



Universidad Austral de Chile

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

“ Determinación de grado de dependencia y autonomía en adultos
mayores que viven en hogares de ancianos de la ciudad de
Valdivia”

Tesis presentada como parte
De los requisitos para optar
Al grado de Licenciado en
Enfermería

ANA ALEJANDRA FELMER TRIVIÑO
VALDIVIA - CHILE
2007

INDICE

• RESUMEN	
• SUMMARY	
• INTRODUCCION	1
• MARCO TEORICO	2
• OBJETIVOS	11
• MATERIAL Y METODO	13
• RESULTADOS	17
• DISCUSION	34
• CONCLUSIONES	38
• BIBLIOGRAFIA	42
• ANEXOS	45

INDICE DE GRAFICOS

- **Gráfico N° 1:** Distribución Porcentual de adultos mayores, según sexo, Valdivia 2006. 17
- **Gráfico N° 2:** Distribución Porcentual de adultos mayores, según nivel de escolaridad, Valdivia 2006. 18
- **Gráfico N°3:** Distribución Porcentual de adultos mayores, según percepción de la calidad de vida, Valdivia 2006. 25
- **Gráfico N° 4:** Distribución Porcentual de adultos mayores, según grado de dependencia, Valdivia 2006. 25
- **Gráfico N° 5:** Distribución Porcentual de adultos mayores, según grado de dependencia en actividades de la vida diaria, Valdivia 2006. 26

INDICE DE TABLAS

- **Tabla N° 1:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según edad y sexo. Valdivia 2006. 17
- **Tabla N° 2:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según nivel de escolaridad y sexo. Valdivia 2006. 19
- **Tabla N° 3:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según estado civil. Valdivia 2006. 20
- **Tabla N° 4:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según estado civil y sexo. Valdivia 2006. 21
- **Tabla N° 5:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según ocupación. Valdivia 2006. 22
- **Tabla N° 6:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según patologías crónicas. Valdivia 2006. 23
- **Tabla N°7:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según patologías crónicas y sexo. Valdivia 2006. 24
- **Tabla N° 8:** Relación del grado de dependencia y edad de la población en estudio. Valdivia 2006. 28
- **Tabla N° 9:** Relación del grado de dependencia y sexo de la población en estudio. Valdivia 2006. 29
- **Tabla N° 10:** Relación del grado de dependencia y nivel de escolaridad de la población en estudio. Valdivia 2006. 30
- **Tabla N° 11:** Relación del grado de dependencia y estado civil de la Población en estudio. Valdivia 2006. 31
- **Tabla N° 12:** Relación del grado de dependencia y ocupación de la población en estudio. Valdivia 2006. 31
- **Tabla N° 13:** Relación del grado de dependencia y patologías crónicas de la población en estudio. Valdivia 2006. 32
- **Tabla N° 14:** Relación del grado de dependencia y percepción de la Calidad de vida de la población en estudio. Valdivia 2006. 32

- **Tabla N°15:** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según índice de Katz. Valdivia 2006.

RESUMEN

Se puede observar el acelerado desarrollo tecnológico en el área de la salud y la expansión universal en los últimos 20 años, han provocado enormes cambios sanitarios y demográficos; uno de los mejores indicadores se focaliza en la reducción de la fecundidad y en el incremento paralelo de la esperanza de vida, mientras la población mundial crece a una tasa anual de 1.7%, los adultos mayores se incrementan en el orden del 2.5% anual.

En este estudio se analiza el grado de dependencia y autonomía en adultos mayores que viven en dos hogares de ancianos, es una investigación de tipo descriptiva de corte transversal, en una población de 30 personas que residen en hogares de ancianos de la ciudad de Valdivia, logrando encuestar concretamente 28 pacientes excluyendo a los adultos mayores que no deseaban participar del estudio. Se les aplicó un cuestionario de datos personales, índice de Barthel (1997) e índice de Katz. (1999)

De las conclusiones se desprende que el grado de dependencia de los adultos mayores que viven en hogares de ancianos, en la realización de actividades de la vida diaria, un 50% posee un grado de dependencia de grave a total; un 18% de los pacientes con dependencia moderada a leve y un 32% de los pacientes son independientes.

De acuerdo a la percepción que tienen los pacientes, según cuestionario aplicado, sobre su calidad de vida, un 18% la encuentra excelente y un 50% muy buena mientras que sólo un 18% la encuentra mala y un 14% regular.

SUMMARY

The technological development advances in the area of the health, can be observed and the universal expansion in the last 20 years, has been caused enormous sanitary and demographic changes; one of the best indicators is focused in fecundity reduction and in the parallel increase of the life expectancy, while the world-wide population grows to an annual rate of 1,7%, the old are increased in 2,5% annual.

This study analyzes the dependency degree and old autonomy lives in homes on greater adults, is an research of cross-sectional type, on a population of 30 people who reside in homes of greater adult in the City of Valdivia, obtaining to ask 28 patients concretely excluding the old than they did not wish to participate in the study. It is apply a questionnaire of personal data, index of Barthel (1997) and index of Katz. (1999).

Of the conclusions it is come off that the dependency degree of the old than lives in homes on old, in the taking of steps the daily life, a 50% has a dependency degree of serious to total; a 18% of the patients with moderate slight dependency to and a 32% of the patients are independent.

According to the perception which the patients have on her quality life, a 18% find excellent, 50% very good, a 18 % find bad and regulate.

I INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se plantea la problemática del grado de dependencia del adulto mayor, tema relevante en la actualidad, considerando que somos una población en envejecimiento y por ello se busca que las personas envejecan manteniendo su autonomía el mayor tiempo posible. Aunque en algunos casos o en un tiempo determinado deberán depender de terceras personas, sin embargo, la dependencia debiera corresponder sólo al último período de la existencia.

El objetivo de este estudio es realizar una evaluación funcional de los adultos mayores de los Hogares de ancianos en Valdivia (Hogar de Cristo y Hogar Clínica Alemana), evaluando el nivel de dependencia de las actividades diarias que realiza el adulto mayor, dentro de los hogares, recordando que muchos de ellos han sido abandonados, son de bajos recursos y no poseen apoyos dentro de su red familiar.

En relación al adulto mayor y la calidad de vida se han realizado una serie de investigaciones que tienen como objetivo describir su situación actual y generar propuestas para el mejoramiento de su bienestar dentro de su grupo familiar existiendo pocos estudios sobre la calidad de vida y grado de dependencia en hogares de ancianos; recordando que algunos de estos ancianos son personas extremadamente pobres que han perdido la confianza en sí mismos; otros han sido abandonados por sus familias olvidando la alegría, renunciando a la esperanza de vivir mejor y de recuperar su autonomía, perdiendo una etapa hermosa del ciclo vital al término de sus vidas viviéndola con dignidad.

Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores es una labor de enfermería a través de la recuperación de su autonomía, ayudarlo a satisfacer sus propias necesidades básicas; como ir al baño o bañarse, que para ellos muchas veces por diversas patologías o por el simple paso de los años es una tarea difícil, pero que con apoyo se puede lograr que las personas que los atienden realicen sus actividades de una forma digna manteniendo siempre la integridad del adulto mayor.

Finalmente, el propósito de este trabajo es difundir conocimiento real del grado de dependencia de los mayores de 60 años que residen en hogares de ancianos, para crear iniciativas que proyecten una mejor calidad de vida en el cuidado de este grupo etéreo.

II MARCO TEORICO

Durante muchos años los ancianos constituyeron una pequeña minoría dentro de un mundo que no los tomaba en cuenta y no se preocupaba de la solución de sus problemas.

Pero a medida que ha transcurrido el tiempo, la población ha ido aumentando en expectativa de vida rápidamente, debido a los avances de la medicina, reduciendo la tasa de mortalidad, y a disminución de la tasa de natalidad.

“Como consecuencia de la influencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre las pautas de comportamiento sociodemográfico en el ámbito individual, de pareja y de la familia, la estructura de edades chilenas ha sido impactada fuertemente por la baja de la fecundidad, sobre todo a partir de la década del '60. Esto ha ido acompañado por el descenso sostenido de la mortalidad desde fines de los años '40, provocando el proceso de transición hacia el envejecimiento demográfico de su población, el que se manifiesta en una disminución del porcentaje de jóvenes y un aumento del mismo en personas de edad adulta”. (Fundación las Rosas. 2000).

De acuerdo a cifras del censo del año 2002 en Chile, el grupo de personas mayores de 60 años y más alcanzó un 11.4% lo que equivale a 1.700.000, al año 2020 se estima que los adultos mayores serán cerca de 3.000.000.- de personas. Los mayores de 60 años aumentan considerablemente mes a mes. Por otra parte la expectativa promedio de vida en la población Chilena en 1930 era de 45 años, en el año 2002 quedó en un promedio de 76 años; estimándose en el año 2025 a una expectativa de 80 años. (Instituto Nacional de Estadística, INE 2002)

En el último censo se realizó un estudio sobre el grado de dependencia, vivienda y pensiones de los adultos mayores de nuestro país dando los siguientes resultados: adultos mayores autovalentes 32%, autovalentes con ayuda 21%, dependencia parcial 30% y dependencia total un 17%, y se dimensionó la existencia de 200.399 adultos mayores que residen en hogares de ancianos, lo que corresponde a un 11.8% de los ancianos de nuestro país.

Chile enfrenta una tendencia al envejecimiento de la población que se irá acentuando a través de los años. Para la OMS, un país en envejecimiento es aquel que tiene un porcentaje de la población mayor de 60 años superior al 10%. Esta cifra nos coloca a la altura de los países desarrollados en cuanto a demografía, sin embargo, midiendo la calidad de vida en ámbitos como condiciones de salud y aspectos previsionales, alcanzamos un nivel de país subdesarrollado. (Fundación las Rosas. 2000).

La población de adultos mayores se enfrenta a carencias físicas y económicas, agregando que algunos de ellos viven solos, lo que hace que cada vez sea más difícil su vida en condiciones adecuadas

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la dependencia económica y funcional, la autopercepción y la percepción que tienen de ellos los demás. (Villa y Rivadeneira, 1999).

La vejez no es una enfermedad, pero es un hecho indiscutible, que las características específicas del anciano conllevan a una mayor morbilidad y que casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida; además en esta etapa adquieren particular importancia los factores psicológicos y sociales, muy resaltados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud-enfermedad, pues existe una menor capacidad neuro-síquica para la adaptación al medio. (Carmenaty 1999)

De hecho, el número y calidad de años que una persona mayor puede vivir sin discapacidades ha llevado al desarrollo de la noción de "expectativa de vida autónoma", considerado por la OMS como un índice fundamental de la salud y, por extensión, de la calidad de vida de una población (OMS,1984).

