INSTITUTO DE NUTRICION
Y TECNOLOGIA DE LOS ALIMENTOS
Unidad Salud Pública y Nutrición

UNIVERSIDAD DE CHILE

INFORME FINAL

"SITUACIÓN DE LOS CUIDADORES DOMICILIARIOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES CON PENSIÓN ASISTENCIAL"

Investigador Principal: Cecilia Albala B.
Co-investigadores: Hugo Sánchez R.
Clara Bustos Z
Alejandra Fuentes G.
Apoyo estadístico Lydia Lera M.

SANTIAGO, MAYO 2007

INDICE

1. MARCO TEÓRICO 4

1.1. Introducción 4

1.2. Análisis de la literatura 5
1.2.1 Antecedentes Históricos 5
1.2.2. El Cuidado del Adulto Mayor 5
1.2.3. La Familia Cuidadora 6
1.2.4. La Familia de Hoy en Chile 8
1.3. Situación demográfica y de salud de los AM en Chile 8
1.3.1. Aspectos demográficos 8
1.3.2. Magnitud del problema en Chile 9
1.4. Aspectos Bioéticos 10

1.5 La Medida 6B 12
1.5.1 Objetivo de la Medida 6B 12
1.5.2 Descripción de la Medida 6B 12

2. OBJETIVOS 13

2.1. Objetivo General 13

2.2. Objetivos Específicos 13

3. METODOLOGÍA 14

3.1. Estudio Cuantitativo 14
3.1.1. Diseño del estudio 14
3.1.2. Tamaño de la muestra 14
3.1.3. Diseño del muestreo 15
3.1.4. Universo y Composición de la Muestra 15
3.1.5. Información y consentimiento 16
3.1.6. Instrumentos de evaluación 17
3.1.6.1. Cuidador 17
3.1.6.2. Adulto Mayor con atención crónica domiciliaria 18
3.1.6.3 Adultos Mayores ambulatorios 20

3.2. Metodología Estudio Cualitativo 22
3.2.1. Diseño del muestreo 22
3.2.2 Unidades de Análisis 22
3.2.3 Temáticas transversales 22

3.3 Análisis Estadístico 22

4. RESULTADOS ESTUDIO CUANTITATIVO

4.1 Muestra 24

4.2 Implementación 26

4.3 Adultos Mayores postrados 27
4.3.1 Características generales De Los Adultos Mayores 27
4.3.2 Características De Los Adultos Mayores Postrados 30

4.3.2.1 Relación con el Medio 31
4.3.2.2 Características Físicas 31
4.3.2.3 Dependencia 31
4.3.2.4 Evaluación de las Funciones Cognitivas 32
4.3.2.5 Evaluación Nutricional 33
4.3.2.6 Estado de Salud 34
4.3.2.7 Uso de Servicios Asistenciales 35
4.3.2.8 Evaluación antropométrica 36
4.3.2.9 Clasificación para otorgamiento del estipendio 36

4.4. Situación de los Cuidadores 37
4.4.1 Capacitación 39
4.4.2 Carga del Cuidado 40
4.4.3 Situación de Salud 41
4.4.4 Calidad de Vida 43

4.5 Situación de los Adultos Ambulatorios 45
4.5.1 Situación de Salud 45
4.5.2 Morbilidad 46
4.5.3 Uso de Servicio asistenciales 47
4.5.5 Antropometría 48
4.5.6 Salud Mental y psíquica 49
4.5.7 Riesgo de perdida de funcionalidad 49

5. RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO 50

5.1. Antecedentes 51

5.2. La Medida 6b 51
5.2.1 Hablan los Equipos 51

5.3. El Proceso del Cuidado 54

5.4. El Estipendio 56

6. DISCUSIÓN 57

7. CONCLUSIONES 62

8. PROPUESTAS 64

9. REFERENCIAS 69

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción

El fenómeno del envejecimiento tiene impacto en un amplio rango de dimensiones, pero probablemente las más influyentes son el estado de salud y las condiciones de salud existentes en una sociedad. Específicamente, esto se relaciona con el deterioro gradual de

también son parte de la política de salud en este grupo, requieren de un soporte social más global. Este es un vacío importante que ha sido detectado por los equipos de salud.

