



FACULTAD DE ECONOMIA Y NEGOCIOS  
MAGISTER EN GESTIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD

**CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS  
MAYORES DE 24 COMUNAS DE LA REGIÓN DEL  
MAULE, SEGÚN CENSO 2002**

ALUMNO

JUAN PABLO MONDACA ARAVENA

PROFESOR GUÍA

Mg. VIVIANA ESTRADA CASTRO

Mg. GLORIA CORREA BELTRÁN

TALCA, DICIEMBRE 2014

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGISTER EN GESTIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

## DEDICATORIA

ESTA INVESTIGACIÓN VA DEDICADA A TODAS LAS INTEGRANTES DEL GRUPO DE AUTOAYUDA "**PINTANDO EL MAÑANA**" PERTENECIENTE AL CESFAM LA FLORIDA, QUIENES A PESAR DE SUS DIFICULTADES Y CON EL ESFUERZO DIARIO POR DISFRUTAR DE LAS COSAS BELLAS QUE NOS PRESENTA LA VIDA, HAN SABIDO POTENCIAR Y FORTALECER SUS RECURSOS PERSONALES, PONERLOS EN FUNCIÓN DE SU EXISTENCIA Y DEL COMPARTIR CON SUS QUERIDAS COMPAÑERAS DE GRUPO.

*"EN EL MOVIMIENTO ESTÁ LA VIDA Y EN LA ACTIVIDAD RESIDE LA FELICIDAD" (ARISTOTELES)*

## AGRADECIMIENTOS

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A MIS PADRES, HERMANOS, CUÑADOS,  
SOBRINOS, QUE EN TODOS LOS PROCESOS DE MI VIDA HAN ESTADO  
PRESENTE.

A LAS PROFESORAS GUIAS DE ESTA TESIS

A MIS AMIGAS Y AMIGOS INCONDICIONALES

AL CESFAM LA FLORIDA

*SIEMPRE AGRADECIDO DEL APOYO DE TODAS LAS  
PERSONAS... Y DE LAS OPORTUNIDADES QUE ME HA DADO LA  
VIDA...*

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE CONTENIDO.....	4
INDICE FIGURAS.....	6
INDICE TABLAS.....	7
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
<b>CAPITULO I</b>	
MARCO TEORICO.....	12
1.1 ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS Y EPIDEMIOLOGICOS.....	12
1.1.2 EL ENVEJECIMIENTO.....	14
1.2.1 ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.....	15
1.2.2 FUNCIONALIDAD COMO INDICADOR DE SALUD.....	17
<b>CAPITULO II</b>	
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	20
2.1 PROBLEMATIZACIÓN.....	20
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
2.3 OBJETIVO GENERAL.....	21
2.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
2.4 MARCO METODOLOGICO.....	22
2.4.1 POBLACION DE ESTUDIO.....	22

2.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
2.4.3 TECNICAS DE RECOPIACION DE DATOS ESTADISTICOS.....	23
<b>CAPITULO III</b>	
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
3.1 ANALISIS Y RESULTADOS.....	25
<b>CAPITULO IV</b>	
4.1 DISCUSIÓN.....	51
4.2 CONCLUSIONES.....	54
4.3 LIMITACIONES DE ESTUDIO.....	56
4.4 RECOMENDACIONES o DERIVACIONES DEL ESTUDIO.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	57

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1: Población AUTOVALENTE CON RIESGO, Según sexo.....	26
FIGURA N° 2: Población AUTOVALENTE SIN RIESGO, Según sexo.....	28
FIGURA N°3: Población RIESGO DE DEPENDENCIA, Según sexo.....	30
FIGURA N° 4: Población DEPENDENCIA LEVE, Según sexo.....	32
FIGURA N° 5: Población DEPENDENCIA MODERADA, Según sexo.....	34
FIGURA N° 6: Población DEPENDENCIA GRAVE, Según sexo.....	36
FIGURA N° 7: Población DEPENDENCIA SEVERA, Según sexo.....	38
FIGURA N°8: Población con ESTADO NUTRICIONAL NORMAL, Según sexo...	40
FIGURA N°9: Población con ESTADO NUTRICIONAL BAJO PESO, Según sexo.....	42
FIGURA N°10: Población con ESTADO NUTRICIONAL SOBREPESO, Según sexo.....	44
FIGURA N°11: Población con ESTADO NUTRICIONAL OBESO, Según sexo.....	46
FIGURA N°12: Población con registros sobre MALTRATO, Según sexo.....	48
FIGURA N°13: Población con registros de ACTIVIDAD FISICA, Según sexo.....	50

## INDICE DE TABLAS

	Páginas
TABLA N°1: Comunas AUTOVALENTE CON RIESGO.....	25
TABLA N° 2: Comunas AUTOVALENTE SIN RIESGO.....	27
TABLA N°3: Comunas RIESGO DE DEPENDENCIA.....	29
TABLA N°4: Comunas DEPENDENCIA LEVE.....	31
TABLA N° 5: Comunas DEPENDENCIA MODERADA.....	33
TABLA N° 6: Comunas DEPENDENCIA GRAVE.....	35
TABLA N°7: Comunas DEPENDENCIA SEVERA.....	37
TABLA N°8: Comunas con ESTADO NUTRICIONAL NORMAL.....	39
TABLA N°9: Comunas con ESTADO NUTRICIONAL BAJO PESO.....	41
TABLA N°10: Comunas con ESTADO NUTRICIONAL SOBREPESO.....	43
TABLA N°11: Comunas con ESTADO NUTRICIONAL OBESO.....	45
TABLA N°12: Comunas con registros sobre MALTRATO.....	47
TABLA N°13: Comunas con registros de ACTIVIDAD FISICA.....	49



## RESUMEN

Los Adultos Mayores en el mundo son cada vez más, por lo cual ha sido el proceso de envejecimiento y la funcionalidad temas de variados estudios tanto a nivel internacional como nacional. En nuestro país a partir de la Reforma de Salud se han propuesto y realizado una serie de estrategias a nivel de prevención y promoción de la salud principalmente en la Atención Primaria, con la finalidad de enfrentar este proceso de una manera activa, donde el funcionamiento y abordaje integral de las personas sea uno de los principales objetivos sanitarios de las políticas públicas del Ministerio de Salud.

El diseño de esta investigación no experimental, de tipo descriptiva, observacional y transversal analiza el registro estadístico mensual del año 2013 del Servicio de Salud de Maule sobre las condiciones de funcionalidad de población adulta mayor según EFAM - Chile, estado nutricional, práctica de ejercicio físico y antecedentes de maltrato en 24 comuna de la región del Maule cuyo número de adultos mayores están por sobre el promedio del porcentaje definido en CENSO 2002.

Se realizó un análisis exploratorio de los datos del registro estadístico mensual del Servicio de Salud Maule del programa del Adulto Mayor. Se presenta la distribución de frecuencias y representaciones gráficas para las variables de interés.

Los adultos mayores de la región del Maule de acuerdo análisis de condiciones funcionales requieren fortalecer programas de promoción y prevención de salud así como trabajar con equipos de Atención Primaria la necesidad de abordaje bio-psicosocial de este grupo etario.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento a nivel de todos los países del mundo, desde lo demográfico es un indicador de la mejora de la salud mundial. La población de 60 años o más en el mundo corresponde a 650 millones y se espera que esta cifra se duplique el año 2025 (OMS, 2013).

Estos cambios son generados principalmente por una disminución de la fecundidad y un aumento en las esperanzas de vida de la población, lo cual es un logro debido a los avances de la tecnología médica que favorecen el control de las enfermedades tanto en la niñez, como en la etapa adulta permitiendo modificaciones de las políticas para el abordaje de esta transición a nivel mundial (SENAMA, 2006).

El proceso de transición demográfica que en Europa tomo entre 150 y 200 años, en los países de vías de desarrollado se está dando en forma mucho más acelerada. Por ejemplo en América Latina, la esperanza de vida al nacer aumento 20 años en promedio (de 50 a 70 años) durante la segunda mitad del siglo XXI. La esperanza de vida al nacer en Chile es hoy día de 77,36 años (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres) (INE, 2002).

En Chile esta transición repercute en las necesidades de las personas mayores a nivel social, económico y político, siendo imprescindible preparar a la sociedad para que atiendan dichas necesidades de las poblaciones mayores a través de la formación de profesionales de salud en la atención de estas personas; prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad; formulación de políticas sostenibles en materia de atención a largo plazo, atención paliativa y desarrollo de servicios y entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores (OMS,2013).

En la Región del Maule, la población de 65 y más años creció a una tasa promedio anual de 2.76 personas por cada cien habitantes, es decir, la población adulto mayor pasó de tener 82.874 a 105.563 personas siendo la cuarta región a nivel nacional con mayor cantidad de población envejecida. La comuna de Talca es la con mayor población de la región, del total de 201.797 habitantes, el 10,47 es adulto mayor (MIDEPLAN, 2004).

La población mayor de 65 años representó el 11,6% del total de la Región según Censo 2002. En relación al sexo en la Región del Maule en el año 2002 se contabilizaron 55.429 mujeres y 50.134 hombres, proporción por sexo similar al obtenido en el censo 1992. En ambos censos la mujeres se contabilizan alrededor de 3.000 más que los hombres.

Desde el ámbito de la salud, a partir la década de los 90, en Chile se han comenzado a diseñar políticas públicas y acciones en pos de la calidad de vida de este creciente grupo de personas. Sin embargo a pesar de los avances, es importante rediseñar políticas de acuerdo a los cambios que este grupo etario ha tenido en los últimos años. Así, se hace necesario la formulación de un Programa Nacional de Salud cuyo objetivo general es contribuir a mejorar la autonomía, autovalencia y prevenir la dependencia de los adultos mayores y permite formalizar, estandarizar e integrar todas las acciones que se realizan y proponen en salud. Este programa de Salud ha desarrollado 9 objetivos estratégicos en los que la atención de salud de las personas mayores, está priorizada en el objetivo estratégico N° 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital, con su objetivo específico "mejorar el estado funcional de las personas mayores" con el propósito de lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena. Aquí un papel crucial lo realiza la Atención Primaria de Salud y sus equipos, cuyo rol es ser la puerta de entrada a este modelo y valorar las condiciones de funcionalidad a través de un instrumento predictor denominado EFAM- CHILE, cual es aplicado anualmente en la atención pública dentro del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor

(EMPAM), desde el año 2003 y tiene como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la independencia y autonomía (MINSAL, 2008).

Sobre la base de lo anterior, el presente estudio tiene el propósito de describir y analizar las condiciones de funcionalidad según registros 2013 de los adultos mayores bajo control de salud en Atención Primaria de 24 comunas de la región del Maule, según censo 2002.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes demográficos y epidemiológicos

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno mundial. En el año 2009 se estimaba que 737 millones de personas tenían 60 años y más, y constituían la "población" adulta mayor del mundo. Se proyecta que esta cifra aumentará a dos billones en 2050. Hoy en día, una persona de cada nueve en el mundo tiene 60 o más años (MINSAL, 2014).

En el marco mundial el envejecimiento de la población no fue un proceso que se instauro de un momento a otro, si no que se fue dando paulatinamente. El inicio de este proceso se remonta a fines del siglo XVIII, en donde una serie de cambios demográficos llevaron a un cambio de la estructura de la población, estos son, reducción de la mortalidad acompañado de una posterior disminución de la tasa de fecundidad, lo que conllevó a los países europeos a tener una población mayoritariamente adulta. En estos países no había mayores diferencias entre las tasas de mortalidad y natalidad por lo que la transición demográfica duró un par de siglos, reflejando un lento aumento de la población más longeva. En cambio en los países en vías de desarrollo esto ha generado de forma muy brusca, la tasa de mortalidad baja rápidamente, mientras que la natalidad disminuye lentamente, generando un aumento explosivo en la población adulta (Uribe, 2004). En las regiones en desarrollo como Uruguay y Cuba se prevé que la población juvenil menor de 15 años tenga una reducción promedio de alrededor del 41% de la población total en 1975, a un promedio de alrededor del 33% en el año 2000 y del 26% en el año 2025. En las mismas regiones, se prevé que la población de 60 o más años de edad aumentará del 6% en 1975 al 7% en el año 2000 y al 12% en el año 2025. En las regiones más desarrolladas como Japón, Francia y España se

prevé que la población de menos de 15 años se reducirá del 25% en 1975 al 21% en el año 2000 y al 20% en el año 2025. No obstante, se prevé que el grupo de 60 y más años de edad aumentará su proporción dentro de la población total de un 15% en 1975 a un 18% en el año 2000 y a un 23% en el año 2025 (ONU, 2002).

