

PERFIL SOCIO-FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. TEMUCO, PADRE LAS CASAS Y NUEVA IMPERIAL¹

SOCIO-FAMILY PROFILE IN INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS TEMUCO, PADRE LAS CASAS AND NUEVA IMPERIAL

CATALINA SEPÚLVEDA R.*

EDITH RIVAS R.**

LUIS BUSTOS M.***

MÓNICA ILLESCA P.****

RESUMEN

Introducción: El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población con repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de enfermedad. La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno. **Objetivo general:** Conocer el perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial, año 2009. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal correlacional, en muestra de 80 adultos mayores institucionales. La recolección de la información se realizó con el Cuestionario Calidad de Vida para Ancianos, elaborado por Inga y Vara, adaptado a los objetivos del estudio. Se realizó análisis descriptivo (distribución de frecuencias, medias, promedios-desviación estándar) e inferencial (chi cuadrado, Pearson). **Resultados:** El promedio de edad fue de 78,1 años, 15,0% eran mapuches, 55,0% eran masculinos, 11,2% “no sabe leer ni escribir”, 40,5% no tiene contacto con sus hijos, en maltrato ha recibido golpes o empujones (15,1% más de diez veces). 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual, 59,4% no recibe atención de salud por la institución. **Conclusiones:** se constató una situación de aislamiento, soledad personal y déficit de cuidados entregado por las instituciones, reto para Enfermería, donde debería tener participación de privilegio en la toma de decisiones en políticas de cuidado para la población en estudio.

Palabras clave: Adultos mayores institucionalizados, satisfacción de vida, calidad de vida, apoyo social.

ABSTRACT

The aging process produces important lifestyle changes in the population with a significant impact on the volume and distribution of the social burden of disease. The United Nations (UNO) suggests that it is a sequential, cumulative and irreversible phenomenon beginning at age 60 where the human being experiences physical, emotional and social changes which progressively damage the body until it is incapable of dealing with environmental circumstances and conditions. **Objective:** To learn about the socio-family profiles of institutionalized older adults in Temuco, Padre Las Casas, and New Imperial during the year 2009. **Specific objectives:** To identify individual characteristics - family, social status, social relationships, satisfaction with life, general health status, negative memories, level of family and social dependency, institutional attention and type of relationship with the consumption of alcoholic beverages in institutions in the towns of Temuco, Padre Las

¹ Publicación generada de Programa Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

* Enfermera. Docente Universidad Autónoma de Chile. Temuco, Chile. E-mail: catasepril@gmail.cl

** Enfermera. Docente Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile. E-mail: erivas@ufro.cl

*** Bioestadístico. Docente Universidad de La Frontera. Temuco, Chile. E-mail: lbustos@ufro.cl

**** Enfermera. Docente Departamento de Medicina. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile. E-mail: millesca@ufro.cl

Casas and New Imperial. Methodology: A cross-sectional correlation study was carried out with a sample of 80 institutionalized older adults. Data collection was carried out with the Quality of Life Questionnaire validated for older adults, as elaborated by Inga and Vara and adapted to the study objectives. Descriptive analyses were carried out (with frequency distribution, means, averages, standard deviation, as well as inferential statistics (with Pearson's chi-squared Test). Results: The average age was 78.1 years old, 15.0% were Mapuche, 55.0% were male, 11.2% were unable to read or write, 32.5% were single. 18.7% received no pension; 40.5% had no contact with their children and were abused having been hit or pushed (15.1% more than ten times). 52.5% never engaged in physical activity or played or worked with friends (gardening, errands, strolls, games of chance, etc.). In relationship to life satisfaction (18.7% thought almost daily about being dissatisfied with their current life), 70% had a disease which had been diagnosed by a physician, and 10.0% thought almost daily about bitter offenses received years earlier. The Socio-Family Dependence variables showed that 18.7% rarely or never bathed or completed self-care hygiene needs alone, 59.4% received no health care services by the institution, 73.4% did not develop recreational activities, and 12.55% did not like the food service of the institution. Conclusions: The study showed a significant relationship between negative memories and the consumption of alcoholic beverages. $p: 0.009$ together with a situation of isolation and personal loneliness. On the other hand, the study made it clear that the care deficits delivered by the institutions are challenges for nursing who are expected and privileged to participate in the political decision-making for the care for the population described.