El tema de la vejez dependiente y en particular postrada, ha sido históricamente tratado en

pueden ser dispensados sin grandes requerimientos tecnológicos ni conocimientos específicos. Esto hace posible que estos cuidados puedan ser provistos por familiares del AM dependiente[xi].

De acuerdo a la evidencia empírica de los últimos años, la atención domiciliaria de los AM dependientes no siempre constituye la mejor altern

Si bien las tasas globales de fecundidad han bajado (el promedio actual de hijos en Chile es de 2.1) y la familia se ha nuclearizado,[xv] las expectativas de la sociedad con respecto a la familia no han disminuido y la política social actual está enmarcada dentro de esas mismas expectativas. Las políticas referidas al adulto mayor no son una excepción a esas tendencias.

Ya en el año 1996 la Comisión Jurídica sobre condición de la Mujer de las Naciones Unidas, consideró como tema la inclusión del mandato "Cuidado a Niños y Dependientes y Responsabilidades Familiares Compartidas".

De acuerdo al Censo de 1992, 704.113 hogares chilenos, esto es un 21.4 % del total de hogares, incluía entre sus miembros una persona de 65 años y más.[xvi] En el censo de 2002, esta cifra asciende a un total de 1.235.334 hogares con personas mayores lo que equivale a 30% del total de hogares chilenos.[xvii] En la mayoría de ellos (56.1%), los adultos mayores

emocional relacionado con el cuidado del paciente, aunque no siempre expresado explícitamente[xx].

1.2.4. La Familia de Hoy en Chile

¿Por cuánto más continuará cuidando la familia?, esto dependerá de las tendencias demográficas, de las actitudes de la familia y de la disponibilidad de apoyo alternativo. [xxi]

Las tendencias indican que hoy día existe un desbalance entre aquellos necesitados de cuidado, que crecen cada vez más, y aquellos capaces de proveer el cuidado, que son cada vez menos. Más aún, la investigación gerontológica ha demostrado que pertenecer a una familia no garantiza necesariamente que el cuidado del adulto mayor sea constante. Más bien, éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. En este sentido, hoy saber de la continuidad de la ayuda en la etapa de la vejes es fundamental, especialmente en contextos de enfermedades o escasez económica.

¿Qué pasa con la familia hoy en Chile?
Debe tenerse muy presente el dato paradójico revelado por la Encuesta PNUD 2001: mientras, por una parte, la familia es lo que define las identidades de la inmensa mayoría de los chilenos, cerca del 60% de ellos cree que su forma actual es una fuente de problemas y tensiones o que está en crisis.[xxii] Las debilidades de la sociedad se vuelven, así, sobre exigencias para la familia.
Parte importante de la percepción de crisis de ella que muestran los estudios se debe al agobio que produce esta sobrecarga en el ambiente familiar, así como a la experiencia de la dificultad funcional de ésta para enfrentar las nuevas tareas que el cambio cultural le ha asignado.

Para que las familias sean protagonistas en el cuidado de los adultos mayores, deben recibir apoyo externo.

1.3. Situación demográfica y de salud de los AM en Chile

1.3.1. Aspectos demográficos

El envejecimiento de la población mundial es hoy día un hecho indiscutible. Chile no es una excepción a las tendencias globales de envejecimiento poblacional. Nuestro país se encuentra en un proceso avanzado de transición demográfica con una población que está envejeciendo en forma acelerada. Es así como, en Chile, el grupo de edad de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo, alcanzando un 11,4%[xxiii] del total de la población con 1.717.478 de personas. De este total destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14.7% con 250.840 personas. 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).[xxiv]

El grupo mayor de 60 años, constituirá el año 2025 el 16,20% del total de la población con más de tres millones de personas.[xxv] Dentro de este segmento de la población, el mayor

aumento corresponde al grupo de 70 años y más, que aumentó 112 % entre los años 1960 y 2002, mientras el grupo de 60 a 69 años creció en 40 % en este mismo lapso. Este dato es importante en la medida que las discapacidades se asientan frecuentemente después de los 70 años.

