estado de funcionalidad según EFAM-Chile, estado del ánimo según escala de evaluación geriátrica de Yesavage, autopercepción de salud, patologías crónicas y ayuda técnica para la marcha.

### **7.2 OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar intervención de enfermería en el uso del tiempo libre, en los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto “Juan Pablo II”.

#### **7.2.1 Objetivos específicos:**

- 1) Identificar actividades de mayor interés para los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto.
- 2) Implementar un programa de actividades para el fomento de la ocupación del tiempo libre del grupo en estudio.
- 3) Evaluar y comparar los cambios que se producen en el comportamiento socio-afectivo posterior a una intervención en las actividades de la ocupación del tiempo libre en los Adultos Mayores, a través de la escala de evaluación geriátrica de Yesavage.

## **8. MATERIAL Y MÉTODO.**

### **8.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio de corte transversal, descriptivo y comparativo.

### **8.2 POBLACIÓN Y/O MUESTRA.**

Con respecto al universo de estudio, está conformado por 24 Adultos Mayores inscritos en el Centro Abierto “Juan Pablo II”, por lo tanto como la población es baja se hizo un censo para el análisis cuantitativo de este estudio.

### **8.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Adultos Mayores con trastornos cognitivos severo.
- Adultos Mayores sordos-mudos.
- Adultos Mayores que no otorguen su consentimiento para el estudio.
- Adultos Mayores que asistan en forma esporádica al centro abierto, durante el tiempo del estudio.

### **8.4 LUGAR DE DESARROLLO DEL ESTUDIO.**

Centro Abierto “Juan Pablo II”, perteneciente al Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN), al alero de la Fuerza Aérea de Chile, en la ciudad de Puerto Montt.

### **8.5 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Previo consentimiento informado (Anexo N° 1), la información se recolectó por la investigadora a través de la aplicación de 4 instrumentos de medición tales como:

- **Instrumento N° 1:** Recopilación de Antecedentes Generales del grupo en estudio. Confeccionado por la autora (Anexo N° 2).
- **Instrumento N° 2:** Escala de evaluación EFAM-CHILE, este instrumento consta de dos partes. La primera parte de nueve preguntas y tiene por objetivo definir si el individuo es

autovalente o dependiente, en esta parte se aplica además el Minimal Abreviado. La parte B de seis preguntas y define si la persona autovalente está en riesgo de perder la funcionalidad y transformarse en dependiente (Anexo N° 3).

- **Instrumento N° 3:** Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage (15-GDS), es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.

La versión original corresponde a 30 preguntas, en este estudio se utilizó la forma abreviada (15-GDS); validación realizada por Hoyle et al. (2000).<sup>12</sup> Este instrumento se aplicó en una primera etapa para realizar un diagnóstico de enfermería inicial del estado de ánimo del grupo en estudio, y en un plazo de un mes de iniciada la intervención de acuerdo al programa de actividades implementado se aplicó nuevamente la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage para la evaluar los cambios en el comportamiento socioafectivo del grupo en estudio (Anexo N° 4).

Valoración:

Normal	0 a 5
Depresión leve	6 a 9
Depresión severa	≥ 10

- **Instrumento N° 4:** Pauta de Preferencia de Grupo (Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica PUC.) (Anexo N° 5), este instrumento se aplicó para determinar cuales son las actividades de interés de los adultos mayores en estudio, con las que se implementó el programa de intervención de enfermería.

- **Programa de intervención:** (ver detalle anexo N°6)

**Lugar:**

Comedor y sala de estar del “Centro Abierto Juan Pablo II”.

**Duración:**

03 al 28 de Abril 2006.

**Horario:**

Actividades manuales:	Miércoles y Viernes 10:00 – 12:00 hrs.
Actividades físicas:	Martes y Jueves 14:30 – 15:30 hrs.

**Contenido Actividades manuales:** Taller de pintura en género.

**Actividades físicas:** Taller de gimnasia y baile entretenido.

## 8.6 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizó la tabulación de datos mediante la plataforma Microsoft Excel y Word 2003.

Los resultados se presentan en gráficos y tabla utilizando distribución de frecuencias y porcentajes.

## 8.7 IDENTIFICACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	OPERACIONALIZACIÓN	
Edad	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	65 a 74 años 75 a 79 años 80 a 84 años 85 a 89 años 90 y más.	
Sexo	Características biológicas que diferencian a hombres de mujeres.	Femenino Masculino	
Estado civil.	Condición actual de cada persona en relación a derechos y deberes civiles.	Casado Soltero Viudo	Conviviente Separado
Nivel de escolaridad.	Número de años aprobados en un establecimiento educacional.	0 - 1 2 - 3 4 - 5 6 - 8	9 - 10 11 - 12 13 ó más
Beneficio de pensión.	Dinero mensual que percibe el adulto mayor señalando su fuente.	Pensión Asistencial de Vejez Pensión de Vejez Pensión de Viudez Otra Sin ingreso	
Cuidador	Persona de la familia o persona externa a la familia que le proporciona los cuidados.	Esposa(o) Hijo(a) Nuera Yerno	Nieta(o) Sobrino(a) Otro
Tipo de familia de origen	Estructura familiar a la que pertenece el adulto mayor.	Extensa Nuclear Unipersonal	
Nº integrantes de la familia.	Número de personas que viven bajo el mismo techo.	1 - 3 4 - 6 7 ó más	
Red de apoyo.	Apoyo social, afectivo con que cuenta el adulto mayor.	Familia Amigos	Ninguno Otros

Patología crónica	Patología de curso permanente que afecta a la salud del adulto mayor. Consignada en carpeta del establecimiento o autodeclarada por el adulto mayor en el momento de la entrevista.	HTA DM LCFA Otra. Artrosis
Percepción de la salud	Impresión individual y subjetiva del estado de salud del adulto mayor.	Excelente Regular Mala
Funcionalidad	Diagnóstico de Evaluación funcionalidad del adulto mayor (EFAM-Chile).	Autovalente Autovalente con riesgo Dependiente
Estado del Ánimo	Diagnóstico de depresión geriátrica, según escala de Yesavage.	Normal Depresión Leve Depresión Severa
Ayuda técnica para la marcha	Dispositivo de apoyo que utiliza el adulto mayor para aumentar el equilibrio, facilitar la propulsión y el avance.	Bastones Muletas Andador Otra Ninguna
Actividad recreativa actual	Actividad recreativa que realiza el adulto mayor en su tiempo libre.	Especificar
Actividad recreativa de preferencia.	Actividad recreativa de preferencia para el adulto mayor.	Actividades manuales Actividades musicales Actividades físicas Actividades al aire libre Actividades sociales Actividades espirituales Actividades culturales Ninguna
Grupos comunitarios	Integración a grupos formales o informales que tienen la finalidad de representar y promover valores específicos de la comunidad.	Si No

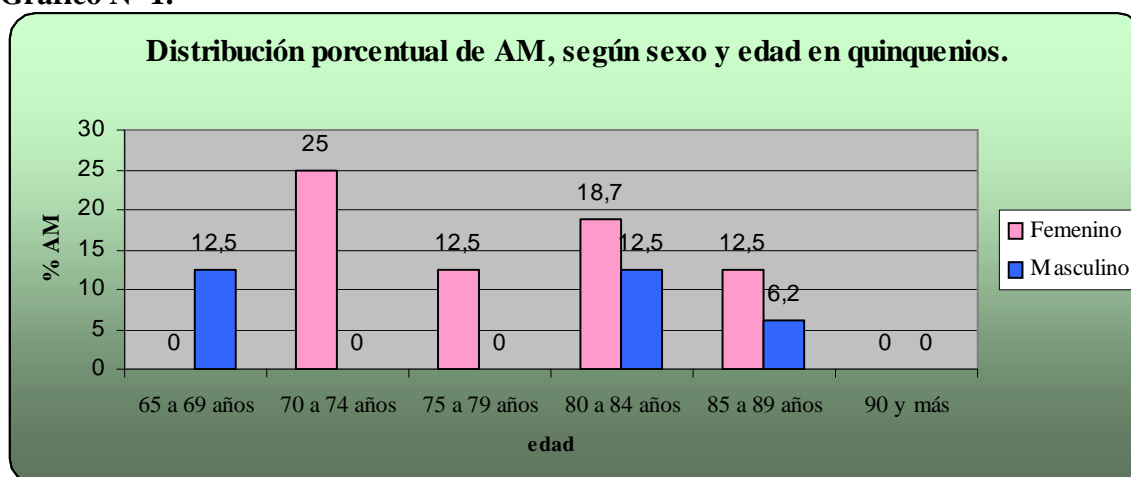
## 9. RESULTADOS.

A continuación se da a conocer los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos 1, 2 y 3 al grupo en estudio del Centro Abierto “Juan Pablo II”, CONAPRAN Puerto Montt, durante el mes de Noviembre 2005.

Al aplicar los criterios de exclusión la población en estudio quedó conformada por 16 adultos mayores, 11 mujeres y 5 hombres con una razón aproximada de 2:1.

