



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas beneficiarios del Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Comuna Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.

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

Karen Fernanda Rubilar Muñoz
VALDIVIA – CHILE
2008

Profesor patrocinante:

Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz
Profesión : Enfermera y Matrona.
Grados : Magíster en Enfermería, mención Enfermería Médico Quirúrgica.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores informantes:

1) Nombre : Sr. Ricardo Alexis Ayala Valenzuela
Profesión : Enfermero
Grados : Magíster (c) en Educación, Políticas y Gestión Educativas.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

2) Nombre : Sr. Fredy Seguel Palma
Profesión : Enfermero
Grados : Magíster en Salud Pública, Mención Salud Ocupacional.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Fecha de Examen de Grado: 17 de Marzo 2008.

Dedicatorias:

A mis padres, que se esforzaron por entregarme valores y educación, gracias por su apoyo y amor incondicional, es el mejor regalo que puedo recibir de ustedes.

A mi hermano Nicolás gracias por su tolerancia y a mi hermanita Sofía por su cariño y ternura que alegra hasta los días más tristes.

A mis amigas Astrid y Pamela gracias por caminar juntas este camino de formación, donde hemos encontrado penas, alegrías que hemos superado unidas. Gracias por su amistad y apoyo tan importante durante estos años de Universidad.

ÍNDICE.

RESUMEN	5
SUMMARY	6
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS	20
CAPÍTULO 4: MATERIAL Y MÉTODO	22
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	36
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES	75
CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	81

RESUMEN.

Las enfermedades respiratorias crónicas se definen como patologías no transmisibles que deterioran progresivamente el sistema respiratorio, desencadenadas por factores genéticos, ambientales, de hábitos nocivos como consumo de tabaco, afectando la calidad de vida del enfermo y su familia. Se consideran un problema de salud pública por el aumento de prevalencia y mortalidad en Chile y el mundo. Como una estrategia sanitaria, comenzó a funcionar recientemente el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) a nivel nacional, por lo que es importante conocer el perfil de sus usuarios para elaborar herramientas que favorezcan la atención y gestión de cuidado.

El objetivo de esta investigación consistió en describir el perfil biológico, psicológico y social de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa ERA, Consultorio de la Comuna de Los Lagos, Región de Los Ríos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007, a través de una metodología cuantitativa, descriptiva y de corte transversal. Para la recolección de los datos, la investigadora diseñó un instrumento estructurado que permitió medir variables sociodemográficas, de percepción familiar, social y aspectos de salud, identificando relación entre algunas variables dependientes e independientes. El cuestionario constó de 23 preguntas cerradas, utilizándose encuestas validadas a nivel nacional de modalidad de respuesta Likert como el test de funcionamiento familiar APGAR (Smilkstein 1958), test de apoyo social percibido de Zimet (2002) y Test de pesquisa de síntomas depresivos del Ministerio de Salud (2006). Se aplicó censo en una población de 31 usuarios, firmando previamente un consentimiento informado. Los datos recolectados fueron procesados y tabulados en el programa computacional Excel de Microsoft Office de Windows 2003, donde se analizaron posteriormente.

El perfil obtenido es: mujer Asmática o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, mayor de 60 años, que vive en pareja, perteneciente a familia nuclear o extensa, jubilada, con condiciones de vivienda óptimas, manteniendo buena funcionalidad familiar y moderado apoyo social. Estos usuarios padecen más de una patología crónica y no fuman actualmente, tienen mala calidad de sueño y adhesión al tratamiento farmacológico, a pesar de lograr buen control de su patología. Asisten periódicamente a controles, consideran que su salud es regular, existiendo 7 usuarios con síntomas de trastornos depresivos. En la adhesión al tratamiento farmacológico no influye la edad y la escolaridad, pero sí el apoyo social de forma positiva. Los usuarios asisten con mayor frecuencia a sus controles si consideran que la atención del equipo de salud es buena, así como la funcionalidad familiar se relaciona directamente con su percepción de salud.

SUMMARY.

Chronic respiratory diseases are defined as non-transmissible pathologies that progressively damage the respiratory system, triggered by genetic and environmental factors, and harmful habits as smoking which damages the quality of life of the patient and their family. These diseases are considered a public health problem due to the increase of prevalence and mortality in Chile and the world. As a sanitary strategy, the Program of Respiratory Diseases of the adult (ERA) began to work recently and nationwide, for which it is important to know the profile of the users in order to develop tools that favour the medical attention and health care management.

The aim of this research consisted in describing the biological, psychological and social profiles of people who suffer chronic respiratory diseases and who are beneficiaries of the Program of Respiratory Diseases of the adult in the medical centre of Los Lagos, Región de los Ríos, during September- December 2007, by means of a quantitative, descriptive and cross-sectional research. In order to carry out the data collection, the researcher designed a structured tool which made possible to measure sociodemographic, of family perception, social and health aspects variables, identifying links between some dependent and independent variables. The questionnaire consisted of 23 closed questions, being used well surveys of the Likert-type validated nationwide as the test of familiar working APGAR (Smilsktein 1958), the test of perceived social support of Zimet (2002), and the test of inquiry of depressive symptoms of the Ministerio de Salud (2006). Census was taken in a population of 31 users who signed an informed consent. The recollected data was processed and tabulated in the Microsoft Office's Excel software of Windows 2003. The data was analyzed using the same software.

The profile obtained was: asthmatic woman or that has EPOC, over 60 years old, who lives with a partner, belongs to a nuclear or extended family, is retired, has optimal housing conditions, keeps a good family structure and receives moderate social support. These users suffer from more than one chronic pathology and currently do not smoke; they suffer from bad sleep and present adherence to the pharmacological treatment in spite of having good control over their pathology. Periodically, they go to medical controls, and consider that their health is average. There are 7 users who have symptoms of depressive disorders.

The age and the education do not have influence on the adherence to the pharmacological treatment; the social support, though, has a positive impact on it. The users go more often to their medical controls if they consider that the attention from the medical team is good just as the family functionality is closely related to their perception of health.

1. INTRODUCCIÓN.

La realización del presente estudio, tiene como objetivo analizar el perfil biológico, psicológico y social de las personas con enfermedades respiratorias crónicas beneficiarios del programa de enfermedades respiratorias del adulto, que se atienden en el Consultorio Comuna de Los Lagos durante el segundo semestre 2007. Esta investigación pretende identificar los factores sociodemográficos, la percepción que tienen sobre apoyo familiar, social y equipo del Consultorio, identificar las patologías respiratorias que padecen, aspectos del estado de salud, auto percepción en salud, presencia de síntomas depresivos y relacionar algunos factores del estado de salud con factores sociodemográficos y sociales.

Las enfermedades crónicas, se originan a cualquier edad de la vida, pero en su gran mayoría se presentan en edades más avanzadas, incrementándose el gasto sanitario y social del estado. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las enfermedades crónicas son las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en adultos mayores. Es necesario entonces, analizar esta situación y contrastarla con la realidad de los centros de atención primaria de nuestro país, pues son sus equipos de salud quienes atienden y tratan en primera instancia a este grupo de personas. A pesar de las políticas gubernamentales existentes, se observa que la atención aún es disgregada por grupo etáreo, faltando una continuidad en la entrega de cuidados y en la formulación de estrategias para abordar los problemas de salud a nivel familiar o de comunidad. Es así, que el nuevo enfoque de salud familiar de atención, se perfila como una estrategia beneficiosa para todos, pues trabaja desde un ámbito promocional, preventivo, tratando a los pacientes desde un ámbito holístico incluyendo a sus familias en todo el proceso salud enfermedad.

Dentro de las patologías crónicas, las obstructivas respiratorias como el asma bronquial y las enfermedades derivadas de la limitación crónica del flujo aéreo, como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), se desencadenan con influencia de aspectos sociodemográficos y hábitos de vida, siendo el tabaquismo el principal factor de riesgo. Estas enfermedades a cualquier edad que se presenten, deterioran progresivamente la calidad de vida, no sólo por los síntomas sino por tener que enfrentarse a una patología que los acompañará por el resto de la vida, lo que causará modificaciones en la autopercepción y autoestima, aumentándose el cansancio e introspección y por ende disminuyendo el grado de sus actividades habituales. Como consecuencia de ello, se incrementa el riesgo de tener personas frágiles y vulnerables.

En este contexto, la familia cumple un rol fundamental en proteger, cuidar y pesquisar los riesgos a los cuales se encuentran mayormente expuestos sus enfermos, pues

muchos son partícipes de estas vivencias debiendo cuidar de ellos, a pesar de que desconocen aspectos de la enfermedad. Por lo tanto, un buen funcionamiento y apoyo familiar, así como también de sus redes sociales, son factores protectores para un buen control de la enfermedad y su posterior adaptación, logrando así adquirir y percibir un mejor estado de salud y calidad de vida. Es aquí donde el profesional de Enfermería puede entregar las herramientas necesarias, conociendo primeramente las áreas estresantes o de riesgo que perturban la estabilidad del paciente, para diseñarles a ellos y sus grupos de apoyo estrategias por medio de prevención y educación sobre los cuidados requeridos, de acuerdo a la dinámica y entorno del enfermo crónico, incluyéndose el trabajo de todo el equipo de salud involucrado, con el fin de fortalecer la línea de defensa del paciente como describe Betty Newman en su Modelo de Sistemas.

Estas patologías aumentan considerablemente cada año, mientras que la variabilidad de estudios existentes al respecto aún son escasos, por lo que es una motivación realizar este trabajo para aportar información que permita conocer los factores personales y del entorno de estos usuarios.

Los resultados de esta investigación pretenden ser un aporte para el Consultorio de Los Lagos que recién se encuentra implementando el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), influyendo también en la motivación por profundizar y entregar a través de sus resultados, un aporte significativo para abordar éste y otro tipo de problemas, previniendo complicaciones, mejorar costoefectividad de la atención en el Consultorio y otras entidades comunales.

2. MARCO TEÓRICO.

El ser humano es un ser integral, que requiere de constante adaptación para mantener su equilibrio. Es así, como debe satisfacer necesidades de todo tipo relacionando sus áreas física, emocional, espiritual, cultural y social que permiten la individualidad y características a cada persona. Sin lugar a dudas, cada una de estas áreas influye positiva o negativamente en su estado de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” Esta definición incluye aspectos importantes como que el ser humano es un organismo completo, determina criterios de salud que identifica medios internos y externos y reconoce la importancia que tienen las personas. Sin embargo, no considera los distintos grados de bienestar o enfermedad ni tampoco la influencia de las áreas espiritual, cultural, social y psicológica, debido a diversos aspectos y momentos de la vida que influyen en su estado de salud, por lo cual no es realista sino más bien utópico. (6)

Los conceptos de salud y enfermedad se definen en torno a la persona, es en ella donde se producen los cambios del estado de salud y según la adaptación que tengan, se considerará estable o inestable. Es así como una persona puede padecer una enfermedad, pero adaptándose a ella y manteniéndose estable, no se considera a sí mismo como enfermo. (5)

Según el modelo continuo salud- enfermedad, la salud es un estado dinámico, que fluctúa cuando la persona se adapta a los cambios internos y externos para mantener un estado de bienestar. Según Newman (1990), citado por Perry & Potter (1996), “la salud en un continuo, es el grado de bienestar del paciente en cualquier instante del tiempo, oscilando desde un estado de bienestar óptimo, con energía disponible al máximo, hasta la muerte, que representa el agotamiento total de energía.” Es así como existen cinco variables que influyen en el bienestar de la persona, tales como fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. El proceso de envejecer expone mayormente a enfermar. (7)

El envejecimiento es un proceso paulatino acumulativo e irreversible que vivencian todos los seres vivos, forma parte del ciclo vital natural y comienza desde que nacemos o mejor dicho desde el momento de la concepción. Es la suma de todas las alteraciones que se producen en el organismo. Para lograr la adaptación ideal al proceso de envejecimiento, se les debe permitir lograr desarrollar sus vidas y por ende un positivo bienestar. Pero esta utopía es muy difícil de cumplir, pues mientras se avanza en años, aumenta el riesgo de deficiencias y

problemas que son producto de los cambios a nivel biológico, psicológico y social, que alteran el funcionamiento normal de los sistemas. (1) (4)

Betty Newman en su Modelo de Sistemas, define enfermedad como “una desarmonía entre las partes de un sistema, que refleja un grado variable de insatisfacción a las necesidades.” Es por esto que una enfermedad no se define sólo como un proceso patológico, sino que como un proceso donde el funcionamiento de todas las áreas del ser humano y el bienestar se ve afectado o debilitado (7). Existen patologías de tipo agudas, donde los síntomas se exacerban por una causa específica, que luego de tratarse, la persona puede volver a su normalidad. Por el contrario, existen las patologías crónicas que se caracterizan por ser problemas de salud no transmisibles originados a largo plazo y que se desencadenan por estilos de vida adquiridos y factores genéticos. (6)

Las enfermedades crónicas, generan riesgo de deterioro importante de la salud de los individuos, siendo más común en adultos medios y mayores de diversos grupos socioeconómicos y culturales. La cronicidad explica el curso de la enfermedad, pues sus síntomas se desarrollan a largo plazo y de forma irreversible. A mayor edad, aumentan las posibilidades de adquirir más de una patología crónica; es común ver en los centros de atención primaria esta situación, generando riesgos en salud pues los síntomas tienden a asociarse y potenciarse, ocasionando efectos negativos en su calidad de vida, al punto de producir incapacidad y vulnerabilidad. Esto es un agravante en el curso de la enfermedad, y en el estado de salud, pues dificulta la adhesión al tratamiento y a los controles de salud, debido al agotamiento que generan. (4)(5)

La definición de salud que contempla la OMS, de alguna manera se contrapone para las patologías crónicas, ya que los individuos pueden lograr alcanzar un grado alto de bienestar si potencian su estado de salud en la medida que lo permita la cronicidad, a través de control, adaptación de la enfermedad y adquisición de hábitos.(4)

Las oficinas de OMS en América Latina, publicaron en el año 2007, que el 44% de las muertes en personas mayores de 70 años es debido a enfermedades crónicas (13). Según la primera encuesta nacional de calidad de vida y salud (2000), cerca del 33% de la población refiere haberle sido diagnosticado alguna vez en su vida una patología crónica, donde el 27% corresponde a hombres y el 39% a mujeres, lo que demuestra que el perfil de usuarios de los centros de salud aumenta cada año y por ende los desafíos al cual se ve enfrentado el país.

Según Corbin y Strauss (1991), citado por Smeltzer y Bare (2002), las enfermedades crónicas atraviesan por diferentes fases en la trayectoria de la patología:

- Pre trayectoria: Es cuando la persona está en riesgo de adquirir una patología crónica debido a factores genéticos o conductuales.

- **Trayectoria:** Comienzan a manifestarse los síntomas de de enfermedad crónica, sobreviene la incertidumbre, temores en torno a los resultados de las pruebas diagnósticas.
- **Fase Estable:** Los síntomas e incapacidad en torno a la patología se encuentran bajo control. Muchas personas pueden vivir muchos años en esta fase logrando una adecuada adaptación a la patología y al estilo de vida modificando hábitos y actividades
- **Fase Inestable:** La enfermedad toma un curso inestable debido a que los síntomas no cesan, aparecen complicaciones. Las actividades rutinarias de la persona pueden interrumpirse debido a esto.
- **Fase aguda:** Surgen nuevos síntomas y complicaciones que requieren hospitalización para estabilizar y tratar.
- **Fase de crisis:** Se caracteriza por situación crítica y de riesgo vital, que requiere tratamiento y cuidados de urgencia.
- **Fase de recuperación:** Es la etapa donde la persona se recupera del episodio agudo. A esta etapa llegan las personas que no lograron adaptarse en la fase estable. Es aquí donde deben tomar conciencia de modificar hábitos y aprender a vivir con el grado de incapacidad que genera la patología en su vida.
- **Fase de deterioro:** Ocurre cuando los síntomas se tornan más intensos y la incapacidad sigue avanzando a pesar de los esfuerzos de adaptación. Que la enfermedad empeore no significa que se acerca la muerte.
- **Fase de agonía:** Comienzan a descender gradualmente la trayectoria de la enfermedad crónica, a pesar de los esfuerzos por mantenerla controlada, la persona renuncia a sus intereses y actividades diarias y comienza a acercarse la muerte.

Es importante recordar que no todas las enfermedades crónicas representan un riesgo vital para las personas y que no atraviesan por todas las fases, sólo es una aproximación a su evolución.

En las enfermedades crónicas, la desarmonía o alteración de algunas áreas, se acentúa aún más, porque acompañará de por vida a la persona, por lo que se debe hacer un esfuerzo para adaptarse. En el área biológica, mediante el tratamiento de los síntomas y las áreas psicológicas y sociales requieren de especial valoración y preocupación para lograr la adaptación necesaria.

El concepto del propio yo es la imagen subjetiva que la persona tiene de sí mismo, integrando sentimientos, actitudes y percepciones. Según la Teoría de Erickson citada por Perry & Potter (1996) manifiesta que la sociedad y el entorno en el que se desenvuelve la persona desarrollan este auto concepto que se conforma de la imagen corporal, autoestima, roles e identidad. Estos factores que componen el concepto de yo, pueden verse afectados por un cambio en la imagen corporal, hospitalización o enfermedad de larga duración.

Así mismo, el estado de salud que consideran las personas, está estrechamente ligado con su auto concepto. Según Golini y Calvani (2001) citado por González y Ojeda (2007) refieren que existe relación entre “cómo se siente” una persona, y lo que esa persona cree poder hacer. Nace el concepto de auto percepción de salud que influye subjetivamente en su rendimiento funcional diario. La forma como las personas contemplan su nivel de salud, depende directamente de la actitud que tengan frente a ésta, además de valores, opiniones y percepción de su bienestar, así como también su autoestima. Padecer una patología crónica es un factor estresante no sólo por lo que significa vivir con ella, sino que deterioran la autoimagen, autoestima y provocan miedo ante la amenaza de agravar y fallecer.

La autoestima decrece a medida que se aumenta en edad. Esto se puede deber a que decrece la autoestima, producto de la menor percepción de bienestar, pérdida de redes sociales y la dificultad para realizar actividades cotidianas, lo cual entorpece la capacidad para percibir los aspectos positivos de sus vidas, habilidades y competencias que pudiesen lograr. En este aspecto, existen importantes riesgos, pues si las personas no son capaces de aceptar y adaptarse a las modificaciones que se generan en sus vidas, no lograrán verse de forma positiva, alterando su autoestima y aumentando los riesgos en salud. Es así como uno de los indicadores que favorecen el bienestar de las personas, es la autopercepción positiva de su salud, midiéndose el nivel de calidad de vida a través de este parámetro. Todos estos factores pueden desencadenar la aparición de síntomas depresivos, sobre todo en personas de edad más avanzada. A la vez, en muchas ocasiones las redes sociales no consideran estos síntomas, pues creen que es parte del proceso que viven. (19)

Según la Guía clínica del Ministerio de Salud sobre Depresión en mayores de 15 años (2006), esta patología se define como “una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado.”

En este sentido, los adultos mayores tienen mayor tendencia a desarrollar cuadros atípicos que clínicamente no cumple con los criterios de una patología depresiva, pasando desapercibidos para las personas que lo rodean, desencadenando con frecuencia depresión de grado menor. Este tipo de depresión no quiere decir que tenga menor intensidad, pues posee igual riesgo de morbilidad y mortalidad que el resto de las nomenclaturas de depresión. En establecimientos de Atención primaria de Estados Unidos, alrededor del 50% de los casos de enfermedades mentales como depresión, pasan desapercibidas y por lo tanto no son diagnosticadas ni tratadas, lo cual es un riesgo para toda la población. (14)

En nuestro país, los Centros de Atención Primaria cuentan con un instrumento para adultos mayores llamado evaluación funcional del adulto mayor, donde en uno de sus ítems realiza 2 preguntas para detectar síntomas depresivos. Este instrumento se evalúa cada 6 meses

o una vez al año, pero para la población general no se aplica ningún test que permita pesquisar alteración del ánimo o presencia de síntomas depresivos. Es por esto que la mejor estrategia de prevención es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje sencillos que pueda ser aplicado por cualquier profesional de salud no sólo en adultos mayores, sino que en todas las personas que asisten con frecuencia a un centro de salud. Además es sabido que en la mayoría de los centros de atención, existen policlínicos de salud mental donde es posible comenzar a tratar estas patologías. El acceso a la atención es un derecho, ya sea en el área pública o privada, porque en mayores de 15 años la depresión es patología AUGE, donde se exige derivación rápida para su diagnóstico y tratamiento en centros de especialidad. (14) (21)

El impacto que provoca una enfermedad crónica, repercute directamente en su entorno más cercano que es la familia, generando conflicto o tensión, donde se modifica la dinámica familiar y su funcionamiento. Es por esto, que se debe tener presente al momento de iniciar una relación terapéutica con un enfermo crónico porque son todos los integrantes los que viven un estrés emocional. Nuckolls Et al, citado por González & Ojeda (2007) demuestra que el aislamiento social o la escasa integración social, perjudica el estado de salud de los individuos y por el contrario, el apoyo social disminuye el estrés y fortalece la salud mental de la persona y su familia.

Cuando se llega a la adultez mayor, los roles sociales comienzan a modificarse, los adultos que eran los que tenían control y poder en el hogar, pasan a denominarse abuelos y a ser los mayores de la familia. Además los lazos de amistad que conservaban por muchos años, se empiezan a romper debido a enfermedades, dependencia, fallecimiento de cercanos, viudez, traslados a centros y hogares de ancianos. El proceso de jubilación también repercute en el área social, pues la mayoría dejan sus puestos de trabajo debido a que cumplen la edad establecida para jubilar, dedicándose la gran mayoría a rutinas hogareñas y contando con menos dinero para subsistir. Esto hace que los adultos mayores tengan menos recursos de apoyo social para enfrentar la gran cantidad de cambios y factores estresantes que ocurren en esta última etapa de la vida. (8) (19)

Esto se contrasta con lo que se conoce de la Historia de la Humanidad, ya que en la antigüedad, los ancianos eran sinónimo de sabiduría y conocimientos, respetados por toda su comunidad y considerados piezas fundamentales dentro de las sociedades. Actualmente la visión es completamente diferente, en muchos casos son relegados de las familias, a acatar reglas impuestas por personas de menor edad y a ser considerados un estorbo para su grupo, incluso llegando a extremos de maltrato de diversa índole. Muchos se sienten marginados precisamente de una sociedad que envejece día a día. Es necesario entonces, comenzar a cambiar la percepción sociocultural que se tiene sobre los adultos mayores, en los distintos grupos de edad, a través de los medios de comunicación, educando a todas las personas para que aprendan a valorarlos en todas sus dimensiones, reconozcan sus derechos y les entreguen un trato digno; en resumen, generar un cambio en la población, partiendo desde el lugar más íntimo que rodea a los adultos mayores, es decir desde el seno familiar. (6) (8)

Es también de importancia, contar con instrumentos que cuantifiquen el apoyo no sólo de adultos mayores sino de personas con enfermedad crónica, pues es trascendental conocer la realidad de esta área, sobre todo considerando que el apoyo favorece la autoestima y realización de actividades. Es así como la Escala de Apoyo Social percibido de Zimet, ha sido adaptada y validada específicamente a enfermos crónicos, por lo cual es una herramienta adecuada a utilizar, sobre todo para prevenir la fragilidad y vulnerabilidad en este tipo de personas y más aún en adultos mayores. (8)

Si las personas cuentan con el apoyo necesario y la disposición para afrontar el proceso de enfermedad, se disminuirán las limitaciones, existiendo siempre el riesgo de ser una persona frágil o vulnerable. La fragilidad condiciona el agotamiento que se concreta con la discapacidad y dependencia. Es muy necesario que los miembros de los equipos de salud, tengan presente esta situación de inestabilidad, que puede revertirse o retrasarse en algunos adultos mayores, para que de esta manera no los clasifiquen ni traten como limitados o dependientes, sino que fortalezcan sus áreas activas, potencien su autoestima y funcionalidad. Prevenir que el deterioro se convierta en impedimento y posteriormente en discapacidad, requiere colaboración tanto de profesionales como de la población en general y sobre todo participación de los mismos involucrados.