Key words: Institutionalized elderly, life satisfaction, quality of life, social support.

Fecha recepción: 27/05/2010 Fecha aceptación: 12/11/2010

INTRODUCCIÓN

Durante el proceso de envejecimiento se generan cambios importantes en el estilo de vida de la población con repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de enfermedad (1). Al respecto la Organización de Naciones Unidas (2) plantea que es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno; y que comienza a partir de los 60 años, donde el ser humano experimenta cambios físicos, emocionales y sociales.

Así, el proceso de la vejez está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, mostrando bajas tasas de fecundidad, mortalidad y disminución de enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder a las crónicas degenerativas. De esta manera, se da lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias, como un proceso en el cual los patrones de salud de la sociedad se van transformando en respuesta a cambios más

amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica. Dicha perspectiva requiere comprender características determinantes y consecuencias de estos cambios a través del tiempo (3).

Desde el punto de vista epidemiológico, Chile vive una transición demográfica que se traduce en un importante aumento de la población adulta mayor, lo que conlleva cambios profundos y significativos en la convivencia social y enfoque sanitario (4). Al respecto, Torres, Quezada, Rioseco, Ducci indican que el adulto mayor (AM) experimenta cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales (5). González y Ham-Chande exponen que se produce un incremento relativo de las enfermedades crónicas degenerativas junto con acciones que permiten posponer la muerte en gran medida, dando como resultado una percepción diferente del significado social de la enfermedad, pasando de ser un proceso agudo y transitorio que se resuelve, a constituirse en un estatus crónico de consecuencias importantes por la creciente carga psicológica, social y económica (3).

En relación a la institucionalización de los adultos mayores, un estudio de Marín,

Guzmán y Araya reveló que en Chile habría un total de 1.668 “residencias de ancianos”, de las cuales 624 (37,4%) corresponden a “residencias colectivas informales” y 1.044 a “residencias colectivas formales” (6). Al respecto, estudios evidencian que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Plantean además que presentan discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria (7).

Debido al desconocimiento de datos de los adultos mayores institucionalizados (AMI), se hace necesario indagar en su perfil socio-familiar, considerando su situación social actual, las características familiares, relaciones sociales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos, dependencia social-familiar, atención institucional y relación entre la satisfacción con la vida y el consumo de bebidas alcohólicas - tabaco, a modo de identificar aspectos involucrados en el bienestar para orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de las políticas públicas, que faciliten la definición de estrategias, el diseño de normas y de programas de atención (1).

Características familiares del adulto mayor institucionalizado

El adulto mayor (AM) debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal. Como señalan Buendía y Riquelme, la reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica (8). De esta forma, el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisio-

nes sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días (9), produciéndose el llamado “estrés por reubicación”, ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación. Al respecto, un aspecto fundamental del traslado del AM a instituciones es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana (10). Más aún, autores como Mora, Villalobos, Araya, Ozols han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento. Presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria (7).

Relaciones familiares

Conjuntamente se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados en los AMI (7). Al respecto, el abordaje del tema de las relaciones sociales e interpersonales en la tercera edad es acogido por muchos desde una perspectiva negativa (11). Continuando con el modelo que la teoría de la desvinculación, los ancianos se retiran de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores. La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte.

Satisfacción con la vida

La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera (12). La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida.

Salud orgánica general

La salud general del AM tiene como valor asignado la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y la disminución de oportunidades a causa de enfermedades, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. La esencia de este concepto se centra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal (1).

Recuerdos negativos-dependencia social y familiar

Los primeros estudios psicoanalíticos sostenían que los recuerdos particulares en la vejez eran regresivos (13). Posteriormente autores como Reichard, Livson y Peterson vincularon una acentuada orientación del pasado con una mala adaptación, reforzando la opinión negativa (14).