### 9.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES (AM) QUE ASISTEN AL CENTRO ABIERTO “JUAN PABLO II”.

Gráfico N° 1.

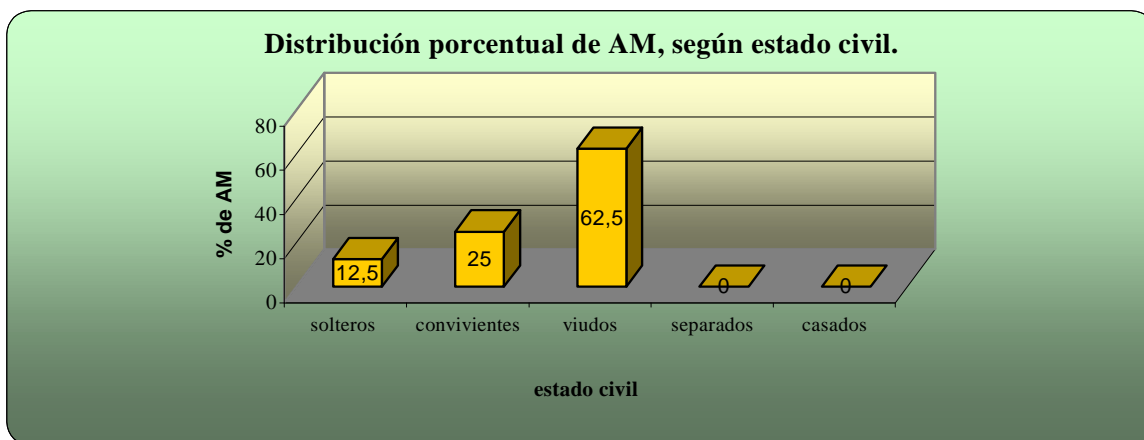


n = 16.

En este gráfico se observa que 1/3 de los integrantes de la población en estudio corresponde al de 80 a 84 años con un 31%, predominando el sexo femenino.



**Gráfico N° 2.**

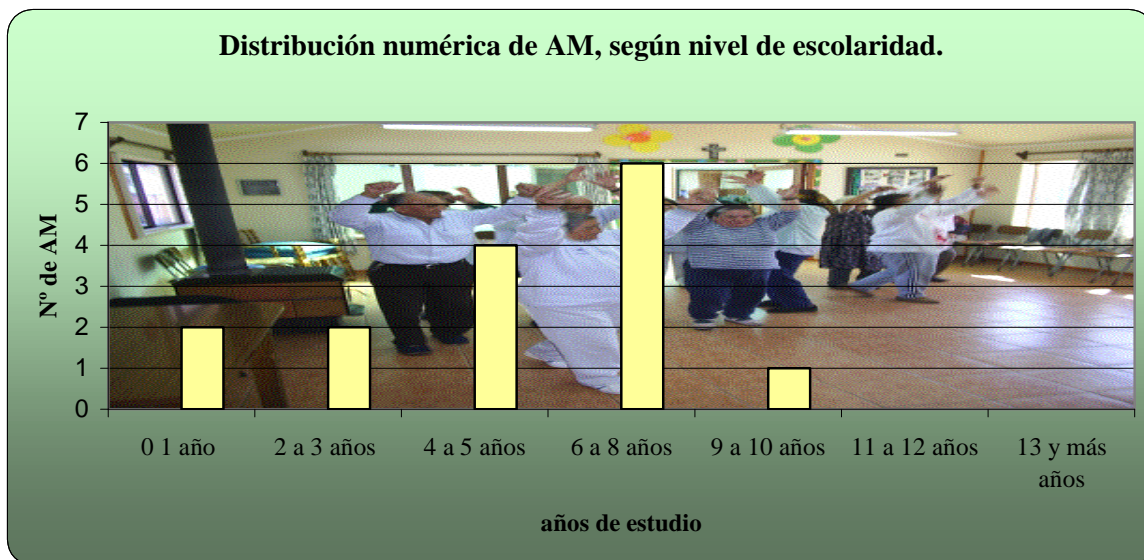


n = 16.

En este gráfico se observa que el 62,5% (10) del grupo en estudio son viudos. Razón por la cual se han acercado a esta institución, cabe destacar que una cifra no despreciable (4) ha establecido unión libre con personas del mismo centro.

## **9.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO ABIERTO “JUAN PABLO II”.**

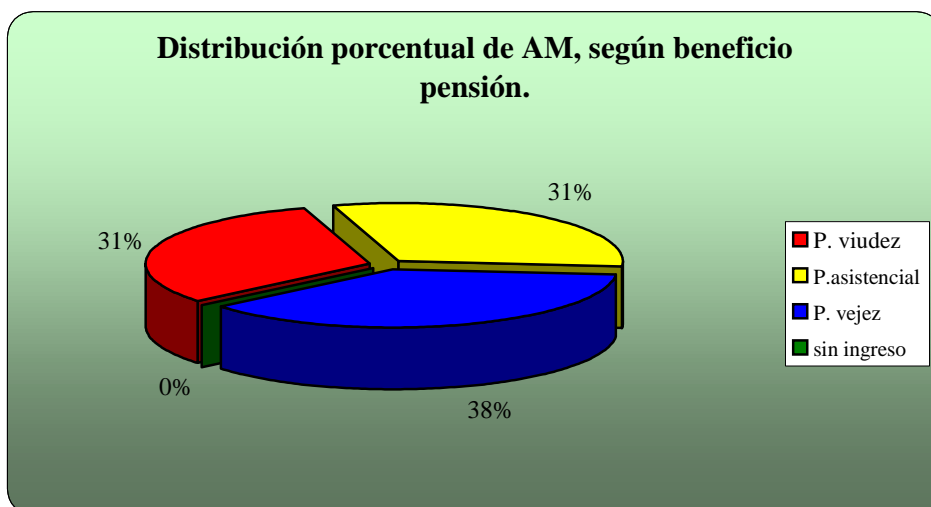
**Gráfico N° 3.**



n = 16.

En este gráfico se observa que el 93% de los adultos mayores no supera la escolaridad básica completa, ellos refieren que sus padres a temprana edad los integró al trabajo doméstico y agrícola por ser familias mayoritariamente de procedencia rural.

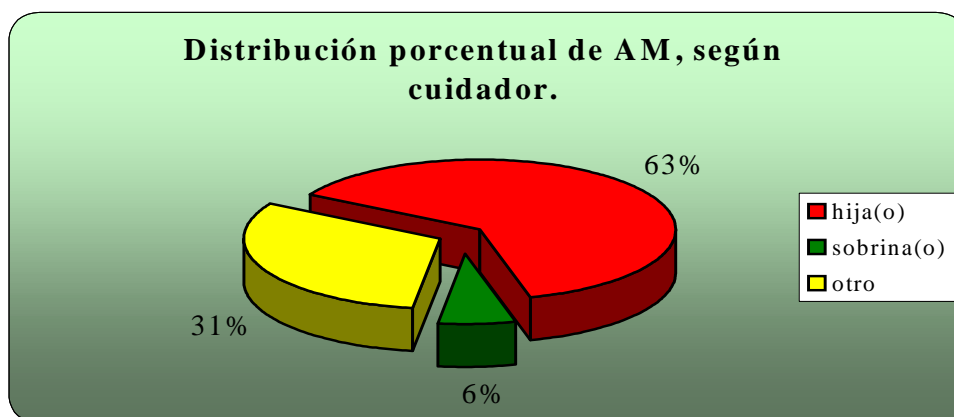
**Gráfico N° 4.**



n = 16.

En este gráfico se observa que el 38% del grupo estudio percibe ingresos entre \$63.000 y \$100.000, que corresponde al beneficio de la jubilación. Un 31% recibe entre \$62.000 y \$86.000, que corresponde al beneficio de viudez y otro 31% recibe entre \$42.000 y \$46.000 que corresponde al beneficio asistencial.

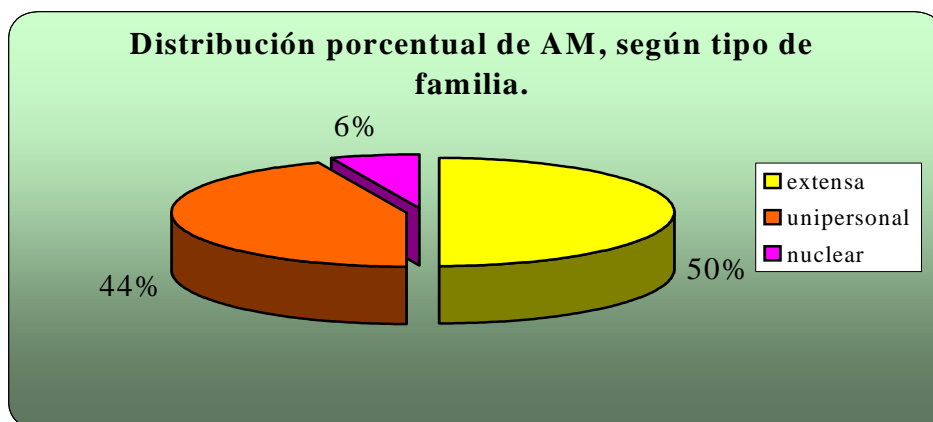
**Gráfico N° 5.**



n = 16.