Las condiciones habitacionales o residenciales de las personas, también pueden provocar vulnerabilidad de tipo social, es decir que las características demográficas, como vivienda e ingresos económicos, pueden generar desventajas sociales, especialmente de los adultos mayores que viven solos y desprotegidos. Esta vulnerabilidad, se define como la posibilidad de sufrir algún deterioro del bienestar, a causa de exposición a riesgos. (17)

El tratamiento de las patologías crónicas no sólo se condiciona a tratar los síntomas mediante fármacos y modificación de estilos de vida, sino que aprender a vivir con la enfermedad. Esto requiere previamente de un período de adaptación donde la persona comprenda la trascendencia que genera la enfermedad en su vida. Para Enfermería es un desafío porque si bien el médico es quien diagnostica y prescribe los medicamentos con sus dosis apropiadas, horarios y estilos de vida a adquirir, son los profesionales de Enfermería quienes actuarán como elementos de apoyo para el paciente y sus familias para desarrollar la estrategia más adecuada. Una vez logrado, las enfermeras junto a los pacientes, deben buscar en conjunto el método más cómodo que favorezca su autocuidado, mediante la educación y enseñanza, implementando las terapias farmacológicas y rutina de actividades diarias. (4)

Dorotea Orem en su Modelo de Déficit de Autocuidado (1972), define Autocuidado como “El conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores interno o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.” En el caso de las enfermedades crónicas, este concepto se adecua perfectamente, ya que las personas deben realizar acciones en todos los aspectos para mantenerse estables. En el caso de

que exista un déficit de autocuidado, Orem plantea que las Enfermeras(o) son las que deben adecuar el enfoque de atención según el déficit de autocuidado, orientando o dirigiendo de acuerdo a conocimientos y capacidades, a través del método de ayuda más acorde para lograr la adaptación a la enfermedad. (6) (7)

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y responsabilidad de los individuos en el cuidado y mantenimiento de esta. Es la persona que ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir una dieta o practicar ejercicio, por lo tanto, es la misma persona que finalmente decide cómo y cuando lo hará. (18)

El cumplimiento a estas terapias en enfermedades crónicas es un proceso de larga duración. La definición de adhesión es la forma en que el comportamiento de una persona, sigue las recomendaciones dadas por un profesional de salud para su patología. En esta adhesión influyen varios factores como el nivel socioeconómico, escolaridad, vivir en lugares distantes del centro de salud como ruralidad extrema, el clima de la ubicación geográfica, tipo de enfermedad crónica, apoyo social, creencias culturales sobre ésta, relación entre el profesional de salud y su paciente, los cuales pueden influir positiva o negativamente en la efectividad de su terapia. Por lo tanto es importante considerar estos aspectos al momento de pesquisar a una persona que padece síntomas de una patología crónica, para iniciar una relación terapéutica y a su vez lograr una continuidad en el tiempo del régimen terapéutico.

El tratamiento farmacológico puede tornarse deficiente si se entorpece el inicio o se abandona, por inasistencia a controles, omisión de dosis, incumplimiento de horario, automedicación, por no modificar hábitos, generando diversas consecuencias tanto para el estado de salud por el riesgo de complicaciones médicas, como también económicas y psicosociales. (9)(18)

Entre las patologías crónicas existentes, las respiratorias crónicas son las que deterioran el sistema respiratorio de forma progresiva. Son consideradas un problema de salud pública, pues aumentan su prevalencia y mortalidad cada año en Chile y el mundo. Epidemiológicamente, en el Año 2000, la prevalencia de este tipo de enfermedades en la población Chilena fue en promedio 5%, donde 5% corresponde a mujeres y los hombres 4% (15). Por el contrario, según la Encuesta Nacional de Salud (2003), la prevalencia de personas que en Chile están propensos a desarrollar enfermedades respiratorias crónicas, debido a que presentan síntomas respiratorios es de 21,7%, con una diferencia de 1% mayor para hombres con respecto a mujeres. (15) (22)

Dentro de los factores de riesgos importantes para exacerbar las patologías respiratorias crónicas, están los factores genéticos, hábitos de vida adquiridos, ocupación que desempeña y alérgenos del ambiente. En este sentido, las condiciones de vivienda pueden atenuar o exagerar los síntomas respiratorios, ya sea por la ubicación geográfica, calidad de construcción de la vivienda y el tipo de calefacción utilizada, así como también las condiciones climáticas y de polución o contaminación ambiental existente. (04)

Sin embargo, el consumo y exposición a humo de tabaco es el principal factor de riesgo para contraer infecciones respiratorias bacterianas y virales y desencadenar patologías respiratorias crónicas. Según la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2006), el consumo de tabaco en nuestro país tiene una prevalencia del 40% en la población mayor de 15 años, donde los hombres fuman más que las mujeres y el rango de edad de mayor consumo es entre los 20 a 44 años de edad, cifras alarmantes ya que existe suficiente evidencia científica sobre el daño que provoca este hábito y que la única medida efectiva para detener su evolución y curso es eliminar su consumo. A pesar de los esfuerzos de las campañas públicas sanitarias, se necesita mayor énfasis para lograr revertir estas cifras. (20)

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las patologías crónicas respiratorias más preocupante en el mundo entero. Estados Unidos se encuentra en el cuarto lugar de causas de muerte, en contraste con las enfermedades cardiovasculares que comienzan a descender sus índices (6). De acuerdo al consenso nacional de EPOC (1998), se estandarizaron las intervenciones realizadas por profesionales médicos. También se estimó que anualmente mueren alrededor de 1700 personas por EPOC, convirtiéndose en una tasa de 15 por 100.000 personas mayores de 14 años. (12)

La definición de enfermedad Pulmonar obstructiva crónica es utilizada para describir un proceso de limitación del flujo aéreo de manera progresiva a irreversible, que se asocia con inflamación de los pulmones producto de partículas nocivas para el organismo, como el humo del cigarrillo (12). Se diferencia de otras patologías que cursan con limitación crónica del flujo aéreo como asma bronquial por su origen, fisiopatología y evolución, donde no es posible revertir la limitación totalmente a pesar de un tratamiento efectivo. (6)

Fisiopatológicamente, se disminuye el flujo espiratorio, condicionado por alteraciones de los bronquiolos, pues aquí se aumenta la cantidad y secreción de mucosa, además de que se acumulan células inflamatorias y se engruesa la capa muscular, lo que dificulta la entrada de aire porque el diámetro de éstos disminuye considerablemente. Esto lleva a que aumente la resistencia al flujo de aire y el espacio entre un bronquiolo y otro, destruyéndose las paredes alveolares. Se dificulta la entrada de aire, altera el intercambio gaseoso, la mecánica ventilatoria y por ende la respuesta al ejercicio, aumenta el agotamiento y confusión por la disminución de entrada de oxígeno, provocando menor tolerancia al ejercicio y favoreciendo el sedentarismo y la fatiga. (1) (4)

El sueño y reposo, permiten al ser humano mantenerse en equilibrio para recuperar la vitalidad para el siguiente día. Los adultos mayores duermen menor cantidad de horas debido a las modificaciones fisiológicas de la edad. En el caso de EPOC y en general en todas las patologías respiratorias crónicas que disminuyen el flujo de aire, el equilibrio de actividad y reposo se altera debido a que los síntomas se exacerban durante la noche, y como repercusión durante el día se mantienen cansados. (4)

Otra de las consecuencias producidas es la disnea, definida como dificultad respiratoria, y que es el síntoma principal de esta enfermedad, que en los estadios más avanzados provoca menor ingesta de alimentos debido al cansancio que les provoca alimentarse. Este síntoma provoca además que las personas se despierten en más de una ocasión durante la noche o tengan un sueño no reparador, levantándose al día siguiente igual de cansados que antes de dormir. Esto sin lugar a dudas, refiere la importancia de la participación de los equipos de salud para apoyar a estas personas a mantenerse activos tanto como les sea posible. (1) (10) (20)

Las principales complicaciones que podrían presentarse si la persona no adquiere responsabilidad de sus cuidados, no realiza la terapia farmacológica adecuada y no elimina el consumo de tabaco en el caso de ser fumador, son la insuficiencia respiratoria que coloca en riesgo vital a las personas, las atelectasias, el neumotórax y las infecciones respiratorias principalmente la neumonía. La exacerbación respiratoria es la causa más frecuente de hospitalización y muerte en los pacientes con EPOC, son consideradas urgencia y se definen como un evento dentro de la evolución natural de ésta, caracterizado por el aumento e intensidad de dificultad respiratoria, tos, eliminación de secreción bronquial. Entre los factores desencadenantes se encuentran las infecciones virales y bacterianas, la contaminación ambiental y el bajo nivel de adherencia al tratamiento. (1) (20)

Para mantener estable la enfermedad, se debe tratar los síntomas, evitar las complicaciones y detener la progresión de la patología, además se deben vacunar contra el virus de la Influenza, por el riesgo de adquirir enfermedades infecciosas como esta. (20)

El rol de Enfermería es trascendental en la enseñanza de los pacientes para desarrollar habilidades y destrezas de afrontamiento a la enfermedad. El Modelo de los Sistemas de Betty Newman (1971) puede ser utilizado para este proceso donde la adaptación a la enfermedad es esencial. Primeramente debe existir una aproximación a estas personas de manera de conocerlos integralmente como un sistema abierto que engloba todas las variables que influyen en este sistema. Posteriormente se trabaja mediante la prevención secundaria como un método de intervención de Enfermería, donde se disminuye el efecto real de la enfermedad y los factores estresantes que son los que mantienen a la persona débil y susceptible a agravar, a través de la modificación de estilos de vida como el consumo de cigarrillo, sistemas de calefacción nocivos, la fatiga y disminución de la autoestima de estas personas preocupándose

de que el grado de reacción sea mínimo. También se deben fortalecer las líneas de defensa, con apoyo e integración de sus redes, de manera de potenciar las relaciones saludables y colaborando en la adquisición de herramientas que favorezcan una calidad de vida óptima a estas personas. (4) (7)

Otra patología respiratoria crónica es el asma bronquial. En Chile tiene una prevalencia de 5 a 10%, siendo mayor que EPOC. Dentro de los factores de desencadenamiento se encuentran genes, presencia de otras patologías alérgicas y factores del ambiente. Sus características son inflamación y obstrucción de las vías aéreas. Esta inflamación es producida por células inflamatorias como mastocitos, eosinófilos, que generan una respuesta exagerada, provocando la falta de aire, sensación de ahogo, tos, secreción de mucosa, que generalmente se revierte a la normalidad de forma espontánea o con ayuda del tratamiento prescrito. (6) (10)

Los síntomas del asma bronquial son sibilancias, similares a un silbido en el tórax, la tos y la disnea. Este último también se presenta en otros cuadros respiratorios obstructivos, por lo cual se debe tener la precaución de diagnosticar bien la patología, mediante los exámenes correspondientes para conocer su origen. Los síntomas se caracterizan por variar durante el día y en estaciones del año, ser intermitentes porque pueden revertirse y volver a aparecer, dependiendo directamente del contacto con el elemento o alérgeno que produce la alergia. Durante la noche pueden exacerbarse los síntomas, despertándose en más de una oportunidad debido a la tos. Además existen situaciones que pueden desencadenar los síntomas, como el frío, el ejercicio, la ansiedad, el humo de cigarrillo, contaminación, polvo, entre otros. (1) (4) (6)

Las exacerbaciones o crisis asmáticas son urgencias, que se definen como episodios de inicio brusco de signos clínicos cianosis, taquicardia, aumento de la sudoración, sensación de opresión torácica y signos que simulan un cuadro infeccioso, que a medida progresa la exacerbación estos se acentúan, colocando en riesgo vital a la persona si se clasifica como moderado a grave y no se trata a tiempo. Las crisis asmáticas son las principales causas de hospitalización junto a la Neumonía, siendo esta última una de las 3 causas de mortalidad en adultos mayores y la primera en mayores de 80 años. (1) (10)

El Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (Programa ERA) es un programa de reforzamiento de Atención Primaria, que se inició en Chile en el año 2001, surgiendo como una estrategia sanitaria para disminuir la morbi mortalidad por enfermedades respiratorias en el adulto y adulto mayor. Paralelamente existe el programa de Infecciones Respiratorias Agudas (Programa IRA) que trata a recién nacidos, lactantes y pre escolares con infecciones respiratorias, obteniéndose excelentes resultados. El objetivo del Programa ERA es brindar atención a personas mayores de 20 años que poseen alguna patología respiratoria crónica mediante control, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios y derivación

oportuna a especialidades si es necesario. Se requiere que trabajen en conjunto una Enfermera(o), Kinesiólogo(a) y un Médico que realice funciones de apoyo. (22)

Actualmente el Consultorio de Los Lagos, cuenta con una sala que implementa este programa ERA, por lo tanto, el equipo de salud se encuentra en proceso de pesquisa y organización del funcionamiento del Programa de salud. Es por esto necesario conocer más a fondo la población a la cual se enfocará la atención, de manera de pesquisar los factores de riesgo más importantes que presenten, el ambiente y condiciones en las cuales viven, la adaptación a la patología, el apoyo que reciban de sus seres más cercanos, entre otros aspectos.

3. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL I.

Determinar los factores socioeconómicos y demográficos de los usuarios del Programa ERA Consultorio Los Lagos, durante el segundo semestre año 2007.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio: edad, sexo, estado civil, escolaridad, tipo de familia.
- 2.- Identificar las características socioeconómicas de la población en estudio: ingreso económico que perciben, condiciones de vivienda.

OBJETIVO GENERAL II.

Determinar la percepción que tienen los usuarios del Programa ERA Consultorio Los Lagos, respecto a sus redes de apoyo, durante el segundo semestre año 2007.

Objetivos específicos:

- 1.- Determinar la percepción de la población en estudio respecto al funcionamiento de su familia.
- 2.- Determinar el apoyo social percibido por la población en estudio respecto a familia-otros significativos y amigos.
- 3.- Determinar la percepción de la población en estudio respecto a la atención brindada por el equipo de salud de la sala ERA del respectivo Consultorio.

OBJETIVO GENERAL III.

Determinar factores de morbilidad que poseen los usuarios del Programa ERA, Consultorio Los Lagos, durante el segundo semestre año 2007.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar el tipo de patología respiratoria crónica que posee la población estudiada.
- 2.- Identificar factores que repercuten en la enfermedad respiratoria crónica como patologías crónicas asociadas, hábito tabáquico, calidad del sueño, adhesión al tratamiento farmacológico y controles de salud, causas de su no adhesión, hospitalizaciones previas y sus causas.
- 3.- Determinar la percepción en salud que posee la población en estudio.
- 4.- Identificar presencia de síntomas depresivos en la población estudiada.

OBJETIVO GENERAL IV.

Determinar la relación entre aspectos de la enfermedad respiratoria con aspectos sociodemográficos y de percepción familiar y social que poseen los usuarios del programa ERA, Consultorio Los Lagos, durante el segundo semestre año 2007.

Objetivos específicos:

- 1.- Determinar relación entre tipo de patología respiratoria y sexo de la población estudiada.
- 2.- Determinar relación entre adhesión a tratamiento farmacológico y edad, escolaridad, apoyo social percibido.
- 3.- Determinar relación entre asistencia a controles de salud y percepción de los usuarios sobre la atención que entrega el equipo de salud.
- 4.- Determinar relación entre hospitalizaciones previas y sexo.
- 5.- Determinar relación entre autopercepción en salud y funcionamiento familiar.
- 6.- Determinar relación entre percepción síntomas depresivos y sexo.

4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Esta investigación corresponde a un estudio Cuantitativo, porque utiliza recolección de datos que se miden y analizan estadísticamente para responder a interrogantes formuladas como objetivos, y sus resultados son entregados mediante porcentajes, tablas y gráficos.

Es de tipo descriptivo porque describe, investiga sobre diversos aspectos de un fenómeno, en este caso el perfil biopsicosocial de adultos y adultos mayores con patologías respiratorias crónicas.

Es de corte Transversal, debido a que la recolección de los datos se obtuvo durante un periodo de tiempo establecido en el cronograma de actividades.

4.2 POBLACION EN ESTUDIO

La población en estudio fueron todos los usuarios con patologías respiratorias crónicas del Consultorio Los Lagos.

A su vez, la unidad de análisis de este estudio fueron los adultos y adultos mayores con patologías crónicas respiratorias inscritos en el programa ERA en el año 2007, Consultorio de la comuna Los Lagos

4.2.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas confirmadas previamente por un diagnóstico médico.
- Pacientes que aceptaron participar del estudio.
- Pacientes residentes en zona urbana y periférica a menos de 10 kilómetros de la Comuna.
- Pacientes con datos del domicilio y patología completos para asistir a sus hogares.

4.2.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con alguna demencia o deterioro mental o que no hayan estado en condiciones de responder el cuestionario.
- Pacientes que hayan fallecido antes y durante el transcurso de la recolección de datos.

4.3 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.

Variable	Definición Nominal	Definición operacional
<i>a. Sexo</i>	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
<i>b. Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 21-40 años. 2. 41-60 años. 3. 61-80 años. 4. Más de 81 años.
<i>c. Estado civil</i>	Condición conyugal al momento de la entrevista.	<ol style="list-style-type: none"> 1. soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado 5. Divorciado 6. Conviviente
<i>d. Escolaridad</i>	Último nivel que aprobó en la enseñanza formal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin escolaridad 2. Básica incompleta 3. Básica completa 4. Media incompleta 5. Media completa 6. Estudios superiores.
<i>e. Tipo de familia.</i>	Tipología de estructura familiar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Monoparental 4. Reconstituida 5. Unipersonal
<i>f. Fuente de ingresos económicos del entrevistado.</i>	Explica la fuente desde donde reciben ingresos económicos, ya sea a través de un trabajo, pensión, colaboración de otras personas o que no recibe.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajador dependiente 2. Trabajador independiente 3. Pensionado. 4. Ingreso de terceros 5. No recibe ingresos (dueña de casa)

<p>g. Condiciones de la vivienda: 1.- calefacción</p>	<p>Características de la calefacción de la vivienda del entrevistado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cocina a leña, combustión lenta o salamandras 2. Eléctrica. 3. Parafina. 4. Braseros. 5. No posee sistema de calefacción.
<p>g. Condiciones de la vivienda: 2.- Estructura</p>	<p>Características de la Estructura de vivienda del entrevistado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura de madera, forrada por dentro 2. Estructura de madera sin forrar por dentro 3. Estructura de cemento y/o ladrillos. 4. Estructura de madera y masisa. 5. Otro tipo de estructura (la cual se describe)
<p>h. Percepción del funcionamiento familiar: “Test de APGAR.”</p>	<p>Permite mostrar una visión del funcionamiento familiar. Refleja la percepción del entrevistado sobre el estado funcional de su familia mediante aplicación de test.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunción severa: 0 a 3 puntos. 2. Funcionalidad moderada: 4 a 6 puntos. 3. Funcionalidad alta: 7 a 10 puntos.
<p>i. Apoyo social percibido. “Escala apoyo social percibido Zimet con modificación tipo Likert.”</p>	<p>Determina el apoyo social percibido por el entrevistado frente a familia-otros significativos, amigos y/o vecinos. El apoyo se mide con la escala apoyo social Zimet con modificación tipo Likert.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo apoyo social percibido: percentil bajo 25. 2. Mediano apoyo social percibido: percentil entre 25 a 75. 3. Alto apoyo social percibido: percentil sobre 75.

<p><i>j. Percepción de la atención brindada en el consultorio.</i></p>	<p>Percepción del entrevistado sobre la atención que brinda el equipo de salud de la sala ERA, colocándole nota por la atención de 1 a 7, donde 1 es mala y 7 es excelente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La atención es excelente (6 a 7). 2. La atención es regular (4.0 a 5.9). 3. La atención es mala (0 a 3.9).
<p><i>k. Tipo de problema Respiratorio Crónico actual.</i></p>	<p>Patología respiratoria crónica que posee el individuo, previo diagnóstico médico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2. Asma Bronquial. 3. Otras (como Bronquitis Obstructiva, otras patologías derivadas de LCFA, etc.)
<p><i>l. Patologías crónicas concomitantes.</i></p>	<p>Patologías crónicas diagnosticadas y tratadas por un equipo de salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial. 2. Diabetes Mellitus 2. 3. Dislipidemia. 4. Artritis reumatoídea. 5. Otras (definirlas según diagnóstico médico que posea en su carnet de atención o ficha clínica). 6. HTA más DM 2. 7. No posee patologías crónicas asociadas.
<p><i>m. Hábito tabáquico presente.</i></p>	<p>Presencia de hábito tabáquico en el entrevistado. Utilizando criterios determinados por CONACE, preguntando si ha fumado al menos un cigarrillo en el último mes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
<p><i>n. Percepción de Calidad del Sueño</i></p>	<p>Percepción de cómo duerme el entrevistado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sueño reparador: Despierta al día siguiente descansado. 2. Sueño interrumpido durante la noche: Despierta más de una vez durante la noche.

		<p>3. Sueño no reparador: Despierta al día siguiente cansado.</p> <p>4. No logra dormir durante la noche.</p> <p>5. Otra alternativa (especificar)</p>
<i>o. Adhesión a tratamiento farmacológico.</i>	<p>Verificar el cumplimiento periódico del tratamiento farmacológico prescrito para su patología respiratoria según técnica de administración, dosis y horario correcto que el entrevistado demuestra en su hogar (ya sean medicamentos de uso oral, broncodilatadores, apoyo de oxígeno, entre otros).</p>	<p>1. Buena adhesión: Utiliza medicamento según indicación médica (demuestra técnica, dosis y horario de medicamentos verificando en su carnet de atención): 3 puntos.</p> <p>2. Mala adhesión: Utilización incorrecta (Se le pide que explique técnica, dosis y horario de medicamentos, verificando en su carnet de atención que no es correcto a lo prescrito previamente por un médico: 2 puntos.</p> <p>3. No existe adhesión: Refiere no utilizar tratamiento farmacológico: 0 a 1 punto.</p>
<i>p. Adhesión a Controles de salud:</i>	<p>Conocer si el entrevistado asiste a los controles de salud del programa ERA en el consultorio para la patología respiratoria crónica que padece, en el momento que le corresponde.</p>	<p>1. Asiste a controles periódicamente (Asiste a todos los controles que se le han citado).</p> <p>2. No asiste a controles periódicamente</p>
<i>q. Causas de no adherencia a tratamiento y controles de salud.</i>	<p>Causas de la no adherencia al tratamiento farmacológico y a los controles de salud.</p>	<p>1. Falta de dinero.</p> <p>2. Dificultad para acceder al consultorio (clima o distancia)</p>

	Esta alternativa, la responden sólo las personas que no tienen adhesión a tratamiento y/o controles de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Falta de tiempo 4. Dependencia de otras personas. 5. Insatisfacción por la atención brindada. 6. No comprende indicaciones prescritas. 7. No quiere asistir y/o cumplir tratamiento. 8. Otra alternativa.
<i>r. Hospitalizaciones previas</i>	Hospitalizaciones del entrevistado a causa de patologías respiratorias en el presente año.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí (Definir cuántas hospitalizaciones en el presente año) 2. No
<i>s. Causas de hospitalizaciones previas</i>	Explica las causas de hospitalizaciones previas que tuvo el entrevistado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neumonía 2. Exacerbaciones respiratorias. 3. Crisis asmáticas 4. Otras causas (definir)
<i>t. Auto percepción en salud</i>	Es la percepción que tiene el entrevistado sobre su propia salud, colocando una nota de 1 a 7.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena (6 a 7) 2. Regular (4.0 a 5.9) 3. Mala (0 a 3.9)
<i>u. Pesquisa sospecha de síntomas depresivos.</i>	Pesquisar síntomas de trastornos depresivos en el entrevistado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No existe sospecha de síntomas depresivos 2. Si existe sospecha de síntomas depresivos.