En relación a la población de menores de 15 años, Japón, Alemania y España representaban alrededor de un 14% de la población total en 2005, en tanto que, de los países latinoamericanos, Costa Rica y México concentraban el 28 y 31% de los menores de 15, así también se menciona que con porcentajes que casi duplican a los países desarrollados, tenemos a Argentina, Chile y Uruguay, con el 26, 25 y 24% respectivamente.

En cuanto a los adultos mayores, en 2005 la mayor concentración se presenta en Japón, Alemania y España, tanto en hombres como mujeres, siendo mayoría estas últimas. En Uruguay, Cuba, Argentina y Chile, los adultos mayores representan porcentualmente la mitad aproximadamente, tanto hombres como mujeres, respecto a los países desarrollados ya mencionados.

Datos entregados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el período 2003-2004 se evidencia un aumento en las defunciones en los grupos de adultos mayores, principalmente en grupos de 60 años y más, mostrando una distribución porcentual de las defunciones con un valor de 16,7 en 1995, que aumenta a 27,8 en 2003. Mayor aún es la tasa de cambio en grupo mayores a 75 años en que existe un valor de 12,4 en 1995 y que se acrecienta a 46,2 en 2003. Esta situación descrita obedece a los cambios epidemiológicos ocurridos en Chile (INE, 2007).

De esta forma la transición epidemiológica que revela un cambio en las causas de muerte en el país, donde las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato respiratorio, gripe, neumonía y bronquitis, disminuyeron fuertemente su concentración porcentual del 42% en 1960, al 11% en 1989 y 13% en 2004. Las restantes causas, esto es, cáncer y enfermedades cardiovasculares, claramente han aumentado su aporte porcentual en el tiempo, manifestando cambios porcentuales (INE, 2007). De estas principales causas de

muerte de la población adulta mayor se pueden agrupar en 4 grandes grupos: Tumores, Sistema Circulatorio, Sistema Digestivo, Otras. Del total de muertes masculinas en 2002, que fue de 44.345, 29.793 correspondieron a adultos mayores, concentrando el 67,2% del total. De las 36.734 defunciones femeninas, 28.540 fueron de adultos mayores, lo que significó el 77,7%. Por causas de muerte, en mujeres y hombres la mayoría son debidas al sistema circulatorio y tumores y en menor cantidad las causadas por enfermedades del sistema respiratorio y digestivo.

### **1.1.1 El envejecimiento**

El proceso del envejecimiento se conoce como un proceso fisiológico universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal ya a que todos los seres vivos nos afecta. Progresivo debido a que se produce a lo largo de todo el ciclo vital inevitablemente. Asincrónico porque los órganos envejecen a diferentes velocidades e Individual porque hay una serie de factores que pudieran influir, como los factores ambientales, sociales, educacionales y por supuesto los estilos de vida de cada persona (OMS, 1974).

Cuando el proceso de envejecimiento avanza, se pueden hacer presente enfermedades crónicas, degenerativas, éstas ligadas a un estilo de vida poco saludable y condiciones socio-económicas deficientes hace que el estado de salud de la persona se vuelva cada vez más vulnerable, produciéndose problemas en la autonomía, dependencia hasta llegar finalmente a la postración (OMS, 1974).

Se entiende por FUNCIONALIDAD como la capacidad de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985).

La funcionalidad en el adulto mayor permite desarrollar las funciones de la vida diaria, es decir, vivir en comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda por parte de

los demás. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar estas funciones, se dice que la funcionalidad está indemne (MINSAL, 2003).

El proceso de envejecimiento y sus consecuencias en la salud puede generar mayor vulnerabilidad al adquirir enfermedades crónicas y degenerativas, que sumado a una predisposición genética, un estilo de vida inadecuado, condiciones socioeconómicas precarias y ambientales nocivas, hacen que aumente el riesgo de pasar de la independencia a la dependencia. Tan importante como lo anteriormente descrito, el sentirse querido por el otro, tener una adecuada red social con la cual se puede contar en determinadas situaciones, ayuda a la persona a mantenerse socialmente activa, permitiendo interactuar, participar, promoviendo las condiciones funcionales.

Esta integralidad en las condiciones funcionales y de salud lleva al Ministerio de Salud a generar políticas de salud para este grupo etario que permita abordar con una mirada preventiva la salud de esta población.

## **1.2 Antecedentes de la implementación del programa de salud del adulto mayor.**

La población chilena ha tenido durante la segunda mitad del siglo XX, importantes cambios a niveles sociales, culturales, económicos, demográficos y epidemiológicos. En cuanto a la transición epidemiológica ha sufrido cambios en el tiempo frente a ciertos patrones de morbilidad y mortalidad por sexo y edades (MINSAL, 2002). Estos cambios llevan al Departamento de Salud de las personas a elaborar la "Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor", donde se planteó que el gran desafío para la Política de Salud era adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los distintos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena,



el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas, urbano-rural y regional.

Esta propuesta se enmarcó en los principios de solidaridad intergeneracional y de equidad, y se sustentó fuertemente en las estrategias de participación social, descentralización, intersectorialidad y trabajo en equipos multidisciplinarios, teniendo dos grandes objetivos de la atención de salud:

- i. Contribuir a mantener o recuperar la autonomía de la persona mayor, con el fin de mejorar la calidad de vida.
- ii. Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

Es así, como, el Programa de Salud del Adulto Mayor, oficializa en 1998 la Escala de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM- Chile), aplicado anualmente desde el año 2003 en la atención pública dentro del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), con el objetivo de pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la independencia y autonomía (MINSAL, 2011). Se aplica a todo adulto mayor de 65 años en adelante, y que llega caminando al centro de salud. No se aplica este test a las personas que presenten dependencia evidente.

Este instrumento EFAM, consta de dos partes. La parte A permite detectar si el adulto mayor es funcionalmente sano o dependiente; si resulta dependiente no se aplica la parte B y va a una línea de intervención. El puntaje de discriminación es de 42 puntos para la parte A y 45 puntos en la parte B.

En la parte A, las preguntas se orientan a determinar si el paciente es capaz de manejar su propio dinero, bañarse o ducharse, tomar sus medicamentos, preparar la comida y hacer las tareas de la casa; además se efectúa el test minimalista abreviado y se determinan los años de escolaridad, que son muy importantes en el nivel de compromiso de la funcionalidad así como funcionamiento musculoesquelético a través de solicitar al paciente que recoja un objeto del suelo, se ponga en cuclillas y se levante de nuevo. Si en esta parte del cuestionario se

obtiene un puntaje menor de 42, el individuo se cataloga como dependiente y no pasa a la parte B, que es la que discrimina entre los con riesgo y los sin riesgo, dentro del grupo funcionalmente sano. Si el puntaje es igual o menor a 42, la persona debe ser evaluada por el médico, quien debe hacer el diagnóstico diferencial, utilizando el enfoque geriátrico que le permite poner en evidencia cuadros como trastornos cognitivos, depresión, demencia, incontinencia urinaria e hipotiroidismo, dolor osteoarticular, caídas que deben ser tratados en forma oportuna y eficaz (OMS, 2002).

### **1.2.1 Funcionalidad como indicador de salud**

Estudios sobre factores asociados con la funcionalidad de las personas adultas mayores dan cuenta que la Independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades requeridas en el diario vivir.

La mayoría de las investigaciones sobre funcionalidad en el adulto mayor a nivel mundial son publicaciones de carácter descriptivo, donde se destaca a España como el país que ha generado el mayor número de publicaciones sobre el tema. En América Latina, los grandes estudios han estado a cargo de la OPS/OMS (Proyecto SABE). En Chile el tema ha sido poco explorado; se manejan estadísticas que en su mayoría reflejan la realidad de algunas poblaciones del país. Por ejemplo, Al estudiar un conjunto de sujetos a lo largo de un periodo de tiempo, se descubren factores asociados a un envejecer saludable y conservando al máximo posible las capacidades físicas y mentales. Estos son los llamados factores protectores, es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de mantenerse saludable y en posesión de las capacidades físicas y mentales.

Rowe y Kahn (1997), proponen el concepto de envejecimiento exitoso. Este es un concepto multidimensional que en una primera aproximación incluyó: evitar la enfermedad y la discapacidad y mantener un alto funcionamiento físico y mental.

Los resultados de la investigación les permiten detectar factores protectores y de riesgo, ambos de índole predictora.

En general, los factores de riesgo de perder funcionalidad física son los niveles alterados de glucosa y lípidos, la obesidad y la hipertensión a lo que los autores agregan que los factores protectores que pueden contrarrestar dichos riesgos son los hábitos alimentarios y la actividad física.

Los predictores del mantenimiento de un buen funcionamiento físico evaluados por movilidad de manos y piernas, por equilibrio y marcha, los categorizaron en dos: unos relativos a las características del individuo, siendo los predictores de riesgo: ser viejo y con ingreso escaso, ser obeso y ser hipertenso. Los otros relativos a formas de comportamiento, siendo los predictores de mantener el buen funcionamiento: el realizar actividades productivas, no necesariamente generadoras de ingreso sino que consideradas socialmente valiosas, relacionándose con otros intercambiando apoyo emocional y hacer al menos un nivel moderado de ejercicio físico.

Resumiendo, los siete factores considerados protectores son: el nivel educacional; cuatro modalidades de comportamiento, a saber: el ejercicio mental y físico, los hábitos alimentarios, realización de actividades significativas con qué ocupar el tiempo y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo; y la posesión de dos atributos psicosociales: la percepción de autoeficacia y las capacidades de enfrentar las situaciones estresantes, de modo que ellos tengan el menor impacto posible en el nivel de bienestar y en la capacidad de desempeñar por sí mismo las actividades de la vida diaria.

En Chile un estudio realizado el año 2002 en uno de los centros de atención primaria al sur de Chile, concluyó que la participación en un programa de autocuidado, influye directamente en la funcionalidad de los adultos mayores, no encontrando los mismos efectos en un grupo de adultos mayores con similares características que no participan de este tipo de programa.

La funcionalidad física, representada como el desempeño de las actividades de la vida diaria tanto básica como instrumental, es favorecida al participar de este tipo de programa, demostrando independencia para realizar este tipo de actividades.

## **CAPITULO II**

### **OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

#### **2.1 Problematización**

En relación a la selección del problema, éste se realiza dado el aumento sostenido de la población adulta mayor y sus condiciones de salud, aspectos relevantes para su análisis ya que constituyen un aporte en acciones de promoción y prevención en salud a la actual contingencia del alto índice de envejecimiento de la población Adulto Mayor de la Región del Maule.

#### **2.2 Pregunta de investigación**

Según lo señalado en el punto anterior y teniendo presente el problema que afecta a la población adulta mayor y sus condiciones de salud, considero relevante poder investigar a cerca de las condiciones funcionales de dicha población, a través de la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las condiciones funcionales y de salud de la población Adulto Mayor bajo control de 24 comunas de la Región del Maule cuyo número está por sobre el promedio nacional, según censo 2002?

Al desarrollar esta pregunta de investigación me permitirá conocer la funcionalidad de los adultos mayores de las 24 comunas de la región del Maule a través del planteamiento de los objetivos que menciono a continuación.