En este gráfico se observa que en la mayoría de los adultos mayores el cuidador responsable corresponde a la hija(o) 63% (10). Por otro lado existe un 31% (5) de adultos mayores que refieren que su cuidador es “otro”, correspondiendo a la pareja estable y hermano. No se incluyó las otras 4 categorías de la variable por tener valor igual a 0.

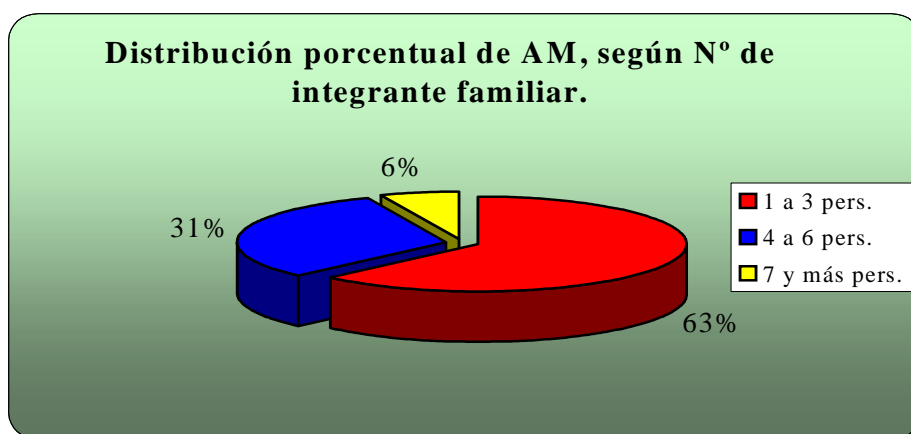
**Gráfico N° 6.**



n = 16.

En este gráfico se observa que la mitad de los adultos mayores (8) pertenecen a familias extensas, recibiendo el cuidado directo de ellos, como así también existe un 44% de adultos mayores (7) que viven solos o en unión libre, recibiendo el cuidado de sus familiares en forma ocasional.

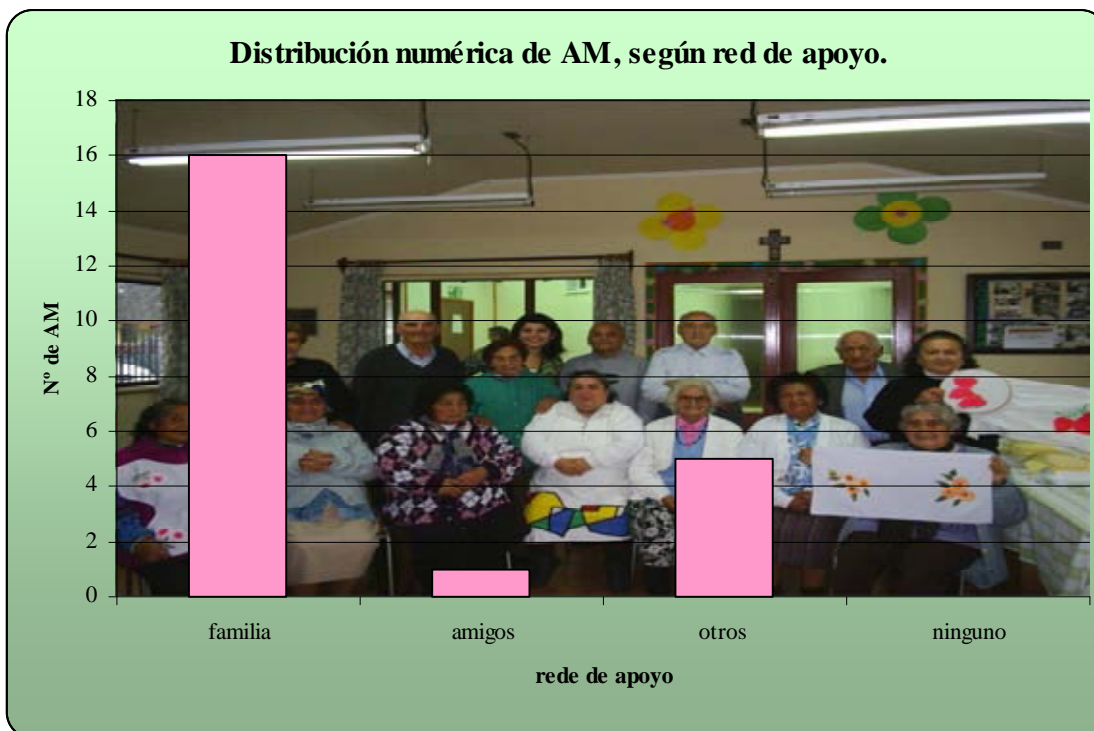
**Gráfico N° 7.**



n = 16.

En este gráfico se observa que la mayoría de los adultos mayores viven en grupos reducidos de no más de 3 personas adultas y de estos un 18% de adultos mayores (3) viven solos, lo que significa un riesgo para estas personas.

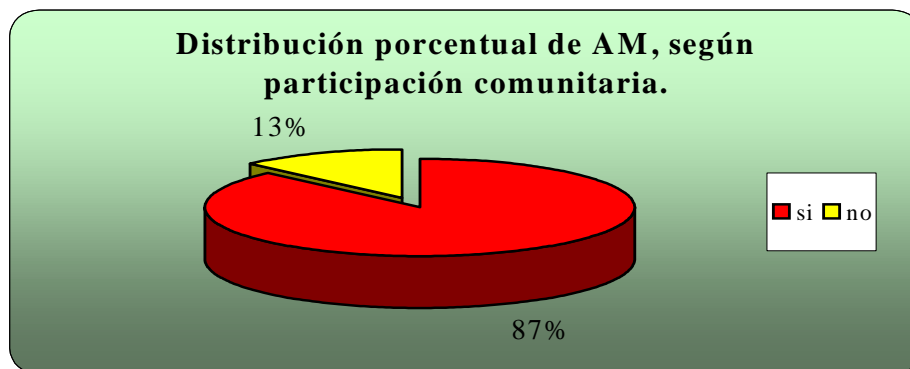
**Gráfico N° 8.**



Nota: los encuestados respondieron por más de una opción.

En este gráfico se observa que en el 100% de los adultos mayores la familia está presente, como apoyo fundamental, como así también un 31,2% refieren que “otros” componen sus redes de apoyo, tales como vecinos e iglesia a la cual pertenecen.

**Gráfico N° 9.**

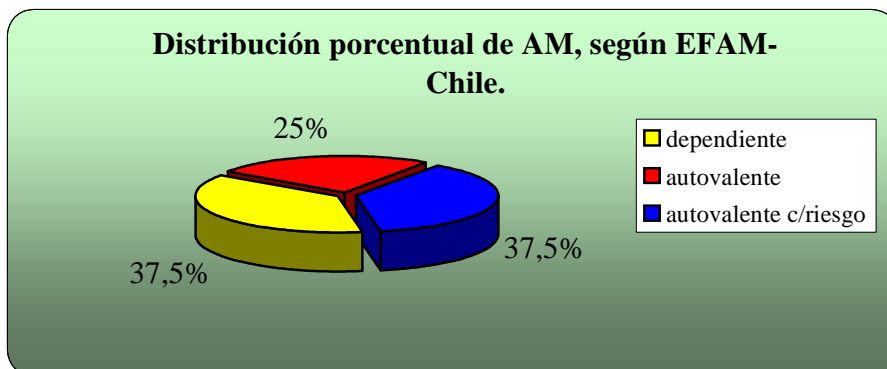


n = 16.

En este gráfico se observa que la mayoría de los adultos mayores 87% (14) mantienen una participación activa en otros grupos de la comunidad en donde ellos viven, refieren que se reúnen una vez al mes a compartir la once y fechas especiales.

### 9.3 CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO ABIERTO “JUAN PABLO II”.

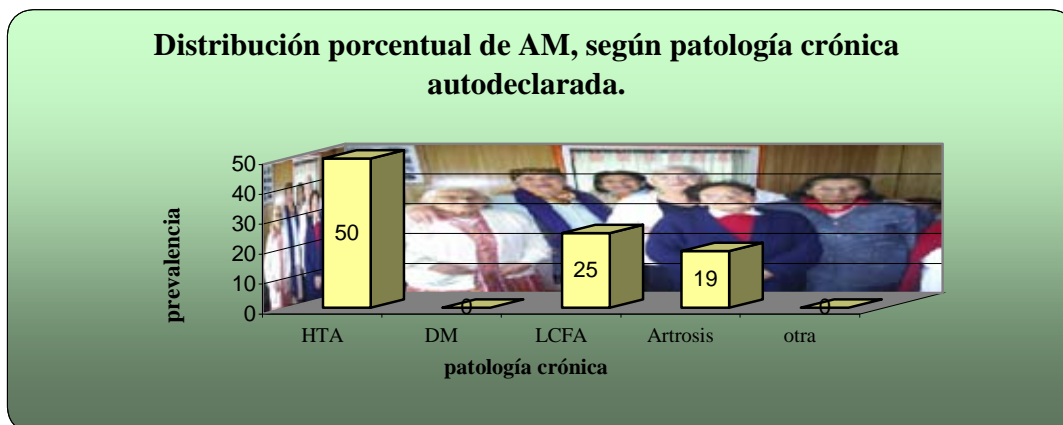
Gráfico N° 10.



n = 16.