4.3.1 Variables Dependientes.

Según Hernández, Fernández, Baptista (2003), las variables dependientes son la consecuencia y efecto de las variables independientes, por lo tanto si éstas se modifican o alteran, genera consecuencias en las primeras.

En el caso de esta investigación, las variables dependientes son las siguientes:

- Tipo de patología respiratoria crónica.
- Patologías crónicas concomitantes.
- Hábito tabáquico presente.
- Calidad del sueño.
- Adhesión a tratamiento farmacológico.
- Asistencia a controles de salud.
- Causas de no adherencia a tratamiento farmacológico y controles de salud.
- Hospitalizaciones previas.
- Causas de hospitalizaciones previas.
- Autopercepción en salud.
- Percepción de síntomas depresivos.

4.4 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnica de recolección.

En primer lugar se realizó una reunión con el Director del Consultorio y Equipo del Programa ERA, con el propósito de informar los principales aspectos de la Investigación y solicitar autorización para la recolección de datos. Posteriormente se solicitó a Enfermera del Programa, colaborar en la entrega de nómina de usuarios inscritos durante el período de recolección que fue en los meses Octubre y Noviembre 2007.

Para recolectar la información, se utilizó un instrumento creado para la investigación y probado previamente en la prueba piloto. Se aplicó el cuestionario mediante entrevista personal en sus hogares durante 3 semanas en periodo Octubre a Noviembre, donde se les explicó el objetivo de la investigación, facilitarles tiempo para consultas, asegurándoles confidencialidad de sus respuestas. Posteriormente se les solicitó explicitar su consentimiento a través de la firma en el documento del consentimiento informado. Mediante la entrevista, el entrevistador realizó las preguntas correspondientes y registró las respuestas por medio de codificación.

4.4.2 Descripción del instrumento.

El cuestionario que permite recolectar los datos necesarios, fue elaborado por la investigadora, revisado previamente por la docente patrocinante, corresponde a un cuestionario estructurado que permite medir las variables involucradas en la investigación. Para mantener el anonimato de los participantes del estudio, se les asignó un número correlativo que se colocó en cada instrumento aplicado, registrando también en la nómina de pacientes.

El cuestionario consta de 3 ítems con 23 preguntas cerradas en total, de las cuales algunas son dicotómicas y otras con varias alternativas. A todas las alternativas de respuestas se les ha asignado símbolos para codificar los datos posteriormente. Dentro de 2 preguntas, se incluyen escalas de aplicación validadas en nuestro país como Apoyo social percibido de Zimet adaptado y escala de funcionamiento familiar.

Primer ítem:

Contiene información relacionada con aspectos sociodemográficos y socioeconómicos del entrevistado y de su hogar. Son 9 preguntas cerradas de los siguientes aspectos:

- *Sexo*
- *Edad*
- *Estado civil*
- *Escolaridad*
- *Tipo de familia*
- *Tipos de Ingreso económico que recibe:* Se refiere a la forma en que recibe dinero el entrevistado, dividiéndose en trabajo dependiente, trabajo independiente, pensión ya sea asistencial o de invalidez, colaboración de terceras personas y no recibe ingresos. Esta clasificación fue realizada con colaboración de Asistente social Consultorio Los Lagos, srta. Leslie Ruiz.
- *Condiciones de calefacción de la vivienda:* El tipo de calefacción que utiliza en su hogar, para conocer la exposición a humo nocivo.
- *Condiciones de estructura de la vivienda:* Estructura física de la construcción de vivienda, de manera de conocer si puede influir negativamente en la patología crónica.

Segundo ítem:

Este ítem incluye información sobre aspectos del funcionamiento familiar y social que posee el entrevistado. Consta de 3 preguntas, 2 de ellas con escalas de aplicación, que luego de realizadas, sus resultados son codificados en una alternativa.

- *Percepción del funcionamiento familiar:* mediante aplicación de escala de funcionamiento familiar Apgar.
- *Apoyo social percibido:* mediante Escala de apoyo social percibido de Zimet.
- *Percepción de la atención brindada por el equipo de salud:* el encuestado debe responder cómo considera la atención brindada por el equipo de salud que lo atiende, escogiendo de nota 1 a 7, donde 1 a 3.9 es mala, 4 a 5.9 regular y 6 a 7 excelente.

Escala de funcionamiento familiar Apgar:

Creada por Smilkstein en 1978, La palabra APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Su objetivo es evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en relación a la ayuda que se le

brinda frente a un problema, las expresiones de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Puede ser aplicada por el entrevistador o por la persona entrevistada.

Consta de 5 afirmaciones con tres posibles respuestas cada una, asignándosele un puntaje donde 0 es casi nunca, 1 es a veces y 2 casi siempre. El resultado se obtiene sumando las 5 áreas. De acuerdo al puntaje obtenido se clasifica en el tipo de funcionalidad que posee:

- **Disfunción familiar severa:** 0-3 puntos
- **Funcionalidad familiar moderada:** 4-6 puntos
- **Funcionalidad familiar alta:** 7-10 puntos

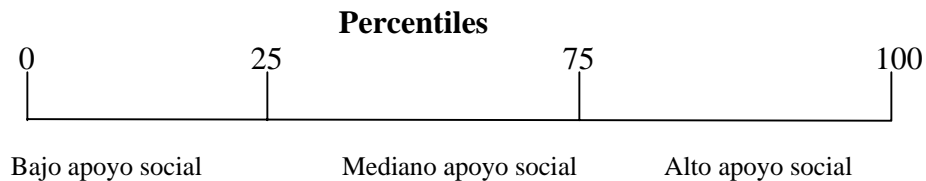
Escala Multidimensional de apoyo social percibido de Zimet con modalidad de respuesta tipo Likert:

Este instrumento proviene de Estados Unidos, el cual se tradujo y adaptó para posteriormente ser validado en un grupo de adultos mayores crónicos de nuestro país el año 2002, obteniéndose una validez de contenido y confiabilidad aceptable, el cual se midió con el coeficiente de Cronbach, resultando 86 para toda la escala. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios con grupos de pacientes crónicos y adultos mayores.

La escala se conforma por dos sub escala: *Familia- Otras personas significativas* con 8 afirmaciones cuyo puntaje máximo es de 32 puntos y la sub escala *amigos*, formada por 4 ítems, cuyo puntaje máximo es de 16 puntos. Así a mayor puntaje, mayor apoyo social percibido. La modalidad de respuesta utilizada en esta escala es de tipo Likert, pues son frases afirmativas que permiten al encuestado responder si es casi siempre o siempre, con frecuencia, a veces o casi nunca. Se encierra en un círculo la alternativa donde mayormente se identifique el entrevistado, y luego se procede a sumar los puntajes que haya obtenido en cada subescala.

Según una conversación por medio de correo electrónico, con una de las Enfermeras que ha trabajado en esta tema, y que fue una de las personas que adaptó y validó este instrumento en nuestro país, la sra. Cecilia Arechavala, Enfermera especialista en Gerontología de la Universidad Católica, refiere que puede utilizarse un criterio estadístico para clasificar el apoyo social donde se suma el puntaje total de cada encuesta y se ubica dentro de percentiles:

Escala Tipo Likert para la clasificación puntaje:



- **Bajo el percentil 25:** Percibe bajo apoyo social
- **Entre el percentil 25 y 75:** Percibe mediano o regular apoyo social.
- **Sobre el percentil 75:** Percibe alto apoyo social.

Se debe tener la precaución de hacer el cálculo de los puntajes cada vez que se utilice una nueva muestra, ya que la clasificación solo sirve para la muestra en la que se sacaron puntajes.

Tercer ítem:

Este ítem consta de 10 preguntas relacionadas con aspectos de salud del encuestado:

- *Tipo de problema respiratorio crónico:* Considerándose para este estudio Asma Bronquial y EPOC, debido a que en Chile son las patologías de mayor prevalencia y una alternativa de otras donde se consideraron las que no estaban en el listado.
- *Patologías crónicas concomitantes.*
- *Hábito tabáquico presente:* Si el entrevistado fuma o no. CONACE utiliza como medida de referencia, para describir la magnitud del uso de tabaco, la prevalencia de consumo del último mes (aquellos que declaran haber consumido, al menos una vez tabaco en los últimos 30 días), por lo cual se siguió la referencia de esta Institución.
- *Calidad del Sueño.*
- *Adhesión a tratamiento farmacológico:* Que permitió conocer si la persona entrevistada cumple su terapia farmacológica correctamente. Para esto, se les solicitó nombrar horarios y dosis de fármacos y demostrar técnica de administración, colocando 1 punto a cada subítem correcto, con un puntaje total de 3. (0-1: no hay adhesión, 2: mala adhesión, 3 buena adhesión).
- *Asistencia a controles de salud de la patología crónica respiratoria.*
- *Causas de no adhesión a tratamiento y controles:* conociendo las causas por las cuales no posee adhesión a tratamiento farmacológico o no asiste a controles periódicamente, falta de dinero, dificultad para acceder al Consultorio (clima o distancia), falta de tiempo, problemas de salud para asistir, dependencia de otras personas para asistir, insatisfacción por la atención brindada, no comprende indicaciones prescritas o no quiere asistir o cumplir tratamiento.

- *Hospitalizaciones previas.*
- *Causas de Hospitalizaciones previas:* Esta pregunta la responden sólo las personas que han estado hospitalizados. Permite conocer las causas que tengan relación o se deriven de las patologías respiratorias como Neumonía, exacerbaciones respiratorias (refiriéndose a las exacerbaciones que padecen los pacientes con EPOC), crisis asmáticas, otras causas, las que deben especificarse.
- *Auto percepción en salud:* Cómo percibe el entrevistado su situación de salud. Colocándole nota de 1 a 7, donde 1 a 3.9 es mala salud, 4 a 5.9 salud regular y 6 a 7 excelente.
- *Percepción de síntomas depresivos en el entrevistado.*

Test de Sospecha Diagnóstica de depresión.

Este test breve es utilizado desde el año 2000 por el Programa Nacional de Depresión en el sistema público de salud. Se realizan 3 preguntas con modalidad respuesta cerrada, alternativa de respuesta **Sí-No**, considerándose sospecha cuando una o más preguntas son respondidas afirmativamente. Se conversó previamente con la Enfermera del Programa ERA en el caso de que el resultado advirtiese usuarios con síntomas de depresión, para reiterar evaluación y derivar a médico para que evalúe y diagnostique esta patología.

4.5 PLAN DE TABULACIÓN Y MÉTODO DE ANÁLISIS.

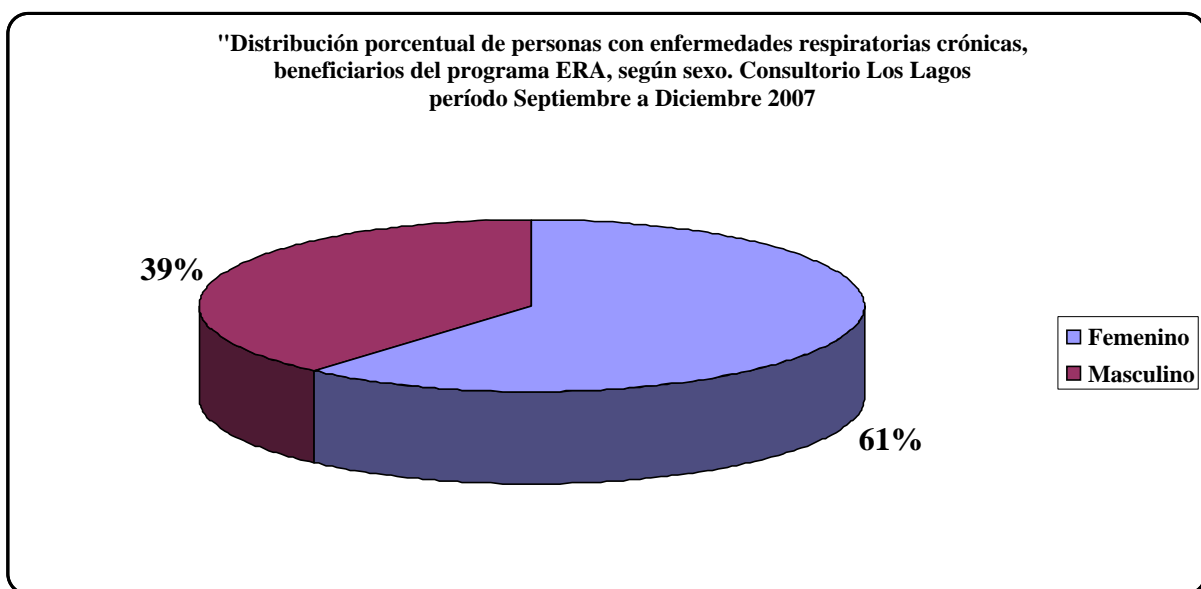
Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento fueron ingresados en el programa computacional Excel de Microsoft Office Windows 2003, donde se tabularon en planillas utilizando medidas de tendencia central como moda y mediana y de intensidad relativa como las proporciones. Los resultados obtenidos, son presentados a través de gráficos y tablas de frecuencia, donde posteriormente son analizados.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos con el instrumento de recolección de datos, aplicado a los usuarios con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto del Consultorio Comuna Los Lagos. Para cumplir con los objetivos generales y específicos, los resultados de las variables analizadas se exponen a través de gráficos y tablas de distribución numérica y porcentual.

5.1 Aspectos Sociodemográficos y Socioeconómicos de los usuarios del Programa ERA.

Gráfico n° 1:

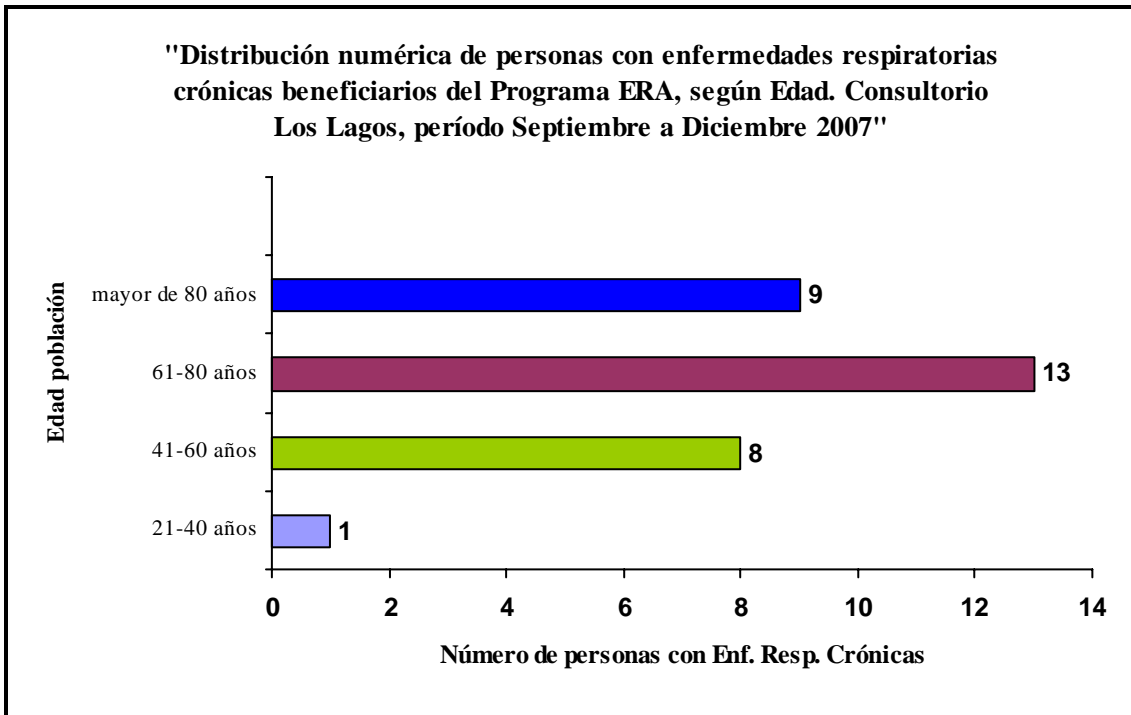


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

La distribución porcentual por sexo o género, indica que del total de la población, el 61% corresponde a sexo femenino (19 mujeres) y el 39% restante al sexo masculino (12 hombres). Gracias a esto se deduce que la población de estudio es mayormente femenina, teniendo que sobrellevar su enfermedad con su trabajo y labores del hogar.

Esto concuerda con la realidad Demográfica Chilena, pues según la primera encuesta nacional de calidad de vida, realizada el año 2000, se pesquisó que las mujeres tienen mayor prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas que los hombres.

Gráfico n° 2:



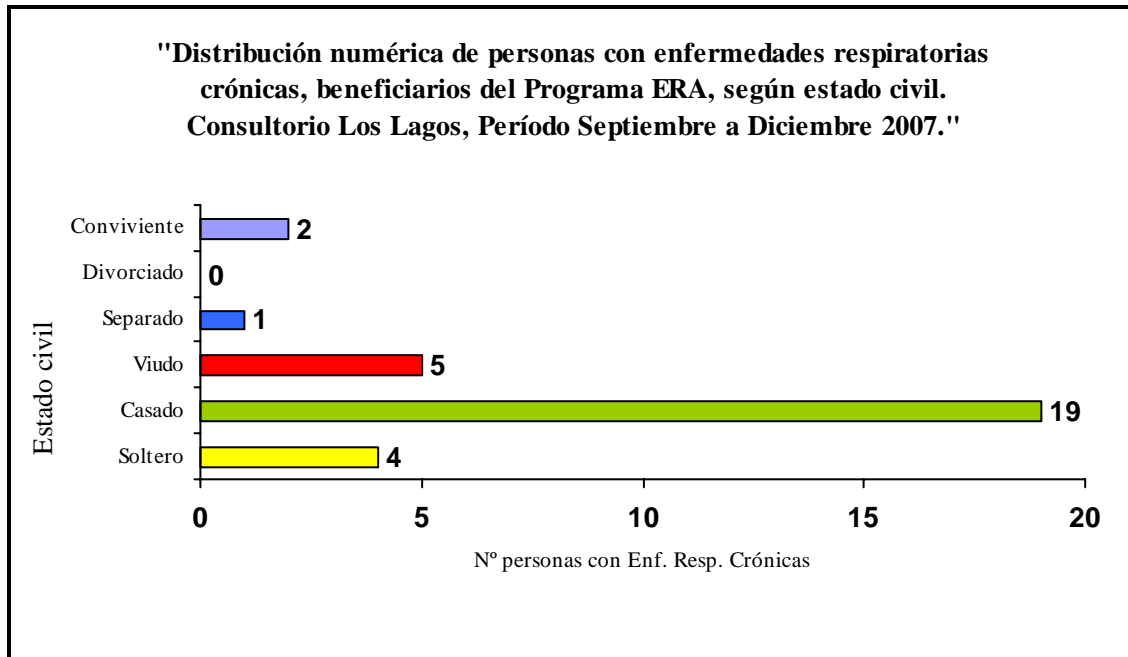
Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Del universo de adultos y adultos mayores encuestados, sólo 1 persona se encuentra en el rango de edad 21 a 40 años, 8 personas están entre 41 a 60 años, 13 personas se encuentran en el rango de edad 61-80 años y 9 personas son mayores de 80 años. El promedio de edad de la población es de 67 años, con una edad máxima de 87 años y una mínima de 32 años.

Como se expone en el gráfico, los adultos mayores suman 22 personas o más del 70% del total de la población, ratificando que las enfermedades crónicas aumentan su prevalencia con la edad, influyendo también en su aparición factores genéticos. Además concuerda con el aumento de la esperanza de vida de Chile que actualmente en promedio es de 78 años. Este alto porcentaje de adultos mayores, es vulnerable a complicaciones propias de la patología, por lo que debe vigilarse periódicamente, focalizando su atención y educación en los hogares.

Comparando con adultos mayores, los menores de 60 años representan una menor proporción, sin embargo la edad no necesariamente influye en la intensidad de la patología o en su calidad de vida.

Gráfico n° 3.

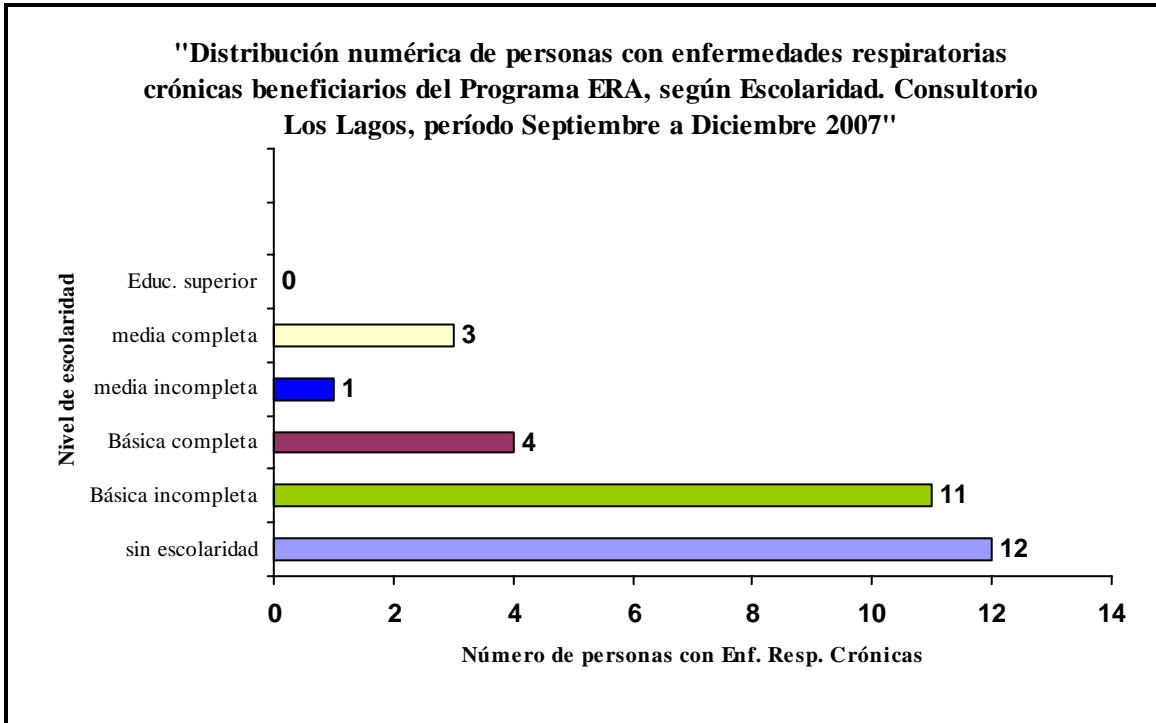


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Según el estado civil de la población de estudio, mayoritariamente mantiene vida en pareja, sea casados 19 personas o conviviendo 2 personas, sumando 21 personas o 72%. Por el contrario, 4 personas refieren estar soltero (a) y 5 personas son viudos. Sólo 1 persona se encuentra separado y ninguno divorciado legalmente.

