



Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**“COMPARACION DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE
ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A UN GRUPO
ORGANIZADO Y ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN
EN EL CONSULTORIO DR. PEDRO JAUREGUI DE OSORNO;
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2005”**

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

**INGRID JEANNETTE HIDALGO CARRILLO
VALDIVIA- CHILE
2006**

Profesor patrocinante

Nombre : Adela Sanguinetti V.
Profesión : Enfermera docente.
Grado : Especialista en Enfermería oftalmológica.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores informantes

1) Nombre : Ana Luisa Cisternas M.
Profesión : Enfermera docente.
Grado : Magíster en gerontología y geriatría.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

2) Nombre : Maite Alberdi L.
Profesión : Enfermera Matrona.
Grado : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y comunitaria.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

“CUANDO UNA PERSONA DESEA REALMENTE ALGO, EL UNIVERSO ENTERO CONSPIRA PARA QUE PUEDA REALIZAR SU SUEÑO. BASTA CON APRENDER A ESCUCHAR LOS DICTADOS DEL CORAZON Y A DESCIFRAR UN LENGUAJE QUE ESTA MAS AYA DE LAS PALABRAS, EL QUE MUESTRA AQUELLO QUE LOS OJOS NO PUEDEN VER.”

PAULO COELHO

Gracias dios por darme un espacio en la vida, para poder cumplir con mi vocación apoyando a quien más lo necesite.

A la familia que un día fuimos, por los valores inculcados, la entrega, el amor y la perseverancia que siempre me enseñaron debía estar presente en vida fuese cual fuese las dificultades que encontrara en mi camino.

A mi madre por ayudarme a cumplir nuestro sueño compartido, que tanto nos costo construir y conseguir.

A mis hermanitas, por su entusiasmo y alegría de verme triunfar, también a mis seres mas queridos, mamita blanca, tíos y primos; por alentarme a lograr mis metas.

Quiero agradecer en forma especial a quienes ya no esta conmigo, a mi papito Atilio, abuelita y tía Nora, que desde el cielo me acompañan día a día.

A ti Edgardo por estar conmigo y apoyarme incondicionalmente.

A mis profesores que guiaron mi aprendizaje para poder conseguir perfeccionarme en esto que es mi vocación.

Y por ultimo a mi casa de estudios la universidad austral de chile por aceptarme en sus aulas y cobijarme durante todos estos años.

A todos ustedes mil gracias.

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

1- INTRODUCCION	1
2- MARCO TEORICO	5
3- OBJETIVOS	29
4- MATERIAL Y METODO	30
5- RESULTADOS	39
6- DISCUSION	61
7- CONCLUSIONES	67
8- BIBLIOGRAFIA	71
9- ANEXOS	72

RESUMEN

En Chile, como en otros países del mundo, los adultos mayores se ven enfrentados a una atención de difícil acceso. Por su condición de salud, ellos requieren de atención integral, es decir, de modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”, que respondan a sus necesidades biosicosociales. Los modelos deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y sociedad. Desde esta perspectiva, la labor de enfermería en las áreas de promoción, prevención y educación para el autocuidado son de fundamental importancia. Este estudio es un aporte a ello que pretende:

Valorar y comparar la calidad de vida entre adultos mayores que forman parte de un grupo y los que no, para establecer la influencia de factores tales como: características sociodemográficas, nivel socioeconómico, pertenencia a grupo y presencia de patologías crónicas.

Para esto, se encuestó el grupo folclórico CARITAS, formado desde hace 10 años y un grupo de adultos mayores que se atienden en el consultorio Dr. Pedro Jáuregui que no forman parte de algún grupo, de la ciudad de Osorno. Ambas poblaciones constan de 25 personas, las personas del grupo no organizado de adultos mayores se seleccionaron de acuerdo a las características dadas por el grupo organizado, en donde sus edades fluctúan entre 60 y más años, de ambos sexos. Los datos se obtuvieron por medio de tres cuestionarios: a) antecedentes sociodemográficos, b) test de Coop Wonca y c) encuesta socioeconómica elaborada por el INTA.

Esta investigación arrojó los siguientes resultados: para el grupo organizado, en su mayoría son viejos jóvenes (60 a 74 años) a diferencia del grupo no organizado que prácticamente tiene la misma cantidad de personas por grupo etáreo, en mayor proporción de sexo femenino para ambos grupos; con algún grado de preparación escolar, en el grupo organizado en su mayoría sin pareja a diferencia del grupo no organizado; con nivel socioeconómico medio mayoritariamente para ambos grupos, pasivos laboralmente.

En relación a la calidad de vida, el grupo organizado, presenta mejor calidad de vida que el grupo no organizado, la cual va desde muy buena a regular, en cambio, para las personas que no pertenecen a grupo, la calidad de vida va desde buena a mala. Los factores que se consideran influyentes para la calidad de vida es la presencia de patologías crónicas, tipo de actividad económica y por sobre todo la pertenencia a grupos.

SUMMARY

In Chile, as in many other countries, elderly people constantly struggle with health care access difficulties. Indeed, due to their health conditions, they require integrated health care, in other words, health care models mainly focus on “prevention” rather than “cure”, which could meet their biopsychosocial needs. These models must be designed to maintain health; control risk factors; and promote elderly people`s autonomy, functional independence and their social and family integration. Bearing this in mind, the work of nursing in promotion, prevention and education areas related to selfcare is vital.

This study is a contribution to these new health care models and aims to establish the influence of some factors as: sociodemographic characteristics, socioeconomic level, group membership and presence of chronic pathologies in elderly people who belongs to a group and those who do not to estimate and compare their quality of life.

To do so, the folk group *CARITAS*, formed ten years ago, and a group of elderly people, belonging to no group, seen at the Dr. Pedro Jáuregui office treatment were polled, both samples from Osorno. These two groups consisted of 25 people, males and females aged from 60 years old and over; the individuals of the non-organized sample were selected according to the organized sample`s characteristics. The data for this report was gathered through three questionnaires: a) sociodemographic background, b) COOP/WONCA charts, and c) socioeconomic survey made by INTA (*National Institute for Agricultural Technology*).

The results of this study were as follows: the organized group was mainly formed by young elderly people (60 to 74 years old) in contrast to the non-organized group which had the same amount of people by age bracket, with higher female presence in both groups; also some kind of higher school instruction in the organized group, most of them coupleless, was identified compared to the non-organized group; besides this, most of the interviewees belonged to medium socioeconomic level and to the non-working population.

Concerning their quality of life, it can be stated that the organized group had a better quality of life, from high to moderate, in relation to the non-organized group, from good to fair. The factors considered more influential in the Interviewees quality of life were the presence of chronic pathologies, type of economic activity and the most important group membership.

1. INTRODUCCION

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de la vida. Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor.

Cada día hay más personas con posibilidad de vivir un mayor número de años acompañados de enfermedad crónica o discapacidad, predisponiendo a una mayor posibilidad de limitación funcional y utilización de servicios sociales de salud. El desafío es lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta aspectos demográficos y epidemiológicos de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas, urbano-rurales y regionales.

Sobre la base de lo anterior, como Enfermería debemos entregar una atención integral que abarque los aspectos biosicosociales del adulto mayor, en el entendido de que el buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía. Se requiere hacer hincapié en la realización de ejercicios, adecuada nutrición y la estimulación de la función cognitiva, en conjunto con una participación regular en actividades sociales y productivas a fin de reducir el aislamiento, factor de riesgo que afecta negativamente a la salud de las personas mayores. De este modo se lograría mantener la capacidad funcional, ya que esta constituye el mejor indicador de bienestar y valor predictivo de discapacidad y muerte prematura.

En nuestro país, la última evaluación cuantitativa de la población de Adultos Mayores, la entrega el CENSO, efectuado en el año 2002, la cifra entregada es de 1.717.478 personas mayores de 60 años, lo que constituye el 11.4% de la población total del país. Su distribución por sexos es de 959.429 mujeres y 758.049 hombres. “En cuanto a su ubicación geográfica, ésta no es homogénea, encontrándose entre las más envejecidas las regiones IV, V, VII y IX.

La preocupación por los Adultos Mayores tiene larga trayectoria en Chile. La Ancianidad desvalida era atendida en establecimientos dependientes de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, a través de las juntas de Beneficencia. En 1927, existían 9 Hospicios y 2 Asilos de Ancianos. Asimismo, la acción de distintas Iglesias y de otras instancias de iniciativa privada, atendían a sectores de la población de adultos mayores de escasos recursos, en Asilos de Ancianos.

A mediados de los años setenta se destaca la labor emprendida por el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad, el CONAPRAN, CARITA CHILE, el Hogar de Cristo, entre otras numerosas entidades preocupadas de atender a la población de adultos mayores, con problemas de subsistencia. Surgen, además, hogares de ancianos de carácter privado, llamados Casas de Reposo, que ofrecen servicios para el cuidado de ancianos.

En la década de los ochenta, ya se empieza a observar en Chile, que las personas que han llegado al fin de su edad laboral tienden a mantenerse activas. Con expectativas reales de mayor disponibilidad de tiempo, buscan realizar labores distintas a sus tareas anteriores, tener la opción de emprender nuevos estudios o bien, como el ejemplo más simple, las “dueñas de casa” no delegan su autoridad y continúan asumiendo responsabilidades.

Con el propósito de elaborar una política más específica, se creó en Enero de 1995, la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, presidida por la señora Marta Larraechea de Frei. Esta Comisión funciona en base a subcomisiones.

También, en cada Unidad Vecinal, los Adultos Mayores se han organizado, mayoritariamente en Clubes, los que reciben gran apoyo del Programa para el Adulto Mayor, pero dejando abierta la opción a la iniciativa de los propios beneficiados.

En forma paralela a este desarrollo comunitario existen grupos, de carácter privado, que realizan actividades en beneficio de los mayores y que se encuentran del mismo modo vinculados al Programa para el Adulto Mayor. Esta preocupación y actividad en torno a este grupo étéreo, responde al planteamiento asumido por nuestras autoridades públicas y privadas, de que el Hombre es un Ser Social y como tal, su vida se encuentra vinculada esencialmente a la sociedad. La soledad lo paraliza.

La investigación en enfermería en Chile ha sido considerada más un lujo que una necesidad, tanto en las escuelas de enfermería como en las instituciones de salud. A pesar de ello, se observa en los últimos 5 años un aumento gradual y constante de investigaciones en esta área, que coincide con el incremento de enfermeras con grados académicos de Magíster y de Doctorado (3 y 0,1% del total de enfermeras que ejercen en Chile, respectivamente).

En el área del adulto mayor, según un reciente estudio realizado en Chile (2005), se pudo constatar que en nuestro país la enfermería geronto-geriátrica está claramente identificada como área de investigación. Esto queda claro al revisar las tesis realizadas por alumnos de pregrado y postítulo en los últimos 5 años.

Las escuelas de enfermería buscan diversas estrategias para fortalecer en sus mallas curriculares la enseñanza de la enfermería geronto-geriátrica. Actualmente, son tres las universidades que cuentan con programas de postítulo en esta área, entregando el título de especialista en enfermería geronto-geriátrica: Universidad de Chile, Universidad de Concepción y Pontificia Universidad Católica de Chile. Hasta la fecha, son 11 las enfermeras especialistas egresadas de estos programas, quienes han asumido un liderazgo en programas ministeriales, consultorios, servicios de geriatría, en escuelas de enfermería, casas de reposo y servicios privados de atención domiciliaria. (Seminario “tesis adulto mayor” USACH, 2005)

Por lo anteriormente descrito, se evidencia claramente la carencia, tanto en prestaciones para este grupo etéreo, que entreguen una atención integral como especializada, que aporte en el mejoramiento de la calidad de vida. Por eso se hace necesario métodos de trabajo eficientes que sean compatibles con los requerimientos propios del área geronto-geriátrica.

Por lo demás, es de interés demostrar que al satisfacer los estados de necesidad psicosociales, mejora la calidad de vida del adulto mayor, aunque presenten limitaciones biológicas propias de su condición de ancianidad. Ya que la calidad de vida va directamente proporcional a la satisfacción de necesidades. Por esto, es importante demostrar que el sentido de pertenencia, el compañerismo, el ser aceptado como miembro activo de un grupo, mejora la calidad de vida, ya que la vejez es tomada como una etapa de debilidad, que son ideas propias de nuestra cultura, por ello los adultos mayores las hacen suyas y aceptan esto como propio, aunque internamente muchos de ellos, por no decir todos, aún se sienten con energías y ganas de tener reconocimientos, responsabilidades y por sobre todo se sienten parte de la vida.

Además, es de mi interés personal el tema de los adultos mayores, debido entre otras cosas a la facilidad para relacionarme con personas de este grupo etéreo, que en estos momentos de su vida presentan sentimientos encontrados en relación a su condición, me preocupa realizar “algo” para poder ayudarles a sentirse importantes en esta vida, y por supuesto considerando que debe ser bajo evidencia científica, para asegurar el cambio en su calidad de vida.

Por lo demás, en algún minuto de nuestras vidas pasaremos a formar parte de este grupo etéreo, por lo que de alguna forma u otra debemos manifestar preocupación por este

segmento de nuestra sociedad, llamado adulto mayor y proyectarnos de acuerdo a sus experiencias.

2. MARCO TEORICO

En América Latina y el Caribe la población Adulta de más de 60 años ha ido aumentando progresivamente: de 6% en el año 1950, aumentó al 8% en el año 2.000 y se proyecta a un 22% en el año 2.050. Así mismo las expectativas de vida del Adulto Mayor ha ido aumentando; en Chile de 55 años para la década del 50, aumenta a 76 años para el año 2.000 y se proyecta a 81 años para el año 2.050 , siendo de todas formas la mayor expectativa de vida para las mujeres, respecto a los varones. A nivel Latinoamericano, las cifras son parecidas : 52 años para la década del 50 , aumenta a 71 años para el año 2.000 y se proyecta a 79 años para el año 2050.

Hace 15 años la imagen del Adulto Mayor se asociaba a un anciano alimentando palomas en la plaza y el concepto adulto mayor sonaba a eufemismo. Pero los viejos han ido cambiando y empujando a la sociedad a abrirles nuevos espacios. Hoy son 1.7 millones, cifra entregada por el CENSO 2002, y la mayoría de ellos está en condiciones de sacarle el mayor provecho a esta etapa. Y Chile ha dado pasos para permitirlo. (Censo 2002)

El mayor avance es que la tercera edad hoy tiene un lugar en la sociedad. Es mucho más considerada, objeto de políticas y programas especiales. La mirada ha ido cambiando hacia una idea del envejecimiento como proceso natural - no una enfermedad- y en el que se pueden aprender cosas. Sus prioridades son la salud, estar activos y vigentes, participar con sus opiniones en la familia y cuidarse.

Pese a esa actitud más proactiva, los adultos mayores tienen inquietudes que varían según su realidad socioeconómica y salud. Hay cosas que son más comunes: la necesidad de pertenencia y el temor a la soledad. Eso los hace buscar espacios de encuentro y explica por qué en Chile se toman iniciativas para ellos.

Tener actividades propias es muy valorado, porque entre otras cosas, los libera de sentirse una carga. Las familias los invitan a almorzar, pero ellos ven que hijos y nueras también necesitan descansar, entonces las visitas se acortan. Nos piden actividades el fin de semana, para así decirle a la familia de vez en cuando 'no, gracias, tengo panorama'.