Cualquiera sea la circunstancia existente, es sumamente importante llevar a cabo una amplia evaluación de los adultos mayores en especial sobre su autonomía, así poder desarrollar, de acuerdo a sus necesidades, sus cuidados como un ser individual e independiente, más aún si éste no se encuentra junto a su familia como es el caso de este estudio. También hay que recordar que la salud del adulto mayor se construye a lo largo de la vida, es el resultado de los hábitos personales, de factores ambientales como también del deterioro inevitable que sufre el organismo, es allí en donde también participa enfermería a lo largo del ciclo vital promoviendo la salud y previniendo la enfermedad para así tener una mejor calidad de vida en su última etapa. (Carmenaty 1999)

Envejecer de manera saludable no implica estar libre de enfermedad, pero no sólo eso, sino reconocer a los ancianos como seres con necesidades y posibilidades especiales. Hay que recordar que la vejez trae una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen un tanto difícil esta etapa, más aún la calidad de vida de los adultos mayores que viven en hogares, porque ellos muchas veces dependen de la labor que realice el personal que los cuida, quienes tienen que ayudarlo a mantener un nivel de independencia y autonomía para brindarles una mejor calidad de vida. (Carmenaty 1999)

Desde el punto de vista del ciclo vital se introduce la noción de que la vejez es una etapa más, es decir la vejez no implica necesariamente la ruptura en el tiempo ni el ingreso a

una etapa terminal, sino que es parte del proceso mismo de la vida. En esencia, la perspectiva del ciclo de vida permite entender que es una etapa en donde el adulto mayor analiza sus etapas anteriores. (Pérez Ortiz, 1997).

Existen adultos mayores cuyas familias se hacen cargo de ellos, por lo general sus hijos, ya que necesitan asistencia y lo más importante, su apoyo. Aunque en otros casos no existe quienes se hagan cargo de sus problemas de salud y sus problemas de dependencia. Por ello, muchos adultos mayores llegan a hogares de ancianos, otros, porque no poseen los recursos, viven en la calle sin apoyo de sus familiares y otros que acuden en forma voluntaria a los hogares ya que tienen preocupaciones económicas y miedo a convertirse en una carga para sus familias.

En las comunidades u hogares de ancianos disponen de rutinas diarias y de oportunidades para la interacción social y actividades recreativas. En los hogares se trata de fomentar un modo de vida independiente con recreaciones aunque algunos de éstos, no incluyen servicios asistenciales de enfermería, pero existen cuidadores que tratan de brindar la mejor calidad de atención posible, además de existir otros profesionales de la salud colaborando en la labor como es el caso del kinesiólogo.

Enfermería debe estar ayudando y colaborando con el adulto mayor cuando éste no tenga la independencia suficiente, hay que considerar que cada paciente es una persona individual y por lo tanto, debe tener cuidados individuales, más aún cuando el adulto mayor física y psíquicamente se encuentra disminuido en sus funciones.

Aparentemente y, en términos generales, abarcar y definir el significado de la dependencia en referencia a la edad avanzada es sencillo. Se piensa habitualmente en la dependencia como un fenómeno que refleja la pérdida de autonomía personal cuya principal consecuencia es la necesidad por parte de la persona mayor de ser ayudada o apoyada para ajustarse a su medio e interactuar con él. Además la pérdida de autonomía personal es definida, casi con exclusividad, en términos físicos o biológicos, así como la dependencia es explicada como una consecuencia natural del paso de los años. (Horgas, Wahl y Baltes, 1996)

En definitiva, la dependencia suele ser entendida como un fenómeno unidimensional, es decir, un declive físico esperable de mayor o menor cuantía (Brown, 1996). Una muestra de ello es la definición pragmática de dependencia que habitualmente utilizan los estudios epidemiológicos que intentan cuantificar el alcance de la dependencia, haciendo sinónimos dependencia e incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria. Esta habitual visión de la dependencia es fácilmente asumible ya que a simple vista se observa que la dependencia física entre las personas mayores aumenta con la edad demandándose o aceptándose una mayor cantidad de ayuda proveniente de los demás. Desde una amplia

perspectiva, esta concepción unidimensional de la dependencia no debería ser la única, sino que es preferible pensar en la dependencia como un concepto de naturaleza compleja, con diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales (Horgas, Wahl y Baltes, 1996)

La dependencia es la principal consecuencia de una pérdida en la autonomía personal. Así, desde una aproximación funcional, se puede definir la dependencia a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social (Baltes, Wahl, 1990), influyendo sobre este ajuste tanto cuestiones sociales, expectativas culturales, factores ambientales, déficit sensoriales, dolor, presencia de enfermedades comórbidas, miedo a las caídas y falta de motivación (Grossberg y Desai, 2003).

Las cuatro áreas de funcionamiento que más atención en la dependencia han recibido son:

1. La dependencia económica, que ocurre cuando la persona deja de cotizar en el mercado laboral y pasa de ser un miembro "activo" de la sociedad a formar parte de la población "inactiva" "pasiva" o "dependiente"
2. La dependencia física, que tiene lugar cuando el individuo pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente. (Del Ser y Peña-Casanova, 1994).
3. La dependencia social, que se asocia con la pérdida de las personas y relaciones significativas para el individuo.
4. La dependencia mental, que aparece a medida que el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias (Del Ser y Peña-Casanova, 1994).

La mayoría de los trabajos realizados se han centrado en la dependencia física, centrándose en la evaluación del nivel de dependencia y el tipo y grado de cuidado necesario para paliar dicha dependencia (Brown, 1996). Así, en los estudios epidemiológicos el término dependencia suele definirse como "incapacidad funcional" en relación a las actividades de la vida diaria (Baltes y Wahl, 1990).

Las actividades de la vida diaria (AVD) son el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana, que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir con su rol social. Desde esta perspectiva, una persona discapacitada es aquella que presenta limitaciones en la ejecución de una o más actividades, consideradas componentes básicos de la vida diaria, y que, por lo tanto, necesita

depender de otra persona (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz-Veiga, 1992).

La dependencia en la vejez es un concepto ampliamente utilizado y de gran relevancia para todos aquellos que trabajan o tratan con personas mayores, para ellas mismas, para sus familiares y cuidadores, para los profesionales que investigan o trabajan con el fin de mejorar su calidad de vida, y también para los políticos que deben ajustar las actuaciones y medidas de los servicios sociales a las necesidades reales de la población, como es el caso de los ancianos que viven en hogares de nuestro país.

Existen una serie de factores que influyen en el grado de dependencia del adulto mayor:

Fragilidad física. El deterioro de alguno o varios de los sistemas biológicos del organismo (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc.) provocan un deterioro de la fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc. que se asocia a una disminución de la ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Aun siendo cierto este declive, es necesario recordar las amplias diferencias individuales entre las personas mayores, así como que la capacidad para modificar el declive biológico - demorar, prevenir e, incluso, re-establecer- ha sido ampliamente infravalorado (Rowe, Kahn, 1987).

Existe hoy un importante cuerpo de investigación que evidencia los beneficios de intervenciones que pueden mejorar el funcionamiento físico y así reducir la dependencia por ejemplo, el entrenamiento en ejercicio físico (Fisher y otros, 1993).

Enfermedades crónicas. Indudablemente, el padecimiento de las enfermedades físicas crónicas durante la vejez por ejemplo, osteoporosis, osteoartritis, etc. y las limitaciones sensoriales contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física. Como sucede con la fragilidad física, el papel de la prevención en la aparición de las enfermedades crónicas que pueden retrasar o disminuir la severidad de la dependencia es infravalorado (Grams y Albee, 1995; Montorio y Carroble, 1999).

Utilización de fármacos. La alta prevalencia de enfermedades entre las personas mayores provoca un elevadísimo consumo de fármacos que conllevan en ocasiones importantes efectos secundarios, así como interacciones farmacológicas no deseadas (Montamat y otros, 1989) Por ejemplo, la confusión, el deterioro cognitivo, el aplanamiento afectivo. son síntomas conductuales derivados del consumo de fármacos que se encuentran con relativa frecuencia entre las personas mayores, factores que tienden a aumentar la dependencia física y contribuyen a la dependencia conductual (Horgas et al., 1996).

Trastornos mentales. Algunos trastornos tales como la depresión contribuyen significativamente a la dependencia en la edad avanzada. Es frecuente entre las personas mayores una elevada sintomatología de depresión que, a menudo, no es diagnosticada ni tratada. No obstante, es bien conocido que la sintomatología depresiva se asocia a aislamiento social, quejas físicas, declive cognitivo y funcional.

Factores de personalidad. Las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida hacen que al alcanzar la vejez las personas difieran notablemente en cuanto a sus demandas y aceptación de ayuda de los demás ante las distintas situaciones de la vida cotidiana, mostrándose más o menos dependientes. Además, esta característica de personalidad *dependiente* puede aumentar el riesgo de padecer trastornos de salud física y mental y, por tanto, indirectamente aumentar la dependencia (Greenberg y Bornstein, 1988).

Ambiente físico. La investigación, la práctica profesional y la experiencia común de muchos familiares de personas mayores muestra, sin lugar a dudas, que un ambiente físico adecuado a la autonomía con la seguridad, contribuyen a que las personas mayores funcionen en unos niveles de ejecución óptimos. Por el contrario, un ambiente poco estimulante o sin suficientes ayudas contribuye al incremento de la dependencia conductual (Lawton, 1990; 2001).

Virginia Henderson (2000), definió que la función propia de la enfermera consiste en atender a un individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Por ello es importante la labor de enfermería en la atención del adulto mayor, muchas veces para poder recuperar o incentivar su autonomía. De las necesidades fundamentales de Virginia Henderson son evidentes la importancia de la nutrición, evacuación, respiración, ya que son imprescindibles en el mantenimiento de la vida, además de moverse y mantener la posición. Los adultos mayores tienen sus funciones disminuidas y otros tienen patologías que les impiden realizar sus actividades diarias siendo dependientes de sus cuidadores. Estos factores influyen significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

Dorotea Orem (1993) define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Normalmente las personas cuidan de sí mismos pero en el caso de los ancianos requieren cuidados o ayuda en las actividades de autocuidado. Por ello enfermería debe estar presente facilitando que los ancianos sean percibidos como personas capaces aunque posean limitaciones, aunque sea mínima la labor que ellos puedan realizar, se sentirán útiles, llenos de vida, independientes y con ánimo de disfrutar esta etapa del ciclo vital.

El autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse así misma en el medio donde se desempeña. Esta es una conducta que se aprende y surge de la

combinación de experiencias cognitivas y sociales. Una persona puede convertirse por sí misma o con la ayuda de otros en su propio agente de autocuidado en tal sentido, enfermería en razón a su preparación y responsabilidad profesional, están llamadas a convertirse en agentes facilitadores de este proceso. (Robert L. Kane, 2000).

Los cuidados de enfermería deben orientarse a ayudar al adulto mayor a conservar su independencia durante el mayor tiempo posible. La conservación de la dignidad y la autonomía personales son importantes para los adultos mayores. Hay que fomentar su toma de decisiones y hacerlo participar de sus propio autocuidado como se vió en el modelo de Dorotea Orem

El cuidado de otros es una contribución del adulto a la salud y bienestar de los miembros del grupo social de adultos, el modelo de Dorotea Orem ayuda a fomentar el autocuidado, aunque el adulto mayor tenga sus capacidades disminuidas, se pueda ayudar a recuperar sus funciones para mejorar su integridad física y psicológica y por ende su calidad de vida.

En el año 2001 se realizó en la ciudad de Bolivia por la Universidad Tecnológica de Pereira, un estudio que evaluaba el estado físico y funcional del adulto mayor, donde los diagnósticos más frecuentes fueron el deterioro cognoscitivo leve, el trastorno de memoria asociado al envejecimiento y la demencia tipo Alzheimer. El estudio se realizó usando el índice de Barthel, grado de dependencia en las actividades de la vida diaria y varios índices más, pero con respecto a nuestra evaluación dieron los siguientes resultados: de los 83 pacientes evaluados, 30 pertenecían al sexo masculino y 53 al género femenino el 55.4% eran pacientes autónomos, el 24% tenían dependencia de leve a moderada, el 7% tenía dependencia severa y el 13% eran pacientes dependientes totales. (García Pulgarin y García Ortiz, 2001)

En este estudio se concluyó que los efectos más notorios del cambio en las actividades de la vida diaria instrumental sólo se produce a partir de la edad de los 85 años. Como resultado se encontró que los pacientes con una disminución en sus capacidades eran de edad avanzada, considerándose como el proceso normal del envejecimiento, en donde existen fallas en algunas tareas y destrezas pero que no interfieren directamente en el desempeño global del paciente. Sin embargo es bueno hacer notar que no se consideró las consecuencias de enfermedades sufridas, ni condiciones socioambientales y costumbres; al ser afectado por uno de estos patrones, igualmente otro se verá afectado. En definitiva este estudio mostró que a medida que una persona pierde capacidades cognoscitivas y motrices, la dependencia va en aumento, señalando un 30% de los pacientes con dependencia hacia las personas que les rodean.

En el año 2005 otro estudio fue realizado pero esta vez en la ciudad de España por la Universidad de Almería, llamado la capacidad del adulto mayor y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas, se analizó la relación entre las condiciones funcionales y la percepción del apoyo social. Se trabajó con 196 sujetos en una muestra donde aceptaron participar 59 sujetos, 11 hombre y 48 mujeres, con edades entre los 56 y 92 años, con un promedio de 83 años. Las patologías con mayor incidencia en los sujetos de la muestra fue la artrosis, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, cáncer, hemiplejía, insuficiencia respiratoria, osteoporosis e hipertensión; los sujetos en estudio no presentaban alteraciones cognitivas severas. (Gómez, Martos y Castellón, 2005)

Se usó para este estudio las fichas clínicas para obtener los datos personales, los sociodemográficos, como el sexo, la edad, estado civil, número de hijos además la frecuencia de las visitas. Se les aplicó el índice de Barthel y un cuestionario de seis preguntas relacionadas con el apoyo social informal.

Sus resultados encontraron alta relación entre el índice de Barthel y patologías predominantes como las hemiplejías, la osteoporosis y las demencias, mientras que las menos dependientes son las artrosis, la insuficiencia cardiaca y los trastornos psiquiátricos. En la relación existente entre patologías predominantes, se coincide en los numerosos estudios que confirman la contribución de las enfermedades a la aparición de discapacidad o al mantenimiento de la función física.

En relación a las cuestiones relacionadas con la percepción del apoyo social informal, nos encontramos que las personas cuya percepción es de recibir apoyo, son en su mayoría las de mayor dependencia funcional. Por lo tanto, el estudio pudo concluir que existen relaciones significativas entre la percepción de apoyo social y la capacidad funcional, de manera que la personas con mayor dependencia funcional se sienten más apoyadas en las cosas planteadas, además, el número de visitas objetivas de familiares es acorde a la percepción de apoyo social.

El artículo de la Dra. Luisa B. Martín quien publicó en el Congreso “Hacia un envejecimiento con sentido” (Argentina, 1999) nos habla: “ El adulto mayor está explorando un territorio nuevo, lo que es vivido también por su entorno familiar. Los progresos de la medicina, así como la importancia otorgada a los estilos de vida saludables, retardan la aparición de la declinación senil. Esta nueva realidad provoca modificaciones en la estructura familiar. Las experiencias que percibimos los profesionales en contacto con esta realidad nos muestra que por lo general, la sociedad no está preparada para enfrentar estos cambios y, por lo tanto, tampoco lo está la familia.

Para ello los profesionales deben tratar de dar a conocer a la familia lo que es esperable para el envejecimiento, ya que esto facilita una convivencia armónica entre las distintas generaciones y posibilitará la integración de las mismas, creciendo y nutriéndose con el aporte de una visión diferente e la vida.”

III OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL N°1:

- 1.- Determinar las características sociodemográficas de adultos mayores que residen en hogares de ancianos de la ciudad de Valdivia, durante el segundo semestre del año 2005.-

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.1.- Identificar sexo y edad de los adultos mayores residentes de hogares de ancianos.
- 1.2.- Identificar el nivel de escolaridad, estado civil y procedencia de la población en estudio.
- 1.3.- Identificar presencia de patologías crónicas, actividad pasada, dinero que dispone la población en estudio.

OBJETIVOS GENERAL N° 2:

- 2.- Determinar el grado de dependencia y calidad de vida de los adultos mayores, que residen en Hogares de Ancianos de la ciudad de Valdivia durante el periodo estudiado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1.- Determinar la percepción de la calidad de vida de la población estudiada.
- 2.2.- Determinar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- 2.3.- Establecer la relación entre el grado de dependencia y edad de la población en estudio.
- 2.4.- Establecer la relación entre el grado de dependencia y sexo de la población en estudio.
- 2.5.- Establecer si existe relación entre el grado de dependencia y estado civil de la población estudiada.
- 2.6.- Establecer la relación entre el grado de dependencia y nivel educacional de la población en estudio.
- 2.7.- Establecer relación entre el grado de dependencia y actividad de la población en estudio

2.8.- Establecer relación entre el grado de dependencia y patologías crónicas de la población en estudio

2.9.- Establecer relación entre el grado de dependencia y percepción de la calidad de vida de la población en estudio

IV MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de investigación es una *Investigación Cuantitativa*, para definir qué y como investigar, descomponiendo los fenómenos en indicadores o variables que se pueden medir, expresar numéricamente.

Observacional, ya que no influye, ni modifica ninguno de los factores que intervienen en el trabajo, sólo describe y mide el fenómeno estudiado.

Transversal, por que considera un período breve, porque pretende describir o analizar un fenómeno en un momento determinado en el tiempo.

POBLACIÓN:

El universo de la investigación esta constituida por 30 pacientes adultos mayores de 55 años y más residentes de Hogares de Ancianos de la Ciudad de Valdivia (Hogar de Cristo 27 adultos mayores y Hogar Clínica Alemana 3 adultos) entre los meses de enero y marzo del año 2006. La población en estudio quedó constituida por 28 adultos mayores.

Se excluyeron a las personas que se rehusaron a participar en el estudio y aquellas que fallecieron en el transcurso de la investigación.

RECOLECCION DE DATOS:

Para recolectar la información requerida se elaboró un cuestionario que fué aplicado por el investigador a los adultos mayores en cada uno de los hogares elegidos. Este cuestionario se utilizó en forma anónima, voluntaria y confidencial, destinado a obtener respuestas sobre el tema y que cada encuestado contestó con apoyo del investigador, y en algunos casos se usó la observación para obtener resultados de lo requerido en los índices.

Este instrumento consta de cuatro items; el primero corresponde a las características generales del paciente, en donde se busca reconocer los datos como la edad, sexo, nivel educacional, estado civil, ocupación y patologías crónicas que posee en la actualidad el encuestado, el segundo, el índice de Barthel identificando grado de dependencia y el tercero corresponde a las variables de actividades diarias del índice de Katz..

El cuestionario se desglosa de la siguiente forma:

- 1.- Antecedentes sociodemográficos que cuenta con 6 preguntas cerradas y una abierta.
- 2.- Item que corresponde a las variables que influyen en el grado de dependencia del individuo Índice de Barthel como: comer, bañarse, vestirse, deposiciones, micción, trasladarse, deambular y subir escalones, este test se puntúa de la siguiente forma:

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

- 3.- Item que corresponde a las variables que evaluó la calidad de vida Índice de Katz, que valora las actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, moverse, alimentación, continencia urinaria y fecal, uso del baño. Se puntuó de la siguiente forma: 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto cuando la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Si es independiente en cuatro de las 6 actividades, 2 puntos.

ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se procesaron utilizando el programa computacional MICROSOFT EXCEL, creando una base de datos para la codificación de éstos, a través de gráficos y tablas que permitieron la comparación entre ellos.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

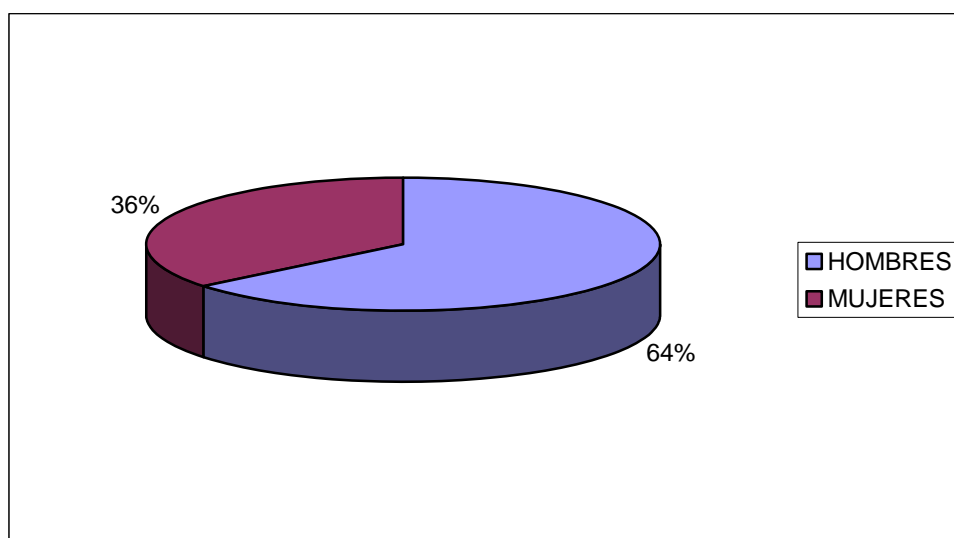
VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
SEXO	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
EDAD	Número de años cumplidos al momento de aplicar el instrumento	<ul style="list-style-type: none"> - 55-60 años - 61-65 años - 66-70 años - 71-75 años - 76 y más
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos aprobados que el encuestado siguió en un establecimiento educacional	<ul style="list-style-type: none"> - analfabeto - educación básica completa - educación básica incompleta. - Educación media completa - Educación medio incompleta - Educación superior completa - Educación superior incompleta
ESTADO CIVIL	Situación civil en relación con una pareja que se encuentra el encuestado actualmente	<ul style="list-style-type: none"> - soltero: persona sin pareja - casado: unido a una pareja en matrimonio - Conviviente: unido a una pareja sin estar casado. - Separado: unido a una pareja en matrimonio, pero apartado de ésta. - Divorciados: Persona apartado legalmente de su pareja. - Viudo: persona cuyo cónyuge ha fallecido.
PATOLOGÍAS CRONICAS	Enfermedad que afecta a la persona para el resto de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> - No padece - Diabetes - Hipertensión Arterial - Osteoporosis - Artritis reumatoidea - Alteraciones visuales - Alteraciones neurológicas - Hipoacusia - Otros
DINERO QUE PERCIBE	Dinero con que cuenta el adulto mayor para cubrir sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Jubilación - Ayuda de Instituciones - Dinero de sus familiares. - Pensión asistencial.

		<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con dinero - No cuenta c/ dinero
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	Opinión que tiene el propio individuo en relación a su bienestar, independencia física y satisfacción de vivir	<ul style="list-style-type: none"> - excelente - muy buena - buena - regular - mala
GRADO DE DEPENDENCIA	resultado del individuo que tiene respecto de actividades básicas de la vida diaria como comer, bañarse, vestirse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, escalones.	<p><i>Índice de Barthel</i></p> <p>Grado de dependencia:</p> <p>0 – 20 = Total</p> <p>20 – 35 = Grave</p> <p>40 – 55 = Moderado</p> <p>>= 60 = Escasa</p> <p>100 = Independiente</p>
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Resultado del individuo que tiene con respecto a sus actividades diarias	<p><i>Índice de Katz</i></p> <p>A. Independiente para alimentarse, transferirse, continencia, ir al toilet, vestirse, bañarse.</p> <p>B. Independiente para todas, excepto una de estas funciones.</p> <p>C. Independiente para todo, excepto bañarse y una función más.</p> <p>D. Independiente para todo, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.</p> <p>E. Independiente para todo, excepto bañarse, vestirse, ir al toilet y una función más.</p> <p>F. Independiente para todo, excepto bañarse, vestirse, ir al toilet, transferirse una función más.</p> <p>G. Dependiente en las seis funciones (todas).</p> <p>Se puntuó de la siguiente forma: 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto cuando la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Si es independiente en cuatro de las 6 actividades, 2 puntos.</p>

V RESULTADOS

En el presente capítulo se señalan las características sociodemográficas de la población, de acuerdo al cuestionario aplicado.

Gráfico N°1: Distribución porcentual de adultos mayores, según sexo. Valdivia 2006.



Fuente: Determinación del grado de dependencia y autonomía en adultos mayores que viven en hogares de ancianos de la ciudad de Valdivia.

De los resultados obtenidos en relación al sexo se puede mencionar que existe una mayor proporción de hombres 64% dentro de los hogares de ancianos encuestados.

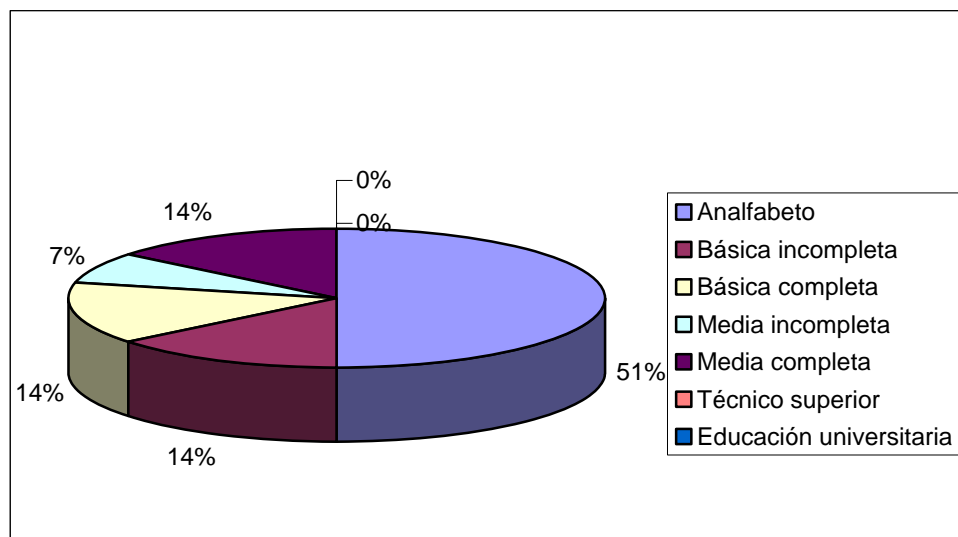
Tabla N°1: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según edad y sexo. Valdivia 2006.

EDAD/SEXO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%		%
55-60	5	50%	2	11%	7	25%
61-65	0	0%	1	6%	1	4%
66-70	3	30%	6	33%	9	32%
71-75	0	0%	1	6%	1	4%
76 y más	2	20%	8	44%	10	35%
TOTAL	10	100%	18	100%	28	100%

Fuente: Idem

El rango de edades de 76 y más es el que presenta mayor número de adultos mayores encuestados, apreciándose la mayoría del sexo masculino. Sin embargo entre 66 y 70 años la diferencia entre ambos sexos es menor (30% en mujeres y 33% en varones) Se puede observar además una tendencia al sexo masculino residente en hogares de ancianos.

Figura N°2: Distribución porcentual de adultos mayores, según Nivel de escolaridad. Valdivia 2006.



Fuente: Idem

De lo anterior se desprende que el 50% de los encuestados es analfabeto; el 14% posee un nivel básico de escolaridad y un 14% posee educación media completa. El 21% de los encuestados poseen un nivel de escolaridad incompleta ya sea enseñanza básica o media .

Tabla N° 2: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según nivel de escolaridad y sexo. Valdivia 2006.

Nivel Educacional/Sexo	Mujeres N°	%	Hombres N°	%	Total	%
Analfabeto	6	60%	8	45%	14	50%
Básica incompleta	2	20%	2	11%	4	14%
Básica Completa	0	0%	4	22%	4	14%
Media incompleta	0	0%	2	11%	2	8%
Media completa	2	20%	2	11%	4	14%
Técnico Superior	0	0%	0	0%	0	0%
Educación Superior	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	18	100%	28	100%

Fuente: Idem

De aquí se puede desprender que en un 60% la población femenina en estudio es analfabeta, ya sea porque no tubo instrucción o desuso, en comparación con un 45% de los varones. Sólo un 20% de las mujeres completaron la enseñanza media versus un 11% de los varones. Ninguno de los pacientes encuestados llegaron a la enseñanza superior.

Tabla N° 3: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según estado civil. Valdivia 2006.

Estado civil	Frecuencia N°	Porcentaje %
Soltera/o	6	21%
Casada/o	4	14%
Conviviente	1	4%
Separado	5	18%
Divorciado	0	0%
Viudo	12	43%
TOTAL	28	100%

Fuente: Idem

De acuerdo a la tabla más de 2/3 de los adultos mayores son viudos, y un 18% es separado, por lo cual lleva a pensar que no existen amplias redes de apoyo social para estos adultos mayores. El 82% de los adultos mayores no tiene pareja por lo mismo se puede inferir que se institucionalizan mucho menos los que si tienen pareja.

Tabla N° 4: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según estado civil y sexo. Valdivia 2006

Estado civil/Sexo	Mujeres N°	%	Hombres N°	%	Total	%
Soltera/o	2	20%	4	22%	6	21%
Casada/o	0	0%	4	22%	4	14%
Conviviente	0	0%	1	6%	1	4%
Separado	1	10%	4	22%	5	18%
Divorciado	0	0%	0	0%	0	0%
Viudo	7	70%	5	28%	12	43%
TOTAL	10	100%	18	100%	28	100%

Fuente: Idem

Se puede apreciar que el mayor número de separados está dado por el sexo masculino (22%), respecto al femenino (10%). El 70% de la población femenina en estudio es viuda en comparación a sólo un 28% de la población masculina en estudiada.

Tabla N° 5: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según Ocupación. Valdivia 2006

Ocupación realizada durante su vida	Frecuencia N°	Porcentaje %
Trabajos esporádicos	0	0%
Dueña de casa	5	18%
Empleado fiscal	1	4%
Empleado particular	5	18%
Trabajador independiente	16	56%
Obrero	0	0%
Profesional o técnico	1	4%
TOTAL	28	100%

Fuente: Idem

Se puede apreciar que un 56% de los adultos mayores encuestados durante su vida fueron trabajadores independientes, por lo cual al observar la tabla N°2 , en donde el alto nivel de analfabetismo puede ser una de las causas por optar a este tipo de trabajo independiente. En general se puede decir que todas estas personas en la actualidad no poseen ninguna ocupación.