Nuestros estudios, efectuados en una muestra representativa del Gran Santiago, seguida durante 5 años, nos permitieron calcular su expectativa saludable, que se presenta en las tablas 3 y 4. En dichas tablas se describe la expectativa de vida total, saludable y con limitaciones desde los 65 a los 90 años de edad en mujeres (tabla 4) y en hombres (tabla 5). Se observa que, de los 21 años de expectativa de vida que tiene una mujer a los 65 años, sólo la mitad estará libre de limitación funcional, inicio del proceso de discapacidad. En el caso de los hombres, aunque su expectativa de vida a los 65 años es menor que la de la mujer (18 años), 2/3 de ella transcurrirán sin limitación funcional. La presencia de limitación funcional en un individuo no significa necesariamente su discapacidad, es la interacción de estas limitaciones funcionales con factores sociales y ambientales lo que define su discapacidad[1]. La mayoría de las discapacidades son prevenibles a través de intervenciones oportunas, con lo cual no sólo se obtiene una mejor calidad de vida para los adultos mayores sino que también un gran ahorro en los costos resultantes de la dependencia, pérdida de productividad y cuidado de la salud.

Tabla Nº3. Expectativa de vida total, saludable y con limitaciones en mujeres del Gran Santiago

Edad	Expectativa de vida saludable años (error standard)	Expectativa de vida con limitaciones años (error standard)	Expectativa de vida total Años
65	10,33 (0,54)	10,76 (0,54)	21,09
70	8,21 (0,50)	9,54(0,50)	17,75
75	6,14(0,48)	8,38 (0,48)	14,52
80	4,27 (0,47)	7,33 (0,47)	11,6
85	2,77 (0,46)	6,43 (0,46)	9,2
90	1,69 (0,41)	5,81 (0,42)	7,5

Tabla Nº 4. Expectativa de vida total, saludable y con limitaciones en hombres del Gran Santiago

Edad	Expectativa de vida saludable años (error standard)	Expectativa de vida con limitaciones años (error standard)	Expectativa de vida total Años
65	12,33 (1,06)	5,94(1,23)	18,27
70	9,74 (1,01)	5,39 (0,99)	15,13
75	7,54 (1,04)	4,77 (0,89)	12,31
80	5,72 (1,07)	4,12 (0,81)	9,84
85	4,27 (1,09)	3,48(0,70)	7,75
90	3,14 (1,06)	2,87 (0,56)	6,01

1.4. Aspectos Bioéticos

El uso y firma del consentimiento informado no es ni necesario ni suficiente para asegurar que la investigación se enmarque dentro de los principios éticos. Basado en el examen de la filosofía básica de múltiples declaraciones, documentos, códigos y otros documentos relevantes, Emanuel et al[xxvi] han propuesto siete requerimientos que sistemáticamente

evalúan la ética de la investigación en seres humanos, y cuyo cumplimiento hacen ética una investigación clínica. Este estudio adscribe a los principios que se detallan a continuación:

a) Valor : mejoría de la salud o del conocimiento que se deriva de la investigación
b) Validez científica. (investigación metodológicamente rigurosa)
c) Adecuada selección de sujetos
d) Favorable relación riesgo/beneficio
e) Revisión independiente
f) Consentimiento informado
g) Respeto por los sujetos enrolados

Estos requerimientos son universales aunque pueden ser adaptados a las condiciones de salud, económicas, clínicas y tecnológicas en que se desenvuelve la investigación.