### **2.3 Objetivo general**

A continuación daré a conocer el objetivo general de esta investigación, la cual busca determinar las características más importantes del objeto de estudio; en este caso, la situación funcional de adultos mayores, el cual tiene como objetivo general:

Caracterizar la situación funcional y de salud de la población Adulta Mayor bajo control en atención primaria periodo 2013, de 24 comunas de la Región del Maule, según censo 2002.

### **2.4 Objetivos específicos**

Para alcanzar el logro de esta investigación se hace necesario plantear los siguientes objetivos específicos:

- i. Dar a conocer la caracterización funcional de los adultos mayores de las comunas de la Región del Maule, según censo 2002.
- ii. Conocer el estado nutricional de la población Adulta Mayor de comunas de la Región del Maule, según censo 2002.
- iii. Describir los registros de maltrato de la población Adulta Mayor de comunas de la Región del Maule, según censo 2002.
- iv. Conocer el grado de participación de los Adultos Mayores bajo control de salud en programa de actividad física en año 2013 de comunas de la Región del Maule, según censo 2002.

## **2.5 Marco metodológico**

La sección que se menciona a continuación, describe el tipo de diseño de diseño, el modelo de análisis, instrumento de recolección de datos y de sistematización.

El diseño de esta investigación no experimental, de tipo descriptiva, observacional y transversal.

Tal diseño no experimental permitirá describir características específicas de una población a estudiar, recoger datos y luego analizarlos.

### **2.5.1 Población de estudio**

La unidad de análisis corresponde al registro estadístico del Servicio Salud Maule de la población Adulta Mayor en control del programa de salud en Atención Primaria de las comunas de la Región del Maule durante el año 2013.

En esta unidad de análisis , participaron todas las personas adultos mayores, hombres y mujeres que asistieron a control de salud en la atención primaria durante el año 2013 y que pertenecen a las comunas de la Región del Maule.

### **2.5.2 Criterios de inclusión**

A continuación se presentan un grupo de condiciones que deben cumplirse para tomar parte de esta investigación.

- i. Registro Estadístico de 24 Comunas de la Región del Maule con un promedio superior a la media nacional, según censo 2002.
- ii. Registro Estadístico que incorpora las variables: funcionalidad, Estado Nutricional, Maltrato, Actividad Física.
- iii. Adultos mayores bajo control de la salud en atención primaria de salud durante el año 2013.

### **2.5.3 Técnicas de recopilación de datos estadísticos**

De acuerdo a la investigación a realizar es necesario utilizar una variedad de métodos a fin de recopilar los datos sobre la situación que se estudia, lo cual permite llevar a cabo este trabajo investigativo. Para ello se dan a conocer los siguientes métodos e instrumentos:

- i. Revisión de Papper
- ii. Estadísticas (REM)



- iii. Equipamiento a utilizar (PC)
- iv. Servicios Tecnológicos (Internet, Bibliored, etc.)
- v. Análisis de distribución de frecuencias y representaciones gráficas para las variables de interés.

Estos métodos e instrumentos sin duda nos permitirá desarrollar de manera optima nuestro ámbito de investigación.

## CAPITULO III

### DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos de esta investigación

#### 3.1 Análisis y resultados

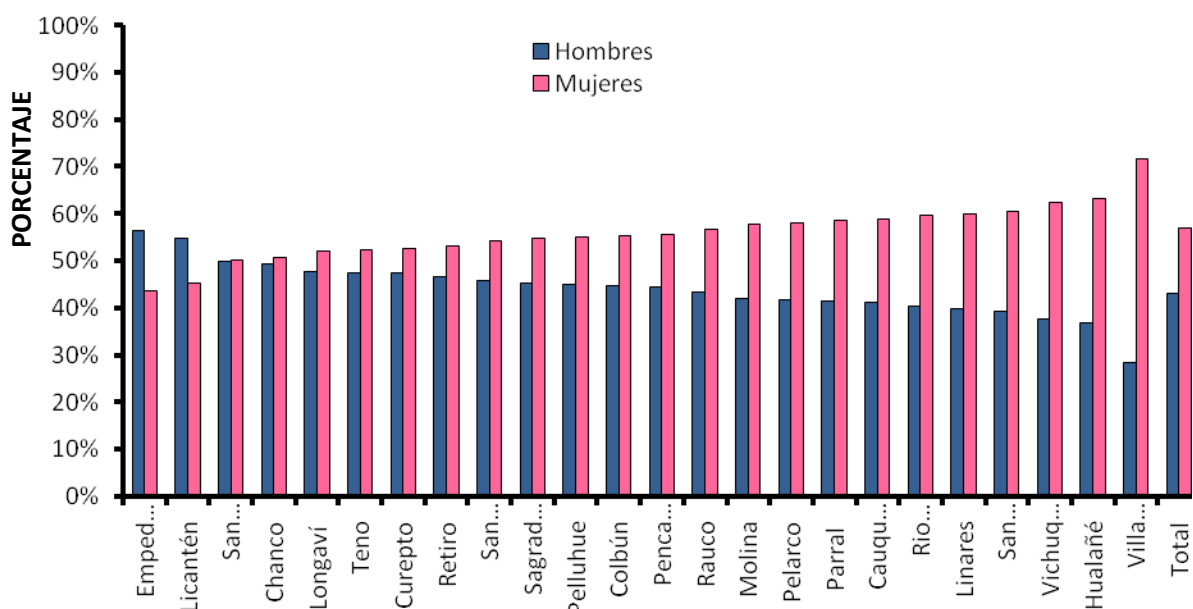
**Tabla N°1: Comunas AUTOVALENTE CON RIESGO**

Comuna	Total Adultos mayores	Autovalente con riesgo	% Autovalente con riesgo
Curepto	401	232	57,9%
Vichuquen	459	210	45,8%
Licanten	176	62	35,2%
Linares	5.352	1.868	34,9%
San Rafael	338	116	34,3%
Sagrada Familia	1.145	392	34,2%
Rio Claro	842	280	33,3%
Parral	2.854	947	33,2%
Teno	1.008	330	32,7%
Molina	933	304	32,6%
Chanco	249	79	31,7%
Retiro	1.436	445	31,0%
San Javier	2.252	678	30,1%
Longaví	1.978	577	29,2%
Pelarco	1.022	294	28,8%
San Clemente	2.525	725	28,7%
Pencahue	667	191	28,6%
Colbún	1.391	382	27,5%
Pelluhue	604	162	26,8%
Villa Alegre	801	208	26,0%
Cauquenes	2.115	528	25,0%
Hualañé	79	19	24,1%
Empedrado	236	55	23,3%
Rauco	565	113	20,0%
Total	29.428	9.197	31,3%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 1, Curepto presenta un porcentaje de (57,9%) de población adulta mayor AUTOVALENTE CON RIESGO de acuerdo a su población total, seguida de Vichuquen con un 45,7%.

**FIGURA N°1: Población AUTOVALENTE CON RIESGO, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°1 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Autovalencia con Riesgo se presenta en la comuna de Villa Alegre con un 71,6%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Empedrado con un 43,6% de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de autovalencia con riesgo se encuentra en la comuna de Empedrado con un 56,4%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Villa Alegre con un 28,4% de acuerdo a su población total.

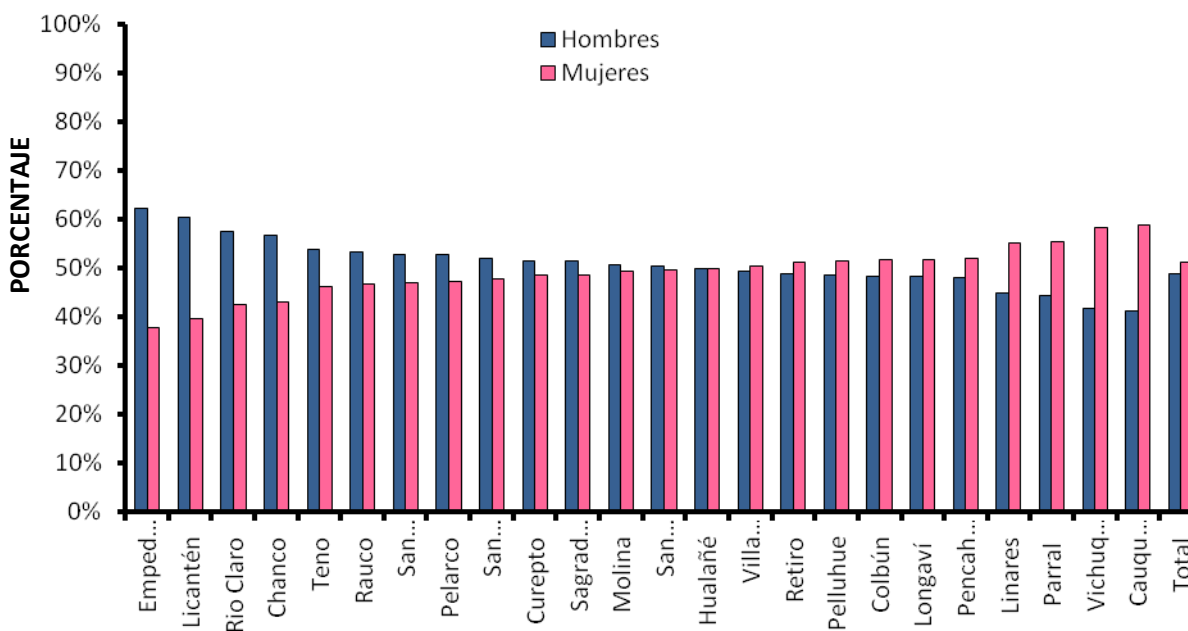
**TABLA N° 2: Comunas AUTOVALENTE SIN RIESGO**

Comuna	Total Adultos Mayores	Autovalente sin riesgo	Porcentaje Autovalente sin riesgo
Empedrado	236	114	48,3%
Teno	1.008	422	41,9%
Pelarco	1.022	415	40,6%
Colbún	1.391	537	38,6%
Molina	933	349	37,4%
San Javier	2.252	838	37,2%
Villa Alegre	801	297	37,1%
Rauco	565	208	36,8%
San Clemente	2.525	923	36,6%
Chanco	249	88	35,3%
Longaví	1.978	695	35,1%
Pencahue	667	210	31,5%
Linares	5.352	1.661	31,0%
Cauquenes	2.115	646	30,5%
Rio Claro	842	242	28,7%
Parral	2.854	818	28,7%
Sagrada Familia	1.145	319	27,9%
Vichuquén	459	127	27,7%
Licantén	176	48	27,3%
San Rafael	338	87	25,7%
Retiro	1.436	361	25,1%
Curepto	401	99	24,7%
Pelluhue	604	134	22,2%
Hualañé	79	6	7,6%
Total	29.428	9.644	32,8%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 2, la comuna de Linares presenta el más alto número, 1661 personas AUTOVALENTE SIN RIESGO de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de San Clemente con 923 personas de acuerdo a su población total.

**FIGURA N° 2: Población AUTOVALENTE SIN RIESGO, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°2 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Autovalencia sin Riesgo se presenta en la comuna de Cauquenes con un 58,8%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Empedrado con un 37,7%.de acuerdo a su población total

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de Autovalencia sin Riesgo se encuentra en la comuna de Empedrado con un 62,3%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Cauquenes con un 41,2% de acuerdo a su población total.

