

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
ESCUELA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE MEDICINA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR
FRÁGIL INASISTENTE A CONTROL ANUAL DE EMPAM,
EN EL CESFAM DE NIEBLA EL AÑO 2011**

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

CAMILA ANDREA BARRUETO GUARDA
IVONNE LANDY RÍOS ISLA
EVELYN ANDREA VILLANUEVA BARRIENTOS
VALDIVIA-CHILE
2012

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ana Luisa Cisternas Muñoz
Profesión : Enfermera
Grado : Magíster en Gerontología y Geriatria.
: Magíster en Modelado del conocimiento para entornos Virtuales en Educación.
: Diplomado en competencia para formadores en educación superior
: Doctorado en Geriatria (C)

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

- 1) - **Nombre** : Ida Elizabeth Flores González
- **Profesión** : Enfermera
- **Grado** : Magíster en Enfermería, Mención del Gestión Cuidado
- **Instituto** : Enfermería
- **Facultad** : Medicina
- **Firma** :
- 2) - **Nombre** : Vinka Aleova Yusef Contreras
- **Profesión** : Enfermera
- **Grado** : Magister en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado
- **Instituto** : Enfermería
- **Facultad** : Medicina
- **Firma** :

Fecha Examen de Grado: 17 de Diciembre de 2012.

INDICE

| | |
|-------------------|----|
| RESUMEN | 4 |
| SUMMARY | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| OBJETIVOS | 18 |
| MATERIAL Y MÉTODO | 19 |
| RESULTADOS | 24 |
| DISCUSIÓN | 33 |
| CONCLUSIÓN | 36 |
| BIBLIOGRAFÍA | 37 |
| ANEXOS | 40 |

RESUMEN

En el último siglo, se ha experimentado un envejecimiento poblacional tanto a nivel mundial como local, esto se ve influenciado por la disminución de la natalidad y por el aumento en la esperanza de vida. Actualmente, la población chilena se encuentra en una transición demográfica, donde un 10 % de sus habitantes son adultos mayores.

El proceso de envejecimiento, inherente al ser humano, conlleva cambios tanto físicos como psicológicos y sociales. En nuestro país, todos los adultos mayores de 65 años deben realizarse el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), para la pesquisa oportuna de patologías crónicas, alteraciones sensoriales o psicológicas, cambios conductuales, entre otros, que repercutan tanto positiva como negativamente en la calidad de vida del adulto mayor.

El siguiente estudio cuantitativo-descriptivo se enfoca en la población de adultos mayores, residentes en la zona costera de la comuna de Valdivia, usuarios del CESFAM Rural de Niebla, inasistentes a su control anual de EMPAM durante el año 2011, principalmente los clasificados funcionalmente como frágiles con el fin de determinar las características propias de esta población.

Se obtuvieron resultados que reflejan las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población antes mencionada. Estos fueron analizados descriptivamente para obtener un perfil de los adultos mayores estudiados.

El adulto mayor frágil, participante de este estudio, es en su totalidad de sexo femenino, encontrándose principalmente entre los 65-75 años de edad, estando mayormente casadas. El nivel educacional es de un 66,7% básica incompleta, y el grado de alfabetización que presentan corresponde a saber leer y escribir en casi la totalidad, con solo un 16,7% de analfabetismo. La totalidad de encuestadas vive con sus familias, principalmente pertenecen al nivel socioeconómico medio y reciben como ingreso una pensión mensual. El total de la población es beneficiaria del sistema de salud, perteneciendo a FONASA. Por otra parte, ningún participante se identifica con una etnia originaria.

SUMMARY

In the last century, the local and worldwide population has aged significantly. This is influenced by a decrease in birth rate and an increase in life expectancy. Nowadays, the Chilean population is in a demographic transition with 10 % of its inhabitants classified as major adults.

The process of aging carries physical, psychological and social changes. In our country, all the 65-year-old major adults can get a free EMPAM (Examination of Preventive Medicine of the Major Adult). The purpose is to check for chronic pathologies, sensory or psychological alterations, and behavioural changes. These conditions greatly influence the quality of life for major adults.

The following statistics are from a descriptive study focused on the population of major adults residing in the coastal zone of the commune of Valdivia and the Rural CESFAM (Family health center) of Fog. Using EMPAM's annual control from the year 2011, we'll look at the segment of the population principally classified as major fragile adults in order to determine the characteristics of this population. The results reflect the social demographics and epidemiological factors of the population before mentioned, which were analysed to obtain a profile of the major studied adults.

The major fragile adult participant of this study was entirely female between 65-75 years of age. Most are married. The educational level is 66.7 % basic incomplete; this degree of literacy corresponds to being able to read and write. However, 16.7 % were illiterate. All polled subjects lived with their families, principally they belonged to the socioeconomic average level and thus receive a monthly pension. The total of the population is a beneficiary of the system of health, belonging to FONASA. On the other hand, no participant identifies with an original race.

The epidemiological principal characteristics indicate that 83% have Arterial Hypertension, followed by Dislipidemia, Diabetes Mellitus and Degenerative osteoarthritis. In spite of this, the number of medicaments is distributed equitably in three categories. In addition, according to nutritional condition, 67 % are obese and 33 % are in the normal weight range.

1. INTRODUCCIÓN

Un perfil sociodemográfico es la suma de las características de una población en desarrollo durante un determinado tiempo, lo que constituye una fuente de información para el conocimiento cabal de los usuarios y sus problemas, pudiendo así crear planes de atención orientados a cubrir las necesidades de dicha población y mejorar su calidad de vida.

La atención primaria en salud centra la entrega de sus servicios en una población definida tanto territorial como socialmente, por lo que contar con una caracterización detallada de esta, por medio de una herramienta como lo es el perfil sociodemográfico, hace más propicia la orientación que merecen las estrategias de prevención e intervención, creando de esta manera una gestión de recursos eficiente y entregando una atención de calidad.

El principal objetivo de esta investigación es caracterizar a la población adulto mayor en estado de fragilidad, pues este grupo de pacientes tiene más posibilidades de enfermar y/o crear dependencia en un corto plazo que aquellos autovalentes. Además se decidió trabajar con adultos mayores inasistentes a sus controles de salud debido a que se considera que son quienes podrían presentar mayores riesgos en este sentido, por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de la población adulta mayor frágil e inasistente a sus controles de salud?. Se espera responder a esta interrogante y aportar con esto al área de enfermería comunitaria de esta localidad.

En este sentido enfermería tiene una labor protagónica a la hora de generar cambios positivos en cuanto a prevención y promoción de salud, sobre todo en un país caracterizado por el aumento de la longevidad y demanda creciente de especialización y conocimientos en la población adulta mayor, terminando como meta final, entregar las herramientas necesarias para generar una mejor calidad de vida en los adultos mayores, evitando la aparición temprana de alteraciones que vayan en perjuicio de su salud.

Por los motivos ya expuestos es que se hace necesaria la obtención de este tipo de datos, pues no existe un catastro de estos pacientes tanto a nivel local como regional, lo cual abre un abanico de posibilidades de generar diversos estudios con los adultos mayores en estado de fragilidad, que sin duda aportará grandes beneficios a la enfermería comunitaria, pues al conocer cabalmente las características y necesidades de este tipo de usuarios, se gestiona y orienta de manera más eficiente y específica, diferentes programas de salud, además de distribuir equitativamente los recursos disponibles ya sean ministeriales o propios del

centro de atención, con el fin de procurar un mejor estado de salud, mayor autocuidado y sin duda una mejor calidad de vida.

2. MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de:

- 60-74 años son consideradas de edad avanzada
- 75-90 años, viejas o ancianas
- Mayor a 90 años, grandes viejos o grandes longevos.

Adulto mayor se considera a las personas mayores de 60 años de edad en países en desarrollo y mayores de 65 años a los que viven en países desarrollados (1). En Chile a todo individuo mayor de 60 años, se le denomina adulto mayor o de la tercera edad (2).

2.1 ENVEJECIMIENTO

A través del proceso de envejecimiento, el adulto mayor va perdiendo el control sobre sus funciones básicas, lo que provoca a su vez, que actividades antes realizadas rutinariamente no puedan ser ejecutadas con independencia y se necesite de la ayuda de un cuidador. Esta pérdida de la autonomía va de la mano de sentimientos de inutilidad, frustración y enojo, que lentamente desembocan en un cuadro depresivo, sobre todo si el individuo no posee redes de apoyo de calidad. El adulto mayor con estas características, inexorablemente comienza por descuidar su salud, realiza actividades perjudiciales para ésta y no asiste a sus controles de crónicos ni a sus controles anuales del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM, ANEXO 1).

Según Kirwood, el proceso de envejecimiento se refiere al deterioro progresivo y generalizado de las funciones, lo que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad. Por otra parte, Chesnals y Morales (3), mencionan que en la práctica, se habla de envejecimiento de la población cuando se ha alterado la estructura por edades de esta y se registra un aumento sostenido del peso relativo de las personas de 60 o más años, lo que se ve reflejado de forma progresiva en Chile a través de los años.

Se debe tener presente que todo ser humano experimenta una serie de cambios fisiológicos durante el proceso de envejecimiento, estos se acentúan y/o son más notorios aproximadamente a los 60 años de edad y no sólo son físicos, sino también psíquicos y sociales, factores que están presentes en el concepto de fragilidad y que influyen en la calidad de vida en esta población (2).

El término calidad de vida se refiere al bienestar en salud, funcionalidad física y estabilidad socioeconómica, determinado por el componente subjetivo que le entrega cada persona a su percepción de bienestar; en lo que respecta al tema de esta tesis, se utilizará el término calidad de vida como el bienestar en salud, el cual no sólo está determinado por la ausencia de patologías sino también por las destrezas de la capacidad funcional del individuo y la autonomía en cuanto a su autocuidado (4).

Los cambios que experimenta el adulto mayor en el proceso de envejecimiento, se relacionan con la prevalencia de enfermedades que estos presentan. Dentro de estos cambios se encuentra la disminución de la respuesta inmune y el deterioro de la piel, las enfermedades crónicas derivadas de cambios en el funcionamiento cardiovascular, el aumento de los depósitos de colesterol y fibrina en las arterias entre otros (5), lo que se ve evidenciado en la II Encuesta Nacional de Salud 2010 (ENS), en la que la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de 65 años fue de un 74.6%, colesterol total elevado un 41,6%, exceso de peso (con un índice de masa corporal mayor o igual a 25) un 73,6%, diabetes mellitus un 25,8%, infarto agudo al miocardio 62%, y el accidente cerebro vascular un 8% (6). Esto confirma que el proceso de envejecimiento produce cambios fisiológicos que si no son manejados de una forma adecuada pueden repercutir negativamente en el estado funcional de la persona.

Otra situación que cobra gran importancia es la salud oral, incluso más que en el sentido estético y su influencia en la autoestima, esta adquiere relevancia vital en el estado nutricional y de salud de los adultos mayores. El uso de prótesis dental o la presencia de caries, además, pueden constituir un foco de infecciones respiratorias, principalmente neumonías (7).

Los cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por las conductas de alimentación y el propio estado nutricional. Los hábitos alimenticios inadecuados son un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida en esta edad (8).