En este gráfico se observa que la evaluación de la funcionalidad del adulto mayor se clasifica en un 37,5% como autovalente con riesgo, en igual resultado el grupo de los dependientes que está dado por la baja escolaridad y MMSE alterado.

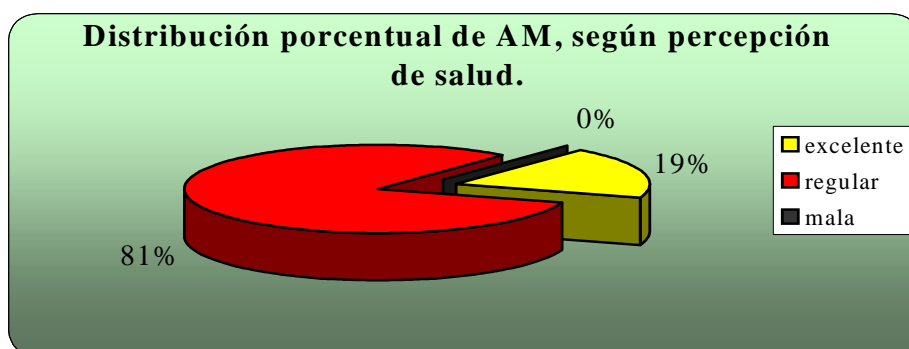
Gráfico N° 11.



Nota: los encuestados respondieron por más de una opción.

En este gráfico se observa que la patología crónica más presente en el grupo estudio es la HTA con un 50% y LCFA 25%.

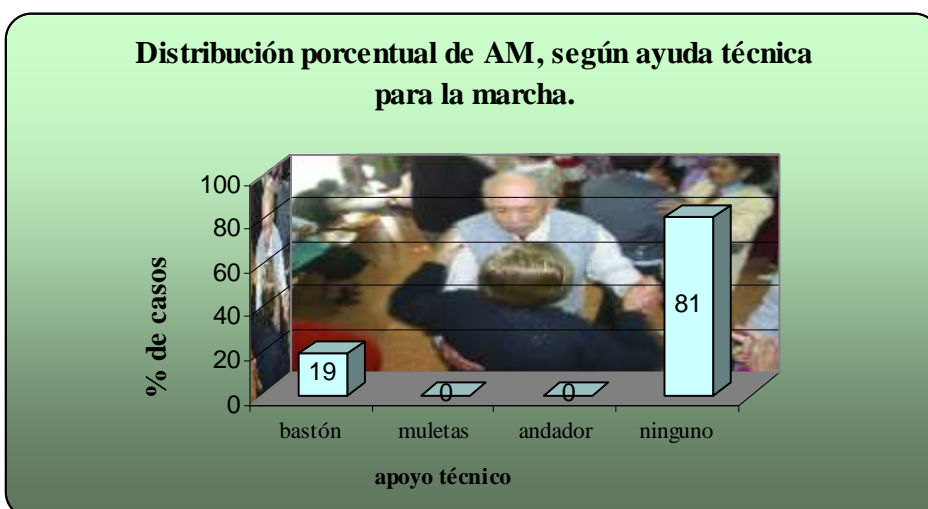
**Gráfico N° 12.**



n = 16.

En este gráfico se observa que la gran mayoría del grupo estudio 81% (13), refieren que su estado de salud es “regular”, además agregan que: “sentirnos y amanecer bien nos da ánimo para llegar al centro abierto todos los días”.

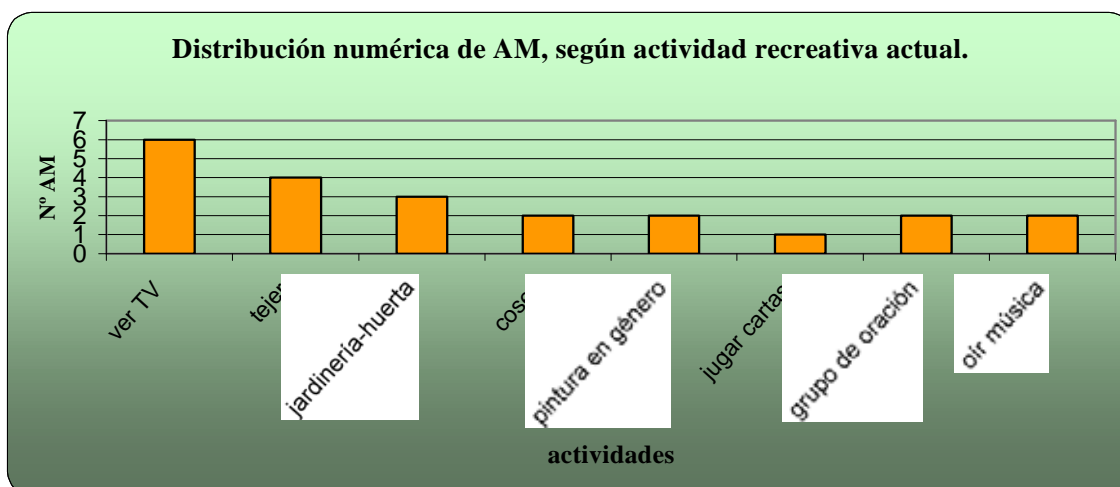
**Gráfico N° 13.**



n = 16.

En este gráfico se observa que la mayoría del grupo estudio no utiliza apoyo técnico para la marcha 81% (13), y los adultos mayores que utilizan algún apoyo (3) es un bastón, y corresponde a aquellos con artrosis de cadera y de rodilla.

**Gráfico N° 14.**



Nota: los encuestados respondieron por más de una opción.

En este gráfico se observa que la mayoría del grupo estudio ocupa el tiempo libre en actividades netamente sedentarias, como es principalmente “ver televisión” 37,5% (6) que no significa ninguna actividad física.

**Tabla N° 1.**

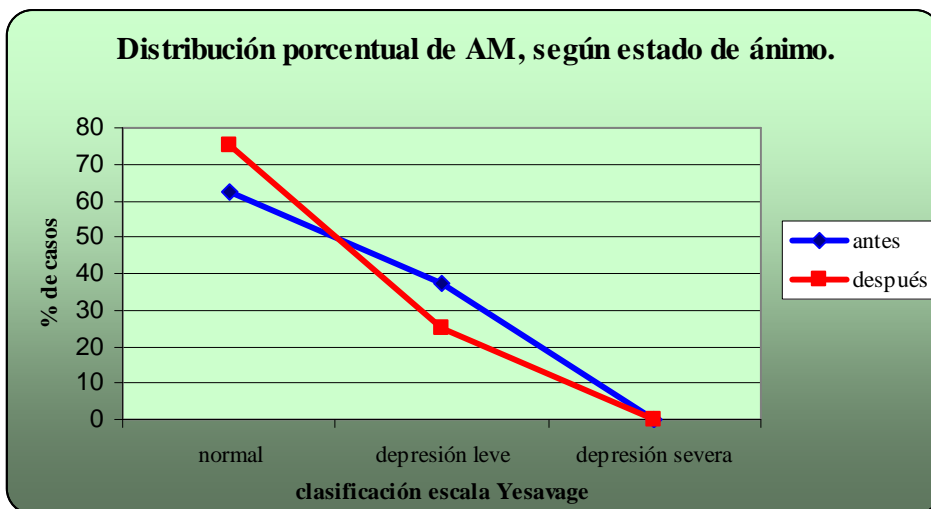
**Distribución numérica de AM, según actividades de preferencia.**

Actividad	muy interesado
<b>Actividades manuales</b>	
Artesanía	4
Pintura en género	8
<b>Actividades musicales</b>	
Oír música	5
Formar un coro	4
<b>Actividades físicas</b>	
Bailes folklóricos	1
Bailes tradicionales	1
Gimnasia	15
<b>Actividades al aire libre</b>	
Jardinería	3
<b>Actividades sociales</b>	
Juegos de salón	5
<b>Actividades espirituales</b>	
Grupos de oración	1

Nota: los encuestados respondieron por más de una opción.

En esta tabla se observa que las actividades de mayor preferencia corresponden a gimnasia con un 93,7% y pintura en género con un 50%.

Gráfico N° 15.



n = 16.

En este gráfico se observa los resultados de la escala de depresión geriátrica evaluada durante el mes de noviembre 2005 (antes de la intervención de enfermería), un 62,5% es clasificado como normal (10) y un 37,5% como depresión leve (6). Durante el mes de abril 2006 se llevó a cabo el programa de actividades recreativas para el grupo estudio durante 30 días y al finalizar éste, se aplicó nuevamente la escala de depresión geriátrica, obteniéndose como resultado una mejoría de un 12,5% (después de la intervención) en el grupo de estado de ánimo “normal”.