La vulnerabilidad es uno de los conceptos menos estudiados en lo que se refiere a ética de la investigación. Los documentos sobre conducción ética de investigaciones han focalizado el término vulnerabilidad a las limitaciones en la capacidad para dar consentimiento informado. Otras interpretaciones de vulnerabilidad han enfatizado las desigualdades en las relaciones de poder entre grupos en desventaja económica o política e investigadores o *sponsors*. Sin embargo, es claro que ciertos individuos requieren protección del tipo establecido en leyes y regulaciones por lo que se debe estar atento a potenciales desafíos éticos según las características del protocolo de investigación y el ambiente en que se desarrolla[xxvii].

La investigación ética acerca de los adultos mayores es escasa. Locher *et al* (2006)[xxviii] han identificado algunos desafíos éticos que tienen que enfrentar los investigadores al estudiar a adultos mayores confinados en el hogar (*homebound*). Ellos plantean que estos adultos mayores están potencialmente expuestos a un rango más amplio de posibles situaciones amenazantes que aquellos que está institucionalizados. Según estos autores existen dos dilemas éticos que pueden conceptualizarse como dos lados de una misma moneda. Por una parte, los investigadores enfrentan el dilema de identificar situaciones de riesgo y sentir la necesidad de tomar acciones de protección que están más allá del foco propio de la investigación. Por otra, se pueden producir malentendidos terapéuticos: los participantes creen erróneamente que ellos recibirán alguna forma de tratamiento o cuidado como producto de la investigación. Aunque este tipo de malentendidos no es particularmente propio de este grupo de población, este fenómeno puede ser especialmente saliente en este grupo dado su status y la realización de la entrevista en el hogar.

Considerando estos desafíos éticos, en esta investigación la autonomía de los sujetos, su protección y la ausencia de engaño han sido principios especialmente resguardados. Así, si se detecta alguna situación de riesgo, los investigadores informarán a las redes de protección pertinentes para tomar las medidas que se requieran. Antes de la firma del consentimiento, los potenciales entrevistados son plenamente informados acerca de este estudio y de lo qué significa exactamente que ellos colaboren con ésta. Además de estos principios, se protegen los de anonimato y confidencialidad. (Anexo 1)

1.5. La Medida 6 B

Los antecedentes descritos en los párrafos anteriores, sirvieron de fundamento para la dictación de una medida (medida 6b) destinada a paliar la situación de los adultos mayores postrados pobres y sus cuidadores. Se trata de una de las 36 medidas definidas por el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, para realizarse dentro de los 100 primeros días de su mandato.

La medida 6 contempla una parte legislativa, a través de un proyecto de ley, para que las asignaciones familiares y los subsidios únicos familiares sean pagados a la madre (medida 6A) y una parte administrativa, que consiste en un subsidio para el cuidado de discapacitados y adultos mayores postrados, que se pagará a quienes estén a cargo de su cuidado medida (6B)

Esta medida apunta a dar apoyo a personas que sufren de *dependencia severa* y son cuidados por sus familias. Muchas veces este cuidado es inadecuado, además de resultar en una presión agobiante para la familia.

Considerando que el cuidado de un paciente postrado es una necesidad socio-sanitaria básica, la medida consiste en la aplicación de un programa orientado a mejorar la calidad del mismo, en el marco de un sistema de cuidados basado en la capacitación permanente de la familia que cuida al postrado. Así mismo esta medida procura disminuir la carga existente en el cuidador, a través del apoyo monetario a la familia.

Basado en estimaciones sobre la prevalencia de la discapacidad severa en Chile, el programa contempla atender a 61.966 adultos mayores postrados y a 42.909 personas postradas y con discapacidad, en total 104.875 personas. Se contempla para la totalidad de las 104.875 personas postradas un programa de formación para sus familias. A su vez, de las 104.875, un total de 14.078 son postrados pobres e indigentes (6.011 adultos mayores postrados y 8.067 <60 años postrados con discapacidad) (www.segpres.cl consultado el 29/01/2007)

1.5.1. Objetivo de la Medida 6B

Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización.