Este alto número de personas que vive en pareja, refleja que la familia se mantiene como el pilar de la sociedad. De esta situación, se deduce que los familiares de las personas crónicas, tienen que convivir con su patología respiratoria, independiente de la ayuda brindada. Si bien, esto puede considerarse un factor protector por el soporte importante que significa la familia, puede convertirse en estresante, por la carga emocional que genera la enfermedad y falta de comunicación donde el enfermo no se atreve a decir que se siente mal, para no incomodar al resto.

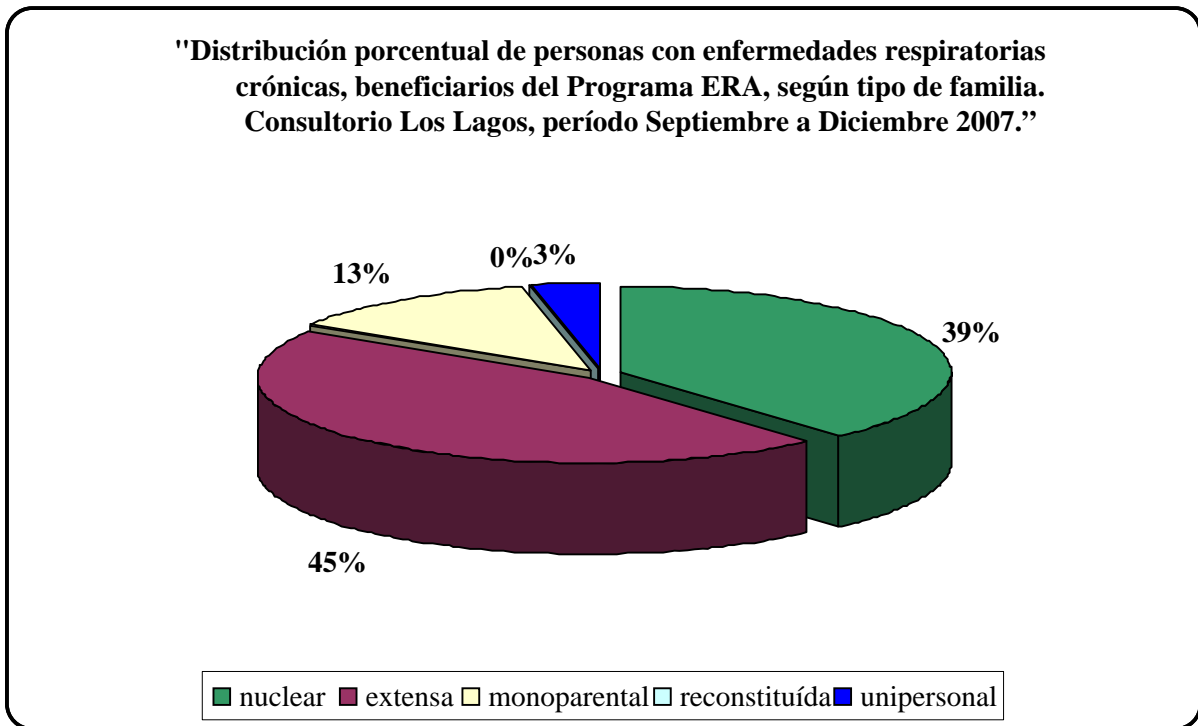
Gráfico N° 4



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Del total de personas encuestadas, 12 personas no han recibido nunca instrucción escolar, por lo tanto no saben leer ni escribir, 11 personas tienen enseñanza básica incompleta, 4 personas cursaron enseñanza básica completa, 1 persona recibió enseñanza media incompleta y sólo 3 personas cursaron hasta 4° medio. Ninguno tiene estudios superiores. Se puede observar que alrededor del 74% del total de la población no posee educación formal o ésta es muy escasa, concordando con el perfil de usuario referido por Asistente Social de este Consultorio. Debe considerarse al momento de pretender educar a la población, adecuando los contenidos educativos a su realidad.

Gráfico n° 5

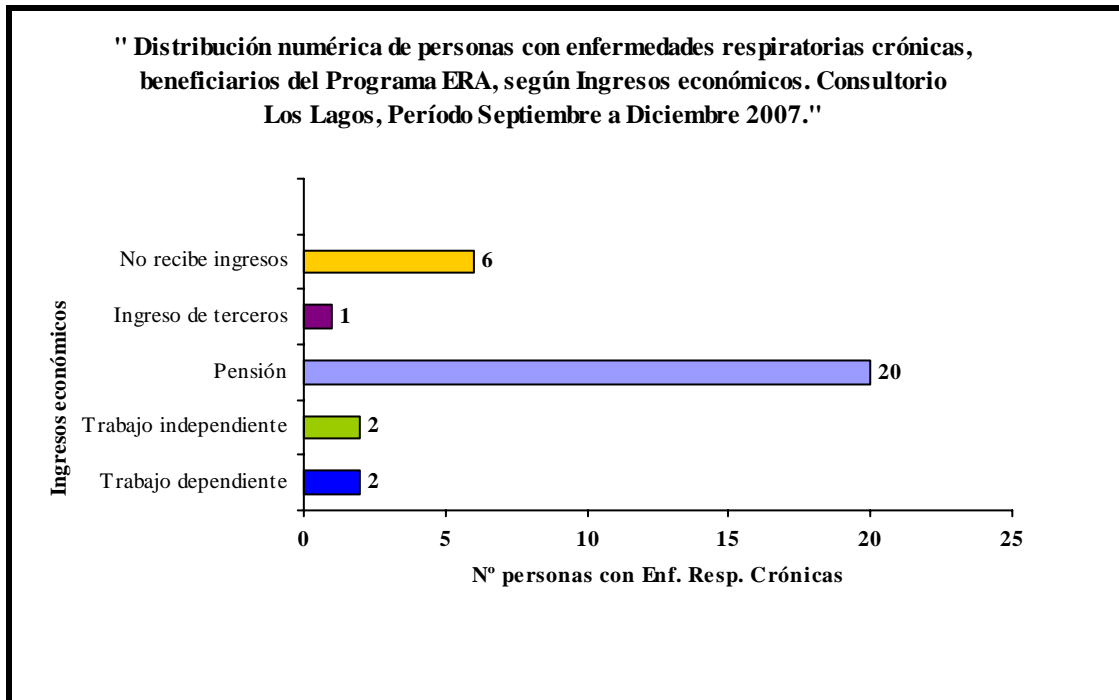


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Según el tipo de familia que posee la población encuestada, el 45% del total vive en una familia extensa, el 39% vive en familia nuclear, un 13% posee familia monoparental y un 3% tiene familia unipersonal, es decir vive solo. Ninguna persona vive en familia reconstituída.

A pesar de que un porcentaje muy pequeño del total vive solo, es factor de riesgo ya que los enfermos crónicos requieren apoyo, descrito anteriormente. En cuanto a las familias extensas, el 80% de ellas se conforman por personas mayores de 60 años, revelando que gran parte de la población de estudio debe compartir con distintas generaciones un mismo hogar, coincidiendo con la realidad de nuestro país. Debe tomarse esta situación como positiva, ya que en familias donde conviven varias personas, es más fácil responsabilizar a alguna para colaborar y apoyar en el proceso de enfermedad del usuario crónico.

Gráfico n° 6:

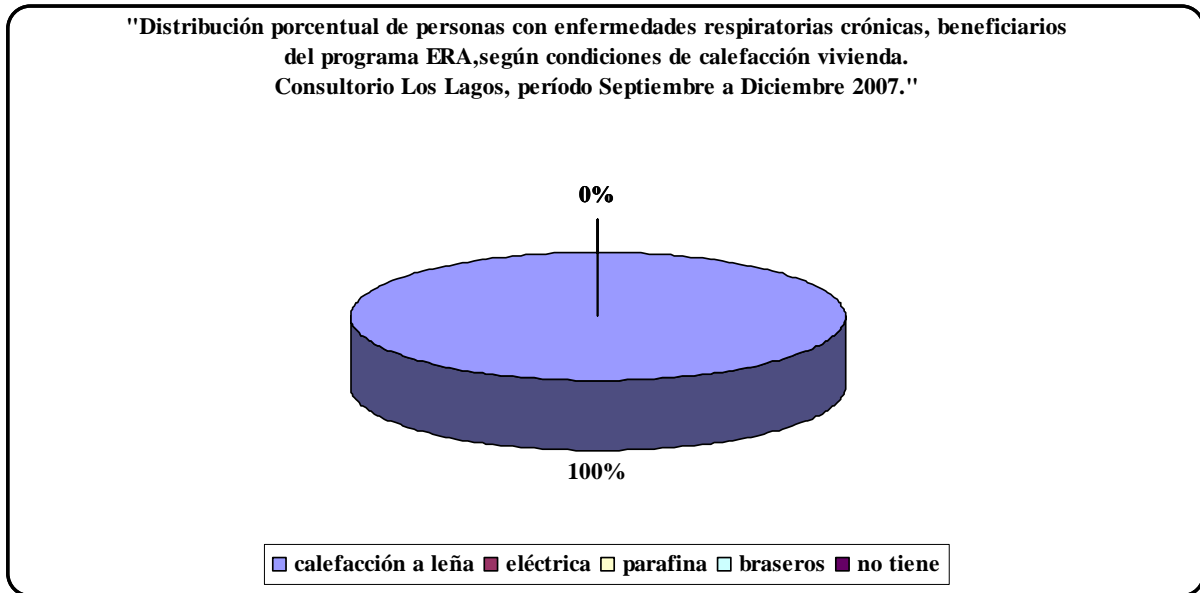


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Según la forma en que el entrevistado recibe ingresos económicos, el gráfico revela que 20 personas lo hacen a través de una pensión asistencial o de invalidez, 6 personas no reciben dinero, siendo en su totalidad dueñas de casa que dependen económicamente de otros, 2 personas a través de un trabajo de tipo dependiente y 2 por trabajo independiente, 1 persona recibe dinero gracias a colaboración de terceros, en este caso de hijos. Por lo tanto, podemos deducir que la realidad económica de un gran número de esta población, es el estrato socioeconómico bajo, coincidiendo con el perfil del usuario de este Consultorio. Sin embargo, gracias a este programa de salud, los medicamentos y exámenes son gratuitos, debiendo costear otros gastos como locomoción para asistir a controles y acudir en algunas oportunidades a centros de mayor complejidad en otras ciudades.

En el caso de los adultos medios o maduros (4 personas) que trabajan, la enfermedad crónica puede causarles niveles de estrés importantes relacionado con la responsabilidad de llevar el sustento económico y cumplir con los horarios de trabajo, sin que su capacidad laboral se vea afectada por su enfermedad. Por el contrario, el resto de las personas (27 en total), disponen de mayor tiempo libre para realizar actividades recreativas o al aire libre, que beneficien su salud física y mental.

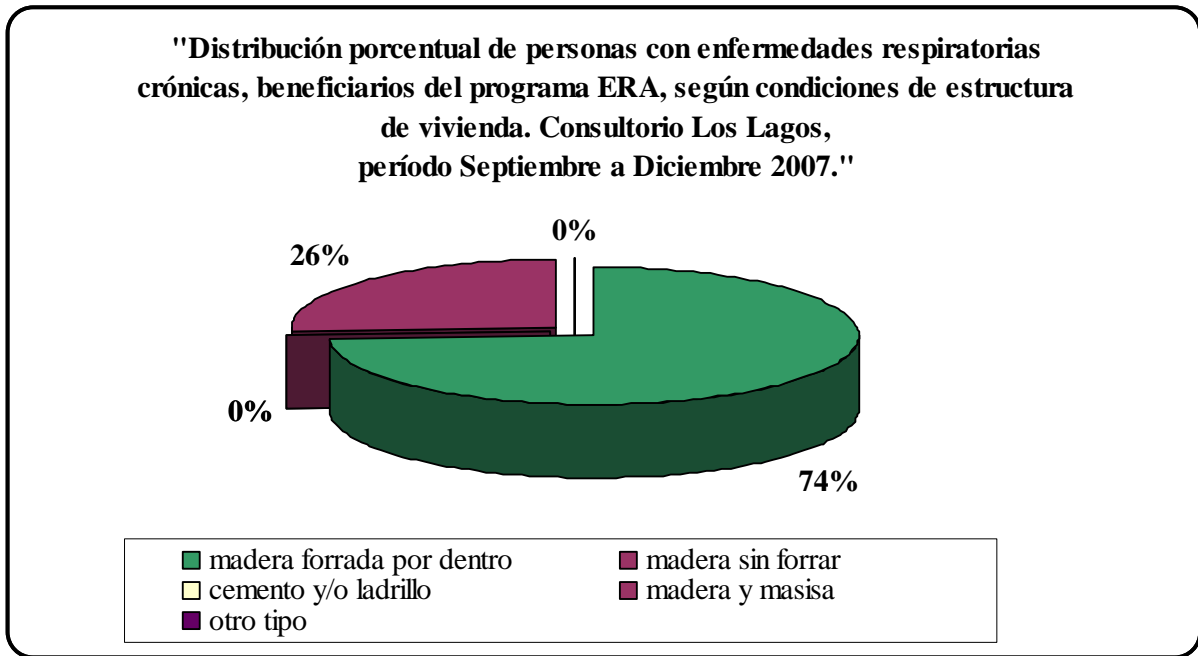
Gráfico n° 7



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Para conocer la infraestructura de los hogares de la población estudiada, primeramente se preguntó por las condiciones de calefacción de la vivienda. El 100% de la población refiere utilizar cocina a leña, combustión lenta o salamandra en su hogar. Esto concuerda con las condiciones climáticas de la ubicación geográfica de esta comuna en el país.

Gráfico n° 8.

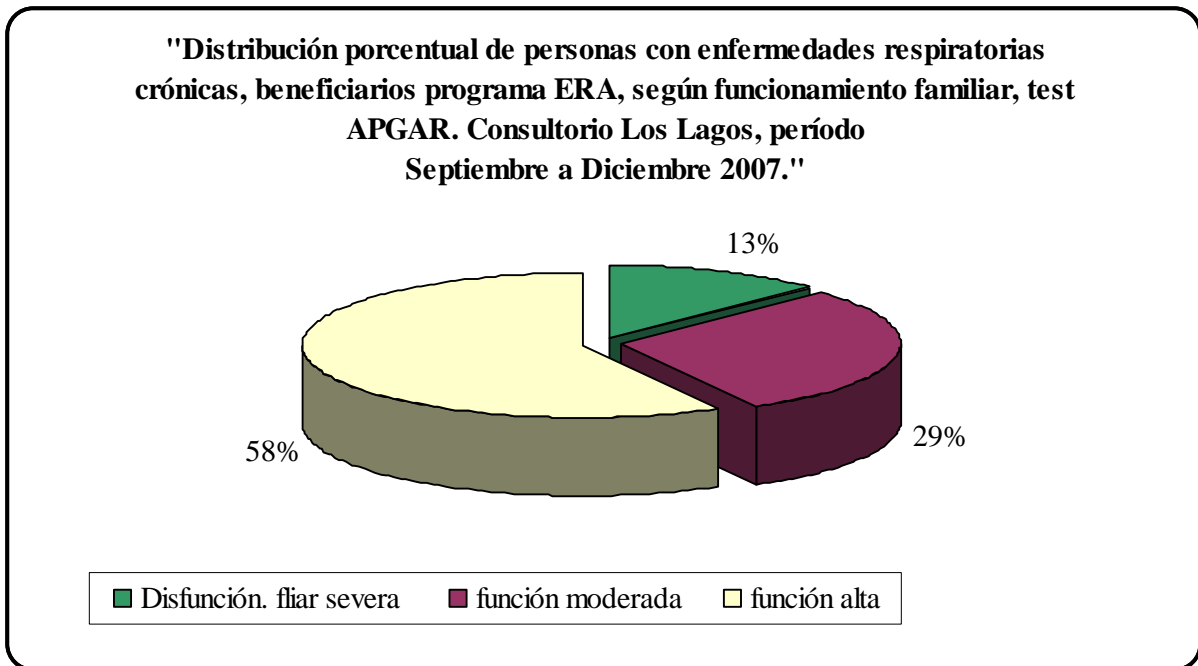


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Las condiciones de la vivienda pueden presentarse como un factor protector o de riesgo que puede agudizar las patologías crónicas. Según observación directa de los hogares, el 74% del total posee casa con estructura de madera forrada con madera por dentro y un 26% restante, refieren que su infraestructura es de madera junto a otro tipo de estructura, como lo son las casas que se construyen con fondos del Estado. Por lo tanto se puede deducir que la infraestructura y calefacción del hogar son factores protectores para los usuarios del Programa ERA, ya que disminuyen el riesgo de agudizar estas patologías, como infecciones respiratorias.

ASPECTOS DE PERCEPCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

Gráfico n° 9.

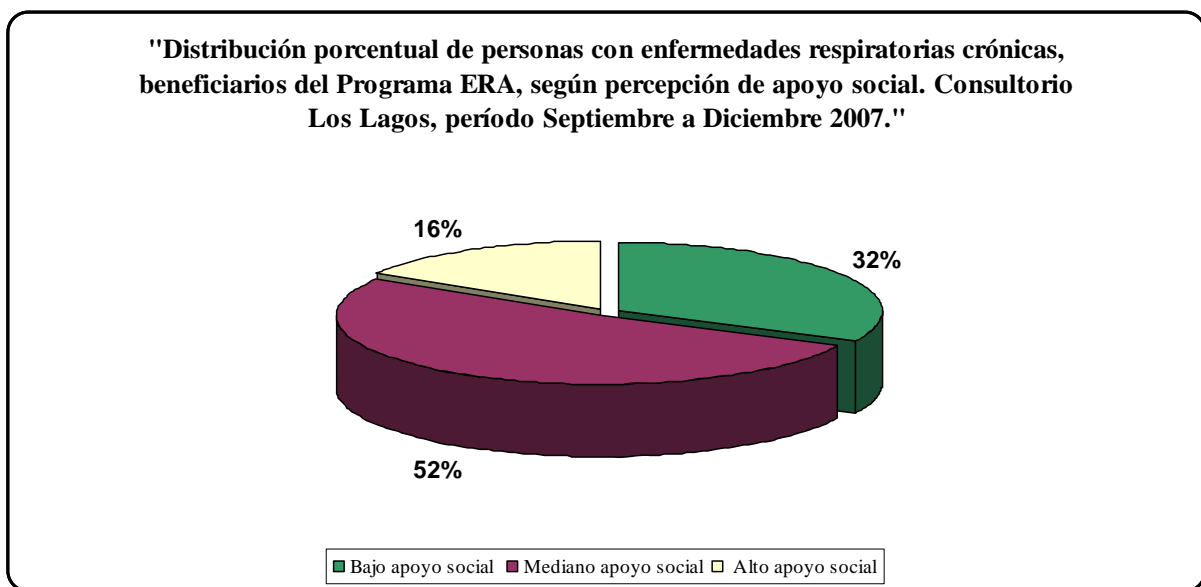


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de usuarios con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

El objetivo de esta variable, es conocer el funcionamiento familiar que tiene la población en estudio, mediante la aplicación del test de APGAR, donde se obtienen los siguientes resultados: Según su puntaje, el 58% del total de la población tiene alta funcionalidad familiar, lo que quiere decir que las características del funcionamiento familiar como adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad para resolver problemas son óptimas. Un 29% tiene disfunción moderada y el 13% restante disfunción familiar severa.

Es importante destacar el alto porcentaje de personas que tienen buena función familiar en sus hogares, pues el apoyo emocional y de cuidado que puedan prestar los integrantes de la familia al enfermo crónico, son fundamentales para mantenerlo estable.

Gráfico n° 10.

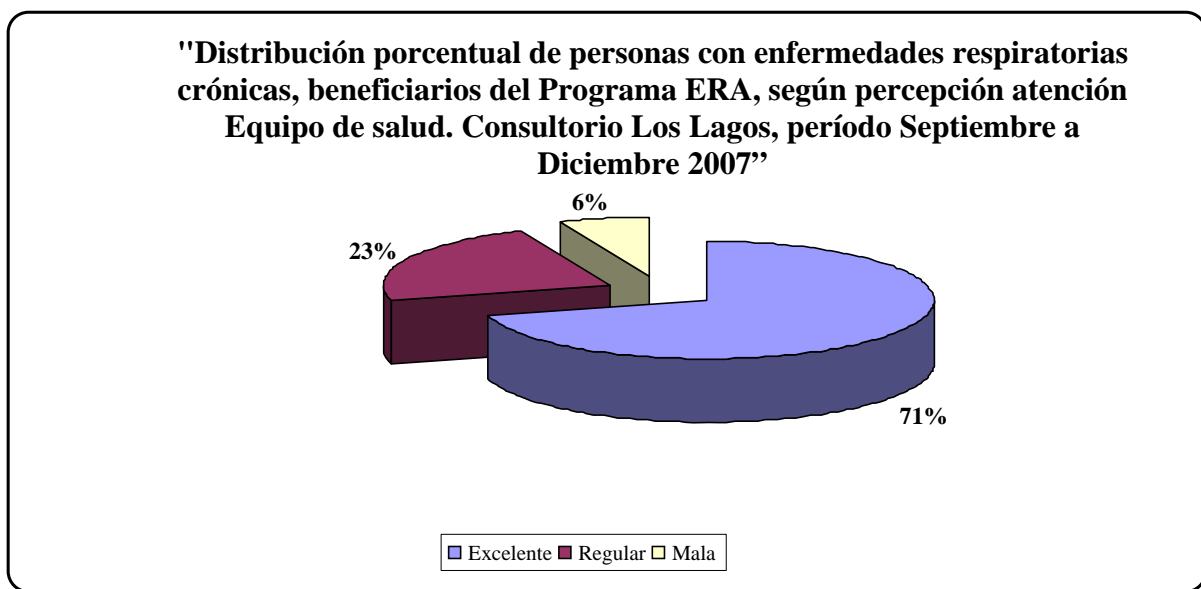


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Se realizó el test de apoyo social percibido de Zimet, del cual se ha obtenido lo siguiente: del total de la población estudiada, el 16% perciben alto apoyo social, el 52% percibe mediano apoyo social y el 32% bajo apoyo social. Si bien, ésto se puede confundir con los resultados obtenidos en el Test de APGAR, donde la mayoría obtuvo alta funcionalidad familiar, la diferencia es que el test de Zimet, entrega datos sobre el apoyo que perciben los encuestados sobre sus familias, personas significativas, amigos, vecinos o compañeros de trabajo, es decir, de la red social total que poseen.