El concepto de dependencia social y familiar es clave dentro de la definición de salud para el AM, por ello la OPS/OMS lo propuso como el indicador más representativo para

este grupo etéreo al estado de independencia (15).

Según datos de CONICYT, en Chile existen 1.400.000 AM, de los cuales, de acuerdo a encuestas de necesidades, el 67% es autovaleciente, el 30% son frágiles y el 3% dependientes (16).

Objetivo general

Conocer el perfil socio-familiar (situación social actual, relaciones sociales y amicales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos negativos, dependencia social - familiar y atención institucional otorgada) de los adultos mayores institucionalizados (hogares de ancianos) en las comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial, en el año 2009.

Objetivos específicos

- Determinar características individuales y situación social actual de los adultos mayores.
- Identificar características familiares y relaciones sociales y amicales.
- Identificar satisfacción con la vida y salud orgánica general.
- Identificar recuerdos negativos y dependencia social-familiar.
- Identificar la atención institucional otorgada y el apoyo social.
- Relacionar los recuerdos y la satisfacción con la vida con el consumo de bebidas alcohólicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal correlacional. La unidad de análisis se constituyó por cada uno de los AM adscritos a instituciones, de las comunas en estudio. El cálculo de la muestra se realizó con el programa Query Advisor (17), considerando un nivel de con-

fianza de 95%, una precisión absoluta de un punto porcentual, y una prevalencia estimada de 3,8%, en una población general de las comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial de 36.869 adultos mayores, constituyéndose la muestra por 80 AMI; fueron criterios de inclusión: adultos mayores institucionalizados que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y firmaron consentimiento informado, y de exclusión, adultos mayores institucionalizados que se encontraban imposibilitados de responder el cuestionario (deterioro grave de salud mental y física).

En la recolección de la información se trabajó con ocho ítems del Cuestionario Calidad de Vida para Ancianos (situación social actual, características familiares, relaciones sociales y amicales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos negativos, dependencia social-familiar y atención institucional otorgada), agregándose un ítem de datos biodemográficos. Este cuestionario presentó un Alpha de Cronbach de 0.89 (12). Previa recolección de la información (realizada por la investigadora principal), se efectuó prueba piloto en 15 AMI. El análisis se realizó en STATA v10.0. En un primer momento se

efectuó análisis descriptivo con distribución porcentual de frecuencias y, en un segundo momento, análisis inferencial, estableciendo asociaciones a través de pruebas estadísticas (Chi cuadrado y Pearson).

Se consideró: asentimiento ético de directores de hogares y consentimiento informado de los gerontes.

RESULTADOS

El promedio de edad fue de 78,1 años, DS 9,3 y mín.-máx. 62-99 años, 55,0% eran masculinos, el 97,5 había nacido en Chile, un 11,2% “no sabe leer ni escribir”, 32,5% es soltero, un 26,2% fue obrero y un 27,5 % se desempeñó como empleado público y el promedio de años casados fue de 38,2 años (Tabla 1).

En situación social actual un 15,0% eran mapuches, no recibían jubilación un 18,7 %, recibían ingresos económicos de programas sociales un 3,7% y de su familia un 15%, no satisfacían sus necesidades básicas un 55,0%. Recibían un promedio de \$102,68 al mes, los meses de interacción en el hogar eran en promedio de 6,84 meses (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización y situación Social Actual de Adultos Mayores Institucionalizados.

Caracterización	Ítems	%	X	D.S.	Mín. - máx.
Sexo	Femenino	45,0			
	Masculino	55,0			
Lugar de nacimiento	Chile	97,5			
	Otro país	2,5			
Nivel educativo	No sabe leer ni escribir	11,2			
	Básica incompleta	30,0			
	Media incompleta	10,0			
	Superior incompleta	10,0			
Estado civil actual	Soltero	32,5			
	Casado	25,0			
	Conviviente	16,2			
Ocupación laboral pasada	Ninguna	2,5			
	Dueña de casa	23,7			
	Obrero	26,2			
	Empleado público	27,5			
	Profesional	7,5			

Continuación Tabla 1.