Tabla N° 6: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según Patologías crónicas. Valdivia 2006

Patologías crónicas	Frecuencia N°	Porcentaje %
No padece	0	0%
Diabetes	2	7%
Hipertensión Arterial	3	11%
Osteoporosis	0	0%
Artritis Reumatoidea	4	14%
Alteraciones visuales	0	0%
Alteraciones Neurológicas	13	46%
Hipoacusia	3	11%
Otros	3	11%
TOTAL	28	100%

Fuente: Idem

La patología que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes encuestados son las alteraciones neurológicas ya sean degenerativas, vasculares o traumatismos: con un 46%, además los adultos mayores que presentaban esta alteración su grado de dependencia era mayor en consideración a las otras patologías como la hipertensión que no provocaba mayor dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Por lo tanto se puede inferir que las alteraciones neurológicas son uno de los factores causales de institucionalización.

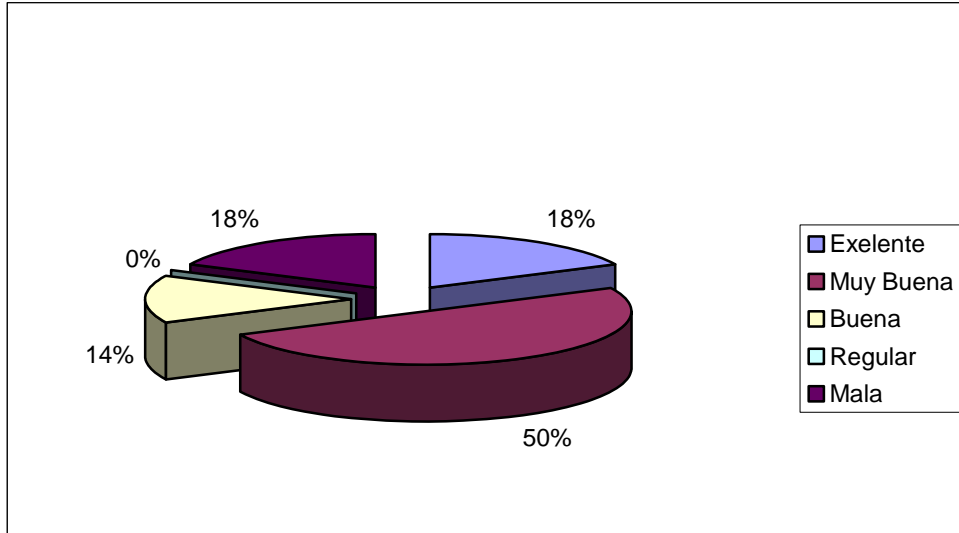
Tabla N° 7: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según patologías crónicas y Sexo. Valdivia 2006

Patologías crónicas	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
	N°		N°			
No padece	0	0%	0	0%	0	0%
Diabetes	1	10%	1	5%	2	7%
Hipertensión Arterial	1	10%	2	11%	3	11%
Osteoporosis	0	0%	0	0%	0	0%
Artritis Reumatoidea	0	0%	4	14%	4	14%
Alteraciones visuales	0	0%	0	0%	0	%
Alteraciones Neurológicas	6	60%	7	46%	13	46%
Hipoacusia	1	10%	2	11%	3	11%
Otros	1	10%	2	11%	3	11%
TOTAL	10	100%	18	100%	28	100%

Fuente: Idem

Se puede apreciar que en un 60% las mujeres son poseedoras de alteraciones neurológicas a diferencia del 46% que poseen los varones; estas alteraciones están vinculadas a accidentes vasculares y sólo una de las pacientes era una alteración de nacimiento. El sexo femenino posee en un 10% diabetes, hipertensión Arterial e hipoacusia mientras el sexo masculino lidera con un 11% hipertensión arterial, hipoacusia y con un 14% la artritis reumatoidea a diferencia del sexo femenino que no presenta esta patología entre las encuestadas.

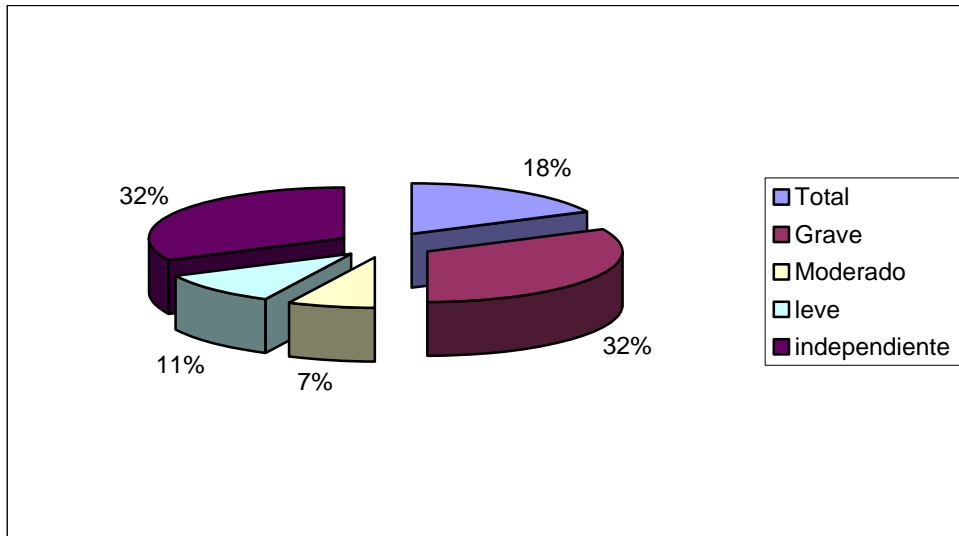
Gráfico N°3: Distribución porcentual de adultos mayores, según Percepción de la calidad de vida de los encuestados. Valdivia 2006.



Fuente: Idem

Al analizar la calidad de vida, se observa que un 68 % la considera muy buena y excelente a pesar de presentar limitaciones en varios aspectos de su vida (hogar de ancianos, sin recursos; en algunos casos sin familia), un 14% la considera buena y un 18% la considera mala. Esta variable fué medida de manera subjetiva, es decir, de acuerdo a la percepción que cada uno tiene de su vida hoy.

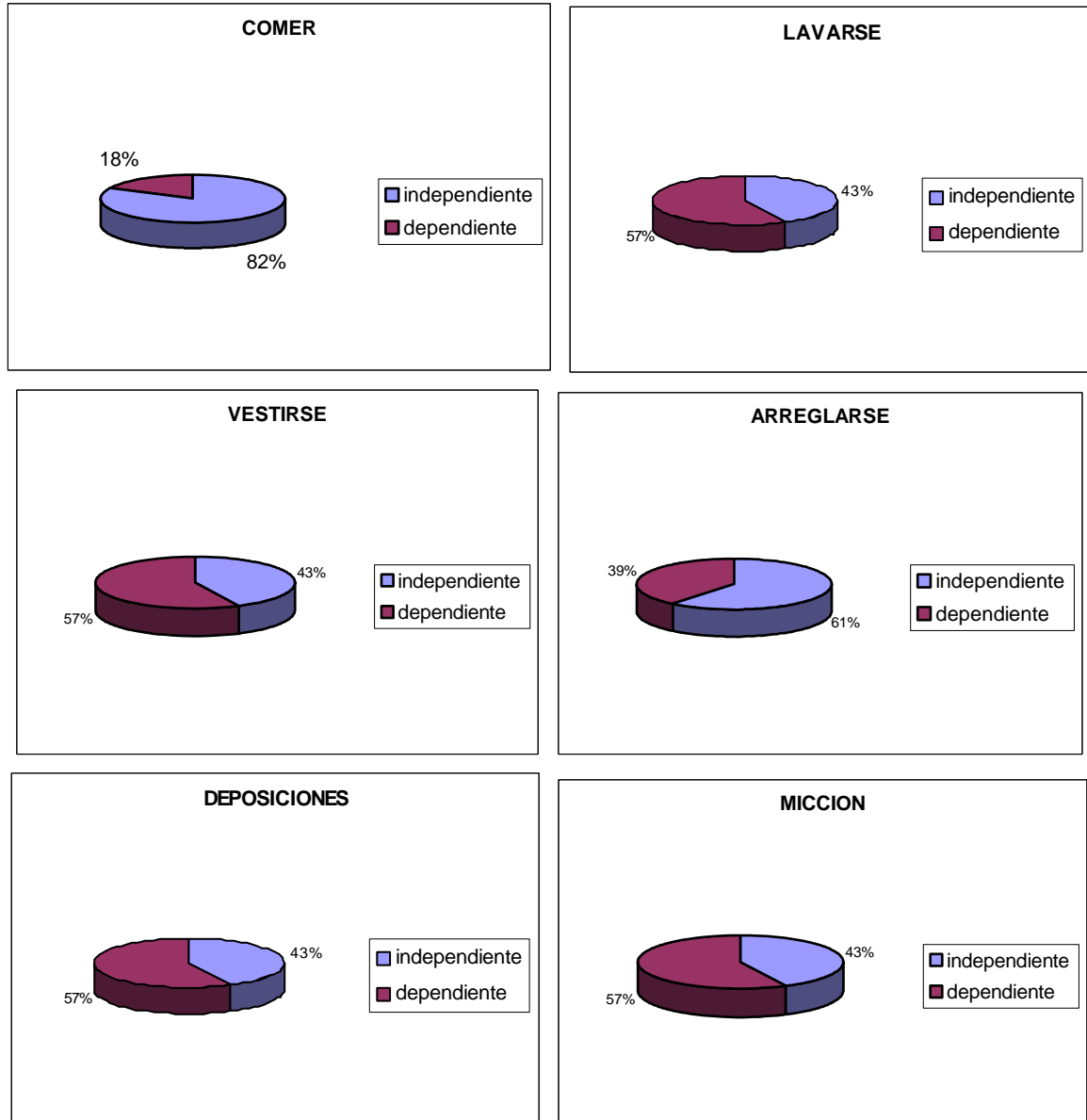
Figura N°4: Distribución porcentual de la población en estudio, según grado de dependencia (índice de Barthel). Valdivia 2006.