Se debe conocer un poco más estas redes en las personas que perciben alto y mediano apoyo social, pues pueden ser de ayuda para modificar hábitos de vida y mantener estable su salud. Sin embargo, al sumar los resultados, alrededor del 80% no percibe un apoyo social óptimo, siendo éste el perfil que se conforma para la población, lo cual puede influir negativamente en la persona. Por lo tanto es un área que debe ser analizada por el equipo de salud, conociendo los antecedentes de que la mayoría de la población es adulto mayor, y por lo tanto requieren mayor apoyo social que en otras edades.

Gráfico n° 11.



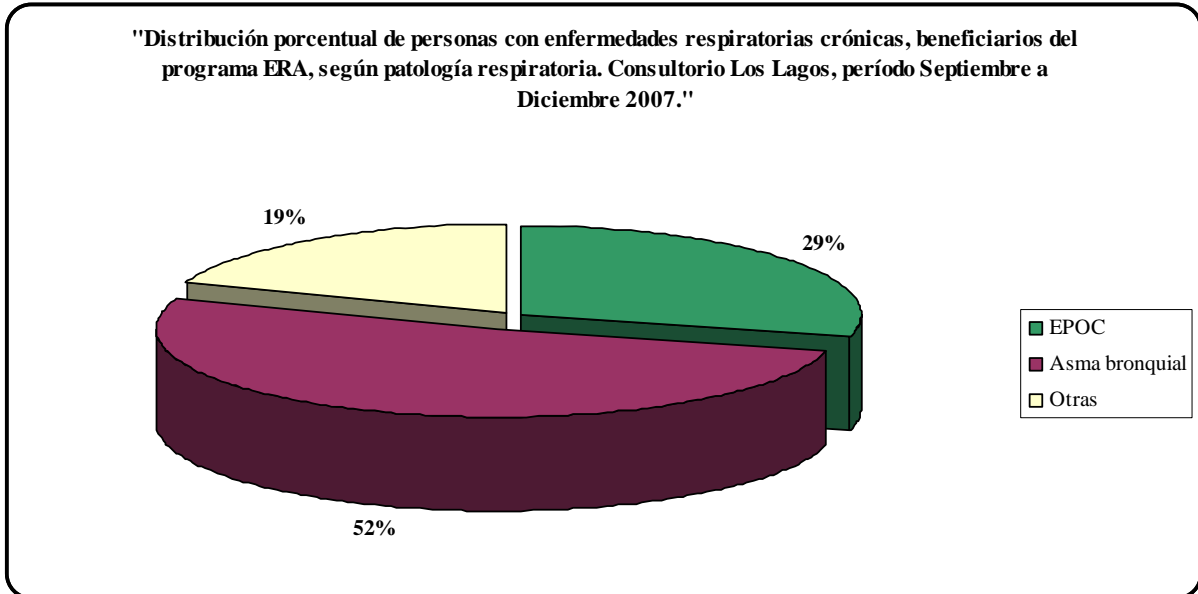
Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Del total de personas encuestadas, el 71% (22 personas) percibe que la atención entregada por el equipo de salud del programa ERA de este Consultorio es excelente, un 23% percibe que la atención es regular y sólo un 6% la encuentra mala. Estos resultados demuestran la buena opinión que tiene la población frente a la atención entregada por el equipo de salud.

Es un desafío para esta Institución, mantener esta opinión positiva que manifiesta la mayoría de la población, porque favorece una relación terapéutica de confianza, aumenta el compromiso e interés de las personas para su autocuidado y a la vez trabajar para mejorar la percepción de alrededor del 30% restante que encuentra que la atención no es óptima.

ASPECTOS DE SALUD.

Gráfico n° 12.

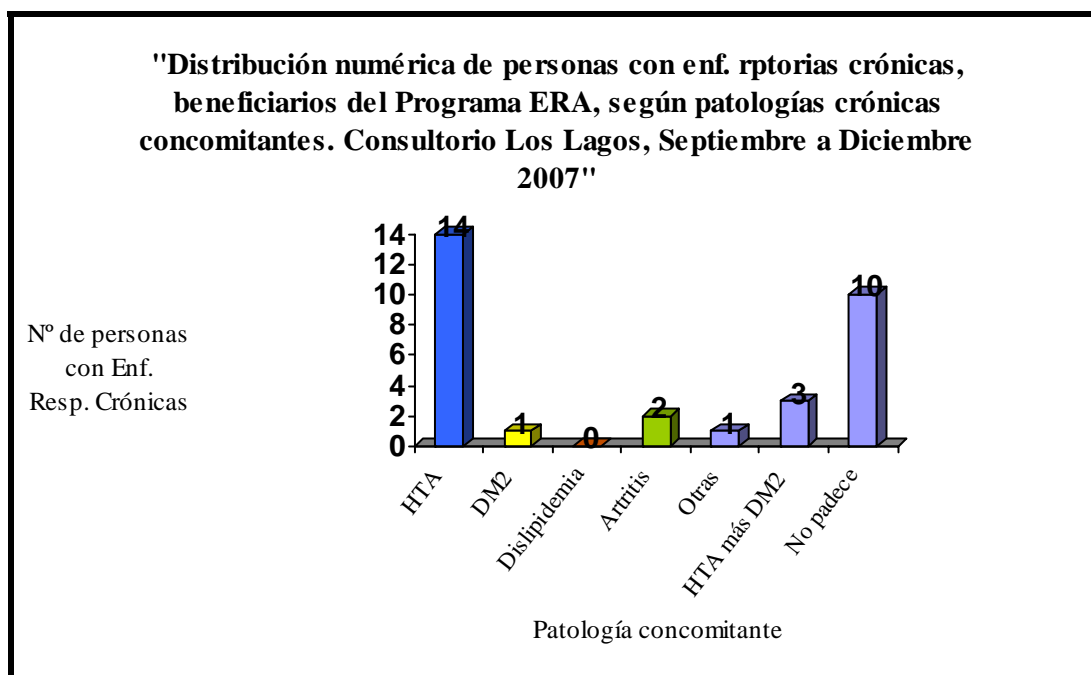


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

El gráfico n° 11, revela la distribución por enfermedad respiratoria de la población de estudio, siendo la de mayor prevalencia el Asma bronquial, con un 52% que corresponde a 16 personas, le sigue la Enfermedad pulmonar obstructiva con un 29% del total (9 personas) y el 19% restante con otras patologías respiratorias crónicas como Bronquitis crónica.

Gracias a estos resultados, se puede conocer la prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas de este Programa de salud.

Gráfico n° 13.



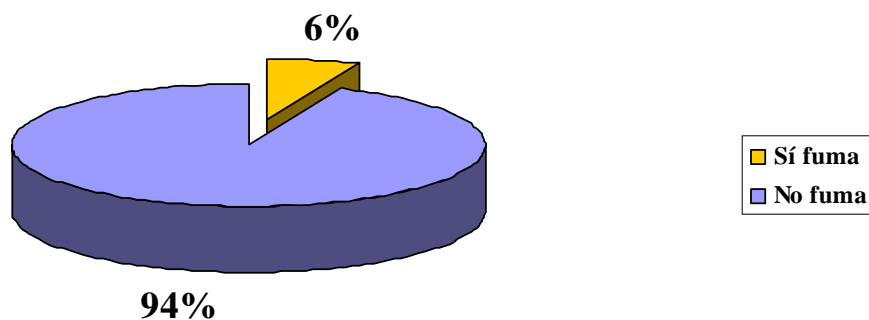
Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Con respecto a las patologías crónicas concomitantes de la población, el 67% del total las padece, fraccionándose de la siguiente manera: 14 personas tienen Hipertensión arterial, 2 personas Artritis reumatoídea, 1 persona Diabetes mellitus tipo 2, 1 persona padece otro tipo de patología crónica, en este caso Hipotiroidismo y ninguna persona Dislipidemia. Además 3 personas tienen Hipertensión junto a Diabetes Mellitus tipo 2. Por el contrario, 10 personas o 33 % no tienen patologías crónicas concomitantes. Por lo tanto se deduce que el perfil del usuario de este programa son personas que tienen una o más patologías crónicas anexa a la respiratoria.

Debido a que un alto número de la población es adulto mayor, es normal que padezcan otras enfermedades crónicas. Gracias a ésto, se puede deducir que diariamente consumen una variedad y cantidad considerable de medicamentos, existiendo la posibilidad de que confundan dosis y horarios. Además tener la precaución de que no se potencien ni disminuyan su efecto terapéutico, producto de su asociación.

Gráfico n° 14.

"Distribución porcentual de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del programa ERA, según consumo de cigarrillo. Consultorio Los Lagos, Período Septiembre a Diciembre 2007"

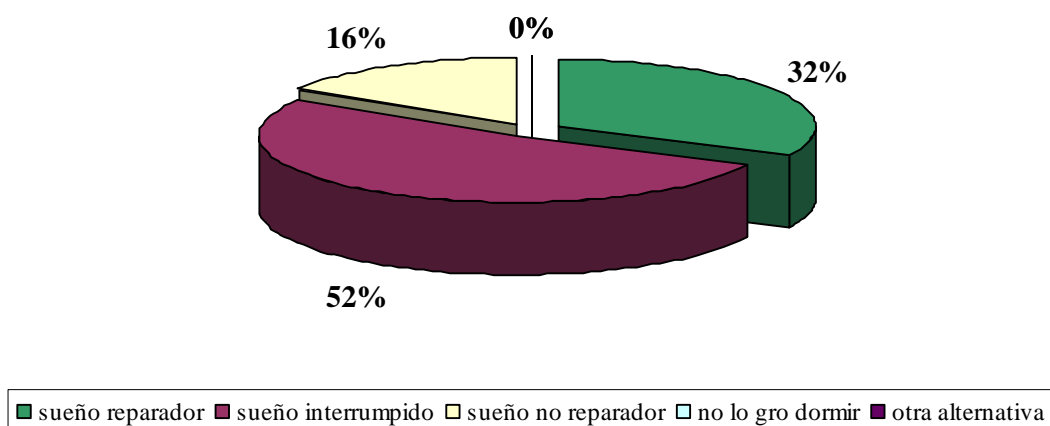


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Del total de encuestados, sólo 2 personas, es decir 6% declaró fumar actualmente, por lo cual el restante 94% declara no fumar. Sin embargo, destaca las declaraciones de varios entrevistados que actualmente declaran no fumar, donde refieren haberlo hecho durante un período importante de sus vidas. Esto sin lugar a dudas, concuerda con el patrón que desencadena algunas enfermedades respiratorias crónicas, en especial la Enfermedad Pulmonar Obstructiva, donde el factor de riesgo más importante es el consumo de cigarrillo y exposición a su humo. Las 2 personas que actualmente fuman, son menores de 60 años y asmáticas.

Gráfico n° 15.

"Distribución porcentual de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del programa ERA, según calidad del sueño. Consultorio Los Lagos, período Septiembre a Diciembre 2007."

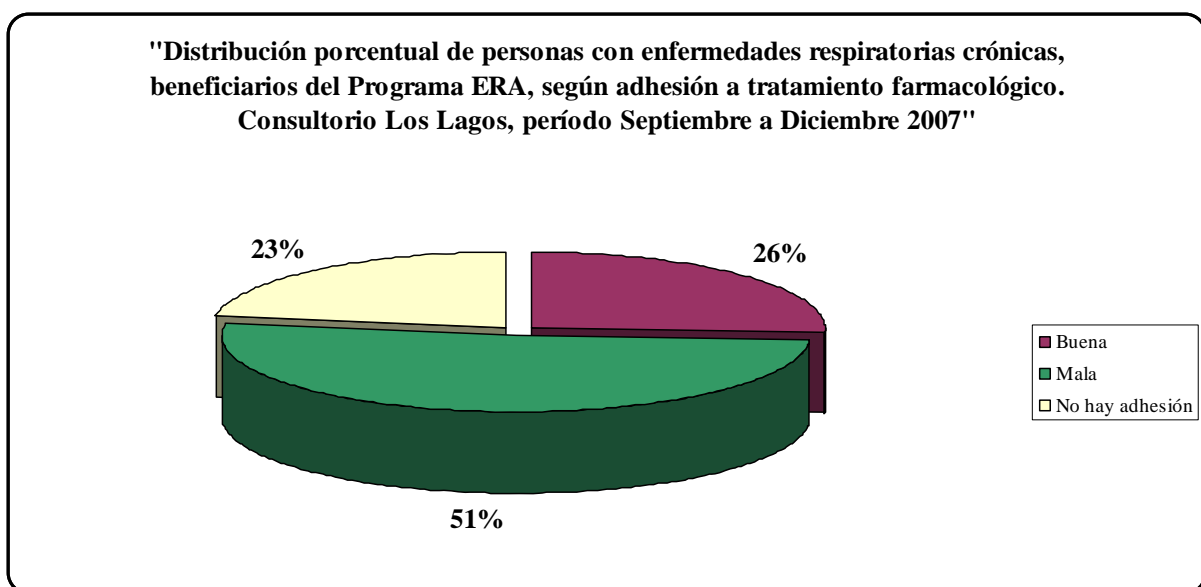


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

De la población encuestada, Un 32% refiere dormir bien durante la noche, es decir tiene un sueño reparador. El 16% refiere que duerme de forma no reparadora, despertándose al día siguiente igual de cansado que antes de dormir, y el 52% restante refiere que a pesar de levantarse descansado al día siguiente, durante la noche duerme de forma interrumpida, despertándose en más de una oportunidad. A partir de estos resultados, se puede deducir que el usuario de este programa tiene una mala calidad de sueño, porque un alto porcentaje de la población duerme mal, incómodos, llevando como consecuencia que despierten cansados, lo que influye en sus quehaceres habituales, aumenta su agotamiento y limita su calidad de vida.

Además la gran mayoría de las personas que duermen de forma interrumpida, refieren que es a causa de síntomas respiratorios como disnea y tos que aparecen durante la noche, utilizando para su alivio broncodilatadores en más de una oportunidad. Esto da cuenta de otro punto importante, el uso inadecuado de los medicamentos, que debe ser analizado por el equipo de salud.

Gráfico n° 16.



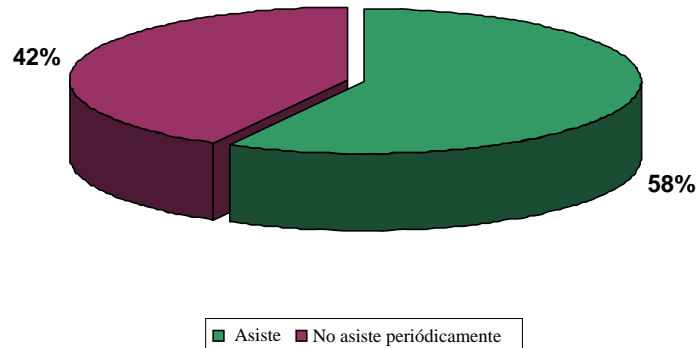
Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Con respecto a la adhesión al tratamiento farmacológico, el 51% tiene mala adhesión, el 23% no tiene adhesión, lo cual es aún peor porque significa que ni siquiera intenta lograr una continuidad en su tratamiento. Por el contrario, un 26% restante tiene buena adhesión al tratamiento. Por lo tanto, se puede deducir que el usuario del programa ERA no sigue adecuadamente la terapia de medicamentos indicada por el profesional médico, pues un 74% del total de la población no lo hace.

A pesar de los resultados negativos, existe un porcentaje considerable que sí tiene continuidad con su tratamiento farmacológico, debiendo reforzar positivamente estos conocimientos y hábitos.

Gráfico n° 17.

"Distribución porcentual de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa ERA, según asistencia a Controles de salud. Consultorio Los Lagos, período Septiembre a Diciembre 2007."



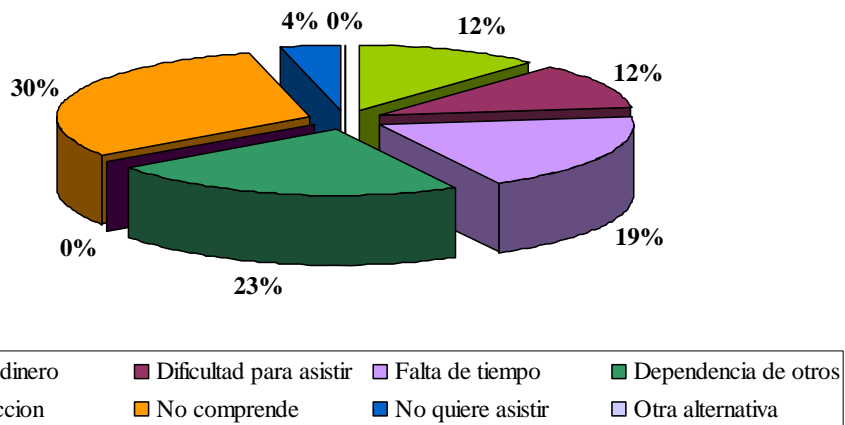
Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Según la asistencia periódica a los controles de salud para su patología respiratoria en el Consultorio, un 58% del total asiste a controles periódicamente y un 42% no asiste. Debe considerarse que al momento de realizar la pregunta, se colocó también como alternativa no asiste a controles, cuando por algún motivo la persona no va a control, pero inmediatamente después asiste al Consultorio y pide una nueva hora.

Se puede deducir entonces, que el usuario del Programa ERA, asiste periódicamente a controles de salud, faltando por algunos inconvenientes, pero que mantienen una preocupación por asistir.

Gráfico n° 18.

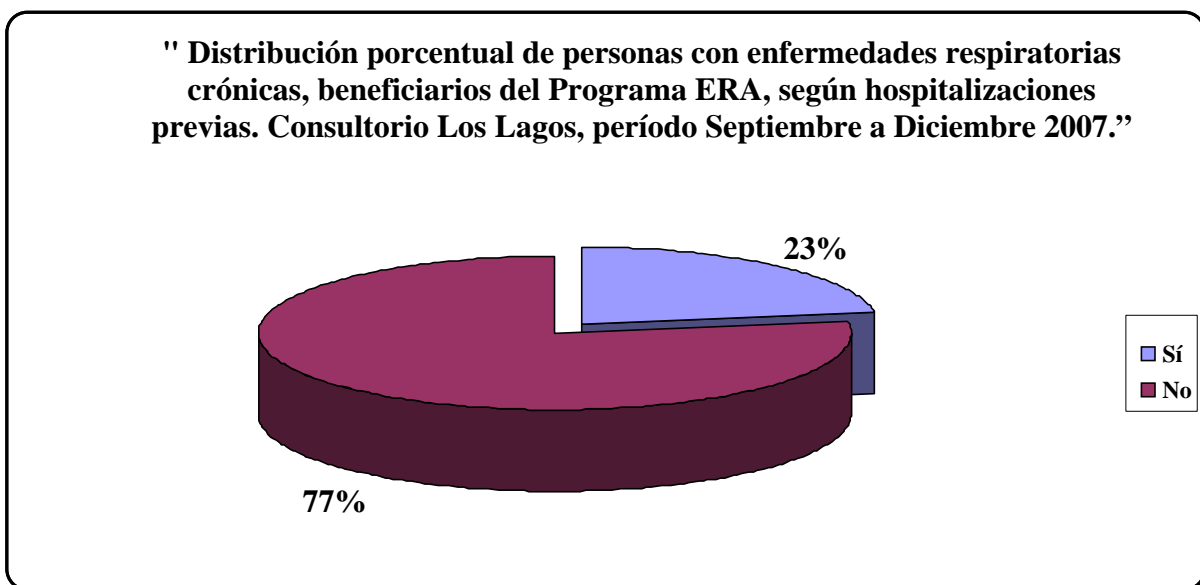
"Distribución porcentual de usuarios con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del programa ERA, según causas de no adhesión de tratamiento farmacológico y/o controles de salud. Consultorio Los Lagos, período Septiembre a Diciembre 2007."



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007."

Del total de personas que no tienen adhesión al tratamiento farmacológico y/o controles de salud que son 26, se desprende que el 30% de éstas, no cumple su tratamiento y/o asiste a controles periódicamente debido a que no comprende las indicaciones prescritas, un 23% o 6 personas refieren depender de otros para su tratamiento o para asistir a los controles de salud, un 19% o 5 personas refieren que su causa es falta de tiempo, por lo cual se deduce que estas personas trabajan y tienen otras responsabilidades que limitan el compromiso con su salud. Un 12% refiere que su causa es la falta de dinero, sobre todo en el caso para asistir a los controles de salud, porque los medicamentos se entregan gratuitamente en el Programa ERA. Otro 12% tienen dificultad para asistir al consultorio para los controles o para retirar los medicamentos, por la distancia. Un 4% restante es a causa de que no quieren asistir al Consultorio por motivos personales.

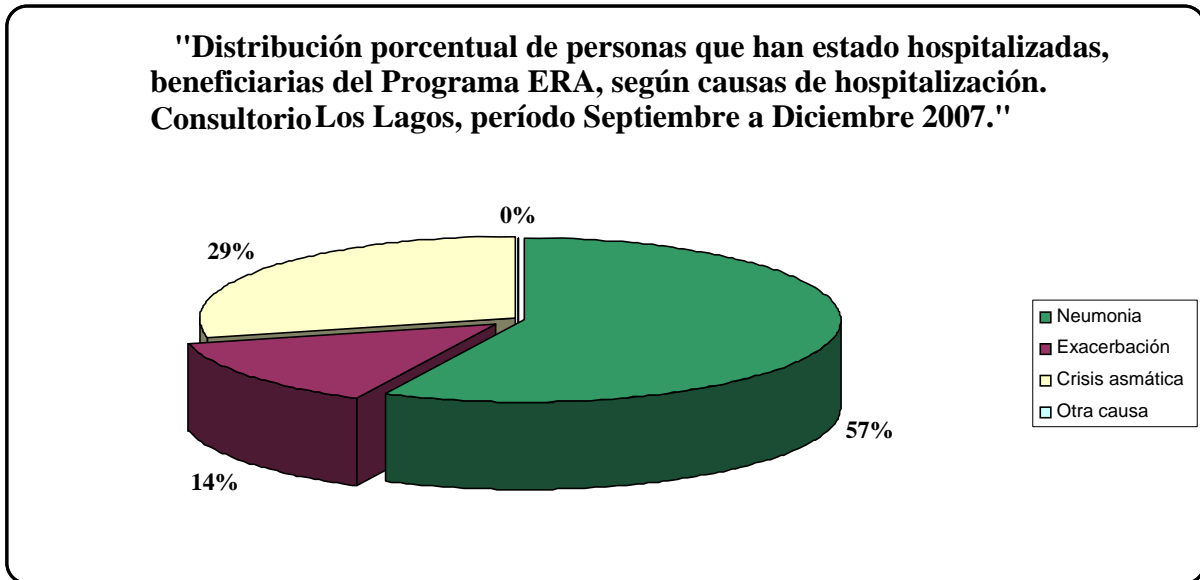
Gráfico n° 19.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Según las hospitalizaciones que ha presentado la población estudiada en el presente año por causas respiratorias, sólo el 23% o 7 personas han estado hospitalizadas y el 77% no lo ha estado. Esto permite deducir que el usuario de este programa ha tenido un buen control de la patología, a pesar de que un alto porcentaje no tiene adhesión al tratamiento farmacológico o a controles de salud, como ya se mencionó anteriormente. Además debemos considerar, que existe un gran número de adultos mayores dentro de la población, por lo cual se incrementa la posibilidad de hospitalización en la población.