Situación Social Actual					
Etnia	Mapuche	15,0			
Recibe jubilación	No	18,7			
Recibe ingresos económicos de:	Su familia	15,0			
	Su jubilación	70,0			
	Sus ahorros de trabajo	5,0			
	Programas sociales	3,7			
¿Sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?	No	55,0			
Edad			78,1	9,3	62 - 99
Años casados			38,2	11,0	20 - 51
¿Cuánto dinero recibe por jubilación al mes?			102,68	48,55	0-184,00
¿Meses de internación en hogar?			6,84	6,87	0 - 30

En características familiares, 27,5 % no tiene hijos, 13,75% de los hijos son solteros, 9,5% de los hijos se encuentran desempleados y 40,5% no tiene contacto con sus hijos.

En relación a necesidades cubiertas por lo hijos, un 17,5% cubre necesidades habitacionales, 1, 2% ve una vez al mes a sus familiares y 2,5 % no los ve.

En relación a maltrato recibido por algún familiar en el último mes, corresponde a 16,4%. Insultos o gritos hirientes más de diez

veces, 12,6%; amenazas o chantajes más de diez veces, 13,9%; golpes o empujones más de diez veces, 15,1%.

En relaciones sociales, en promedio frecuenta 23,5 personas y de las personas que conoce y visita, se conocen entre sí en promedio 13,3; conversa en promedio con 5,1 personas a la semana y un 52,5% nunca realiza actividades físicas, lúdicas o laborales con sus amigos (jardinería, mandados, paseos, juegos de azar, etc.) (Tabla 2).

Tabla 2. Características Familiares y Relaciones Sociales de Adultos Mayores Institucionalizados.

Características Familiares	Ítemes	%
¿Cuántos hijos tiene?	No tiene hijos	27,5
Necesidades del Adulto Mayor cubiertas por los hijos	No tiene contacto con sus hijos	40,5
	Habitacionales	17,5
	Alimenticias	14,8
	Recreacionales	14,8
	Pensión económica	8,1
¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?	No los ve	2,5
Tipo de maltrato recibido por algún familiar en el último mes	Sí	16,4
Insultos o gritos hirientes	No	73,4
	Más de diez veces	12,6
Amenazas o chantajes	No	79,7
	Más de diez veces	13,9
Golpes o empujones	No	77,2
	Más de diez veces	15,1

Continuación Tabla 2.

Relaciones Sociales			
¿Realiza actividades físicas, lúdicas o laborales con sus amigos (jardinería, mandados, paseos, juegos de azar, etc.)?	Casi a diario		15,0
	Nunca		52,5
	X	D.S.	Mín.- máx.
Actualmente, ¿cuántas personas, en promedio, conoce y frecuenta?	23,5	40,0	0 - 200
De las personas que conoce y frecuenta, ¿cuántos se conocen entre sí?	13,3	19,7	0 - 140
En la semana, ¿con cuántos amigos conversa?	5,1	8,1	0 - 50

En satisfacción con la vida, siente que ha desperdiciado su vida o que ésta ha sido un fracaso, un 68,7% raras veces y nunca, un 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual y 22,5% 1 a 3 veces por semana. Siente que no merece vivir como lo hace ahora 31,2% casi a diario y 18,7% 1 a 3 veces por semana. Siente que sus familiares no lo quieren 18,9% casi a diario y 10,1% 1 a 3 veces por semana.

Siente soledad, desesperanza o confusión

en su vida 33,7% casi a diario y 21,2% 1 a 3 veces por semana.

En salud orgánica general, 70,0% presenta alguna enfermedad diagnosticada por un médico, 50,0% no recibía tratamiento y/o visita del médico y 80,0% manifiesta dolencia en alguna parte de su cuerpo. Ha consumido medicamentos sin receta en el último mes 27,4%, bebidas alcohólicas 26,2% y tabaco 19,8% (Tabla 3).

Tabla 3. Satisfacción con la Vida y Salud Orgánica General en Adultos Mayores Institucionalizados.

