



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
PERTENECIENTE A RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA PÚBLICAS Y
PRIVADAS DE LA CIUDAD DE VALDIVIA.”**

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

Yasmine Cárcamo
María José Fernández
Karen Ovalle
VALDIVIA – CHILE
2013

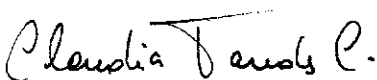
Profesor Patrocinante:

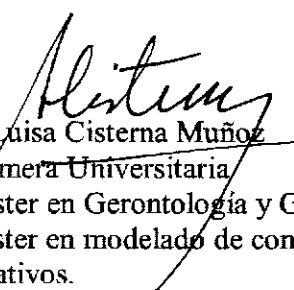
Nombre : Ida Elizabeth Flores González
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Magíster en Enfermería
Mención Gestión del Cuidado
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma : 

Profesores Informantes:

Nombre : Claudia Soledad Paredes Cárcamo
Profesión : Enfermera Universitaria
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma : 


Nombre : Ana Luisa Cisterna Muñoz
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Magister en Gerontología y Geriatria
Magister en modelado de conocimiento para entornos virtuales
educativos.
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

ÍNDICE DE MATERIAS.

CAPÍTULO	PÁGINA
1. RESUMEN	03
2. SUMMARY	04
3. INTRODUCCIÓN	05
4. MARCO TEÓRICO	08
5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	21
6. HIPÓTESIS	22
7. METODOLOGÍA	23
8. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN Y SALUD PÚBLICA	34
9. RESULTADOS	35
10. DISCUSIÓN	47
11. CONCLUSIÓN	52
12. REFERENCIAS	55
13. ANEXOS	60

1. RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial y en Chile se ha considerado como “acelerado”. Se espera que en los próximos 12 años la cantidad de adultos mayores sea la misma que menores de 15 años. Esto va a la par con el aumento de enfermedades crónicas y dependencia física y psíquica. Ante este fenómeno se ha incrementado la demanda de residencias para Adultos Mayores, públicas o privadas.

Este estudio pretende describir el perfil sociodemográfico y de salud de este grupo etario, tanto en las residencias públicas como en las privadas e identificar las diferencias existentes entre éstas, con el fin de aportar conocimientos y bases que fundamenten una nueva gestión por parte del sector salud, así como también el aporte de recursos acorde a las necesidades específicas detectadas. Por otro lado, permitirá a la Enfermería redireccionar su atención y cuidados y plantearse nuevos desafíos frente a una población que está en aumento, para así aportar al mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen a residencias de larga estadía.

Para este fin se realizó una investigación de tipo transversal descriptiva. La población en estudio fueron 90 Adultos Mayores, que corresponde a la población total que cumple con criterios de inclusión y que se encuentran viviendo en residencias de larga estadía en la Ciudad de Valdivia. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue una encuesta diseñada por las investigadoras, la cual fue llenada con los datos de la ficha que cuenta cada Adulto Mayor dentro de la residencia. Los datos fueron codificados en la matriz computacional denominada Microsoft Excel, Office 2010 y para la tabulación y representación gráfica de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS-15.

En las características de la población estudiada se destacan tanto similitudes como diferencias entre los dos tipos de residencias. Dichas similitudes sólo se encontraron dentro del perfil demográfico en cuanto a sexo, procedencia y religión. Por otra parte, las grandes diferencias se encontraron en el perfil social, demostrando una clara vulnerabilidad en los AM de las residencias públicas. Respecto al perfil de salud, las diferencias que se destacan son en cuanto a la incidencia de dependencia física y psíquica y el número de patologías crónicas, las cuales son mayores en las residencias públicas.

2. ABSTRACT.

Population aging is a global phenomenon that in Chile has considered "accelerated." It is expected that over the next 12 years there is the same number of older adults, who less than 15 years. This goes hand in hand with the rise of chronic diseases and physical and psychological dependence. Given this phenomenon has increased the demand for residences, public and privates.

This study aims to describe the sociodemographic and health profile in this age group who belong to publics and private residences, whit the purpose to identify the differences between these , in order to provide knowledge and foundation to underpin a new management by the health sector as well as providing resources according to the specific needs identified. Moreover, it could allow redirect the Nursing attention and care, and consider new challenges versus to a population that is growing, as well as contribute to the improvement in quality of life.

To this end, we conducted a cross-sectional descriptive research. The studied population were 90 Seniors who are living in a long-stay residences in Valdivia, corresponding to the total population that meets inclusion criteria.

The instrument used for data collection was a survey designed by the researchers, which is filled with data from the data available to each senior inside the residence. Data were coded in computational matrix called Microsoft Excel, Office 2010 and the tabulation and graphical representation of the data was performed using SPSS -15.

There are similarities and differences between the two types of residences in the characteristics of the study population. These similarities were found only in the demographic profile in terms of gender, origin and religion. Moreover, biggest differences were found in the social profile, demonstrating a clear vulnerability in public residences. Regarding the health profile, the differences that predominate are the incidence of physical and psychological dependence and the number of chronic diseases, which are higher in publics housing.

3. INTRODUCCIÓN.

El ciclo vital de todo ser humano incluye el paso por diversas etapas en las cuales se espera cumplir con desafíos o tareas propias de ésta, logrando la adquisición de diversas competencias a través de la interacción con el medio. Según Erikson, existen “8 etapas del hombre” desde el nacimiento hasta la muerte. La última de estas etapas es la senescencia o adultez tardía, que comprende las edades de más de 65 años e implica el alcance de la sabiduría y sentido de trascendencia al aceptar el término de la vida biológica y la sucesión de las nuevas generaciones.

Por lo tanto es importante interiorizarse en el conocimiento de esta etapa de la vida, para permitir que se cumpla con las tareas evolutivas, ya que si bien es la última de todas, no es la menos importante y más aún, si se considera que actualmente existe una tendencia al envejecimiento de la población mundial.

Este fenómeno epidemiológico global que comprende el aumento de la población mayor de 60 años, ha surgido por varias causas. Una de ellas es el aumento de la esperanza de vida, lo cual ha sido posible gracias a los avances tecnológicos, progresos en la medicina preventiva y curativa y las mejoras en las medidas sanitarias. Otro importante factor ha sido la disminución de la natalidad, que surge como consecuencia de la influencia de factores sociales, económicos y culturales sobre las pautas de comportamiento sociodemográfico en el ámbito individual, de pareja y de la familia (1) así también el uso masivo de métodos anticonceptivos, los que se incorporaron en la década del 60 (2).

El envejecimiento en Chile se ha considerado como “acelerado” y se espera que para el 2025 la cantidad de adultos mayores sea igual a la de menores de 15 años. Con esto superaría a países como Argentina y Uruguay, pasando a ser el país de Latinoamérica con la mayor tasa de envejecimiento (3). Este fenómeno epidemiológico genera grandes desafíos para la sociedad, para enfrentarlos es de suma importancia la información, la cual constituye un instrumento básico de ayuda para que las organizaciones de salud pública implementen nuevos programas y políticas de salud orientadas a promover un envejecimiento saludable.

El avance de la edad provoca grandes cambios morfológicos y funcionales en todos los sistemas del cuerpo humano, lo que genera problemas a nivel de la piel, sistema digestivo, respiratorio, locomotor, nervioso, inmunológico, etc. Debido a estos daños, es que los adultos mayores, junto con el deterioro “normal” de la edad, llegan a tener también una gran cantidad

de enfermedades crónicas y disminución de la independencia. Es por esto que, junto con el incremento de la cantidad de adultos mayores también han aumentado las residencias y establecimientos ELEAM) para esta población, pues requieren de un medio ambiente protegido y de cuidados diferenciados (4).

Para proporcionar cuidados de calidad a los adultos mayores, las residencias de larga estadía tienen la obligación de contar con instalaciones implementadas acorde a los cuidados que se deben tener con las personas de edad avanzada. También tienen la obligación de disponer de manipuladores de alimentos y de auxiliares de servicio encargados del aseo, lavandería y ropería, junto con un director técnico que tenga un título del área de la salud, contratado por al menos 4 horas semanales. Sin embargo no están obligados a contar con enfermería, nutricionista, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y asistente social. (4).

Es de suponer que al no tener la obligación de contar con tales profesionales, no todas las residencias o establecimientos cuentan con ellos. Sin embargo, dada la evidencia acerca del deterioro biológico y la mayor prevalencia de enfermedades que se experimenta en esta etapa de la vida y que conducen a distintos grados de dependencia, las investigadoras creen que es necesario e indispensable que reciban atención de manera continua y más cercana de parte de estos profesionales de la salud.

Específicamente, la enfermera debiera ser un recurso presente en dichas residencias ya que a ella competen las labores de prevención, promoción y autocuidado de la salud. Sin embargo, en nuestro país existe un déficit de enfermeras en el sector público estimándose que hay 6 enfermeras por cada 10.000 habitantes (5). Es probable que esta sea la causa que no todos los ELEAM cuenten con un profesional de enfermería. Es por ello que suponemos que esta sería una de las causas de que la atención de enfermería no esté presente en las residencias de larga estadía de los adultos mayores, además del desconocimiento de la real necesidad de atención de enfermería de esta población.

Conocer las características de los adultos mayores que residen en este tipo de hogares es fundamental para la mejor gestión de los recursos materiales y humanos, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de atención en estos establecimientos. Sin embargo no existen mayores estudios sobre el tema, lo que tal vez influye en que existan deficiencias de personal e insumos, ya que no son inexcusables legalmente frente a su ausencia.

Surge entonces la interrogante acerca de cuál es el perfil socio demográfico y de salud de los adultos mayores que pertenecen a residencias de larga estadía pública y privada.

El propósito de éste estudio es contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que residen en Establecimientos de Larga Estadía para lo cual se planteó el objetivo de definir el perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores que pertenecen a las residencias de larga estadía tanto públicas como privadas de la ciudad de Valdivia, de manera de visibilizar las necesidades de cuidado de enfermería, para establecer así estrategias que favorezcan la calidad de vida de los AM y al mismo tiempo, aportar mayor conocimiento acerca de esta realidad y mejorar los programas existentes.

La motivación para llevar a cabo este estudio se relaciona con la formación académica, la cual se enmarca en la visión social y holística de la salud con una mirada crítica a las necesidades de las personas. Por esta razón el estudio va dirigido a una población vulnerable donde los resultados que pudiésemos obtener sirviesen para generar cambios en pro de una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta además, que fuese un tema relevante y contingente en cuanto a epidemiología e impacto en salud tanto a nivel nacional como mundial.

4. MARCO TEÓRICO.

Un fenómeno global es el envejecimiento de la población en todos los países del mundo en mayor o menor proporción, y si bien existen características y patrones que la diferencian unas de otras, la tendencia es clara y evidente.

Las nuevas tecnologías y avances en la medicina, el crecimiento económico, el acceso de las mujeres al mundo laboral y el mejoramiento de la atención de salud y educación, han colaborado para que la población tenga mejores condiciones de vida, contribuyendo así a la disminución de la tasa de mortalidad. Este hecho sumado a la disminución de la tasas de natalidad, la cual ha tenido un brusco descenso a nivel global y que en nuestro país se atribuye en parte a la incorporación de los métodos anticonceptivos en la década del 60; son factores que han contribuido al envejecimiento de la población. Esta tendencia generalizada en el mundo, ha sido notoria en Latino América desde mediados del siglo XX y específicamente en Chile desde la década del 90 (2).

Otro factor importante a considerar es que, según la OMS, el envejecimiento está asociado a la rápida urbanización que ha experimentado la población a nivel mundial. De acuerdo a esta misma fuente “en el año 2007 más de la mitad de la población mundial vivía en ciudades, calculando que en el 2030 esta cifra ascenderá a más del 60%” (6).

En la actualidad, el grupo poblacional de más de 60 años representa la población con mayor efecto de crecimiento en el mundo. El Censo realizado en Chile durante el año 2002 detectó que la población con 60 años y más aumentó de 9.8% en el Censo de 1992 a 11.4%, mientras que la población menor de 15 años disminuyó de 29,4% a 25,7% en el mismo período (7). Estos datos indican un considerable envejecimiento de la población chilena, según refiere la OMS “una vida larga es un signo de buena salud” (2), pero que a su vez genera importantes desafíos para la sociedad y para las organizaciones de salud pública, las cuales deberán orientarse a suscitar políticas públicas para promover un envejecimiento saludable (8).

En comparación con otros países dentro de Latinoamérica, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), “Chile es uno de los países considerados con “envejecimiento acelerado”, y se espera que para el 2025 tenga el índice de envejecimiento más alto de la región, superando a países que tradicionalmente tuvieron tasas de envejecimiento más altas como Argentina y Uruguay” (3). Esta realidad, sumada a la disminución de la natalidad, provocará en el mismo año, que se equiparen el porcentaje de adultos mayores con el de la población menor de 15 años.

4.1. VEJEZ Y ADULTO MAYOR.

Etimológicamente vejez se deriva del latín es veclus, vetulus, que significa persona de mucha edad. Desde inicios de la historia, la vejez ha sido apreciada de dos formas completamente diferentes. Según Aristóteles “la senectud es sinónimo de deterioro y ruina” y considera a la vejez como “una enfermedad natural” mientras que Platón plantea que “se envejece como se ha vivido” por lo que habría una gran importancia en la preparación para la vejez en la juventud. Según esto, Platón hace énfasis en la importancia de la prevención y profilaxis (9).

Cada ser humano pasa por una serie de etapas dentro de la vida, las cuales componen al denominado ciclo vital individual. Según esta perspectiva, “la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí misma) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad” (10). Sin embargo, existen desigualdades tanto a nivel económico como social y político en torno al adulto mayor que los hacen vulnerables con respecto a otros grupos etarios, por lo que se hace aún más importante el apoyo por parte del gobierno y sus políticas sociales y sanitarias.

En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años sin diferenciar entre hombres y mujeres (11). Esta sólo es una definición de rango de edad establecida con fines prácticos, pues el envejecimiento no es igual para todas las personas ya que depende de los estilos de vida que se han llevado a lo largo de esta, de herencias genéticas y condiciones económicas y de salud.