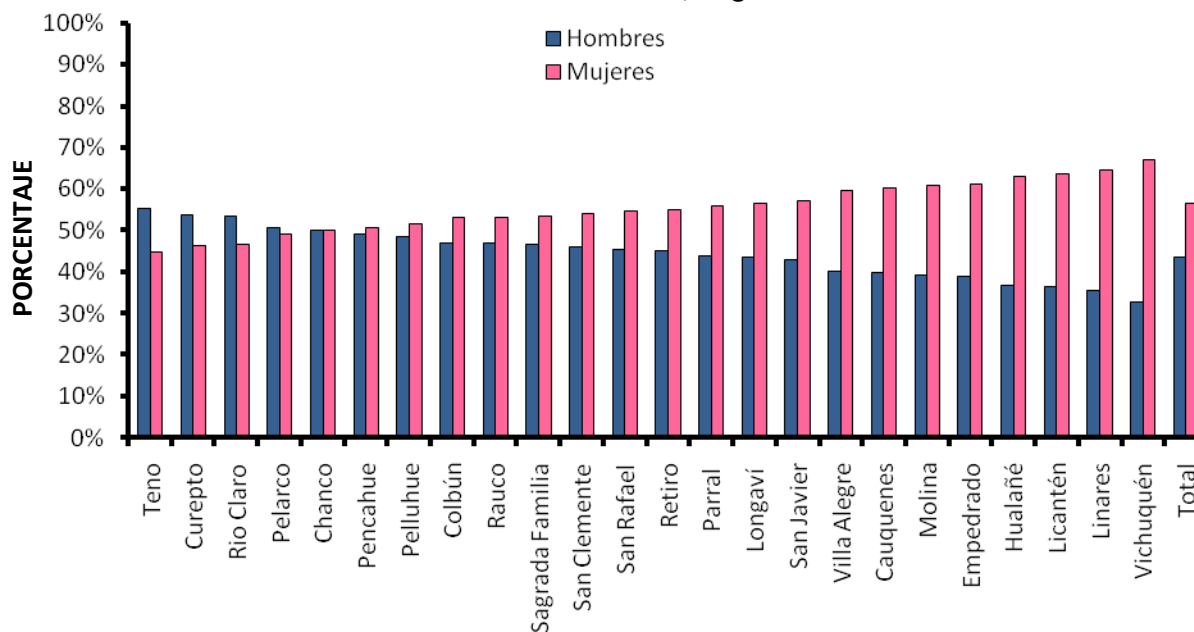
**TABLA N°3: Comunas RIESGO DE DEPENDENCIA**

Comuna	Total Adultos Mayores	Total Riesgo de Dependencia	Porcentaje Riesgo de Dependencia
Pelluhue	604	213	35,3%
Cauquenes	2.115	691	32,7%
San Rafael	338	106	31,4%
Rio Claro	842	262	31,1%
Parral	2.854	872	30,6%
Retiro	1.436	435	30,3%
Sagrada Familia	1.145	329	28,7%
Rauco	565	158	28,0%
Villa Alegre	801	221	27,6%
Pencahue	667	183	27,4%
Pelarco	1.022	260	25,4%
Licantén	176	44	25,0%
Hualañé	79	19	24,1%
Longaví	1.978	473	23,9%
Chanco	249	54	21,7%
San Javier	2.252	439	19,5%
Linares	5.352	943	17,6%
Colbún	1.391	234	16,8%
San Clemente	2.525	392	15,5%
Vichuquén	459	67	14,6%
Molina	933	135	14,5%
Curepto	401	41	10,2%
Empedrado	236	18	7,6%
Teno	1.008	58	5,8%
Total	29.428	6.647	22,6%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 3, la comuna de Linares presenta el más alto número, 943 personas RIESGO DE DEPENDENCIA de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Parral con 872 personas de acuerdo a su población total.

**FIGURA N°3: Población RIESGO DE DEPENDENCIA, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°3 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Riesgo de Dependencia se presenta en la comuna de Vichuquen con 67,2%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Teno con un 44,8%. de acuerdo a su población total

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de Riesgo de Dependencia se encuentra en la comuna de Teno con un 55,2%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Vichuquen con un 32,8%. de acuerdo a su población total.

**TABLA N°4: Comunas DEPENDENCIA LEVE**

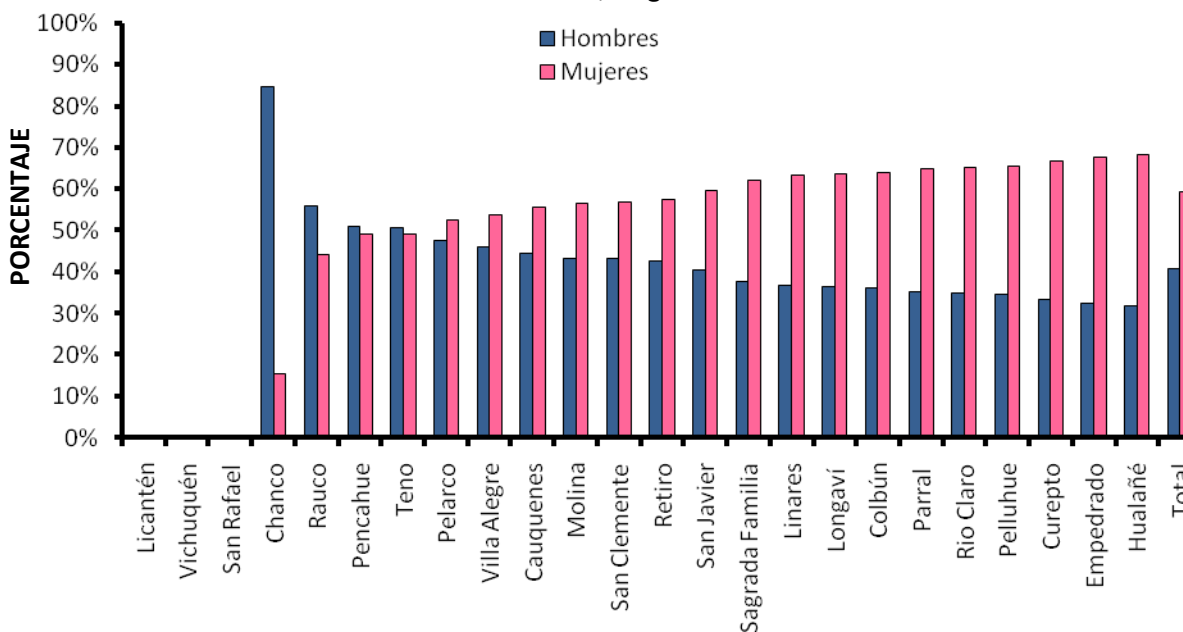
Comuna	Total Adultos Mayores	Total Dependencia Leve	Porcentaje Dependencia Leve
Hualañe	79	22	27,8%
Empedrado	236	34	14,4%
Teno	1.008	136	13,5%
San Clemente	2.525	324	12,8%
Colbún	1.391	166	11,9%
Retiro	1.436	157	10,9%
Linares	5.352	543	10,1%
Licanten	176	17	9,7%
Pelluhue	604	58	9,6%
Molina	933	83	8,9%
Pencahue	667	55	8,2%
San Javier	2.252	141	6,3%
Rauco	565	34	6,0%
Longaví	1.978	118	6,0%
Vichuquen	459	26	5,7%
Chanco	249	13	5,2%
Sagrada Familia	1.145	45	3,9%
Pelarco	1.022	40	3,9%
Cauquenes	2.115	72	3,4%
Rio Claro	842	23	2,7%
San Rafael	338	9	2,7%
Parral	2.854	71	2,5%
Curepto	401	9	2,2%
Villa Alegre	801	13	1,6%
Total	29.428	2.209	7,5%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 4, la comuna de Linares presenta el más alto número, 543 personas DEPENDENCIA LEVE de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de San Clemente con 324 personas de acuerdo a su población total.



**FIGURA N°4: Población DEPENDENCIA LEVE, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°4 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Dependencia Leve se presenta en la comuna de Hualañé con 68,2%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Chanco con un 15,4%. de acuerdo a su población total

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de Dependencia Leve se encuentra en la comuna de Chanco con un 84,6%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Hualañé con un 31,8%.de acuerdo a su población total.

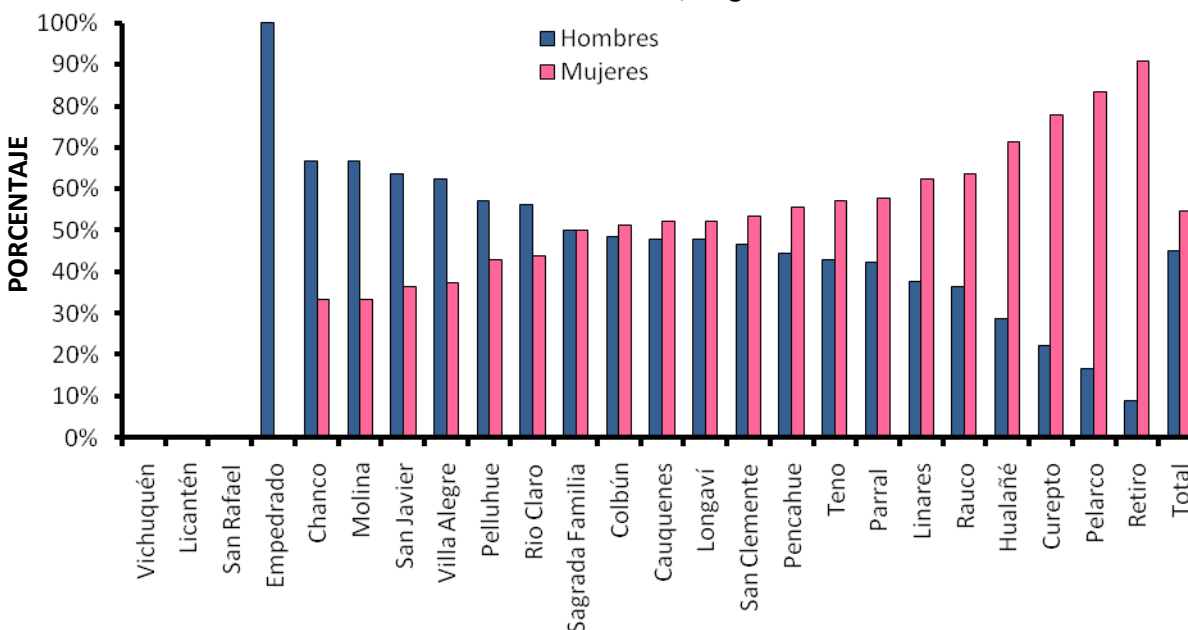
**TABLA N°5: Comunas DEPENDENCIA MODERADA**

Comuna	Total Adultos Mayores	Total Dependencia Moderada	Porcentaje Dependencia Moderada
Hualañé	79	7	8,9%
Rauco	565	22	3,9%
San Javier	2.252	85	3,8%
Vichuquén	459	17	3,7%
Chanco	249	9	3,6%
Teno	1.008	35	3,5%
Linares	5.352	173	3,2%
Colbún	1.391	37	2,7%
Parral	2.854	71	2,5%
Pelluhue	604	14	2,3%
San Clemente	2.525	58	2,3%
Licantén	176	4	2,3%
Cauquenes	2.115	48	2,3%
Curepto	401	9	2,2%
Rio Claro	842	16	1,9%
San Rafael	338	5	1,5%
Pencahue	667	9	1,3%
Longaví	1.978	23	1,2%
Villa Alegre	801	8	1,0%
Molina	933	9	1,0%
Retiro	1.436	11	0,8%
Sagrada Familia	1.145	8	0,7%
Pelarco	1.022	6	0,6%
Empedrado	236	1	0,4%
Total	29.428	685	2,3%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 5, la comuna de Linares presenta el más alto número, 173 personas DEPENDENCIA MODERADA de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de San Javier con 85 personas de acuerdo a su población total.

**FIGURA N°5: Comunas DEPENDENCIA MODERADA, Según Sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°5 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Dependencia Moderada se presenta en la comuna de Retiro con 90,9%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Chanco y Molina con un 33,3% de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de Dependencia Moderada se encuentra en la comuna de Empedrado con un 100%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Retiro con un 9,1%. de acuerdo a su población total.