## 10. DISCUSIÓN.

De un total de 16 adultos mayores que conformaron el grupo estudio, el 68,7% corresponde al sexo femenino y el 31,2% al sexo masculino. Predominando las mujeres en el tramo de edad de los 70 a 84 años con un 56%. Esta característica puede deberse a la mayor esperanza de vida que registra la mujer, según las últimas proyecciones para el quinquenio 2020 -25, las mujeres de 80 años tendrán la posibilidad de vivir 1,9 años más que los hombres. (Perfil del Adulto Mayor en Chile, OMS/OPS, s.f.).<sup>1</sup>

Con respecto al estado civil del grupo estudio el 62,5% de ellos son viudos, cabe destacar que de 10 personas viudas 9 son mujeres, condición que se deriva del hecho de que las mujeres viven más que los hombres. Según antecedentes de Encuesta CASEN (2000) en nuestro país la población adulta mayor, el 5,5% son viudos y un 23% son viudas con diferencia entre sexos de 17,5 puntos porcentuales.<sup>1</sup>

En relación al nivel de escolaridad del grupo estudio el 93% no supera la enseñanza básica completa, es sabido que la escolaridad constituye un poderoso factor protector de la funcionalidad mental y física. Influye en la posibilidad de acceso a la información y a la adquisición de estilos de vida saludables. Zegers (1993) indica que “existe relación entre los años de asistencia escolar y la capacidad de rendimiento intelectual en la edad avanzada. Se ha visto un mayor interés por el perfeccionamiento permanente entre aquellos adultos mayores con mejor escolaridad”.<sup>29</sup>

Los resultados muestran que la totalidad del grupo en estudio no supera los \$100.000 como promedio de ingreso económico. MIDEPLAN, Encuesta CASEN (2000) concluye que para la mujer mayor la viudez y la pobreza suelen constituir rasgos que conjugan una situación de alta vulnerabilidad.<sup>1</sup>

En cuanto al cuidador corresponde en su mayoría a la hija(o) en un 62,5% y que, como en muchas ocasiones ésta cumple jornada laboral y el adulto mayor queda por largas horas solo en la casa, acudiendo a estos tipos de centros. Según Barros (1979) es la “hija mayor” quien generalmente es la cuidadora responsable del adulto mayor y quien lo invita a vivir en su casa cuando éste ya no puede vivir solo.<sup>4</sup>

Por otra parte el tipo de familia al cual pertenece el adulto mayor del grupo estudio, el 50% corresponde a familias extensas (espontáneamente responden a esta pregunta que se sienten más acompañados viviendo con sus familiares). Contrariamente a lo que postula Barros (1979) “por el hecho de vivir allegado a un grupo familiar se podría pensar que un anciano no está solo, que es atendido y considerado, y que se siente seguro. El anciano allegado está físicamente acompañado, pero se siente, en general, tan aislado como si estuviese en alguna institución o solo de hecho (SIC)”.<sup>4</sup> No obstante un 44% de adultos mayores forman familias unipersonales, en este grupo se incluyen aquellos que mantiene unión libre con personas del mismo grupo y otros que viven solos. Según Barros (1979) “el hecho de vivir independiente le permite mantener su estilo propio de vida; puede organizar su vida doméstica en forma que ya le es habitual, está rodeado de sus cosas, y cada objeto le permite recordar la historia de su vida. Se mueve con entera soltura, se reconoce en su entorno”.<sup>4</sup>

En relación al número de integrantes del grupo familiar, la mayoría está conformada por 3 o menos personas adultas, este grupo corresponde al 63%, pues están incluidas las parejas de unión libre, los que viven solos y los que viven con familiares. Estos datos se relacionan con el tamaño promedio de los hogares chilenos (3,9 personas) CASEN 2000.<sup>1</sup>

Otro aspecto fundamental es la red de apoyo con la que cuenta el adulto mayor, el 100% del grupo estudio declara a la “familia” como apoyo fundamental en caso de necesidades tanto de salud como económica. Aragoneses (1993) confirma que “el apoyo emocional es mucho más necesario cuando la persona mayor viuda y queda en soledad, y son los miembros de su familia quienes mejor pueden brindar afecto real, comprensión de la situación, compañía y apoyo incondicional”.<sup>2</sup> Y como fuente secundaria declaran a “otro” que incluye a vecinos e iglesia a la cual pertenecen, refieren que cuando están enfermos sus vecinos o personas de la iglesia los visitan y en general “les tienden una mano en momentos difíciles”.

En relación a la participación comunitaria el 87% de los adultos mayores participan en otros grupos comunitarios, es decir además de participar en los programas de CONAPRAN asisten a comunidades de sus barrios, la mayoría lo hace porque viven el mismo sector y otros porque han sido fuertemente motivados por sus compañeros, algunos de estos grupos son “Club de adultos mayores La Amistad” sector pobl. Antonio Varas, “Club de adultos mayores El Buen Pastor” sector pobl. Bernardo O’Higgins, “Club de adultos mayores Anahuac” sector Anahuac, entre otros. La mayoría asiste después de la jornada que cumplen en el centro abierto “Juan Pablo II” de CONAPRAN, y otros los días sábado en la tarde. Refieren que hacen lo mismo en todas partes, es decir compartir la “onze” celebrar fechas especiales, salir de paseo una o dos veces al año (las condiciones climáticas de nuestra ciudad no permite más) y en raras ocasiones asisten personas voluntarias a tratar temas de interés para ellos.

Los resultados muestran que el grupo estudio presenta iguales porcentajes para los “autovalente con riesgo” y los “dependientes” (37,5%), esto significa que existe un 37,5% de adultos mayores en riesgo de perder su funcionalidad, es decir aumentaría al doble el grupo de adultos mayores “dependientes” sino se aplican estrategias adecuadas. Básicamente las variables, nivel de escolaridad y MMSE son los principales indicadores con menor puntaje que determina la dependencia del adulto mayor. Y en el caso de los “autovalentes con riesgo” las variables determinantes son: presión arterial, lee el diario, revista o libro, y las dos últimas variables, de la escala de Yesavage. Por lo tanto es posible determinar a la escolaridad como un factor fundamental y determinante de la funcionalidad del adulto mayor, especialmente para el autocuidado. Influye en la posibilidad de acceso a la información, y si analizamos las variables del EFAM- Chile nos daremos cuenta que la mayoría se relaciona con el nivel de escolaridad, es decir para ser capaces de manejar el propio dinero sin ayuda, tomar los medicamentos sin ayuda, y leer la revista o el diario todos los días como es el ideal, los adultos mayores a parte de saber leer y escribir deben haber obtenido el hábito durante sus años de educación o del trabajo que realizaron, para que así mantengan la funcionalidad por más tiempo sin tener el riesgo de perderla como es la realidad de un gran número de adultos mayores de nuestro país. Resultado similar obtuvieron Belenguer y Aliaga (2000), ambos llegaron a la conclusión que a mayor nivel de autonomía funcional mayor ocupación del tiempo libre.<sup>5</sup>

En relación a las patologías más prevalentes que presenta el grupo en estudio éstas fueron autodeclaradas por los encuestados, ya que el establecimiento no cuenta con una carpeta actualizada de salud para cada adulto mayor inscrito. Como es de esperar la patología con mayor prevalencia corresponde a la Hipertensión Arterial con un 50%, sin considerar a los adultos mayores que desconocen su condición o que no han sido diagnosticados en los centros de salud al cual pertenecen. Resultado que se relaciona con los obtenidos por (MINSAL, 1995) en que la prevalencia de HTA para la población de 65 y más años es de 63,22%. Cabe destacar que de 6 adultos mayores “dependientes” 5 son hipertensos que necesitan alguna ayuda para tomar los medicamentos y además tienen baja escolaridad y MMSE alterado, por consiguiente vuelvo a reiterar la escolaridad como factor protector de estilos de vida saludables.

Con respecto a la autopercepción del estado de salud del grupo en estudio el 81% responde que es “regular”, esta variable se puede relacionar con el estado del ánimo de las personas, de 13 adultos mayores que respondieron como “regular” su estado de salud, 5 personas presentan alteración en el estado del ánimo (según escala de Yesavage). Y aquellos adultos mayores que respondieron como “excelente” su estado de salud (3) corresponden a los de menor puntaje en la valoración de la escala de Yesavage, que clasifica como normal el estado del ánimo de los adultos mayores. Por lo tanto, a mejor estado del ánimo, mejor autopercepción del estado de salud en el adulto mayor.