Otras de las preocupaciones es la disminución del ingreso con el tiempo, además de aumentar el desembolso ya sea en medicamentos, entre otros. En sectores acomodados y de clase media implica un cambio en el estándar de vida y muchas veces surge una pobreza

encubierta. Las personas viven en casas grandes, con buenos muebles, pero sin dinero para sus necesidades básicas. Hay un asunto ligado con la dignidad que es muy fuerte en el adulto mayor. Lo hace ocultar la realidad incluso ante los hijos.

En este sentido, junto con revisar la edad de jubilación, urge ser creativos en generar espacios para que realicen labores con horarios flexibles, que no requieran esfuerzo físico. De hecho, en otros países se les solicita en jardines infantiles para que cuiden niños o lean cuentos.

Existe una urgente necesidad de fomentar la asociatividad. En Japón, España y Alemania hay clubes de seniors que reúnen a profesionales jubilados para que asesoren a empresarios jóvenes, a precios más bajos que en el mercado. En Chile, también se está pensando cómo aplicar sistemas como la hipoteca revertida, en que el adulto mayor vende la propiedad a una entidad financiera en un plazo de, por ejemplo, 20 años. Puede seguir viviendo en ella y recibe cada mes una cuota, como dividendo a su favor. Si fallece antes del plazo, lo que se le adeuda queda en herencia; si vive más, operan seguros.

Contar con ciudades más amigables es otra de las inquietudes de los adultos mayores. Veredas que permitan caminar con menos riesgo de caídas, bancas para descansar, plazas seguras y un transporte público apto para sus necesidades son demandas planteadas a diario. Muchos no salen, pues no pueden subirse a una micro. Por eso se ha planteado a la subsecretaría de Transportes para que en la próxima licitación se consideren adaptaciones, como pisaderas más bajas. Los buses de acercamiento para los socios de Vitamayor, en la Comuna de Vitacura, han dado óptimos resultados: tienen peldaños bajos y chóferes que incluso ayudan con los bolsos.

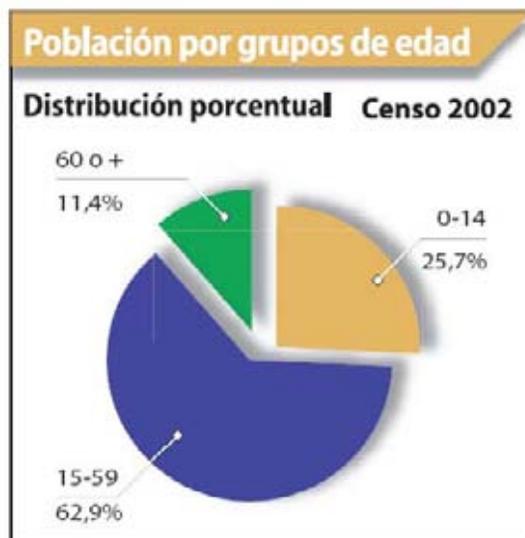
En Educación hay una preocupación permanente en formar y perfeccionar a Profesionales en Geriátrica y Gerontología a través de Cursos, Diplomados o Postítulos, en los cuales participan activamente las Universidades Chilenas; por ejemplo, el Centro de Educación a Distancia de la Universidad Católica del Norte ofrece el Programa de Diplomado en Gestión para la Calidad de Vida del Adulto Mayor, que tiene como objetivo, formar y capacitar a personas interesadas en trabajar con Adultos Mayores, de Hospitales, Municipalidades, YMCA, Instituciones privadas o públicas, etc., actualizando sus conocimientos en el área.

La salud es la primera prioridad de los adultos mayores y uno de los temas pendientes más importantes en Chile, especialmente en el sistema privado. Las personas tienen su plan de salud que al pasar los años se hace más caro y da menos cobertura.

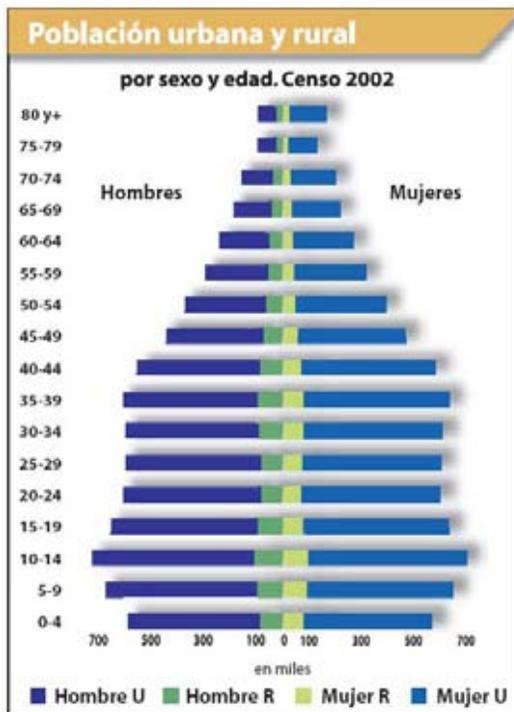
En el sector público hay avances. Los mayores de 65 pueden inscribirse en el programa gratuito de Fonasa, que atiende sin costo en consultorios y hospitales; entrega lentes, audífonos, bastones, sillas de ruedas y cojines antiescaras, da atención quirúrgica por cataratas, marcapasos, artrosis de cadera y otros. Además, el Servicio Nacional para el Adulto Mayor está trabajando con el Ministerio de Salud (Minsal) para anunciar un plan AUGE piloto con enfermedades garantizadas de atención inmediata y entrega de fármacos. El otro tema pendiente es la salud mental, especialmente pérdida de memoria y depresiones de la llamada cuarta edad (mayores de 80). Por eso ya se discute el tema de la escasez de casas de reposo adecuadas y a precios razonables.

Lo importante es que estamos avanzando como país en un tema que es de todos nosotros y debe ser una preocupación permanente el mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor y para ello tenemos que tener presente un lema que ya es universal: “HAY QUE DARLE VIDA A LOS AÑOS Y NO AÑOS A LA VIDA”. (Por: Mg. Walter Santander Wannhoff).

De acuerdo al censo 2002, un 25,7% de la población es menor a 15 años y el 11,4% tiene 60 o más años. En cambio, en 1960 este mismo grupo de edad representaba el 39,6% y el 6,8% respectivamente. Esta es una clara evidencia del envejecimiento de nuestra población, por lo que surge como una temática emergente de bastante importancia para el quehacer de Enfermería como un área de alta proyección profesional.



La pirámide del censo 2002 se reduce en su base, ensanchándose hacia la cúspide. Lo que demuestra que ha ido aumentando la expectativa de vida y disminuyendo la fecundidad.



Referirse a “envejecimiento” significa abordar el tráfico desde la juventud a la senectud, mientras por “vejez” entendemos la condición o estado de senescente propiamente tal. Para desarrollar este análisis, utilizaremos una perspectiva múltiple, en el sentido de incorporar los aportes de diversas disciplinas, a partir de dos dimensiones básicas: la primera que alude al proceso centrado en el individuo, que se caracteriza por pérdida gradual y progresiva de la eficiencia biológica, lo que significa que disminuye la capacidad del organismo para funcionar adecuadamente. Este menoscabo que termina en la muerte, es parte del ciclo vital de todas las especies.

El avance de la edad es responsable de cambios morfológicos y funcionales en todos los órganos y parénquimas: se traduce en problemas en el aparato locomotor, la piel, los sistemas digestivo, respiratorio, inmunológico, nervioso central y periférico, entre otros. Sin embargo estos cambios llamados fisiológicos, por tanto esperados a esta altura de la vida, son frecuentemente complicados por la existencia de patologías crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, osteoporosis, cataratas, patologías dentales y trastornos emocionales para enumerar a los más conocidos. Estas alteraciones sumadas al deterioro “normal”, demandan mayores exigencias en cuanto al manejo del adulto mayor como problema médico,

lo que tuvo como consecuencia que en nuestro país hasta los años '90s, se mantuviera una idea de atención centrada en los aspectos terapéuticos (“medicalización” del adulto mayor), en desmedro de una perspectiva más integral.

La segunda dimensión es social, en el sentido que son las condiciones propias de cada sociedad las que determinan en último término, cuántos años y con qué calidad va a vivir una persona mayor. De acuerdo a este enfoque, existe una relación entre la edad cronológica de los individuos y las funciones que se asignan a los miembros de una comunidad dada, resultante de un sistema de racionalización del tiempo biológico, adaptado a los distintos roles que los individuos deberían ir cumpliendo en sus etapas de la vida como parte de ese conjunto social. Este concepto es la llamada “edad social”. Ambas dimensiones están en constante superposición y no pueden tratarse en forma aislada.

La evolución de las distintas etapas de la vida humana entonces, está relacionada con el papel más o menos activo que desempeña el individuo en la sociedad, de tal manera que se es más dinámico (a) en edades más tempranas y menos en las más tardías. En estas últimas, es frecuente que las personas suspendan sus obligaciones laborales y comiencen a depender cada vez más de sus familias, de su comunidad y por cierto de la sociedad. Si bien esta transferencia es gradual, ocurre dentro de los contextos históricos, culturales y sociales propios, es de todos conocida y en muchos casos hasta anhelada, tiene un fuerte impacto en las condiciones de vida del afectado. (Programa interdisciplinario de estudios gerontológico, universidad de Chile)

2.1- EL CAMBIO DEMOGRÁFICO EN CHILE

Hablamos de “población envejecida” cuando se ha alterado la composición por edades, y se registra un aumento sostenido del número de personas ubicadas en el tramo de 60 y más años. CEPAL señala que en el año 1995 los mayores de 60 en América Latina y El Caribe eran unos 36 millones, cifra que estiman se duplicará desde entonces al 2025. Lo que está ocurriendo es un movimiento hacia una “transición demográfica”, entendiendo por tal un evento de larga duración que se desarrolla entre dos extremos: el primero se acompaña de altas tasas de natalidad y de mortalidad, lo que se traduce en bajo crecimiento demográfico. En el otro margen encontramos que las tasas de natalidad y de mortalidad han disminuido, pero el crecimiento demográfico sigue manteniéndose bajo. Lo que ha ocurrido entre ambos puntos, es que primero se registró un descenso de la mortalidad manteniéndose altas tasas de natalidad, lo que determinó crecimiento de la población. Sin embargo, después la población no aumentó o creció muy poco, porque bajó la natalidad, pero también siguió descendiendo la mortalidad. Si comparamos Chile con Latinoamérica, podemos señalar que según la forma en que se combinan las tasas de natalidad con las de mortalidad, es posible elaborar cuatro escenarios demográficos:

ESCENARIO DEMOGRAFICO DE AMERICA LATINA

ESCENARIO	CRECIMIENTO	PAISES
Transición incipiente	2.5% anual	Bolivia, Haití
Transición moderada	Cercano al 3%	Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay
En Plena Transición	Moderado, cercano al 2%	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, R. Dominicana, Venezuela
Transición Avanzada	Bajo el 1%	Argentina, Chile, Cuba, Uruguay
Fuente: Programa interdisciplinario de estudios gerontológicos, Universidad de Chile.		

El Chile de la década de los 90 y de las primeras décadas del siglo XXI, se inserta en el cuarto escenario de esta propuesta, “transición demográfica en etapa avanzada” hacia el envejecimiento de su población; siendo actualmente una población envejecida, notándose claramente en el censo efectuado el año 2002.

Entre 1960 y 1997, la tasa de crecimiento chilena se redujo en 43%, lo que indica descenso de la mortalidad y en especial, de la natalidad, hechos ambos que alteraron la composición y el volumen de personas por edades de la población. MIDEPLAN sostiene que de acuerdo a las proyecciones y estimaciones de población basadas en el Censo de 1992, la tasa de crecimiento proyectada para 1995-2000 es de 1.4 por cien personas al año, con tasa de mortalidad general de 5.6 por mil y fecundidad estimada en 2.4 hijos por mujer en promedio. La población chilena observa un leve predominio de mujeres, representando ellas el 51% del total. La distribución por grupos de edad da cuenta del proceso gradual de envejecimiento. En el Censo de 1982 el 32% de la población era menor de 15 años, cifra que en 1992 bajó al 30, y que permite proyectar solamente un 23% para el año 2020. Por su parte los mayores de 65 que en 1982 eran el 5.8%, aumentaron al 6.1% el '92, en el 2002 son el 11.4% y se espera que continúen su incremento en los años venideros, tal como podemos apreciar en la tabla a continuación.

**PROYECCION DE LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION DEL PAIS POR
TRAMOS DE EDAD, (EN PORCENTAJE)**

Grupo de Edad	Distribución porcentual						
	Censo			Proyección			
	1970	1982	1992	2000	2010	2020	2030
Total	100	100	100	100	100	100	100
0 -14	39	32	29	29	25	23	21
15 - 64	56	62	64	64	66	66	64
65 y más	5	6	7	7	9	11	15

Fuente: Programa interdisciplinario de estudios gerontológicos, Universidad de Chile.

Durante la segunda mitad del siglo XX Chile alcanzó bajos niveles de fecundidad asociados a también baja mortalidad. En el caso chileno, la fecundidad es el agente de mayor peso en la composición de la población. Desde 1955 hasta 1962, la fecundidad de las chilenas era un poco superior a 5 hijos por mujer, ocurriendo el descenso más importante entre 1963 y 1980, de tal forma que en el año 1994 el promedio de hijos por mujer era de 2.6, valor relativamente estable desde hacía una década. Respecto a la mortalidad, se advierte su disminución desde hace más de 60 años. En el quinquenio 1970-75 la expectativa de vida era de 64 años para ambos sexos, en 1980-85 ascendió a 71 años, con diferencias a favor de las mujeres, mientras que en 1995-2000 es de poco más de 75 años, siendo 72 para los hombres y 78 para las mujeres. Uno de los aspectos más relevantes que ha contribuido a bajar la mortalidad general ha sido el descenso de la mortalidad infantil. Los procesos migratorios, que son el tercer componente de la estructura poblacional, no tienen relevancia en el caso chileno.

Las estadísticas mencionadas nos señalan que el principal agente causal de este fenómeno ha sido el cambio del patrón reproductivo de la mujer a partir de la segunda mitad del siglo pasado, manifestación que debe ser interpretada como una tendencia generalizada en el contexto de la cultura occidental. A lo largo de la historia, cuando los países se vieron involucrados en guerras internas y/o externas, las mujeres asumieron gran parte de las tareas productivas que realizaban los hombres, pero a medida que el siglo XX avanzó, ellas se interesaron cada vez menos por volver a sus esferas habituales. Por una parte, las condiciones de precariedad económica de la post guerra las incentivaron a buscar trabajos remunerados para ayudar a sus familias, mientras por la otra, cobraban fuerza las demandas por la incorporación femenina a la vida política, especialmente aquellas centradas en obtener el derecho a sufragio para continuar con reconocimiento laboral igualitario, y últimamente con exigencias asociadas al concepto de género. En Chile, la masificación del uso de anticonceptivos orales e intra-uterinos de finales de los '60s, provista ampliamente a través de

los servicios de salud del estado, hizo realidad que la mujer pudiera optar con éxito a limitar su familia. Esta fue una innovación sin precedentes, por cuanto esta política de estado permitió a las mujeres construir proyectos culturales propios, a través de su incorporación al mundo laboral y del desarrollo de áreas de intereses distintos al ámbito familiar, más ajustados a su crecimiento personal.