En cuanto a los hábitos alimenticios de los adultos mayores en Colombia, en una investigación realizada por Restrepo et al (8), se identificó que la gran mayoría de éstos consume 3 comidas diarias y sólo el 8,2% consume sólo 1 o 2 comidas, constituyendo un factor de riesgo para acelerar el proceso de fragilización. Además, se identificó que entre éstos, existe un bajo consumo de productos lácteos, carnes, frutas, verduras y un alto consumo de alimentos fritos, siendo la alimentación en sí poco variada e insuficiente, ya que se observó que no alcanza a cubrir las necesidades calóricas y nutricionales (8).

Las comorbilidades sumadas al deterioro cognitivo, muchas veces presente en un estado de depresión, además de un índice de masa corporal alterado, funcionalidad motriz deficiente, disminución de redes de apoyo, entre otras, favorecen la evolución hacia la dependencia, entendida por una reducción parcial o total de la capacidad de llevar a cabo una actividad de forma adecuada o dentro de límites normales (9).

El envejecimiento sostenido de la población ha influido en el desarrollo de ciencias orientadas exclusivamente al estudio de la vejez como la gerontología, que estudia el envejecimiento fisiológico de las personas (10), y se centra en promover la salud para así prolongar la esperanza de vida y mejorar la calidad de ésta. Por otra parte, la geriatría se orienta a mantener la capacidad funcional y autonomía de los adultos mayores, controlando y tratando las patologías que se presentan en esta etapa (10).

Para el tratamiento de las patologías prevalentes en el adulto mayor, que por lo general son enfermedades crónicas, se emplea un enfoque multidisciplinario (10) poniendo énfasis en evitar el deterioro de la funcionalidad y mejorar la calidad de vida.

En Chile se realizan controles anuales para verificar la salud de adultos mayores y prevenir oportunamente complicaciones. Existe en este sentido el Programa de Salud del Adulto Mayor que rige desde el año 2002 y está destinado a satisfacer necesidades y demandas de salud de los adultos mayores en Chile (11).

2.2 FUNCIONALIDAD Y FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR

En el año 1982, durante la Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en Viena, se consensuó el uso de la funcionalidad como indicador específico del estado de salud de los adultos mayores. Esto debido a que los indicadores de morbilidad y mortalidad, usados en las otras etapas del ciclo vital, no corresponden para esta etapa puesto que la morbilidad no establece diferencias entre personas sanas y enfermas y generalmente los adultos mayores padecen enfermedades crónicas y/o degenerativas (11).

El instrumento de tamizaje para medir el nivel de funcionalidad en Chile es el EFAM-CHILE (Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor-Chile), inserto dentro del EMPAM (ANEXO 1), el cual permite diferenciar entre adulto mayor autovalente y aquel con alteración funcional o frágil (11).

La fragilidad del adulto mayor se define como un “síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas

fisiológicos, lo que causa a su vez un mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte” (12). En términos de funcionalidad también se define la fragilidad según estas características, llevando tempranamente a la discapacidad, enfermedad y aumento de la demanda de cuidados de terceros (13).

Por su parte, Marín (14) menciona que no sólo se considera frágil a un adulto mayor por presentar enfermedades, sino también puede serlo desde el punto de vista social, como lo es el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, aislamiento, o bien tener el conjunto de factores de riesgos como estilos de vida poco saludables, desnutrición e inactividad. La etiología de la fragilidad es considerada multifactorial y su fisiopatología está influida por la interacción y superposición de factores, entre ellos alteraciones del estado de ánimo, deterioro cognoscitivo (el cual es medido a través del Minimental Abreviado, incorporado en el EFAM, el cual es una herramienta de tamizaje validada en Chile el año 1999 y que se utiliza para evaluar la capacidad cognitiva y comprensiva del individuo, por medio de la medición de la orientación, registro, cálculo, memoria y lenguaje), además de manifestaciones clínicas diversas, que se identifican como componentes de muchas enfermedades crónicas (15).

Sin duda que la fragilidad condiciona el estado de salud del adulto mayor asociándose a una mayor incapacidad y dependencia (16). En este sentido para identificar la disminución de la capacidad funcional asociada al adulto mayor con aumento de su dependencia, surgen los conceptos de “fragilidad” y “anciano frágil”. Además, las personas frágiles son quienes utilizan con más frecuencia los servicios de atención en salud (15).

Principalmente, el síndrome de fragilidad se retrasa en su aparición con un envejecimiento óptimo, que combina las esferas de evasión de la enfermedad y la discapacidad, elevada función física y cognitiva y compromiso con la vida (9). Por lo tanto, si las condiciones clínicas de fragilidad antes descritas son detectadas y tratadas a tiempo, producen un resultado muy favorable para el paciente.

El tratamiento de la fragilidad consiste en una serie de actividades que retardan el proceso acelerado de envejecimiento, impidiendo una abrupta dependencia del anciano. Existen maniobras terapéuticas cuya utilidad ha sido demostrada en pacientes frágiles, así mismo, estudios han comprobado que en pacientes geriátricos el ejercicio sumado a una mayor ingesta proteica es beneficioso a múltiples niveles fisiológicos (17). Una correcta nutrición ayuda a mantener y mejorar las funciones del sistema inmunológico, protegiendo al organismo contra las infecciones, favoreciendo además, un estado saludable y productivo durante el mayor tiempo posible. La desnutrición en la vejez constituye una fuente de fragilidad en el anciano que da lugar a un mayor número de complicaciones y mal pronóstico de las enfermedades (18).

2.2.1 Síndrome Geriátrico

Por otra parte, es necesario mencionar los síndromes geriátricos, que se definen como un conjunto de signos y síntomas generalmente originados a partir de las patologías que frecuentemente presentan los adultos mayores, aunque en realidad, su causa es multifactorial, ya que es el resultado de las alteraciones en varios de los sistemas de una persona de edad avanzada (13). Se les agrupa como un cuadro, ya que estos síntomas no son específicos de una enfermedad y además pueden ser la causa de otro de los síntomas perteneciente a este síndrome. Se presenta especialmente en el grupo de los adultos mayores frágiles, ya que causan incapacidad funcional, provocando un potencial factor de riesgo para la discapacidad.

El síndrome geriátrico engloba a la incontinencia urinaria, caídas, úlceras por presión, demencia/ delirio y declinación funcional. Entre los factores de riesgo predisponentes para la aparición de este síndrome se encuentran la edad avanzada, el deterioro funcional y cognitivo, la alteración en la movilidad, la desnutrición, caídas previas, comorbilidad, el uso de fármacos, hospitalizaciones frecuentes, entre otros factores que se presentan en casi la totalidad de los adultos mayores chilenos (13). La principal forma de prevención o retraso de estos síndromes es la detección precoz de las causas o síntomas en atención primaria, ya sea en el control de pacientes con patologías crónicas o en la realización del EMPAM (ANEXO 1), para poder lograr un tratamiento adecuado y evitar que el adulto mayor llegue a una fase de discapacidad y/o dependencia.

Para la prevención de los síndromes geriátricos se ha propuesto una exploración completa del adulto mayor mediante la Valoración Geriátrica Integral (VGI) a raíz de la alta prevalencia de problemas no diagnosticados en el adulto mayor y que no eran detectados en la anamnesis ni en la exploración física tradicional (19). La VGI consiste en la identificación de los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que presente el individuo (13); a su vez, tiene el objetivo de planificar el tratamiento y seguimiento acorde a las necesidades reales del paciente, optimizando los recursos disponibles dentro de sus redes sociales y de apoyo, además de contar con diagramas objetivos para la toma de decisiones, lo que permite una mayor eficiencia de los recursos. A partir de la incorporación de esta nueva estrategia, se han realizado estudios que avalan los beneficios de la aplicación de la VGI (13), los cuales son asertividad diagnóstica, detección de problemas existentes y corregibles en el adulto mayor, aumento de la esperanza de vida, retraso de la alteración del estado funcional y cognitivo, relación costo-beneficio favorable, disminución de hospitalizaciones e institucionalizaciones, entrega de atención oportuna en base al reconocimiento de los recursos del paciente y su entorno (13, 19).

Si bien el concepto de VGI se comenzó a incorporar en países desarrollados donde la población es mayoritariamente adulta mayor, en Chile, luego de los cambios demográficos que ha experimentado, también se ha incluido este tipo de valoración por medio de la aplicación del EMPAM. A pesar de ello, no se han realizado estudios que determinen la real efectividad

de este tipo de evaluación geriátrica en el país, o para su adaptación a la realidad nacional este tipo de instrumentos, hecho que se ve influenciado por el poco tiempo disponible de los profesionales para entregar atención a los usuarios debido a que la demanda de consultas por parte de adultos mayores ha aumentado.

También en la VGI es de suma importancia indagar en aspectos psicológicos y emocionales que pudiesen afectar el bienestar del adulto mayor o crear un factor desfavorable en el cuidado o recuperación de la salud, por lo cual también se debe investigar en el área social los sistemas de apoyo que posea el individuo, o bien entregarles las herramientas para acudir a otras redes si fuese necesario. En el ítem cognitivo y mental, se da énfasis en valorar la memoria, capacidad cognitiva, orientación temporo-espacial, etc. a través de la aplicación de escalas como el Minimal Abreviado, que se incorpora en el EFAM ⁽¹³⁾.

Es importante profundizar el ámbito funcional, ya que existe gran número de personas adultas mayores, que viven solas y cuentan con pocas redes de apoyo, lo cual puede influir directamente en el autocuidado y prevención de enfermedades. Lo esencial en la valoración de la funcionalidad es detectar a tiempo síntomas o signos sugerentes de fragilidad para evitar una dependencia temprana ⁽¹³⁾.

En cuanto a las pautas que se manejan en nuestro país, son estándares validados tanto a nivel nacional como internacional, éstas se aplican en forma abreviada, dejando muchos datos relevantes fuera de la valoración, lo que provoca una detección tardía de nuevos problemas que aquejan al adulto mayor.

2.3 EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR (EMPAM) EN CHILE.

En Chile, como parte de la Valoración Geriátrica Integral, se realiza anualmente y de forma gratuita el EMPAM a todos los adultos mayores sobre 60 años pertenecientes al Fondo Nacional de Salud (FONASA) inscritos en los distintos Centros de Salud Familiar (CESFAM) o consultorios a los que corresponden según su procedencia, o de forma particular, a aquellos adultos mayores pertenecientes a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) ⁽²⁰⁾. En este examen se evalúa, entre otras cosas, la funcionalidad de éstos mediante el Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) ⁽¹¹⁾.

El EFAM en Chile surge de la necesidad de contar con un instrumento predictor de pérdida de la funcionalidad en una persona adulto mayor que vive en la comunidad, este instrumento ayuda a predecir oportunamente a aquellos adultos mayores que están en riesgo de perder su funcionalidad. Dentro del EFAM, cuestionario que permite medir la funcionalidad del adulto mayor clasificándolo según su nivel de autovalencia, se encuentra

como herramienta de tamizaje del grado de dependencia el Índice de Katz (*), que es un instrumento de valoración funcional que nos permite medir los distintos tipos de dependencia según la capacidad de realización de actividades de la vida diaria (11).