En otro aspecto, como es la ayuda técnica para la marcha, en el grupo en estudio el 19%, es decir (3) personas utilizan “bastón” como ayuda para el desplazamiento. Según Encuesta Calidad de Vida (2000) la prevalencia autodeclarada de patologías como la artrosis es del 19,6% en mayores de 60 años y de ambos sexos.<sup>1</sup> Según Jacobelli, 1993 “a medida que la enfermedad progresa, se produce limitación funcional debido a: la pérdida de la congruencia entre las superficies articulares, espasmos musculares, entre otros”.<sup>14</sup> Elorduy et al. (2002) indican que el deterioro de la movilidad física condiciona la vida de relación y comunicación de las personas.<sup>10</sup> No obstante durante la ejecución del programa de actividades recreativas, que veremos más adelante, estos adultos mayores no recordaron tal limitación física durante las clases de gimnasia realizadas especialmente para ellos, pues no usaron bastón ni tampoco refirieron dolor, y lo más destacable es que fueron constantes en la actividad física.

En relación a la variable, actividad recreativa actual del grupo en estudio, el 37,5% realiza actividad preferentemente receptiva como es ver televisión, sin embargo esto no es novedad, porque como bien se sabe la televisión es una actividad elegida por la mayoría de los tramos de edad, es decir que tanto los niños como los adultos mayores la eligen como favorita, teniendo como repercusión los altos índices de sedentarismo y obesidad en nuestro país. Llama la atención que sólo reportan 4 actividades en las cuales habría algún grado de actividad, tales como mental, de comprensión, concentración y habilidad física. Barros (1979) indica que “los sentimientos que genera esta falta de actividad en los ancianos se traduce en un fuerte sentimiento de inutilidad, de no tener nada que hacer consigo mismo ni con su tiempo”.<sup>4</sup> Para investigar esto nos introduciremos en el tiempo libre del adulto mayor para descubrir en que puede ocupar su tiempo libre y no sentir aburrimiento ni falta de ánimo.

Al aplicar la escala de depresión geriátrica de Yesavage durante el mes de noviembre 2005, arroja un resultado de 62,5% de adultos mayores normales en el estado de ánimo (10) y un 37,5% de depresión leve (6), sin registrarse depresión severa según escala de Yesavage. En forma simultánea se aplicó la pauta de preferencia de grupo para las actividades recreativas, de las cuales la gimnasia fue elegida por un 93% de los adultos mayores, tanto hombres como mujeres. Al respecto la Dirección General de Deportes y Recreación (1998) considera que “la práctica física del adulto mayor no termina en la actividad misma, sino que aún teniendo sentido en sí, por los diversos factores de disponibilidad corporal que se mantienen o desarrollan hasta donde a cada cual le es disponible”.<sup>23</sup> Como era de esperar el 50% de las mujeres además de la gimnasia escogieron la pintura en género como actividad para realizar durante el periodo que comprendía 30 días.

Al concluir las actividades de gimnasia y pintura en género y aplicar nuevamente la escala de depresión geriátrica, denominado esta etapa de la investigación por la autora como “después”, se registró una mejoría de 12,5 puntos porcentuales, es decir los adultos mayores clasificados con depresión leve corresponde a un 25%. Cabe destacar que algunos adultos mayores nunca habían realizado actividades de pintura en género o gimnasia. Barros (1979) explica que “la tendencia del anciano es la inactividad, su nivel de actividad depende, en gran parte, del estímulo que reciba para realizarla”.<sup>4</sup>

## 11. CONCLUSIONES.

Como conclusión, y según como se desprende de los resultados obtenidos en este estudio, se observan cambios en el estado de ánimo con la incorporación de actividades recreativas para el adulto mayor. Resultados que concuerdan con la investigación de Marín (2004) en que el grupo estudio obtuvo una mejoría de un 86%.<sup>15</sup> Al inicio del estudio existían 6 adultos mayores con depresión leve, según escala de Yesavage, y al finalizar el programa de actividades para el tiempo libre, los adultos mayores con depresión leve fueron 4. Esto refleja que si se mantiene a los adultos mayores con actividades recreativas programadas de acuerdo a sus intereses y con una motivación continua por los monitores o personas a cargo del cuidado de ellos y aquellos casos de depresión leve fueran diagnosticados y tratados en forma oportuna por un médico especialista, se mejoraría sin lugar a dudas, la calidad de vida de los adultos mayores.

La intervención de enfermería fue realizada de acuerdo a las actividades de interés del grupo estudio una vez aplicada la Pauta de Preferencia Grupal tomada de la Vicerrectoría Académica PUC, a cada uno de ellos, con el fin de utilizar el tiempo libre y evaluar las repercusiones en el estado de ánimo de los adultos mayores, se realizaron las actividades que obtuvieron el mayor puntaje, sin embargo esta pauta ofrece pocas actividades de interés para los varones, varios de ellos mencionaron espontáneamente preferencias por la carpintería.

En relación a la participación comunitaria el 87% de los adultos mayores participan en otros grupos comunitarios. Con este amplio índice de participación comunitaria se hace necesario la creación de espacios recreativos para el adulto mayor, así como en un momento se pensó en los adolescentes, es hora de pensar en los adultos mayores para su total integración a la comunidad, brindarles oportunidades que les permitan satisfacer sus necesidades de filiación y pertenencia, así como de realización personal, en términos de lograr concretar sus aspiraciones más sentidas.

Para contribuir a tan anhelada integración social propongo la capacitación permanente de las personas o monitores que trabajan con adultos mayores, ya sea en Residencias de larga estadía o Centros abiertos, así como también aquellos adultos mayores que demuestren capacidad de liderazgo y animación de grupos humanos, entregándoles los elementos necesarios en relación a técnicas recreacionales, de comunicación y dinámicas grupales.

Así como la participación es importante, más lo es que la comunidad esté en conocimiento de los lugares que existen y donde están ubicados, por lo que propongo en futuras investigaciones realizar un catastro de los establecimientos existentes en la ciudad de Puerto Montt con el fin de que sea público a todos los centros de salud (públicos y privados), juntas de vecinos, establecimientos educacionales, lugares de pago de pensiones (INP), entre otros.

Los adultos mayores son unos de los sectores más afectados por la marginación, la falta de participación y por la inexistencia de posibilidades de recreación y espacios de encuentro. Por lo tanto integrar a estos grupos sociales al proceso de desarrollo, constituye una condición para el éxito del modelo de crecimiento por el que ha optado nuestro país.

El desafío para enfermería en estos tiempos, se traduce en contribuir a mejorar la calidad de vida de los seres humanos, y junto al envejecimiento de la población nos trae nuevos desafíos a la disciplina, tal es la enfermería Geriátrica – Gerontológica. En este sentido será esencial aprender a envejecer, romper los mitos y prejuicios que el estado de vejez implica en la sociedad actual, para de esta manera poder llevar a cabo efectivamente la tarea de integración, considerándolos como actores sociales relevantes y no como meros espectadores.

Con mi motivación y especial interés en este grupo etéreo, realizo este estudio con el propósito de difundir programas de fomento y promoción de actividades recreativas respetando los intereses y deseos de los Adultos Mayores, ya que ellos merecen una atención especializada a los años vividos en plenitud.

## 12. BIBLIOGRAFÍA.

1. ALBALA, C, coord. s.f. *Perfil del adulto mayor en Chile: desarrollando repuestas integradas de sistemas de cuidado de salud para una población de rápido envejecimiento (INTRA)*. Santiago, OPS/OMS. 125p.
2. ARAGONESES, J. ; P. MARIN, ed. 1993. *La familia y el adulto mayor*. En: Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; enfoque interdisciplinario. 1993. Santiago, Vicerrectoría Académica PUC.
3. ARINOVICHE, R. 1990. *Afecciones reumáticas en el anciano*. En: Curso Actualizaciones en geriatría. 1990. Santiago, Sandoz. Pp 85-95.
4. BARROS, C. 1979. *La vejez Marginada (situación del anciano en Chile)*. PUC. 74p.
5. BELENGUER, M.V. ; F. ALIAGA. 2000. *Relación entre el grado de autonomía funcional y la ocupación del tiempo libre en personas mayores incluidas en el programa de atención domiciliaria*. Rev. Rol. 23(3): 231-234. (Disponible en: <http://www.uv.es/~aliaga/curriculum/TiempoLibre.htm>. Consultado el: 03 de julio de 2006).
6. CAVANAGH, S. 1993. *Modelo de Orem; aplicación práctica*. Barcelona, Masson. 167p.
7. DOMINGUEZ, O. 1982. *La vejez, nueva edad social*. Santiago, Andrés Bello. 86p.
8. DUMAZEDIER, J. 1968. *Hacia una civilización del ocio*. Barcelona, Estela. (Original no consultado, citado por: MORAGAS, R. 1998. Gerontología Social; envejecimiento y calidad de vida. 2 ed. Barcelona, Herder. 340p).
9. DURANTE, P. ; P. PEDRO. 2002. *Terapia Ocupacional en geriatría; principios y práctica*. 2 ed. Madrid, Masson. 392p.