Al respecto, son del mayor interés las consideraciones de MIDEPLAN, que señalan como problema relevante al envejecimiento, pero también otorgan relevancia a otra consecuencia adicional derivada de este cambio demográfico: el aumento de los embarazos en adolescentes, tema que naturalmente excede a este análisis, pero que debe ser profundizado en otros. Tomando como base la estructura de la población por edades, MIDEPLAN ha elaborado indicadores que reflejan el impacto de esta transformación para la sociedad:

- Índice de dependencia: Permite aproximarse a cuantificar la carga económica que soportaría la población potencialmente activa. Mientras mayor sea la fecundidad, esta carga es más alta. Los “dependientes” son los menores de 15 y mayores de 65. Se establece la relación frente a las personas en edad activa, que son las mayores de 15 y menores de 65, por cada cien habitantes. Chile aparece en la tabla con un valor muy alto en los años ‘70s, debido a la gran proporción de niños de entonces. El indicador va descendiendo a lo largo de los años. Acorde con la tendencia de incremento que van adquiriendo los senescentes, el índice de dependencia aumentará, aunque la otra categoría de dependientes que incluye a niños y jóvenes vaya en disminución.

- Índice de vejez: Este es una clara demostración del cambio estructural que ha sufrido la población chilena hacia la senectud. Mientras que en el año 2000 la relación es de 25 adultos mayores (65 y más años) por cada cien menores de 15 años, lo que equivale a un cuarto; la correspondencia en el 2010 será de 35 a 100, es decir aumentará al 35%. Al llegar el 2020, de mantenerse las tendencias observadas, la proporción de senescentes frente a menores de 15 años será de casi la mitad.

- Índice juvenil: Este indicador se comporta a la inversa del índice de vejez, y aquí apreciamos el efecto del descenso de la fecundidad que impactó especialmente en el tramo de 0 a 15 años. En 1970 el 64% estaba entre los 0 a 14 y mayores de 15 años. El Censo del ‘82 demuestra una baja al 48%, continúa la tendencia hasta proyectar el 2020 con solamente el 30% de su población juvenil.

- Índice de edad media: Se refiere al promedio de edad de la población. Mientras en 1970 la edad promedio de los chilenos era de 26 años, el 2000 es de 31 años, y al 2020 aumentará a 35.

INDICADORES SELECCIONADOS. CENSO 1970 - 1992
PROYECCIÓN 2000 - 2020

Indicador	Censos			Proyecciones		
	1970	1982	1992	2000	2010	2020
INDICE DE DEPENDENCIA (por cien personas en edad activa) (1)	79	62	56	55	50	51
INDICE DE VEJEZ (por cien menores de 15 años) (2)	13	18	22	25	35	48
INDICE JUVENIL (por cien personas de 15 años y más (3))	64	48	42	40	33	30
EDAD MEDIA (en años)	26	28	29	31	33	35
(1) $\text{Pob. (Menores 15 + 65 y más) / Pob. (15-64)} * 100$ (2) $\text{Pob. (65 y más) / Pob. (0-14)} * 100$ (3) $\text{Pob. (0-14) / Pob. (15 y más)} * 100$ Fuente: INE, Informe Demográfico de Chile. Censo 1992 - 1993 INE -CELADE, Chile, Estimaciones y Proyecciones						

Ahora bien, es necesario señalar que el proceso de envejecimiento no es homogéneo en todo el país, sino tiene expresiones distintas según regiones. Basados en el Censo del 2002, el promedio de habitantes mayores de 60 años corresponde al 11,4% de la población total, lo que significa que en ese año la población de adultos mayores chilena era de 1.717.478 individuos. Las regiones más envejecidas son en primer lugar la Quinta Región, que concentra al 13.43% de la población total de su región. En segundo lugar está la Novena Región, donde el 12.37% de sus habitantes están en esta condición, en tercer lugar se encuentra la Cuarta Región, cuyo 11.8% de la población son mayores de 60 años y a continuación la Séptima Región con el 11.62% de su población corresponden a este grupo etáreo. La menos envejecida es la Segunda Región con un 8.62% de adultos mayores. Vale destacar que la región Metropolitana está bajo el promedio nacional, con un 11.04%, peor concentra el 40.09% de la

población chilena, lo que significa que en Santiago viven 669.543 adultos mayores, lo que equivale a decir que el 38.98% de los ancianos de todo Chile viven en la región metropolitana.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS POR TRAMOS DE EDAD,
SEGÚN REGIONES (EN PORCENTAJE)**

REGIÓN	POBLACIÓN TOTAL		POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS	
	N	%	N	%
I	428.594	2.83	39.572	2.30
II	493.984	3.26	42.582	2.47
III	254.336	1.68	25.256	1.47
IV	603.210	3.99	71.259	4.14
V	1.539.852	10.18	206.872	12.04
VI	780.627	5.16	87.614	5.10
VII	908.097	6.00	105.563	6.14
VIII	1.861.562	12.31	211.957	12.34
IX	869.535	5.75	107.643	6.26
X	1.073.135	7.09	124.669	7.25
XI	91.492	0.60	7.922	0.46
XII	150.826	0.99	17.026	0.99
R.M.	6.061.185	40.09	669.543	38.98
TOTAL PAÍS	15.116.435	100	1.717.478	100

Fuente: INE. Resultados Generados Censo de Población y Vivienda 2002

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL PAIS DE ADULTOS MAYORES,
SEGÚN REGIONES (en porcentajes)

REGIONES	POBLACION REGIONAL	60 años o mas
TOTAL PAIS	100.0	11.4
I	100.0	9.23
II	100.0	8.62
III	100.0	9.93
IV	100.0	11.8
V	100.0	13.43
VI	100.0	11.22
VII	100.0	11.62
VIII	100.0	11.38
IX	100.0	12.37
X	100.0	11.61
XI	100.0	8.65
XII	100.0	11.28
RM	100.0	11.04
Fuente: INE. Resultados Generados Censo de Población y Vivienda 2002		

En cuanto a área de residencia, los adultos mayores se distribuyen en forma bastante semejante a la población de otros grupos. El 83.7% vive en sectores urbanos, y el 16.3% reside en áreas rurales. En lo relativo a su distribución por sexo, mientras en la población total el 50.7% de los individuos son mujeres, en la población mayor ellas aumentan al 55.8%, asociado a la expectativa superior de vida femenina.

Una de las preocupaciones prioritarias desde los albores de la Independencia ha sido el poblamiento del territorio, en especial en términos de establecer asentamientos humanos en áreas aisladas. Cuando en las últimas décadas del siglo XX quedó al descubierto el fenómeno de transición demográfica que estamos estudiando, caracterizado por la tendencia al predominio de habitantes mayores, tuvieron lugar acalorados debates entre defensores y detractores de la planificación familiar, considerada como ya señalamos, la intervención responsable de la baja de la tasa de fecundidad en Chile. Durante los años del Gobierno Militar, la baja del crecimiento generó inquietudes geopolíticas surgidas de la arraigada

percepción que los países con mayor población tendrían más poder político y económico, relación que no es automática, sino depende más bien, de la capacidad de cada país para organizarse como estado y definir un proyecto-país para generar crecimiento económico sostenido. Asimismo, se debe propender a la buena distribución del producto per cápita y a la adopción oportuna de capacidades tecnológicas para incorporarlas al proceso productivo. Se dictó entonces una política de población orientada a producir el efecto contrario, pero la verdad es que no tuvo resultados prácticos, porque el manejo anterior dirigido a la disminución de los embarazos no deseados no fue solamente una intervención médica, sino una profunda acción educativa de toma de conciencia acerca de la Paternidad Responsable por una parte, y por la otra, un reconocimiento hacia el rol de la mujer en la vida activa, lo que tuvo como consecuencia el cambio cultural ya descrito.

Durante el Gobierno Militar no hubo intervenciones en la forma de política de Estado en el campo del envejecimiento, sino más bien efectos de acciones generales derivadas del gran objetivo de modernización hacia un modelo económico neo-liberal, siendo para nuestro estudio la de mayor relevancia la relativa a la Seguridad Social. Entre los años 1980 y 1981, el Estado traspasó responsabilidades a los privados constituidos como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), destinadas a tutelar el ahorro de los trabajadores para el momento del retiro, pero siguió manteniendo los de menores recursos en el Instituto de Normalización Previsional, INP. Al mismo tiempo se implementó un sistema paralelo de salud privado, ISAPRES, también para los de mayores medios. La Seguridad Social de los chilenos es desde entonces un sistema mixto, que descansa en un pilar público y en otro privado. En el mismo período se registra una medida política de injerencia negativa, cuando producto de la recesión económica de los años 1982-1983, el reajuste del 10.6% que correspondía aplicar a los jubilados no fue cancelado, en virtud de otras prioridades. Esta deuda fue saldada sólo parcialmente en 1995, porque los montos pagados no correspondían exactamente a los adeudados. Otras intervenciones tuvieron carácter asistencial, tales como la creación de la Pensión Asistencial, PASIS, exclusiva para ancianos calificados en tramos de pobreza de acuerdo al instrumento de medición de la época. CONAPRAN, la organización de voluntariado femenino que agrupó ancianos en clubes con fines recreativos y asistenciales, y una política de reajuste de pensiones automática cuando el IPC llegaba a acumular 15%.

En los primeros años del retorno democrático el Gobierno se abocó a la elaboración de una política específica para el adulto mayor a través de MIDEPLAN, a partir de un razonamiento metodológico de “inversión en capital humano” como alternativa integral para superar la pobreza, a través de un proceso de “identificación de colectivos”, estrategia que buscaba reconocer ciertos grupos sociales como sujetos preferentes de atención, dentro de los cuales considera a niños, jóvenes, discapacitados, pueblos nativos, mujeres jefes de hogar y tercera edad, lo que condujo a la elaboración de la Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez: Lineamientos Básicos. A continuación, revisaremos sus contenidos básicos:

- Es el primer documento oficial que reconoce explícitamente el cambio demográfico que ha experimentado Chile hacia el envejecimiento de su población. Para abordar la generación de esta Política, se reconocen tanto la dimensión individual como la social, involucradas en el tratamiento del adulto mayor, como uno de los sujetos prioritarios de cobertura de la política social integral del Gobierno.

- Los adultos mayores se definen como actores de su propio proceso de envejecimiento individual y también social. De esta forma se buscan desplazar por una parte, los antiguos enfoques caritativos donde el sujeto era más bien una víctima que un objeto de atención; y por la otra, la orientación preponderante hacia los aspectos médicos curativos. Este carácter es lo que le da la dimensión de “envejecimiento activo”, según el cual las personas mayores son miembros tan útiles a la sociedad como los otros, por tanto interesa facilitarles interactuar en el máximo de los niveles, para poder recoger su aporte en los niveles familiar, comunitario y político. En este contexto la intervención estatal frente al envejecimiento es entendida como una acción multi-sectorial, que genera acciones a partir de precisiones sobre coberturas esperadas frente a necesidades físicas, materiales, de integración social, política y recreativa.

En Enero de 1995, el Presidente Frei Ruiz Tagle designó como su organismo asesor en la materia a la Comisión del Adulto Mayor, la que tuvo por encargo confeccionar una Política Nacional, promulgada en 1996. Este discurso oficial apunta a que el Estado debe cumplir los siguientes roles:

- Actúa en cumplimiento de su rol subsidiario en favor de esta población, produciendo los recursos que permitan realizar las acciones planificadas en la Política Nacional, lo que hará posible que se les otorguen subsidios directos e implementar los planes y programas específicos.

- Se declara a sí mismo actor principal y promotor del cambio en cuanto a superar el enfoque predominantemente asistencial que se había llevado hasta entonces, y como el ente coordinador de las acciones de distintos sectores de su dependencia involucrados en la atención del senescente, rol este último al que se le atribuye gran importancia, dado que hay un reconocimiento explícito de frustración de acciones anteriores dirigidas a esta población objetivo, por la falta de sistemas de enlace que permitieran tener una visión general de las prestaciones que se estaban entregando. Por estas razones por ejemplo, se dejaron de hacer algunas actividades y se emprendieron otras, que por no haber sido convenientemente evaluadas, no tuvieron buenos resultados frente a los propósitos esperados, registrándose incluso algunas duplicidades.

- Regulación de servicios. Se determinan los tipos de servicios a entregar a partir de diagnósticos multi-sectoriales. Al respecto se da cuenta de investigaciones que hizo la Comisión y que se traducen en aportes de distintas disciplinas, destinadas en primer lugar a desplazar la idea antigua del adulto mayor como un sujeto casi exclusivo de cuidados médicos.

- El Estado delimita responsabilidades frente al cuidado del adulto mayor, propendiendo a un papel activo por parte de la familia en primera instancia y también de la comunidad. Hay un gran énfasis discursivo en cuanto a que la responsabilidad de atención del adulto mayor debiera ser asumida sin que el senescente sea apartado de su entorno habitual, y se expresan repetidas alusiones a su integración activa al medio social.

2.2.- SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

En la existencia de un individuo reconocemos tres factores que influyen categóricamente en su vida: Bienestar físico, bienestar social y bienestar emocional.

El equilibrio positivo de los tres factores permite que el individuo viva plenamente, sin depender de otras personas y desarrollando todas sus facultades. En la medida que estos factores, o uno de ellos se deteriore, la persona se va imposibilitando de vivir su propia existencia y comienza, lentamente, a depender de otros hasta llegar a ser completamente dependiente. En la medida que, preventivamente, nos cuidemos, se postergará su deterioro y el Adulto Mayor podrá gozar de una buena calidad de vida por mayor tiempo.

2.2.1- Bienestar Físico: El envejecimiento, desde un punto de vista biológico, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible. Es la fase final del desarrollo. Paralelamente a este envejecimiento biológico, que se produce sin que se sufran enfermedades y/o accidentes, el ser vivo, a lo largo de su vida y, principalmente, al final de ella, experimenta enfermedades y accidentes que influyen y aceleran su envejecimiento.

Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependiente de otros seres humanos.

2.2.2- Bienestar Social: Significa autonomía de vida, no dependiendo de otros. El adulto mayor, mayoritariamente, es una persona jubilada y que por ello enfrenta dificultades económicas y problemas en el uso de su tiempo, que le sobra. Las dificultades económicas son producto de sus bajas pensiones e ingresos, del exceso de gasto en medicina y medicamentos,

y de la dificultad de obtener un empleo rentable. Los problemas de sobra de tiempo se deben a esa dificultad de obtener un empleo que permita suplementar sus ingresos. El deterioro físico, planteado anteriormente, junto a la dificultad económica son las dos principales situaciones que generan dependencia de otros al adulto mayor.

2.5.3- Bienestar emocional: La jubilación, además de ser un símbolo de disminución de ingresos, produce un aislamiento progresivo de la persona por pérdida de compañeros de trabajo, lo que se traduce en aburrimiento y en sensación de inutilidad frente a la sociedad. Ello influye en la autoestima. También se inicia el desaparecimiento de los amigos, familiares e hijos, éstos últimos por iniciar una nueva familia.

La presencia de enfermedades y/o accidentes que limiten el bienestar físico, los trastornos en su actividad social que lo aíslan, afectan su autoestima y la necesidad que posee toda persona de sentirse amada y considerada, alteran el bienestar emocional, que es fundamental en la vida humana.

El equilibrio positivo en estos tres aspectos de la vida hace que una persona adulta mayor sea un individuo activo, participativo, feliz, satisfecho de la vida y con ansias de contribuir en las actividades de la sociedad no de ser un anciano sin ganas de vivir (insatisfecho).

El ser humano debe conocer oportunamente esta realidad para prepararse a enfrentar esta etapa de su vida y a prevenir las situaciones que podrán influir negativamente en su futuro. Debemos recordar que vejez no necesariamente significa enfermedad y prevenir esta situación. Debemos agregar años a la vida y no vida a los años.