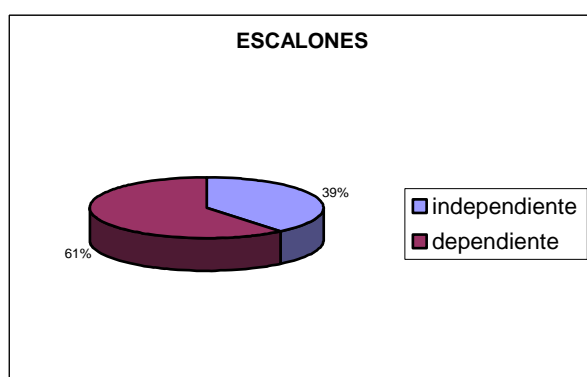
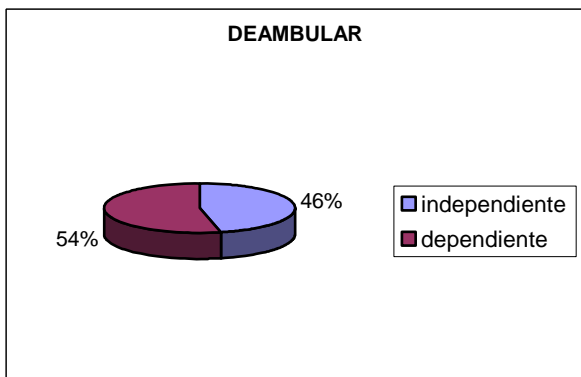
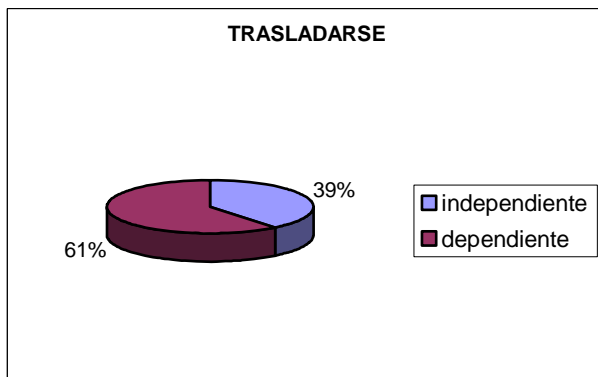
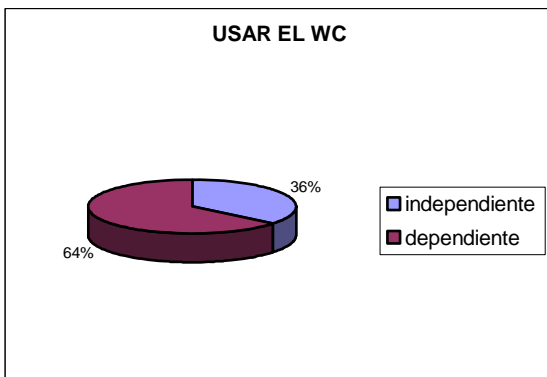


Fuente: Idem

Según este índice el 18% de los pacientes encuestados es totalmente dependiente, mientras un 32% está en una dependencia grave que con el paso del tiempo será total, tan sólo un 32% de los pacientes encuestados es independiente.

Gráfico N°5: Distribución porcentual de los adultos mayores, según grado de dependencia, en actividades de la vida diaria. Valdivia 2006.





Fuente: Idem

- En las actividades básicas de la vida diaria que miden la capacidad de comer y arreglarse son las únicas que sobrepasan el 50% de independencia, observándose que en otras como lavarse, vestirse, micción, deposiciones usar el wc y trasladarse, en donde más de la mitad necesita ayuda para realizar estas actividades.
- La mayor dependencia se observa en las actividades de trasladarse, subir escalones y usar el retrete, ésto puede asociarse al miedo de caer y a la disminución considerable de los movimientos.
- Las actividades como lavarse, vestirse, deposiciones y micción son las actividades que poseen un 57% de dependencia lo cual lleva a analizar que más del 50% de las actividades del índice de Barthel llevan a la dependencia moderada – grave que con el paso del tiempo se hará una dependencia total.

Tabla N° 8: Relación del grado de dependencia y edad de los adultos mayores. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	EDAD											
	55- 60		61- 65		66-70		71-75		76 y más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2	29%	0	0%	3	33%	0	0%	0	0%	5	18%
Grave	2	29%	0	0%	3	33%	0	0%	4	40%	9	32%
Moderado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	2	7%
Leve	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	30%	3	11%
Independiente	3	42%	1	100%	3	34%	1	100%	1	10%	9	32%
TOTAL	7	100%	1	100%	9	100%	1	100%	10	100%	28	100%

Fuente: Idem

Los pacientes de 76 años y más son los que poseen un grado de dependencia grave lo cual se traducirá con el tiempo como una dependencia total. Los pacientes dependientes totales son los que están entre las edades de 66-70 años. Cabe destacar la dependencia total y grave del grupo de 55-60 años en un 29% respectivamente. Un tercio de los pacientes encuestados son independientes.

Tabla N° 9: Relación del grado de dependencia y el sexo de la población en estudio. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	SEXO					
	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	4	40%	1	6%	5	18%
Grave	1	10%	8	44%	9	32%
Moderado	1	10%	1	6%	2	7%
Leve	0	0%	3	17%	3	11%
Independiente	4	40%	5	27%	9	32%
TOTAL	10	100%	18	100%	28	100%

Fuente: ídem

Aquí se puede observar que las mujeres poseen dependencia total en mayor porcentaje (40%) con relación a los varones, los varones presentan un 44% de dependencia grave.

Tabla N° 10: Relación del grado de dependencia y nivel de escolaridad de la población en estudio. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE EDUCACION											
	Analfabeto		Básica incompleta		Básica completa		Media incompleta		Media completa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	5	36%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	18%
Grave	5	36%	2	50%	2	50%	0	0%	0	0%	9	32%
Moderado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	2	7%
Leve	3	21%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	11%
Independiente	1	7%	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	9	32%
TOTAL	14	100%	4	100%	4	100%	2	100%	4	100%	28	100%

Fuente: ídem

Del cuadro anterior se desprende que los pacientes dependientes totales y graves son analfabetos en un 72% y que si se considera los pacientes hasta la básica incompleta son un 50% del total de los pacientes encuestados; tan sólo un 14% posee básica completa, al igual que la enseñanza media completa.

Tabla N° 11: Relación del grado de dependencia y Estado civil de la población en estudio. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	ESTADO CIVIL											
	SOLTERO		CASADO		CONVIVIENTE		SEPARADO		DIVORCIADO		VIUDO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	25%
Grave	2	33%	2	50%	2	50%	0	0%	0	0%	5	42%
Moderado	0	0%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
Leve	0	0%	0	0%	0	0%	2	40%	0	0%	0	11%
Independiente	2	34%	1	25%	2	50%	3	60%	0	0%	3	25%
TOTAL	6	100%	4	100%	4	100%	5	100%	0	0%	12	100%

Fuente: ídem

El 67% de los pacientes viudos están en un grado de dependencia grave-total, al igual que el 66% de los pacientes que son solteros. Se desprende de esto que los pacientes viudos y solteros son más dependientes que las personas que tienen o tuvieron una familia.

Tabla N° 12: Relación del grado de dependencia y ocupación de la población en estudio. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	OCUPACIÓN															
	Trabajos Esporád.		Dueña de Casa		Empleado Fiscal		Particular		Independ.		Obrero		Prof. técnico		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	25%	0	0%	0	0%	5	18%
Grave	0	0%	1	20%	0	0%	2	40%	6	38%	0	0%	0	0%	9	32%
Moderado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%	0	0%	1	100%	2	7%
Leve	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	18%	0	0%	0	0%	3	11%
Independiente	0	0%	4	80%	1	100%	2	40%	2	13%	0	0%	0	0%	9	32%
TOTAL	0	0%	5	100%	1	100%	5	100%	16	100%	0	0%	1	100%	28	100

Fuente: ídem

Los pacientes que presentan mayor dependencia son los trabajadores independientes y particulares. Las dueñas de casa son las con más grado de independencia, con un 80%.

Tabla N° 13: Relación del grado de dependencia y patologías crónicas de la población en estudio. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	PATOLOGÍAS CRONICAS															
	Diabetes		Hip. Arterial		Artritis reumatoidea		Alt. visuales		Alt. neurológicas		Hipoacusia		otros		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	0	0%	0	0%	1	25%	0	0%	4	31%	0	0%	0	0%	5	18%
Grave	1	50%	1	33%	1	25%	0	0%	6	46%	0	0%	0	0%	9	32%
Moderado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	1	33%	2	7%
Leve	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	2	15%	0	0%	0	0%	3	11%
Independiente	0	0%	2	67%	2	50%	0	0%	1	8%	2	67%	2	67%	9	32%
TOTAL	2	100%	3	100%	4	100%	0	100%	13	100%	3	0%	3	100%	28	100%

Fuente: ídem

Los pacientes que presentan dependencia de total a grave son pacientes que tienen alteraciones neurológicas con un 77% siguiéndole la diabetes con un 50%, la artritis reumatoidea también con un 50% y la Hipertensión arterial con un 33%. Todos estos pacientes corresponden a un 50% con dependencia total a grave encuestados.

Tabla N° 14: Relación del grado de dependencia y percepción de la calidad de vida de la población en estudio. Valdivia 2006.

GRADO DE DEPENDENCIA	PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA											
	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	0	0%	2	25%	3	30%	0	0%	0	0%	5	18%
Grave	2	40%	0	0%	5	50%	0	0%	2	40%	9	32%
Moderado	0	0%	2	25%	0	0%	0	0%	0	0%	2	7%
Leve	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	3	11%
Independiente	3	60%	4	50%	2	20%	0	0%	0	0%	9	32%
TOTAL	5	100%	8	100%	10	100%	0	0%	5	100%	28	100%

Fuente: ídem

Según la percepción de calidad de vida y el grado de dependencia el 60% de los adultos mayores que consideran su calidad de vida excelente son los independientes mientras un 60% de los que poseen un grado de dependencia leve consideran haber tenido una calidad de vida mala.

Tabla N°15: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según índice de Katz. Valdivia 2006.

INDICE DE KATZ	Necesita Ayuda		No necesita ayuda		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº
Baño	16	57%	12	43%	28
Vestido	16	57%	12	43%	28
Uso del Wc	18	64%	10	36%	28
Movilidad	16	57%	12	43%	28
Alimentación	9	32%	17	68%	28
Control de esfínter	17	61%	11	39%	28

Fuente: ídem

Al analizar las actividades de la vida diaria según índice de Katz, se puede observar que más del 50% necesitan ayuda para realizar algunas actividades, lo cual dificulta tener una mejor calidad de vida. La actividad que presenta mayor dependencia es el uso del wc y la que presenta mayor independencia es la alimentación.

VI DISCUSIÓN

La importancia del grado de dependencia está dada por el valor primordial de la autonomía del ser humano, el poder realizarse como persona, poder desarrollar las actividades normales de la vida diaria y mantener un bienestar pleno; que lleve a mantener una mejor calidad de vida. Por lo tanto mejorar la calidad de vida de los adultos mayores es nuestro rol, quizá no devolviéndoles sus capacidades, en algunos casos, pero si mejorando su bienestar y demostrándoles aunque sean pequeños sus logros son importantes para cada uno de las personas.