1.5.2. Descripción de la Medida 6B

"La iniciativa consiste en la entrega de una ayuda monetaria (20 mil pesos mensuales) a todos los familiares que tengan a su cuidado alguna persona postrada de cualquier edad, alguna persona con demencia, que sea beneficiario de Fonasa y estén clasificados mediante la ficha CAS II y/o Evaluación Social del municipio, como pobres no indigentes e indigentes. Además consigna capacitación, apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud, a través de una visita domiciliaria que velará por la condición y calidad del cuidado al interior del hogar en que reside la persona". (www.segpres.cl acceso 29/01/2007)

2. OBJETIVOS

El estudio que se enmarca en la medida 6 B, está guiado por las siguientes preguntas de investigación:

La presente investigación estará guiada por las siguientes preguntas de investigación:

-*¿Cuál es la realidad actual de los cuidadores de los Adultos Mayores postrados que*

3. METODOLOGÍA

3.1. Estudio Cuantitativo

3.1.1. Diseño del estudio

La presente investigación es de carácter híbrido (estudio transversal y caso-control), con uso de metodología mixta: cuantitativa y cualitativa.

3.1.2. Tamaño de la muestra

Con el objeto de identificar los factores de riesgo modificables para limitación funcional y discapacidad en los adultos mayores, como asimismo las variables e indicadores que permitan su identificación temprana, el estudio incluye adultos mayores dependientes severos (con subsidio), AM dependientes con necesidad de atención domiciliaria sin subsidio y adultos mayores con atención ambulatoria.

3.1.2.1.Tamaño de la muestra para el estudio transversal

Utilizando la prevalencia de desnutrición en adultos mayores, que se estima entre 9% en AM sin limitaciones funcionales a 26%[xxix] en AM postrados, considerando un nivel de confianza del 95% y una amplitud del intervalo de confianza de 0,10, se estima una muestra de 288 sujetos. En base a la media de Hemoglobina en adultos mayores postrados de 10.6 +/- 4 gr/dl, con una DS de 1,92, una amplitud del intervalo de 0,8 y un nivel de confianza del 95%, se estima una muestra de 97 sujetos.

De acuerdo a estos cálculos se ha estimado una muestra de 288 sujetos para el estudio transversal.

3.1.2.2.Tamaño de la muestra para el estudio de factores de riesgo de postración en Adultos Mayores

El diseño corresponde a un estudio caso-control, en el cual el tamaño muestral se calculó considerando la diferencia entre la prevalencia nacional de bajo peso en AM de 9% (www.minsal.cl/deis) y la frecuencia correspondiente en postrados de 26%. Considerando un poder del 80% y un nivel de confianza del 95%, se estima una muestra de 77 para el grupo de casos y un número similar para los controles.

3.1.2.3.Cálculo de muestra para el estudio de cuidadores

*C*onsiderando que el foco del estudio es conocer la realidad de los cuidadores, especialmente aquellos que reciben el estipendio, se ha estimado un tamaño de la muestra *para los cuidadores*. De acuerdo a la literatura internacional la depresión es una de las patologías que afectan con mayor frecuencia a los cuidadores, por lo cual se ha utilizado este indicador para el cálculo de la muestra. En base a la prevalencia de depresión de 17,5% reportada por la Encuesta Nacional de Salud 2003, para detectar una diferencia de 40%

considerando una precisión de +/- 7,5% y un nivel de confianza de 95%, se estima una muestra de 164 sujetos.

De acuerdo la los puntos anteriores se consideró el número mayor requerido por los cálculos muestrales, es decir 318 AM y 164 cuidadores cuya distribución se presenta en la tabla 5.