Gráfico n° 20.

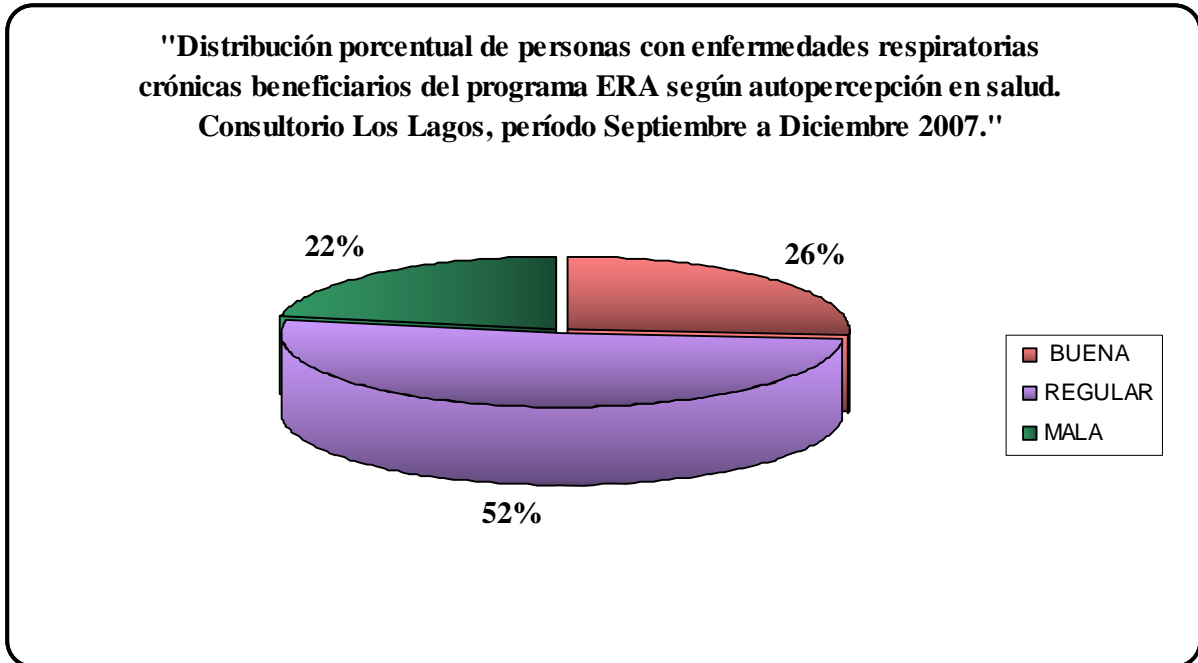


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

La distribución porcentual por causas de hospitalización, indica que del 100% (7 personas) que ha estado hospitalizado, el 57% es a causa de Neumonía, el 29% por Crisis asmática y el 14 % restante por exacerbación respiratoria. Estas son las únicas 3 causas de hospitalización de la población. Se concluye que más de la mitad de las hospitalizaciones son por enfermedades infecciosas como la neumonía. Un porcentaje importante de las hospitalizaciones es debido a descontrol de Asma bronquial, que se agudiza durante el período de invierno y primavera.

El equipo de salud del Programa ERA, debe considerar estos antecedentes, para educar a las familias en torno a los factores prevenibles y atenuantes.

Gráfico n° 21.

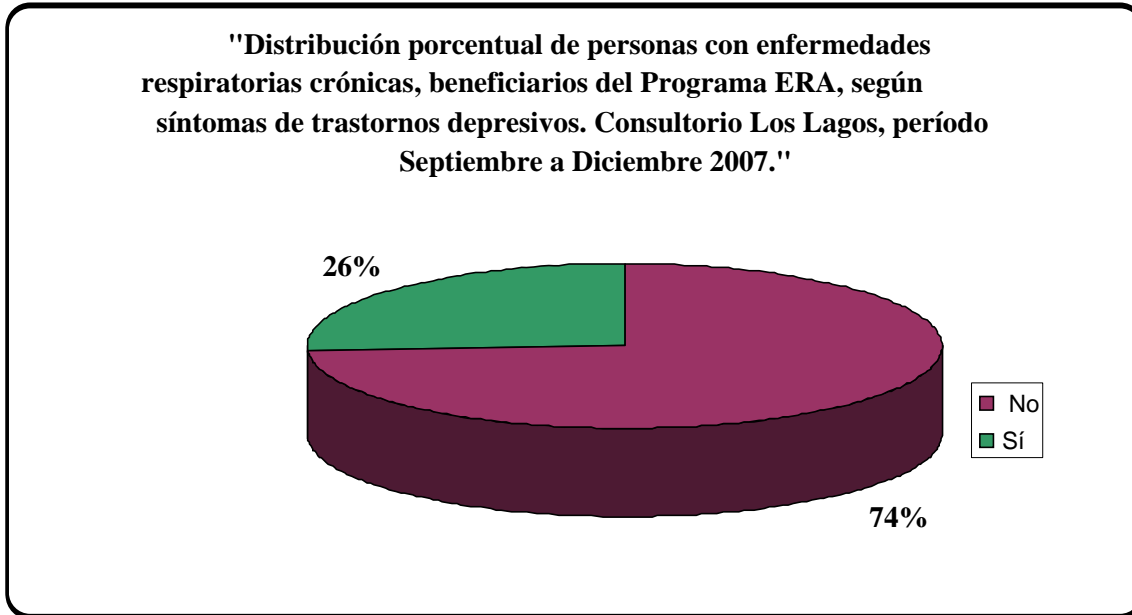


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Este gráfico permite analizar la percepción que tienen las personas de su estado de salud, colocándole nota de 1 a 7. Un 26% del total considera que su salud es buena, el 52% percibe su salud como regular y el 22% restante cree que su salud es mala.

A partir de esto, se puede deducir que el usuario del Programa ERA no percibe su salud como óptima, porque la patología respiratoria desencadena una falta de bienestar, influyendo posiblemente en problemas de autoestima.

Gráfico n° 22.

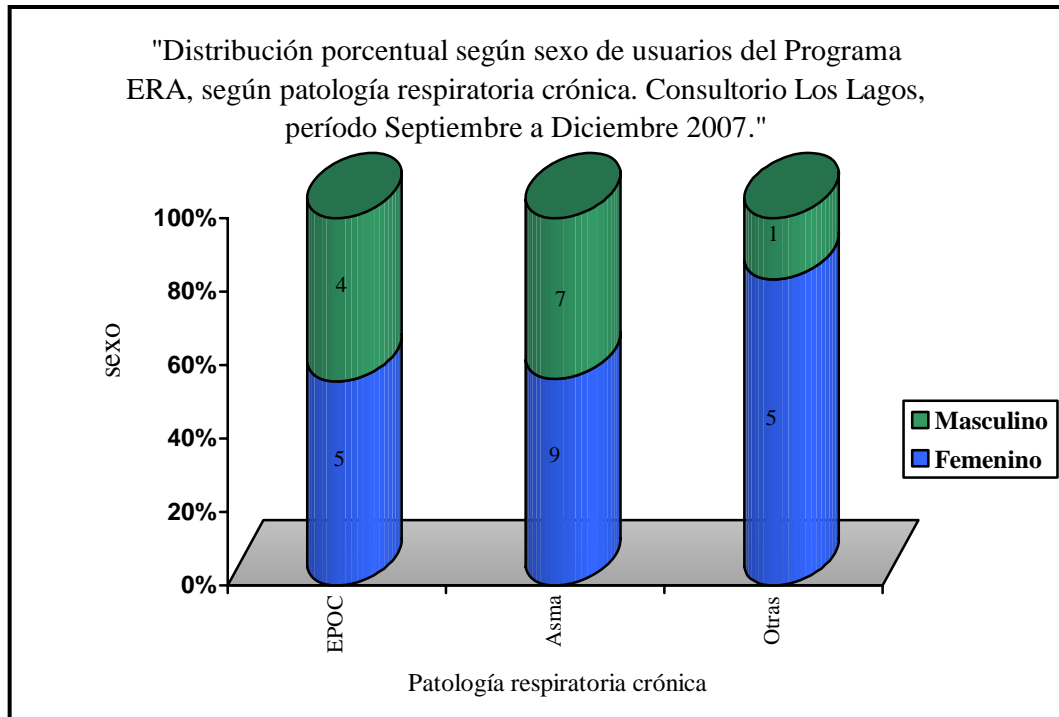


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Esta variable permite conocer la presencia de síntomas de trastornos depresivos que posea la población estudiada. Según la aplicación de un test breve obtenido de la guía clínica de Ministerio de Salud de Depresión en mayores de 15 años, se obtuvo lo siguiente: el 74% o 23 personas no padecen síntomas depresivos y el 26% u 8 personas restante sí padecen. Cabe señalar, que de estos 8 usuarios que tienen síntomas depresivos, 2 están en tratamiento con especialista por esta patología, siendo personas controladas, sin embargo el resto no ha sido diagnosticado ni evaluado por un profesional idóneo.

Si bien los resultados obtenidos permiten deducir que la mayoría de la población estudiada no posee trastornos depresivos, se detectó un alto porcentaje con síntomas depresivos. Frente a esto, se puede deducir que una patología crónica y sobre todo las respiratorias provocan agotamiento y cansancio, llevando como consecuencia posible trastornos ansiosos y depresivos.

Gráfico n° 23.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Los resultados de este gráfico permiten identificar si existe relación entre la patología respiratoria crónica y el sexo de los usuarios del programa ERA. Los resultados obtenidos fueron: de las personas que padecen EPOC, el 45% son hombres y el 55% mujeres. Con respecto a la patología Asma bronquial, el 56% que las padece son mujeres y el 44% restante hombres. El resto de las patologías respiratorias crónicas que no están clasificadas (6 personas las padecen), 17% son hombres y 83% mujeres. Estos resultados permiten deducir no sólo que las mujeres padecen más patologías respiratorias crónicas, sino que son mayor número en Asma bronquial y en las otras patologías crónicas no clasificadas.

Tabla n° 1.

“Distribución de personas con enfermedades respiratorias Crónicas, beneficiarios del Programa Enfermedades respiratorias del adulto, Consultorio Los Lagos, según adhesión a tratamiento farmacológico y edad. Valdivia, Período Septiembre a Diciembre 2007.”

EDAD	ADHESIÓN A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO							
	Buena		Mala		No existe		Total	
	cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%
21-40 años	0	0%	0	0%	1	14%	1	3%
41-60 años	2	25%	4	25%	2	29%	8	26%
61-80 años	4	50%	8	50%	1	14%	13	42%
mayor de 80 años	2	25%	4	25%	3	43%	9	29%
Total	8	100%	16	100%	7	100%	31	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Con respecto a la relación entre la adhesión al tratamiento farmacológico con la edad se obtuvo los siguientes resultados: dentro del grupo que tiene buena adhesión al tratamiento, las edades se concentran en mayores de 60 años (75%). Entre los usuarios con mala adhesión, las edades están repartidas en distintos grupos etáreos, entre 41 a 60 años 4 personas o 25%, 12 personas mayores de 60 años (75%). Así mismo en el grupo que no logra adhesión al tratamiento, también está repartido en diversas edades, siendo el mayor porcentaje el de los mayores de 80 años. Se destaca que el único usuario con rango de edad 21 a 40 años, se encuentra en este grupo que no tiene adhesión. Por lo tanto, se infiere que la edad podría no ser un factor influyente en la adhesión al tratamiento farmacológico en este estudio.

Tabla n° 2.

“Distribución de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa Enfermedades respiratorias del adulto, Consultorio Los Lagos, según Adhesión a tratamiento farmacológico y escolaridad. Valdivia, Período Septiembre a Diciembre 2007.”

ESCOLARIDAD	ADHESIÓN A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO							
	Buena		Mala		No existe		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Sin escolaridad	3	38%	7	44%	2	28%	12	39%
Básica incompleta	4	50%	7	44%	0	0%	11	35%
Básica completa	1	12%	0	0%	3	43%	4	13%
Media incompleta	0	0%	1	6%	0	0%	1	3%
Media completa	0	0%	1	6%	2	28%	3	10%
Estudios superiores	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	8	100%	16	100%	7	100%	31	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Esta tabla permite relacionar la adhesión al tratamiento farmacológico con la escolaridad del grupo de estudio para saber si ésta influye o no en la adhesión. En el grupo con adhesión al tratamiento, se encuentran personas sin escolaridad (38 %) o muy baja (50%). A su vez, en el grupo con mala adhesión al tratamiento, el 88 % corresponde a personas con escasa escolaridad, un 6 % con enseñanza media incompleta y un 6 % restante con enseñanza media completa. En cuanto a los que no tienen adhesión, que corresponden en su totalidad al 22% de la población estudiada, el 28 % de ellos no asistió nunca al colegio, el 43 % posee enseñanza básica completa y el 28 % restante enseñanza media completa.

Por lo tanto podría deducirse que no se relaciona la adhesión al tratamiento farmacológico con la escolaridad, pues ésta no influye ni repercute positivamente sobre el primero.

Tabla n° 3.

“Distribución de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa Enfermedades respiratorias del adulto, Consultorio Los Lagos, según Adhesión a tratamiento farmacológico y apoyo social percibido. Valdivia, Período Septiembre a Diciembre 2007.”

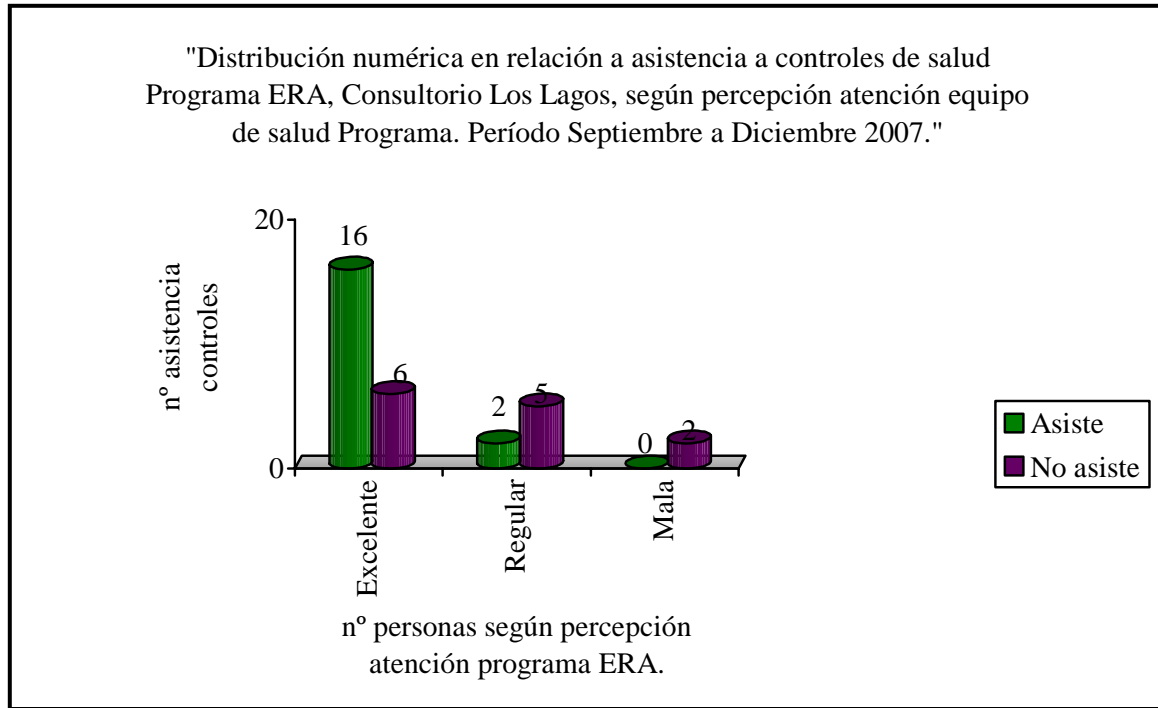
APOYO SOCIAL	ADHESIÓN A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO							
	Buena		Mala		No existe		Total	
	cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%
PERCIBIDO (TEST DE ZIMET)								
Bajo apoyo social	0	0%	7	22%	3	10%	10	32%
Mediano apoyo social	4	13%	9	29%	3	10%	16	52%
Alto apoyo social	4	13%	0	0%	1	3%	5	16%
Total	8	26%	16	51%	7	23%	31	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Esta tabla muestra la distribución de adhesión al tratamiento farmacológico que tienen los usuarios según apoyo social percibido. Al observar sus resultados, el grupo con buena adhesión son usuarios que perciben mediano y alto apoyo social (ambos grupos con 13%) de sus redes. El grupo con mala adhesión está dividido entre usuarios con bajo apoyo social (22%) y mediano apoyo social (29%). El grupo que no tienen adhesión, está compuesto por usuarios con bajo apoyo social (10%) mediano apoyo (10) y alto (3%).

A partir de ésto se puede deducir que el apoyo social tendría relación con la adhesión al tratamiento farmacológico.

Gráfico n° 24.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

El gráfico n° 23 muestra la percepción que tienen los usuarios del programa ERA con respecto a la atención brindada por su equipo de salud y la asistencia a estos controles de salud según su percepción de atención. Se puede observar que el mayor número de usuarios que asisten a los controles de salud son los que perciben que la atención entregada por el programa es excelente (16 usuarios o 89%), así mismo 6 usuarios que perciben como excelente la atención no asisten periódicamente a los controles de salud por su patología respiratoria crónica. Dentro de las personas que perciben la atención como regular (7 usuarios), 2 asisten periódicamente y 5 no lo hacen. Los usuarios que encuentran que la atención entregada es mala son sólo 2 y ambos no asisten periódicamente.

Por lo tanto podemos deducir que sí existe relación entre asistencia a controles de salud con la percepción que tienen los usuarios sobre la atención del programa ERA, tanto entre los que consideran la atención como buena porque tienen mayor número de asistencia, como en los que encuentran que la atención es mala y no asisten periódicamente.

Tabla n° 4.

“Distribución de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa Enfermedades respiratorias del adulto, Consultorio Los Lagos, según Hospitalizaciones previas y sexo. Valdivia, Período Septiembre a Diciembre 2007.”

SEXO	HOSPITALIZACIONES PREVIAS					
	Sí		No		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	cantidad	%
Femenino	6	86%	13	54%	19	61%
Masculino	1	14%	11	46%	12	38%
Total	7	100%	24	100%	31	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Según puede observarse en esta tabla, sólo 7 usuarios han estado hospitalizados, de los cuales 6 son mujeres, lo que corresponde al 87% del total de las hospitalizaciones. Los hombres en cambio son sólo 1 (13% del total de las hospitalizaciones). Este panorama revela que el sexo femenino es más propenso a agravar o descompensar las patologías que el sexo masculino.

Tabla n° 5.

“Distribución de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa Enfermedades respiratorias del adulto, Consultorio Los Lagos, según auto percepción de salud y funcionamiento familiar. Valdivia, Período Septiembre a Diciembre 2007.”

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD							
	Buena salud		Salud regular		Salud mala		Total	
	n°	%	N°	%	n°	%	n°	%
Disfunción familiar severa	1	12%	1	6%	2	29%	4	13%
Funcionalidad familiar moderada	2	25%	6	38%	1	14%	9	29%
Funcionalidad familiar alta	5	63%	9	56%	4	57%	18	58%
TOTAL	8	100%	16	100%	7	100%	31	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

La tabla n° 5 permite conocer la relación existente entre la auto percepción de salud de los usuarios del programa ERA y el grado de funcionamiento familiar que se obtuvo a través del test de APGAR. Se observa que en el grupo que percibe su salud como buena, un 12% tiene disfunción familiar severa, un 25% funcionalidad moderada y un 63% alta funcionalidad. Dentro del grupo que considera su salud como regular, el 94% tiene funcionalidad entre moderada y alta. Así mismo, dentro del grupo que considera su salud mala (7), un 29% tiene disfunción familiar severa, un 14% tiene función moderada y un 57% funcionalidad alta. A partir de estos resultados, se infiere que cuando la funcionalidad familiar es moderada a alta influye positivamente en la percepción de su estado de salud, pero no existiría relación entre disfunción severa y mala percepción de salud.

Tabla n° 6.

“Distribución numérica y porcentual de personas con enfermedades respiratorias crónicas, beneficiarios del Programa Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, según Percepción de síntomas depresivos y sexo. Valdivia, Período Septiembre a Diciembre 2007.”

	PERCEPCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS					
SEXO	No		Sí		Total	
	cantidad	%	Cantidad	%	cantidad	%
Femenino	13	57%	6	75%	3	10%
Masculino	10	43%	2	25%	19	61%
Total	23	100%	8	100%	31	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas, beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Los Lagos, durante el período Septiembre a Diciembre año 2007.”

Para identificar la relación entre la percepción de síntomas depresivos determinados por el test de la guía clínica del Ministerio de salud y el sexo de las personas del estudio, se diseñó esta tabla que entregó los siguientes resultados: del total de personas con síntomas depresivos según el test, el 75% corresponde al sexo femenino y sólo el 25% restante al sexo masculino. En cuanto a los que no padecen, el 57% es femenino y el 47% masculino.

Sus resultados reflejan que las mujeres son las que mayormente presentan estos síntomas, en relación a los hombres, siendo 3:1 respectivamente. Además de las 2 personas que ya estaban diagnosticadas y tratadas por estos trastornos, corresponden a mujeres.

6. DISCUSIÓN.

La totalidad de la población de personas con enfermedades respiratorias crónicas inscritos en el Programa de Enfermedades del Adulto del Consultorio de la Comuna de Los Lagos hasta el mes de Octubre año 2007 correspondió a 40 personas, luego de aplicar los criterios de exclusión y aplicar la prueba piloto se concentró en 31 personas, representando un 77,5% de la población total, con la que se llevó a cabo el estudio.

La realización de la investigación tuvo como objetivo analizar el perfil biológico psicológico y social de personas con enfermedades respiratorias crónicas beneficiarios del programa ERA del Consultorio de la comuna de Los Lagos, Región de los Ríos. Este estudio pretendió identificar los factores sociodemográficos, percepción sobre función familiar, apoyo social y del Consultorio y analizar aspectos del estado de salud relacionando estos últimos con variables psicosociales.

La población estudiada la constituyeron personas en su mayoría de sexo femenino, representados por un 61% y sexo masculino un 39% (Gráfico n° 1), resultados que concuerdan con la realidad Chilena, pues según la primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (2000), se pesquisó que las mujeres tienen mayor prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas que los hombres (diferencia de alrededor del 1%), deduciéndose que serían más vulnerables a estas patologías.

El rango de edad estuvo entre los 33 a 87 años de edad, situándose el mayor número de personas entre 61 a 80 años (42% ó 13 personas), El 71% del total del estudio corresponden a adultos mayores (Gráfico n° 2). Esto se puede relacionar con la evolución de desarrollo de las enfermedades crónicas, según Brunner y Sudhart (2001), donde refiere que las patologías crónicas se producen después de un largo período de exposición a hábitos de vida y ambiente. Se concluye que existe mayor número de personas mayores de 60 años porque la edad los expone más a estas patologías.