Los adultos mayores encuestados eran procedentes del hogar de Cristo y Hogar Clínica Alemana, y poseían una gran falencia como es el estar lejos de sus seres queridos; un 50% con grado de dependencia de grave a total en actividades de la vida diaria, lo cual lleva a analizar a fondo cada una de las variables estudiadas. En este estudio se analizaron 28 personas mayores de 55 años procedentes de hogares de ancianos de la ciudad de Valdivia de las cuales el 64% eran varones y un 36% de población femenina. El mayor porcentaje de adultos mayores se encuentran los varones encuestados de 76 y más años.

El nivel de escolaridad de la población estudiada se encuentra entre analfabetos y educación media completa. Se observó que un 50% de las personas son analfabetos y sólo un 14% llegó a la educación media completa. En cuanto a la estructura familiar un 43% son viudos, un 21% solteras y un 36% fue casado, separado o conviviente.

Enfermería cumple una función importante para ayudar a la familia y adultos mayores institucionalizados, se puede apoyar a los cuidadores, en relación a los cuidados que deben tener, educando para fortalecer las indicaciones médicas en algunos casos, del adulto mayor; entregándoles un mejor bienestar a cada uno de ellos aunque estén lejos de su familia.

La ocupación principal que realizaron durante su vida activa fue de trabajos independientes con un 56%, lo cual lleva a pensar que en muchos trabajos sin horarios, sin descansos; sin tener una remuneración fija y digna; sin imposiciones como para tener una mejor vejez o un bienestar económico.

Muchas veces han pasado frío en el caso de los pescadores, han trabajado enfermos, teniendo una mala calidad de vida que a través de los años los han llevado a deteriorarse más rápido que los adultos mayores que tuvieron sueldo fijo y un futuro económico con un mejor bienestar.

En cuanto a las patologías crónicas con mayor frecuencia se presentaron las alteraciones neurológicas con un mayor porcentaje en el sexo femenino (60%) respecto al sexo masculino que presentó un 46%; ya sea esta de origen orgánica o secuelar le sigue la artritis reumatoidea con un 14% enfermedad degenerativa común en el envejecimiento. Un 33% corresponden a otras patologías como son la diabetes, la hipertensión, la hipoacusia.

Al observar a la población en relación a su capacidad de autonomía en las diferentes actividades analizadas en el estudio, resultó que existe mayor grado de dependencia en las actividades como trasladarse, usar el wc, subir escalones. El trasladarse se refiere si necesita ayuda para ir del sillón a la cama, o si lo puede hacer por sí mismo, al igual que usar el wc por sí solo. Al subir escalones se observa si puede subir y bajar escalones por sí mismo en forma autónoma e independiente.

La actividad de comer es en donde los adultos mayores presentan mayor independencia con un 82%, mientras sólo el 18% es dependiente al alimentarse. La actividad de vestirse, lavarse, deposiciones, micción poseen el mismo grado de dependencia presentando un 57%, lo cual se ve reflejado en que los adultos mayores requieren de ayuda para lavarse, para agacharse para vestirse, algunos para trasladarse e ir al baño, subirse a la ducha o necesitan ayuda para usar jabón y poder asearse correctamente. En lo que se refiere a deposiciones y micción, se refiere a tener una continencia normal. En la actividad de arreglarse, el 61% se presenta independiente para lavarse la cara, manos, peinarse y afeitarse, mientras un 39% refiere no poder realizar estas actividades por sí mismos.

Al asociar las variables grado de dependencia y edad resultó que los pacientes con 76 años y más poseen un grado de dependencia mayor que los pacientes más jóvenes. Mientras que al asociar las variables sexo y grado de dependencia, se observa ambas poblaciones tanto femenino como masculino presentan un 50% de dependencia de grave a total.

En cuanto a la relación grado de dependencia y estado civil las personas solteras y viudas son las que poseen mayor grado de dependencia que los que alguna vez vivieron en pareja. Al asociar grado de dependencia con nivel educacional, se puede observar que un 72% de los pacientes analfabetos tienen un grado de dependencia de grave a total.

La relación de grado de dependencia y ocupación los pacientes que presentan mayor dependencia son los trabajadores independientes, el resto posee mayor independencia en sus actividades de la vida diaria. La relación de grado de dependencia y patologías crónicas muestra a los adultos mayores con alteraciones neurológicas con mayor grado de dependencia, lo que lleva a pensar la importancia de el autocuidado en etapas anteriores de nuestras vidas para así no tener un deterioro tan marcado y poder llegar a una vejez sana digna y feliz.

Orem muestra que enfermería debe promover la salud mostrando el cambio de comportamiento del individuo percibiendo el problema, como se puede orientar, como se puede orientar al adulto mayor a su autocuidado tanto en lo físico como en lo psicológico, favoreciendo su independencia, ya que cada individuo se conoce a si mismo y es capaz de reflexionar sobre sus propios cambios como lo que le ocurre al adulto mayor con el paso del tiempo.

La enfermería en el apoyo y la educación que nos muestra Orem (teoría de los sistemas de enfermería) puede hacer que el individuo sea capaz de realizar sus actividades pero con su apoyo y ayuda, a la vez en los hogares de ancianos estudiados, existe la ayuda de enfermería la cual puede participar fuertemente con el paciente o educar a los cuidadores para una mejor atención del adulto mayor.

A diferencia del estudio de “Capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas institucionalizadas” (Miguel A. Gómez, 2005), el cual dio el mayor porcentaje de grado de dependencia de los pacientes asociados al proceso natural del envejecimiento que los que presentaban enfermedades; mientras en este estudio arrojó un mayor número de dependencia a los adultos mayores que presentaban alteraciones neurológicas, los cuales eran en más de un 40% de dependencia.

Además en este estudio los pacientes podían realizar otro tipo de actividades cuidando nietos y realizando labores de hogar lo que difiere de nuestro estudio ya que los pacientes analizados dependen en más de un 50% en las actividades básicas de acuerdo al índice de Barthel, requiriendo ayuda en lo más simple como agacharse, lavarse, vestirse por lo que en este aspecto es difícil realizar más comparaciones con este estudio.

En estudio descriptivo de la situación funcional del adulto mayor de 80 años, de la Universidad de Chile (Elizabeth Morrison T. y Begonha Pereira E., 2004), es interesante rescatar que se declaran más dificultades en las actividades de la vida diaria entre los adultos mayores que viven en una familia con más de cinco integrantes; mientras lo que viven con menos integrantes realizan sus actividades por sí mismos y están más activos para realizar su autocuidado esto se debe según el estudio a que la familia tiene temor de que el adulto mayor sufra un accidente o bien se “demore demasiado”. Pues es más fácil y económico para ellos hacer las cosas por las personas con limitaciones funcionales, aunque éstas sean la mínima, en vez de alentarlas a realizarlas por sí mismas. Sea cual sea la situación todavía se limita cada vez más al adulto mayor, dejándolo más dependiente, con una sensación de ser una carga para nosotros.

Un factor protector que analizó este estudio fue el de los adultos mayores casados que viven juntos; que se encuentran más motivados para realizar sus actividades de la vida diaria para cuidarse y protegerse el uno al otro.

Al igual que los resultados de este estudio, el de la Universidad de Chile las mujeres fueron las que concentraron el mayor número de enfermedades invalidantes, al igual que las mujeres alcanzaron el mayor porcentaje en los rangos de edades más avanzadas.

VII CONCLUSIONES

- De acuerdo a la interrogante planteada inicialmente, se concluye que el grado de dependencia de los adultos mayores que viven en hogares de ancianos en general es de un 50% en la realización de actividades de la vida diaria.
- En la población estudiada predominó el sexo masculino con un 64%, siendo el sexo femenino sólo un 36%, mientras el rango de edad que predomina es de 76 años y más, representando el 35% del total de ambos sexos.
- El 43% de la población en estudio es viuda y un 21% es soltera, el 36% restante fué casado, separado o conviviente durante su vida.
- La ocupación de la población fue principalmente trabajador independiente con un 56%, con un 18% de dueñas de casa y empleados particulares y el 8% restante en otras actividades.
- La patología con más alto porcentaje son las alteraciones neurológicas con un 46%, por ello se explica el grado de dependencia, seguida por la artritis reumatoide con un 14%. El 40% corresponde a otras patologías como son: diabetes, hipertensión arterial, Hipoacusia y otros.
- Del total de los pacientes encuestados el 50% posee un grado de dependencia de grave a total. Además existe un 18% de los pacientes los con dependencia moderada a leve y un 32% de pacientes independientes.
- De acuerdo a la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida, un 18% la encuentra excelente y un 50% muy buena mientras que sólo un 18% la encuentra mala y un 14% regular.
- Existe un 50% de índice de dependencia grave a total, al ser aplicado el índice de Barthel. Del total de personas encuestadas, un 18% es dependiente total, o sea necesita el total de apoyo y ayuda para realizar actividades simples de la vida diaria, un 32% es dependiente grave, algunas actividades como la alimentación pueden realizarlas por sí mismos pero la actividad de trasladarse ya no son capaces de

realizarla. El 50% restante es capaz de realizar sus actividades medianamente normales sin ayuda o con muy poco apoyos. De acuerdo a ello, el grado de dependencia de los adultos mayores en estudio en relación con las actividades de la vida diaria, dio como resultado un grado de dependencia alto en consideración que no fueron encuestadas tantas personas de 76 años y más. Existe entonces un 50% que no puede realizar sus actividades diarias de forma autónoma.

- Respecto a la asociación de variables, se observa que en la actividad de trasladarse, ir al retrete y subir escalones son dependientes en más de un 62%, mientras en las actividades de lavarse, vestirse, deposiciones y micción son dependientes en un 57%; en la actividad de comer 82% es independiente y sólo un 18 dependiente que corresponde a los pacientes que son dependientes totales.
- Existe mayor dependencia en las edades de 76 y más, pero los pacientes dependientes totales son de edades de 55-60 años lo que lleva a observar que la edad no influiría en este caso en el grado de dependencia del adulto mayor. En cuanto al sexo, el sexo presenta una dependencia total mientras el sexo masculino presenta una dependencia grave.
- Los trabajadores por cuenta propia y los pacientes analfabetos son los que presentan a la vez mayor grado de dependencia.
- Este estudio permite brindar de manera oportuna, eficiente, equitativa e individualizada, a cada uno de los adultos mayores para ver su grado de dependencia y entregar acciones que los cuidadores puedan utilizar mediante acciones dirigidas por enfermería para la satisfacción de necesidades del adulto mayor a través del desarrollo de la educación en enfermería.
- El instrumento utilizado el índice de Barthel, debería ser utilizado continuamente para ir evaluando cuáles son las actividades que el adulto mayor necesita que se le refuerce. Además debería usarse como estudios de autocuidado, aplicando el modelo de Dorothea Orem. Es así como la enfermera debería ayudar al paciente a realizar el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar para así poder tener una autonomía que le ayude a tener una mejor calidad de vida.
- Al usar las escalas anteriormente mencionadas se puede realizar una intervención específica, la utilización práctica de ellas permitirá una mejor organización del cuidado definiendo cantidad, calidad, oportunidad y nivel de atención.