Satisfacción con la Vida	Ítemes	%
¿Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso?	Casi a diario	16,2
	Raras veces	38,7
	Nunca	30,0
¿Está insatisfecho con su vida actual?	Casi a diario	18,7
	Nunca	33,7
¿Siente que no merece vivir como lo hace ahora?	Casi a diario	31,2
	Nunca	27,5
¿Siente que su vida no tiene sentido?	Casi a diario	10,0
	Nunca	52,5
¿Siente que sus familiares no lo quieren?	Casi a diario	18,9
	Raras veces	34,1
	Nunca	36,7
¿Se siente inútil y/o un estorbo para los demás?	Casi a diario	12,5
	Raras veces	32,5
	Nunca	45,0
¿Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida?	Casi a diario	33,7
	Raras veces	17,5
	Nunca	27,5

Continuación Tabla 3.

¿Siente que su cuerpo está débil, dolorido y enfermo?	Casi a diario Raras veces Nunca	36,2 21,2 20,0
Salud Orgánica General		
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada por un médico?	Sí	70,0
¿Recibe tratamiento y/o visita del médico?	No	50,0
¿Le duele o molesta alguna parte de su cuerpo?	Sí	80,0
¿Ha consumido en el ultimo mes:		
- Medicamentos sin receta	No Una vez	72,5 21,2
- Bebidas alcohólicas	No	73,7
- Tabaco	No	81,2

En identificar recuerdos negativos el 10,0 y 11,2% recuerda casi a diario y 1 a 3 veces por semana recuerda con amargura las ofensas recibidas años atrás, nunca siente cólera y rabia

por familiares y nunca siente cólera y rabia por amigos del pasado 62,5%. Y el 26,2% cree casi a diario que las personas que le hicieron daño merecen un castigo (Tabla 4).

Tabla 4. Recuerdos Negativos en Adultos Mayores Institucionalizados.

Variables	Ítemes	%
¿Recuerda con amargura las ofensas recibidas años atrás?	Raras veces	28,7
	Nunca	50,0
¿Siente cólera y rabia por alguno de sus familiares?	Raras veces	28,7
	Nunca	62,5
¿Siente cólera y rabia por alguno de sus amigos del pasado?	Raras veces	31,2
	Nunca	62,5
¿Cree que las personas que le hicieron daño merecen un castigo?	Raras veces	21,2
	Nunca	48,7
¿Siente que sus amigos son unos malagradecidos e ingratos?	Raras veces	28,9
	Nunca	53,9

En Dependencia Social-Familiar, un 7,5% nunca se viste y desviste sin ayuda, 8,7% nunca hace sus necesidades higiénicas solo. Un 23,7% nunca realiza tareas caseras solo

(barrer, cargar cosas, hacer la cama) y un 42,5% nunca realiza sin ayuda sus compras fuera de casa (Tabla 5).

Tabla 5. Dependencia Social y Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados.

Dependencia Social y Familiar	Ítemes	%
¿Se viste y desviste sin ayuda?	Casi siempre	70,0
	Nunca	7,5
¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo?	Casi siempre	65,0
	Nunca	8,7
¿Realiza tareas caseras solo? (barrer, cargar cosas, hacer la cama)	casi siempre	42,5
	Nunca	23,7
¿Realizar sin ayuda sus compras fuera de casa?	Casi siempre	31,2
	Nunca	42,5

Servicio de Alimentación brindado por el hogar o institución, 12,55% manifiesta estar en desacuerdo.

59,4% no recibe atención en salud, 73,4% no recibe atención recreativa y 92,4% no recibe atención educativa (Tabla 6).

Tabla 6. Atención Institucional y Apoyo Social en Adultos Mayores Institucionalizados.