El examen de funcionalidad discrimina entre adultos autovalentes, dependientes o frágiles por medio de la aplicación de una serie de preguntas referentes a las actividades de la vida diaria como son la capacidad de bañarse, manejar el dinero, administración de medicamentos, preparación de alimentos, realización de tareas del hogar; la determinación de los años de escolaridad, entre otros. También se evalúa la capacidad del adulto mayor para realizar movimientos voluntarios de extremidades y por último, la aplicación del Minimental Abreviado (21). Si la persona alcanza un puntaje que lo clasifica como autovalente, se debe determinar el riesgo de ser dependiente, evaluando la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, estado de ánimo y capacidad cognitiva (20), de acuerdo a esto, los adultos mayores se clasificarían como autovalentes, autovalentes con riesgo y dependientes.

Aunque la mayor parte de los adultos mayores en Chile se declare sin discapacidad, más de un tercio de ellos presenta una disminución de su capacidad funcional, lo que afecta directamente las actividades de la vida diaria, provocando en ellos un grado de dependencia que conlleva la necesidad de apoyo de un cuidador, atención o institucionalización a veces por el resto de sus vidas, lo que a la larga, provoca un aumento en los costos y la demanda de servicios sociales y de salud.

En la Encuesta de Protección Social 2004 (EPS) (7), se exploró el grado de dependencia de los adultos mayores. El 78% de ellos no necesitó ayuda alguna para realizar actividades de la vida diaria. El 27% de las mujeres y el 16% de los hombres declararon algún grado de dificultad o necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas. El 21 % de las mujeres y el 11% de los hombres mayores, tuvieron dificultades para caminar largas distancias; un 18% de las mujeres y un 10% de los hombres declararon problemas para subir escalas; el 10% de las mujeres y el 6% de los hombres presentaron problemas para bañarse; el 7% de las mujeres y el 5% de los hombres tuvieron problemas para vestirse y el 2% en ambos sexos, presentaron problemas para comer.

* El Índice de Katz fue reemplazado por el Índice de Barthel durante la realización de éste estudio. El Índice de Barthel también evalúa grado de dependencia, diferenciándose del Índice de Katz en los ítems a evaluar y la mayor cantidad de grados de dependencia en que clasifica al usuario según puntaje obtenido.

2.4 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Chile se encuentra en un escenario de transición demográfica avanzada con una baja natalidad y mortalidad sumadas a un crecimiento anual menor al 1% de la población, que debido a lo antes mencionado, su principal característica es ser una población madura. Este escenario es compartido con otros países latinoamericanos como Argentina, Cuba y Uruguay (7).

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), durante el año 2005 realizó una proyección de pirámides demográficas para el año 2025 y 2050, en las que se observa esta baja en la natalidad, lo que lleva a un envejecimiento gradual de la población caracterizado por una pirámide regresiva.

En estos momentos en Chile el 10% de la población es adulto mayor (más de 1,3 millones de personas), de éstos, un 30% del total se encuentra y vive en condiciones de fragilidad y el 3 a 5% son postrados o totalmente dependientes de otros para su cuidado en el diario vivir (22).

Aunque sólo el 3-7% de los adultos mayores entre 65 y 75 años son frágiles, la prevalencia de fragilidad aumenta con la edad, llegando a más de un 32% en los adultos mayores con más de 90 años. De los adultos mayores frágiles, el 7% no sufre ninguna enfermedad y el 25% tiene sólo una comorbilidad. Si se excluyen los adultos mayores con condiciones médicas agudas y crónicas, un 7% de los > 65 años y un 20% de los >80 años son frágiles (12).

Estas cifras, en un futuro próximo seguirán en aumento, debido al contingente de adultos muy mayores que se va agregando año a año, lo que incrementará aún más el porcentaje de los frágiles, como de postrados o muy dependientes, que a su vez concentran a los que más utilizan recursos socio-sanitarios (14).

2.5 CESFAM RURAL NIEBLA

La Región de Los Ríos, creada en marzo del 2007, es una de las regiones más nuevas del país. Comprende las provincias de Ranco y Valdivia, a su vez esta última, se compone de 19 comunas, perteneciendo la localidad de Niebla a la comuna de Valdivia.

El distrito de Niebla, es una localidad costera ubicada en la desembocadura del río Valdivia, a 17 km al suroeste de la ciudad de Valdivia. Posee una superficie total de 0,94 km²,

de los cuales sólo 300 km aproximadamente son planos, luego aumenta la altura debido a la gran cantidad de cerros que posee la localidad. Por lo tanto, Niebla es un asentamiento humano, influenciado fuertemente por su emplazamiento costero y por los cataclismos que ha debido enfrentar en el último siglo.

Según el censo del 2002 ⁽²³⁾ Niebla posee 2202 habitantes, de los cuales gran parte son adultos mayores. Este grupo de personas comparten características comunes que, en muchos casos, les dificultan el diario vivir en una zona de difícil geografía.

Debido al aumento de la longevidad y la esperanza de vida de la población chilena, el sistema de salud debe buscar las mejores formas para que los adultos mayores se desarrollen dentro del mejor estado de salud y calidad de vida posible y la mayor autonomía e independencia que pudieran mantener.

Considerando esto último, es de vital importancia conocer la realidad demográfica en la cual se encuentra la Región de Los Ríos y principalmente la comuna de Valdivia, producto de lo cual toma gran importancia el realizar, en una primera instancia, este proyecto de investigación que permitirá describir con certeza el estado funcional de los adultos mayores inscritos en el CESFAM Rural de Niebla.

El CESFAM Rural Niebla, comenzó a funcionar como tal en noviembre del año 2001, siendo pionero en Chile en prestar atención en salud bajo este nuevo enfoque, como parte de la Reforma en Salud ⁽²⁴⁾.

El territorio geográfico al cual presta sus servicios este CESFAM lo posiciona como un centro estratégico, ya que su atención cubre a toda la ribera norte de la zona costera de la Región de Los Ríos. Este territorio se divide en 2 sectores; Aitúe (desde Puente Cutipay hasta Playa Calfuco) e Inalaf (desde Calfuco, incluyendo Curiñanco, Pilolcura, Las Minas, Bonifacio y Los Pellines) ⁽²⁴⁾.

Este CESFAM cuenta desde julio de 2008 con la tecnología del programa de registro clínico electrónico conocido como Red Asistencial y Enlace Nacional (RAYEN) ⁽¹⁵⁾, una herramienta que facilita la gestión y administración en la atención de los pacientes inscritos en éste, puesto que permite un acceso rápido a los registros de atención, controles y pruebas diagnósticas del grupo familiar, lo que promueve el modelo de salud familiar integral.

Del total de usuarios inscritos en el CESFAM, 713 son adultos mayores de 65 años, de éstos, 367 corresponden a mujeres y 346 hombres, los que se encuentran repartidos dentro del territorio antes descrito. A pesar de tener un registro acabado de los usuarios, no se cuenta

con cifras claras sobre el estado funcional de todos los adultos mayores inscritos, sólo de aquellos que pertenecen al Programa de Postrados del Ministerio de Salud, el cual entrega apoyo tanto en atención en salud como económico a la familia del paciente postrado (24).

Una de las dificultades del CESFAM de Niebla es la inasistencia de los usuarios a los controles de salud, debido a la incapacidad del equipo de salud para cubrir con visitas domiciliarias de rescate a los pacientes que no asisten a sus horas destinadas, se cree que algunas posibles causas que influyen en la inasistencia de los adultos mayores a sus controles de salud al CESFAM de Niebla derivan de la disminución de la funcionalidad física, lejanía con el centro de atención, el sentimiento de inutilidad de éstos, la cultura, la ausencia de un cuidador en caso de adultos mayores con riesgo de sufrir algún accidente, el miedo a sufrir accidentes, el clima, etc.

Dentro de la atención integral de enfermería y del equipo de salud en el CESFAM, se incluyen visitas domiciliarias a los usuarios pertenecientes a un centro de salud, lo que en la práctica, ya sea debido a falta de personal, recursos o priorización de actividades, no se realiza adecuadamente, pues en el caso de pacientes que no asisten a sus controles se debiera realizar visitas domiciliarias de rescate para conocer las razones de la inasistencia a los controles de salud, además de la realización del examen correspondiente.

Esta deficiencia en la atención de salud cobra real importancia en una población rural y de características sociodemográficas tan particulares como lo es la población de la localidad de Niebla, donde todas las deficiencias que conlleva el proceso de envejecimiento se ven sumadas a las dificultades que posee este grupo etáreo para salir de sus hogares y cumplir con sus controles de salud. Por esto, es importantísimo que el personal de salud conozca estas características de los adultos mayores usuarios del CESFAM Niebla, más aún si estas influyen en el cumplimiento de sus controles de salud, para así poder justificar la necesidad y la importancia de realizar periódicamente visitas de salud domiciliaria a estas personas.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil sociodemográfico del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los adultos mayores frágiles inasistentes el año 2011, según EMPAM realizado en visita domiciliaria de rescate entre Julio y Septiembre del 2012.
2. Clasificar según funcionalidad a aquellos adultos mayores inasistentes a sus controles anuales de EMPAM el año 2011 en el CESFAM de Niebla.
3. Determinar las características sociales del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011.
4. Determinar las características demográficas del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011.
5. Determinar el perfil económico del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011.

4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO

En este estudio se utilizará una metodología cuantitativa transversal, descriptiva y experimental.

Transversal, ya que los datos son obtenidos en la actualidad y las variables serán estudiadas simultáneamente.

Cuantitativo debido a que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables en estudio.

Descriptivo, pues se busca especificar características y rasgos importantes del fenómeno a analizar, se describirán las tendencias de un grupo de población específico.

Experimental, se intervendrá en la población en estudio, realizando el control de salud correspondiente, además de aplicar las encuestas incluidas en los anexos (25).

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Se consideró el universo de adultos mayores inscritos en el CESFAM de Niebla, que se encontraban inasistentes a su control anual de EMPAM entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año 2011 y según visita domiciliaria de rescate fueron diagnosticados como frágiles.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Usuarios de 65 años o más, usuarios del Centro de Salud Familiar de Niebla, que se encontraban inasistentes a su control de EMPAM durante el año 2011, clasificados como frágiles según control realizado en visita domiciliaria de rescate.

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Usuarios con EMPAM al día
- Usuarios fallecidos inasistentes a su EMPAM el año 2011
- Inscritos no residentes en la comuna de Valdivia
- Dependientes o inscritos en el Programa de Postrados

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el registro de pacientes sobre 65 años inscritos en el CESFAM de Niebla donde se identificaron aquellos usuarios inasistentes a su control anual de EMPAM el año 2011 realizando la clasificación correspondiente mediante visita domiciliaria de rescate.

Durante la visita domiciliaria a aquellos pacientes inasistentes se aplicó un cuestionario sociodemográfico validado por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) (ANEXO 2) que contiene 13 preguntas cerradas acerca del nivel socioeconómico, además, se utilizó un Formulario de antecedentes del adulto mayor CESFAM Rural de Niebla (ANEXO 3) que contiene 11 preguntas cerradas y finalmente se aplicó el formulario EMPAM-EFAM (ANEXO 1).

Los cuestionarios fueron aplicados por las investigadoras. El tiempo aproximado para responder estos fue de 60 minutos.

Los datos obtenidos se proporcionaron al CESFAM de Niebla para la actualización de las fichas clínicas de los usuarios incluidos en el Programa RAYEN.

4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para tabular y graficar la información recolectada se utilizó el programa Excel y los resultados fueron representados en gráficos y tablas simples relacionando más de una variable.