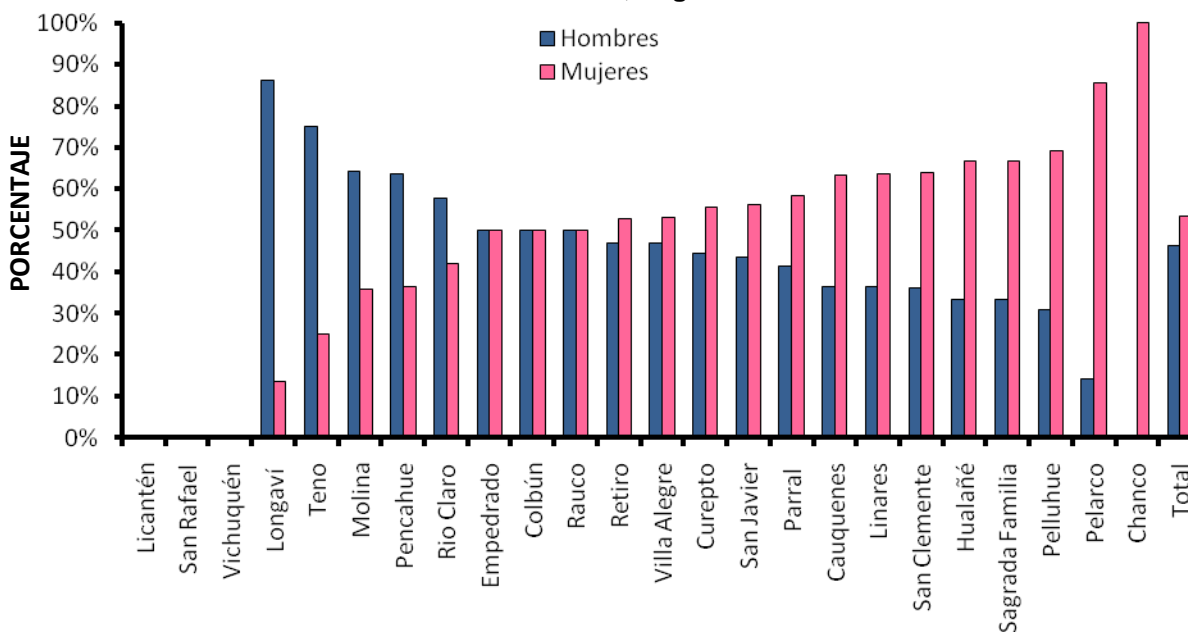
**TABLA N°6: Comunas DEPENDENCIA GRAVE**

Comuna	Total Adultos Mayores	Total Dependencia Grave	Porcentaje Dependencia Grave
Hualañé	79	6	7,6%
Empedrado	236	14	5,9%
Villa Alegre	801	32	4,0%
San Javier	2.252	71	3,2%
Longaví	1.978	51	2,6%
Rio Claro	842	19	2,3%
Curepto	401	9	2,2%
Pelluhue	604	13	2,2%
Sagrada Familia	1.145	24	2,1%
Cauquenes	2.115	41	1,9%
Parral	2.854	53	1,9%
Pencahue	667	11	1,6%
Molina	933	14	1,5%
Linares	5.352	77	1,4%
San Clemente	2.525	36	1,4%
Retiro	1.436	17	1,2%
Chanco	249	2	0,8%
Colbún	1.391	10	0,7%
Rauco	565	4	0,7%
Pelarco	1.022	7	0,7%
Teno	1.008	4	0,4%
Licantén	176	0	0,0%
San Rafael	338	0	0,0%
Vichuquén	459	0	0,0%
Total	29.428	515	1,8%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 6 de acuerdo a la caracterización de Funcionalidad, las comunas de Licantén, San Rafael y Vichuquén no registran personas con DEPENDENCIA GRAVE.

**FIGURA N°6: Población DEPENDENCIA GRAVE, Según Sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°6 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Dependencia Grave se presenta en la comuna de Chanco, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Longaví.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de Dependencia Grave se encuentra en la comuna de Longaví, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Pelarco.

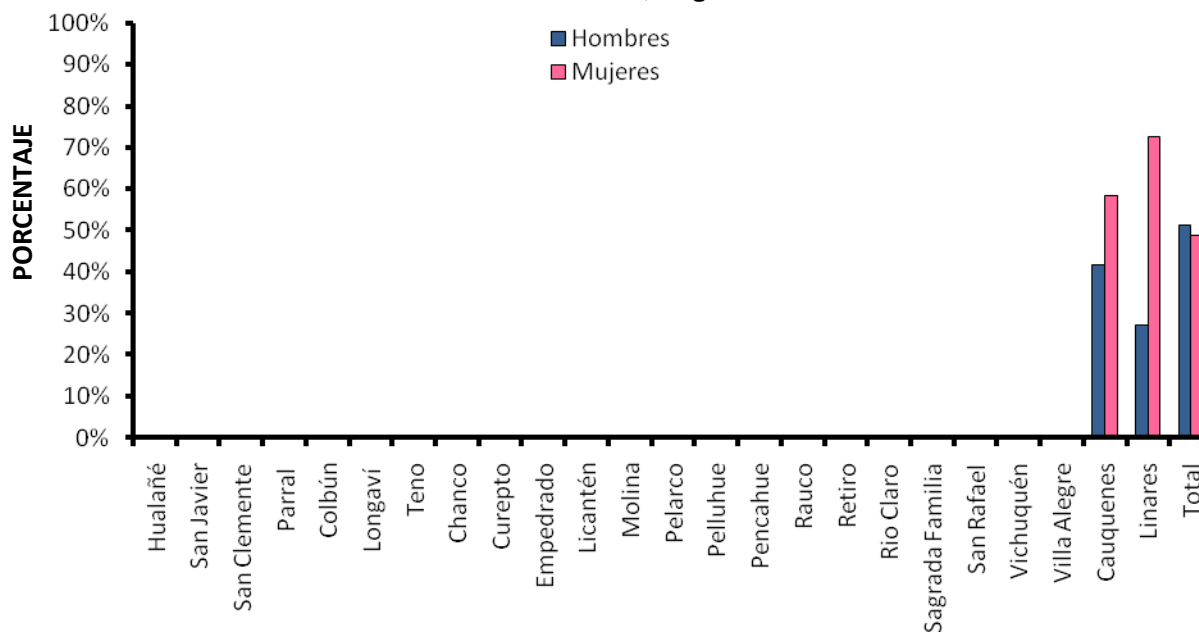
**TABLA N°7: Comunas DEPENDENCIA SEVERA**

Comuna	Total Adultos Mayores	Total Dependencia Severa	Porcentaje Dependencia Severa
Hualañé	79	6	7,6%
San Javier	2.252	14	0,6%
Cauquenes	2.115	12	0,6%
San Clemente	2.525	14	0,6%
Parral	2.854	10	0,4%
Colbún	1.391	3	0,2%
Linares	5.352	11	0,2%
Longaví	1.978	4	0,2%
Teno	1.008	2	0,2%
Chanco	249	0	0,0%
Curepto	401	0	0,0%
Empedrado	236	0	0,0%
Licantén	176	0	0,0%
Molina	933	0	0,0%
Pelarco	1.022	0	0,0%
Pelluhue	604	0	0,0%
Pencahue	667	0	0,0%
Rauco	565	0	0,0%
Retiro	1.436	0	0,0%
Rio Claro	842	0	0,0%
Sagrada Familia	1.145	0	0,0%
San Rafael	338	0	0,0%
Vichuquén	459	0	0,0%
Villa Alegre	801	0	0,0%
Total	29.428	76	0,3%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 7, se aprecia que existen 15 comunas que NO presentan registros sobre población adulta mayor DEPENDENCIA SEVERA de las 24 comunas de la Región del Maule.

**FIGURA N°7: Comunas DEPENDENCIA SEVERA, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°7 se observa que en mujeres el mayor porcentaje de Dependencia Severa se presenta en la comuna de Linares con un 72,7%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Cauquenes con un 58,3% de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje de Dependencia Severa se encuentra en la comuna de Cauquenes con un 41,7%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Linares con un 27,3%. de acuerdo a su población total.

En el resto de las 22 comunas no se observan registros sobre esta condición de Funcionalidad.

De acuerdo al estado nutricional los resultados fueron:

**TABLA N°8: Comunas con Estado Nutricional NORMAL**

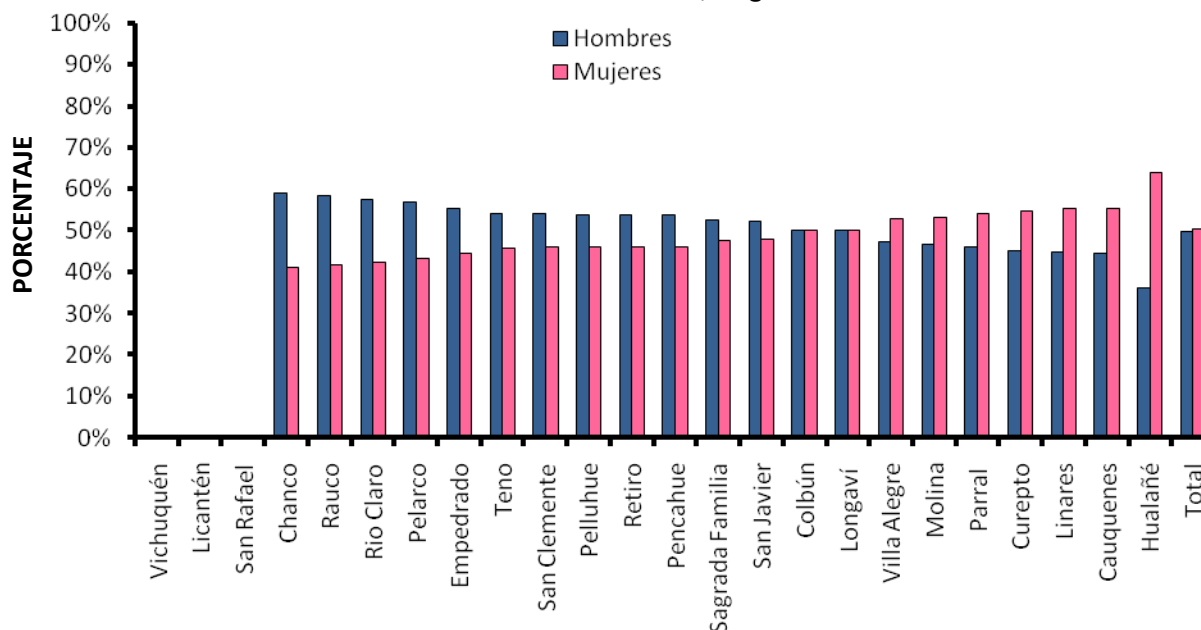
<b>Comuna</b>	<b>Total Adultos Mayores</b>	<b>Total Estado Nutricional Normal</b>	<b>Porcentaje Estado Nutricional Normal</b>
<b>Curepto</b>	<b>401</b>	<b>177</b>	<b>44,1%</b>
<b>Colbún</b>	<b>1.391</b>	<b>601</b>	<b>43,2%</b>
<b>Retiro</b>	<b>1.436</b>	<b>620</b>	<b>43,2%</b>
<b>San Javier</b>	<b>2.252</b>	<b>943</b>	<b>41,9%</b>
<b>Cauquenes</b>	<b>2.115</b>	<b>861</b>	<b>40,7%</b>
<b>Pelluhue</b>	<b>604</b>	<b>245</b>	<b>40,6%</b>
<b>Pelarco</b>	<b>1.022</b>	<b>413</b>	<b>40,4%</b>
<b>Chanco</b>	<b>249</b>	<b>100</b>	<b>40,2%</b>
<b>Rauco</b>	<b>565</b>	<b>226</b>	<b>40,0%</b>
<b>Sagrada Familia</b>	<b>1.145</b>	<b>457</b>	<b>39,9%</b>
<b>Parral</b>	<b>2.854</b>	<b>1.119</b>	<b>39,2%</b>
<b>Pencahue</b>	<b>667</b>	<b>260</b>	<b>39,0%</b>
Vichuquén	459	176	38,3%
Licantén	176	67	38,1%
Linares	5.352	1.997	37,3%
Teno	1.008	371	36,8%
Longaví	1.978	723	36,6%
San Clemente	2.525	919	36,4%
San Rafael	338	122	36,1%
Molina	933	308	33,0%
Villa Alegre	801	263	32,8%
Hualañé	79	25	31,6%
Empedrado	236	74	31,4%
Río Claro	842	264	31,4%
<b>Total</b>	<b>29.428</b>	<b>11.331</b>	<b>38,5%</b>

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 8 de acuerdo al estado nutricional, la comuna de Curepto presenta el mayor porcentaje (44,1%) de población adulta mayor con ESTADO NUTRICIONAL NORMAL de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Colbún con un 43,2% . de acuerdo a su población total.