2.3.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

Es una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento. Proceso complejo, probablemente definido por una serie de sucesos que aún no han sido totalmente explicados, dentro de los que se describen errores o daños fortuitos del vivir o de sucesos de desarrollo programado y ordenado genéticamente. Sin embargo no podemos olvidar que todo este proceso está influido por el estilo de vida presente y pasado.

Esto se manifiesta de diversas formas en la edad madura, por ejemplo: Desgaste de los tejidos, dolor y molestias, baja necesidad de ingesta calórica, disminución de la fuerza, la rapidez de reacción y tiempo con que funcionaban habitualmente los músculos. Hay cambios en el sistema Tegumentario, la piel se hace más fina, pierde turgencia y elasticidad.

Disminuye la velocidad de crecimiento del pelo, se puede adelgazar, aparecen canas, pierde brillo y firmeza. Aparecen unas pocas arrugas en la cara; las líneas de la risa surcan los extremos de los ojos.

En el sistema óseo, comienzan a evidenciarse descalcificaciones. Se pierde progresivamente espacios intervertebrales, observándose por ello una disminución en la estatura.

En la mujer se presenta la menopausia y el climaterio en donde hay transformaciones biopsicosociales.

2.3.1- Características Físicas

El envejecimiento es un proceso gradual que conduce a una pérdida de función del organismo, comienza a partir de la 3^o- 4^o década de la vida y se manifiesta por una disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasia interna ante el daño producido por agentes externos.

El envejecimiento trae consigo cambios en los diferentes sistemas, los cuales son importantes de tener en consideración.

Sistema Cardiovascular

Hay una disminución del gasto cardiaco debido a la rigidez de las arterias y por el estasis que se produce en todo el sistema venoso. La sangre almacenada eleva la presión capilar y hace que aumente la cantidad de líquido que pasa hacia el tejido intersticial, formándose edema. La presión arterial sistémica se eleva. Disminuye el flujo sanguíneo cerebral, aumentan la resistencia periférica y se hipertrofia la pared del ventrículo izquierdo. La presión arterial del adulto mayor sin patologías agregadas es igual a la del adulto maduro lo mismo que la frecuencia cardiaca. Los ancianos son más propensos debido a los cambios antes descritos a tener hipotensión postural y arritmias.

Sistema Musculoesquelético

La pérdida de masa ósea y muscular relacionada con la edad es un fenómeno universal y parece asociado inevitablemente al envejecimiento, conduciendo en muchas personas a la osteoporosis y a la disminución de la masa muscular con la consiguiente disminución de fuerza. Especialmente se observa que la masa ósea disminuye a partir de la cuarta década de la vida en la mujer y algo más tarde en el hombre.

Sistema Digestivo

Los cambios más importantes en el aparato digestivo, relacionados con la edad son: masticación menos eficaz, disminución del sentido del gusto y de las secreciones gástricas, pérdida de la elasticidad de la pared intestinal, menor motilidad y reducción del aporte sanguíneo al intestino.

Sistema Urinario

Algunos de los cambios en el sistema urinario son disminución del número de nefronas, del flujo sanguíneo renal y de la velocidad de filtración glomerular. Hipertrofia y relajación de los músculos del piso de la pelvis, contracciones durante el llenado vesical, disminución de la capacidad de la vejiga y cambios degenerativos de la corteza renal.

Sistema Respiratorio

A lo largo de todo el ciclo vital, el aparato respiratorio es vulnerable a las lesiones provocadas por múltiples infecciones, contaminantes ambientales y reacciones alérgicas. Estos factores son aun más nocivos que el proceso de declinación funcional, el cual es parte normal del proceso de envejecimiento. El mecanismo de la respiración en los ancianos tiene como característica el hecho de que la inspiración se basa más en el diafragma y requiere un mayor esfuerzo, sobretodo cuando está en posición decúbito dorsal.

Piel

La piel, con el paso de los años, sufre una degeneración progresiva e irrecuperable, tanto en su morfología como en su funcionalidad, es el envejecimiento cutáneo. Estas alteraciones se hacen más evidentes a partir de los 30 años, observándose arrugas, sequedad, manchas, etc., propias de las pieles seniles.

El proceso de envejecimiento que afecta a la piel no ocurre de forma gradual y homogénea, depende de la raza, condiciones atmosféricas y es diferente en las distintas zonas de la piel de una misma persona.

Sistema Inmunológico

Las enfermedades infecciosas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los ancianos. A esto se asocia el aumento de la susceptibilidad, mayor incidencia de procesos malignos y la disminución de la competencia inmunitaria asociada a la edad.

Habilidades Sensoriales

Con la edad, la agudeza de los sentidos decae, pero existen diferencias individuales al respecto. Las personas mayores de 65 años son propensas a tener problemas de visión especialmente en la oscuridad, las cuales pueden ser parcialmente corregidas a través del uso de lentes u operaciones en el caso de las cataratas. Los problemas de audición son más comunes que los de visión; las personas de edad tienen dificultades para seguir una conversación cuando interfieren ruidos tales como televisión, radio u otras conversaciones.

Los adultos mayores a veces refieren que sus comidas no tienen el mismo sabor que antes, esto parece deberse a una pérdida de sensibilidad en el gusto y el olfato. El sentido vestibular, que ayuda a mantener la postura y el equilibrio, a menudo se deteriora causando mareos y caídas.

2.3.2- Desarrollo Psicosocial

Durante la segunda parte de la vida adulta, probablemente alrededor de los cincuenta años, numerosos autores están de acuerdo en definir un período de cambio en el desarrollo del adulto marcado por los siguientes procesos:

- Una interiorización creciente
- Un cambio y una complejidad cada vez más grande de las experiencias vividas
- Cambios en la perspectiva temporal
- Cambios en todo lo concerniente al dominio del entorno

En otras palabras, ligado a las transformaciones del reloj social (roles y acontecimientos ligados a las demandas sociales), la persona debe hacer frente a una transformación de las exigencias sociales, marcado por grandes incertidumbres especialmente en el terreno profesional y familiar. El adulto que envejece toma conciencia del límite de la vida escogida en el interior de un tiempo marcado por el sello de la mortalidad y de su final próximo.

Erikson define a la tercera edad como aquella en que se adquieren comportamientos de dependencia, ligados a la fragilización del estado de salud. Este autor destaca que los comportamientos de adaptación suponen el reconocimiento y la aceptación de una relación de interdependencia- dependencia del organismo que impone limitaciones motrices, sensoriales o mentales, interdependencia hacia un entorno social donde la calidad de vida actual depende completamente de esta relación. Insiste sobre el reflejo de supervivencia indispensable durante esta edad y sobre la flexibilidad del funcionamiento psíquico necesario, permanente e indispensable para resolver cualquier situación.

2.3.3- Habilidades Psicomotoras

Los adultos mayores pueden desarrollar las mismas actividades que cuando eran más jóvenes lo que varía es la velocidad con que la realizan. Su lentitud general afecta tanto a la calidad de las respuestas como al tiempo de estas debido a que tardan más en adaptarse al ambiente y tomar decisiones.

2.3.4- Aspectos Psicológicos del Envejecimiento

Evolucionista, que consiste en una tendencia a volver al pasado, a todo lo que fue y ya no puede ser.

Nostálgica, ante un mundo nuevo y el recuerdo de lo que se fue, que puede ocasionar una gran tristeza y abatimiento.

Conservadora, haciéndose enemigo de los cambios, aferrándose a lo que tiene y temiendo perder lo poco que le queda. Como predisposición a la angustia por su inseguridad progresiva. Se tiende a sentir temor, miedo e impotencia por no aceptar las limitaciones y la propia realidad.

Depresiva, este rasgo es muy natural. La tristeza tiende a invadir a la persona de la Tercera Edad. Esa tristeza puede llevarle a menos actividad, menos placer, menos oportunidad de disfrutar las cosas buenas y bellas de la vida.

Egoísta, con la edad, se puede llegar a una regresión egocéntrica, olvidándose de todos y considerar natural que todo gire alrededor de uno mismo.

Bondadosa y comprensiva, la exigencia y dureza de otros tiempos, se convierte en comprensión en la mayoría de las personas de la Tercera Edad. Por esta razón se "mal educa", por no decirlo de algún modo, los hijos nacidos de padre en edad avanzada y en algunos casos, a los nietos.

Disminuyen las aptitudes y se tiene menos control de la emotividad dejándose llevar, con frecuencia, por las lágrimas o la melancolía. A consecuencia de esto, la persona prefiere encerrarse en su propio mundo, vive un sentimiento de amargura.

El carácter se acentúa y se exageran las reacciones ante las dificultades. Ante la menor contrariedad se impacientan y pueden violentarse. Se repliegan sobre sí misma y prefieren el silencio a exponer sus razones mientras que por dentro "hierven" sentimientos de rebelión.

Con sabiduría. Lo que ha aprendido en "la escuela de la vida" le capacita para dar consejos, pero sobre todo, para contemplar todo desde lo absoluto y eterno. Vive más los valores trascendentes que los efímeros.

Alegre y optimista, si bien es cierto que hay muchas personas de la Tercera Edad que son "gruñonas" y pesimistas, hay también muchas otras que con alegría y optimismo se preocupan por los demás y se esfuerzan por hacerles felices. Estos optimistas ocultan sus dolores y achaques para no hacer sufrir a sus familiares, tratan de sublimar sus tendencias para aportar a la vida belleza y ternura.

El envejecimiento psicológico de una persona es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad.

El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente jubilada, es cada vez más largo. Es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden

cambiar desde que entra en la "tercera edad" hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y "crisis que pueden afectarle.

Uno de los factores comunes que debe enfrentar una persona en la tercera edad, es la necesidad de adaptarse a las pérdidas; de energía, de vigor físico, de amigos y parientes, y en muchos casos, del trabajo y de la relación estrecha con los hijos. Para poder superar exitosamente esta situación es necesario que enfrente los múltiples duelos, que le generan sentimientos difíciles de dolor y tristeza. Dentro de este debe también elaborar el duelo de su propia vida, que va a terminar en algún momento, es decir la persona debe enfrentar su propia muerte.

El proceso de "desligamiento", descrito por Cumming y Henry, en virtud del cual el individuo abandona actividades o rompe lazos sociales de conveniencia, voluntariamente o forzado por los rechazos que percibe, no se da en todos los individuos, ni en los que ocurre es a la misma edad ni por las mismas causas.

Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer les motiva a descubrir nuevos roles en la vida, o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su habitual rol y no perder su status o razón de estar en el mundo social que conoce.

Las posibilidades de los ancianos de adaptarse a la situación están determinadas por su pasado y sus capacidades de comunicación y respuesta. Al igual que otros grupos de edad se reúnen para convivir en su tiempo libre para compartir intereses comunes. Esto es posible de ver en clubes de ancianos o centros sociales a los que se incorporan desarrollando diferentes actividades.

2.4- PERCEPCIONES DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE SÍ MISMOS

Al respecto son muy interesantes los resultados del estudio "Encuesta de Necesidades de los Ancianos en Chile" (2002), auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado por el sociólogo O. Domínguez, relativo a entrevistas realizadas en un universo de 1.572 adultos mayores de las comunas urbanas de la Región Metropolitana, que entrega la percepción de los senescentes frente a su propia salud y funcionalidad para las actividades cotidianas, como indicadores de bienestar físico, mental y social.

Según los propios ancianos, sus problemas más importantes estaban relacionados con las exigencias económicas y de salud, representando lo económico la principal preocupación para los menores de 75, mientras la salud se manifestó como tema prioritario sólo en los

grupos más altos, especialmente en mujeres. Aquí surge un elemento clave para el rediseño de las políticas dirigidas a la vejez, y es que culturalmente existe un acondicionamiento para considerarlos como “enfermos”. Este estudio revela que los mismos afectados declararon sentirse “sanos” en más del 65% de los casos.

El 71.9% de ellos declaró tener algún problema de salud al momento de ser interrogado, más las mujeres que los hombres. Entre los problemas que ellos señalaron con mayor frecuencia estaban los asociados al aparato circulatorio, al sistema osteo-muscular, traumatismos, accidentes y enfermedades de los órganos de los sentidos, respecto a ésta última alrededor del 30% refirió problemas secundarios para enfrentar sus actividades diarias por disminución de la visión y un 12% de audición. Al 28% de los entrevistados la falta de piezas dentales le impedía la masticación.

Este estudio aportó un elemento innovador al manejo del adulto mayor, por cuanto demostró que contrariamente a la percepción cultural que se tenía de ellos en la sociedad chilena, los senescentes entrevistados tenían buena capacidad para cuidar de sí mismos. Para conocer su medida, se elaboró un Índice de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) que permite agrupar a la población objetivo en tres categorías: los auto-valentes, que desarrollan su vida normalmente sin ayuda; los que requieren ayuda para determinadas actividades, y los frágiles e inválidos, que están impedidos de atender a su cuidado sin asistencia. Esta clasificación permite identificar los servicios de apoyo necesarios para conservar la autonomía o atenuar la dependencia según el caso. Los resultados muestran que el 66.7% de la población mayor cubierta en este estudio puede definirse como funcionalmente sana, capaz de llevar una vida independiente, 30% son funcionalmente frágiles, es decir requieren auxilio para ciertas actividades, y el 3.3% es funcionalmente dependiente y padece invalidez severa.

2.5.- CALIDAD DE VIDA

El envejecimiento es considerado como un evento fisiológico, que si bien está presente durante toda la vida se hace más intenso en las últimas décadas, y se expresa en dificultades para la adaptación tanto del organismo frente al propio Yo biológico y psicológico, como frente al medio social en que se desenvuelve quien alcanza la senectud. Uno de los desafíos más importantes en la geriatría de hoy, es poder definir qué es el “envejecimiento sano”, en el sentido de establecer la frontera con lo patológico. Sabemos que en el envejecimiento biológico tienen participación factores tales como la herencia, el sexo, los estilos de vida, el ambiente, estado nutricional, los niveles de ingreso y educacionales, la actividad laboral desarrollada en la época activa, sus condiciones de vivienda en términos arquitectónicos y familiares, etc. El conjunto de estas y otras variables nos llevan a la elaboración del concepto “calidad de vida”.

El concepto de “calidad de vida” considera que la subjetividad es un elemento esencial, por tanto la expectativa es ante todo individual. Externamente, podrá afirmarse que una calidad de vida es mejor o peor, pero en último término es la propia persona la que la valida. En la senectud esto es una crucial fuente de conflictos y por cierto de reflexión moral. Cuando se piensa en forma analógica, basándose en los propios criterios, es difícil hacer justicia a los demás. Se descubre que individuos gravemente limitados, viviendo vidas casi inhumanas, aún en las peores circunstancias, desean conservarlas. En otros casos, no se entiende por qué alguien desea terminar su propia vida si a juicio del observador, posee bienes materiales y espirituales suficientes. Esto ocurre porque existen profundas anomalías que conducen a percepciones erróneas acerca de la relación interpersonal, porque son elaboraciones que desconocen al otro como agente autónomo. Parte de esta anomalía, deriva de las buenas intenciones o de lo que se cree que es solidaridad, que conduce frecuentemente a los seres humanos, cual más cual menos, a practicar el paternalismo, que no es otra cosa que hacer el bien al otro sin dejarle la posibilidad de negarse.

La “calidad de vida” es multidimensional, por tanto no puede evaluarse atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud. Debe comprender el estado físico, la espiritualidad, la capacidad de desplazarse, la independencia, la satisfacción, esto es, innumerables dimensiones. No es de extrañar entonces, que en algunos aspectos haya mayor precisión que en otros, siempre teniendo en cuenta que lo que es estimado como bueno, pueda variar según el tipo de escala o la forma de medir.