10. ELORDY, T. ; P. PEDRO. 2002. *Movilidad y sedestación*. En: DURANTE, P. ; P. PEDRO. 2002. *Terapia Ocupacional en geriatría; principios y práctica*. 2 ed. Madrid, Masson. 392p.
11. ESCOBAR, M. ; P. MARÍN, ed. 1993. *Situación de Chile*. En: Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; enfoque interdisciplinario. 1993 Santiago, Vicerrectoría Académica PUC.
12. HOYL, T.; E. VALENZUELA; P. MARIN. 2000 *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*. Rev. méd. Chile. 128(11): 1119-1204. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9887200001100003&/ng=es&nrm=iso>.ISSN\\_0034-9887](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200001100003&/ng=es&nrm=iso>.ISSN_0034-9887). Consultado el: 5 de julio de 2006).
13. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. INE. 2002. *Censo de población y vivienda. Chile*. (Disponible en: <http://www.censo2002.cl> Consultado el: 5 de junio de 2006).
14. JACOBELLI, S. ; P. MARÍN, ed. 1993. *Modificación del aparato osteoarticular*. En: Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; enfoque interdisciplinario. 1993 Santiago, Vicerrectoría Académica PUC.
15. MARIN, P. ; M. CARRASCO; M. CABEZAS et al. 2004. *Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos*. Rev. méd. Chile. 132(5): 572-678. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000500006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500006&lng=es&nrm=iso). ISSN 0034-9887. Consultado el: 19 de junio de 2006).
16. MIDEPLAN. s.f. *Política Nacional sobre envejecimiento y vejez; lineamientos básicos*. Santiago. 39p.
17. MORAGAS, R. 1998. *Gerontología Social; envejecimiento y calidad de vida*. 2 ed. Barcelona, Herder. 340p.

18. OMS-PAHO. 2003. *Desarrollando Respuestas Integrales de Sistemas de Cuidado de Salud para una Población en Envejecimiento Rápido*. Estudio de Atención Primaria en Salud. Chile. 38p.
19. ONU. 2002. *Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento*. Madrid. (Disponible en: <http://www.un.or/spanish/envejecimiento/documents.htm> Consultado el: 30 de junio de 2006).
20. OPS/OMS. 2002. *Guía Clínica para la Atención Primaria a las personas adultas Mayores*. Pp226.
21. OREM, D. 1993. *Modelo de Orem; conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona, Masson. 432p.
22. OSPINA, G. 2001. *La recreación como estrategia de desarrollo para los adultos mayores*. Colombia. (Disponible en: <http://www.redcreacion.org/simposio2vg/Gospina.htm> Consultado el: 20 de octubre de 2005).
23. RODRIGUEZ, M.A. 1998. *Recreación en el adulto mayor*. Santiago, DIGEDER. 79p.
24. RODRIGUEZ, N. 2001. *Grado de Satisfacción con el uso del tiempo libre y actitudes hacia la jubilación*. (Disponible en: <http://www.salvador.edu.ar/psic/ua1-9pub02-8-01-htm> Consultado el: 5 de julio de 2006).
25. SALLES, A. ; V. RIBEROS. 2003. *Envejecer; una reflexión de la terapia ocupacional sobre el tiempo libre del anciano jubilado de sexo masculino no institucionado*. Trad. por Daniel Calderón. Rev. chilena de Terapia Ocupacional 2003(3). (Disponible en: [http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/to\\_completa/0,1371,SCID%253D6146%253D290,00.html](http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/to_completa/0,1371,SCID%253D6146%253D290,00.html) Consultado el: 20 de octubre de 2005).
26. VEGA, T.; A. VILLALOBOS. 1997. *Manual de autocuidado del adulto mayor*. MINSAL. 132P.

27. VERGARA, F. 1990. *Neuropsiquiatría del envejecimiento*. En: Curso Actualizaciones en geriatría. 1990. Santiago, Sandoz. Pp 20-23.
  
28. ZARATE, H. 1990. *Hipertensión arterial en el adulto mayor*. En: Curso de actualizaciones en geriatría. 1990. Santiago, Sandoz. Pp 110-117.
  
29. ZEGERS, B. ; P. MARIN, ed. 1993. *Rendimiento y capacidad intelectual*. En: Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; enfoque interdisciplinario. 1993 Santiago, Vicerrectoría Académica PUC.

## **13. ANEXOS.**

Anexo N° 1

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**Proyecto:** “Intervención de Enfermería en el Uso del Tiempo Libre en un grupo de Adultos Mayores”.

- Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza la estudiante de la carrera de Enfermería con el objeto de Fomentar la utilización de las habilidades del tiempo libre en actividades organizadas y adaptadas para su desarrollo, en los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto “Juan Pablo II”.
- Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en responder a una encuesta y participar de actividades de mi interés, tengo plena conciencia de que puedo preguntar todas las dudas que se me presenten y que puedo negarme a responder las preguntas que no desee contestar.
- Yo entiendo que no implica riesgo para mi persona el participar de este estudio y el responder a esta encuesta.
- Los resultados de este estudio son confidenciales.
- Si tengo alguna duda o consulta puedo dirigirme a la Srta. Macarena Burboa Camino, estudiante de 5° año de Enfermería. Fono: 65 – 25 02 43.

Yo: .....  
Nombres Apellidos.

Dirección: .....  
Calle / Avenida N° Ciudad.

Firma: ..... Fecha: .....

Datos de persona que realiza el estudio:

Nombre: Macarena Burboa Camino.

Profesión: estudiante de 5 año de la carrera de Enfermería.

Firma: ..... Fecha: .....

**Anexo N° 2****INSTRUMENTO N° 1**

- 1) Edad:** 65 a 69 \_\_\_\_\_ 70 a 74 \_\_\_\_\_ 75 a 79 \_\_\_\_\_ 80 a 84 \_\_\_\_\_  
85 a 89 \_\_\_\_\_ 90 y más \_\_\_\_\_
- 2) Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
- 3) Estado civil:** Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_  
Conviviente \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_
- 4) Nivel de escolaridad:** 0-1 \_\_\_\_\_ 2 - 3 \_\_\_\_\_ 4 -5 \_\_\_\_\_  
6 - 8 \_\_\_\_\_ 9 - 10 \_\_\_\_\_ 11- 12 \_\_\_\_\_ 13 ó más \_\_\_\_\_
- 5) Beneficio de pensión:** Pensión Asistencial de Vejez \_\_\_\_\_ Pensión de Viudez \_\_\_\_\_  
Pensión de Vejez \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Sin ingreso \_\_\_\_\_
- 6) Cuidador:** Esposa(o) \_\_\_\_\_ Hija(o) \_\_\_\_\_ Nuera \_\_\_\_\_ Yerno \_\_\_\_\_  
Nieta(o) \_\_\_\_\_ Sobrina(o) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de familia de origen:** Extensa \_\_\_\_\_ Nuclear \_\_\_\_\_ Unipersonal \_\_\_\_\_
- 8) N° integrante familiar:** 1 - 3 \_\_\_\_\_ 4 - 6 \_\_\_\_\_ 7 ó más \_\_\_\_\_
- 9) Red de apoyo:** Familia \_\_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_
- 10) Patología crónica:** HTA \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ LCFA \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Artrosis \_\_\_\_\_
- 11) Percepción de salud:** Excelente \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_
- 12) Apoyo técnico de marcha:** Bastones \_\_\_\_\_ Muletas \_\_\_\_\_ Andador \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_
- 13) Grupo Comunitario:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Evaluación Funcional del Adulto Mayor.  
EFAM – CHILE**

**INTRODUCCIÓN**

Al iniciar la aplicación de este instrumento de *screening* es recomendable advertir a la persona mayor que se realizarán una serie de preguntas para conocer su estado de salud.

**PARTE A  
Discriminación entre Autovalentes y Dependientes.**

	ITEM	PUNTAJE
1. ¿Puede bañarse o ducharse?	<b>1 PUEDE BAÑARSE O DUCHARSE</b>	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
2. ¿Es Ud. capaz de manejar su propio dinero?	<b>2 ES CAPAZ DE MANEJAR SU PROPIO DINERO</b>	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
3. ¿Puede Ud. tomar sus medicamentos?	<b>3 PUEDE UD. TOMAR SUS MEDICAMENTOS</b>	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
4. ¿Prepara Ud. su comida? Sin ayuda incluye la planificación, compra y elaboración. Con ayuda, en alguna de las etapas del proceso.	<b>4 PREPERACION DE LA COMIDA</b>	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?	<b>5 PUEDE HACER LAS TAREAS DE LA CASA</b>	
	Incapaz	0
	Lo hace con alguna ayuda	3
	Lo hace sin ayuda	6

6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha.

7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos.