Tabla Nº 5. Tamaño de la Muestra

Categoría	Cuidadores	AM
AM Postrados con subsidio	164	164
AM con Atención Domiciliaria, sin estipendio		77
AM con atención ambulatoria	-	77
TOTAL	164	318

3.1.3. Diseño del muestreo

Se consideraron 5 regiones para efectuar el estudio (IV, Metropolitana, V, VII y VIII), para entrevistar en domicilio un total de 318 AM: 164 AM que reciben estipendio y sus respectivos cuidadores, 77 AM con atención domiciliaria sin estipendio y 77 AM con atención ambulatoria, comparables en términos de edad, sexo y consultorio en el cual está registrado. La muestra se seleccionó de manera proporcional para mantener así una representatividad urbano-rural.

3.1.4. Universo y Composición de la Muestra

La selección de las Regiones para efectuar el estudio consideró criterios de tamaño de la población de adultos mayores (las tres Regiones con mayor número de adultos mayores del país: Región Metropolitana, V y VIII), prevalencia de discapacidad en AM (la VII Región que posee el mayor número de sujetos con discapacidad según los resultados ENDISC CHILE 2004, www.mideplan.cl) y Distribución geográfica (Región VII, que posee alto número de consultorios rurales y Región IV que cuenta con poblados costeros y en la cual está una de las comunas mas pobres del país).

En la tabla 6 se describe en detalle el universo del estudio y la muestra seleccionada según región, comuna, situación urbano-rural y centro de salud:

Tabla Nº 6.Universo y Muestra original según Centro de Salud, situación Urbano-Rural, Comuna y Región

Nº	Centro de Salud	Urbano/ Rural	Comuna	Región	Universo AM postrados	MUESTRA			
						Nº c/ Estipendio	Nº S/ Estipendio	Nº no postrados	Muestra total
1	A. del Río	U	Puente Alto	RM	66	20	8	8	36
2	Juanita Aguirre	U	Conchalí	RM	16	10	5	5	20
3	Cinco	U	Santiago	RM	256	50	10	10	50
4	Pudahuel Pte	U	Pudahuel	RM	18	10			30
5	Santa Cecilia	U	Coquimbo	IV	50	4	4	4	12
6	Las Compañías	U	La Serena	IV	49	5			5
7	Tierras Blancas	U	Coquimbo	IV	49	5	7	7	19
8	Canela	R	Canela	IV	83	4	4	4	12
9	Tongoy	R	Coquimbo	IV	22	4	3	3	10
10	La Florida	U	Talca	VII	95	5	10	10	25
11	Maule	R	Maule	VII	15	3	1	1	5
12	San Clemente	R	S. Clemente	VII	20	3	3	3	9
13	Yerbas Buenas	R	Yerbas Buenas	VII	31	4			4
14	Lagunillas	U	Coronel	VIII	62	7			7
15	Yobilo	U	Coronel	VIII	39	5			5
16	O`Higgins	U	Concepción	VIII	118	3			3
17	José Duran	U	San Carlos	VIII	34	10	10	10	30

d) *AM postrados y/o imposibilitados de entender o dar consentimiento* sobre el estudio, se solicita el consentimiento al familiar que legalmente esté autorizado

3.1.6. Instrumentos de evaluación

3.1.6.1. Cuidador

Los instrumentos de recolección de la información para el Cuidador utilizados en la investigación se adjuntan en el Anexo Nº2,

3.1.6.2. Adulto Mayor con atención crónica domiciliaria

Se aplicó (al AM o a un informante, según la capacidad para responder del AM) un cuestionario estructurado, que incluye caracterización sociodemográfica, condiciones biopsicosociales y observación de condiciones de salud y ambientales. Dicho cuestionario además incluye instrumentos para evaluar grado de dependencia, depresión, origen vascular del deterioro cognitivo y estado nutricional

Grado de dependencia.

Se evaluó a través del *Índice de Katz.* Se trata de un instrumento ampliamente utilizado que evalúa 6 Actividades biológicas y psicosociales básicas: alimentación, continencia, transferencia, uso del baño, vestuario y aseo. Katz encontró que estas 6 actividades presentan un orden jerárquico en el cual las funciones mas complejas se pierden primero. El instrumento fue desarrollado para la evaluación de la funcionalidad de pacientes hospitalizados. En el cuadro 2 se describe el índice de Katz y su puntaje.