La OMS define envejecimiento como “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (12). Según esta definición, el envejecimiento sería un proceso normal de todo ser vivo y los cambios que se producen en la edad avanzada pueden provocar alteraciones funcionales tanto biológicas como psicológicas que, de manera lenta y progresiva, afectarían a la persona en la adaptación con el entorno, aumentando su vulnerabilidad a enfermedades crónicas y degenerativas que influyen negativamente en su salud y calidad de vida.

Desde el punto de vista biológico, se produce un deterioro de todos los sistemas del organismo lo cual influye directamente en su capacidad funcional de resistencia, agilidad, habilidad y autonomía. Esta serie de cambios que surgen en esta etapa de la vida por lo general, van acompañadas de varias patologías que se creen propias del adulto mayor, las

cuales conllevan a un deterioro no solo biológico sino también de la calidad de vida, ya que los limita en su quehacer cotidiano y los lleva a ser seres dependientes tanto física, como psicológica y socialmente.

4.2. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.

Considerando que el envejecimiento es un proceso continuo que genera poco a poco la pérdida o disminución de la función “normal” de los todos los órganos, es que esta población etaria se enferma con mayor frecuencia en comparación a los más jóvenes.

Dentro de la gama de enfermedades que afectan a estas personas se pueden mencionar enfermedades de tipo cardiovascular, del aparato digestivo, genitourinario e intervenciones quirúrgicas de la vesicular biliar y muchas otras que no se han determinado debido a que en variadas ocasiones los adultos mayores prefieren no consultar en los centros de salud.

Gran parte de esta población es afectada al mismo tiempo por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) dentro de las cuales prevalece la hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas osteoarticulares, enfermedades bronquiales y también psicológicas como angustia o depresión (13). Al presentar estas enfermedades, los adultos mayores requieren también de diversos tipos de cuidados, sólo por mencionar algunos se encuentra la alimentación, aseo y confort, actividad física y adherencia a tratamientos farmacológicos. Todo esto conlleva a requerir gran demanda de tiempo por parte de los cuidadores, ya que a esta edad, generalmente presentan un grado de dependencia.

4.2.1. Dependencia.

El consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (14).

Si bien la dependencia no es una realidad exclusiva de los adultos mayores, sino que se puede encontrar en cualquier grupo poblacional ya sea debido a accidentes o enfermedad aguda; es un hecho que aumenta en individuos conforme avanza la edad, acelerándose este aumento especialmente alrededor de los 80 años.

Por otra parte cabe señalar que no todos los adultos mayores llegan a ser dependientes, pues influyen diversos factores tanto genéticos como sociales, que pueden permitir la aparición de desencadenantes de dependencia. Esto hace evidente la necesidad de intervención temprana, para promover estilos de vida saludables que permitan llegar a esta etapa de la vida en las mejores condiciones de salud y por otra parte, atrasar en lo posible la aparición de dependencia (14).

Estudios realizados en Chile, revelan que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa. En relación a la prevalencia de personas mayores postradas, el Ministerio de Salud (MINSAL) estima que un 3,3% de adultos mayores se encuentran en esta situación. Esto refleja el alto impacto que tiene la dependencia en los adultos mayores pues influye considerablemente en la calidad de vida de estas personas y principalmente en sus familias y/o cuidadores (15).

Un instrumento muy utilizado para evaluar el grado de dependencia es el índice de Katz. Este instrumento permite evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como: bañarse, vestirse, caminar, comer, usar el excusado, acostarse y levantarse de la cama (15).

Otro instrumento utilizado es Lawton y Brody el cual evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como: preparar comida, manejar su propio dinero, salir solo de su casa, efectuar compras, hacer o recibir llamadas telefónicas, efectuar quehaceres livianos de la casa, organizar y tomar sus propios medicamentos (15).

Considerando estos aspectos se puede clasificar la dependencia en severa, moderada y leve:

- Dependencia severa: se incluye a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Se incluyen situaciones como estar postrado o con demencia o incapacidad para efectuar una ABVD (excepto bañarse) y/o dos AIVD. Las personas que cumplen con alguno de los criterios mencionados, son consideradas como dependientes severas.
- Dependencia moderada: se incluye la presencia de limitación funcional moderada que requiera ayuda siempre o casi siempre para bañarse o para efectuar dos ABVD o tres AIVD. O si presenta incapacidad para efectuar una AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD.

- Dependencia leve: se ha definido como incapacidad para efectuar una AIVD o presentar necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD o dos AIVD (15).

En nuestro país, esta instaurado el control de los adultos mayores en los centros de salud familiar utilizando el índice de Barthel en aquellos que presenten pérdida de la funcionalidad, así como también en aquellos que requieran ayuda técnica u órtesis, pacientes con dependencia severa, personas mayores que necesitan ayuda de otra persona para recibir la atención del equipo de salud y personas mayores con discapacidad psíquica (13).

Índice de Barthel

Actividad analizada	Puntos por ítem	
	Con ayuda	Independiente
Comer	5	10
Levantarse de la cama y acostarse	5 – 10	15
Asearse (lavarse la cara, peinarse, afeitarse, etc)	0	5
Utilizar el servicio (wc)	5	10
Bañarse	0	5
Desplazamiento dentro del hogar	10	15
Subir y bajar escaleras	5	10
Vestirse (incluye abrochamiento de zapatos)	5	10
Continencia urinaria	5	10
Continencia fecal	5	10

Superintendencia de Salud de Chile. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Santiago de Chile, Marzo 2008

4.2.2. Discapacidad.

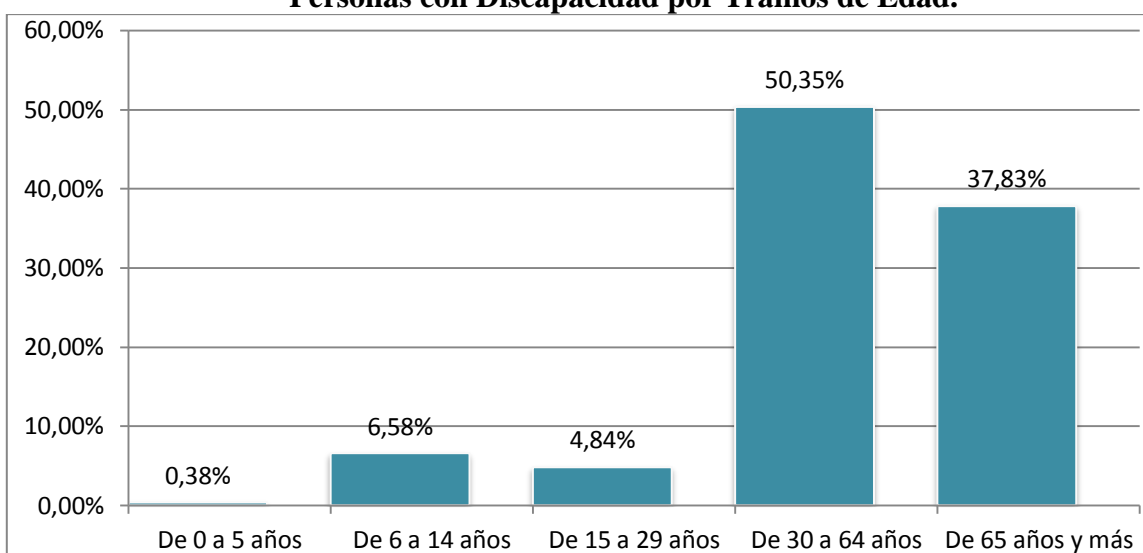
En esta última etapa de la vida, junto con la dependencia, aumenta la prevalencia de discapacidades y limitaciones tanto físicas como cognitivas, lo que generalmente va de la mano con la dependencia. Según una encuesta realizada el 2004 por el Ministerio del Trabajo y Previsión social, la tasa global de dependencia en los adultos mayores es de un 21,4% siendo mayor en mujeres en un 10% por sobre los hombres de igual edad (16).

El Servicio Nacional de la discapacidad a través de “El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile-ENDISC” 2004 da cuenta de una realidad que no había sido cuantificada adecuadamente, ya que los datos que se obtenían acerca de discapacidades eran procedentes de los censos nacionales los cuales se aplican cada 10 años. Según esta misma fuente, se define que “discapacidad es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la

participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales (personales y ambientales)” (17).

Los datos arrojados por este estudio señalan que un 12,9% de la población general sufre de una o más discapacidades, de los cuales un 45% son adultos mayores. Así mismo revela que ésta es 4 veces más frecuente en adultos que en niños y 14 veces más frecuente en adultos mayores que en niños, dando cuenta de que la discapacidad se presenta mayoritariamente en la población adulta. Cabe además destacar que dentro de los resultados obtenidos por región, en la actual Región de los Ríos; 2 de cada 5 adultos mayores presentaban discapacidad (18).

Personas con Discapacidad por Tramos de Edad.



Instituto Nacional de Estadísticas. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, 2005.

4.3. APOYO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR.

A pesar de los cambios sociodemográficos que se han dado a lo largo de las últimas décadas, la familia sigue siendo la encargada de satisfacer las necesidades de mantención y cuidado de sus miembros. Cuando se refiere a la población mayor, este cuidado se caracteriza por ser informal y por provenir principalmente de algún miembro femenino de la familia.

El cuidado informal es el que realizan parientes, amigos o vecinos, conformando un sistema de redes caracterizado por el afecto, la recurrencia del cuidado y el compromiso de cierta permanencia o duración. Este tipo de cuidados son los que regularmente, se observan en las familias de menores recursos, ya que no tienen la posibilidad de pagar un cuidador formal o financiar una residencia de larga estadía. Esto significa que si dentro de la familia existe un

adulto mayor que requiere de cuidados especiales, será un miembro femenino la que dejará de lado las posibilidades de inserción laboral y mejorar su condición socioeconómica familiar por hacerse cargo del cuidado del adulto mayor (19).

La familia, como una unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad es de gran importancia y puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Vivir en hogares institucionales no es sinónimo de aislamiento familiar. Algunos prefieren mantenerse en contacto pero no habitar necesariamente en la misma casa, porque la vida en familia depende mucho de las relaciones de sus miembros, sus personalidades y gustos (20).

4.4. POLÍTICAS DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.

En Septiembre del 2002, tomando en cuenta el cambio epidemiológico relacionado con el grupo etario mayor de 60 años, se promulgó la ley que creó el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el cual tiene como misión “fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas” (21). Es así que se creó el Plan Nacional Conjunto para el Adulto Mayor, donde participan todas las instituciones que de alguna manera se acercan a la temática de la vejez y envejecimiento en Chile.

La política nacional para el Adulto Mayor plantea como objetivo general “lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los Adultos Mayores en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores”(22). Para alcanzar este objetivo es necesario que se inculquen valores en los jóvenes desde temprana edad y hacer esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de los actuales adultos mayores y prepararse para el aumento de estos en unos años más.

El actual gobierno incluyó al SENAMA, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social (MDS), la formulación de una Política Pública Integral de Envejecimiento Positivo, cuyo objetivo principal es articular acciones para promover la autonomía, retardar y ojalá evitar la dependencia, fomentar la integración social y familiar, y aumentar el bienestar subjetivo. Para lograr este gran objetivo, se necesitan de una gran cantidad de recursos humanos y recursos estructurales, por lo que se tomarán medidas como realizar un programa estatal de cuidados domiciliarios orientado a otorgar prestaciones socio-sanitarias a adultos mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia, especialmente a aquellos que no

cuenten con apoyo familiar; centros diurnos adecuados a la población adulta mayor en situación de dependencia leve o fragilidad que otorgan servicios integrales y un fondo concursable para establecimientos de larga estadía, para apoyar a las instituciones sin fines de lucro que operan establecimientos orientados a acoger a las personas mayores que necesitan ser institucionalizadas (22,23).

Dentro de los programas con que cuenta el gobierno para proteger a los adultos mayores, se encuentra un convenio suscrito entre el ministerio de vivienda y urbanismo y el SENAMA, suscrito en junio del 2007 para la construcción de viviendas a los adultos mayores en condición de vulnerabilidad tanto funcional como social (pobreza, abandono, indigentes) (24).

Este programa llamado “Derecho a Techo” busca proporcionar un ambiente digno a los adultos mayores, ya sea mejorando sus propias viviendas o entregándoles una (25). Se diferencian distintos tipos de vivienda: viviendas singulares, viviendas tuteladas, y residencias de larga estadía (ELEAM) para personas con dependencia leve moderada y severa, de los cuales existen actualmente 14 en todo el país (26).

4.5. RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA

Dado todos los factores que afectan al adulto mayor, es que varios países han implementado residencias de larga estadía, los cuales son hogares dirigidos a personas mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, el cual debe contar con autorización de la Secretaría Regional Ministerial de Salud para funcionar (4).

En nuestro país los ELEAM son viviendas colectivas para adultos mayores de 60 años que presentan dependencia leve, moderada y severa. Allí se entregan cuidados no sólo sanitarios sino también sociales, promoviendo la inserción de los adultos mayores en la comunidad y barrio.

Según un estudio que analizó los datos censales de los países latinoamericanos, se desprende que en Chile habría un total de 1.668 residencias de ancianos (al censo 2002), que albergan a una población posible de 26.854 personas. De estas residencias, el 37,4% (4) son de tipo informal y 1.044 serían formales (27). En Valdivia, actualmente existen siete residencias de larga estadía en funcionamiento y que están con autorización sanitaria.

Dado la gran cantidad de residencias existentes, se puede decir que es un tema prioritario, al menos en lo que respecta a su fiscalización, regulación y construcción de una alternativa digna para aquellos con menores recursos económicos. Sin embargo existe una gran cantidad de instituciones informales, lo que significa que una gran cantidad de adultos mayores puede estar viviendo en condiciones poco óptimas, tanto para su salud física como psicomental.

Actualmente existe el reglamento de “Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor- ELEAM” que regula su funcionamiento e instalación y establece las condiciones necesarias para su correcto funcionamiento. Dentro de éste se considera que los adultos mayores que residen en estos lugares deben recibir cuidados diferenciados orientados a “prevenir y mantener la salud, mantener y estimular su funcionalidad y reforzar sus capacidades remanentes” (28). De este modo, no pueden ingresar personas que presenten alteraciones agudas graves que requieran una atención médica de manera continua o permanente.