8. De pie, con los brazos extendidos sobre su cabeza, tome un objeto.

9. En posición de pie, encúcllese, tome el objeto desde el suelo y levántese.

	ITEM	PUNTAJE
<b>6</b>	<b>MMSE</b>	
	< 13	0
	13 a 14	3
	15 a 17	4
	18 a 19	6
<b>7</b>	<b>AÑOS DE ESCOLARIDAD</b>	
	0 a 1	0
	2 a 3	1
	4 a 5	2
	6 a 8	3
	9 a 10	4
	11 a 12	5
	13 ó más	6
<b>8</b>	<b>CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS AL MÁXIMO POSIBLE SOBRE LOS HOMBROS, TOMAR CON AMBAS MANOS UN OBJETO</b>	
	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
	Lo logra sin dificultad con una mano	4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
<b>9</b>	<b>EN POSICIÓN DE PIE, ENCUCÍLLESE, TOMA EL OBJETO DESDE EL SUELO Y LEVÁNTESE.</b>	
	Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra	0
	Se encucilla bien, pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4
	Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6

#### Clasificación del puntaje.

Si suma puntaje  $\leq 42$  = persona dependiente

**Si la persona obtuvo un puntaje igual o menor a 42 no aplique parte B**

Si suma puntaje  $> 43$  = persona autovalente



**Aplicar parte B a la persona con puntaje de autovalente para determinar condición de riesgo**

**PARTE B**  
**Discrimina entre Autovalentes con y sin riesgo**

	ITEM	PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Tratamiento incluye: indicación médica farmacológica y no farmacológica.	<b>1 PRESION ARTERIAL</b>	
	PA normal sin antecedentes HTA	13
	PA normal con diagnóstico previo en control y tratamiento	13
	PA normal con diagnóstico previo, sin control pero con tratamiento.	9
	PA normal con diagnóstico previo, con o sin control y sin tratamiento.	6
	PA elevada, sin antecedentes de HTA	3
	PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin tratamiento	0
2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de Diabetes? Tratamiento incluye: indicación médica farmacológica y no farmacológica.	<b>2 DIABETES</b>	
	Sin Diabetes	13
	Diagnosticada, en control y con tratamiento	6
	Diagnosticada, sin control o sin tratamiento	3
3. ¿Lee Ud. diario, revista o libro?	<b>3 LEE DIARIO, REVISTA O LIBRO</b>	
	Casi nunca o nunca	0
	De vez en cuando	2
	Una vez por semana	5
	2 ó 3 veces por semana	7
4. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente en columna derecha.		9
	<b>4 MMSE</b>	
	13 a 14	5
	15 a 18	7
5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido o que nada logra animarlo?		9
	<b>5 EN EL ÚLTIMO MES SE HA SENTIDO DEPRIMIDO</b>	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
6. ¿En el último mes se ha sentido Ud. muy nervioso o angustiado?		7
		9
	<b>6 EN EL ÚLTIMO MES SE HA SENTIDO NERVIOSO O ANGUSTIADO</b>	
	Casi todo el tiempo	0
	2	
	7	
	9	

**Clasificación del puntaje**

Si suma puntaje > 46 = persona autovalente

Si suma puntaje < 45 = persona autovalente con riesgo

PUNTAJE

**TOTAL A:**

Si suma puntaje  $\leq 42$  = persona dependiente

Si suma puntaje  $\geq 43$  = persona autovalente

**TOTAL B:**

Si suma puntaje  $\geq 46$  = persona autovalente

Si suma puntaje  $\leq 45$  = persona autovalente con riesgo

A QUIENES SE APLICA

A toda persona > de 60 años.

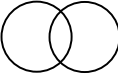
FRECUENCIA

Una vez al año.

CUANDO SE APLICA

En controles de Salud de Ingreso y Seguimiento.

## Minimental Abreviado

<p><b>1. Por favor dígame la fecha de hoy.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     Sondee el mes, día del mes, año y día de la semana.                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Anote un punto por cada respuesta correcta.                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">Bien</th> <th style="width: 15%;">Mal</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td>total <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Bien	Mal		Mes				Día mes				Año				Día semana			total <input style="width: 30px;" type="text"/>					
	Bien	Mal																								
Mes																										
Día mes																										
Año																										
Día semana			total <input style="width: 30px;" type="text"/>																							
<p><b>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar Más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">correcta</th> <th style="width: 15%;">no sabe</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Árbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>total <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">N° de repeticiones.....</p>		correcta	no sabe		Árbol				Mesa				Avión							total <input style="width: 30px;" type="text"/>					
	correcta	no sabe																								
Árbol																										
Mesa																										
Avión																										
			total <input style="width: 30px;" type="text"/>																							
<p><b>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para delante:</b> <b>1 3 5 7 9</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 10%;">Respuesta entrevistado</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respuesta correcta</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td>total <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta entrevistado							Respuesta correcta						total <input style="width: 30px;" type="text"/>											
Respuesta entrevistado																										
Respuesta correcta						total <input style="width: 30px;" type="text"/>																				
<p><b>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 10%;">Toma papel con mano derecha</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ninguna acción</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>total <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Toma papel con mano derecha			Dobla por la mitad con ambas manos			Coloca sobre las piernas			Ninguna acción					total <input style="width: 30px;" type="text"/>										
Toma papel con mano derecha																										
Dobla por la mitad con ambas manos																										
Coloca sobre las piernas																										
Ninguna acción																										
		total <input style="width: 30px;" type="text"/>																								
<p><b>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">correcto</th> <th style="width: 15%;">incorrecto</th> <th style="width: 10%;">n/r</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Árbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>total <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		correcto	incorrecto	n/r		Árbol					Mesa					Avión									total <input style="width: 30px;" type="text"/>
	correcto	incorrecto	n/r																							
Árbol																										
Mesa																										
Avión																										
				total <input style="width: 30px;" type="text"/>																						
<p><b>6. Por favor copie este dibujo:</b> Muestre al entrevistado el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">correcto</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">incorrecto</th> <th style="width: 10%;">n/r</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>total <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	correcto		incorrecto	n/r											total <input style="width: 30px;" type="text"/>										
correcto		incorrecto	n/r																							
				total <input style="width: 30px;" type="text"/>																						
<p><b>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</b></p>	<p>Suma Total = El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos. <b>Normal = ≥ 14    Alterado = ≤ 13</b></p>																									

**Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15-GDS).**

La escala tiene un formato si - no, las respuestas sugerentes de depresión están señaladas con un asterisco.

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	<b>SI</b>	<b>NO*</b>
2. ¿Se aburre con frecuencia?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
3. ¿Se siente inútil frecuentemente?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
6. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
7. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	<b>SI</b>	<b>NO*</b>
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<b>SI</b>	<b>NO*</b>
10. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
11. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	<b>SI</b>	<b>NO*</b>
13. ¿Se siente lleno de energía?	<b>SI</b>	<b>NO*</b>
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	<b>SI*</b>	<b>NO</b>

**Anexo N° 5****INSTRUMENTO N° 4****Pauta de Preferencia de Grupo**

Objetivo: Conocer el grado de interés por determinadas actividades.

Recomendación: Adapte la pauta indicando sólo las actividades que tiene alguna factibilidad de realizar, de acuerdo a los recursos humanos y materiales que dispone.

ACTIVIDAD	MUY INTERESADO	POCO INTERESADO	SIN INTERÉS
<b>Actividades manuales</b> Artesanía Pintura			
<b>Actividades musicales</b> Oír música Formar un coro			
<b>Actividades físicas</b> Bailes folklóricos Bailes tradicionales Gimnasia Piscina			
<b>Actividades al aire libre</b> Caminatas Paseos Jardinería			
<b>Actividades sociales</b> Juegos de salón Juegos de grupo Convivencias			
<b>Actividades espirituales</b> Grupo de oración Lecturas bíblicas			
<b>Actividades culturales</b> Lectura Curso de.....			

## **Anexo N° 6.**

### **Programa de intervención de enfermería Abril 2006.**

#### **Descripción:**

La ocupación del tiempo libre produce, en cualquier individuo y a cualquiera edad, beneficios para el correcto funcionamiento del cuerpo y de la mente; oportunidad para seguir aprendiendo, mantenido el interés y la curiosidad por lo que nos rodea.

La siguiente planificación tiene como propósito diseñar un programa de recreación para adultos mayores que asisten al Centro Abierto Juan Pablo II incluyendo las demandas e intereses del grupo.

#### **Objetivo:**

- Fomentar la utilización de las habilidades durante el tiempo libre en actividades manuales y físicas organizadas y adaptadas para su desarrollo, en los Adultos Mayores que asisten al Centro Abierto “Juan Pablo II”.

#### **Lugar:**

Comedor y sala de estar del “Centro Abierto Juan Pablo II”.

#### **Duración:**

03 al 28 de Abril 2006.

#### **Horario:**

Actividades manuales: Miércoles y Viernes 10:00 – 12:00 hrs.  
Actividades físicas: Martes y Jueves 14:30 – 15:30 hrs.

#### **Responsable:**

Srta. Macarena Burboa (autora de la investigación)

#### **Colaboradoras:**

Sra. Juana Figueroa (monitora voluntaria Parroquia María Reina y Madre)  
Srta. Ximena Silva (monitora voluntaria INP)

**Materiales:**

Instalaciones: comedor, sala de estar y vestuario.

Equipo: minicomponente de música.

**Implementos:**

-Actividades manuales: Retazos de género  
Papel de mantequilla  
Papel calco  
Pinceles de espátula plana  
Frasco pintura de género  
Lápiz grafito

-Actividades físicas: Sillas  
Balones  
Mancuernas (botella de ½ litro c/arena)

**Contenido:****Actividades manuales:**

Taller de pintura en género.

**Actividades físicas:**

Taller de gimnasia y baile entretenido.