Variables	Ítemes	%
Tipos de servicios brindados en el hogar		
Atención de salud	No	59,4
Recreaciones	No	73,4
Educativas	No	92,4
Laborales	No	91,1
En relación al servicio brindado por el Hogar o Institución usted está:		
Alimentación	Totalmente de acuerdo	49,3
Atención en salud	Totalmente de acuerdo	15,1
Apoyo Social		
¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas?	Nunca	39,2
¿Le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesidad?	Nunca	34,1
¿Recibe respeto y consideración?	Siempre	54,4
¿Le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a usted le interesa?	Siempre	31,6
¿Recibe apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos u otros?	Nunca	50,6
¿Recibe atención o compañía agradable y que hace sentir bien?	Nunca	13,9

En la relación de Satisfacción con la Vida y consumo de bebidas alcohólicas se encontró un p: 0.012 y en resentimiento versus con-

sumo de bebidas alcohólicas una asociación significativa, p: 0.009 (Tabla 7).

Tabla 7. Satisfacción con la Vida y Resentimiento en relación al consumo de bebidas alcohólicas.

	Satisfacción con la Vida						Resentimiento					
	Buena		Regular		Mala		Buena		Regular		Mala	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
No consumo en el mes bebidas alcohólicas.	29	49,1	22	37,2	8	13,5	42	71,1	14	23,7	3	5,0
Una vez al mes consumo bebidas alcohólicas.	1	16,6	4	66,6	1	16,6	3	50,0	3	50,0	0	0
Dos a cinco veces en el mes consumo bebidas alcohólicas.	0	0	3	75,0	1	25,0	2	50,0	0	0	2	50,0
Seis a diez veces en el mes consumo bebidas alcohólicas.	2	28,5	1	14,2	4	57,1	2	28,5	5	71,4	0	0
Más de diez veces en el mes consumo bebidas alcohólicas.	0	0	2	50,0	2	50,0	1	25,0	3	75,0	0	0
p: 0.012						p: 0.009						

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El estudio destaca que el 15,0% de la población estudiada corresponde a la etnia mapuche, y 11,2% no sabe leer ni escribir e igualmente el 30% sólo alcanzó educación básica incompleta, lo que identifica la magnitud del problema del adulto mayor y la trascendencia del estudio. Conjuntamente llama la atención el 32,5% de población de solteros y que el 53,7% se desempeñó como obreros o en empleos públicos. Conjuntamente un 27,5% refiere no tener hijos y un 40,5% no tener contacto con sus hijos y si bien el apoyo que reciben no les resulta suficiente, justifican a sus familiares, que generalmente son sus hijos, argumentando que si no se ocupan más de ellos es porque no pueden, debido a que tienen que cumplir con otras obligaciones (laborales, familiares). Según Concha, Olivares y Sepúlveda, los AM están interesados en una relación más cercana, los hijos en cambio están más interesados en una relación más distante, lo que indica su autonomía y distanciamiento de sus padres (18).

En la calidad de las relaciones familiares, referido al haber recibido insultos o gritos hirientes, amenazas o chantajes, golpes o empujones, autores plantean que el fenómeno es percibido dentro de la familia y al mismo tiempo encubierto por las víctimas debido al desconocimiento de sus derechos y sobre todo por la dependencia económica y/o social, situación en donde el anciano no delata a su agresor por temor a represalias mayores y se convierte en un blanco perfecto para toda forma de maltratos (6).

Frente al maltrato familiar se indica que el de tipo psicológico predomina en un 48% de la población estudiada, estableciéndose que las descalificaciones, insultos, y gritos son causantes de sentimientos negativos que afectan su bienestar mental. Esto revela la urgente necesidad de identificar esta actitud para evitar un progresivo incremento

del problema, que se traduce en tristeza, soledad, baja autoestima y que puede ser definido como una “situación no accidental, en la cual la persona sufre un trauma físico, privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador” (6).

En la insatisfacción con la vida actual, González y Padilla plantean que las preocupaciones del envejecer se relacionan con la adaptación a pérdidas vitales, enfermedad, jubilación, reconciliación con los logros y fracasos, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia (19).

En relación a los resentimientos, el estudio “Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados” revela que los ancianos institucionalizados y no institucionalizados no difieren en su bienestar psicosocial, pero los ancianos que viven en residencias parecen tener una imagen más desfavorable con respecto al grado en que son valorados y considerados en su familia que los ancianos que no están institucionalizados (20).