Otro componente es que calidad de vida es un concepto dinámico. La apreciación al respecto que se tiene a los veinte años es distinta a los cuarenta o cincuenta, no solamente porque algunas preferencias han cambiado, sino porque determinadas limitaciones fisiológicas imponen diversos tipos de satisfacciones, y por que además, el propio criterio con que se evalúan las cosas cambia. Una cuantificación o una evaluación cualitativa que no tome en cuenta este hecho, perderá algo indispensable para comprender la diversidad por edades.

Si se comparan dos grupos de senescentes dentro de un mismo rango de edad, podemos advertir realidades distintas, de modo que lejos de constituir los ancianos un grupo uniforme, se caracterizan por ser en extremo diversos entre sí. No todos los sistemas orgánicos y los atributos psicológicos envejecen al mismo ritmo. Y ello induce a más diferencias individuales.

Después de haber analizado la información recolectada sobre el adulto mayor, queda claro que la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado es aplicable a este tema, ya que su utilización como guía de la práctica profesional, es universal, ya que puede aplicarse en la asistencia tanto de adultos mayores sanos como enfermos, porque nos permite apoyar a los adultos mayores en su autocuidado de las siguientes formas: con el autocuidado que se realiza para suplir el que no pueda realizar, el que asiste al adulto mayor a realizar el autocuidado y el

que educa y apoya al adulto mayor para que realice de mejor forma su autocuidado. Además, al aplicar esta teoría, el adulto mayor va a sentir mayor autonomía y apoyo social, que facilitan el proceso de recuperación de enfermedades y ayudan a conservar la salud psicológica y social de la persona, que claramente por su condición de ancianidad se encuentran disminuidas.

También es aplicable porque podemos enseñar conocimientos y destrezas que promueven la salud de los adultos mayores, además de conocimientos y destrezas que previenen y detectan precozmente las enfermedades, además de limitarlas cuando existen y por sobre todo restablecer su salud. Tomando acciones deliberadamente por libre decisión con el fin de mantener la vida, salud y bienestar y que en situación de normalidad puedan realizar en forma autónoma, constituyéndose en conductas relativamente permanentes que les ayudan a llevar un estilo de vida saludable.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo general:

- Identificar y comparar la calidad de vida, en el aspecto biosicosocial, de dos grupos de adultos mayores de similar perfil, a través de la aplicación del test coop wonca.

3.2- Objetivos específicos:

- Identificar la población de adultos mayores para ambos grupos según características sociodemográficas tales como: edad, escolaridad, estado civil, sexo, ingreso, tipo de actividad económica, tiempo de pertenencia al grupo, sentimientos al formar parte del grupo y presencia de patologías crónicas.
- Identificar la población de adultos mayores para ambos grupos según el nivel socioeconómico al que pertenecen.
- Determinar para ambos grupos de adulto mayor la percepción de la calidad de vida, según los ocho aspectos evaluados por el test de Coop Wonca.
- Relacionar edad y la percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.
- Relacionar escolaridad y la percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.
- Relacionar estado civil y la percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.
- Relacionar sexo y la percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores
- Relacionar ingreso y la percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.
- Relacionar actividad y la percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores
- Relacionar nivel socioeconómico y percepción de la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.
- Relacionar pertenencia a grupo organizado y percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.
- Relacionar presencia de patologías crónicas y percepción de calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.
- Comparar la calidad de vida de ambos grupos de adultos mayores.

4. MATERIAL Y METODO

4.1- TIPO DE ESTUDIO

El estudio a realizar es una investigación cuantitativa, comparativa, descriptiva, transversal y prospectiva. Prospectiva puesto que la información se registrará conforme va ocurriendo y transversal por estar delimitada en el tiempo (Octubre a Enero de 2006).

4.2- POBLACION EN ESTUDIO

La comuna de Osorno, cuenta con una población total de 145.302 habitantes, de los cuales 16.946 habitantes corresponden al grupo etáreo de adultos mayores, ósea un 11,6% de la población, cuyas edades fluctúan entre los 60 y 105 años de edad, según datos del censo del año 2002.

El segmento de la población a ser estudiada corresponde a dos grupos de esta comuna; uno de los cuales, está formado por 25 adultos mayores, cuyas edades fluctúan desde los 60 años en adelante, con intereses comunes, en relación a actividades folclóricas, bajo el alero de “Caritas Chile”, reuniéndose semanalmente para realizar dicha actividad.

El otro grupo en estudio, constará de 25 adultos mayores que se atienden en el consultorio Dr. Pedro Jáuregui del sector Rahue Bajo, que tendrán similares características al grupo anterior, dando la estructura de grupos comparables a posteriori, estas personas serán elegidas por el investigador. Siempre y cuando acepten participar del estudio, asegurando la confidencialidad de los datos como resguardo de la identidad de los participantes, para ambos grupos.

4.3- DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

4.3.1- VARIABLES INDEPENDIENTES: (CAUSA)

- **4.3.1.1- Factores biodemográficos**

1. **Edad** (años cumplidos)

01. **Viejos jóvenes:** (60- 74 años). Personas sanas, generalmente jubiladas, que buscan darle sentido a esta nueva etapa de la vida.

02. **Viejos ancianos:** (75 años o más). Personas que requieren la mayoría de servicios médicos asistenciales.

2. **Escolaridad** (nivel de estudios cursados)

01 Analfabeto

02 Primaria incompleta

03 Primaria completa

04 Secundaria incompleta

05 Secundaria completa

06 Enseñanza superior incompleta

07 Enseñanza superior completa

3. **Estado civil** (situación actual)

01 Casado/a

02 Viudo/a

03 Separado/a

04 Soltero/a

05 Conviviente

4. **Sexo** (según corresponda)

01 Femenino

02 Masculino

5. **Ingreso** (dinero del que dispone en un mes)

- 01 < 30.000
- 02 30.000 a 50.000
- 03 51.000 a 80.000
- 04 > 81.000

6. **Actividad** (situación laboral actual)

01 **Activo:** Persona que al momento del estudio, trabaja y percibe salario por esto (incluye pensionado y jubilado).

02 **Pasivo:** Persona que al momento del estudio no trabaja, no recibe salario extra (incluye pensionados y jubilados).

7. **Pertenece a algún grupo organizado**

- 01 Si
- 02 No

8. **Tiempo de permanencia en el grupo** (desde el momento de inscripción al grupo de adultos mayores a la fecha)

- 01. < 1 año
- 02. 1 año
- 03. 2 años
- 04. 3 años
- 05. 4 años
- 06. 5 años o más

9. **Sentimiento al formar parte del grupo.**

- 01 Igual
- 02 Mejor
- 03 Peor

10. **Presencia de patologías crónicas**

01. Artritis
02. Asma
03. Cataratas
04. Diabetes
05. Depresión
06. Hipoacusia
07. Hipertensión
08. Osteoporosis
09. Reumatismo
10. Otros
11. No padece

11. **Nivel socioeconómico** (se utilizará un instrumento elaborado por el INTA (validado) “Encuesta socioeconómica”)

01. Alto: 13 puntos
02. Medio alto: 13,1 a 26 puntos
03. Medio: 26,1 a 39 puntos
04. Medio bajo: 39,1 a 52 puntos
05. Bajo: 52,1 a 65 puntos

• **4.3.1.2.- Test de evaluación de la calidad de vida (Laminas de Coop Wonca)**

AREAS

12. **Actividad física** (se refiere a la actividad física que puede realizar al menos por dos minutos, durante las últimas dos semanas)

01. Muy intensa: Ejemplo, correr de prisa.
02. Intensa: Ejemplo, correr con suavidad.
03. Moderada: Ejemplo, caminar a paso rápido.
04. Ligera: Ejemplo, caminar despacio.
05. Muy ligera: Ejemplo, Caminar lentamente o no poder caminar.

13. **Sentimientos** (se refiere a la medida en que le han molestado problemas emocionales, tales como: sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo, durante las dos últimas semanas)

01. Nada en absoluto.
02. Un poco.
03. Moderadamente.
04. Bastante.
05. Intensamente.

14. **Actividades cotidianas** (se refiere a la dificultad que ha tenido la persona al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales durante las dos últimas semanas)

01. Ninguna dificultad.
02. Un poco de dificultad.
03. Dificultad moderada.
04. Mucha dificultad.
05. Todo, no ha podido hacer nada.

15. **Actividades sociales** (Se refiere al caso que su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos durante las dos últimas semanas).

01. No, nada en absoluto.
02. Ligeramente.
03. Moderadamente.
04. Bastante.
05. Muchísimo.

16. **Cambio en el estado de salud** (se refiere a como calificaría ahora su estado de salud actual en comparación con el de hace dos semanas)

01. Mucho mejor.
02. Un poco mejor.
03. Igual, por el estilo.
04. Un poco peor.
05. Mucho peor.

17. **Estado de salud** (se refiere a como calificaría su estado de salud en general).
01. Excelente.
 02. Muy buena.
 03. Buena.
 04. Regular.
 05. Mala.
18. **Dolor** (se refiere a cuanto dolor ha tenido durante las últimas dos semanas)
01. Nada de dolor.
 02. Dolor muy leve.
 03. Dolor ligero.
 04. Dolor moderado.
 05. Dolor intenso.
19. **Apoyo social** (se refiere a la existencia de alguna persona dispuesta a ayudarle si necesitaba o quería ayuda).
01. Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme.
 02. Sí, bastante gente.
 03. Sí, algunas personas.
 04. Sí, alguien había.
 05. No, nadie en absoluto.

4.3.2- VARIABLE DEPENDIENTE: (EFECTO)

20. **Calidad de vida** (resultado de los ocho parámetros valorados anteriormente, de acuerdo a la escala)
01. Muy buena: 0 a 9 puntos.
 02. Buena: 10 a 18 puntos.
 03. Regular: 19 a 27 puntos.
 04. Mala: 28 a 36 puntos.
 05. Muy mala: 37 a 45 puntos.

4.4- METODICA PARA ANALISIS DE RESULTADOS

4.4.1- RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El tiempo que tomará este estudio, desde la aplicación de los instrumentos de recolección de información, hasta el informe de los resultados a las instancias pertinentes será de 3 meses.

Para recolectar la información se utilizará un cuestionario impreso, aplicado por el entrevistador en ambos grupos, constando esta etapa de 1 mes y 12 días.

Los datos se recolectaran en el lugar de reunión del grupo folclórico, en este caso el “Centro cultural de la ciudad de Osorno”, los días lunes y viernes, desde las 15 horas. Para el grupo de adultos mayores que se atienden en el consultorio Dr. Pedro Jáuregui, la recolección se realizará en el mismo consultorio o en su defecto en sus hogares, realizando visitas domiciliarias, lo que dificultará este proceso en cuanto a tiempo, ya que primero se debe ubicar el hogar de estas personas, y no necesariamente se encontraran, por lo que probablemente se tendrá que volver otro día.

El investigador orientará a los adultos mayores sobre el instrumento de recolección de información, pasando por los ítems de instrucciones, luego antecedentes biodemográficos, láminas de Coop Wonca y por último la encuesta socioeconómica elaborada por el INTA.

El instrumento de recolección de información, se desglosará de la siguiente forma:

- **Hoja de instrucciones:** donde aparecerán las instrucciones para responder el cuestionario, que será leído por el investigador.
- **Hoja de antecedentes biodemográficos:** donde aparecerá un listado de características personales. Consta de 10 preguntas.
- Sección que incluye las **láminas de Coop Wonca** (Dartmouth coop functional assesment charts/wonca copyright trustees of dartmouth/coo project 1999). Con esta se medirán 3 dimensiones: funcionales físicas, emocionales y sociales, en comparación a su estado de hace dos semanas atrás de la aplicación del test. Constando con 5 categorías de respuesta desde 1 a 5 indicativos de mejor salud y funcionalidad a peor salud y funcionalidad

respectivamente. Además si la persona no sabe leer, o tiene problemas de audición las láminas incluyen una serie gráfica de figuras que se hace comprensible aún con estas dificultades.

▪ **Hoja con encuesta socioeconómica** elaborada por el INTA: Donde tiene una serie de preguntas con sus respectivos puntajes, al evaluar esta parte del instrumento de recolección de información, se aplicará la escala que figura en la encuesta, donde las puntuaciones son la siguientes:

- ✓ >13 puntos nivel alto.
- ✓ 13,1 a 26 puntos nivel medio alto.
- ✓ 26,9 a 39 puntos nivel medio.
- ✓ 39,1 a 52 puntos nivel medio bajo.
- ✓ 52,1 a 65 puntos nivel bajo.

La aplicación del instrumento tomará un tiempo de 30 minutos, en donde el entrevistador será la investigadora, quién distribuirá los instrumentos de recolección de información, clarificará las dudas, dará las instrucciones y se asegurará de que las preguntas sean contestadas en forma correcta y completa.

4.4.2- RECURSOS NECESARIOS

4.4.2.1- Recurso humano

Para la recolección de la información, se necesitará un encuestador que en este caso será la tesista. Además se contará con el apoyo de: profesora patrocinante Sra. Adela Sanguinetti V, Especialista en enfermería oftalmológica, Don Juan Carlos Miranda C, estadístico, Doctor en Economía aplicada y análisis regional, Don Juan Carrillo, director artístico del grupo folclórico de adultos mayores, enfermera a cargo de programa de adulto mayor y Asistente social del consultorio Dr. Pedro Jáuregui, Osorno.

El presupuesto incluirá: insumos, transporte, gastos de presentación del informe final, estimados en \$150.000.

4.5- TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

En esta etapa se definirá la estructura de grupos comparables, se analizarán los resultados de las variables que se presentarán y las relaciones entre estas, tanto por grupos

separados como la comparación de ambos grupos de adultos mayores, a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados. Se considerará como variable dependiente, calidad de vida, siendo las demás restantes variables independientes.

Los resultados de las variables serán presentados mediante tablas.

El análisis estadístico se realizara con el programa SPSS versión 10.

Se realizará un análisis crítico de los resultados de acuerdo a los objetivos planteados, interpretando y comparando los resultados de ambos grupos en estudio. Además de comentar y validar los datos recopilados relacionándolos con estudios previos.

4.6- PRESENTACION DE LOS DATOS

Los datos encontrados se presentarán mediante tablas de contingencia, donde se darán a conocer: los antecedentes biodemográficos por grupos, las relaciones de las características sociodemográficas, nivel socioeconómico, presencia de patologías crónicas y pertenencia a grupo con calidad de vida, y la calidad de vida de ambos grupos

5. RESULTADOS

A continuación se presentarán los datos obtenidos a partir de la población en estudio.

Identificación de la población según antecedentes biodemográficos.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN GRUPO DE EDAD

Tabla de contingencia edad * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
edad	viejo joven	19	13	32
	% de grupo	76,0%	52,0%	64,0%
	Viejo anciano	6	12	18
	% de grupo	24,0%	48,0%	36,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

En el grupo organizado de adultos mayores destaca una marcada tendencia al grupo etáreo “viejo joven”, tres cuartos del total de estos adultos mayores cabe en esta clasificación. En cambio, en el grupo no organizado de adultos mayores existen prácticamente la misma cantidad de adultos mayores dentro de las clasificaciones mencionadas.