4.7 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Definición Nominal | Definición Operacional |
|------------------------------|---|---|
| Edad | Número de años cumplidos al momento de aplicar el instrumento | - 65-75 años - 76-85 años - 86 años o más |
| Sexo | Género al que pertenece la persona | - Femenino - Masculino |
| Escolaridad | Cursos aprobados que el encuestado siguió en un establecimiento educacional | - Ninguna - Básica incompleta - Básica completa - Media incompleta - Media completa - Superior incompleta - Superior completa |
| Estado Civil | Situación civil del encuestado | - Soltero (a) - Casado (a) - Separado (a) - Viudo (a) - Conviviente |
| Previsión | Situación previsional del encuestado | - Fonasa A - Fonasa B - Fonasa C o D - Dipreca - Prais - Capredena - Otra |
| Enfermedades Crónicas | Patologías crónicas diagnosticadas en el encuestado | - Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial - Dislipidemia - Artrosis - Ninguna - Otra |
| Con quien vive | Personas con las que habita el encuestado en una vivienda | - Con su familia - Con otros - Vive solo |
| Ingresos | Ingresos monetarios que percibe mensualmente el encuestado | - Recibe pensión - Aportes Familiares - Remuneración - Pensión + Aportes Familiares - Pensión + Remuneración - Otros |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| Alfabetismo | Capacidad del encuestado para realizar las operaciones básicas de leer y escribir | <ul style="list-style-type: none"> - Sabe leer y escribir - Sólo lee - Analfabeto - Lee y escribe con dificultad |
| Uso de fármacos | El encuestado requiere de uso habitual de fármacos para controlar patología de base | <ul style="list-style-type: none"> - 0 a 2 - 3 a 4 - 5 o más |
| Estado Nutricional | Estado nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente al momento de la aplicación del EMPAM-EFAM | <ul style="list-style-type: none"> - Enflaquecido - Normal - Sobrepeso - Obeso |
| Nivel Socioeconómico | Indicador del poder adquisitivo del encuestado | <ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio alto - Medio - Medio bajo - Bajo |
| Origen Étnico | Sentido de pertenencia a alguna etnia del individuo | <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No |

4.8 RIGOR ÉTICO

La ejecución de esta investigación cuenta con rigor ético al poseer consentimiento informado (ANEXO 4) mediante el cual la persona decide si quiere o no participar del estudio además de poder retirarse de él en cualquier momento.

Según los principios básicos de la bioética presentes en la investigación se destaca la beneficencia debido a que las personas clasificadas como autovalentes con riesgo se verán beneficiadas al ser identificadas como tal y además percibirán la preocupación del CESFAM por su asistencia a los controles de salud. El principio de no maleficencia se verá reflejado en que los participantes no presentarán ningún tipo de daño físico, moral o psicológico con la investigación, además se les entregará un trato basado en el respeto y la confianza. En cuanto al principio de justicia este se aplicará mediante la ejecución del EMPAM al universo de usuarios inasistentes a su control anual el año 2011, posteriormente se excluirá de la investigación a todos aquellos pacientes que no cuenten con los criterios de inclusión, además, en el caso de aquellos usuarios en que se pesquise alguna condición que necesite de asistencia médica, derivación o inclusión a un programa ministerial serán oportunamente notificados a su centro de salud familiar. Finalmente el principio de autonomía se aplicará al informar al usuario que es libre de participar del estudio o de retirarse de él según le parezca.

En el momento en que se realizaron las visitas de rescate ninguno de los usuarios entrevistados denegó su participación en el estudio.

La propuesta de investigación, además, fue analizada por el comité de ética del Servicio de Salud Valdivia, quienes decidirán su viabilidad en el sentido bioético.

5. RESULTADOS.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos a la población en estudio. Cabe destacar que los datos que aquí se presentan, fueron recolectados por medio de la aplicación de los instrumentos antes mencionados en visitas domiciliarias de rescate a los individuos.

Tabla N° 1: *“Distribución numérica y porcentual según sexo de la población adulto mayor inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011”*

| Sexo | Población | Porcentaje |
|-----------|-----------|------------|
| Femenino | 22 | 61% |
| Masculino | 14 | 39% |
| TOTAL | 36 | 100% |

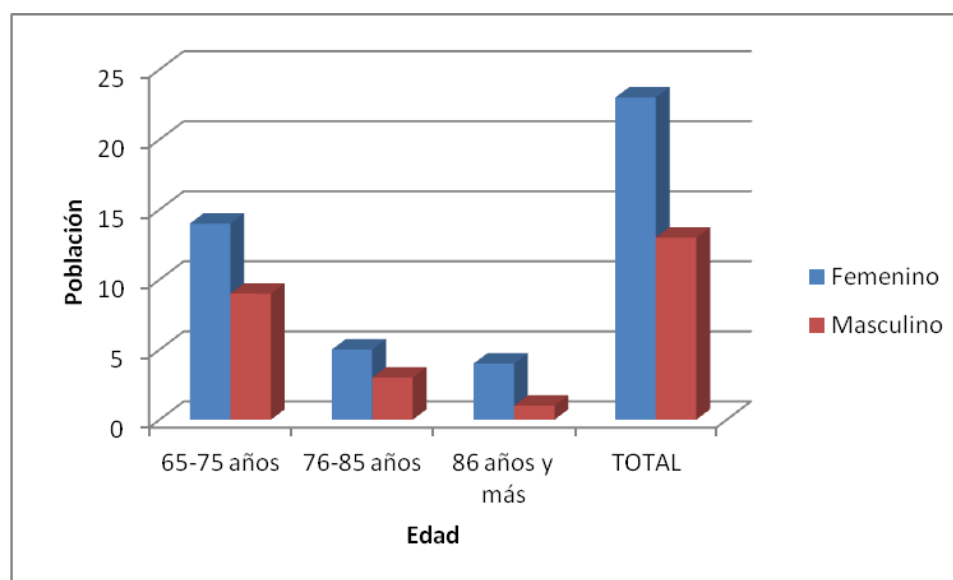
Al analizar la tabla N°1 se observa que la población de “Inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”, es mayoritariamente femenina por 22 puntos porcentuales sobre el sexo masculino. Esto es similar a la población total de adultos mayores del CESFAM, donde un 51,47% es de sexo femenino.

Tabla N° 2: *“Distribución numérica y porcentual según edad de la población adulto mayor inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011”*

| Edad | Población | Porcentaje |
|---------------|-----------|------------|
| 65-75 años | 23 | 64% |
| 76-85 años | 8 | 22% |
| 86 años y más | 5 | 14% |
| TOTAL | 36 | 100% |

En esta tabla se aprecia que la población adulto mayor inasistente se encuentra mayoritariamente en el rango de edad entre 65-75 años, para luego disminuir significativamente al aumentar la edad.

Gráfico N° 1: “Distribución según sexo y edad de la población adulta mayor inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011”.



El gráfico N° 1 muestra la distribución según edad de la población de “Inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”, donde podemos observar un mayor número de adultos mayores concentrados en el rango de 65-75 años, disminuyendo esta cantidad con el aumento de edad. La población total es mayormente femenina, así como en todos los rangos de edad; la población masculina se concentra mayormente en el rango de los 65-75 años.

Tabla N° 3: “Distribución numérica y porcentual, según estado de encuestas, de población adulta mayor inasistente a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Estado Encuesta | Población | Porcentaje |
|-----------------|-----------|------------|
| Encuestado | 16 | 44% |
| No Encuestado | 20 | 56% |
| TOTAL | 36 | 100% |

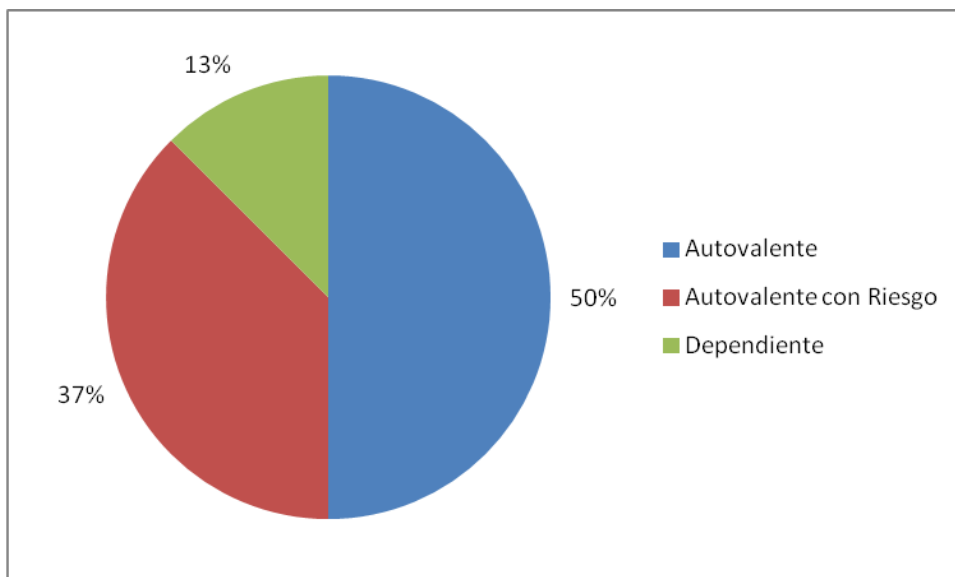
La siguiente tabla muestra el número adultos mayores inasistentes encuestados, en donde estos se encuentran 12 puntos porcentuales por debajo de aquellos no encuestados, siendo 16 los encuestados de un total de 36 adultos mayores, correspondiendo al 44% de la población. Cabe destacar que en la población restante las causas por las que no fueron encuestados fueron domicilio erróneo y/o inubicable y realización de EMPAM por profesionales del CESFAM durante el periodo de investigación.

Tabla N° 4: “Distribución porcentual y numérica según diagnóstico de funcionalidad, a población adulta mayor encuestada en calidad de inasistente a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Diagnóstico Funcionalidad | Población | Porcentaje |
|---------------------------|-----------|------------|
| Autovalente | 8 | 50% |
| Autovalente con Riesgo | 6 | 37% |
| Dependiente | 2 | 13% |
| TOTAL | 16 | 100% |

En la tabla N° 4 se presenta la distribución de la población encuestada según diagnóstico de funcionalidad, en donde el 50% es autovalente, seguido de un 37% de autovalentes con riesgo (frágiles), y minoritariamente aquellos dependientes con un 13%. Es importante considerar la pequeña diferencia entre aquellos autovalentes sobre los frágiles, ya que es tan solo de 2 personas.

Grafico N° 2: “Distribución porcentual según diagnóstico de funcionalidad, de la población adulta mayor encuestada en calidad de inasistente a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.



Al analizar el gráfico N°3, de acuerdo a funcionalidad de la población encuestada, se pesquisó que en el momento de la visita el 50% de los Adultos Mayores son autovalentes correspondiendo a 8 pacientes. El grupo restante de encuestados se distribuye en autovalentes con riesgo y dependientes, obteniendo un 37% y 13% respectivamente. Así mismo, es posible observar que aquellos que requieren algún tipo de asistencia, sea total o parcial, alcanza el 50% (es decir la suma entre frágiles y dependientes).