Según el mismo reglamento, estos establecimientos están obligados a disponer de manipuladores de alimentos capacitados y auxiliares de servicio encargados de aseo, lavandería y ropería, sin embargo no están obligados a contar con los servicios de enfermería, nutricionista, kinesiología, terapia ocupacional y asistencia social (28).

4.6. FINANCIAMIENTO DE LAS RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA.

La gran mayoría de las residencias de adultos mayores realiza cobros mensuales (cerca del 96% aprox.) y el resto lo realiza al momento del ingreso del usuario. Dentro de las tarifas de cobro mensual cabe destacar que existen variaciones importantes entre cada uno, ya que los criterios para dicho fin son distintos dependiendo si corresponden a fundaciones o congregaciones religiosas, donde el criterio que prima es la capacidad económica de las familias o del propio usuario versus las privadas, donde el criterio que prima es el grado de funcionalidad de los adultos mayores y el tipo de habitación a utilizar (individual o compartida) (29).

En cuanto al financiamiento de los ELEAM es el Estado a través del Ministerio de Vivienda y Urbanismo junto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor, quienes financian la construcción, supervisión y seguimiento de dichos establecimientos. Por otra parte es el aporte que hacen los mismos beneficiarios que residen allí lo que financia su propia estadía (24).

4.7. ADULTOS MAYORES EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA.

Según un estudio realizado entre el año 2007-2008 el número de residencias para adultos mayores en Chile era de 663, en las cuales habían 13.187 personas mayores institucionalizadas y el número promedio que atendía cada una era de 28. De acuerdo a esta misma fuente, aproximadamente un tercio de estos residentes presentaban un perfil autovalente, y que sólo un 18% requerían de ayuda total por el hecho de estar en condición de postrados, el resto del universo estudiado correspondía a personas semivalentes, las cuales representaban la mayor proporción (29).

Cifras más actuales entregadas por el SENAMA hablan de 688 residencias de ancianos, evidenciando el aumento que ha experimentado éstas en 4 años.

Las razones para la institucionalización en cada persona y familia son múltiples y diversas, relacionadas directamente a su contexto socio-histórico y variables tales como tiempo, infraestructura, recursos humanos y materiales, hacinamiento, requerimiento de cuidados específicos, pérdida de funcionalidad de los adultos mayores, etc. (4).

Ante este hecho, es importante señalar que dicho cambio que experimentan los adultos mayores al ser trasladados a residencias supone efectos también en la emocionalidad y psicología. Pues deben adaptarse a un lugar nuevo, nuevas personas que estarán a su alrededor, nuevas reglas a cumplir, lo que puede afectar emocionalmente al anciano en su calidad de vida y en su diario vivir, no obstante la decisión de traslado a estos establecimientos es por lo general irreversible (30).

En un estudio realizado en Cuba acerca de la autovaloración de los adultos mayores institucionalizados respalda esta información, ya que indica que el hecho de ingresar a una institución no solo los hace enfrentarse al envejecimiento propiamente tal, sino también a todo un entorno desconocido y nuevo al cual deben adaptarse, siendo principalmente difícil adquirir nuevos hábitos y establecer relaciones con gente desconocida. Por otra parte es frecuente la aparición de sentimientos negativos como soledad y abandono, pues tienden a sentir que esta nueva realidad no cumple con sus expectativas y necesidades (31).

Debido a esto y sumado a factores como el tiempo de estadía, en nivel de actividad que realizaban anterior a su ingreso, el tipo de familia de la cual proceden, entre otros; es frecuente encontrar que los adultos mayores desarrollen estados depresivos lo cual repercute además en el deterioro de la cognición (32).

En relación a otros estudios realizados en el país sobre adultos mayores institucionalizados, es concordante la visión que se tiene acerca de la vejez como una etapa que genera cambios en la vida de las personas en todos los ámbitos, y que por lo cual supone desafíos importantes a considerar tanto a nivel sanitario como social ya que es la realidad epidemiológica que está viviendo nuestro país. Así como también reparan en el hecho de que existe desconocimiento acerca de la real situación de esta población y que no hay mayores estudios que lo demuestren (34).

La presencia de hogares de larga estadía cobra especial relevancia en cuanto a la misión que tienen, de dar atención y cuidados específicos de acuerdo a las necesidades que suelen presentarse, aunque también supone la aparición de problemas al trasladar al AM a un nuevo entorno desconocido al cual debe adaptarse.

Se considera relevante la percepción que tienen los propios adultos mayores, sin embargo no se aborda en esta investigación como objetivo, pues su fin es aportar datos que generen cambios en relación a la gestión de recursos humanos y materiales que requieren los establecimientos y los recursos que se le otorga (34).

El propósito de este estudio es determinar las características de los adultos mayores pertenecientes a las residencias de largas estadías tanto públicas como privadas y aportar mayor conocimiento acerca de esta realidad, con el fin de mejorar la gestión de recursos humanos y materiales aportados a estas.

4.8. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM, 2001.

Dorothea Orem (1914-2007), enfermera teórica, elaboró una teoría en donde desarrolla el tema de la necesidad de cuidado, definiéndolo como el requerimiento de una persona de recibir atenciones específicas cuando por su propia cuenta es incapaz de realizarlo, debido a la edad o a factores relacionados con ella, lo cual impide que pueda satisfacer por sí misma sus necesidades. Esta teoría la desarrolla a través de tres teorías que se complementan, dentro de las cuales destacamos la Teoría del Autocuidado, donde dicho concepto se entiende como una actividad realizada por las personas y dirigida hacia sí mismas con el objetivo de modificar los factores que afectan a su desarrollo en las distintas etapas evolutivas de la vida.

La teoría del Déficit de Autocuidado tiene como idea central hacer referencia a las causas que pueden provocar el déficit en esta capacidad de cuidarse a sí mismo y requerir por

ende la ayuda de terceros, donde destaca la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud (33).

De esta manera es posible evidenciar la importancia que tiene el poder satisfacer la necesidad de cuidado que presentan los adultos mayores ya que por sus características propias de la edad, caracterizadas por limitaciones funcionales y cognitivas, se hace indispensable la ayuda de terceros, pues generalmente han perdido la capacidad de autocuidado.

4.9. TEORÍA DE LA AUTOTRASCENDENCIA DE PAMELA G. REED.

Pamela G. Reed, en su teoría de la autotrascendencia, se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (33).

Esta teoría contempla tres conceptos fundamentales. El primero es la vulnerabilidad, que la autora lo define como la conciencia que tienen las personas de su situación cuando se encuentran en una crisis vital (discapacidad, enfermedad crónica, etc). El segundo concepto es la autotrascendencia que se refiere a una fluctuación que el sujeto percibe en los límites que hacen que la persona (o el yo) se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados que tenía en ese momento. Esta fluctuación es multidimensional, es decir, se da hacia fuera (los otros y el entorno), hacia adentro (mediante una mayor conciencia de los propios puntos de vista, valores e ideales) y temporalmente (mediante la integración del pasado y el futuro de tal forma que el presente quede ampliado y reforzado). El último concepto es el bienestar, que se define como la sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios que cada uno tenga de los que significan de estos (33).

Otros conceptos que la teoría también desarrolla, son los factores moderadores-mediadores que son variables personales y contextuales, como la edad, el sexo, las experiencias vitales y el entorno social, que pueden influir en la relación existente entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia, y entre esta y el bienestar. Los puntos de intervención son todas aquellas acciones de la enfermería que promuevan la autotrascendencia (33).

En el contexto de los adultos mayores institucionalizados, esta teoría establece la importancia del labor de enfermería al final del ciclo vital y da las bases para intervenir en las distintas situaciones personales que viven, por medio de los mismos recursos que posee el adulto mayor (autotrascendencia) que tienen que ver con su desarrollo personal. El profesional de enfermería puede ayudar a ampliar estos recursos, a través de la autorreflexión, la esperanza y la fe, con ello tiene la oportunidad de actuar de forma positiva para aumentar el

bienestar de la persona en momentos de vulnerabilidad, y con ello promover el bienestar del adulto mayor.

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

5.1. OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar el perfil sociodemográfico y de salud de los AM pertenecientes a las residencias de larga estadía sociales y privadas de la ciudad de Valdivia durante el primer semestre del año 2013.
- Comparar el perfil sociodemográfico y de salud de los AM pertenecientes a residencias de larga estadía sociales y privadas de la ciudad de Valdivia durante el primer semestre del año 2013.

5.1.1. Objetivos Específicos.

1. Identificar características demográficas de los AM: edad, sexo, procedencia, estado civil, número de hijos, religión.
2. Describir las características sociales de los AM: tiempo de permanencia en el ELEAM, motivo de ingreso, financiamiento de la estadía, previsión social, previsión de salud, percibe ingresos económicos, pertenencia a programas sociales, ocupación previa al ingreso.
3. Establecer las características de salud de los AM: grado de dependencia física, dependencia psíquica, patologías crónicas, tratamiento farmacológico permanente.
4. Establecer las diferencias en las características demográficas, sociales y de salud entre los AM pertenecientes a las residencias de larga estadía privadas y sociales de la ciudad de Valdivia.

6. HIPOTESIS.

- Los AM pertenecientes a residencias de larga estadía públicas tienen mayor cantidad de enfermedades crónicas y un mayor grado de dependencia que los pertenecientes a residencias privadas.
- El motivo de ingreso de las residencias de larga estadía públicas es mayormente por situación de riesgo, mientras que en las privadas es por decisión propia o de familiares.
- Los AM pertenecientes a las residencias de larga estadía privadas financian la estadía mayormente con recursos propios o compartidos con familiares, mientras que los AM pertenecientes a las residencias públicas financian la estadía mediante algún plan social o por familiares.
- Los AM pertenecientes a residencias de larga estadía privada poseen mayoritariamente previsión social AFP, INP o cajas de FFAA, mientras que los pertenecientes a residencias públicas no cotizan.
- Los AM pertenecientes a residencias de larga estadía públicas poseen mayoritariamente una previsión de salud de Fonasa, mientras que los pertenecientes a residencias privadas poseen mayoritariamente una previsión de salud ISAPRE.
- Los AM pertenecientes a residencias de larga estadía privadas poseen mayores ingresos económicos que los pertenecientes a las residencias públicas.
- Los AM pertenecientes a residencias de larga estadía públicas están incluidos mayoritariamente a programas sociales que los pertenecientes a residencias privadas.
- Dentro de las residencias de larga estadía públicas existe mayor proporción de AM que tenían una ocupación previa a la institucionalización, mientras que en las residencias privadas existen mayor proporción de AM jubilados.

7. METODOLOGÍA.

7.1. TIPO DE ESTUDIO.

El estudio, se realizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo transversal y descriptivo.

Se considera adecuada la metodología, ya que se recogieron y analizaron datos sobre variables cuantificadas, para así describir a la población en estudio. Es de tipo transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único sin seguimiento (Marzo a Junio del año 2013). Su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado. Es descriptivo ya que se caracterizó al usuario de las residencias de larga estadía mediante la distribución en que se manifiestan las variables (35).

7.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Dentro de la ciudad de Valdivia existen 7 residencias de larga estadía para adultos mayores con autorización sanitaria, alrededor de 100 adultos mayores residentes. La población en estudio fue de 90 personas que corresponden al total de AM que cumplían con los criterios de selección.

7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Ser mayor de 60 años (adulto mayor)
- Pertenecer a una residencia de larga estadía pública o privada con autorización sanitaria dentro de la ciudad de Valdivia.
- Haber firmado voluntariamente el consentimiento informado o en caso de no tener la capacidad de decidir por sí mismo, lo haya firmado el tutor legal.

7.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Adultos mayores que voluntariamente no acepten participar de la investigación.
- Adultos mayores que no tengan la capacidad de decidir y que el tutor legal no acepte la participación de este en la investigación.

7.5. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento en forma de encuesta, algunos datos fueron obtenidos de la ficha del AM que tienen las residencias a la que pertenecen. Los datos que no se pudieron obtener por esta vía se le preguntaron directamente al AM, al familiar, tutor legal a cargo de éste o al director técnico de la residencia.

7.5.1. Estructura del instrumento.

El cuestionario contó de 19 preguntas. Los datos fueron de tipo demográfico (edad, sexo, procedencia, estado civil, número de hijos, religión), social (tiempo de permanencia en el ELEAM, motivo de ingreso, financiamiento de la estadía, previsión social, previsión de salud, percibe ingresos económicos, pertenencia a programas sociales, ocupación previa al ingreso) y de salud (grado de dependencia física, dependencia psíquica, patologías crónicas, tratamiento farmacológico permanente). (**Anexo 2**)

7.6. ANALISIS DE DATOS.

La información proporcionada por el instrumento fue codificada en la matriz computacional denominada Microsoft Excel, office 2010. Posteriormente se realizó tabulación y representación gráfica de los datos para lo cual se utilizó el programa SPSS-15.