TABLA N° 2

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESCOLARIDAD PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia escolaridad * grupo		Grupo		Total
		organizado	no organizado	
escolaridad	analfabeto	1	2	3
	% de grupo	4,0%	8,0%	6,0%
	primaria incompleta	16	9	25
	% de grupo	64,0%	36,0%	50,0%
	primaria completa	2	5	7
	% de grupo	8,0%	20,0%	14,0%
	secundaria incompleta	5	6	11
	% de grupo	20,0%	24,0%	22,0%
	secundaria completa	1	1	2
	% de grupo	4,0%	4,0%	4,0%
	superior completa		2	2
	% de grupo		8,0%	4,0%
	Total		25	25
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

En el grupo organizado de adultos mayores se puede apreciar que en su mayoría, es decir, el 96% de ellos presenta algún grado de escolaridad y solo una minoría son analfabetos. Esta condición se repite en el grupo no organizado de adultos mayores presentando algún grado de escolaridad el 92% de ellos.

TABLA N° 3

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGUN ESTADO CIVIL PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia estado civil * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
estado civil	casado	11	15	26
	% de grupo	44,0%	60,0%	52,0%
	viudo	11	10	21
	% de grupo	44,0%	40,0%	42,0%
	separado	1		1
	% de grupo	4,0%		2,0%
	soltero	2		2
	% de grupo	8,0%		4,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

En el grupo organizado de adultos mayores el 44% vive esta etapa de vida con su cónyuge, y la mayoría, el 56% se encuentra sin pareja. En cambio en el grupo no organizado de adultos mayores, la mayoría, el 60% de ellos cuenta con el apoyo de su pareja, encontrándose la minoría en situación de viudez.

TABLA N° 4

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia sexo * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
sexo	femenino	18	18	36
	% de grupo	72,0%	72,0%	72,0%
	masculino	7	7	14
	% de grupo	28,0%	28,0%	28,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

En ambos grupos se destaca la marcada tendencia de la población en esta etapa de la vida, de estar constituida por personas del sexo femenino, estando la minoría representada por los varones.

TABLA N° 5

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN INGRESO PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia ingresos * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
ingresos	De 30.000 a 50.000	5	6	11
	% de grupo	20,0%	24,0%	22,0%
	De 50.000 a 80.000	7	8	15
	% de grupo	28,0%	32,0%	30,0%
	Más de 80.000	13	11	24
	% de grupo	52,0%	44,0%	48,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

Cabe destacar que en el grupo organizado de adultos mayores más de la mitad de los encuestados, percibe ingresos que sobrepasan los \$80.000, mientras que solo el 48% percibe ingresos entre \$30.000 y \$80.000 pesos. A diferencia del grupo no organizado, en el cual la mayoría de los encuestados perciben ingresos entre \$30.000 y \$80.000 pesos, contando el 44% con ingresos superiores a \$80.000 pesos.

TABLA N° 6

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD ECONOMICA PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia actividad* grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
actividad	remunerada	7	4	11
	% de grupo	28,0%	16,0%	22,0%
	no remunerada	18	21	39
	% de grupo	72,0%	84,0%	78,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

En ambos grupos se presenta mayoritariamente la condición de pasivos, es decir, la mayoría de los encuestados no realizan actividades que les permitan recibir ingresos extras a los de pensiones o jubilación.

TABLA N° 7

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGUN PERTENENCIA A GRUPO

Tabla de contingencia pertenencia a grupo * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
pertenencia a grupo	no pertenece		25	25
	% de grupo		100,0%	50,0%
	pertenece	25		25
	% de grupo	100,0%		50,0%
Total		25	25	50
	% de grupo	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se muestra claramente que hay solo un grupo de personas que forman parte de una organización.

TABLA N° 8

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE PERTENENCIA AL GRUPO DE LA TERCERA EDAD

Tabla de contingencia tiempo pertenencia * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
tiempo	Menor a 1 año	2		2
	% de grupo	8,0%		4,0%
	1 año	2		2
	% de grupo	8,0%		4,0%
	2 años	1		1
	% de grupo	4,0%		2,0%
	3 años	5		5
	% de grupo	20,0%		10,0%
	4 años	4		4
	% de grupo	16,0%		8,0%
	5 años y mas	11		11
	% de grupo	44,0%		22,0%
	no corresponde		25	25
	% de grupo		100,0%	50,0%
Total	Recuento	25	25	50
	% de grupo	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa que el tiempo de pertenencia de 5 años y más es la más frecuente, donde cabe poco menos de la mitad de los encuestados, seguido por los que participan desde hace 3 años, luego los que participan desde hace 4 años y minoritariamente los que participan desde hace menos de 1 año a 2 años.

TABLA N° 9

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SENTIMIENTO AL FORMAR PARTE DEL GRUPO DE TERCERA EDAD

Tabla de contingencia sentimiento* grupo		grupo		Total
		organizado	No organizado	
sentimiento	mejor	25		25
	% de grupo	100,0%		50,0%
	no corresponde		25	25
	% de grupo		100,0%	50,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

En este grupo de adultos mayores, el 100% de ellos refirió sentirse mejor que antes de formar parte del grupo.

TABLA N° 10

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGUN PATOLOGIAS CRONICAS PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia P. crónica * grupo	Grupo			
	Organizado		No organizado	
P. crónicas	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Artritis	4	16 %	4	16 %
Asma	1	4 %	1	4 %
Cataratas	1	4 %	2	8 %
Diabetes	3	12 %	6	24 %
Depresión	4	16 %		
Hipoacusia	5	20 %	4	16 %
Hipertensión	12	48 %	10	40 %
Osteoporosis	3	12 %	4	16 %
Reumatismo			3	12 %
Otros	8	32 %	4	16 %
No padece	6	24 %	3	12 %

Para ambos grupos, la patología crónica más frecuente es la Hipertensión arterial, no superando el 50 % en ambos grupos. Y con un 4 % la patología crónica menos frecuente para ambos grupos, el asma.

TABLA N° 11

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN CALIDAD DE VIDA PARA
AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia calidad de vida * grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
calidad de vida	muy buena	1		1
	% de grupo	4,0%		2,0%
	bueno	15	10	25
	% de grupo	60,0%	40,0%	50,0%
	regular	9	11	20
	% de grupo	36,0%	44,0%	40,0%
	mala		4	4
	% de grupo		16,0%	8,0%
Total		25	25	50
% de grupo		100,0%	100,0%	100,0%

El grupo organizado de adultos mayores en su mayoría presenta una buena calidad de vida, manteniendo los miembros restantes del grupo desde muy buena a regular calidad de vida. En cambio en el grupo no organizado de adultos mayores, la mayoría presenta regular calidad de vida, y los miembros restantes del grupo presentan desde buena a mala calidad de vida.

TABLA N° 12

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO PARA
AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia índice socioeconómico* grupo		grupo		Total
		organizado	no organizado	
índice socioeconómico	medio alto	3	2	5
	% de grupo	12,0%	8,0%	10,0%
	medio	18	23	41
	% de grupo	72,0%	92,0%	82,0%
	medio bajo	4		4
	% de grupo	16,0%		8,0%
Total		25	25	50
	% de grupo	100,0%	100,0%	100,0%

Para ambos grupos, el nivel socioeconómico preponderante es el nivel medio, en una amplia mayoría según los datos arrojados por la encuesta aplicada.

Relación entre antecedentes biodemográficos y calidad de vida para ambos grupos

TABLA N° 13

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGUN EDAD Y CALIDAD DE VIDA PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia edad * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo	Edad	muy buena	bueno	regular	mala	
organizado	Viejo joven		11	8		19
	% de edad		57,9%	42,1%		100,0%
	Viejo anciano	1	4	1		6
	% de edad	16,7%	66,7%	16,7%		100,0%
Total		1	15	9		25
	% de edad	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	viejo joven		6	5	2	13
	% de edad		46,2%	38,5%	15,4%	100,0%
	Viejo anciano		4	6	2	12
	% de edad		33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
Total			10	11	4	25
	% de edad		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

En el grupo organizado de adultos mayores, hay mejor calidad de vida que en el grupo no organizado, en los que la calidad de vida se encuentra entre buena a mala, independiente de la edad.

TABLA N° 14

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Tabla de contingencia escolaridad * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo	escolaridad	muy buena	buena	regular	mala	
organizado	analfabeto		1			1
	% de escolaridad		100,0%			100,0%
	Primaria incompleta	1	10	5		16
	% de escolaridad	6,3%	62,5%	31,3%		100,0%
	primaria completa		2			2
	% de escolaridad		100,0%			100,0%
	secundaria incompleta		2	3		5
	% de escolaridad		40,0%	60,0%		100,0%
	Secundaria completa			1		1
	% de escolaridad			100,0%		100,0%
Total		1	15	9		25
	% de escolaridad	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	analfabeto			2		2
	% de escolaridad			100,0%		100,0%
	primaria incompleta		3	4	2	9
	% de escolaridad		33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
	primaria completa		4		1	5
	% de escolaridad		80,0%		20,0%	100,0%
	Secundaria incompleta		1	4	1	6
	% de escolaridad		16,7%	66,7%	16,7%	100,0%
	secundaria completa		1			1
	% de escolaridad		100,0%			100,0%
	superior completa		1	1		2
% de escolaridad		50,0%	50,0%		100,0%	
Total			10	11	4	25
	% de escolaridad		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

Independiente de la escolaridad, en el grupo organizado de adultos mayores la mayoría presenta buena calidad de vida, estando los miembros restantes del grupo entre muy buena a regular calidad de vida. En el grupo no organizado, la calidad de vida de la mayoría está en las mismas condiciones del grupo anterior, la diferencia radica en los miembros restantes de este grupo, de los cuales la calidad de vida va desde regular a mala.

TABLA N° 15

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia estado civil * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo	Estado civil	muy buena	buena	regular	mala	
organizado	casado		9	2		11
	% de estado civil		81,8%	18,2%		100,0%
	viudo	1	4	6		11
	% de estado civil	9,1%	36,4%	54,5%		100,0%
	separado		1			1
	% de estado civil		100,0%			100,0%
	soltero		1	1		2
	% de estado civil		50,0%	50,0%		100,0%
Total		1	15	9		25
	% de estado civil	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	casado		4	9	2	15
	% de estado civil		26,7%	60,0%	13,3%	100,0%
	viudo		6	2	2	10
	% de estado civil		60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Total			10	11	4	25
	% de estado civil		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

En el grupo organizado, independiente del estado civil de sus miembros, la mayoría de ellos presenta buena calidad de vida. En cambio en el grupo no organizado de adultos mayores, la mayoría presenta regular calidad de vida.

TABLA N° 16

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO Y CALIDAD DE VIDA
PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia sexo * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo		muy buena	buena	regular	mala	
organizado	femenino	1	9	8		18
	% de sexo	5,6%	50,0%	44,4%		100,0%
	masculino		6	1		7
	% de sexo		85,7%	14,3%		100,0%
Total		1	15	9		25
	% de sexo	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	femenino		7	8	3	18
	% de sexo		38,9%	44,4%	16,7%	100,0%
	masculino		3	3	1	7
	% de sexo		42,9%	42,9%	14,3%	100,0%
Total			10	11	4	25
	% de sexo		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

En el grupo organizado de adultos mayores, en ambos sexos la mayoría presenta buena calidad de vida. A diferencia de esto el grupo no organizado en su mayoría presenta regular calidad de vida.

TABLA N° 17

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN INGRESO Y CALIDAD DE VIDA

Tabla de contingencia ingresos * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo	Ingresos	muy buena	buena	regular	mala	
organizado	30.000 50.000		3	2		5
	% de ingresos		60,0%	40,0%		100,0%
	50.000 80.000		4	3		7
	% de ingresos		57,1%	42,9%		100,0%
	mas 80.000	1	8	4		13
	% de ingresos	7,7%	61,5%	30,8%		100,0%
Total		1	15	9		25
% de ingresos		4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	30.000 50.000		4	1	1	6
	% de ingresos		66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
	50.000 80.000		2	5	1	8
	% de ingresos		25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
	mas 80.000		4	5	2	11
	% de ingresos		36,4%	45,5%	18,2%	100,0%
Total			10	11	4	25
% de ingresos			40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

Independiente del ingreso, la mayoría de adultos mayores del grupo organizado presentan buena calidad de vida. En el grupo no organizado independiente del ingreso, la mayoría presenta regular calidad de vida.

TABLA N° 18

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD ECONOMICA Y CALIDAD DE VIDA

Tabla de contingencia actividad * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo	Actividad económica	muy buena	bueno	regular	mala	
organizado	remunerada	1	5	1		7
	% de actividad	14,3%	71,4%	14,3%		100,0%
	no remunerada		10	8		18
	% de actividad		55,6%	44,4%		100,0%
total		1	15	9		25
% de actividad		4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	remunerada		2		2	4
	% de actividad		50,0%		50,0%	100,0%
	no remunerada		8	11	2	21
	% de actividad		38,1%	52,4%	9,5%	100,0%
Total			10	11	4	25
% de actividad			40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

En el grupo organizado de adultos mayores, la mayoría presenta buena calidad de vida sin influir el tipo de actividad económica que realicen. En cambio en el grupo no organizado la mayoría presenta regular calidad de vida.

TABLA N° 19

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN PERTENENCIA A GRUPO Y CALIDAD DE VIDA

Tabla de contingencia pertenencia a grupo * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
		muy buena	buena	regular	mala	
organizado	pertenece	1	15	9		25
	% de pertenencia a grupo	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
Total		1	15	9		25
	% de pertenencia a grupo	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	no pertenece		10	11	4	25
	% de pertenencia a grupo		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%
Total			10	11	4	25
	% de pertenencia a grupo		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

En esta tabla se muestra claramente que al formar parte de un grupo, se tiene mejor calidad de vida.

TABLA N° 20

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN INDICE SOCIOECONOMICO

Tabla de contingencia índice socioeconómico * calidad de vida * grupo		calidad de vida				Total
grupo	Índice socioeconómico	muy buena	buena	regular	mala	
organizado	medio alto		1	2		3
	% de índice socioeconómico		33,3%	66,7%		100,0%
	medio	1	12	5		18
	% de índice socioeconómico	5,6%	66,7%	27,8%		100,0%
	medio bajo		2	2		4
	% de índice socioeconómico		50,0%	50,0%		100,0%
Total		1	15	9		25
	% de índice socioeconómico	4,0%	60,0%	36,0%		100,0%
no organizado	medio alto		1	1		2
	% de índice socioeconómico		50,0%	50,0%		100,0%
	medio		9	10	4	23
	% de índice socioeconómico		39,1%	43,5%	17,4%	100,0%
Total			10	11	4	25
	% de índice socioeconómico		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

En el grupo organizado, independiente del índice socioeconómico, la mayoría presenta buena calidad de vida. A diferencia de esto, en su mayoría el grupo no organizado, presenta regular calidad de vida.