Tabla N° 5: “Distribución numérica y porcentual según sexo de la población adulta mayor frágil encuestada, inasistente a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Sexo | Población | Porcentaje |
|-------------|------------------|-------------------|
| Femenino | 6 | 100% |
| Masculino | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

Según la tabla N°5, de la población inasistente a control anual de EMPAM durante el año 2011 que participó en la investigación y fue catalogada como Adulto Mayor frágil, se obtuvo que el 100% de éstos corresponde al sexo femenino.

Tabla N° 6: “Distribución numérica y porcentual según edad de la población adulta mayor frágil encuestada, inasistente a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Edad | Población | Porcentaje |
|---------------|------------------|-------------------|
| 65-75 años | 5 | 83% |
| 76-85 años | 1 | 17% |
| 86 años y más | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

En la tabla N° 6, se analiza que los rangos etarios predominantes de los adultos mayores encuestados en estado de fragilidad son entre 65 y 75 años con un 83% del total de encuestados, el resto de la población corresponde al rango de 76- 85 años. Se debe considerar que fueron solo mujeres diagnosticadas como frágiles.

Tabla N° 7: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según estado civil, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Estado Civil | Población | Porcentaje |
|---------------------|------------------|-------------------|
| Soltero | 0 | 0% |
| Casado | 4 | 67% |
| Viudo | 2 | 33% |
| Separado | 0 | 0% |
| Conviviente | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

En la tabla N°7, podemos observar el estado civil en la población adulto mayor frágil inasistente al control anual de EMPAM durante el año 2011, de lo que se extrae que un 67% de las encuestadas son casadas y el 33% restante son viudas. Por lo tanto se deduce que el total de frágiles realizó contrajo matrimonio.

Tabla N° 8: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según previsión de salud, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Previsión | Población | Porcentaje |
|--------------|-----------|------------|
| FONASA A | 5 | 83% |
| FONASA B | 0 | 0% |
| FONASA C O D | 1 | 17% |
| DIPRECA | 0 | 0% |
| PRAIS | 0 | 0% |
| FFAA | 0 | 0% |
| Otras | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

En relación con la variable previsión de salud, en la tabla N° 8, se detalla que la población adulta mayor encuestada e identificada como frágil, se distribuye en FONASA A y FONAS C-D, correspondiendo un 83%, 5 personas, a la primera y un 17% a la segunda categoría respectivamente. Por lo tanto, el 100% de los adultos mayores frágiles encuestados pertenece a FONASA.

Tabla N° 9: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según persona con quien vive, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Persona con quien vive | Femenino | Porcentaje |
|------------------------|----------|------------|
| Vive Solo | 0 | 0% |
| Vive con Familia | 6 | 100% |
| Vive con Otros | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

En la Tabla N° 9 se distribuye la población adulta mayor frágil encuestada según la variable con quien vive, de los datos obtenidos la totalidad de la población vive con su familia, no presentándose encuestados en las categorías “Vive Solo” y “Vive con Otros”, por lo que se infiere que el apoyo que estos requieren, sea asistencial o psicosocial, es entregado por sus familiares. Durante el periodo de ejecución no se encontraron casos de adultos mayores que vivieran con otras personas o solos.

Tabla N° 10: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según nivel educacional, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Nivel Educativo | Población | Porcentaje |
|------------------------|------------------|-------------------|
| Ninguna | 1 | 16,7% |
| Básica Incompleta | 4 | 66,7% |
| Básica Completa | 0 | 0,0% |
| Media Incompleta | 1 | 16,7% |
| Media Completa | 0 | 0,0% |
| Superior Incompleta | 0 | 0,0% |
| Superior Completa | 0 | 0,0% |
| TOTAL | 6 | 100,0% |

Según la tabla N° 10, la distribución de la población clasificada como adulto mayor frágil según la variable nivel educacional predomina la escolaridad básica incompleta con 4 personas, alcanzando un 66,7%, el restante corresponde a analfabetismo con un 16,7% y media incompleta con igual valor porcentual.

Tabla N° 11: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según alfabetismo, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Alfabetismo | Población | Porcentaje |
|--------------------------------|------------------|-------------------|
| Leer y Escribir | 4 | 66,7% |
| Solo Leer | 0 | 0 % |
| Leer y Escribir con Dificultad | 1 | 16,7% |
| Analfabeto | 1 | 16,7% |
| TOTAL | 6 | 100,0% |

Según la variable alfabetismo, detallada en la tabla N° 11, del total de la población clasificada Adulto Mayor frágil la mayoría, 66,7%, corresponde al ítem “leer y escribir”. “Leer y escribir con dificultad” y “analfabetismo” con una persona cada uno, siendo un 16,7% en ambos casos.

Tabla N° 12: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según ingresos económicos, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Ingresos Económicos | Población | Porcentaje |
|------------------------------|-----------|------------|
| Pensión | 5 | 83% |
| Solo Aportes Familiares | 0 | 0% |
| Solo Remuneración | 0 | 0% |
| Pensión + Remuneración | 1 | 17% |
| Pensión + Aportes Familiares | 0 | 0% |
| Otros | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

En la tabla N° 12, se detalla la distribución de la población adulta mayor frágil encuestada según la variable *ingresos económicos*. Se puede observar que el 83% de la población encuestada recibe pensión y solo una persona, correspondiente al 17% restante recibe ingresos mediante pensión y remuneración de su trabajo. Por lo tanto, ya que el total de encuestados frágiles percibe ingresos es posible inferir que al menos estos puedan mantener sus necesidades básicas cubiertas.

Tabla N° 13: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según nivel socioeconómico, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Nivel Socioeconómico | Población | Porcentaje |
|----------------------|-----------|------------|
| Alto | 1 | 17% |
| Medio Alto | 0 | 0% |
| Medio | 5 | 83% |
| Medio Bajo | 0 | 0% |
| Bajo | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

En la tabla N° 13 se observa la distribución de la población encuestada según la variable *nivel socioeconómico*, obtenido según la clasificación que entrega la encuesta elaborada por el INTA, en donde se aprecia que 5 individuos pertenecen a un nivel socioeconómico medio correspondiendo a un 83% del total, y un 17% restante a nivel socioeconómico alto.

Tabla N° 14: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según origen étnico, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Origen Étnico | Población | Porcentaje |
|---------------|-----------|------------|
| Sí | 0 | 0% |
| No | 6 | 100% |
| TOTAL | 6 | 100% |

La presente tabla muestra que el 100% de la población adulta mayor frágil encuestada, no se identifica con alguna etnia originaria.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE SALUD.

Tabla N° 15: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según patologías crónicas, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| Patologías Crónicas | Población Afectada | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| Diabetes Mellitus | 1 | 17% |
| Hipertensión Arterial | 5 | 83% |
| Dislipidemia | 3 | 50% |
| Artrosis | 1 | 17% |
| Otras | 0 | 0% |
| Ninguna | 0 | 0% |

Al analizar las patologías crónicas que presenta la población adulto mayor frágil en estudio, detallada en la Tabla N°15, el 83% presenta Hipertensión Arterial, un 50% Dislipidemia, un 17% artrosis y un 17% Diabetes Mellitus, por lo tanto la totalidad de la población presenta una o más patologías crónicas en control.

Tabla N° 16: “Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según número de fármacos usado, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.

| N° de Fármacos | Población | Porcentaje |
|----------------|-----------|------------|
| 0-2 | 2 | 33,3% |
| 3-4 | 2 | 33,3% |
| 5 o más | 2 | 33,3% |
| TOTAL | 6 | 100,0% |

La tabla N° 16 nos muestra que respecto al “Número de Fármacos” consumidos por la población adulta mayor frágil encuestada la distribución porcentual es equilibrada en los tres ítems propuestos. Cabe recordar que esta población en su totalidad sufre alguna enfermedad crónica por lo que es esperable que haya un uso de medicamentos en toda la población. A pesar de ello solo dos encuestadas se ubican en la categoría de polifarmacia (5 o más fármacos).

Tabla N° 17: *“Distribución numérica y porcentual de la población adulta mayor frágil encuestada, según estado nutricional, inasistentes a control anual de EMPAM en el CESFAM de Niebla el año 2011”.*

| Estado Nutricional | Población | Porcentaje |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| Enflaquecido | 0 | 0% |
| Normal | 2 | 33% |
| Sobrepeso | 0 | 0% |
| Obesidad | 4 | 67% |
| TOTAL | 6 | 100% |

Al observar la tabla N°17, la población adulta mayor frágil se clasifica según estado nutricional predominante como obeso con un 67% de la totalidad de los encuestados, el 33% restante corresponde al estado nutricional normal siendo éstos sólo 2 de los 6 entrevistados.

6. DISCUSIÓN.

Los adultos mayores inasistentes a su control de EMPAM el año 2011, pertenecientes al CESFAM Rural de Niebla corresponden en su mayoría a adultos del sexo femenino (61%) lo que se asemeja al contexto actual de nuestro país, en el que el 56% de los adultos mayores de 60 años son mujeres al año 2007, lo que se debe a una menor mortalidad del sexo femenino, que conlleva a una mejor expectativa de vida (26).

El sector de Niebla es un lugar de alta ruralidad, sus pobladores se caracterizan por recorrer grandes distancias a pie para llegar a sus lugares de trabajo, colegios, centros de salud, o incluso a la locomoción más cercana. Estas distancias además de ser extensas, son a menudo por senderos entre casas vecinas, sectores abandonados, bosque, etc., lo que dificultó en gran medida la labor de intentar localizar a los usuarios, ya que muchas de las direcciones no existían o solo daban una señal del sector en el cual los pacientes podrían vivir, otra dificultad se encontró durante algunas de las visitas que se planificaron y no se ejecutaron, ya que habían sido realizadas por alumnos de la Universidad Austral como parte de la experiencia clínica que les correspondía, además de que uno de los usuarios había fallecido recientemente. Por lo tanto, de un total de 36 pacientes, 16 de ellos fueron encuestados, quienes corresponden al total de usuarios para el estudio.

De este total excluimos a 8 usuarios, correspondientes al 50% del universo, debido a que son personas autovalentes. Se excluyeron además 2 pacientes correspondientes a adultos mayores dependientes, lo que dejó un total de 6 pacientes autovalentes con riesgo o en estado de fragilidad como universo de estudio.

El total del universo de estudio corresponde a pacientes del sexo femenino y la gran mayoría (83%) se encuentran en el grupo de edad entre 65 y 75 años, correspondiendo solo un 17% a una paciente entre los 76 y 85 años.

Del total de pacientes incluidos en nuestro estudio un 67% se encuentran casadas, el 33% restante son viudas, lo que corresponde con lo antes señalado sobre la expectativa de vida menor de los adultos mayores de sexo masculino.

El escenario de salud al año 2009 en cuanto al sistema de previsión de los chilenos corresponde un 73,5% a beneficiarios de FONASA de los cuales un 17,9% corresponden a adultos mayores. Por otro lado, un 16,3% de la población total ese mismo año correspondían a personas afiliadas a ISAPRE, de los cuales un 3,3% correspondían a adultos mayores. (27)

Lo descrito anteriormente se ve reflejado en los resultados obtenidos en esta tesis ya que el 100% de los pacientes está cubierto por FONASA, de los cuales un 17% corresponde a FONASA C o D y el 83% restante a FONASA A o B.

De nuestro universo de estudio, el 100% vive acompañado por su familia, lo que es un gran apoyo para pacientes autovalentes con riesgo ya que mejora la calidad de vida de la persona y aumenta el tiempo de progresión de cualquier tipo de enfermedad que eventualmente podría llevar a una persona a la dependencia.