**FIGURA N°8: Población Estado Nutricional NORMAL, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°8 se observa que en mujeres el mayor porcentaje con Estado Nutricional Normal se presenta en la comuna de Hualañé con un 64,0%, mientras que el menor porcentaje se encuentra en la comuna de Chanco con un 41,0% de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje con Estado Nutricional Normal se encuentra en la comuna de Chanco con un 59,0%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Hualañé con un 36,0% de acuerdo a su población total.

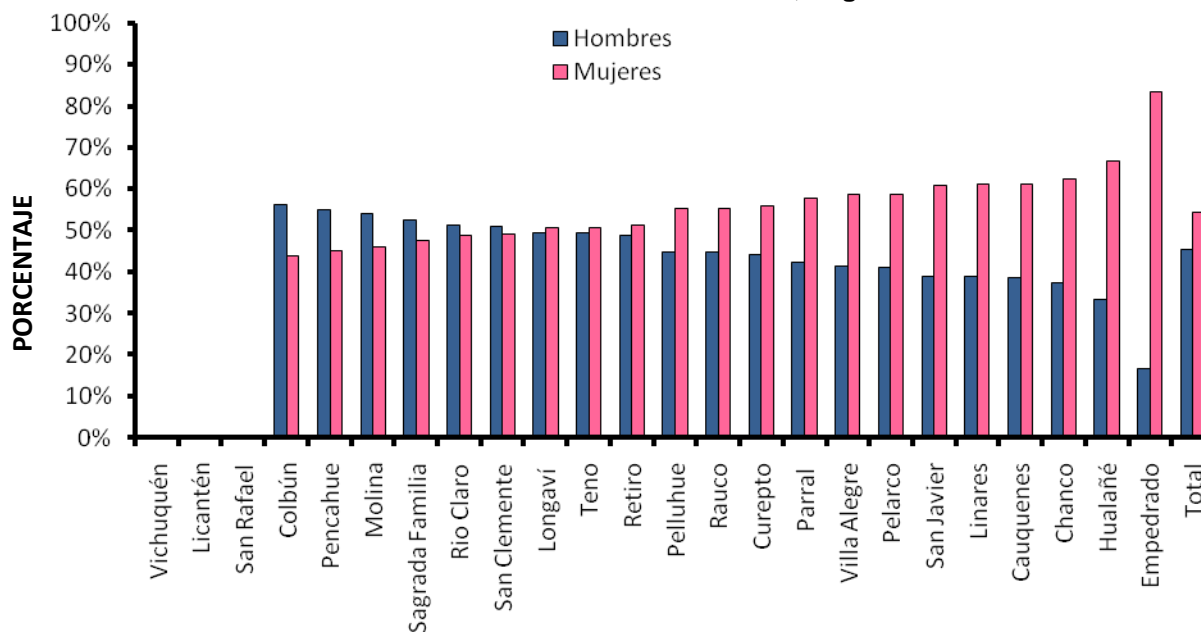
**TABLA N°9: Comunas con Estado Nutricional BAJO PESO**

<b>Comuna</b>	<b>Total Adultos Mayores</b>	<b>Total Estado Nutricional Bajo Peso</b>	<b>Porcentaje Estado Nutricional Bajo Peso</b>
Vichuquén	459	87	19,0%
Pelluhue	604	114	18,9%
Hualañé	79	12	15,2%
Curepto	401	59	14,7%
Licantén	176	24	13,6%
Colbún	1.391	189	13,6%
Rauco	565	76	13,5%
Chanco	249	32	12,9%
Sagrada Familia	1.145	139	12,1%
Molina	933	111	11,9%
Longaví	1.978	229	11,6%
Retiro	1.436	162	11,3%
Villa Alegre	801	87	10,9%
Pencahue	667	71	10,6%
Parral	2.854	300	10,5%
San Rafael	338	33	9,8%
Cauquenes	2.115	191	9,0%
Rio Claro	842	76	9,0%
San Javier	2.252	200	8,9%
Pelarco	1.022	85	8,3%
Linares	5.352	430	8,0%
Teno	1.008	73	7,2%
San Clemente	2.525	167	6,6%
Empedrado	236	6	2,5%
Total	29.428	2.953	10,0%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 9 de acuerdo al estado nutricional, la comuna de Vichuquen presenta el mayor porcentaje (19,0%) de población adulta mayor con ESTADO NUTRICIONAL BAJO PESO de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Pelluhue con un 18,9% . de acuerdo a su población total.

**FIGURA N°9: Población con Estado Nutricional BAJO PESO, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°9 se observa que en mujeres el mayor porcentaje con Estado Nutricional Bajo Peso se presenta en la comuna de Empedrado con un 83,3% de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje con Estado Nutricional Bajo Peso se encuentra en la comuna de Colbún con un 56,1% de acuerdo a su población total,

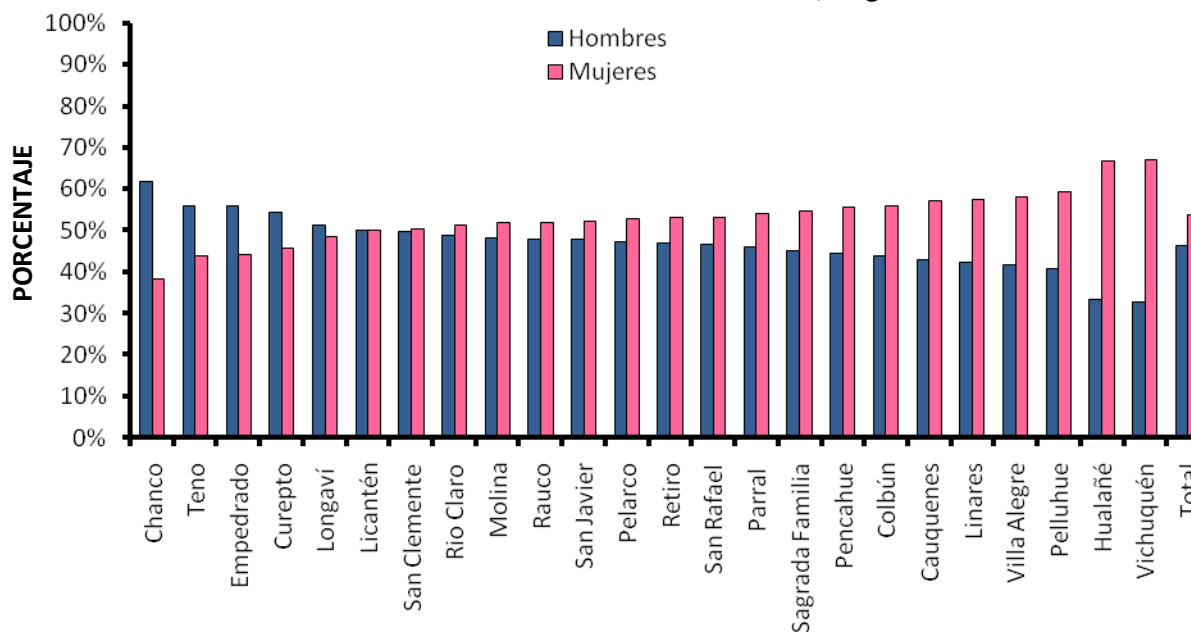
**TABLA N°10: Comunas con Estado Nutricional SOBREPESO**

Comuna	Total Adultos Mayores	Total Estado Nutricional Sobrepeso	Porcentaje Estado Nutricional Sobrepeso
Empedrado	236	118	50,0%
Rio Claro	842	301	35,7%
Villa Alegre	801	282	35,2%
Pelarco	1.022	328	32,1%
San Clemente	2.525	791	31,3%
Linares	5.352	1.660	31,0%
Molina	933	289	31,0%
Parral	2.854	880	30,8%
Teno	1.008	309	30,7%
Chanco	249	76	30,5%
Hualañé	79	24	30,4%
Rauco	565	171	30,3%
Longaví	1.978	591	29,9%
Cauquenes	2.115	622	29,4%
Sagrada Familia	1.145	336	29,3%
Curepto	401	114	28,4%
Vichuquén	459	128	27,9%
Pencahue	667	182	27,3%
Licantén	176	48	27,3%
San Rafael	338	92	27,2%
San Javier	2.252	605	26,9%
Pelluhue	604	162	26,8%
Colbún	1.391	362	26,0%
Retiro	1.436	361	25,1%
Total	29.428	8.832	30,0%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 10 de acuerdo al estado nutricional, la comuna de Linares presenta el mayor número, 1660 personas adulta mayor con ESTADO NUTRICIONAL SOBREPESO de las 24 comunas de la Región del Maule, de acuerdo a su población total.

**FIGURA N°10: Población con Estado Nutricional SOBREPESO, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°10 se observa que en mujeres el mayor porcentaje con Estado Nutricional Sobrepeso se presenta en la comuna de Vichuquén con un 67,2% de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje con Estado Nutricional Sobrepeso se encuentra en la comuna de Chanco con un 61,8% de acuerdo a su población total.

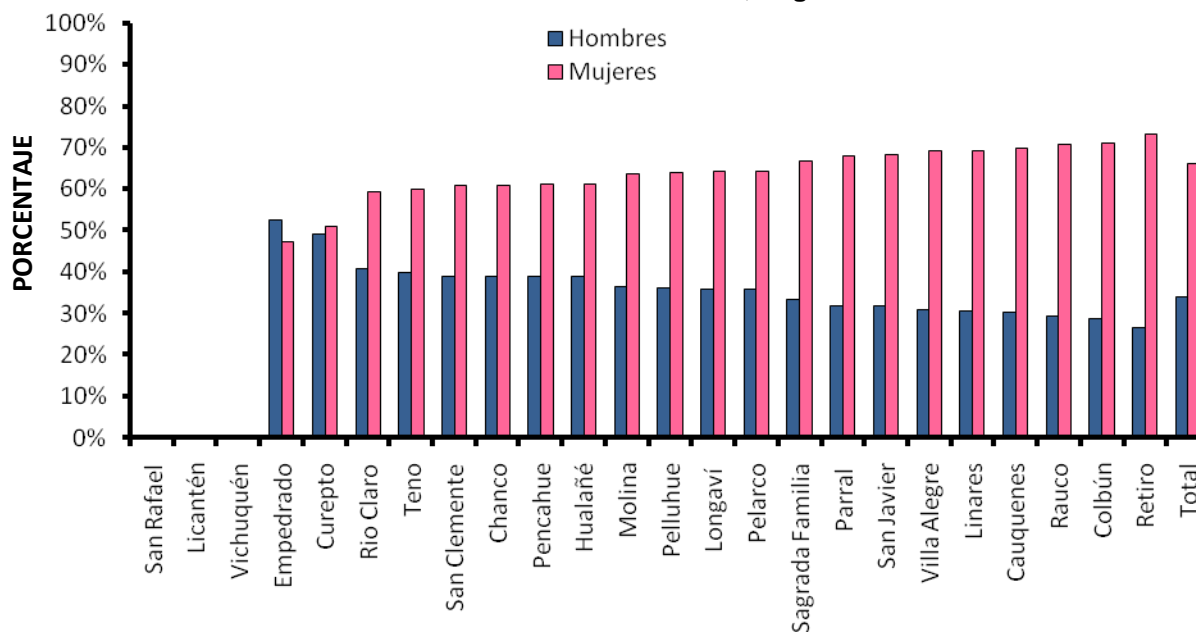
**TABLA N°11: Comunas con Estado Nutricional OBESO**