- El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y en comunidad. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar. La enfermería debe insertar el cuidado integral del adulto mayor y su formación técnico profesional de los cuidadores de los adultos mayores.
- El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso del envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar el concepto de sí mismo y su autoestima, la motivación y las creencias. Para lograr éstos objetivos se requiere que enfermería se destaque por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.
- Además este estudio permite al profesional de enfermería conocer la percepción que los pacientes tienen de su calidad de vida, la cual también es importante al evaluar el estado de salud en general del adulto mayor.
- Enfermería apoya el valor de la educación del paciente para que cumpla con su tratamiento y realice actividades para la mantención de su salud, recuperando en algunos casos su autonomía y a la vez su calidad de vida. Los programas de apoyo a los cuidadores son una forma que garantizan el buen cuidado del adulto mayor.
- Se espera que esta investigación sirva como primer paso y que motive a más enfermeras al cuidado del adulto mayor, en especial al adulto mayor que vive en hogares de ancianos, ya que éstos no poseen ni los recursos ni los medios como para acceder a cuidados especializados e individuales, más aún, muchas veces no posee la ayuda económica como para realizar una buena mantención de su salud. Se debe ir profundizando en el área de la educación, en lo asistencial en apoyo a tratamientos que lleven a la mejor autonomía del adulto mayor, de forma administrativa coordinando los tratamientos que tengan los adultos mayores en los consultorios, centros kinésicos etc.
- Los adultos mayores institucionalizados no tienen los factores protectores y de Bienestar que les entrega una familia, que los fortalece entregándoles armonía, tiene una relación de ayuda mutua la que carecen los adultos mayores que pertenecen a este estudio.

- Este estudio como varios analizados, es difícil compararlos con otros estudios similares tanto a nivel nacional como internacional, ya que existen pocos estudios de adultos mayores y su grado de dependencia recordemos que somos un país en envejecimiento que necesita ver al adulto mayor interiorizarse de sus cambios para poder entenderlo y ayudarlo mejor en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arévalo, V. 2004. Calidad de vida de pacientes menores de 60 años operados con prótesis total de cadera en el Hospital Clínico Regional Valdivia. Mayo de 2000 a Abril 2004 Tesis para optar al grado de licenciatura en enfermería. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia. Chile.
- 2.- Brunner, L. Suddarth D. 1994 “Enfermería Médico quirúrgica”. 7ª Edición. Editorial Interamericana México Vol. 1 Pág 142 a178.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística (INE) 2000. ¿Cuántos somos los chilenos?. Documento: Enfoque estadístico Chile y los Adultos Mayores en la sociedad del 2000. Santiago. Chile.
4. - Marriner Tomey, A.; Raile Allegood, m. 1999. “ Modelos y teorías en enfermería” 4 edición. Editorial Harcourt Brace de España S.A. Madrid. Pág. 175-189.
- 5.- Ministerio de Salud 2001. Manual del Programa de alimentación complementaria del adulto mayor. Santiago de Chile.
- 6.- Ministerio de Salud 1998. Políticas de Salud para el adulto mayor. Santiago de Chile.
- 7.- Morrison D. Y Pereira B. Estudio descriptivo de la situación funcional del adulto mayor de 80 años y más, de las comunas de independencia y recoleta, de la zona norte de la región metropolitana de Chile, a través de la medida de independencia funcional. 2004. Universidad de Chile Facultad de Medicina. Santiago. Chile.
- 8.- Orem, 1993. “Modelo de Orem: concepto de enfermería en la práctica”. Editorial Mason Salvat pág. 163-231
- 9.- Vera J. 2005. Variación en los niveles de ansiedad producidos por fitocalmin en un grupo de adultos mayores, evidenciables con la escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad. Tesis para optar al grado de licenciatura en enfermería. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia. Chile.

Referencias bibliográficas electrónicas:

<http://www.imsersomayores.csis.es>

Consultada 30 de Octubre 2005

<http://www.enfermería21.com/listametas/DorotheaOrem.ppt>

Consultada 05 de Noviembre del 2005

http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Geriat_M_24.html

Consultada 10 de Noviembre del 2005

http://www.portaladultomayor.com/cgiin/pam/display.pl?bri=pam&plantilla=newnivel_2.htm&cat=72&sis=10

Consultada 10 de Noviembre del 2005

http://www.flrosas.cl/prontus4_flrosas/site/artic/20050509/pags/20050509095656.html

Consultada 10 de Noviembre del 2005

<http://lorien.vinv.ucr.ac.cr/girasol/archivo/GIRASOL5/acon4.htm>

Consultada 17 de Noviembre del 2005

http://www.oit.org.pe/ipec/boletin/documentos/familias_co.pdf

Consultada 18 de Diciembre del 2005

<http://www.ubiobio.cl/cps/ponenciasmaltratohtm/visioninpmaltrato.htm>

Consultada 18 de Diciembre del 2005

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría>

Consultada 15 de Octubre del 2006

<http://escuela.med.puc.cl/boletin/Geriatría/formacióninvest.html>

Consultada 15 de Octubre del 2006

http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_/g15-2-2003.pdf

La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas pág. 85-91.

Consultada 15 de Octubre del 2006

<http://versalius.utp.edu.co/reumetica/vol10n2/pdf>

Evaluación física y funcional de adultos mayores con deterioro cognoscitivo.

Consultada 15 de Octubre del 2006

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metods-htm

Dorothea Orem

Consultada 15 de Octubre del 2006

ANEXOS

**CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DEL GRADO DE DEPENDENCIA DEL
ADULTO MAYORES EN HOGARES DE ANCIANOS DE LA CIUDAD DE
VALDIVIA**

INSTRUCCIONES

El propósito de esta encuesta es saber como es el grado de dependencia desde el punto de vista de sus actividades diarias. Este cuestionario consta de cuatro items:

- 1.- el primero tiene preguntas con antecedentes generales (en el cual se asegurará la confiabilidad de los datos).
- 2.-El segundo items tiene relación con las redes de apoyo social.
- 3.- El tercer items corresponde a preguntas sobre grado de dependencia en las actividades de la vida diaria (índice de Barthel)
- 4.- El cuarto y último corresponde al cuestionario relacionado con la valoración de algunas actividades de su vida diaria.

ITEM I

Por favor diga cual es la alternativa que Ud., selecciona:

1.- Indique cual es su edad (años cumplidos) _____

2.- Sexo:

Femenino :

Masculino:

3.- Escolaridad:

- analfabeto
- educación básica completa
- educación básica incompleta.
- Educación media completa
- Educación medio incompleta
- Educación superior completa
- Educación superior incompleta

4.- Estado civil:

- soltero
- casado
- Conviviente
- Separado
- Viudo

5.-Actividad realizada durante su vida:

- Trabajos esporádicos
- Dueña de casa
- Empleado fiscal
- Empleado particular.
- Trabajador independiente
- Obrero
- Profesional o técnico

6.- Presenta alguna enfermedad crónica diagnosticada

- No padece
- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- Osteoporosis
- Artritis reumatoidea
- Alteraciones visuales
- Alteraciones neurológicas
- Hipoacusia
- Otros

7.- Dinero con que dispone:

- - Jubilación
- Ayuda de Instituciones
- Dinero de sus familiares
- Pensión asistencial
- cuenta con su dinero
- no cuenta con su dinero

ITEM II

INDICE DE BARTHEL

DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Item	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5

	- Dependiente	1
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

ITEM III

Las siguientes preguntas se refieren a actividades de la vida diaria que usted es capaz de hacer en un día normal. Conteste cada pregunta como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, conteste lo que le parezca más cierto. (Katz)

1.- ¿Necesita ayuda para realizar las actividades cotidianas con su aseo personal?

ACTIVIDADES	Sí, necesito mucha ayuda	Sí, sólo un poco	No necesito ayuda
a) Necesita ayuda para lavarse una sola parte del cuerpo (como la espalda o una extremidad incapacitada)			
b) Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo.			

2.- ¿Necesita ayuda para vestirse?

ACTIVIDADES	Sí, necesito mucha ayuda	Sí, sólo un poco	No necesito ayuda
a) Se viste solo, se pone adornos, abrigos y usa poleras (se excluye atarse los zapatos).			

3.- ¿Necesita ayuda para usar el wc?

ACTIVIDADES	Sí, necesito mucha ayuda	Sí, sólo un poco	No necesito ayuda
a) Entra y sale del baño, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa.			
b) Precisa ayuda para usar la tasa del baño.			

4.- ¿Necesita ayuda para moverse?

ACTIVIDADES	Sí, necesito mucha ayuda	Sí, sólo un poco	No necesito ayuda
a) Se levanta y acuesta de la cama y/o silla por si mismo (puede usar o no soporte mecánicos).			
b) Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla.			

5.- ¿Necesita ayuda para alimentarse?

ACTIVIDADES	Sí, necesito mucha ayuda	Sí, sólo un poco	No necesito ayuda
a) Lleva la comida a la boca desde el plato (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).			
b) Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación enteral o parenteral..			

6.- ¿Puede controlar sus esfínteres?

ACTIVIDADES	Sí, necesito mucha ayuda	Sí, sólo un poco	No necesito ayuda
a) Control completo de orina y defecación.			
b) Incontinencia parcial o total urinaria o fecal.			

7.- En relación con la percepción de su calidad de vida, entendida esta como el bienestar, independencia física y satisfacción de vivir con libertad. De acuerdo con eso ¿Cómo diría que es su calidad de vida?

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio del “Grado de dependencia del adulto mayor en los hogares de ancianos de la ciudad de Valdivia”; que se realizará por la tesista Srta. Ana Alejandra Felmer Triviño, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en el Hogar de ancianos: _____; entendiéndolo que mi identidad se mantendrá en estricta reserva.

- Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- He podido hacer las preguntas que he querido acerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Yo _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del encuestado _____

Fecha ____/____/____

Encuestador _____

Firma _____