Respecto de la dependencia funcional, (70,0% se viste y desviste sin ayuda casi siempre; 65,0% se baña y realiza sus necesidades higiénicas solo casi siempre), nuestro estudio arroja datos similares a los de CONICYT (16) (67% de autovalencia), pero se debe enfatizar que, si se desea aumentar los niveles de funcionalidad, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes que coloquen en riesgo la mantención de ella, con la ayuda de instrumentos creados específicamente para este fin. Estas medidas deben ser llevadas a cabo por los equipos del nivel primario de atención; es por esta razón que la autoridad de salud debe preocuparse de sensibilizar y mantener programas de actualización destinados a quienes trabajan en este nivel, que es el lugar más indicado para tratar tempranamente las dificultades que aquejan a este grupo etéreo (21).

En evaluación de residencias, las cifras

encontradas en nuestro estudio manifiestan una situación muy difícil de conocer y evaluar. De conocer, por el difícil acceso a los hogares o residencias y de evaluar, por las diferentes variables que inciden en las respuestas de los ancianos, sean éstas temor, miedo, memoria, estado de salud.

En el contexto local las residencias u hogares de ancianos aparecen como una necesidad social y adquieren una importancia fundamental en la construcción de una expectativa de vida que se traduzca en calidad de vida personal y familiar, considerando que la institucionalización de un adulto mayor no debiese significar un detrimento de su calidad de vida, ni mucho menos una desvinculación del núcleo familiar. Con respecto a la calidad de las residencias, un estudio realizado en 123 residencias formales del Servicio de Salud Oriente concluyó que el 28,5% eran regulares y un 39% no eran recomendables, por presentar déficit importantes en su estructura y dinámica de funcionamiento; además de informar que aproximadamente el 80% del personal que trabajaba en ellas presentaba actitudes neutras o desfavorables respecto a la vejez (22).

Por otra parte, la relación significativa encontrada entre recuerdos negativos versus consumo de bebidas alcohólicas es un problema que se conoce informalmente, pero este estudio evidenció su magnitud, situación en la cual Enfermería debe continuar sus intervenciones a este grupo estudio, destacando la relevancia del apoyo social, en la cual la estrategia consistiría en identificar las personas que ellos perciben que representan un real apoyo para incorporarlos en su atención.

El estudio concluye que el perfil socio-familiar de los adultos mayores institucionalizados en base a la situación social actual, relaciones sociales y amicales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos negativos, dependencia social-familiar y atención institucional otorgada, revela una situación de soledad, maltrato, insatisfacción

con la vida, y déficit de cuidados por parte de las instituciones, lo que se relaciona con una problemática social e institucional mayor, donde resta mucho por realizar y donde los aportes deben provenir desde la institucionalidad y desde las personas, sean éstas familia, comunidad, y pasa por un cambio no sólo conceptual del mundo del adulto mayor, sino desde la propia concepción de vida que cada uno quiere para sí mismo, por tanto es un reto para Enfermería trabajar en un problema que aflige a nuestra sociedad, tanto por su magnitud como por su trascendencia (1.400.000 AM). La disciplina del cuidado de la salud debe continuar educando a la población en general, realizando investigaciones en esta línea, y anticiparse en el ciclo vital, incorporando programas masivos de prevención de daños en salud en la edad adulta.

REFERENCIAS

1. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud [revista en Internet]. 2007 enero-diciembre. 12(1) Hallado en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf [acceso el 13 septiembre de 2009].
2. Organización de Naciones Unidas (ONU). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento [Internet]. Madrid: 2002. Hallado en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.html> [acceso el 13 septiembre de 2009].
3. González C, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Publica Mex [revista en Internet]. 2007; 49(4), 448-458. Hallado en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf> [acceso el 13 septiembre de 2009].