TABLA N° 21

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN PATOLOGÍAS CRÓNICAS PARA AMBOS GRUPOS

Tabla de contingencia patologías crónicas calidad de vida * grupo	calidad de vida				Total
	muy buena	buena	regular	mala	
Patologías crónicas					
Organizado					
no padece	1	4			5
% de p. crónicas	20,0%	80,0%			100,0%
artritis		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
diabetes		2			2
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
hipoacusia		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
Hipertensión (HTA)		3			3
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
Hipertensión, diabetes		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
Hipertensión, hipoacusia		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
HTA, Hipoacusia, depresión		1	1		2
% de p. crónicas		50,0%	50,0%		100,0%
Osteoporosis, HTA, depresión, artritis.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
Osteoporosis, HTA, hipoacusia, asma, artritis			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
otros			4		4
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
Otros, HTA.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%

Otros, HTA, depresión, artritis.		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
Otros, osteoporosis, HTA, artritis.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
Total	1	15	9		25
% de p. crónicas	4,0%	60,0%	36,0%		100
No organizado					
no padece		3	2		5
% de p. crónicas		60,0%	40,0%		100,0%
diabetes		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
Diabetes, cataratas.			1	1	2
% de p. crónicas			50,0%	50,0%	100,0%
Hipoacusia, diabetes.		1			1
% de p. crónicas		100,0%			100,0%
hipertensión		2	1		3
% de p. crónicas		66,7%	33,3%		100,0%
HTA, diabetes.			2		2
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
HTA, diabetes, artritis.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
HTA, Hipoacusia, artritis.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
HTA, hipoacusia, cataratas.				1	1
% de p. crónicas				100,0%	100,0%
Osteoporosis, HTA.				1	1
% de p. crónicas				100,0%	100,0%
Reumatismo, osteoporosis, HTA, asma, artritis.				1	1
% de p. crónicas				100,0%	100,0%
Reumatismo, osteoporosis, HTA, hipoacusia, artritis.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
otros		3	1		4
% de p. crónicas		75,0%	25,0%		100,0%

Otros, reumatismo, osteoporosis.			1		1
% de p. crónicas			100,0%		100,0%
Total		10	11	4	25
% de p. crónicas		40,0%	44,0%	16,0%	100,0%

Claramente, el grupo organizado de adultos mayores presenta mejor calidad de vida que el grupo no organizado y en ambos a medida que las personas van adquiriendo más patologías crónicas, va empeorando su calidad de vida.

6. DISCUSION

Edad:

Se observa en esta población de adultos mayores organizados una marcada tendencia al grupo etéreo “viejo joven”, es decir personas entre 65 y 74 años y una minoría los mayores de 75 años, no así, en el grupo no organizado de adultos mayores, los cuales son prácticamente la misma cantidad de personas por grupo etéreo.

Los resultados del grupo organizado coinciden con las tendencias por grupos de edades en nuestro país; las cuales en un 72,6% pertenecen al grupo de “viejo joven”, en cambio el grupo de “viejo anciano” en nuestro país, es 470.171 ocupando el 27,4% de la población de adultos mayores. Todo esto según los datos arrojados por el censo del año 2002.

Escolaridad:

En este aspecto el 94% de la población estudiada, presenta algún grado de preparación escolar, y en ambos grupos la mayor frecuencia se da el haber cursado alguna etapa de la educación primaria, sin llegar a terminarla. Solo el 6% de esta población es analfabeta. Esto coincide con la condición a nivel de país, ya que el porcentaje de alfabetización de la población de adultos mayores es de 95,79%, en donde ambos grupos etéreos presenta prácticamente las mismas características, y a mayor edad, presentan menos años de estudio. (Censo 2002).

Estado civil:

El grupo no organizado de adultos mayores presenta mayoritariamente personas que no tienen pareja, es decir; solteros, viudos y/o separados, y la minoría con un 44% son casados. A diferencia de esto, el grupo no organizado presenta una mayoría de personas que comparten su vida con sus parejas, lo que concuerda con la tendencia del país, ya que el 56% de la población de adultos mayores comparten esta etapa de la vida con sus cónyuges, repercutiendo positivamente por todas las implicancias psicosociales que involucra.

Sexo:

Dentro de los resultados que se presentaron anteriormente, en la totalidad de la población en estudio (50 adultos mayores), existe una marcada tendencia a lograr una mayor esperanza de vida en las personas del sexo femenino, llegando en un número mayor a la etapa de ancianidad, en relación a las personas del sexo masculino, tal como se refleja en los datos entregados por el censo del año 2002. Cuya población femenina se refleja más numerosa que la población masculina en todas las regiones del país, exceptuando la décimo primera región, en la etapa de adultez mayor.

Ingreso:

En la población en estudio, en el grupo organizado de adultos mayores más de la mitad de los encuestados, percibe ingresos que sobrepasan los \$80.000, mientras que solo el 48% percibe ingresos entre \$30.000 y \$80.000 pesos. A diferencia del grupo no organizado, en el cual la mayoría de los encuestados perciben ingresos entre \$30.000 y \$80.000 pesos, contando el 44% con ingresos superiores a \$80.000 pesos.

Aunque a muchos de ellos les preocupa la disminución del ingreso con el tiempo, además de aumentar el desembolso ya sea en medicamentos, entre otros. En sectores acomodados y de clase media implica un cambio en el estándar de vida y muchas veces surge una pobreza encubierta. Las personas viven en casas grandes, con buenos muebles, pero sin dinero para sus necesidades básicas. Hay un asunto ligado con la dignidad que es muy fuerte en el adulto mayor. Lo hace ocultar la realidad incluso ante los hijos.

En este sentido, junto con revisar la edad de jubilación, urge ser creativos en generar espacios para que realicen labores con horarios flexibles, que no requieran esfuerzo físico. De hecho, en otros países se les solicita en jardines infantiles para que cuiden niños o lean cuentos. (Por: Mg. Walter Santander Wannhoff).

Actividad económica:

Para ambos grupos el tipo de actividad económica más frecuente dentro de sus miembros es la actividad no económicamente activa, lo que quiere decir que la mayoría de nuestros adultos mayores de esta población presentan la condición de pasivos, acercándose a la condición general de los adultos mayores de nuestro país. Este hecho repercute de forma negativa, tanto económicamente como funcional en las personas de este grupo etáreo, ya que por su condición aumenta el desembolso en medicamentos, consultas médicas entre otros.

Tiempo de pertenencia al grupo de adultos mayores:

El grupo de adultos mayores organizado, es un grupo folclórico que lleva 10 años en funcionamiento.

La mayoría de los miembros de este grupo, forman parte de él por más de 5 años, algunos desde sus inicios, sin dejar de lado la minoría de los que se están integrando, lo que demuestra que las personas mayores se sienten muy pertenecientes a la vida, a la sociedad y que tienen mucho que entregar aún, mostrando sus habilidades quizá un poco disminuidas, pero por el solo entusiasmo con que realizan sus actividades contagian de vida a todos.

Con esto ellos conservan roles dentro de la sociedad, manteniendo status y prestigio en lo que realizan, por lo que es muy importante dar la posibilidad de acceder y pertenecer a grupos sociales, por que los hacen sentir mejor, los ayuda a tener una mejor calidad de vida, según ellos mismos lo pueden decir.

Nivel socioeconómico:

La mayoría de la población en estudio de ambos grupos pertenece al nivel socioeconómico medio, las minorías ocupan el nivel medio alto; y solo en el grupo organizado se presentan personas del nivel medio bajo.

Patologías crónicas:

Este estudio refleja que la patología crónica más frecuente dentro de ambos grupos es la hipertensión arterial, siguiéndole la diabetes e hipoacusia, ambas con la misma frecuencia, estando en tercer lugar la artritis; esto sin considerar a las personas que no padecen enfermedades ni a las personas que presentan otro tipo de patologías. Demostrando que realmente, por el proceso que se vive, de pérdida de las funciones del organismo, van adquiriendo las distintas patologías, siendo el sistema cardiovascular uno de los que se ve afectado con mayor frecuencia, también sabemos que los sentidos van perdiendo capacidad, siendo los problemas de audición más comunes que los de visión, por lo que los limita de cierta forma, teniendo dificultades para seguir conversaciones cuando interfieren ruidos tales como la televisión, radio u otras conversaciones.

Esto coincide con el estudio realizado por el sociólogo O. Domínguez, “encuesta de las necesidades de los ancianos en Chile”, 2002, en la cual el 71,9% de los encuestados declaró tener algún problema de salud, ocupando el primer lugar los problemas del aparato circulatorio, le siguen el sistema osteo- muscular, traumatismos, accidentes, enfermedades de los órganos de los sentidos, en donde un 30% refirió problemas para sus actividades diarias por disminución de visión y 12% por problemas de audición.

Calidad de vida:

En la población en estudio, la mayoría presenta buena calidad de vida, cabe destacar que en el grupo organizado la calidad de vida va desde muy buena a regular y en el grupo no organizado de adultos mayores la calidad de vida va desde buena a mala, por lo que se infiere que las personas del grupo organizado tienen mejor calidad de vida que las personas que no pertenecen a grupos, demostrándose así la influencia positiva del sentimiento de pertenencia a grupos, de sentirse partícipes en nuestra sociedad.

Calidad de vida* edad:

Por lo que se puede apreciar, la edad no tiene una gran influencia en la calidad de vida de las personas, ya que para el grupo organizado de adultos mayores, la mayor frecuencia coincide en ambos grupos etéreos en buena calidad de vida. En las personas que no pertenecen a grupos la mayor frecuencia presenta regular calidad de vida en ambos grupos etéreos.

Calidad de vida* escolaridad:

No se muestran mayores influencias de la escolaridad sobre la calidad de vida, puesto que para ambos grupos independiente de la escolaridad que tengan las personas, la calidad de vida no varían significativamente.

Calidad de vida* estado civil:

Dentro de este punto, la calidad de vida, independiente del estado civil, se presenta como buena en el caso del grupo organizado de adulto mayor y regular en el caso de los adultos mayores que no pertenecen a grupos. Lo que demuestra que la situación de viudez que podría presentarse en esta etapa de la vida, es más esperable y se toma de una mejor manera, teniendo mejores redes de apoyo.

Calidad de vida* sexo:

El sexo no muestra una gran influencia sobre la calidad de vida, teniendo en el grupo organizado la mayoría buena calidad de vida, aunque en el sexo femenino, la calidad de vida va desde muy buena a regular y en el sexo masculino va desde buena a regular.

En el grupo no organizado para ambos sexos la calidad de vida va desde buena a mala, donde la mayoría presenta regular calidad de vida.

Calidad de vida* ingreso:

Es importante destacar que las personas que perciben menores ingresos tanto como las que perciben ingresos superiores a \$80.000, mantienen en el caso del grupo organizado una buena calidad de vida, y en el caso del grupo no organizado buena a regular calidad de vida, por lo que se infiere que el ingreso no presenta mayor influencia sobre la calidad de vida de las personas, siempre y cuando esto les alcance para cubrir sus necesidades básicas y les permitan satisfacer sus aspiraciones.

Calidad de vida* actividad económica:

En este caso la calidad de vida de las personas que no tienen actividad remunerada, que los llamaríamos pasivos, presentan mejor calidad de vida que las personas que perciben ingresos extras de su jubilación o pensión. Esto podría entenderse por el hecho que en la vejez, la calidad de vida está muy relacionada con la funcionalidad, más que con el hecho de recibir dinero que involucra la situación de activos.

Es más que nada la independencia síquica, y social la que les otorga a las personas un estado de satisfacción, ya que uno de los temores de estas personas es sentirse una carga para la familia y la sociedad.

Calidad de vida* pertenencia a grupo:

Cabe destacar que la participación dentro de un grupo social en este caso, permite que estas personas presenten en su mayoría buena calidad de vida, demostrando en general que tienen mejor calidad de vida que las personas que no pertenecen a algún grupo.

Muchos de ellos dejan claro que si quizá su calidad de vida no es muy buena, pero el hecho de pertenecer al grupo de todas maneras los ha hecho sentir mejor, más apoyados, importantes, les sube la autoestima y el ánimo para seguir dando lo mejor de ellos en esta etapa de sus vidas, ya que la necesidad de pertenencia y el temor a la soledad, los hace buscar espacios de encuentro y explica por qué en Chile se toman iniciativas para ellos.

Tener actividades propias es muy valorado, porque entre otras cosas, los libera de sentirse una carga. Las familias los invitan a almorzar, pero ellos ven que hijos y nueras también necesitan descansar, entonces las visitas se acortan. Nos piden actividades el fin de semana, para así decirle a la familia de vez en cuando 'no, gracias, tengo panorama'. (Por: Mg. Walter Santander Wannhoff).

Calidad de vida* índice socioeconómico:

Para ambos grupos, la percepción de la calidad de vida no se ve influenciada por el nivel socioeconómico, ya que se ve claramente en el caso del grupo organizado, que las personas del nivel socioeconómico medio bajo presentan igual calidad de vida que las del nivel medio o medio alto.

En el caso de las personas que no pertenecen a grupo, se da la misma tendencia, la diferencia es que en este grupo la calidad de vida va desde buena a mala y en el grupo organizado va desde muy buena a regular.

Calidad de vida* patología crónica:

En el grupo organizado de adultos mayores, a medida que las personas van presentando mayor cantidad de patologías crónicas asociadas, su calidad de vida va siendo menos positiva, pese a lo anterior ninguna persona presenta mala calidad de vida.

En cambio en el grupo no organizado de adultos mayores, independiente de la cantidad de patologías crónicas presentes, las personas presentan de buena a mala calidad de vida.

7. CONCLUSIONES

La información analizada en esta investigación permite concluir que: para el grupo organizado, en su mayoría son viejos jóvenes (60 a 74 años) a diferencia del grupo no organizado que prácticamente tiene la misma cantidad de personas por grupo etáreo, en mayor proporción de sexo femenino para ambos grupos; con algún grado de preparación escolar, presentando sólo un 6% de analfabetismo.

En el grupo organizado en su mayoría no tienen pareja siendo estos predominantemente viudos, a diferencia del grupo no organizado en el cual la mayoría de las personas están casadas.

Presentan nivel socioeconómico medio mayoritariamente para ambos grupos. En cuanto a los ingresos que perciben, en el grupo organizado, la mayoría de las personas, recibe mensualmente más de \$80.000, mientras que el 48% de ellos reciben entre \$30.000 y \$80.000. El caso contrario se da en el grupo no organizado, en los que la mayoría de las personas reciben mensualmente entre \$30.000 y \$80.000, contando el 44% de ellos con ingresos superiores a \$80.000.

Su condición es de pasivos en ambos grupos, dedicándose a las labores del hogar, a voluntariados de hogares e iglesias, y muchos de ellos a cuidar nietos. Dentro de las actividades que realizan las personas que se consideran como activas, están: arriendo de inmuebles, artesanía, venta de leña, repartidor de diario, entre otros.

La patología crónica más frecuente para ambos grupos es la hipertensión arterial, no superando el 50%, en el grupo organizado, seguida por otro tipo de patologías de las que destacan: artrosis, lumbago crónico, enfermedades respiratorias entre otros, y con un 20% la hipoacusia. En el grupo no organizado en segundo lugar la diabetes mellitus con un 24%.

En este estudio hay un solo grupo de personas que pertenece y participa activamente dentro de un grupo organizado, de los cuales la mayoría participa desde hace más de 5 años en estas actividades, ellos refieren sentirse mejor que antes de formar parte del grupo, y en general ellos presentan mejor calidad de vida que las personas que no forman parte de un grupo, teniendo la mayoría buena calidad de vida.

La calidad de vida de estas personas se ve mayormente influenciada por la presencia de patologías crónicas, ya que mientras mas patologías crónicas asociadas presentan, su calidad de vida es menos positiva (en el grupo organizado), además también influye el tipo de actividad económica que tengan las personas, ya que los que se consideran pasivos presentan mejor calidad de vida que las personas activas económicamente. Y por sobre todo influye notablemente la pertenencia a grupos, ya que las personas tienen calidad de vida que va desde muy buena a regular, en cambio los que no pertenecen a grupo la calidad de vida va desde buena a mala.

La edad no muestra influencia sobre la calidad de vida, ya que en ambos grupos etáreos la calidad de vida es buena en las personas que pertenecen a grupo y en las que no, para ambos grupos etareos la calidad de vida es regular mayormente.

La escolaridad, el sexo no muestran mayor influencia sobre la calidad de vida, ya que independiente de esto presentan buena y regular calidad de vida dependiendo del grupo, organizado y no organizado respectivamente.