7.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

7.7.1. Variables cualitativas nominales.

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Sexo	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	- Femenino - Masculino
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el status de la relación de una persona física con otra.	- Soltero(a) - Casado(a) - Separado(a) - Divorciado(a) - Viudo(a)
Procedencia	Comuna en la cual se vivía previa la institucionalización.	- Valdivia - Corral - Lanco - Los Lagos - Mafil - Mariquina - Paillaco - Panguipulli - La Unión - Futrono - Lago Ranco - Rio Bueno - Otra región
Religión	Práctica de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.	- Católica - Evangélica - Testigo de Jehová - Mormón - Ortodoxa - Otra religión o credo - Ninguna, ateo o agnóstico
Previsión social	Normativas e instituciones que se establecen, a nivel nacional, para garantizar que los trabajadores puedan disponer de una jubilación o pensión que les garantice su supervivencia con una calidad de vida socialmente aceptable al término de su vida	- AFP - INP - Caja de FFAA - Caja de carabineros - No cotiza - Otra

	laboral, o si ésta se interrumpe por razones de invalidez	
Previsión de salud	Financiador de prestaciones en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Fonasa A - Fonasa B - Fonasa C - Fonasa D - Isapre - FF.AA - Otra
Pertenencia a programas sociales	Programas gubernamentales que están dirigidos a personas en vulnerabilidad social de los distintos rangos etarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Ocupación o actividad previa a la institucionalización	Función que desempeñaba previo a la institucionalización	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador dependiente - Trabajador independiente - Jubilado(a) - Cesante - Situación de calle
Motivo de ingreso a la residencia	Decisión en el que recae o causa por la cual el AM es ingresado a la residencia de larga estadía.	<ul style="list-style-type: none"> - Decisión propia - Decisión de familiares - Situación de riesgo
Financiamiento de la estadía	Encargado del pago de la mensualidad para la permanencia del AM a la residencia de larga estadía.	<ul style="list-style-type: none"> - Propio - Familiar - Plan social - Compartido
Presencia de patología crónica diagnosticada	Enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.	<ul style="list-style-type: none"> - No presenta patología crónica diagnosticada - Diabetes Mellitus 1 - Diabetes Mellitus 2 - Hipertensión Arterial - Dislipidemia - Alzheimer - Parkinson - Demencia senil - Osteoporosis - Artrosis - Otras

7.7.2. Variables cualitativas ordinales.

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Grado de dependencia física	Falta o pérdida de la capacidad física, psíquica intelectual de la persona para realizar por sí misma las actividades corrientes de la vida diaria, por lo que requiere apoyo, asistencia o ayuda de otra. Se mide con el índice de Barthel. (Anexo 3)	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: puede realizar por sí mismo las 6 actividades de la vida cotidiana. - Leve: puede realizar por sí mismo sólo 5 de las 6 actividades de la vida diaria. - Moderada: presenta la capacidad para realizar por sí solo entre 2 y 4 de las actividades de la vida diaria señaladas. - Grave: totalmente incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria señaladas. (postrado)
Dependencia psíquica	Dificultad para desarrollar sin apoyo de terceros actividades como manejo del propio dinero, comprar, manejar la cocina, preparar alimentos, recordar compromisos, manejar propia medicación, realizar ejercicios básicos de memoria, reconocer fecha del día en que está, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de dependencia psíquica. - Ausencia de dependencia psíquica.

7.7.3. Variables cuantitativas discretas.

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos.	<ul style="list-style-type: none"> - 0 - 1 - 2 - 3 - 4 y más
Número de fármacos permanentes que recibe	Cantidad de fármacos que debe ingerir por vía oral o ser administrados por otra vía diariamente el AM.	<ul style="list-style-type: none"> - No utiliza fármacos. - Requiere de 1 fármaco al día. - Requiere de 2 a 4 fármacos al día. - Requiere de 5 o más fármacos al día.

7.7.4. Variables cuantitativas continuas.

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	En años.
Ingresos económicos	Cantidad de recurso monetario que recibe mensualmente.	- Menos de \$100.000 - De \$100.000 a \$199.999 - De \$200.000 a \$299.999 - De \$300.000 a \$399.999 - De \$400.000 a \$499.999 - \$500.000 y más
Tiempo de permanencia a la residencia	Cantidad de meses que han pasado desde el ingreso del AM a la residencia de larga estadía.	En años y meses

7.8. RIGOR METODOLÓGICO.

Para desarrollar la investigación se escogió un problema cuya respuesta era posible obtener mediante la aplicación de una encuesta diseñada específicamente para este fin, tomando en cuenta las variables que podrían presentarse durante el transcurso de ésta. Por lo cual fue parte también de la metodología contar con medios alternativos para la recolección de datos, en caso de que se observara que la propuesta inicial no daba los resultados esperados y poder asegurar de esta manera el transcurso normal de la investigación.

En este estudio se trabajo con la población total de adultos mayores en residencias de larga estadía, por lo cual se puedo asegurar que los resultados fueron confiables para poder ser usados de acuerdo a las proyecciones de la investigación.

Dentro de los resultados de la investigación se dieron a conocer también la variabilidad obtenida y las discrepancias o concordancias en relación a otros investigadores acerca del mismo tema. Así también se ha planificó el tiempo de trabajo en cada etapa del estudio para asegurar el orden en su desarrollo y la posibilidad de tener el tiempo suficiente para trabajar en los datos de manera rigurosa y analizarlos correctamente.

Durante el desarrollo del proyecto de esta investigación, la propuesta fue analizada y evaluada constantemente de manera externa. Finalmente la investigación fue expuesta a

revisión por parte de docentes competentes, respetando el compromiso de no pasar por alto las sugerencias, modificando a tiempo los posibles errores que eventualmente se hallaron.

Valor. Este estudio proveyó de información relevante que favorecerá al conocimiento de los profesionales de la salud, mejorando la calidad de la atención otorgado a los adultos mayores que viven en hogares, el resultado de la investigación aportará una base científica en la que se podrán basar diversas actividades relacionadas con el cuidado de estos adultos mayores. A su vez, este estudio será un aporte para las instituciones de salud ya que se podrá intervenir en relación al tema.

Validez científica. El estudio se desarrolló a partir de un objetivo claramente planteado y viable, con una metodología estructurada, legítima y aplicable a la población. El análisis estadístico se ejecutó a partir del programa SPSS-15, el cual incluye todas las pruebas estadísticas utilizadas en la investigación.

Selección equitativa de los participantes. La selección de los participantes en estudio se realizó según ciertas características que poseían, las cuales permitieron el desarrollo de la investigación y siendo incorporados a la investigación de forma aleatoria.

Proporción favorable entre riesgo – beneficio. Este estudio no involucró ningún riesgo ni beneficios personales, ya que este fue de carácter social, lo cual permitirá a los profesionales de la salud tener una base con validez científica sobre la cual poder realizar acciones que vayan en beneficio de los adultos mayores.

Revisión independiente. Son varios los intereses que motivaron a la realización de esta investigación, pero el más relevante y fundamental, fue mejorar la calidad de la atención otorgada a la población de adultos mayores, atendidos en las residencias de larga estadía. Esta calidad de atención que logramos buscar mediante nuestra investigación, es la entrega de datos estadísticos que ayudaran al cumplimiento de este objetivo.

Este estudio fue evaluado y corregido por académicos expertos en el tema los cuales tiene la facultad de aprobar o suspender la investigación, dichos académicos no están afiliados al estudio.

7.8.1. IMPLICANCIAS ÉTICAS.

La investigación realizada no corresponde al tipo experimental, por esta razón, los objetos de estudio no se expusieron a riesgos físicos, psíquicos o emocionales relacionados con la participación activa de ellos y cumplió con los principios de respeto, justicia y beneficencia.

Durante la etapa inicial de la ejecución de esta investigación, se informó eficazmente a todos los participantes sobre las implicancias de la investigación y en qué consistía, respetando la autonomía de las personas a decidir participar, y en los casos en que la persona presentaba alguna condición que limitaba su autonomía, se delegó esta decisión a su tutor legal, asegurando la inexistencia de todo tipo de perjuicios durante la participación. Esta decisión quedó respaldada bajo un consentimiento informado.

En el Consentimiento Informado, se explicitó al participante la oportunidad de aclarar sus dudas y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento. Se protegió la voluntariedad de los participantes en el estudio, velando por mantener prácticas no coercitivas y sin la tentativa de recompensas inapropiadas o inexistentes. Se acordó un plazo adecuado para informar a los participantes sobre los resultados arrojados en el estudio.

7.8.2. Consentimiento informado

En todos los adultos mayores en estudio o sus tutores legales, se llevó a cabo el proceso de consentimiento informado. Se les explicó en detalle los fines de la investigación, los beneficios para los involucrados, además de dar a conocer los aspectos importantes. Todo esto, dejando clara información de los investigadores y la forma de contacto de estos ante cualquier duda o eventualidad de los investigados.

7.8.3. Respeto por los participantes.

Se aseguró la confidencialidad de identidad ya que ni en las encuestas ni en los resultados estaba consignado su nombre y RUT. También, en el proceso de consentimiento informado, los adultos mayores tuvieron el derecho de negarse a participar de esta investigación y retirarse en cualquier momento sin que esto signifique consecuencias negativas para ellos o las tésistas. Además, las personas participantes tuvieron el derecho de realizar las preguntas necesarias y pedir la entrega de los resultados de la investigación.

En cuanto a la valoración de la relación riesgo/beneficio, esta se relaciona directamente con la beneficencia de la investigación, la cual tuvo un carácter positivo preponderante al no tratarse de una investigación de tipo experimental.

Respecto a la información generada a raíz de la investigación, fue necesario develar datos trascendentes para cumplir los objetivos propuestos, sin embargo se veló por mantener el anonimato de los participantes ya que ni en las encuestas ni en los resultados estuvo consignado el nombre.

Durante la aplicación de los cuestionarios, cada participante recibió un trato igualitario basado en el respeto, y amabilidad, asegurando un ambiente confortable y seguro.

Para esta investigación se solicitó la autorización del comité ético científico del Servicio de Salud Valdivia.

7.9. CARTA GRANTT.

Actividad	Mes Semana	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Envío de solicitudes al comité de ética.				x	x																
Respuesta del comité de ética						x	x														
Envío de solicitudes a las residencias de larga estadía.														x	X						
Entrega de los consentimientos informados.														X	x	x	x				
Ejecución de las encuestas																		x	x	x	x
Análisis de la encuestas																					
Análisis de los resultados																					
Entrega de la Tesis.																					

Actividad	Mes Semana	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Envío de solicitudes al comité de ética.																					
Respuesta del comité de ética																					
Envío de solicitudes a las residencias de larga estadía.																					
Entrega de los consentimientos informados.																					
Ejecución de las encuestas		x	x	x	x	x	x														
Análisis de la encuestas								x	x	x	x	x	x	x							
Análisis de los resultados														X	x	x	x	x	x	x	x
Entrega de la Tesis.																					x

7.10. PRESUPUESTO REQUERIDO.

ETAPA	MATERIAL	UNIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Envío de solicitudes a las residencias de larga estadía	Impresión	15	\$25	\$375
	Sobres oficio	15	\$100	\$1.500
	Transporte	42	\$130	\$5.460
Entrega de consentimiento informado	Hojas carta	240	\$10	\$2.400
	Impresión	240	\$25	\$6.000
	Transporte	84	\$130	\$10.820
	Lápices pasta	3	\$150	\$450
	Corrector	3	\$500	\$1.500
	Carpeta	3	\$400	\$1.200
Ejecución de la encuesta	Hojas (500)	1	\$4.000	\$4.000
	Cartucho de tinta	1	\$6.000	\$6.000
	Lápices pasta	3	\$150	\$450
	Transporte	168	\$130	\$21.640
	Corrector	3	\$500	\$1.500
	Carpeta	3	\$400	\$1.200
Entrega de tesis	Impresión	150	\$25	\$1.250
	Empaste	3	\$7.000	\$21.000
	CD	3	\$500	\$1.500
Imprevistos				\$10.000
TOTAL				\$98.245

8. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN Y SALUD PÚBLICA.

Las proyecciones que este estudio otorga tanto a la salud pública como a la profesión de enfermería, van dirigidas a generar cambios en la formación de los profesionales como en las estrategias y planes de salud, puesto que generará un conocimiento más amplio y actualizado de la población adulta mayor institucionalizada.

Un objetivo importante de esta investigación para la profesión de enfermería es justificar su rol dentro de las residencias de larga estadía, mediante la entrega de datos verídicos de esta población. Estos datos socio demográficos y de salud podrán respaldar una adecuada gestión de recursos tanto humanos como materiales acorde a las necesidades de los adultos mayores.

Al evaluar las múltiples patologías crónicas que prevalecen en las residencias públicas y privadas y que conllevan a la dependencia y/o discapacidad en distintos grados, se podrá justificar por qué deberían estar presentes los profesionales de enfermería, puesto que, frente a esta condición se requiere de cuidados especializados los cuales competen a esta profesión.

Esto ayudará a proponer una revisión de los reglamentos vigentes respecto al funcionamiento de las residencias, pues, como ya se mencionó, estas no estarían obligadas a contar con profesionales de enfermería.

Tomando en cuenta todas las características de salud que presentan los adultos mayores en general, se puede argumentar la necesidad de cambios en la formación académica modificando las mallas curriculares de pre y postgrado, de acuerdo a la actual necesidad de atención en salud junto con la tendencia mundial al envejecimiento.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos a la población en estudio – Residencias públicas y privadas de adultos mayores de la ciudad de Valdivia, durante el periodo de realización del Proyecto de Tesis.

9.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES.