4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Chile y los Adultos Mayores, impacto en la sociedad del 2000 [Internet]. Chile: 2002. Hallado en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf [acceso el 13 septiembre de 2009].
5. Torres H, Quezada V, Rioseco H, Ducci V. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Rev Med Chil* [revista en Internet]. 2008 Mar; 136(3): 325-333. Hallado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007 [acceso el 13 septiembre de 2009].
6. Marín P, Guzmán J, Araya A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev Med Chil* [revista en Internet]. 2004 Jul; 132(7): 832 - 838. Hallado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700007&script=sci_arttext [acceso el 13 septiembre de 2009].
7. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectivas subjetivas de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *Revista MHSalud* [revista en Internet] 2004; 1(1). Hallado en: www.una.ac.cr/mhsalud/.../ARTICULO-MONICAMORA_017.pdf [acceso el 13 septiembre de 2009].
8. Buendía J, Riquelme A. Residencias para mayores: ¿solución o problema? [Rev Geront y Salud] en: Rodríguez N. Influencia de la violencia urbana sobre el nivel de estrés de los adultos mayores que viven solos. Memorias de las XII Jornadas de Investigación [Internet] Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires: 2005. Hallado en: http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/15/Delitos_violentos_y_nivel_de_estres_de_los_adultos_mayores.pdf [acceso el 13 septiembre de 2009].
9. De Las Heras F, Polaina J, Gaona F, Dueñas M. Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* [revista en Internet]. 1990; 25(2), 83-88. Hallado en: <http://dspace.ceu.es/handle/10637/1743> [acceso el 13 septiembre de 2009].
10. Rodríguez N. Influencia de la violencia urbana sobre el nivel de estrés de los adultos mayores que viven solos. Memorias de las XII Jornadas de Investigación [Internet] Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. 2005. Hallado en: http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/15/Delitos_violentos_y_nivel_de_estres_de_los_adultos_mayores.pdf [acceso el 13 septiembre de 2009].
11. Moral M. Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Psicogeriatría* [revista en Internet] 1999; 15(1). Hallado en: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/relacsociales.pdf> [acceso el 16 marzo de 2010].
12. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú [Internet] Lima-Perú: 2006. Hallado en: http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/calidad_vida/index.html [acceso el 12 septiembre de 2009].
13. David D. Recuerdos, adaptación y contexto social en la vejez. [Internet] Gerontology Education and training Center San Jose State University; 2004. Hallado en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/mayor/mayor4.htm> [acceso el 13 septiembre de 2009].
14. Reichard S, Livson F, Peterson P. *Aging and Personality: A Study of Eighty-Seven Older Men*, John Wiley and Sons, New York, 1962. Comentado en: David D. Recuerdos, adaptación y contexto social en la vejez. [Internet] Gerontology Education and training Center San Jose State University; 2004. Hallado en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/mayor/mayor4.htm> [acceso el 13 septiembre de 2009].

- www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/mayor/mayor4.htm [acceso el 13 septiembre de 2009].
15. OPS/OMS. Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. Washington DC; EE.UU. Documento oficial 179; 1982.
 16. CONICYT. Confección instrumento que detecte adultos mayores (AM) en riesgo de compromiso de funcionalidad. [Internet]. Santiago de Chile. 2007. Hallado en: <http://ri.conicyt.cl/575/fo-article-11070.pdf> [acceso el 13 septiembre de 2009].
 17. Programa nQuery Advisor [Internet]. 2010. Hallado en: http://www.software-shop.com/in.php?mod=ver_producto&prdID=326 [acceso el 13 septiembre de 2009].
 18. Concha A, Olivares L, Sepúlveda M. Redes sociales en la tercera edad [Internet]. Universidad del Desarrollo. 2000. Hallado en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DESAR017.pdf> [acceso el 12 septiembre de 2009].
 19. González A, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. Univ Psychol [revista en Internet] 2006; 5(3). Hallado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a06.pdf> [acceso el 13 de septiembre de 2009].
 20. Cava M, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Rev Mult Gerontol. 2000; 10(4): 215-221.
 21. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto de salud. Cienc Enferm [revista en Internet] 2005.; 11(2). Hallado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200004&lng=es [acceso el 13 septiembre de 2009].
 22. Vergara S. Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada selección. Rev Hosp Clín Univ Chile [revista en Internet] 2008; 19(4). Hallado en: http://www.redclinica.cl/Hospital-ClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/residencias_adultos_mayores.pdf [acceso el 13 septiembre de 2009].