Con respecto al nivel educacional de los pacientes en estudio, se obtiene que un 66,7% de los pacientes no completó la educación básica en algún establecimiento, un 16% no recibió educación y un 16,7% tiene una educación media incompleta lo que concuerda con los datos obtenidos sobre el alfabetismo, en los que podemos observar que un 66,7% de los adultos mayores estudiados saben leer y escribir, un 16,7% sabe leer y escribir con dificultad y un 16,7% es analfabeto. La realidad nacional según el censo del año 2002 en cuanto a esto nos dice que un 17,1% de los adultos mayores de nuestro país es analfabeto (28), lo que se concentra 3 veces más en las áreas rurales que en las urbanas. “El riesgo de deterioro cognitivo aumenta significativamente mientras menor es la escolaridad, con un riesgo 13 veces mayor en los sujetos sin escolaridad en comparación con aquellos con 12 y más años de escolaridad”, afirmó la Dra. Albala, jefa de la unidad académica del instituto de nutrición y tecnología de los Alimentos (INTA), en la presentación del Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, realizado por el INTA y el centro de microdatos de la Universidad de Chile (29).

En cuanto a los ingresos económicos se obtiene que un 83% de los adultos mayores incluidos en el estudio reciben pensión, sólo un 17% aparte de esta pensión recibe una remuneración por su trabajo lo que va de la mano con el nivel socioeconómico de dichas personas, ya que un 83% presenta un nivel socioeconómico medio y sólo un 17% corresponde a un nivel socioeconómico alto.

Con respecto a la pertenencia al origen étnico, ninguno se identificó con alguna etnia originaria, a pesar de vivir en territorio considerado como parte de la etnia Mapuche.

En cuanto a las características de salud de la población en estudio un 83% posee Hipertensión Arterial, un 50% presenta Dislipidemia, un 17% Diabetes Mellitus y un 17% artrosis, por lo tanto cabe destacar que todos los pacientes poseen por lo menos una Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT), lo que aumenta aún más el riesgo de dependencia del adulto mayor. En relación a esto un 33,3% es usuaria de 0 a 2 fármacos habitualmente, un 33,3% utiliza 3 a 4 fármacos y un 33,3% utiliza 5 o más fármacos diariamente.

Con respecto al estado nutricional de dichos pacientes, un 33% del total se encuentra normal según su IMC y un 67% presenta obesidad al momento de la evaluación.

A nivel país, el año 2009 se evidenciaba que del total de adultos mayores un 39,4% presentaba un estado nutricional normal según su IMC, un 9,9% se encontraba bajo peso, un 29,2 presentaba sobrepeso y un 21,5 obesidad (30).

7. CONCLUSIÓN.

En la localidad de Niebla por ser un sector rural, su población posee una prevención y/o control de enfermedades insuficiente, esto debido a la dificultad de los pacientes inscritos en el CESFAM para acceder a la prestación del servicio. Durante la investigación corroboramos dicha hipótesis presenta gran dificultad para ubicar a la población en estudio, ya sea por la extrema ruralidad en la que viven y/o datos insuficientes en el CESFAM referentes a la residencia de éstos.

Sin embargo, en los meses de estudio se obtuvo datos suficientes sobre las características socio demográficas y de salud de la población seleccionada, lo que permite lograr el objetivo principal de la propuesta de investigación.

Al analizar dichos resultados permitió describir el perfil sociodemográfico del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla el año 2011. Siendo esta una población con predominio femenino en su totalidad, mayoritariamente entre las edades 65 y 75 años, casadas y viviendo con familiares, en cuanto a la escolaridad un porcentaje elevado no completo su enseñanza básica pero en su mayoría saben leer y escribir. Referente al nivel socioeconómico predomina en la población el nivel medio, siendo el ingreso principal las pensiones otorgadas por el Gobierno. A pesar de vivir en un sector altamente rural, ninguna de las encuestadas pertenece a un origen étnico.

En cuanto al análisis de las características de salud de esta población, éstas acceden a la prestación de salud a través de FONASA. Cabe destacar que todas presentan enfermedades crónicas no transmisibles principalmente Hipertensión arterial seguida de Dislipidemia, por lo tanto todas son usuarias de fármacos para su control de éstas patologías; en cuanto a su estado nutricional casi la totalidad de la población se encuentra obesa, lo que nos hace inferir que poseen un regular control de sus factores de riesgos cardiovasculares, lo que se puede proyectar al empeoramiento del estado de salud y calidad de vida de los adultos mayores frágiles, si no se realiza una intervención, a tiempo por parte de equipo de salud de la atención primaria, acorde a las necesidades de la población antes descrita.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Dionne M. Centro de recreación para adultos mayores. Tesis Lic. Arquitectura. Puebla, Univ. de las Américas Puebla, Dep. de Arq., Esc. de Artes y Hum. 2004; (1). (Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf)
- (2) Cyrus E. Funcionalidad, fragilidad del adulto mayor. Fisioterapia geriátrica. 2009. (Disponible en: <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>)
- (3) Olivares- Tirado P, Salazar B. Documento de trabajo: impacto del envejecimiento en el gasto en Salud: Chile 2002 – 2020. Superintendencia de salud, Dep. de estudio y desarrollo. 2006. (Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles4021_recurso_1.pdf)
- (4) Forttes P, Massad C. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Las personas mayores en Chile. 2009; 1:18-19. (Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf).
- (5) Gac H. Inmovilidad en el adulto mayor. Visión actualizada de la geriatría y gerontología. 2000; 29(1-2):3-92. (Disponible en: <http://medicina.uc.cl/programageriatria/vision-geriatria-gerontologia>).
- (6) Ministerio de Salud (Chile). Resultados Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-2010. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. 2011. (Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf)
- (7) Olivares- Tirado P. Documento de trabajo: Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile. Superintendencia de salud, Dep. de estudio y desarrollo. 2006. (Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf)
- (8) Restrepo S, Morales R, Ramírez M, López M, Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Revista chilena de nutrición [Internet]. 2006; 33(3):500-510. (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182006000500006&lng=es)
- (9) Ávila-Funes J, Aguilar-Navarro S, Melano-Carranza E. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica. Gaceta Médica de México. 2008, 144(3): 255-262. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm083j.pdf>)
- (10) García C. Medicina geriátrica: Fundamentos de una especialidad diferente. Revista médica clínica las Condes. 2009; 20(2):154-160. (Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_2/02GERIATRICA.pdf)
- (11) Ministerio de Salud (Chile). Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. 2008. (Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/73b1be320e2476ade04001011f017cc3.pdf>)

- (12) Ministerio de Salud (Chile) . Guía Clínica Adulto Mayor frágil. Subsecretaría de Salud Pública; 2008. (Disponible en: http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ssmale.cl%2Fpaginas%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2142%26Itemid%3D123&ei=MtpxT6GbJMjpgQfmw9Om&usg=AFQjCNFp32lvIczQBMdW7DHHa74V58IAug&sig2=rHcHo9vqZ6I7dEFGuTi7jg)
- (13) Redín M. Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Anales. 1999; 22(1). (Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple5.html>)
- (14) Marín P. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. Boletín de la Escuela de Medicina [Internet]. 2000; 29(1-2). (Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/FragilidadAdulto.html>)
- (15) Ávila-Funes, J. & Aguilar-Navarro, S. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Antología Salud del Anciano. Parte 2. México: Departamento de Salud Pública, Fac. de Medicina, UNAM. 2007. (Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/avila.pdf>)
- (16) Alonso P, Sansó F, Días-Canel M, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto. Revista Cubana de Salud Pública [revista en internet]. 2007; 33(1). (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662007000100010&script=sci_abstract)
- (17) Carrillo R, Muciño J, Peña C, Carrillo U. Fragilidad y sarcopenia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2011; 54(5):12-21. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un115c.pdf>)
- (18) Mondéjar M, Cifuentes L, Ceballos C. Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano. Mediciogo. [Internet]. 2010; 16(2). (Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/pdf/t5.pdf)
- (19) Sanjoaquín A, Fernández E, Mesa M, García E. Valoración geriátrica integral. España: Tratado de geriatría para residentes. 2007; 1(4):59-68 (Disponible en: http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2004_1.pdf).
- (20) Ministerio de Salud (Chile). (s.f.). Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. Programa de salud del adulto mayor. Subsecretaría de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades. (Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>)
- (21) Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Modulo 4: Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Cuba (Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>)
- (22) Felmer A. Determinación de grado de dependencia y autonomía en adultos mayores que viven en hogares de ancianos de la ciudad de Valdivia; 2007. (Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmf322d/doc/fmf322d.pdf>).
- (23) Instituto Nacional de Estadísticas. Informe de Censo 2002, de Ciudades, Pueblos y Caseríos, pp. 222; 2005. (Disponible en: www.inec.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/cdpubaldcasjunio2005.zip)
- (24) Departamento de Salud Municipal. Datos estadísticos usuarios. Departamento Informática, CESFAM Rural Niebla; 2012.

- (25) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4 ed. México D.F: Mac Graw-Hill; 2006.
- (26) Instituto Nacional de Estadísticas. Enfoque Estadístico, Adulto Mayor en Chile. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas; 2007. (Disponible en: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf).
- (27) Ministerio de Salud (Chile). Primer Borrador, Objetivos Estratégicos, Plan Nacional de Salud 2011-2020, Capítulo 7: Objetivo Estratégico Fortalecimiento del sector salud; 2011. (Disponible en: <http://www.minal.gob.cl/portal/url/item/94b9610953e4f5c4e04001011e016291.pdf>).
- (28) Morales, M^a E. (s.f.). Chile Envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de éste fenómeno hacia el bicentenario, Percepciones de los adultos mayores sobre sí mismos. (Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/morales.pdf>).
- (29) Servicio Nacional del Adulto Mayor, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores; 2009. (Disponible en: http://www.microdatos.cl/doctos_noticias/Estudio_Dependencia_Personas_Mayores.pdf).
- (30) Universidad Católica del Maule. Nutrición del Adulto Mayor. Escuela de Kinesiología, Material de Clases; 2010. (Disponible en: [http://www.kinesiologia.ucm.cl/geriatria/components/com_descargas/Archivos/Nutricion%20del%20Adulto%20Mayor%20\[Modo%20de%20compatibilidad\].pdf](http://www.kinesiologia.ucm.cl/geriatria/components/com_descargas/Archivos/Nutricion%20del%20Adulto%20Mayor%20[Modo%20de%20compatibilidad].pdf))