9.1.1. Gráfico N°1: Distribución de Adultos Mayores según rango de edad.

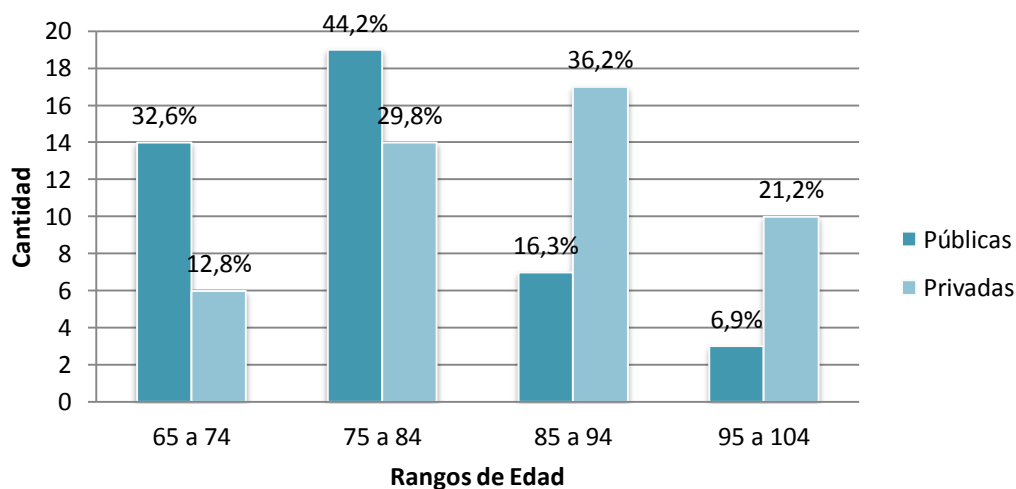


Tabla N° 1: Datos Estadísticos de Distribución según Edad

TIPO DE RESIDENCIA	Dato Estadístico	
Pública	Media	78,51
	Mediana	78,00
	Desviación estándar	8,520
	Mínimo	65
	Máximo	96
Privada	Media	85,72
	Mediana	86,00
	Desviación. estándar	8,939
	Mínimo	69
	Máximo	102

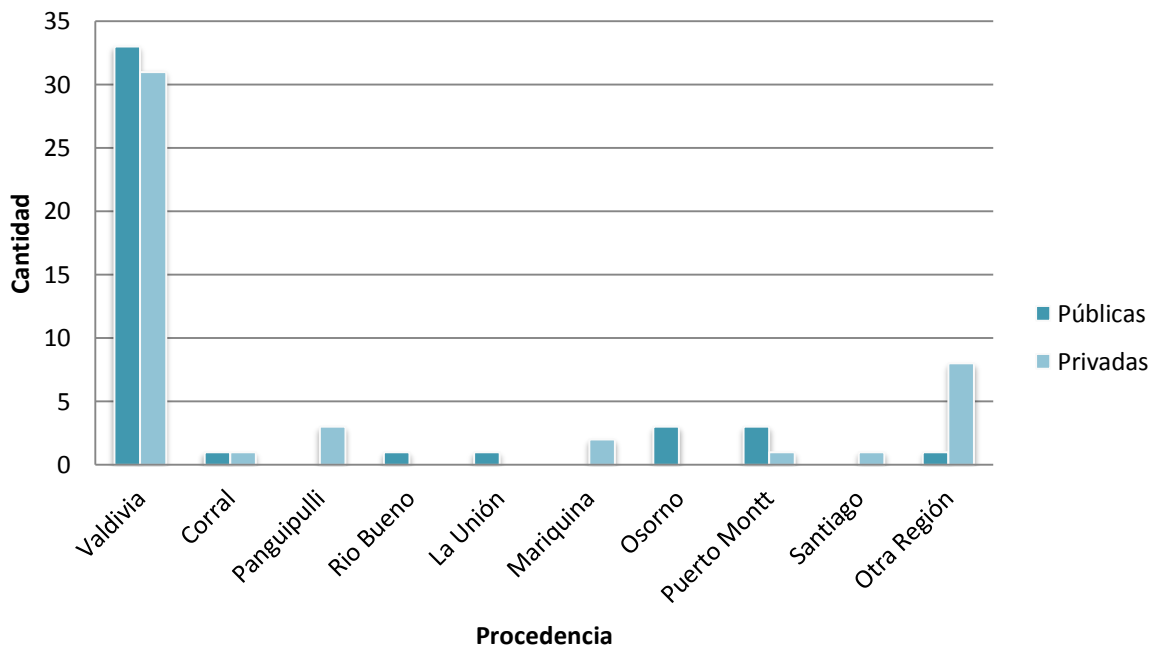
En las residencias públicas se observó que la mayoría de los Adultos Mayores son menores de 84 años, con una edad media de 78,5 años, a diferencia de las privadas donde predomina un rango etario mayor, entre 85 y 104 años, con una edad media de 85,7 años.

9.1.2. Tabla N° 2: Distribución de Adultos Mayores según Sexo.

SEXO	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
Femenino	25	58,1	35	74,5	60	66,7
Masculino	18	41,9	12	25,5	30	33,3
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

En las residencias públicas se observó que poco más de la mitad de los residentes son de sexo femenino con un 58,1%, en las residencias privadas existe la misma tendencia donde se observó que las tres cuartas partes de los residentes también son mujeres.

9.1.3. Gráfico N°2: Distribución de Adultos Mayores según Procedencia.



En ambas residencias se observó una prevalencia de Adultos Mayores provenientes de la ciudad de Valdivia y de sus alrededores.

9.1.4. Tabla N° 3: Distribución de Adultos Mayores según Estado Civil.

ESTADO CIVIL	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
Soltero	24	55,8	6	12,8	30	33,4
Casado	6	13,9	7	14,9	13	14,4
Separado de hecho	2	4,7	1	2,1	3	3,3
Divorciado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Viudo	11	25,6	33	70,2	44	48,9
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

Se evidenció que en las residencias privadas hay un predominio de Adultos Mayores Viudos 70,2%, a diferencia de las públicas, donde sólo el 25,6% es viudo, en esta predomina la soltería con un 55,8%. Sin embargo, del total de los adultos mayores, prevalece la viudez como estado civil (48,9%)

9.1.5. Gráfico N°3: Distribución de Adultos Mayores según el número de Hijos.

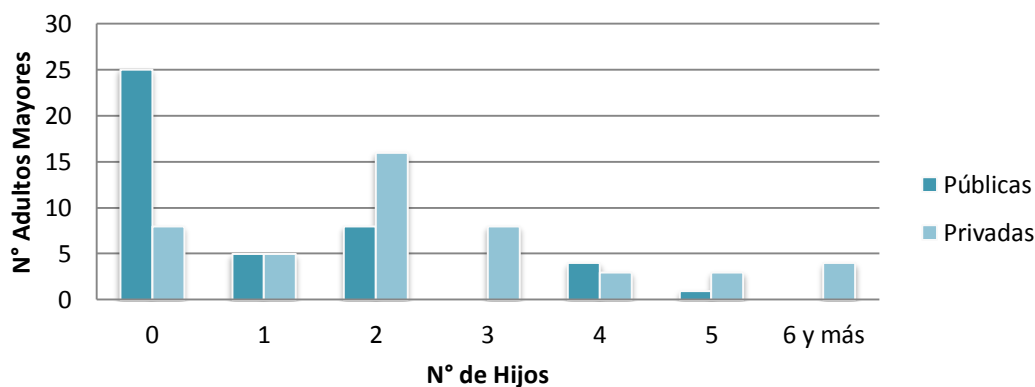
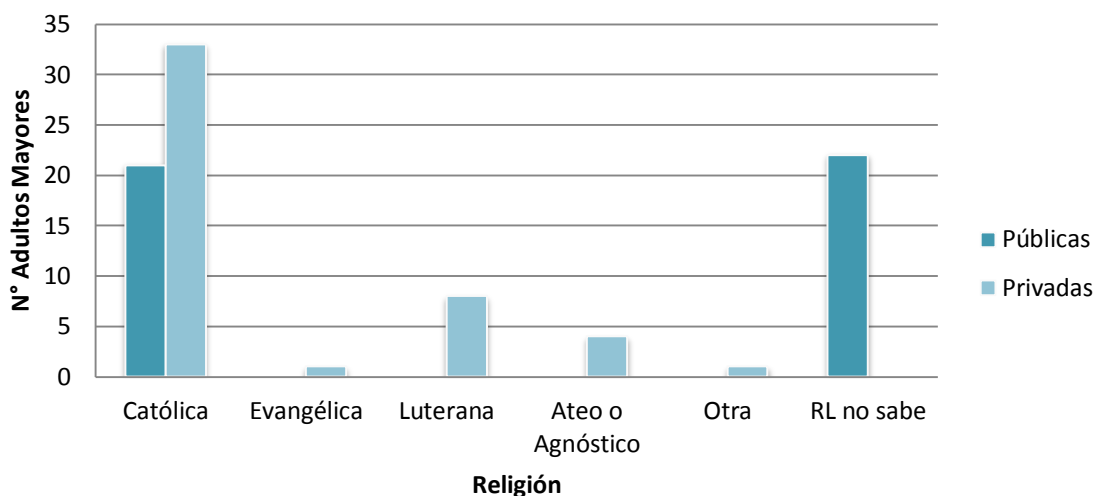


Tabla N° 4: Datos estadísticos de Distribución según N° de Hijos

N° DE HIJOS	Dato estadístico	
publica	Media	0,98
	Mediana	0,00
	Desviación estándar	1,422
	Mínimo	0
	Máximo	5
privada	Media	2,55
	Mediana	2,00
	Desviación estándar	2,185
	Mínimo	0
	Máximo	9

Se observó que de un total de 43 personas pertenecientes a una residencia pública, 25 de ellas no tienen hijos (58,2%), obteniendo una media de 0,98. Mientras que, en las residencias privadas, solo 8 personas de un total de 47, no tienen hijos (17%), con un promedio de 2,55.

9.1.6. Gráfico N°4: Distribución de Adultos Mayores según Religión.



Se observó que en ambos tipos de residencias predomina la religión católica (60% del total). Sin embargo, dentro de las residencias públicas, el representante legal desconocía la religión a la que pertenece el Adulto Mayor. (51,2%)

9.2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES.

9.2.1. Tabla N°5: Distribución de Adultos Mayores según Tiempo de Permanencia.

TIEMPO DE PERMANENCIA	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
< a 1 año	7	16,3	17	36,2	24	26,7
1 a 5 años	18	41,9	25	53,2	43	47,8
6 a 10 años	13	30,2	5	19,6	18	20,0
11 a 15 años	3	6,9	0	0,0	3	3,3
> a 15 años	2	4,7	0	0,0	2	2,2
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

Tabla N°6: Datos estadísticos de Distribución según Tiempo de Permanencia

TIEMPO DE PERMANENCIA (meses)	Dato estadístico	
Publica	Media	61,56
	Mediana	39,00
	Desviación estándar	55,191
	Mínimo	1
	Máximo	216
Privada	Media	23,33
	Mediana	14,00
	Desviación estándar	22,875
	Mínimo	1
	Máximo	86

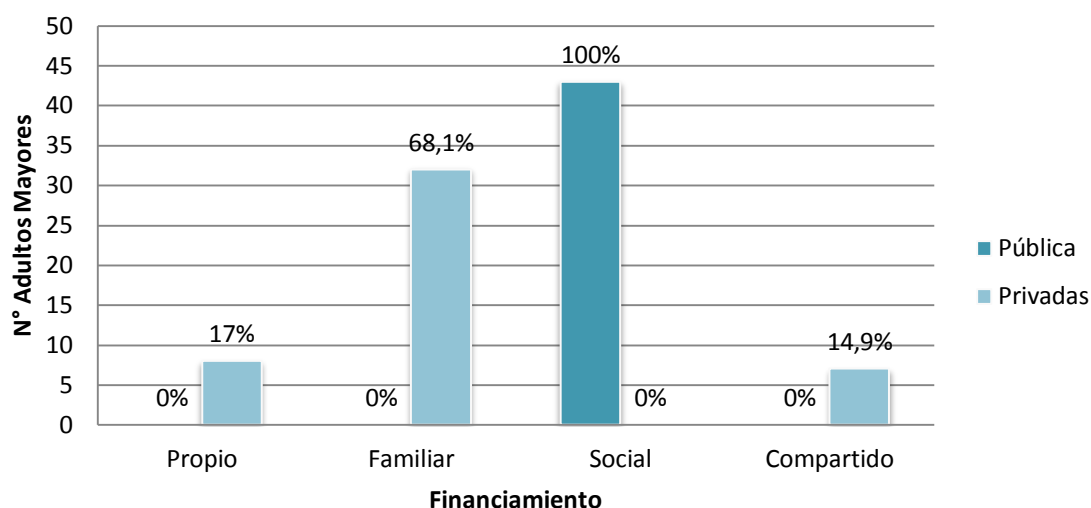
Se observó que en ambos tipos de residencias, la mayor distribución de Adultos Mayores se encuentra entre 1 y 5 años de permanencia (47,8%). Solo los Adultos Mayores de las residencias públicas llegan a permanecer en éstas por más de 10 años, siendo la media de 5 años aproximadamente (61,55 meses). Por su parte, la media en las residencias privadas es de casi 2 años (23,83 meses).

9.2.2. Tabla N°7: Distribución de Adultos Mayores según Motivo de Ingreso.

MOTIVO DE INGRESO	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
Decisión propia	8	18,6	12	25,5	20	22,2
Decisión familiar	10	23,3	35	74,5	45	50,0
Situación de riesgo	25	58,1	0	0,0	25	27,8
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

Se observó una clara diferencia entre las residencias públicas con las privadas, ya que en las primeras el principal motivo de ingreso es por situación de riesgo (58,1%), mientras que en las privadas el 74,5% ingresó por decisión de familiares.

9.2.3. Gráfico N° 5: Distribución de Adultos Mayores según Financiamiento de Estadía.



Se observó que el 100% de Adultos Mayores de residencias públicas financian su estadía con programas sociales. Por el contrario, los que pertenecen a residencias privadas, ninguno de ellos financia su estadía por este medio, sino que la mayoría es financiada por familiares (68,1%).

9.2.4. Tabla N° 8: Distribución de Adultos Mayores según Previsión Social.

PREVISIÓN SOCIAL	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
AFP	4	9,3	24	51,1	28	31,1
INP	27	62,8	12	25,5	39	43,3
Caja de FF.AA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Caja de Carabineros	2	4,7	2	4,3	4	4,4
No cotiza	0	0,0	9	19,1	9	10,0
Pensión solidaria	10	23,2	0	0,0	10	11,1
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	99,9

Según la tabla, se observó que en ninguna residencia vive algún Adulto Mayor con previsión social de la caja de FF.AA. También se evidenció que del total de los Adultos Mayores, un 43,3% posee una previsión de INP. Dentro de las residencias públicas, el predominio es de INP (62,8%), mientras que en las privadas predomina la AFP (51,1%). Solo en las residencias públicas existen Adultos Mayores que reciben actualmente una pensión solidaria, debido a que no cotizaron durante su vida laboral.