El ingreso e índice socioeconómico tampoco influyen dentro de la calidad de vida, ya que para estas personas en general les importa el hecho de poder cubrir sus necesidades básicas y aspiraciones personales, más que el hecho de recibir dinero o poseer cosas materiales, ya que por los programas de atención en salud se ven beneficiados en cuanto a las enfermedades crónicas por ejemplo como también en lo social con grupos de adulto mayor.

El estado civil no influye en la calidad de vida, ya que en el caso de las personas que son viudas toman esto como parte normal de la vida, y tratan de suplir esto y seguir adelante apoyándose en sus familiares y otras personas, los solteros sienten que la vida también les da otro tipo de apoyo, la mayoría presenta redes de apoyo y recibe cariño de estas, por lo que la vida se les hace más fácil.

De acuerdo a estas conclusiones, se puede decir que los resultados en relación a la calidad de vida muestran mucha variabilidad, ya que bajo ciertas condiciones que podrían deducirse como esenciales, no resultan ni determinantes ni influyentes, es decir la calidad de vida comprende ciertas condiciones, ya sea económicas, sociales, salud entre otras, que son esenciales para la supervivencia, aunque por otro lado tienen una connotación personal acerca de lo que cada persona espera y necesita para sentirse en condiciones óptimas.

En la encuesta de las necesidades de los ancianos en Chile año 2002, por el sociólogo O. Domínguez, auspiciado por la organización panamericana de la salud, se encontraron como problemas de prioridad para los menores de 75 años, las exigencias económicas y para los

mayores de 75 años especialmente en mujeres prioridad la salud. Lo que en cierta forma se asemeja a lo encontrado en este estudio. Sin olvidar que el envejecimiento como todo proceso es individual, y que cada uno tiene ciertas necesidades que trata de cubrir para lograr sentirse mejor y mantener una buena calidad de vida.

Por lo que es importante tener claro que nuestro país tiene un déficit de enfermeras cercano al 40% y son pocos los profesionales que poseen los conocimientos para otorgar cuidados de calidad a los adultos mayores en los diferentes niveles de atención y que se interesen en trabajar en la red asistencial que los apoya. Esto lleva a plantear la necesidad de crear nuevos modelos de atención que garanticen una atención humanizada, accesible y a un costo que el país esté en condiciones de solventar. Para avanzar en lo anteriormente expuesto, es necesario que las escuelas de enfermería asuman la responsabilidad que les corresponde, a través de la formación de pre y postítulo en Geronto-Geriatria y que definan líneas y prioridades de investigación uni y multiprofesional en esta área, para conocer la realidad del adulto mayor en nuestro país y otorgarle una atención que le permita mantener su calidad de vida.

Una de las recomendaciones es que las escuelas de enfermería creen un ambiente favorable para que los estudiantes puedan desarrollar una actitud positiva frente a los adultos mayores. Aunque esto se ha ido logrando gradual y lentamente, con la incorporación de metodologías participativas en la docencia, la disponibilidad de cursos interdisciplinarios de profundización en Geronto-Geriatria ofrecidos por otras unidades académicas y la ampliación de experiencias clínicas con adultos mayores en instituciones debidamente acreditadas del nivel primario, secundario y terciario, los alumnos aprenden a trabajar con adultos mayores sanos y enfermos y con sus cuidadores formales e informales.

Con esto podemos darnos cuenta que Enfermería puede hacer importantes contribuciones al desarrollo de modelos innovadores dirigidos a mejorar la calidad y continuidad del cuidado de los adultos mayores, teniendo en cuenta los resultados que se recojan en esta investigación, e investigaciones previas, serán de gran utilidad a la hora de planificar una atención integral y específica para nuestra población de adultos mayores. Ya que nos dan un acercamiento a sus necesidades relacionadas con la calidad de vida, lo que permitiría abordar esta situación actual y emergente en pro de fomentar y promover el mejoramiento de la calidad de vida para ellos.

Además, nos permitirá reflexionar sobre la importancia del cambio demográfico para el país y para nuestro quehacer profesional, incentivándonos a buscar las mejores estrategias para enfrentar los problemas del envejecimiento desde el punto de vista de las personas y de las comunidades.

También nos ayudará a entender el envejecimiento como parte de un proceso de vida que tiene varias etapas o ciclos vitales, y que estas personas no constituyen individuos “desechables”, sino que pueden ser integrados a la sociedad, ya que si bien es cierto la ancianidad implica un deterioro de algunas capacidades, principalmente físicas, pero estas se compensan, por la experiencia de vida acumulada en forma enriquecedora. Teniendo en cuenta que la forma en que viven sus últimas etapas de la vida está relacionada con la forma en que se han vivido las etapas anteriores.

Por lo tanto, esta investigación puede ser un incentivo para las próximas generaciones, que los lleve a querer buscar por ellos mismos las percepciones de nuestros adultos mayores, que son un acumulo de experiencias realmente enriquecedoras, tanto para ellos como para las personas que conforman su entorno, ya que podemos aprender mucho de ellos, de su forma de ver la vida, de su capacidad de entrega, de sus gustos, de sus ganas de vivir.

8. BIBLIOGRAFIA

Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS, 1994.

Badia, X; Salamero, M; Alonso, J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª edición Edimac, 1999. Barcelona. 144- 155p.

Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2002. Plataforma interactiva de acceso a los resultados del censo 2002. Versión 1.0.2.

Ministerio de Salud de Chile Situación de la Salud en Chile, 1999; pgs: 9-10.

Sada, P. 2005. Psicología de la tercera edad
<http://www.portaladultomayor.com> - 30k - 28 Ago 2005/Psicología de la 3ª Edad.htm

Salas, E. 2002. El adulto mayor y las problemáticas derivadas, un desafío para la educación.
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/spcuatro/pdfs/Comunicaci%F3nconeladultomayor.pdf>

Santander, W. 2005. Mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor: una responsabilidad de todos.
http://www.ced.ucn.cl/ucnvirtual/paper/adulto_mayor.htm

Servicio de salud Llanchipal. 2003. Programa de salud del adulto mayor.
http://www.llanchipal.cl/Programas/Personas/Adulto_mayor/adulto_mayor.htm.

Staab A S, Hodges L C. Enfermería Gerontológica. Editorial Mc Graw Hill, 1998.

Universidad de Chile. 2005. Diversos temas.
<http://www.gerontologia.uchile.cl>

ANEXOS

I. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, he sido informado (a) por la Srta. Ingrid Hidalgo Carrillo, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que realiza un trabajo de investigación acerca de la calidad de vida de los adultos mayores, es por eso que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo de investigación, contestando instrumentos de recolección de información.
2. He sido informado (a) claramente sobre el rol que me concierne dentro del trabajo y la metodología a estudiar en el estudio de investigación así también, se me han presentado los objetivos que persigue este trabajo.
3. Autorizo a la Srta. Ingrid Hidalgo Carrillo, a que utilice la información que yo le entregue reservando mi identidad.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración y participación, en cualquier momento que yo desee.
5. Fijaremos día, hora y lugar donde se aplicará el instrumento de recolección de información.
6. Manifiesto que he comprendido lo establecido y otorgo mi consentimiento y para que así conste, firmo el presente documento.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la tesista.

Osorno, _____.-

II. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

INSTRUCCIONES

- ✓ A continuación usted encontrará los cuestionarios respectivos: antecedentes biodemográficos, láminas de coop wonca, encuesta socioeconómica.
- ✓ Este cuestionario no llevará nombre, para proteger su intimidad, además se asegura la confidencialidad de todos los datos recogidos en este cuestionario.
- ✓ Para responder al cuestionario, debe marcar con una cruz (x) la respuesta correcta a su condición.
- ✓ Por cualquier duda consulte.

ANTECEDENTES BIODEMOGRAFICOS

- ❖ Indique cuál es su edad (años cumplidos).

- ❖ Indique cual es su escolaridad, marcando con una cruz (x)

Analfabeto	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaría incompleta	
Secundaría completa	
Enseñanza superior incompleta	
Enseñanza superior completa	

- ❖ Indique cuál es su estado civil, marcando con una cruz (x)

Casado	
Viudo	
Separado	
Soltero	
Conviviente	

- ❖ Indique su sexo, marcando con una cruz (x)

Femenino	
Masculino	

- ❖ Indique su ingreso (dinero del que dispone en un mes), marcando con una cruz (x)

Menos de \$30.000	
De \$30.000 a \$50.000	
De \$51.000 a \$80.000	
Más de \$81.000	

- ❖ Indique la actividad que realiza actualmente, marcando con una cruz (x)

Actividad remunerada	
Actividad no remunerada	
Indique la actividad	

- ❖ Indique si Pertenece a algún grupo organizado, marcando con una cruz (x), ya sea grupo de iglesia, etc.

Si	
No	

- ❖ Indique cuanto tiempo lleva de permanencia en el grupo (desde el momento de inscripción al grupo a la fecha), marcando con una cruz (x)

Menos de 1 año	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años o más	

- ❖ Indique como se siente ahora, al formar parte del grupo, en relación a antes de asistir a sus reuniones de grupo, marcando con una cruz (x)

Igual	
Mejor	
Peor	

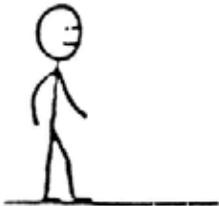
❖ Indique que patologías crónicas presenta usted, marcando con una cruz (x).

Artritis	
Asma	
Cataratas	
Diabetes	
Depresión	
Hipoacusia	
Hipertensión	
Osteoporosis	
Reumatismo	
Otros	
No padece	

**LAMINAS DE COOP WONCA
FORMA FISICA**

Durante las ultimas 2 semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo: correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo: caminar a paso rapido)		3
Ligera (por ejemplo: caminar despacio)		4
Muy Ligera (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)		5

SENTIMIENTOS

Durante las últimas 2 semanas...

¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 2 últimas semanas...

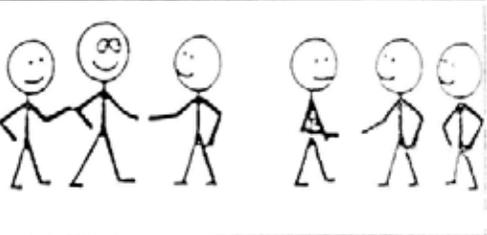
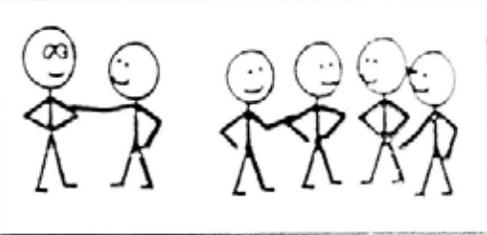
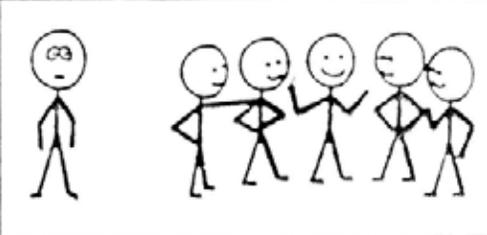
¿Cuánta dificultad a tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna Dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

ACTIVIDADES SOCIALES

Durante las 2 últimas semanas...

¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en lo absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor		1
Un poco mejor		2
Igual, por el estilo		3
Un poco peor		4
Mucho peor		5

ESTADO DE SALUD

Durante las 2 ultimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

DOLOR

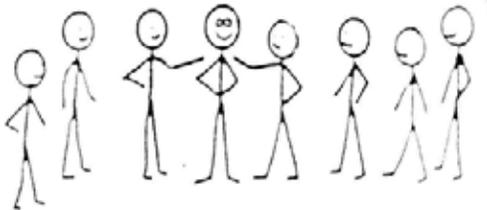
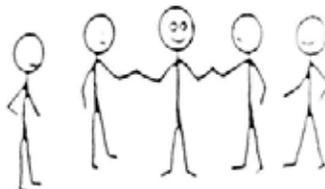
Durante las 2 ultimas semanas...
¿Cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

APOYO SOCIAL

Durante las dos últimas semanas... ¿Había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste.
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama.
- Necesitaba hablar con alguien.
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa.
- Necesitaba ayuda para cuidar de si mismo.

Sí todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme		1
Sí, bastante gente		2
Sí, algunas personas		3
Sí, alguien había		4
No, nadie en absoluto		5

ENCUESTA SOCIOECONOMICA

1.- Persona que viven en la casa (comen y duermen)

- 1= 1-3
- 2= 4-6
- 3= 7-9
- 4= 10-12
- 5= 13-15
- 6= 16 y más

Puntaje

2.- ¿Esta viviendo con su pareja?

- 1= Si (o no tuvo nunca pareja)
- 3= No, pero me ayuda siempre
- 4= No, pero me ayuda esporádicamente
- 6= No, me abandono

Puntaje

3.- Escolaridad del jefe de hogar (persona que mantiene el hogar)

- 6= Analfabeto.....
- 5= Básica incompleta.....
- 4= Básica completa/Media incompleta..
- 3= Media completa o técnica.....
- 2= Universitaria incompleta.....
- 1= Universitaria con titulo.....

Puntaje

4.- Actividad del jefe de Hogar

- 6= Cesante.....
- 5= Ingresos inestables (pololos).....
- 4= Obrero estable (Empl. Dom; SSS).....
- 3= Pensionado otros que SSS, Obrero calif,.....
- Pequeña empresa

Puntaje

5.- Seguridad social: ¿Está afiliado a alguna caja de previsión? (SSS, AFP, Otros)

- 6= Sin seguro social
- 4= S.S.S.
- 2= AFP y otras cajas de previsión
- 1= F.F.A.A. y de orden
- Puntaje

6.- El sitio en el que vive lo ocupa en calidad de:

- 6= Allegado
- 5= Toma de sitio no saneado
- 4= Usufructuario, préstamo
- 3= Arrendatario
- 2= pagando dividendo u otra deuda de la vivienda
- 1= Dueño
- Puntaje

7.- El tipo de casa es de:

- 6= Madera con una pieza
- 5= Madera con tres piezas, conventillos
- 4= Autoconstrucción (Con más de tres piezas), cité, adobe en mal estado, (casa del Hogar de Cristo)
- 3= Casas tipo departamentos (pobl. Homogénea)
- Puntaje

8.- ¿En la casa duermen 2 personas juntas, que no sean pareja?

- 6= Si
- 1= No
- Puntaje

9.- ¿El agua que usa para cocinar la tiene en el lugar que cocina?

1= Si

6= No

Puntaje

10.- ¿Puede hacer uso de un excusado?

6= No (Sitio eriazo)

5= Pozo negro

1= Si (alcantarillado o fosa séptica)

Puntaje

11.- La recolección de basura es:

6= Nunca

5= Menos de una vez por semana

4= Una vez por semana

3= Dos veces por semana

2= Tres veces por semana

1= Cuatro veces por semana

Puntaje

12.- ¿Tiene una pieza independiente para cocinar?

1= Si

6= No

Puntaje

13.- Pude hacer uso de:

- 1. TV.....
- 2. Equipo modular.....
- 3. Lavadora.....
- 4. Refrigerador.....
- 5. Auto.....

SI

<input type="checkbox"/>

Escala
6= 0
5= 1 - 3
4= 4 - 6
3= 7 - 9
2= 10 - 12
1= 13 - 15

Puntaje

NOTA: Encuesta elaborada en el INTA.

PUNTUACION: > 13= Alto

13.1 a 26= Medio alto

26.1 a 39= Medio

39.1 a 52= Medio bajo

52.1 a 65= Bajo