En relación a la escolaridad de la población de estudio, 12 personas o 39% nunca recibió ningún tipo de instrucción escolar, 11 personas tuvieron estudios de enseñanza básica incompleta, 4 enseñanza básica completa, 4 cursaron enseñanza media y ninguna persona estudios superiores (Gráfico n° 3). Más del 70% del total de la población no tiene escolaridad o ésta es de tipo incompleta. Esto se relaciona con el perfil de la población usuaria del sistema público de salud en nuestro país, así como también con el perfil de este consultorio, referido por su Asistente Social. Si bien esto no tiene relación con la capacidad de aprendizaje y

compromiso con su estado de salud, sí debe considerarse al momento de entregar información y educar, adecuando el vocabulario y expresión, de manera que los usuarios realmente comprendan las indicaciones, para lograr una relación terapéutica de confianza.

En cuanto al estado civil de los usuarios de este programa, un alto porcentaje mantiene vida en pareja, ya sea como casados con un 61% del total o convivientes con un 7%, sumando 68% del total de la población (Gráfico n° 4), relacionando al matrimonio y familia como el pilar fundamental de la sociedad.

A su vez, el tipo de familia en el cual está inserta la población de estudio, el 45% viven en una familia extensa, es decir comparten un mismo hogar más de dos generaciones y un 39% vive en familia de tipo nuclear, lo cual se relaciona con el estado civil recién mencionado, además revela que un porcentaje importante de los usuarios comparte hogar con varias personas (Gráfico n° 5).

Según los ingresos económicos que reciben estos usuarios, sólo 4 personas reciben dinero por medio de un trabajo ya sea independiente o dependiente, el resto de la población (27 personas o 87% del total) lo hacen a través de una pensión, ayuda y colaboración de otros, relacionándose con la edad promedio de esta población que es sobre 60 años (Gráfico n° 6). Sin embargo, es positivo que casi todos reciban dinero para solventar los gastos de sus hogares y de su enfermedad y así poder convivir con ella. En el caso de los usuarios que trabajan, la patología puede generar estrés, debido al temor de que influya en la responsabilidad de su trabajo y no cuenten con tiempo suficiente para asistir a controles y tratamientos indicados. Así mismo, los que no trabajan, disponen de mayor tiempo libre para realizar otro tipo de actividades que beneficien su salud física y mental.

Con respecto a la infraestructura de vivienda, se evaluó la estructura de la casa y la calefacción utilizada, los resultados fueron que el 100% de la población utiliza calefacción en sus hogares y ésta es tradicional como cocina o combustión a leña, con buen mantenimiento que no representan un riesgo para la patología respiratoria crónica. Las estructuras de las casas en su mayoría son de madera forradas por dentro (74%) y de madera con otras estructuras (26%). (Gráfico n° 7 y 8). Las condiciones de vivienda son comunes en la zona sur del país, siendo positivo que sean óptimas para evitar infecciones respiratorias agudas, ya que las condiciones deficitarias, unido a otros factores, desencadena en riesgo importante, incrementándose en adultos mayores.

En relación a aspectos de percepción familiar y social, se evaluaron tres aspectos. El primero es el funcionamiento familiar que perciben los usuarios del programa ERA, para ello se utilizó el test de funcionamiento familiar APGAR (Smilkstein, 1978), donde se obtuvo que el mayor número de la población presenta una alta funcionalidad familiar (58%), un 29%

disfunción familiar moderada y un 13% disfunción familiar severa (Gráfico n° 9). Los resultados obtenidos permiten deducir que un alto porcentaje mantiene buena relación con los integrantes de su familia, en aspectos como adaptabilidad, capacidad para resolver problemas, afectividad, sintiéndose queridas y apoyadas dentro de su núcleo familiar. Esto significa que el equipo de salud de este consultorio tiene mayores posibilidades de contactar a sus familias para solicitar ayuda y trabajar con ellos, formando una red de apoyo eficaz y de confianza en la adhesión a tratamiento farmacológico, asistencia a controles de salud, colaboración en adaptación a la enfermedad.

Para evaluar el apoyo social que percibe los usuarios, se les aplicó el Test modificado de Apoyo Social percibido Zimet (Arechavala & Miranda, 2002), obteniendo como resultados que el mayor porcentaje de usuarios, 16% del total, percibe alto apoyo social de sus familiares, amigos, vecinos, el 52% se siente medianamente apoyado y el 32% restante percibe bajo apoyo social de su entorno (Gráfico n° 10). Según la segunda encuesta nacional de calidad de vida (2006), el 63% de la población Chilena estudiada dispone de redes sociales. Si se suman los porcentajes de moderado a alto apoyo social, que son los que pueden desencadenar en redes efectivas, arroja resultados similares.

De acuerdo a la percepción que tiene los usuarios sobre la atención entregada por el equipo de salud del programa ERA, el 71% la considera excelente, el 23% regular y sólo el 6% cree que es mala, deduciendo que los usuarios consideran que la atención entregada es buena y por ende confían en el trabajo realizado por este equipo.

Con respecto a aspectos del estado de salud, la distribución de las enfermedades respiratorias crónicas en la población de estudio, es en el siguiente orden: Asma bronquial con un 52% (16 personas), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con un 29% del total (9 personas) y el 19% restante con otras patologías respiratorias (Gráfico n° 12). Al comparar la prevalencia de estas patologías en Chile coincide con Feijoo. R (2006), donde el asma es la patología respiratoria crónica de mayor porcentaje, a nivel nacional y mundial, seguido de EPOC. Según la relación entre patología respiratoria y sexo en el grupo de estudio, se entregó el siguiente resultado, las mujeres presentan mayor porcentaje de Asma que los hombres, al igual que con EPOC y el resto de las patologías. (Gráfico n° 22). Esto se explica porque las mujeres son mayor proporción que los hombres y son más propensas a padecerlas.

En cuanto a si la población posee patologías concomitantes a la respiratoria crónica, el 67% del total las padece y 33% no, siendo Hipertensión arterial la que se presentó en mayor porcentaje con un 45% seguido de Diabetes Mellitus tipo 2 asociada a Hipertensión Arterial 10% (Gráfico n° 13), concordando con la Encuesta Nacional de Salud (2003), donde Hipertensión Arterial es la patología crónica más prevalente en Chile. Como ya se ha mencionado anteriormente, la mayoría de la población correspondió a adulto mayor (alrededor del 70% del total), por lo tanto es deducible que se asocien varias patologías

crónicas y también que se adapten mejor a ellas que los usuarios jóvenes. Es necesario ahondar en este tema porque debe ser atendido en los controles de salud por la cantidad de fármacos que consumen, nivel de estrés y sus sentimientos frente a esta situación.

En relación al consumo de tabaco, el 6% de los que sí declararon haber fumado en el último mes correspondieron a sexo femenino en el rango de edad 21-40 años (Gráfico n° 14). Lo que se contraponen a los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (2006), donde la mayor prevalencia la tienen los hombres en el rango de edad de 20 a 44 años. El 94% restante declaró no fumar al menos desde hace un mes atrás.

Con respecto a la calidad de sueño de la población, el 32% refirió dormir bien, con sueño reparador y el 68% restante que no logra dormir de forma reparadora (Gráfico n° 15). Si bien esto puede conectarse con el promedio de edad de la población, donde los adultos mayores duermen menos horas que el resto, sus resultados indican que la mayoría no tiene una calidad de sueño adecuada, despertándose durante la noche a causa de síntomas respiratorios, y manteniéndose cansados durante el día, lo que deteriora su calidad de vida. Además cabe recordar que el 70% del total mantiene vida en pareja, por lo cual esta calidad de sueño, actividad y reposo durante el día también repercute en ellos. Se sugiere abarcar este tema de manera cualitativa, para averiguar cómo viven las personas con enfermedades respiratorias crónicas a diario.

En cuanto a la adhesión al tratamiento farmacológico de la población estudiada, sólo el 26% (8 usuarios) del total logra buena adhesión, demostrando correctamente la técnica de administración de broncodilatadores, horarios, dosis de los fármacos que consumen, y el 74% restante tiene mala adhesión o simplemente no cumple el tratamiento prescrito (Gráfico n° 16). Según datos de OMS, citados por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en su artículo adhesión a una terapia de larga duración (2007), los países desarrollados alcanzan cerca del 50% de adhesión en personas crónicas, disminuyéndose este porcentaje a medida que el desarrollo del país también lo hace, debido a factores sociodemográficos y económicos que repercuten de forma negativa, lo cual se conecta con la población de estudio, donde su adhesión alcanzó sólo el 26%. Por lo tanto, se puede deducir que el usuario del programa ERA no cumple adecuadamente la terapia de medicamentos indicada por el profesional médico, con una administración deficiente en horarios, dosis y técnica incorrecta.

Para conocer la relación entre adhesión al tratamiento y su edad, se obtuvo que el 75% de los que lograron buena adhesión corresponden a adultos mayores, de los que tuvieron mala adhesión (12 personas) también el 75% son mayores de 60 años y de los que no cumplen tratamiento, el 14% es menor de 40 años y el 43% mayor de 80 años (Tabla n° 2). Se puede deducir que la edad no se relaciona con el cumplimiento del tratamiento farmacológico, puesto que los grupos etáreos se encuentran repartidos entre los distintos grados de adhesión, sin embargo, destaca que el grupo con buena adhesión, la mayoría sean adultos mayores,

descartándose las suposiciones de que logran menor adhesión que los jóvenes por factores fisiológicos de la edad como deterioro de memoria, visión, autovalencia, dándose lo contrario a Martín, L. (2006) que refiere que la edad más avanzada, repercute de forma negativa en el tratamiento. En este estudio se podría inferir que los usuarios adultos mayores cuentan con una persona en el hogar que asesora y verifica dosis y administración de fármacos u otras razones que debiesen profundizarse en otro estudio.

En cuanto a si existe relación la adhesión al tratamiento farmacológico y la escolaridad (Tabla nº 3), por medio de sus resultados pudo concluirse que las personas que cumplen su tratamiento, la baja escolaridad no es un factor limitante. Por el contrario en los usuarios con mala o sin adhesión, la instrucción escolar no repercute de ninguna forma, pues la mayoría de ellos no tiene escolaridad o muy escasa; sin embargo también se encuentran los con estudios de enseñanza media. El Consejo Internacional de Enfermeras (2007), también relata que la escolaridad es un factor influyente en la adhesión a la terapia de salud, lo cual puede relacionarse en algunos aspectos con los resultados obtenidos en este estudio.

Con respecto si en la efectividad del cumplimiento de su terapia influye el grado de apoyo social, del total de usuarios que logran buena adhesión al tratamiento, el 50% percibe alto apoyo de su entorno y el otro 50% se siente moderadamente apoyado, a su vez de las personas sin adhesión o con mal cumplimiento de esta, el 44% siente que no tiene apoyo de familiares, vecinos o amigos y el 52% tiene apoyo moderado (Tabla nº 4), concordando con el artículo de CIE y deduciendo a partir de esto, que mientras mayor cantidad de redes sociales efectivas tenga la persona la adhesión a su tratamiento es más alta, ya sea porque hay más personas preocupadas por su estado de salud, como porque colaboran en su administración, dosis y horarios.

Además es sorprendente que durante las entrevistas en los hogares al preguntar por la utilización de aerocámara para administración de broncodilatadores, la mayoría no la utilice por incomodidad, falta de conocimiento. Esto sin lugar a dudas genera riesgos en salud, porque disminuye la probabilidad de que el fármaco logre su efecto deseado, aumentando la posibilidad de agravar los síntomas.

Estos resultados permiten detectar aspectos fundamentales de los usuarios del programa ERA, presentándose la adhesión al tratamiento farmacológico como un factor de riesgo importante. Se sugiere a partir de los resultados, diseñar alguna estrategia para educar a la población que no están cumpliendo su terapia correctamente y fortalecer a los que logran mantener la terapia de forma correcta en el tiempo. En este contexto, quise colaborar, diseñando y entregando una hoja didáctica de horario y dosis de fármacos adaptado para todos los usuarios.

Con respecto a la asistencia periódica a los controles de salud para su patología crónica, el 58% asiste periódicamente y el 42% restante no lo hace (Gráfico nº 17), siendo mayor el porcentaje que asiste. A sí mismo se relacionó la percepción de la atención entregada por el Programa y la asistencia a los controles se obtuvo que el mayor número de usuarios que asisten periódicamente a los controles son los que consideran la atención como excelente (16 usuarios o 89% de los que asisten periódicamente) y a su vez del 100% que considera mala la atención, ninguna asiste con frecuencia a sus controles (Gráfico nº 24), deduciéndose que sí existe relación entre estas dos variables, donde la percepción y opinión de los usuarios sobre la atención del equipo de salud repercute en la frecuencia de su asistencia. Según el artículo de la Revista Cubana de Salud Pública sobre repercusiones en adhesión a la terapia de salud (Martín, L. 2006), una comunicación eficaz entre profesionales de salud y pacientes favorece la adhesión y cumplimiento. Esto permite inferir que en la población ya existe o puede desarrollarse una relación terapéutica de confianza entre ambos. En el estudio realizado por González & Ojeda (2007), se concluyó que el apoyo social evidenciado en su población de estudio, estuvo dado en orden de importancia por familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y en último lugar por profesionales de salud ya que no representaron apoyo social considerable, a diferencia del presente estudio.

Al total de usuarios sin adhesión a tratamiento farmacológico y/o controles de salud (22 usuarios), se les realizó una pregunta para conocer las causas que provocan el incumplimiento y su frecuencia, obteniéndose que el 30% de ellos refirió no comprender indicaciones prescritas, el 23% depende de otras personas para asistir y administrar tratamiento, el 19% restante refirió falta de tiempo para dedicar a su salud, el resto de las personas es a causa de falta de dinero, dificultad de acceso, insatisfacción por la atención (Gráfico nº 18). Estos resultados deducen que los usuarios no asisten periódicamente porque no comprenden las indicaciones prescritas por los profesionales de salud y/o porque requieren compañía de otra persona de confianza para asistir o administrar tratamiento. Esto se contradice con la buena opinión de la totalidad de población con respecto a la atención de salud entregada y el apoyo referido por familia y otros. Es por esto, que se sugiere al equipo de salud analizar esta situación y diseñar una estrategia para fomentar una relación terapéutica si es que esta aún no se ha entablado, mejorando la confianza y contactando a sus redes para alcanzar la adhesión al tratamiento y asistencia periódica a los controles que aún no logra el 71% del total de la población.

Con respecto a las hospitalizaciones en el año 2007 por causas respiratorias, el 23% de la población ha estado hospitalizado (Gráfico nº 19). Este resultado demuestra que existe un buen control de sus patologías respiratorias, pues el porcentaje de hospitalización es bajo, a pesar de que la edad promedio es sobre 60 años y un escaso número posee adhesión a su tratamiento. Además se demuestra un buen manejo de las patologías crónicas por parte del equipo de salud, reflejándose en la tendencia de manejo ambulatorio. Se asoció el género con las hospitalizaciones, dando como resultado que el 86% de las hospitalizaciones corresponden a sexo femenino (6 personas) y sólo el 14% corresponde a sexo masculino (1 persona).

Se consideró además importante conocer las causas de estas hospitalizaciones, con los siguientes resultados: el 57 % de las hospitalizaciones son por infecciones respiratorias como Neumonía, el 29 % por crisis asmática y el 14 % restante por exacerbación respiratoria, siendo el 43% consecuencia directa de la patología crónica (Gráfico n° 20). A partir de esto, se deduce que las hospitalizaciones se deben en su mayoría a neumonía, que es una de las 3 causas de mortalidad en adultos mayores en Chile, aumentando su gravedad en proporción con la edad. El promedio de edad de los usuarios es de 67 años, por lo que se deberá tener especial preocupación por este grupo. Reforzar con educación a la población general incluyéndose a sus familiares sobre prevención en los períodos más críticos del año es una buena estrategia, no sólo quedarse con la vacuna de la Neumonía. En cuanto a las crisis asmáticas, que son la segunda causa de hospitalización, no está relacionado con edad o sexo, influyen otros factores en su descompensación, que debiesen estudiarse en futuras investigaciones. Es importante mantener vigilancia de los pacientes que han estado hospitalizados, no sólo evitando rehospitalizaciones, sino que educando a él y su familia sobre prevención y tratamiento correcto de su patología crónica de base. Para esto se debe conocer su entorno y los factores de riesgo que mayormente repercuten.

En relación a cómo percibe la población su estado de salud, estos colocaron nota a su salud escogiendo de 1 a 7, donde 1 es muy mala a 7 excelente. A partir de esto, el 26% consideró su salud excelente, el 52% regular y el 22% restante mala (Gráfico n° 21). El porcentaje que consideró su salud como excelente, refleja una adecuada autoestima, bienestar y calidad de vida, lo que puede ser considerado un factor protector en salud. Por el contrario, más del 70% del grupo de estudio, considera que su salud no es óptima, debido a que los síntomas de su patología, limitan actividades diarias, dormir y por ende su calidad de vida. Estos resultados concuerdan con la realidad nacional pesquisada en la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (2006), donde de nota 1 a 7, el promedio de la población Chilena fue de 5.3, clasificándose como regular, producto de que consideran que podría mejorar. Como consecuencia de ello, se deduce que dentro de la percepción del estado de salud, influye la autoestima, patología que padecen y apoyo brindado por sus redes sociales como la familia que es la principal red. Para conocer si existe relación entre esta percepción del estado de salud con el funcionamiento de su familia, se diseñó una tabla de distribución. Dentro de sus resultados, se observa que en el grupo que percibe su salud como buena un 88% tiene función moderada a alta. Entre los que consideran su salud como regular el 94% tiene funcionalidad entre moderada y alta. Así mismo, dentro del grupo que considera su salud mala (7), un 29% tiene disfunción familiar severa, un 14% tiene funcionalidad moderada y un 57% funcionalidad alta. A partir de estos resultados, se observa que cuando la funcionalidad familiar es moderada a alta, influye positivamente en la percepción del estado de su salud, pero no existe relación entre disfunción severa y percepción de salud mala.

Para conocer si la población estudiada percibe padecer síntomas de trastornos depresivos, se aplicó un Test breve entregando resultados de que el 74% no los padece y el 26% restante sí (Gráfico n° 22). Dentro del grupo que los padece, 2 se encontraban ya en tratamiento a causa de este trastorno y el resto nunca ha sido evaluado ni diagnosticado, es por

ésto que se entrega antecedente a la Enfermera del Programa ERA sobre los resultados obtenidos, para que evalúe nuevamente a los pacientes a través de esta escala y otras para posteriormente consultar o derivar en caso necesario. Es negativo y de riesgo tener una proporción importante de personas con síntomas depresivos y debe existir precaución porque la autopercepción en salud está estrechamente ligada a la autoestima y sensación de bienestar. Se debe evaluar constantemente a todos los usuarios ya que las enfermedades crónicas y sobre todo las respiratorias limitan gradualmente las actividades cotidianas, alterando la sensación de bienestar.

Para indagar un poco más sobre este tema, se relacionó esta variable con el sexo, resultando que del total de los que presentan trastornos depresivos (8 usuarios), el 75% corresponde al sexo femenino y el 25% restante al sexo masculino, siendo una relación 3:1 respectivamente (Tabla nº 7). Estos resultados se relacionan con los obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (2003), donde en el ítem de encuestados con síntomas depresivos en el último mes es del 10%, donde el 8% eran mujeres y sólo el 2% hombres, existiendo una relación 4:1, similar a la obtenida en la presente investigación. Se puede inferir que las mujeres tienen mayores posibilidades de presentar síntomas de trastornos depresivos que los hombres, debido a que tienen más responsabilidades que su género opuesto, preocupándose del trabajo, labores del hogar, hijos y en este caso de su patología respiratoria. Además se deduce que se adaptan con mayor dificultad a un proceso de enfermedad. Estos resultados concuerdan con estudios de prevalencia de trastornos depresivos ya diagnosticado en un Policlínico de la ciudad de Santiago, Chile (Guía Clínica del MINSAL para Depresión en mayores de 15 años, 2006), donde las mujeres con un 30% doblan en prevalencia a los hombres 14%.

7. CONCLUSIÓN.

El perfil del usuario Programa ERA Consultorio Los Lagos, corresponde a personas en su mayoría mujeres que padecen patologías respiratorias crónicas Asma bronquial o EPOC, de edad superior a los 60 años, en promedio 67 años, que recibieron escasa instrucción escolar, coincidiendo con el perfil del usuario de esta Institución. Mantienen vida en pareja, casados o conviviendo y conforman familias de tipo extensas habitando más de dos generaciones un mismo hogar, reciben dinero por medio de una pensión o esperan la colaboración de otros, por lo tanto pertenecen al estrato socioeconómico medio a bajo. La infraestructura de sus viviendas es de madera forradas por dentro y calefacción a leña, de acuerdo a los requerimientos de ubicación geográfica.

Mantienen una óptima funcionalidad familiar y moderado apoyo social de sus redes conformadas por familiares, amigos, vecinos y no cuentan con herramientas de apoyo como agrupaciones, junta de vecinos; sin embargo opinan que la atención del equipo de salud Programa ERA es excelente, por lo tanto lo consideran una red social de apoyo.

Padecen más de una patología crónica, siendo Hipertensión Arterial la principal concomitante a la respiratoria, sólo 2 usuarios fuma y son adultos medio. Duermen mal durante la noche, se despiertan más de una vez a causa de síntomas respiratorios, limitando su calidad de descanso. Estos usuarios asisten periódicamente a sus controles de salud pero tienen mala adhesión al tratamiento farmacológico debido a que no comprenden las indicaciones de los profesionales o requieren colaboración de otra persona. A mayor edad se logra mejor adhesión al tratamiento farmacológico porque adquieren destreza en su cumplimiento. Tener más escolaridad no beneficia la adhesión, a su vez las personas con baja o nula escolaridad cumplen correctamente su tratamiento prescrito, por lo tanto la escolaridad no influye en el tratamiento. Con respecto al apoyo social, mientras más alto sea éste, repercutirá de forma positiva en su adhesión. El porcentaje total de hospitalizaciones en esta población es de 23% durante el año 2007, las mujeres son más vulnerables siendo su causa principal Neumonía, seguida de exacerbación respiratoria. Los usuarios consideran su salud regular y la funcionalidad familiar repercute positivamente en mejorar esta percepción, es así como a mayor funcionalidad familiar considerarán su salud mejor que los con disfunción familiar, debido al apoyo entregado por la familia para su patología. Es bastante considerable la proporción de usuarios que presentan síntomas depresivos (26%) según resultados del test recomendado por el Ministerio de Salud, siendo nuevamente las mujeres las más afectadas, suponiéndose en cierta medida a mayores responsabilidades y menor adaptación al proceso de enfermedad.

“Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas beneficiarios del programa de Enfermedades Respiratorias del adulto,” es parte del título de la presente Tesis y es su propósito principal. Al reflexionar sobre estas personas, se puede decir que se encuentran expuestas a múltiples situaciones. Betty Newman, en su Modelo de Sistemas define enfermedad como *“una desarmonía entre las partes de un sistema, que refleja un grado variable de insatisfacción a las necesidades.”* Estas partes del sistema son variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales que rodean el *intorno* y *entorno* de la persona y repercuten en su bienestar, las que al alterarse se convierten en estresores que influyen negativamente en las *líneas de defensa*. Por lo tanto una enfermedad no es definida sólo como un suceso patológico, sino más bien como un proceso donde el funcionamiento de todas las áreas del sistema se debilitan. A partir de esto, se concluye que la población estudiada en el área socioeconómica y demográfica posee factores protectores o líneas de defensa, como condiciones de vivienda, estado civil y tipo de familia que es extensa. Como estresores, la edad de la población clasificada sobre 60 años, la escolaridad que es escasa, condiciones económicas, aunque no repercuten en la enfermedad crónica del paciente. Entre aspectos sociales positivos, la buena funcionalidad familiar, el apoyo social moderado a alto y la excelente opinión que tienen sobre la atención entregada por el equipo de salud Programa ERA, considerándose como líneas de defensa.

Del estado de salud y psicológico de los usuarios, también se revelan aspectos positivos como el escaso consumo de tabaco ya que es desencadenante y agravante en estas patologías, la asistencia frecuente a controles de salud, el buen control de sus patologías respiratoria crónica con un bajo índice de hospitalizaciones. Como estresores, la mala calidad de sueño, las hospitalizaciones a causa de neumonía, la autopercepción de salud regular, llevando a un concepto negativo de sí mismo con riesgo de alteración de autoestima y mayor aumento de prevalencia de personas con síntomas depresivos que actualmente alcanza el 26%. Este último resultado, debe ser analizado a la brevedad en el Equipo de salud del Consultorio, en búsqueda de la estrategia más efectiva para frenar este porcentaje y dar solución en los que persisten con los síntomas. También una de los hallazgos más alarmantes de esta investigación es la deficiente adhesión al tratamiento farmacológico, porque repercute directamente en la patología crónica influyendo en el mismo usuario, sus familias y equipo de salud. Las futuras intervenciones también deben atacar este punto para solucionar el déficit pesquisado y evaluar prontamente si se logra revertir. Una buena estrategia sería formar grupos de autoayuda en estos pacientes, donde se reunieran de vez en cuando y conversaran sobre su enfermedad, repercusión, métodos para lograr adhesión.

A su vez, Dorotea Orem (1958) define Autocuidado como *“El conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores interno o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.”* En este sentido, las personas del estudio no están colaborando con su Autocuidado, porque no realizan las acciones necesarias para mantener control de su salud, por lo tanto son las acciones programadas del equipo de Enfermería o *Agencia de Enfermería*, quien debe velar y actuar para valorar y actuar según el grado de déficit de conocimientos que presenten.

Esta investigación se planteó como un aporte al equipo de salud del Consultorio de Los Lagos, en especial para los profesionales que desempeñan sus funciones en la sala ERA. El Consultorio de Los Lagos es una Institución pequeña, que recién comenzó a atender público el año 2006, es por ésto que la investigación, irá directamente en apoyo de elaboración de herramientas que favorezcan la atención y gestión del cuidado, siendo eje importante del trabajo de Enfermería. Específicamente gracias a sus resultados, queda en evidencia las características sociodemográficas, de apoyo familiar y social, factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos y estado de salud que poseen los usuarios de este programa, de manera que el equipo de salud conozca las características del entorno y personales, y entregue una atención más focalizada a sus necesidades.

Es así, que el(a) profesional de Enfermería adquiere gran protagonismo, ya que siendo un gestor del cuidado, debe ser el encargado de las estrategias innovadoras para la educación de este grupo sobre sus cuidados, tratamiento farmacológico que es el principal factor de riesgo, actividades, manteniendo por el mayor tiempo posible personas activas y funcionales, sobre todo pensando en los adultos mayores que son un número considerable. Conociendo mejor esta población, les será más fácil al equipo interactuar con ellos, y desarrollar lazos para generar compromisos con su salud. La necesidad en Educación está latente porque el déficit de conocimientos en torno a aspectos de su salud es un factor limitante en la comunidad. Sería entonces una buena propuesta que existiera una Enfermera(o) encargado de esta área en forma permanente, formulando programas educativos y visitando los hogares de los usuarios para verificar si el aprendizaje y los compromisos se mantienen a través del tiempo o si existen otros factores importantes de pesquisar en relación por ejemplo a adhesión a medidas farmacológicas. Por lo tanto, es un desafío lograr este nexo de comunicación efectiva entre el Consultorio y las familias y redes de apoyo involucrándolas en el cuidado, de manera que se pueda lograr una visión más holística, favoreciendo en consecuencia la adaptación a la enfermedad. Además el enfoque de prevención en los Centros de salud es más efectivo si se trabaja con estos grupos.

Además, mediante estos resultados, se pueden elaborar propuestas de trabajo para abordar los problemas de manera oportuna y eficaz, favoreciendo no sólo la atención con respeto, empatía y solidaridad, prevención de riesgos y complicaciones modificación de estilos de vida, sino también mejorando la calidad de la atención y costoefectividad general de la atención en el Consultorio y en otras entidades comunales como hogares de Ancianos, colegios, agrupaciones de salud, entre otras. Los resultados de la Tesis quedarán a disposición del Consultorio Los Lagos a través de la entrega del documento escrito de la tesis al Director de la Institución y a la Enfermera encargada del Programa ERA, además de una presentación en Power Point con los resultados de la investigación dirigida a todo el equipo del Consultorio.

8. BIBLIOGRAFIA.

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Farreras R (2000) Medicina Interna 14ª edición, España, Harcourt Brece, vol. 1, cap. 89.
- (2) Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación, 3ª edición, Madrid, España, Mc Graw Hill Interamericana, pág. (42-491).
- (3) Icart, M.; Fuentelsaz, C. & Pulpón, A. (2001). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona, España: Ediciones Universitarias de Barcelona, pág. (6-119)
- (4) Kozier, B. Erb, G. Blais, K. Wikinson, J.M (2000) *Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y práctica*. 5ª edición, España, Mc Graw Hill Interamericana, vol. 1, pág. (679-691).
- (5) Potter, P. & Perry, A. (1996). *Fundamentos de Enfermería teoría y práctica*. (Edición en español.) Madrid, España, pág. (31-62/ 381-397)
- (6) Smeltzer, S. & Bare, B. (2002) *Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Sudhart*, 9ª edición, México D.F, México, Mc Graw Hill Interamericana, vol.1 cáp. (9, 11, 21)
- (7) Tomey, M. Alligood, M. (1994). *Modelos y teorías en Enfermería*, 3ª edición, España, Harcourt Brece. Pág. (269-304).

8.2 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

- (8) Arechavala, C. Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región

- metropolitana, *Revista Ciencia y Enfermería*, recuperado 21 Agosto 2007.
Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100007&script=sci_arttext
- (9) Consejo internacional de enfermeras (2007), OMS. Adhesión a una terapia de larga duración. Recuperado 30 Noviembre 2007.
Disponible en: <http://www.icn.ch/mattersadherencesp.htm>
- (10) Feijoo, R. (2006) Módulo de Enfermedades Respiratorias, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, revisada el 01 de Septiembre 2007, disponible en http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/medicina/ASMA_BRONQUIAL.pdf
- (11) Guía breve para la preparación de un trabajo de investigación según manual de estilo de publicación APA. Revisado el 03 de Septiembre 2007, disponible en: <http://biblioteca.sagrado.edu/guia-apa.htm>
- (12) González, P. (1998) Consenso Nacional de EPOC, *Sociedad Chilena de Enfermedades respiratorias*, vol. 14, nº 2, revisado el 20 de Agosto 2007, disponible en: http://www.serchile.cl/revistas/rev_vol_14.php
- (13) González, N. & Ojeda, A. (2007). “Soporte y red social en el adulto maduro con hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitas tipo 2 en riesgo de Insuficiencia renal”, *Biblioteca las Casas*. Recuperado 03 de Septiembre 2007. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>
- (14) Hoyl, T. Valenzuela, E. Marín, P. (2002). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica, *Revista médica de Chile*, recuperado 28 Agosto 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872000001100003&lng=es&nrm=iso
- (15) Instituto Nacional de Estadísticas (2000). Primera encuesta de calidad de vida y salud Ministerio de Salud. Recuperado el 21 de Agosto 2007, disponible en http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidadvida/presentacion2%5B1%5D.pps

- (16) Instituto Nacional de Estadísticas (2006). Segunda Encuesta nacional de calidad de vida y salud, Ministerio de Salud. Recuperado 21 de Agosto 2007, disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/II%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>
- (17) Marín, P. (2000) “Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral.” *Boletín de geriatría PUC*. Vol 29, nº 1-2, Recuperado el 28 de Agosto 2007, disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/FragilidadAdulto.html>
- (18) Martín, L. (2006) Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, nº 3, recuperado el 30 de Octubre 2007, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- (19) Mella, R. González, L. D' Appolonio, J. (2004) Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor, *revista Psykhe*, vol. 13, nº 1 (pág. 79-89), recuperado 20 de Agosto 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282004000100007&script=sci_arttext
- (20) Ministerio de Salud, (2006). Guía clínica de EPOC de tratamiento ambulatorio, Chile, recuperado el 30 de Agosto de 2007. Disponible en http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/EPOC_20062.pdf
- (21) Ministerio de Salud (2006). Guía clínica GES de depresión en mayores de 15 años, Recuperado 02 de Septiembre 2007, disponible en: http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/GUIA_CLINICA_GES_DEPRESION_OK_8_febrero_cls1.pdf
- (22) Ministerio de Salud. Informe final Encuesta nacional de salud (2003). Recuperado el 21 de Agosto 2007. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>
- (23) Programa del Adulto mayor. Servicio de Salud de la Araucanía, Chile, revisado en 27 de Agosto 2007, disponible en: <http://www.temuko.cl/servicios/salud/amayores.htm>

ANEXOS.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estudio: “Perfil Biopsicosocial de adultos y adultos mayores con patologías respiratorias crónicas beneficiarios del Programa de Enfermedades respiratorias del adulto, Consultorio comuna de Los Lagos, durante el segundo semestre año 2007.”

Autora: Karen Fernanda Rubilar Muñoz.

- He sido informado y me han solicitado participar voluntariamente de un estudio de tesis de Enfermería de la Universidad Austral de Chile que trata sobre personas con enfermedades respiratorias crónicas que son atendidos en Consultorio de Los Lagos.
- Ya que cumplo con los requisitos y características de esta investigación, me han solicitado dar consentimiento y participar.
- He tenido la oportunidad hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido aclaradas.
- Tengo conocimiento de que este estudio no implica ningún riesgo para mi integridad y la de mi familia.
- Tengo conocimiento que la información será utilizada posteriormente con fines del estudio, sin embargo mi identidad quedará en estricto anonimato.
- Por lo tanto, decido participar voluntariamente de este estudio, respondiendo con sinceridad la información necesaria que se requiere.

YO _____, **doy libremente mi consentimiento para participar de este estudio.**

Firma

Firma Tesista



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de Ficha..... Fecha de revisión de ficha.....
Dirección..... Fono.....

ITEM I: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

a) *Sexo:* (1) Femenino
(2) Masculino

b) *Edad:* (1) 21-40años
(2) 41-60años
(3) 61-80 años
(4) Más de 81

c) *Estado civil:* (1) Soltero(a)
(2) Casado (a)
(3) Viudo (a)
(4) Separado (a)
(5) Divorciado (a)
(6) Conviviente

d) *Escolaridad:* (1) Sin escolaridad
(2) Básica Incompleta
(3) Básica Completa
(4) Media incompleta
(5) Media completa
(6) Estudios superiores

e) *Ingresos económicos:* (1) Trabajo dependiente (recibo dinero de un empleador)
(2) Trabajo independiente
(3) Pensión (asistencial o de invalidez)
(4) Ingreso de terceros
(5) No recibe ingresos (dueña de casa)

- f) *Tipo de Familia:* (1) Nuclear
 (2) Extensa
 (3) Monoparental
 (4) Reconstituida
 (5) Unipersonal

- g.1) *Condiciones de la vivienda Calefacción:* (1) Cocina a leña, combustión lenta o salamandras.
 (2) Eléctrica.
 (3) Parafina, bencina o gas.
 (4) Braseros.
 (5) No posee sistema de calefacción.

- g.2) *Condiciones de la vivienda Infraestructura:* (1) Estructura de madera, forrada por dentro.
 (2) Estructura de madera sin forrar por dentro.
 (3) Estructura de cemento y/o ladrillo
 (4) Estructura de madera y masisa
 (5) Otro tipo de estructura. (Definir)

ITEM II: ASPECTOS DE PERCEPCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL.

h) *Percepción del funcionamiento familiar:*

“Test de APGAR (Smilkstein 1958)”

<i>Preguntas</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>
1.- ¿Está Satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- ¿Esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			

PUNTAJES: *Casi nunca: 0 pto. A veces: 1 pto. Casi siempre: 2 pto.*

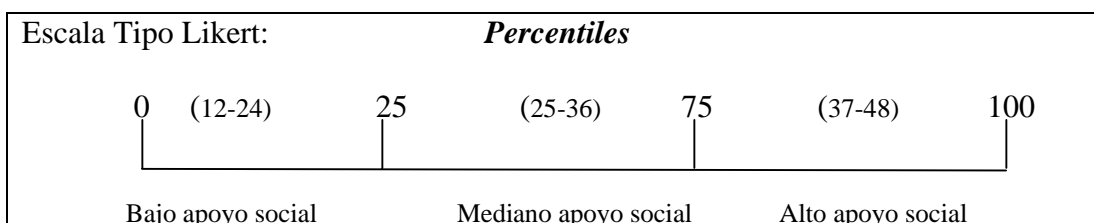
- (1) Disfunción familiar severa: 0-3
- (2) Funcionalidad familiar moderada: 4-6
- (3) Funcionalidad familiar alta: 7-10

i) Apoyo social percibido:

“Escala apoyo social percibido Zimet con modificación tipo Likert (2002):”

FAMILIA Y OTROS SIGNIFICATIVOS	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Casi Siempre o Siempre</i>
1. Tengo la seguridad de que mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4
2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	1	2	3	4
3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
5. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
6. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.	1	2	3	4
7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	1	2	3	4
8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos	1	2	3	4
Total sub ítem				
AMIGOS, VECINOS O COMPAÑEROS DE TRABAJO	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Casi Siempre o Siempre</i>
9. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4

10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
11. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4
Total sub ítem				
TOTAL PUNTAJE				



- (1) Bajo apoyo social percibido
- (2) Mediano apoyo social percibido
- (3) Alto apoyo social percibido.

j) *Cómo considera que es la atención que entrega el Programa ERA?*
(Percepción de la atención)

- (1) Excelente (6 a 7)
- (2) Regular (4 a 5)
- (3) Mala (1 a 3)

ITEM III: ASPECTOS DE SALUD

k) *Tipo de problema Respiratorio Crónico actual.*

- (1) EPOC
- (2) Asma Bronquial
- (3) Otras (especificar)

l) *Patologías crónicas concomitantes:*

- (1) HTA
- (2) Diabetes Mellitus II
- (3) Dislipidemia
- (4) Artritis reumatoídea
- (5) Otras (especificar)
-
- (6) HTA más DM2
- (7) No las padece.

m) *¿Ha fumado en los últimos 30 días al menos 1 cigarrillo?*

- (1) Sí
- (2) No

n) *¿Cómo duerme usted durante la noche?*
(Calidad de sueño)

- (1) Sueño reparador
- (2) Sueño interrumpido
(Despierto más de una vez en la noche)
- (3) Sueño no reparador
(Cansancio al día siguiente)
- (4) No logro dormir durante la noche
- (5) otra alternativa

o) *Adhesión a tratamiento farmacológico:*

Pauta adhesión a tratamiento	Puntaje (1 punto por cada acción correcta)
Administración de medicamentos	
Dosis fármacos	
Horarios fármacos	

Puntaje: Buena adhesión: 3; Mala adhesión: 1 a 2; No hay adhesión: 0.

- (1) Buena adhesión
- (2) Mala adhesión
- (3) No hay adhesión

p) *Asistencia a controles de salud de patología crónica:*

- (1) Asiste a controles periódicamente.
- (2) No asiste a controles periódicamente

q) *Causas de no adherencia a a tratamiento y controles de salud*

- (1) Falta de dinero
- (2) Dificultad para acceder al Consultorio (clima o distancia)
- (3) Falta de tiempo.
- (4) Problemas de salud para asistir.
- (5) Dependencia de otras personas
- (6) Insatisfacción por la atención brindada
- (7) No comprende indicaciones prescritas
- (8) No quiere asistir o cumplir tratamiento

r) ¿Ha estado hospitalizado al menos una vez durante este año?

- (1) Sí
- (2) No

s) Causas de hospitalizaciones previas:

- (1) Neumonía
- (2) Exacerbación Respiratoria
- (3) Crisis asmática
- (4) Otra causa. (Definir)
-

t) ¿Cómo considera que es su salud? (Autopercepción en salud)

- (1) Mi salud es buena (6 a 7)
- (2) Mi salud es regular (4 a 5.9)
- (3) Mi salud es mala (0 a 3.9)

u) Presencia de síntomas depresivos en el entrevistado:

Preguntas para Pesquisa de síntomas Depresivos (según Minsal):

Estas preguntas no son referidas a la patología crónica que usted padece, sino que se relacionan con sus sentimientos. Por favor conteste con sinceridad.

¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o), todos los días en las 2 últimas semanas?	SI	NO
¿Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista, todos los días en las últimas 2 semanas?	SI	NO
¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?	SI	NO
TOTAL		

(Las respuestas SI, valen 1 punto. Respondiendo 1 o más preguntas SI, existe sospecha de presencia de signos de depresión)

- (1) No existe sospecha de síntomas depresivos
- (2) Si existe sospecha de síntomas depresivos.

TABLAS DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA.

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	19	61%	61%
Masculino	12	39%	100%
Total	31	100%	

Edad

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
21-40	1	3%	3%
41-60	8	26%	29%
61-80	13	42%	71%
más de 80	9	29%	100%
Total	31	100%	

Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	4	13%	13%
Casado (a)	19	61%	74%
Viudo (a)	5	16%	90%
Separado (a)	1	3%	93%
Divorciado (a)	0	0%	93%
Conviviente	2	6%	100%
Total	31	100%	

Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin escolaridad	12	39%	39%
Básica incompleta	11	35%	74%
Básica completa	4	13%	87%
Media incompleta	1	3%	90%
Media completa	3	10%	100%
Educación Técnica	0	0%	100%
Universitaria incompleta	0	0%	100%
Universitaria completa	0	0%	100%
Total	31	100%	

Ingresos Económicos.

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabajo dependiente	2	6%	6%
Trabajo independiente	2	6%	12%
Pensión	20	66%	78%
Ayuda de terceros	1	3%	81%
No recibe ingresos	6	19%	100%
Total	31	100%	

Calefacción de la Vivienda

Calefacción vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calefacción a leña	31	100%	100%
Calefacción eléctrica	0	0%	100%
Calefacción a gas	0	0%	100%
Braseros	0	0%	100%
No tiene calefacción	0	0%	100%
Total	31	100%	

Estructura de Vivienda

Estructura del hogar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madera forrada por dentro	23	74%	74%
Madera sin forrar	0	0%	74%
Cemento y/o ladrillo	0	0%	74%
Madera y masisa	8	26%	100%
otro tipo estructura	0	0%	100%
Total	31	100%	

Funcionalidad Familiar.

Funcionamiento familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Disfunción familiar severa	4	13%	13%
Funcionalidad Moderada	9	29%	42%
Funcionalidad Alta	18	58%	100%
Total	31	100%	

Apoyo Social Percibido.

Percepción de Apoyo Social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo Apoyo Social	10	32%	32%
Moderado Apoyo Social	16	52%	84%
Alto Apoyo Social	5	16%	100%
Total	31	100%	

Percepción atención brindada por equipo salud Programa ERA.

Percepción atención de Equipo salud Programa ERA.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente (6 a 7)	22	71%	71%
Regular (4 a 5)	7	23%	94%
Mala (1 a 3)	2	6%	100%
Total	31	100%	

Patología Respiratoria Crónica.

Patología respiratoria crónica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EPOC	9	29%	29%
Asma Bronquial	16	52%	81%
Otras	6	19%	100%
Total	31	100%	

Patologías Crónicas Asociadas.

Patologías Crónicas Asociadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertensión Arterial	14	45%	45%
Diabetes Mellitus 2	1	3%	48%
Dislipidemia	0	0%	48%
Problemas osteomusculares	2	6%	55%
Otras patologías	1	3%	58%
Hipertensión más DM 2	3	10%	68%
No padece	10	32%	100%
Total	31	100%	

Consumo de Tabaco.

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí fuma	2	6%	6%
No fuma	29	94%	100%
Total	31	100%	

Calidad de Sueño.

Calidad de sueño	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sueño reparador	10	32%	32%
Sueño interrumpido	16	52%	84%
Sueño no reparador	5	16%	100%
No logra dormir en la noche	0	0%	100%
Otra alternativa	0	0%	100%
Total	31	100%	

Adhesión a Tratamiento Farmacológico.

Adhesión a Tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena adhesión	8	26%	26%
Mala adhesión	16	52%	77%
No hay adhesión	7	23%	100%
Total	31	100%	

Asistencia a Controles de Salud.

Asistencia a Controles de Salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Asiste periódicamente	18	58%	58%
No asiste periódicamente	13	42%	100%
Total	31	100%	

Causas de no adhesión a tratamiento farmacológico y/o controles de salud.

Causas de no adhesión a tratamiento y/o controles de salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin dinero	3	12%	12%
Dificultad para asistir	3	12%	24%
Falta de tiempo	5	19%	43%
Problemas de salud para asistir	0	0%	43%
Dependencia de otras personas	6	23%	66%
Insatisfacción por la atención	0	0%	66%
No comprende indicaciones	8	30%	96%
No quiere asistir	1	4%	100%
Total	26	100%	

* Contestaron esta pregunta sólo las personas que no tienen adhesión a tratamiento o a controles de salud

Hospitalizaciones Año 2007 por Causas Respiratorias.

Hospitalización año 2007	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	7	23%	23%
No	24	77%	100%
Total	31	100%	

Causas de Hospitalización.

Causas de Hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Neumonía	4	57%	57%
Exacerbación respiratoria	1	14%	71%
Crisis asmática	2	29%	100%
Otra causa	0	0%	100%
Total	7	100%	

* Contestaron esta pregunta sólo el número de personas que ha estado hospitalizado.

Autopercepción en Salud.

Autopercepción en Salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	8	26%	26%
Regular	16	52%	78%
Mala	7	22%	100%
Total	31	100%	

Percepción de Síntomas Depresivos.

Síntomas depresivos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	23	74%	65%
Sí	8	26%	100%
Total	31	100%	

Relación entre Enfermedad Respiratoria Crónica y Sexo.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA								
SEXO	EPOC		ASMA		OTRAS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	5	55%	9	56%	5	83%	19	61%
Masculino	4	45%	7	44%	1	17%	12	39%
Total	9	29%	16	52%	6	100%	31	100%

Relación entre Asistencia a Controles de Salud y Percepción Atención Equipo de Salud Programa ERA.

PERCEPCIÓN ATENCIÓN EQUIPO SALUD PROGRAMA ERA.	ASISTENCIA A CONTROLES DE SALUD					
	Asiste periódicamente		No asiste periódicamente		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	16	89%	6	46%		13%
Regular	2	11%	5	39%		29%
Mala	0	0%	2	15%		58%
TOTAL	18	100%	13	100%	31	100%