9.2.5. Tabla N° 9: Distribución de Adultos Mayores según Previsión de Salud.

PREVISIÓN DE SALUD	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
Fonasa A	17	39,5	7	14,9	24	26,7
Fonasa B	25	58,2	29	61,7	54	60,0
Fonasa C	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fonasa D	0	0,0	2	4,3	2	2,2
Isapre	0	0,0	8	17,0	8	8,9
Dipreca	1	2,3	1	2,1	2	2,2
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

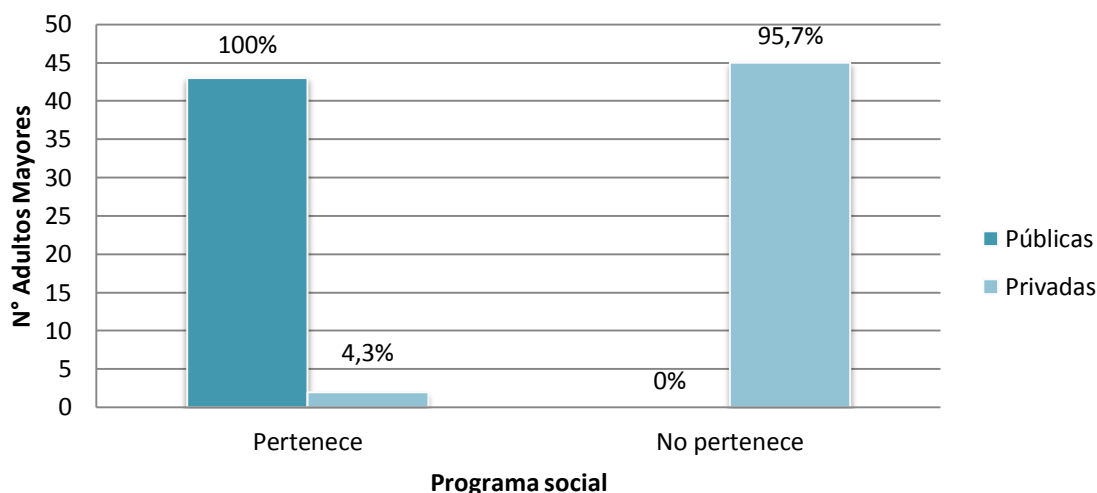
Se observó que la mayoría de los Adultos Mayores pertenece a Fonasa grupo A o B, 26,7% y 60% respectivamente. Se evidencia también que los que pertenecen a residencias públicas no pertenecen a alguna Isapre, mientras que en las privadas existe un 17% de Adultos Mayores que si pertenecen a estas.

9.2.6. Tabla N° 10: Distribución de Adultos Mayores según Ingresos Económicos

INGRESOS ECONÓMICOS (MENSUAL)	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
< de \$100.000	37	86,1	0	0,0	37	41,1
\$100.000 a \$199.999	5	11,6	1	2,1	6	6,7
\$200.000 a \$299.999	1	2,3	3	6,4	4	4,4
\$300.000 a \$399.999	0	0,0	6	12,8	6	6,7
\$400.000 a \$499.999	0	0,0	7	14,9	7	7,8
> de \$500.000	0	0,0	30	63,8	30	33,3
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

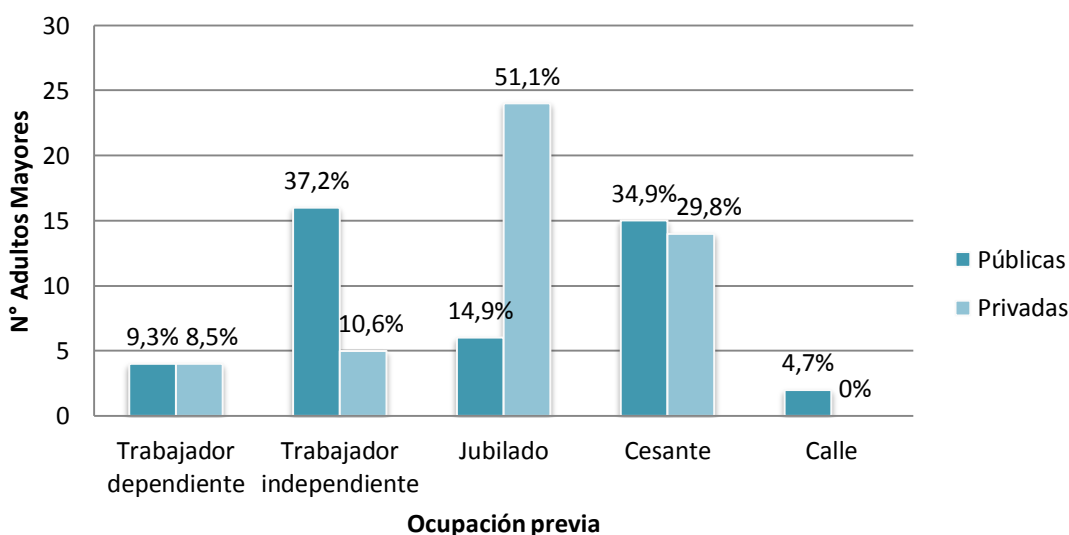
Se observó que los pertenecientes a residencias públicas reciben ingresos que no fluctúan más allá de los \$300.000, mientras que en las residencias privadas existen un 63,8% de Adultos Mayores que reciben más de \$500.000.

9.2.7. Gráfico N° 6: Distribución de Adultos Mayores según Pertenencia a Programas Sociales.



Se evidenció que el 100% de los Adultos Mayores de residencias públicas pertenecen a algún programa social, mientras que tan solo un 4,3% de los que residen en las privadas pertenecen a un programa social.

9.2.8. Gráfico N° 7: Distribución de Adultos Mayores según Ocupación previa al Ingreso.



Se observó que el número de Jubilados de las residencias privadas es mayor que en las públicas. Por su parte, se evidenció también, que los pertenecientes a residencias públicas eran en su mayoría trabajadores independientes o cesantes. Sólo en las residencias públicas existen Adultos Mayores que estaban en situación de calle (2 personas).

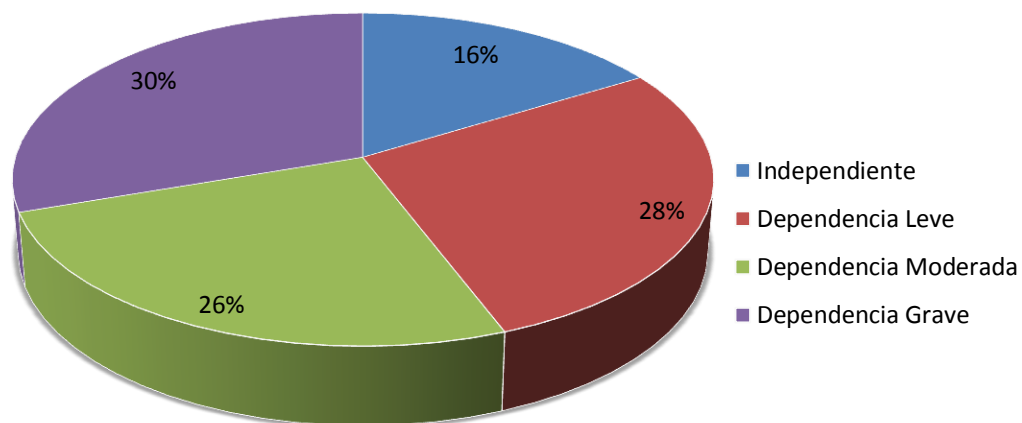
9.3. CARACTERISTICAS DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES.

9.3.1. Tabla N° 11: Distribución de Adultos Mayores según Grado de Dependencia Psíquica.

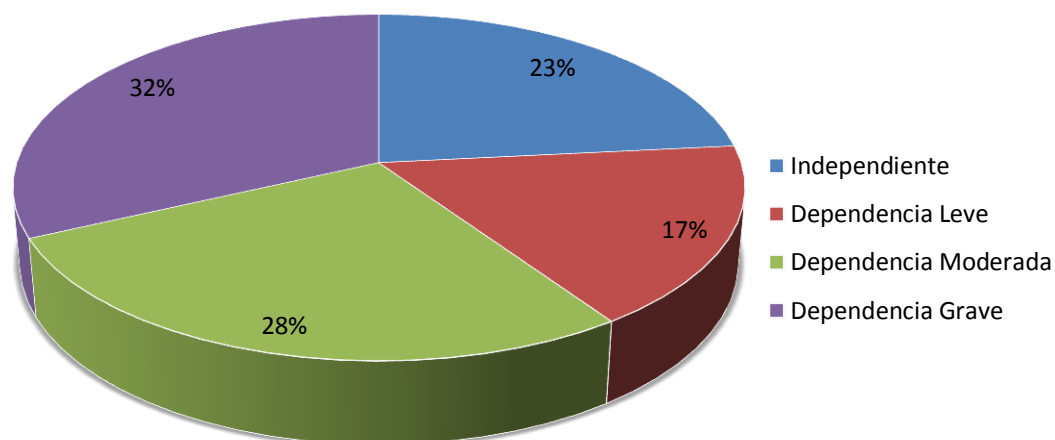
GRADO DE DEPENDENCIA PSÍQUICA	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
Dependencia	29	67,4	25	53,2	54	60,0
Sin dependencia	14	32,6	22	46,8	36	40,0
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

Se observó que tanto en las residencias públicas como privadas predomina la dependencia psíquica.

9.3.2. Gráfico N° 8: Distribución de Adultos Mayores según Grado de Dependencia Física en residencias públicas.



9.3.3. Gráfico N° 9: Distribución de Adultos Mayores según Grado de Dependencia Física en residencias privadas.



En ambos gráficos se observó que la situación de dependencia física moderada y grave es predominante en un 60%. Por su parte, la independencia física existe en mayor porcentaje en las residencias privadas.

9.3.4. Tabla N° 12: Distribución de Adultos Mayores según N° de Fármacos que recibe al día.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
No requiere	1	2,3	1	2,1	2	2,2
Requiere 1 fármaco	7	16,3	8	17,1	15	16,7
Requiere entre 2 a 4 fármacos	21	48,8	23	48,9	44	48,9
Requiere más de 5 fármacos	14	32,6	15	31,9	29	32,2
TOTAL	43	100,0	47	100,0	90	100,0

Se observó que, tanto en las residencias públicas como en las privadas, la mayoría de los Adultos Mayores requiere de la administración de más de 2 fármacos.

9.3.5. Tabla N° 13: Distribución de Adultos Mayores según Patologías Crónicas.

PATOLOGÍAS	Subtipo	Públicas	%	Privadas	%	TOTAL
Hipertensión Arterial		30	62,5	18	37,5	48
Diabetes Mellitus 2		4	44,4	5	55,6	9
Dislipidemia		7	70,0	3	30,0	10
Patología Cardíaca	ACxFA	4	80,0	1	20,0	5
	Cardiopatías	6	66,7	3	33,3	9
Patología Neurológica	Secuela AVE	8	57,1	6	42,9	14
	Epilepsia	4	100,0	0	0,0	4
	Demencia Senil	10	46,6	11	52,4	21
	Enf. De Alzheimer	4	20,0	16	80,0	20
	Parkinson	3	60,0	2	40,0	5
Patologías Respiratorias	Asma	2	100,0	0	0,0	2
	EPOC	1	50,0	1	50,0	2
Patologías Endocrinas	Hiper/Hipotiroidismo	8	57,1	6	42,9	14
Patologías Renales	Enf. Renal Crónica	2	66,7	1	33,3	3
	Insuf. Renal Crónica	4	100,0	0	0,0	4
Discapacidades	Ceguera	1	50,0	1	50,0	2
	Hipoacusia	4	100,0	0	0,0	4
	Amputación	1	100,0	0	0,0	1
Patologías Psiquiátricas	Depresión	1	20,0	4	80,0	5
	Esquizofrenia	4	100,0	0	0,0	4
Patologías Osteomusculares	Artrosis	6	54,5	5	45,5	11
	Artritis	0	0,0	1	100,0	1
	Osteoporosis	0	0,0	2	100,0	2
Patologías Hepáticas	DHC x OH	4	100,0	0	0,0	4

Tabla N° 14: Datos Estadísticos de N° de Patologías Crónicas por AM

N° de PATOLOGÍAS	Datos Estadísticos	
publica	Media	2,74
	Mediana	3,00
	Desviación estándar	1,529
	Mínimo	0
	Máximo	7
privada	Media	1,89
	Mediana	2,00
	Desviación estándar	1,355
	Mínimo	0
	Máximo	5

Se observó que la patología crónica más predominante en ambos tipos de residencias fue la hipertensión arterial, siendo el 62,5% Adultos Mayores que pertenecen a residencias públicas. En segundo lugar se encuentran las patologías neurológicas con predominio de la Demencia Senil y Enfermedad de Alzheimer, siendo la segunda más predominante en las residencias privadas (80%).

Además se identificó que el 63,3% del total de Adultos Mayores presenta más de una patología, siendo el promedio de 2,74 en las públicas y 1,89 en las privadas.

9.3.6. Tabla N° 15: Relación entre Motivo de Ingreso a ELEAM y Número de Hijos.

N° DE HIJOS	MOTIVO DE INGRESO			TOTAL
	Decisión Propia	Decisión de familiares	Situación de Riesgo	
0	9	6	18	33
1	1	8	1	10
2	4	16	4	24
3	3	5	0	8
4	1	5	1	7
5	1	2	1	4
6	0	1	0	1
8	1	0	0	1
9	0	2	0	2
Total	20	45	25	90

9.4. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y DE SALUD DEL ADULTO MAYOR PERTENECIENTE A RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA.

Ya obtenidos los resultados es posible obtener el perfil del adulto mayor perteneciente a cada tipo de residencia y uno para la población en general.

Tabla N° 16: Perfil sociodemográfico y de salud del AM

Variables predominantes	Residencia Pública	Residencia Privada
Sexo razón F:M	1,4:1	2,9:1
Edad media	78,51	85,72
Procedencia	Valdivia	Valdivia
Estado Civil	Solteros	Viudos
N° de hijos media	0,98	2,55
Religión	Católica	Católica
Tiempo de permanencia media (meses)	61,56	23,83
Motivo de ingreso	Situación de riesgo	Decisión de familiar
Financiamiento de estadía	Social	Familiar
Previsión Social	INP	AFP
Previsión de Salud	Fonasa A-B	Fonasa A-B
Ingresos mensuales	< \$300.000	> \$300.000
Programa social	Si	No
Ocupación previa	Trabajadores Independientes	Jubilados
Grado dependencia física	Moderada/Grave	Moderada/Grave
Dependencia psíquica	Si	Si
Patología prevalentes	Enfermedades Cardiovasculares y Neurológicas	Enfermedades Cardiovasculares y Neurológicas
N° patologías media	2,74	1,89
Tratamiento farmacológico al día	> 2 al día	> 2 al día

10. DISCUSIÓN

En el estudio realizado, se encuestó a un total de 90 adultos mayores de sobre 65 años de edad, presentando un promedio de edad de 82,3 años con un mínimo de 65 y un máximo de 102 años. Según datos entregados por el INE la cantidad de adultos mayores sobre este rango de edad en el año 2010 fue de 1. 541.759, cifra que triplica a la cantidad de adultos en ese rango etario en la década del 50 (38).