9. ANEXOS

Anexo 1: EMPAM-EFAM

| EXAMEN ANUAL DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR | | | | | |
|--|------------|---|----------------------|------------------------|-----------|
| Nombre.....Edad.....RUT.....Fecha..... | | | | | |
| I.- Mediciones Antropométricas | | | | | |
| Presión Arterial Sentado..... | Pulso..... | Peso..... | Talla..... | IMC..... | |
| Presión Arterial de Pie | CC..... | Realiza Actividad Física Si.....No..... | | | |
| II.- Diagnóstico Funcional | | | | | |
| EFAM | | | | | |
| Parte A | Puntaje | Parte B | Puntaje | MMSE | Puntaje |
| 1.- | | 1.- | | 1.- | |
| 2.- | | 2.- | | 2.- | |
| 3.- | | 3.- | | 3.- | |
| 4.- | | 4.- | | 4.- | |
| 5.- | | 5.- | | 5.- | |
| 6.- | | 6.- | | 6.- | |
| 7.- | | | | | |
| 8.- | | | | | |
| 9.- | | | | | |
| TOTAL | | | | | |
| Otras observaciones al aplicar EFAM | | | | | |
| Usted observa | SI | NO | Usted observa | SI | NO |
| Mareos | | | Dolor de hombro | | |
| Temblor de reposo | | | Dolor de espalda | | |
| Alteración del equilibrio | | | Alteración visual | | |
| Dolor de cadera | | | Alteración auditiva | | |
| Dolor de rodilla | | | Otro | | |
| Autovalente sin riesgo <input type="checkbox"/> Autovalente con riesgo <input type="checkbox"/> Riesgo de Dependencia <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Índice de Katz..... Yesavage..... Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer..... | | | | | |
| III.- Sospecha de Maltrato | | | | | |
| Si..... No..... | | | | | |
| IV.- Exámenes Anuales | | | | | |
| Glicemia..... Colesterol Total..... Baciloscopia..... VDRL..... | | | | | |
| V.- Adicciones: | | | | | |
| Beber Problema: AUDIT..... Tabaquismo: Estrategia 5 ^o s..... | | | | | |
| VI.- Patologías | | | | | |
| Patologías | | Patologías | | Patologías | |
| HTA | | EPOC | | Artrosis | |
| DM | | Depresión | | Artritis Reumatoídea | |
| Dislipidemia | | Demencia | | Ceguera, Baja Visión | |
| Obesidad | | AVC | | Incontinencia Urinaria | |
| Desnutrición | | Parkinson | | Inmovilismo | |
| Hipotiroidismo | | Caídas Frecuentes | | Secuela AVC | |
| Neumonía | | Hipoacusia | | | |

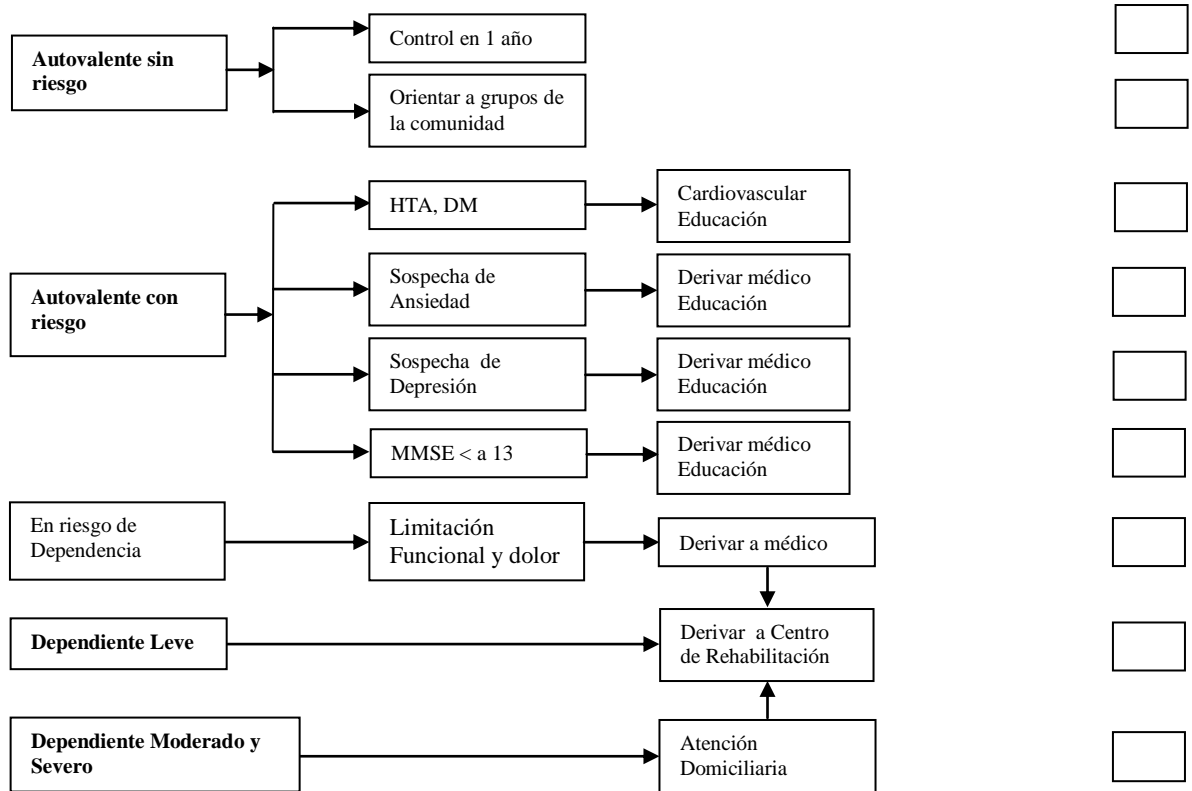
VII.- Terapia Farmacológica

Sólo marque con una x el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue:

| | | | | | |
|---------------|--|-------------------|--|----------|--|
| Glibenclamida | | Losartan | | Levodopa | |
| Metformina | | Enalapril | | | |
| Tolbutamida | | Hidroclorotiazida | | | |
| Nifedipino | | Diazepan | | | |
| Atenolol | | Fluoxetina | | | |
| Insulina | | Sertralina | | | |
| Propranolol | | Salbutamol | | | |
| Furosemida | | Inflamida | | | |
| Tramadol | | Aspirina | | | |
| Celecoxib | | Paracetamol | | | |
| Omeprazol | | Diclofenaco | | | |

VIII.- Plan de Atención

Marque con una x las acciones que llevará a cabo según riesgos detectados:



Otras indicaciones

.....

.....

.....

.....

Profesional..... Próximo Control.....

EFAM – Chile
PARTE A
Discrimina entre Autovalentes y Dependientes

| INSTRUCCIONES | ITEM | PUNTAJE |
|---|---|---------|
| 1.- ¿Puede bañarse o ducharse? | Puede bañarse o ducharse | |
| | Incapaz | 0 |
| | Con alguna ayuda | 3 |
| 2.- ¿Es Ud. capaz de manejar su propio Dinero? | Es capaz de manejar su propio dinero | |
| | Incapaz | 0 |
| | Con alguna ayuda | 3 |
| 3.- ¿Puede Ud. tomar sus propios medicamentos? | Es capaz de manejar su propio dinero | |
| | Incapaz | 0 |
| | Con alguna ayuda | 3 |
| 4.- ¿Prepara Ud. Su comida? | Preparación de la comida | |
| | Es incapaz | 0 |
| | Con alguna ayuda | 3 |
| 5.- ¿Puede hacer las tareas de la casa? | Preparación de la comida | |
| | Es incapaz de... | 0 |
| | Lo hace con alguna ayuda | 3 |
| 6.- Aplique Minimental abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha. | MMSE | |
| | <13 | 0 |
| | 13 a 14 | 2 |
| 7.- Escolaridad. Pregunte por los años de Escolaridad cumplidos | Años de escolaridad | |
| | 0 a 1 | 0 |
| | 2 a 3 | 1 |
| | 4 a 5 | 2 |
| | 6 a 8 | 3 |
| | 9 a 10 | 4 |
| | 11 a 12 | 5 |
| 13 Ó más | 6 | |
| 8.-El Adulto Mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza. | Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto | |
| | No lo logra | 0 |
| | Presenta dificultad con ambas manos | 2 |
| | Lo logra sin dificultad con una mano | 4 |
| En posición de pie, encucillarse, tome el objeto desde el suelo | De pie y derecho, agáchese, tomar un objeto desde el suelo y levantarse | |
| | Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra | 0 |
| | Se encucilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse | 2 |
| | Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente | 4 |
| | Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad | 6 |

TOTAL

Clasificación Puntaje

Si suma puntaje < 42 = persona dependiente

Si suma puntaje > 42 = persona autovalente

| |
|--|
| |
| |

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

EFAM – Chile
PARTE B

Discrimina entre Autovalentes con sin riesgo

| INSTRUCCIONES | ITEM | PUNTAJE |
|---|---|---------|
| 1.-Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante | Presión Arterial | |
| | PA normal, sin antecedentes HTA | 13 |
| | PA normal, con diagnóstico previo, en control y con medicamentos | 13 |
| | PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con medicamentos | 9 |
| | PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y sin medicamentos | 6 |
| | PA elevada, sin antecedentes HTA | 3 |
| | PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin medicamentos | 0 |
| 2.-¿Tiene Ud. diagnóstico de Diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el Médico tratante | Diabetes | |
| | Sin diabetes | 13 |
| | Diagnosticada, en control y con medicamentos | 6 |
| | Diagnosticada, sin control o sin medicamentos | 3 |
| 3.-¿Lee Ud. Diario, revista o libro? | Lee diario, revista o libro | |
| | Casi nunca o nunca | 0 |
| | De vez en cuando | 2 |
| | Una vez por semana | 5 |
| | 2 ó 3 veces por semana | 7 |
| | Todos los días | 9 |
| 4.-Copie puntaje de MMSE aplicado | MMSE | |
| | 13 a 14 | 5 |
| | 15 a 18 | 7 |
| | 19 | 9 |
| 5.-¿En el último mes se ha sentido Ud. deprimido o “bajoneado” que nada logra animarlo? | En el último mes se ha sentido deprimido | |
| | Casi todo el tiempo | 0 |
| | Bastante seguido | 2 |
| | Casi nunca | 7 |
| | Nunca | 9 |
| 6.-En el último mes se ha sentido Ud. muy nervioso, ansioso o angustiado? Marque una sola alternativa | En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado | |
| | Casi todo el tiempo | 0 |
| | Bastante Seguido | 2 |
| | Casi nunca | 7 |
| | Nunca | 9 |

Total

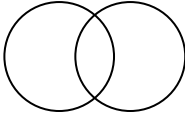
Clasificación Puntaje

Si suma puntaje > 45 = persona autovalente

| |
|--|
| |
| |

Si suma puntaje < 45 = persona autovalente con riesgo

MINIMENTAL ABREVIADO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--------------|------------------------------------|---------|--------------------------|-------|----------------|--|--|--|---------|--|-----------|--|--|-------|--|--|--------------|--------------|------------|--|--------------|--------------|--|
| <p>1.- Por favor dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p align="center">Sondee el mes, día del mes, año y día de la semana</p> <p align="center">Anote un punto por cada respuesta correcta</p> </div> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">Bien</td> <td align="center">Mal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td></td> <td></td> <td align="right">Total</td> <td></td> </tr> </table> | | Bien | Mal | | | Mes | | | | | Día mes | | | | | Año | | | | | Día semana | | | Total | |
| | Bien | Mal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Día mes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Día semana | | | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2.- Ahora le voy a nombrar 3 objetos. Después que se los diga, voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a un ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p> </div> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">Correcta</td> <td></td> <td align="center">No sabe</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Árbol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="right">Total</td> <td></td> </tr> </table> <p>Número de repeticiones:.....</p> | | Correcta | | No sabe | | | Árbol | | | | | | Mesa | | | | | | Avión | | | | Total | | |
| | Correcta | | No sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Árbol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mesa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avión | | | | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante: 1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p> </div> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Respuesta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entrevistado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respuesta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Correcta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p align="right">Nº dígitos en el orden correcto Total <input style="width: 30px;" type="text"/></p> | Respuesta | | | | | | Entrevistado | | | | | | Respuesta | | | | | | Correcta | | | | | | |
| Respuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrevistado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correcta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4.- Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha y dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p align="center">Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ninguna acción</td> <td></td> </tr> </table> <p>Ninguna acción..... 0 Total <input style="width: 30px;" type="text"/></p> | Toma papel con la mano derecha | | Dobla por la mitad con ambas manos | | Coloca sobre las piernas | | Ninguna acción | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toma papel con la mano derecha | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dobla por la mitad con ambas manos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coloca sobre las piernas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ninguna acción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5.- Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor dígame ahora cuales recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p align="center">Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">Correcto</td> <td align="center">Incorrecto</td> <td align="center">NR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Árbol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="right">Total</td> </tr> </table> | | Correcto | Incorrecto | NR | | Árbol | | | | | Mesa | | | | | Avión | | | | Total | | | | | |
| | Correcto | Incorrecto | NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Árbol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mesa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avión | | | | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>6.- Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo. La acción esta correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si esta correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">Correcto</td> <td align="center">Incorrecto</td> <td align="center">NR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="right">Total</td> <td></td> </tr> </table> | | Correcto | Incorrecto | NR | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | | | | |
| | Correcto | Incorrecto | NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6.</p> | <p align="center">Suma Total = <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p align="center">El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos.</p> <p align="center">Normal = ≥ 14 Alterado = ≤ 13</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ÍNDICE DE BARTHEL(*).