<b>Comuna</b>	<b>Total Adultos Mayores</b>	<b>Total Estado Nutricional Obeso</b>	<b>Porcentaje Estado Nutricional Obeso</b>
<b>San Rafael</b>	<b>338</b>	<b>91</b>	<b>26,9%</b>
<b>San Clemente</b>	<b>2.525</b>	<b>648</b>	<b>25,7%</b>
<b>Teno</b>	<b>1.008</b>	<b>255</b>	<b>25,3%</b>
<b>Molina</b>	<b>933</b>	<b>225</b>	<b>24,1%</b>
<b>Rio Claro</b>	<b>842</b>	<b>201</b>	<b>23,9%</b>
<b>Linares</b>	<b>5.352</b>	<b>1.265</b>	<b>23,6%</b>
<b>Pencahue</b>	<b>667</b>	<b>154</b>	<b>23,1%</b>
<b>Hualañé</b>	<b>79</b>	<b>18</b>	<b>22,8%</b>
<b>San Javier</b>	<b>2.252</b>	<b>504</b>	<b>22,4%</b>
<b>Longaví</b>	<b>1.978</b>	<b>435</b>	<b>22,0%</b>
Villa Alegre	801	169	21,1%
Licantén	176	37	21,0%
Cauquenes	2.115	441	20,9%
Retiro	1.436	293	20,4%
Parral	2.854	555	19,4%
Pelarco	1.022	196	19,2%
Sagrada Familia	1.145	213	18,6%
Colbún	1.391	239	17,2%
Chanco	249	41	16,5%
Rauco	565	92	16,3%
Empedrado	236	38	16,1%
Vichuquén	459	68	14,8%
Pelluhue	604	83	13,7%
Curepto	401	51	12,7%
Total	29.428	6.312	21,4%

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 11 de acuerdo al estado nutricional, la comuna de Linares presenta el mayor número, 1265 personas de población adulta mayor con ESTADO NUTRICIONAL OBESO de las 24 comunas de la Región del Maule, de acuerdo a su población total.

**FIGURA N°11: Población con Estado Nutricional OBESO, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°11 se observa que en mujeres el mayor porcentaje con Estado Nutricional Obeso se presenta en la comuna de Vichuquén con un 67,2%, de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje con Estado Nutricional Obeso se encuentra en la comuna de Empedrado con un 52,6%, de acuerdo a su población total.

En relacion al maltrato:

**TABLA N°12: Comunas con Registros sobre MALTRATO**

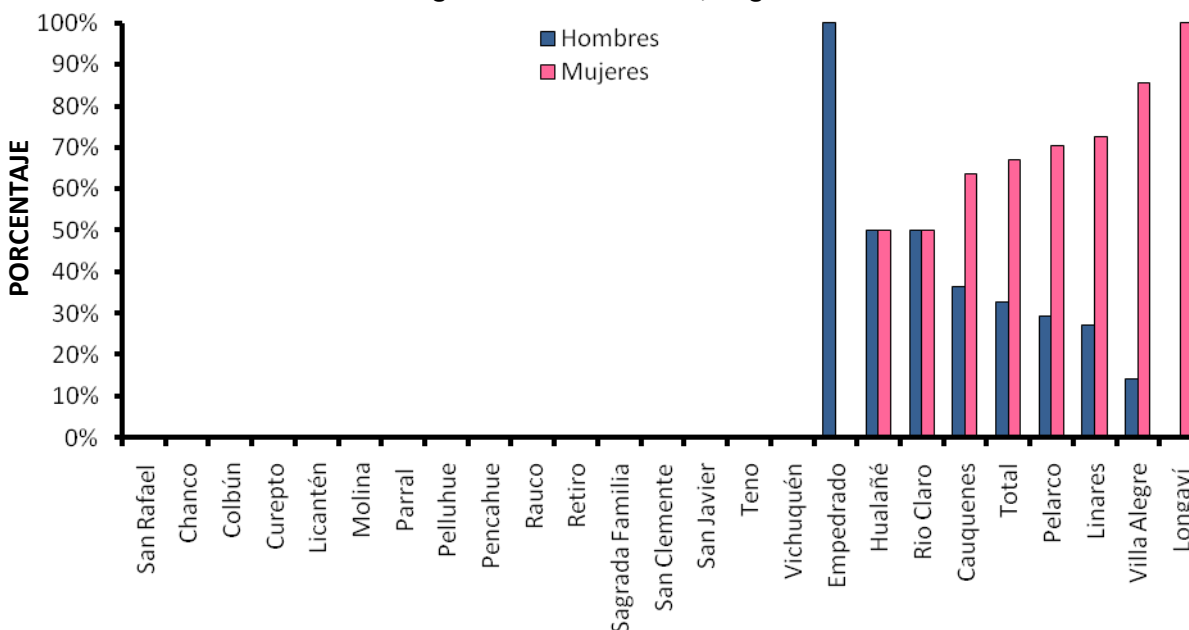
<b>Comuna</b>	<b>Total Adultos Mayores</b>	<b>Total Maltrato</b>	<b>Porcentaje Maltrato</b>
<b>Pelarco</b>	<b>1.022</b>	<b>51</b>	<b>5,0%</b>
<b>Hualañé</b>	<b>79</b>	<b>2</b>	<b>2,5%</b>
<b>Cauquenes</b>	<b>2.115</b>	<b>44</b>	<b>2,1%</b>
<b>Rio Claro</b>	<b>842</b>	<b>8</b>	<b>1,0%</b>
<b>Villa Alegre</b>	<b>801</b>	<b>7</b>	<b>0,9%</b>
<b>San Rafael</b>	<b>338</b>	<b>2</b>	<b>0,6%</b>
<b>Empedrado</b>	<b>236</b>	<b>1</b>	<b>0,4%</b>
Linares	5.352	11	0,2%
Longaví	1.978	2	0,1%
Chanco	249	0	0,0%
Colbún	1.391	0	0,0%
Curepto	401	0	0,0%
Licantén	176	0	0,0%
Molina	933	0	0,0%
Parral	2.854	0	0,0%
Pelluhue	604	0	0,0%
Pencahue	667	0	0,0%
Rauco	565	0	0,0%
Retiro	1.436	0	0,0%
Sagrada Familia	1.145	0	0,0%
San Clemente	2.525	0	0,0%
San Javier	2.252	0	0,0%
Teno	1.008	0	0,0%
Vichuquén	459	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>29.428</b>	<b>128</b>	<b>0,4%</b>

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 12 de acuerdo a registros sobre Maltrato, 15 comunas de la Región del Maule, NO presentan registros sobre MALTRATO.



**FIGURA N°12: Población con Registro de MALTRATO, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°12 se observa que en mujeres el mayor porcentaje con Registro de Maltrato se presenta en la comuna de Longaví, de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje con Registro de Maltrato se encuentra en la comuna de Empedrado, de acuerdo a su población total.

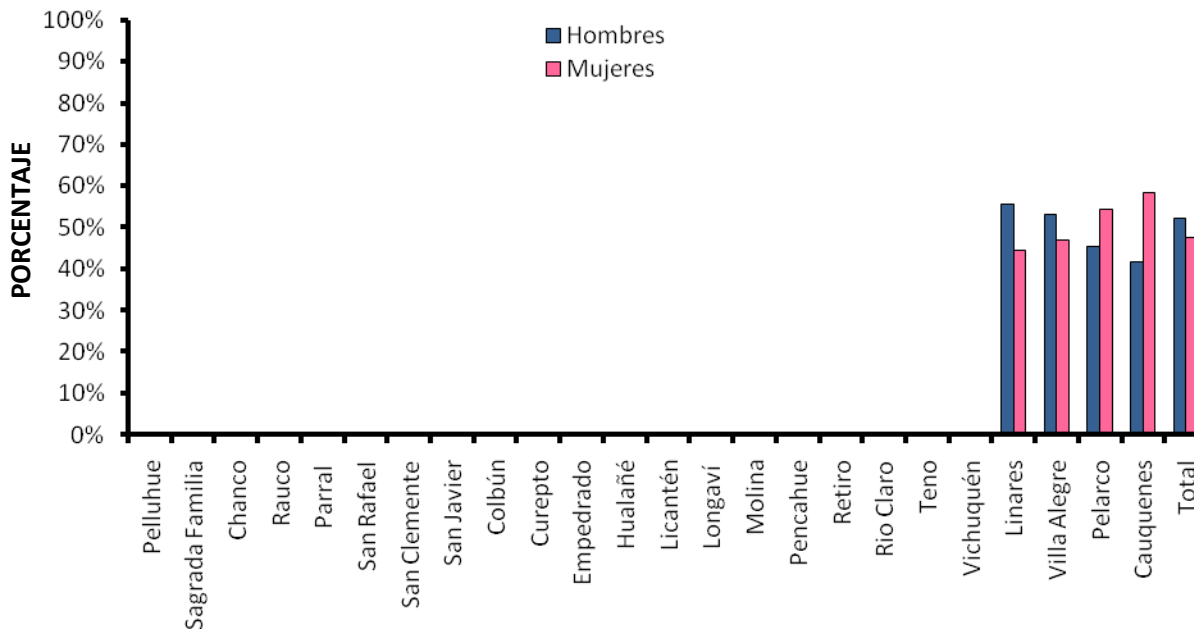
**TABLA N°13: Comunas con Registro de ACTIVIDAD FÍSICA**

<b>Comuna</b>	<b>Total Adultos Mayores</b>	<b>Total Actividad Física</b>	<b>Porcentaje Actividad Física</b>
<b>Villa Alegre</b>	<b>801</b>	<b>288</b>	<b>36,0%</b>
<b>Pelluhue</b>	<b>604</b>	<b>141</b>	<b>23,3%</b>
<b>Sagrada Familia</b>	<b>1.145</b>	<b>239</b>	<b>20,9%</b>
<b>Pelarco</b>	<b>1.022</b>	<b>200</b>	<b>19,6%</b>
<b>Chanco</b>	<b>249</b>	<b>35</b>	<b>14,1%</b>
<b>Rauco</b>	<b>565</b>	<b>37</b>	<b>6,5%</b>
<b>Parral</b>	<b>2.854</b>	<b>179</b>	<b>6,3%</b>
Linares	5.352	259	4,8%
San Rafael	338	13	3,8%
Cauquenes	2.115	48	2,3%
San Clemente	2.525	38	1,5%
San Javier	2.252	20	0,9%
Colbún	1.391	2	0,1%
Curepto	401	0	0,0%
Empedrado	236	0	0,0%
Hualañé	79	0	0,0%
Licantén	176	0	0,0%
Longaví	1.978	0	0,0%
Molina	933	0	0,0%
Pencahue	667	0	0,0%
Retiro	1.436	0	0,0%
Río Claro	842	0	0,0%
Teno	1.008	0	0,0%
Vichuquén	459	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>29.428</b>	<b>1.499</b>	<b>5,1%</b>

FUENTE: MINSAL 2013

Según lo presentado en la tabla N° 13 de acuerdo al registro de Actividad Física, se visualiza que 11 de las 24 comunas en estudio NO presenta registros de ACTIVIDAD FÍSICA en la Región del Maule.

**FIGURA N°13: Población con Registro de ACTIVIDAD FISICA, Según sexo**



FUENTE: MINSAL 2013

Según la figura N°13 se observa que en mujeres el mayor porcentaje con Registro de Actividad Física se presenta en la comuna de Cauquenes con un 58,3%, mientras que el menor porcentaje se encuentran en la comuna de Linares con un 44,4%. de acuerdo a su población total.