En las residencias, las tres cuartas partes del universo estudiado son mujeres, representando el 67,7% del total. Esto es concordante con lo que revela el Instituto Nacional de Estadísticas en el censo del 2002, donde se evidencia que a nivel nacional 959. 429 de los adultos mayores son mujeres y 758.049 son hombres. (36) Al comparar estos resultados con los obtenidos por Cifuentes en su estudio realizado en la Región Metropolitana, donde el sexo femenino institucionalizado era casi el doble que el masculino, se logra establecer que existe la misma tendencia. (30).

Respecto al número de hijos, más de la mitad de los adultos mayores de las residencias públicas no tenían, por lo que se infiere que no cuentan con familiares como red de apoyo, lo que podría ser una causa probable de institucionalización tal como se evidencia en la tabla de contingencia N°15. Por el contrario, tan sólo un 17% de los adultos mayores de las residencias privadas no tienen hijos, esta información indica una red de apoyo y avala el hecho que sea la familia la que financia a la mayoría de ellos. Esto es coincidente con realidad a nivel nacional, donde se observa claramente la disminución en el número de hijos por mujer, que según informa el INE desde la década del 60 ha disminuido hasta alcanzar en el año 2008 una cifra menor a 2 (38).

En cuanto al ingreso a las residencias de larga estadía se observó que en las residencias públicas más de la mitad de los adultos mayores ingresó por encontrarse en situación de riesgo (58,1%), mientras que en las privadas nadie ingresó por este motivo. También se observó que el 50% de estos ingresaron por decisión de familiares, siendo en mayor porcentaje en las residencias privadas donde es el triple comparado con los públicos.

Tomando en cuenta el hecho que los AM de ELEAM públicos prácticamente no cuentan con una red de apoyo, que la mayoría no tiene hijos y que el motivo de ingreso es debido a situación de riesgo, se podría inferir que, estando o no la familia presente, no funcionó como red de apoyo, sin embargo, esto no es posible afirmarlo ya que se desconoce la situación de las familias y los motivos porque el adulto mayor estaba en dicha situación.

En relación a los AM de residencias privadas, se podría pensar que el ingreso a una residencia de larga estadía no es sinónimo de abandono por parte de familiares, porque la mayoría ingresó por su propia voluntad y decisión, además se evidencia una red de apoyo que procura un lugar para los cuidados especiales del adulto mayor.

Otra clara diferencia se observa en el financiamiento, pues es evidente el rol de la familia como red de apoyo, ya que en las residencias privadas financian la totalidad estadía de los adultos mayores o en conjunto con éstos mismos, a diferencia de los que pertenecen a residencias públicas donde el 100% es financiado por programas sociales. Esta situación puede deberse a la falta de hijos, el ingreso económico bajo y/o la ocupación previa que desarrollaban.

El ingreso económico y la ocupación previa también se relacionan de manera directa a lo dicho anteriormente, pues se observa que la mayoría de los adultos mayores de residencias privadas reciben una jubilación ya que cotizaron durante su vida laboral mayoritariamente en AFP (51,1%) y sus trabajos eran en su mayoría dependientes, con remuneraciones constantes. Este hecho se evidencia en los ingresos económicos que perciben, los cuales son mayores a 500 mil pesos en un 63% de ellos. Por otra parte, los adultos mayores de residencias públicas presentan una realidad opuesta a la ya descrita, pues la mayoría eran trabajadores independientes y cuyos ingresos mensuales actuales son menores a 100 mil pesos en un 86,1% de ellos y sin superar los 300 mil pesos. Se puede inferir que la causa de estos bajos ingresos se debe a la independencia laboral, y por ende a la falta de imposiciones (37,2) y también debido al alto número de cesantes o en situación de calle que reciben pensión solidaria (23%).

En este estudio se observó que el 100% de los AM con el sólo hecho de pertenecer a un ELEAM están insertos en programas sociales. Por el contrario, solo 2 personas de las residencias privadas pertenecen a alguno de estos programas sociales, excluyendo obviamente el programa de viviendas. En nuestro país existen programas sociales otorgados por el gobierno y dirigidos a personas en vulnerabilidad social de distintos rangos etarios. Los principales programas sociales del SENAMA son el Fondo Nacional del Adulto mayor, Asesor Senior, Vínculos, Turismo Social, Escuela de formación para dirigentes de organizaciones de mayores, Programas contra la violencia y abuso contra el adulto mayor, y Servicios y Vivienda para el Adulto Mayor (37).

En el estudio no se observó diferencias en cuanto a la opción de pertenecer a FONASA por parte de los AM de residencias públicas y privadas, pero sí hay diferencias en cuanto a la pertenencia a ISAPRE, donde sólo los adultos mayores de residencias privadas pertenecen a ellas (17%). Esto puede entenderse ya que las ISAPRE suponen costos de atención más elevados, lo cual no sería accesible a personas de menos recursos.

En el estudio no se observó diferencias en cuanto a la opción de pertenecer a FONASA por parte de AM de residencias públicas y privadas pero si hay diferencias en cuanto a la pertenencia a ISAPRE donde sólo los adultos mayores de residencia privadas pertenecen a ella. Esto puede entenderse ya que las ISAPRE suponen costos de atención más elevados, lo cuales no sería accesibles a personas de menos recursos.

De los adultos mayores en residencias tanto públicas como privadas, se observó que la dependencia física está presente en ambas, siendo la dependencia moderada y grave, el mayor porcentaje de éstas. Sin embargo sí se observó diferencias en cuanto a la independencia física, pues el 16% de los adultos mayores de residencia pública es independiente físicamente, versus el 23% presente en las residencias privadas. Estas diferencias podrían ser causa de los requisitos de ingreso que establecen algunas de las residencias privadas, siendo uno de estos el no requerir grandes cuidados.

Respecto a las enfermedades crónicas, se observó que más del 63,3% del total de los adultos mayores presentan más de una patología siendo el promedio en las públicas de un 2,74 y en las privadas de 1,89. Estas son enfermedades de curso prolongado que no se resuelven espontáneamente y rara vez se curan totalmente, lo cual provoca una disminución de la independencia. Si analizamos específicamente la presencia de enfermedades como la hipertensión arterial, se observa que ésta es la que predomina tanto en las residencias públicas como privadas, sumando un total de 48 AM con esta condición, siendo mayor en las residencias públicas con un 62,5% del total. Esto es coincidente con la realidad epidemiológica del país, se observa que las ECNT son mayormente prevalentes en la población de 65 años y más, estando la hipertensión arterial presente en un 74,6% de ellos (39).

El porcentaje de personas con dependencia moderada y grave en las dependencias privadas, fue de 27,7% y 31,9% respectivamente, cifras mayores que las que presentaron las residencias públicas. Por su parte, el número de patologías crónicas fue mayor en las residencias públicas con 41 personas con alguna ECNT versus las residencias privadas, donde solo 26 adultos mayores presentaba alguna de ellas.

Dentro de las patologías crónicas también se encuentran las patologías neurológicas como la Demencia Senil y enfermedad de Alzheimer, que dentro de la población en estudio existe en un alto porcentaje, 23,3% y 22,2% respectivamente del total del universo estudiado. Esta condición también supone grados de dependencia a nivel psíquico, donde se observa una tasa mayor en las residencias públicas.

Cabe destacar que en algunas residencias privadas existen criterios de selección para el ingreso de adultos mayores, prefiriéndose a aquellos con un menor grado de dependencia,

pudiendo ser esta la causa de que en este tipo de residencia haya mayor cantidad de adultos mayores con independencia física como psíquica, siendo de un 23% y 46,8% respectivamente, a diferencia de las públicas donde las cifras comparativas son de 16% en independencia física y 32,6% en independencia psíquica.

11. CONCLUSIÓN

En la actualidad los adultos mayores son una población en aumento a nivel mundial. Gran parte de ellos presentan condiciones de salud como dependencia, ECNT, enfermedades neurológicas, entre otros, las cuales determina un perfil de salud y socioeconómico específico. La realidad nacional evidencia el aumento de esta población y a su vez el aumento de residencias de estadías para ellos. Estas residencias de larga estadía acogen a adultos mayores de distintos estratos sociales ya sea que se trate de privadas o públicas.

El perfil sociodemográfico y de salud de los AM pertenecientes a las residencias de largas estadías públicas presenta las siguientes características: La mayoría son mujeres (proporción 4:1 con el sexo masculino), con una edad media de 78,5 años, procedentes de Valdivia, siendo más de las mitad de ellos solteros (as). Tienen en promedio 1 hijo, y pertenecen a la religión Católica. Al mismo tiempo, se observó que el tiempo de permanencia promedio que tienen los AM en este tipo de residencias es 5 años, el motivo de ingreso más común es por situación de riesgo social, el financiamiento de la estadía es través de un plan social, en cuanto a previsión social predomina el INP, pertenecen a Fonasa A o B, perciben un ingreso mensual menor a cien mil pesos, pertenecen a los distintos programas sociales del estado, y un gran porcentaje de ellos se desempeñaba, previo a la institucionalización, como trabajadores independientes.

Respecto a las características de Salud, existe en este tipo de establecimientos, una alta prevalencia de pacientes con dependencia psíquica y además con grado de dependencia física que va de moderada a severa. Dentro de las patologías destacan las enfermedades cardiovasculares y neurológicas, ya que los adultos mayores tienen dos a tres patologías crónicas y son requirentes de tratamiento farmacológico más de dos veces al día.

EL perfil sociodemográfico y de salud de los AM en residencias privadas, destaca un predominio del sexo femenino por sobre el masculino (en la razón 3:1), presentan una edad promedio de 85,7 años, proceden principalmente de Valdivia, son en su mayoría viudos con un promedio de 2 hijos y profesan preferentemente la religión Católica.

Además otras características que posee esta población, es que el tiempo de permanencia promedio es de 2 años, el motivo de institucionalización de estos AM es por decisión de familiares y el financiamiento de la estadía es por parte de los mismos. Tienen mayoritariamente previsión AFP, también poseen previsión de salud Fonasa A o B, cuentan un ingreso mensual superior a los trescientos mil pesos, no pertenecen a programas sociales, y el mayor porcentaje de esta población había jubilado previo a su ingreso.

En cuanto a las características de Salud, este grupo etario presenta, al igual que en las residencias públicas, dependencia psíquica y un grado de dependencia física moderado a severo. Alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y neurológicas y además reciben tratamiento farmacológico más de dos veces al día. A diferencia de los AM pertenecientes a ELEAM públicos, el número de patologías es menor, pues tienen en promedio menos de 2 enfermedades crónicas.

Al comparar el perfil sociodemográfico y de salud de los Adultos Mayores pertenecientes a residencias de larga estadía sociales y privadas concluimos que:

En cuanto a las características demográficas no hay mayores diferencias respecto al sexo, pues seguían las mismas tendencias, el cual además se correlaciona con la realidad epidemiológica del país. El predominio de mujeres es mayor en ambos tipos de residencia lo cual puede relacionarse con el hecho de que en algunos hogares sólo reciben adultos mayores de este sexo. Sin embargo, esto sólo era requisito en una residencia por lo cual no supone un dato determinante.

Por otra parte las diferencias sociales quedan claramente establecidas partiendo del hecho de pertenecer a un plan de programa social otorgado por el estado. Estos adultos mayores a diferencia de los pertenecientes a residencias privadas tienen además ingresos económicos bajo los cien mil pesos, pues en su mayoría reciben pensiones solidarias debido a su condición económica. El ingreso percibido por los pertenecientes a residencias privadas supera estas cantidades y se caracterizan además por haber cotizado durante su vida laboral, cuyos empleos eran en su mayoría dependientes a un empleador. En contraste a esto, los pertenecientes a residencias públicas realizaban trabajos independientes y la mayoría no cotizaba por su previsión social, pudiendo entenderse así el por qué de sus bajos ingresos económicos.

En cuanto al motivo de ingreso también se observaron diferencias importantes, pues en las residencias privadas la mayoría ingresó por decisión de familiares a diferencia de los adultos mayores de residencias públicas, cuyo ingreso fue por situación de riesgo, dando cuenta además de la vulnerabilidad de éstos, previo al ingreso.

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión son prevalentes en adultos mayores de ambas residencias. Sin embargo, las diferencias se hacen notorias, en cuanto a la cantidad de patologías por persona, siendo los adultos mayores de las residencias privadas los que tienen un menor índice. Si esto se asocia a la edad media de cada tipo de residencia, en las privadas es mayor respecto a las residencias públicas. Esta condición incide directamente en la condición de salud en cuanto a la morbimortalidad, pudiendo entenderse que quienes tienen mejor condición de salud alcanzan mayor expectativa de vida.

El grado de dependencia física y psíquica finalmente es igual en ambos tipos de residencia. El nivel de dependencia física y mental determina el grado de cuidado y asistencia que los adultos mayores requerirán. Ante esta consideración es de suponer que las personas que estén a cargo de sus cuidados estén capacitadas para ello y cuenten además con los recursos necesarios para otorgarlo.

Dadas las características de los adultos mayores tanto en residencias públicas como privadas, donde si bien existen diferencias, las características de estas personas determinan un perfil de salud que requiere de cuidados especiales. Y las diferencias en el perfil de salud pueden justificar la asignación de más o menos recursos, pero no la ausencia de estos. Por otra parte, el reglamento que regula las condiciones que deben tener las residencias para atender y cuidar adultos mayores, deja en claro que no es obligatoria la presencia de profesionales de enfermería, solo exige 4 horas semanales de algún profesional del área de la salud.

Dicho esto, la atención por parte de algún profesional de la salud, específicamente el de enfermería, debiese ser considerado un recurso obligatorio, independiente de las características de los adultos mayores, no como opción sino como requisito mínimo para garantizar que estos obtengan los cuidados que requieren. Si bien las personas a cargo sí ejercen el cuidado y buena atención de los adultos mayores, no son personas que tengan bases científicas para su quehacer, ni mucho menos el enfoque biopsicosocial de la atención, la cual se caracteriza por mirar a los usuarios de manera integral.

Por otra parte, al conocer e identificar las características propias de una población, se pueden modificar y adaptar las políticas que les afectan directamente. Es necesario velar por que la calidad de vida de estas personas institucionalizadas sea la óptima para vivir una vejez digna y recibiendo los cuidados que necesitan. La razón por la cual no hay profesionales de enfermería en todas las residencias, puede entenderse en parte porque no se ha establecido como una obligación legal en el funcionamiento de las residencias, ante lo cual tampoco hay oferta por parte de los prestadores de dicho servicio para adquirir a profesionales. Ante esta situación compete al estado regular y normar dicha actividad, para garantizar así, que sus adultos mayores recibirán la atención acorde a su salud.