Actividades básicas de la vida diaria.

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal.

| 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 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 la sonda si tiene una puesta | 10 |
| | - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar 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 |
| | - Dependientes | 0 |
| Deambular | - Independiente, camina solo 50 metros | 15 |
| | - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros | 10 |
| | - Independiente en silla de ruedas sin ayuda | 5 |
| | - Dependiente | 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 | Severo |
| 40-55 | Moderado |
| ≥ 60 | Leve |
| 100 | Independiente |

(*) “El Índice de Barthel reemplaza al Índice de Katz como herramienta para realizar la valoración del nivel de independencia, respecto de la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria”.

Extraído de Ord. N° 1127 del 29.05.2012, MAT: Aplicación Índice de Barthel. Servicio de Salud Valdivia.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
Yesavage

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

| <i>Preguntas</i> | | | Respuesta | Puntaje |
|---|----|----|------------------|----------------|
| *1.- ¿Se considera satisfecho de su vida? | SI | NO | | |
| 2.- ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses? | SI | NO | | |
| 3.- ¿Se aburre a menudo? | SI | NO | | |
| 4.- ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO | | |
| *5.- ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? | SI | NO | | |
| 6.- ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo? | SI | NO | | |
| *7.- ¿Está contento la mayor parte del tiempo? | SI | NO | | |
| 8.- ¿Se siente a menudo desvalido? | SI | NO | | |
| 9.- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas? | SI | NO | | |
| 10.- ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas? | SI | NO | | |
| *11.- ¿Piensa que es maravilloso estar vivo? | SI | NO | | |
| 12.- ¿Se siente muy inútil como está en este momento? | SI | NO | | |
| *13.- ¿Se siente lleno de energías? | SI | NO | | |
| 14.- ¿Siente su situación como sin esperanzas? | SI | NO | | |
| 15.- ¿Cree que la mayoría está mejor que usted? | SI | NO | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | |

Puntuación: Un punto cuando responde “NO” a las preguntas marcadas con asterisco.
Un punto cuando responda “SI” al resto de las preguntas

Escala: Normal **0-5**
Depresión Leve **6-9**
Depresión Establecida **>10**

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES PFEFFER (del informante)

Este cuestionario debe ser aplicado por cualquier miembro del equipo, a la persona con más contacto que viva con el adulto mayor.

| |
|---|
| 1. ¿Maneja él/ella su propio dinero? |
| 2. ¿Es él/ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa y comestibles? |
| 3. ¿Es él/ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina? |
| 4. ¿Es él/ella capaz de preparar una comida? |
| 5. ¿Es él/ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales y también de la comunidad o del vecindario? |
| 6. ¿Es él/ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o televisión, diario o revista? |
| 7. ¿Es él/ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones? |
| 8. ¿Es él/ella capaz de manejar sus propios medicamentos? |
| 9. ¿Es él/ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa? |
| 10. ¿Es él/ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente? |
| 11. ¿Puede él/ella ser dejado en casa en forma segura? |

Instrucciones:

Muestre al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.

Anote la puntuación como sigue:

| | |
|---|---|
| Si es capaz | 0 |
| Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo | 0 |
| Con alguna dificultad, pero puede hacerlo | 1 |
| Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora | 1 |
| Necesita ayuda | 2 |
| No es capaz | 3 |

El screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6

Anexo 2:

NIVEL SOCIOECONÓMICO; ENCUESTA ELABORADA POR EL INTA

1. **Personas que viven en la casa** (comen y duermen):

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

2. **¿Está viviendo con su pareja?** :

- 1= Sí (o nunca tuvo pareja).
- 2= No, pero me ayuda siempre.
- 3= No, pero me ayuda esporádicamente.
- 4= No, me abandonó.

3. **Escolaridad del jefe del hogar**

(persona que mantiene el hogar):

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

4. **Actividades del jefe de hogar:**

- 6= Cesante.
- 5= Ingresos inestables (pololos).
- 4= Obrero estable (empleado).
- 3= Pensionado, pequeña empresa.

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

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

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

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

7. **El tipo de casa es de:**

- 6= Madera con una pieza.
- 5= Madera con tres piezas, conventillos.
- 4= Autoconstrucción, casa del hogar de Cristo.
- 3= Casas tipo departamento (población homogénea)

8. **¿En la casa duermen dos personas juntas que no sean pareja?:**

- 6= Sí.
- 1= No.

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

- 1= Sí.
- 6= No.

10. **¿puede hacer uso de un baño?:**

- 6= No (sitio eriazo).
- 5= Pozo negro.
- 1= Sí (alcantarillado o fosa séptica).

11. **La recolección de basura es:**

- 6= Nunca.
- 5= Menos de 1 vez por semana.
- 4= 1 vez por semana.
- 3= 2 veces por semana.
- 2= 3 veces por semana.
- 1= 4 veces por semana.

12. **¿Tiene pieza independiente para cocinar?:**

- 1= Sí.
- 6= No.

13. **Puede hacer uso de:**

- 1= TV.
 - 2= Equipo modular.
 - 3= Lavadora.
 - 4= Refrigerador.
 - 5= Auto.
- (6=0; 5=1-3; 4=4-6; 3=7-9, 2=10-12, 1=13-15)

Puntuación:

- Alto (menos de 13)
- Medio alto (13,1-26)
- Medio (26,1-39)
- Medio bajo(39,1-52)
- Bajo (52,1-65)

Total Puntaje

Anexo 3:

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES DEL ADULTO MAYOR
CESFAM Rural de Niebla**

(Extraído de: Ficha de Recolección de Datos Adulto Mayor Consultorio General Rural
Malalhue, año 2007 – Modificado por: C. Barrauto, I. Ríos y E. Villanueva)

| I. ANTECEDENTES PERSONALES. | | |
|--|---|--|
| 1. Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer | 2. Edad <input type="radio"/> De 65 a 75 años <input type="radio"/> De 76 a 85 años <input type="radio"/> De 86 y más años | 3. Estado Civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo |
| 4. Previsión <input type="radio"/> FONASA A <input type="radio"/> FONASA B <input type="radio"/> FONASA C o D <input type="radio"/> DIPRECA <input type="radio"/> PRAIS <input type="radio"/> FFAA <input type="radio"/> OTRAS | 5. Con Quien Vive <input type="radio"/> Solo <input type="radio"/> Con familia <input type="radio"/> Con otros | |
| II. ANTECEDENTES SOCIALES | | |
| 1. Nivel Educativo <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Básica incompleta <input type="radio"/> Básica completa <input type="radio"/> Media incompleta <input type="radio"/> Media completa <input type="radio"/> Superior incompleta <input type="radio"/> Superior completa | 2. Alfabetismo <input type="radio"/> Sabe leer y escribir <input type="radio"/> Solo lee <input type="radio"/> Analfabeto <input type="radio"/> Lee y escribe con dificultad | |
| 3. Ingresos Económicos <input type="radio"/> Pensión <input type="radio"/> Aportes familiares <input type="radio"/> Remuneración <input type="radio"/> Pensión + Aportes Familiares <input type="radio"/> Pensión + Remuneración <input type="radio"/> Otros | 4. Origen Étnico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| III. ANTECEDENTES DE SALUD | | |
| 1. Patologías Crónicas <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> Hipertensión arterial <input type="radio"/> Dislipidemia <input type="radio"/> Artrosis <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Ninguna | 2. Número de Fármacos <input type="radio"/> 0 – 2 <input type="radio"/> 3 – 4 <input type="radio"/> 5 o mas | 3. Estado Nutricional <input type="radio"/> Enflaquecido <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sobrepeso <input type="radio"/> Obeso |

Anexo 4: Consentimiento Informado

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “Perfil sociodemográfico del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el CESFAM de Niebla al año 2011.”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizan Estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, con el objetivo de conocer el perfil sociodemográfico del adulto mayor frágil inasistente a su control anual de EMPAM y así poder entregar información fidedigna y acabada sobre el estado de salud actual del usuario inscrito en el CESFAM de Niebla.

Al participar en este estudio estoy de acuerdo en responder una encuesta socioeconómica, el formulario de antecedentes y un test que medirá mi estado de funcionalidad. En el caso de ser diagnosticado como “Paciente Dependiente” o la existencia de alteraciones en el estado de salud, estas serán notificadas al CESFAM para su ingreso al Programa de Salud correspondiente y recibir tratamiento oportuno. Todos los datos entregados se trabajarán bajo confidencialidad entre el equipo de salud del CESFAM y las investigadoras.

Además:

1. He sido informado/a debidamente sobre del objetivo y la metodología de la investigación.
2. Consiento en forma voluntaria a hablar sobre las causas de mis inasistencias a los controles de salud, colaborando de esta forma con la investigación a realizar, sin recibir aporte monetario o de ningún tipo.
3. Permito que las Estudiantes a cargo de esta investigación, utilicen la información manteniendo mi identidad en el anonimato, modificando nombres o situaciones según sea necesario.
4. He podido hacer las preguntas que he estimado necesarias acerca de las razones de este estudio y podré seguir realizándolas durante el transcurso de toda la investigación.
5. He sido informado/a que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento, que puedo negarme a contestar algunas preguntas ya sea previo o durante la entrevista.
6. Concuero con que se realizarán un encuentro con los investigadores para efectos de la realización de la investigación.
7. Seré yo quien fijará el día, hora y lugar donde se realizará la entrevista previo acuerdo con los investigadores.
8. Los resultados de este estudio son confidenciales y pueden ser publicados, a lo cual tendré acceso una vez terminada la investigación.

YO _____

Nombre

Apellidos

Consiento libremente a participar en esta investigación.

Dirección _____

Teléfono: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma Participante

Nombre y firma investigadores

Nombre: Camila Barrueto Guarda _____ Firma: _____

Nombre: Ivonne Ríos Isla _____ Firma: _____

Nombre: Evelyn Villanueva Barrientos _____ Firma: _____