En el caso de los hombres se observa que el mayor porcentaje con Registro de Actividad Física se encuentra en la comuna de Linares con un 55,6%, mientras la comuna con un menor porcentaje se presenta en Cauquenes con un 41,7%.de acuerdo a su población total.

Existen 11 comunas (Curepto, Empedrado, Hualañé, Licantén, Longaví, Molina, Pencahue, Retiro, Río Claro, Teno y Vichuquén) que no presentan registros de Actividad Física.

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

#### 4.1 Discusión

Estudios a nivel nacional, tanto en el norte, Quinteros, como en el sur de Chile, Concepción, con población adulta mayor respecto a la funcionalidad, presentan resultados que concuerdan con los datos revisados en esta investigación, que dan cuenta del alto porcentaje de personas con algún grado de dependencia, siendo las mujeres quienes presentan el mayor porcentaje de dependencia en relación a los hombres.

En Chile, de acuerdo al estudio nacional de la dependencia de personas mayores, el 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia afectando especialmente a mayores de edad, mujeres, de nivel socioeconómico más bajo, y asociado a un mayor número de enfermedades crónicas (SENAMA, 2009).

En relación a la Región del Maule, el porcentaje de Adultos Mayores bajo control de salud y que presenta riesgo de dependencia corresponde al 22,6% y un 11,9% de la población Adulto Mayor presenta algún rango de dependencia .

En la presente investigación que describe condiciones nutricionales de los adultos mayores, en un estudio presentado por la Revista Chilena de Nutrición, año 2006, la mayoría consume tres comidas al día o más, sin embargo el 8,2% consume solo 1 ó 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización. Estos hallazgos de hábitos nutricionales pueden ser asociado a que en el presente estudio se encontró que al indagar por las comidas que hacen los adultos mayores, se encontró que las de mayor consumo son el desayuno, almuerzo y la cena con porcentaje de 96%, 92% y 77% respectivamente. Llama la atención que un 23%

de los participantes no consume la última comida del día lo que igualmente se convierte en un factor deteriorante del estado de salud. Pese a que la mayoría de los adultos consume varias comidas, se detectó que la dieta es poco variada porque incluye poca diversidad de alimentos, ya que se observó que no alcanzaba a cubrir las necesidades de calorías y nutrientes y no es equilibrado en el consumo de alimentos ya que no se dieron las proporciones recomendadas. Estos resultados se pueden asociar al 21,4% de obesidad en la población Adulto Mayor en control de salud en la atención primaria de la Región del Maule.

Por lo anterior, se requiere continuar reforzando las intervenciones en el ámbito educativo contextualizados en alimentación y nutrición, que motiven a los adultos mayores y a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación saludable en el proceso vital y como esta contribuye al bienestar y a la calidad de vida individual y colectiva. Además, es preciso fortalecer las intervenciones alimentarias que en este momento se desarrollan a nivel municipal respaldadas económicamente por el estado (MINSAL, 2014).

Respecto a los factores de riesgos asociados al Maltrato del adulto mayor, un informe Europeo establece que en Europa, cerca de 8.500 adultos mayores mueren al año por homicidio, siendo el maltrato psicológico la causa principal de maltrato, alcanzando un 19,4% de la población adulta mayor, correspondiendo a 29 millones de personas adultos mayores, siguiendo el abuso financiero como la segunda causa de maltrato en el continente europeo, constituyendo un 3,8% de la población, es decir, 6 millones de adultos mayores. La tercera causa corresponde al maltrato físico, con un 2,75% de la población, cifra correspondiente a 4 millones de personas adultas mayores y por último el abuso sexual alcanza el 0,7% de la población, correspondiendo a cerca de un millón de adultos mayores.

Sánchez (2009), ha dirigido diversos estudios en Madrid sobre el maltrato a los adultos mayores y altamente dependientes que son cuidados en el domicilio familiar. Los resultados del mismo han determinado que el principal tipo de maltrato que recibe este tipo de pacientes es la negligencia (16,4%), seguido del

abandono (7,7%) seguido del maltrato psicológico (3,1%), la explotación financiera (1,5%), el abuso físico (1,0%) y el abuso sexual (0,2%).

Chile en los últimos 30 años, se encuentra en una etapa avanzada del envejecimiento demográfico. Sin embargo, su sociedad y su cultura tienen una imagen aún deteriorada de la vejez, lo que lleva a que cada vez sean más visibles y frecuentes las situaciones de maltrato (SENAMA, 2012). Durante la última década se han producido importantes avances en materia de prevención y manejo de los casos de maltrato contra personas mayores. Aunque no se cuenta con un estudio de prevalencia nacional, algunas investigaciones señalan que cerca de un 30% de adultos mayores han sido víctima de maltrato (SENAMA, Mayo 2012). En nuestra Región del Maule, el porcentaje de maltrato hacia el adulto mayor en control de salud en atención primaria, según registros estadísticos, corresponde al 0,4% de la población adulta mayor, siendo las mujeres quienes presentan un porcentaje de un 67,2% por sobre un 32,8% de los hombres.

En cuanto a los principales factores de riesgo de los adultos mayores a recibir algún tipo de maltrato son el grado de dependencia y la edad de estas personas, asociado a las variables de nutrición y actividad física.

Respecto al factor protector de realizar Actividad Física, según los registros del EMPAM, solo un 7% de los adultos mayores realiza actividad física. De estos un 60% son mujeres y un 40% son hombres. De igual forma en la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2009-2010) se evidencia que la prevalencia de inactividad (actividad física baja) en los adultos mayores es de un 48%, muy superior a la prevalencia nacional de 27,1%, siendo mayor en mujeres (50,3%) que en hombres (46,4%).

En dicha investigación se describe que existen 11 comunas que no presentan registros de Actividad Física, lo cual asociado a otras variables permite ver un incremento en algún nivel de dependencia de estas personas.

## **4.2 Conclusiones**

Respecto a la presente investigación y de acuerdo a los objetivos específicos planteados sobre caracterizar aspectos como la funcionalidad, estado nutricional, maltrato y actividad física se puede concluir:

Se destaca que la comuna de Hualañe presenta el más alto porcentaje de adultos mayores en situación de dependencia, alcanzando un total de 51% de la población total inscrita, correspondiente a 79 adultos mayores.

Se evidencio que las mujeres presentan un mayor porcentaje en situación de dependencia a nivel regional, alcanzando el 55,8%, mientras que los hombres presentan un 44,2% en situación de dependencia.

Dentro de las 24 Comunas de la Región del Maule en estudio, se concluye que el rango de edad de adultos mayores en situación de dependencia se concentra entre los 80 años y más.

De acuerdo al estado nutricional, la comuna de Curepto presenta el mayor porcentaje (44,1%) de población adulta mayor con estado nutricional normal de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Colbún con un 43,2%.

La comuna de Vichuquen presenta el mayor porcentaje (19,0%) de población adulta mayor con estado nutricional bajo peso de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Pelluhue con un 18,9%.

Empedrado presenta el mayor porcentaje (50,0%) de población adulta mayor con estado nutricional sobrepeso de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Río Claro con un 35,7%.

Respecto al estado nutricional obeso, la comuna de San Rafael presenta el mayor porcentaje (26,9%) de población adulta mayor de las 24 comunas de la Región del Maule en control de salud, seguida de San Clemente con un 25,7%.

En cuanto a los registros sobre Maltrato, la comuna de Pelarco presenta el mayor porcentaje (5,0%) de población adulta mayor con registro de maltrato de las 24 comunas de la Región del Maule, seguida de Hualañe con un 2,5%.

Según lo observado estadísticamente, la comuna de Villa Alegre presenta el mayor porcentaje (36,0%) de población adulta mayor que realiza actividad física dentro de las 24 comunas de la Región del Maule en control de salud, seguida de Pelluhue con un 23,0%.

En relación al objetivo general que nos permitió conocer la caracterización funcional de la población adulta mayor bajo control de salud en la atención primaria de 24 comunas de la Región del Maule, según censo 2002, se concluye que:

En la Región del Maule de un total de 29.428 adultos mayores bajo control de salud, 3.476 personas se encuentran en situación de dependencia leve, moderada, grave y severa, según EFAM.

En nuestra Región del Maule, la cantidad de Comunas con un porcentaje de envejecimiento sobre el promedio Nacional (11,4%) corresponden a 24 de un total de 30 comunas.

El **mayor** porcentaje de Adultos Mayores en la Región del Maule, lo tiene la Comuna de **Curepto** con un 18,00%, el cual de una población total de 10.812 personas, 1.946 son adultos mayores, de los cuales 978 son hombres y 968 son mujeres.

El **menor** porcentaje de Adultos Mayores en la Región del Maule, lo tiene la Comuna de **Constitución** con un 8,77%, el cual de una población total de 46.081 personas, 4.039 son adultos mayores, de los cuales 1919 son hombres y 2120 son mujeres.



### **4.3 Limitaciones del estudio**

Las limitaciones de la presente investigación dicen relación con los siguientes aspectos:

Uso CENSO 2002 como referente poblacional por los años que llevaba realizado y debido a la contingencia política sobre el CENSO 2012 al momento de realizar este estudio.

El análisis está referido solo a las condiciones funcionales del periodo 2013, existiendo la posibilidad de realizar años anteriores, de tal manera que analizar los cambios en la salud de la población adulta mayor en un rango mayor de tiempo.

### **4.4 RECOMENDACIONES O PROYECCIONES DEL ESTUDIO:**

Las proyecciones de esta investigación se concentran a corto plazo al contar con evidencia de cómo se observa el estado de salud funcional de los adultos mayores de esta región en aquellas comunas que concentra el mayor número de este grupo etario en áreas rurales y urbanas, lo que permite fortalecer acciones de Promoción y Prevención en salud; la necesidad de reflexionar por qué los equipos de salud de Atención Primaria no están registrando variables psicosociales en el estado de salud de las personas mayores, para lo que se recomienda un trabajo con los equipos de salud que valore la necesidad de abordar las condiciones de salud de forma integral de tal manera de asegurar calidad de vida en este grupo etario.

## BIBLIOGRAFÍA

**I, Hoskins., A, Kalache y S, Mende.** (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panam Salud Pública*, 17, 444-451.

**M, Ipinza., P, Gacitúa., M, Pezoa., A, Villalobos., G, Villalón.** (2007). Diagnostico de la situación epidemiológica y demográfica. Comisión N°2

**E, Moreno., J, Milles.,** (2003) Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes. INE 2003.

**C, Albala.,** Proyecto SABE CHILE, Región Metropolitana. Chile

**Ministerio de Salud** (2006). Modulo I: Chile, una sociedad que envejece

Pág. web./ [www.ine.cl](http://www.ine.cl). Población adulta mayor en el bicentenario

Pág. web./ [www.ine.cl](http://www.ine.cl). Adulto mayor en Chile.

**Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM.** Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev. Panam Salud Publica*. 2007;22(1):1–11.

**MIDEPLAN** (2004). Caracterización de la Población: Región del Maule.

**Revista Chilena de Nutrición**, Vol. 33 N° 3 Santiago, Dic. 2006

**Marcela Sanhueza Parra, Manuel Castro Salas, José Merino Escobar** (2005). Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto en Salud, Ciencia y Enfermería Vol., Cap. 2.

**SENAMA**, Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes (2003)

**Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), Informe Sobre la Salud en el Mundo**  
(2003)

**Organización de Naciones Unidas (ONU), Chile y los Objetivos del Milenio**  
(2002)

**I.Sánchez, V. Pérez,** (2009) EL Funcionamiento Cognitivo en la Vejez: Atención y percepción en el adulto mayor, Rev. Cubana; 24 (2)

**A. Uribe, A. Durán, L.Valderrama,** (2004) Enfermedad Crónica en adultos mayores.

**Revista Chilena de Nutrición,** Volumen 33, N°3 Santiago, Dic. 2006