Así también se hace relevante la formación en gerontología de los futuros profesionales, dadas las condiciones actuales de envejecimiento de la población, debido a que esta será la población a la que se vean enfrentados y la cual aumentará aun más con el transcurso de los años. Es así como a nivel educacional, las carreras del área de salud debiesen integrar en el pregrado la formación en esta área y complementarla como una especialidad o post grado, pues ante esta realidad que se vive debiera ya ser parte del cuerpo de conocimientos básicos.

12. REFERENCIAS.

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 2000. Santiago de Chile, 28 de Agosto del 2000. [Citado 2012 Octubre 23]. Disponible en: <http://senama.cl/Archivos/710.pdf>
2. DESCENSO DE LA NATALIDAD EN CHILE: UN PROBLEMA PAÍS. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [revista en la Internet]. 2007 [citado 2012 Sept 13]; 72(2): 73-75. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000200001&script=sci_arttext
3. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Chile y sus mayores: Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez (2010) [Internet]. Santiago de Chile, 2011 Mayo [Citado 2012 Sept 20]; p8. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/ChileYsusMayores_EncuestaCalidaddeVida.pdf
4. Ministerio de Salud Chile. Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. DTO. N° 134 de 2005. Publicado en el Diario Oficial el 15 de Marzo del 2006. Disponible en: http://www.seremisalud2.cl/ley20285/DS_134-2005.pdf
5. Castillo C. Recursos Humanos para la salud en Chile: consideraciones generales. Departamento de Economía de la Salud. Junio 2010 [Citado 2012 Octubre 23]. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/DOCUMENTOS/PDF/2010/RRHH%20para%20la%20salud%20en%20Chile.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. El envejecimiento y ciclo de la vida [Internet]. [Lugar desconocido]; 2011 Sept 27 [citado 2012 Sept 15]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
7. Mardones F. Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]; 2004 Jul [citado 2012 Sept 13]; 132(7): 865-872. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000700013&lang=es
8. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Second United Nations World Assembly on Ageing; 2002 April; Madrid, Spain. Switzerland: Switzerland Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Ageing and Life Course; 60 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

9. Rodríguez M. Gerontología: La ciencia de la vejez. [Sitio web]. Psicología Online [Citado 2012 Oct 4]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/4/gerontologia.shtml>
10. Aranibal P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL. Santiago de Chile, 2011; 21: 15. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID025_Aranibar.pdf
11. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Quienes somos. [Sitio web] [Citado 2012 Sept 30]. Disponible en: <http://www.senama.cl/QuienesSomos.html>
12. Instituto nacional de geriatría “Presidente: Eduardo Frei Montalva”. Conceptos generales relacionados con envejecimiento. [Citado 2012 octubre 5]. Disponible en: <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.htmlg>
13. Superintendencia de Salud de Chile. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Octubre 2006; p10-11. [Citado 2012 Octubre 3]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf
14. Rodríguez A. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, Libro Blanco. España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2004; 1; 21-26. [Citado 2012 Septiembre 26]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>
15. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile. p8-15 [Citado 2012 Octubre 1]. Disponible en: <http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estudionacionaldeladependencia.pdf>
16. Superintendencia de Salud de Chile. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Santiago de Chile, Marzo 2008. p2-18. [Citado 2012 Septiembre 27]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf
17. Instituto Nacional de Estadísticas. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Santiago de Chile, Abril 2005. [Citado 2012 Octubre 1]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php
18. Servicio Nacional de la Discapacidad. Primer estudio Nacional de la Discapacidad en Chile: Informe ejecutivo X Región de los Lagos. Santiago de Chile, 2004. p5. [Citado 2012 Septiembre 27]. Disponible en: http://www.senadis.gob.cl/descargas/centro/informe_regional/Informe_X-region.pdf

19. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) de la región metropolitana y configuración de procesos estandarizados. Santiago de Chile, 2011. p36. [Citado 2012 octubre 1]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20RM.pdf>
20. Rodríguez M. La Rosa M. Reyes M. Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. Revista Cubana de Enfermería [revista en la Internet]. Enero - Marzo 2006 [citado 2012 Octubre 1]; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100004&lang=pt
21. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Nuestra misión. [Sitio web] [Citado 2012 octubre 1]. Disponible en: <http://www.senama.cl/NuestraMision.html>
22. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Política Nacional para el Adulto Mayor (actualización). p3-14 [Citado 2012 Octubre 1]. Disponible en: <http://senama.cl/Archivos/720.pdf>
23. Chile Atiende. Nueva Política del Adulto Mayor. Junio 2012. [Sitio web] [Citado 2012 octubre 3]. Disponible en: <http://www.chileatiende.cl/fichas/ver/11959>
24. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Guía de operación ELEAM: Propuesta SENAMA 2010. [Citado 2012 Octubre 4]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/35317213/Guia-OPeracion-ELEAM-SENAMA-version-1>
25. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Programa de vivienda para mayores “Derecho a techo”. [Sitio web] [Citado 2012 octubre 3]. Disponible en: <http://senama.cl/dinamico/noticias.aspx?idDo=2532&idTd=12>
26. Kornfeld R. Experiencias en el Desarrollo de Institucionalidad en personas mayores [PDF]. Santiago, Chile. Encuentro Internacional Para el Seguimiento de la Declaración de Brasilia Y Promoción de los derechos de personas Mayores; 2011. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/45035/05rosakornfeld.pdf>
27. Vergara S. Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada selección. Revista hospital clínico universidad de chile. 2008; 19: 356 – 60 [Citado 2012 Octubre 3]. Disponible en: http://www.redclinica.cl/hospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_Ch6258/dep/loy/residencias_adultos_mayores.pdf
28. Ministerio de Salud Chile. Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Decreto N° 14 de 2010. Publicado en el Diario Oficial del 5 de Agosto del 2010. [Citado 2012 Octubre 1].

29. Ci Ingeniería Económica. Estudio de actualización del catastro de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) de la región metropolitana y configuración de procesos estandarizados. Servicio Nacional del Adulto Mayor-SENAMA. Reporte final 28 nov. 2011 Chile. 163p. Disponible en <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20RM.pdf>
30. Cifuentes P. Adulto mayor institucionalizado [Tesis]. [Chile]: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2005. 170p.
31. Rodríguez M. La autovaloración en adultos mayores varones institucionalizados: una mirada desde el hogar de ancianos “Padre Acevedo”, de Manzanillo. 2011. [citado 2012 octubre 3]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/02/la-autovaloracion-en-adultos-mayores-varones-institucionalizados.shtm>
32. Cerquera A. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia. Enero – Abril 2008; 7(1): 271-281. [Citado 2012 Septiembre 27]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a20.pdf>
33. Raile M. Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima edición. España: Elsevier; 2011. 269-274p 618-629p.
34. Sepúlveda C. Rivas E. Bustos L. Illesca M. Perfil socio- familiar en adultos mayores institucionalizados: temuco, padre las casas y nueva imperial. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Dic [Citado 2012 Noviembre 09] ; 16(3): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007%20http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/176/1/tesis.pdf
35. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la Investigación. Quinta edición. México: Mc Graw Hill; 2010. 4-15p 17-23p.
36. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2012: Síntesis de Resultados. Santiago de Chile, Marzo del 2013 [Citado 2013 Octubre 25]. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesiscensal.pdf>
37. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Programas. [Sitio web] [Citado 2013 Octubre 25]. Disponible en: <http://www.senama.cl/Programas.html>
38. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas del bicentenario: La familia chilena en el tiempo. Santiago de Chile, Noviembre del 2010. [Citado 2013 Octubre 24]. Disponible en: <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTU1MDkzNA==&La+Familia+Chilena+en+el+Tiempo>

39. Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo. Valparaíso, Septiembre 2011. [Citado 2013 Octubre 27]. Disponible en: http://seremi5.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/01/Epi-ENT.pdf

13. ANEXOS.

13.1. ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

13.1.1. Para adulto mayor capaz de firmar el consentimiento informado.

Estudio: “Perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores pertenecientes a residencias de larga estadía públicas y privadas de la ciudad de Valdivia.”

Tesistas:

Nombre :Yasmine Cárcamo

Nombre: María José Fernández

Nombre: Karen Ovalle

E-mail: tesistas2013@gmail.com

Profesor Patrocinante de tesis: Elizabeth Flores G. E-mail: idaflores@uach.cl

Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, 3° piso. Universidad Austral de Chile.

Fono: (63) 221132 – Fax: (63) 213352

Revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia y autorizado por Dra. Ginette Grandjean (Fono: 281784).

Se me ha informado que se está ejecutando una investigación que será realizada por Tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, cuyo objetivo es describir el perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores que pertenecen a las residencias de larga estadía sociales y privadas de la ciudad de Valdivia, durante el primer semestre del año 2013. Tiene como propósito visibilizar las necesidades de cuidado de enfermería de los residentes, para establecer estrategias que favorezcan la calidad de vida de los adultos mayores.

Debido a que cumplo con las características y requisitos de esta investigación se me ha solicitado consentimiento y aprobación para participar de ella.

Mi participación en el estudio consistirá en autorizar la revisión de mis datos consignados en la ficha de salud y responder una encuesta sociodemográfica breve, de datos complementarios no señalados en la ficha. Se ha estimado que requiere de un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos en su contestación.

Se me ha explicado que la participación en esta etapa del estudio no implica riesgos ni costos y que esta es absolutamente libre y voluntaria. De manera que puedo negarme a participar sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibo o que necesite a futuro.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda la información obtenida será manejada con reserva y solo para fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ he sido informada(o)

Por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio, quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No aceptar , mi participación en el estudio.

Firma Adulto Mayor

Firma Tesista quien aplica el
Consentimiento

Valdivia, _____ 2013

13.1.2. Para tutor legal en caso de que el adulto mayor este incapacitado para firmar el consentimiento informado.

Estudio: “Perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores pertenecientes a residencias de larga estadía públicas y privadas de la ciudad de Valdivia.”

Tesistas:

Nombre :Yasmine Cárcamo

Nombre: María José Fernández

Nombre: Karen Ovalle

E-mail: tesistas2013@gmail.com

Profesor Patrocinante de tesis: Elizabeth Flores G. E-mail: idaflores@uach.cl

Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, 3° piso. Universidad Austral de Chile.

Fono: (63) 221132 – Fax: (63) 213352

Revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia y autorizado por Dra. Ginette Grandjean (Fono: 281784).

Se me ha informado que se está ejecutando una investigación que será realizada por Tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, cuyo objetivo es describir el perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores que pertenecen a las residencias de larga estadía sociales y privadas de la ciudad de Valdivia, durante el primer semestre del año 2013. Tiene como propósito visibilizar las necesidades de cuidado de enfermería de los residentes, para establecer estrategias que favorezcan la calidad de vida de los adultos mayores.

Debido a que mi representado cumple con las características y requisitos de esta investigación se me ha solicitado consentimiento y aprobación para participar de ella.

Mi participación en el estudio consistirá en autorizar la revisión de los datos de mi representado consignados en la ficha de salud y responder una encuesta sociodemográfica breve, de datos complementarios no señalados en la ficha. Se ha estimado que requiere de un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos en su contestación.

Se me ha explicado que la participación en esta etapa del estudio no implica riesgos ni costos y que esta es absolutamente libre y voluntaria. De manera que puedo negarme a la participación de mi representado sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibe o que necesite a futuro.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda la información obtenida será manejada con reserva y solo para fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ representante legal de

_____ he sido informada(o)

por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio, quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No aceptar , mi participación en el estudio.

Firma Representante Legal
del Adulto Mayor

Firma Tesista quien aplica el
consentimiento

Valdivia, _____ 2013

13.2. ANEXO 2: ENCUESTA.

Tipo de residencia			
Publica		Privada	

Datos demográficos.

Edad (años)	
-------------	--

Sexo			
Femenino		Masculino	

Estado civil					
Soltero(a)		Casado(a)		Separado(a)	
Divorciado(a)		Viudo(a)			

Número de hijos	
-----------------	--

Procedencia					
Valdivia		Corral		Lanco	
Los Lagos		Mafil		Panguipulli	
Mariquina		Pailaco		La Unión	
Futrono		Lago Ranco		Rio Bueno	
Otra región					

Religión					
Católica		Evangélica		Testigo de Jehová	
Mormón		Ortodoxa		Otra religión o credo	
Ninguna, ateo o agnóstico					

Datos sociales.

Tiempo de permanencia (años y meses)	
---	--

Motivo de ingreso						
Decisión propia		Decisión familiares	de		Situación de riesgo	

Financiamiento de la estadía					
Propio		Familiar		Plan social	
Compartido					

Previsión social					
AFP		INP		Caja de Carabineros	
Caja de FFAA		No cotiza			
Otra ¿Cuál?					

Previsión de salud					
Fonasa A		Fonasa B		Fonasa C	
Fonasa D		Isapre		FF.AA	
Otra ¿Cuál?					

Ingresos económicos					
Menos de \$100.000		De \$100.000 a \$199.999		De \$200.000 a \$299.999	
De \$300.000 a \$399.999		De \$400.000 a \$499.999		\$500.000 y más	

Pertenencia a programas sociales.			
Si		No	

Ocupación previa al ingreso					
Trabajador dependiente		Trabajador independiente		Jubilado (a)	
Cesante / Dueña de Casa		Situación de calle			

Datos de salud.

Grado de dependencia física			
Independiente		Dependiente Leve	Dependiente moderada
Dependiente grave			

Dependencia psíquica			
Si		No	

Patología crónica			
Diabetes Mellitus 1		Diabetes Mellitus 2	Hipertensión Arterial
Dislipidemia		Alzheimer	Parkinson
Demencia senil		Osteoporosis	Artrosis
No presenta		Otra ¿Cuál?	

Tratamiento farmacológico permanente			
No utiliza fármacos.		Requiere de 1 fármaco al día.	Requiere de 2 a 4 fármacos al día.
Requiere de 5 o más fármacos al día.			

13.3. ANEXO 3: INDICE DE BARTHEL

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

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

*Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

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