CUADRO 2. INDICE DE KATZ

	Sin ayuda	**Requiere ayuda parcial**	**Ayuda total**

Otra: Dependiente en al menos dos funciones, no clasificables como C,D,E o F.

Evaluación del estado nutricional

Se evaluó a través del instrumento *Valoración global subjetiva del estado nutriciona,* que se utiliza especialmente en la evaluación de pacientes hospitalizados o postrados. La historia clínica, incluyendo datos dietarios y el examen físico pueden establecer o hacer sospechar la presencia de malnutrición. Baker y Detsky[xxxi]comprobaron la validez y reproducibilidad del método más antiguo y simple utilizado en la evaluación del estado nutricional, como es la valoración clínica.
La evaluación clínica, también llamada evaluación global subjetiva (EGS), se realiza sin previo conocimiento de datos de laboratorio, sobre la base de la historia clínica, con particular atención en la reducción de la ingesta dietaria, voluntaria o involuntaria, cantidad de peso perdido, enfermedades básicas que afectan al paciente y los efectos de la malnutrición sobre el estado funcional, tales como:
debilidad e incapacidad para trabajar o realizar actividades de la vida diaria. En el examen físico se considera: emaciación muscular y de grasa, edema y ascitis. Se ha descrito una buena correlación entre las mediciones subjetivas y objetivas y un alto grado de reproducibilidad.

Evaluación del estado cognitivo.
Se utilizó el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMS) que es un test corto para deterioro cognitivo desarrollado por Pffeifer[xxxii]

Depresión Geriátrica de 15 preguntas (GDS 15), la cual, a su vez, proviene de la **Escala de Depresión Geriátrica de 30 preguntas (GDS-30)** [xxxv].
La GDS-5 es fácil de utilizar y tiene una eficacia similar a GDS-15. De acuerdo a la validación hecha en USA por Hoyl et al [xxxvi]utilizando como gold Standard el diagnóstico médico, tiene una sensibilidad de 97% y una especificidad de 85%. En 2000 Hoyl & Marín validaron esta escala en Chile utilizando como gold Standard la escala GDS 15 [xxxvii]La escala demostró una sensibilidad de 88 %, una especificidad de 90 %, un valor predictivo positivo de 88 % y un valor predictivo negativo de 0.90. La correlación entre GDS 15 y GDS 5 alcanzó a un r = 0.92.

El cuestionario también incluyó la *Pregunta única para Depresión* ¿***se siente Ud. frecuentemente triste o deprimido?***
Se trata de una forma muy rápida que sirve bastante aunque es muy poco específica. Es útil para descartar una depresión.
Los estudios de validación efectuados en Chile le asignan una Sensibilidad de 92% y una especificidad de 71%.Tiene un alto valor predictivo negativo que alcanza a 91%, por lo que es una excelente herramienta para descartar depresión aunque por su baja sensibilidad y valor predictivo positivo, no sirve para diagnóstico de depresión

Evaluación de la alimentación

Se efectuó mediante Tendencia de consumo de alimentos esenciales y tipo de alimentación, además de recordatorio de 24 horas en pacientes postrados.

Los instrumentos de recolección de la información para adultos mayores postrados utilizados en la investigación se adjuntan en el Anexo Nº3 .

3.1.6.3. Adultos mayores ambulatorios

Se aplicó al AM un cuestionario estructurado, que incluye caracterización sociodemográfica, condiciones bio-psicosociales y de salud y nutrición. Se efectuó antropometría y medición de presión arterial y se incluyeron la preguntas y mediciones contenidas en EFAM Chile.

EFAM –Chile
EFAM-Chile es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad y se aplica en la actualidad una vez al año a todo Adulto Mayor de 60 años y más. Este test no se aplica a adultos mayores postrados, adultos mayores ciegos totales, sordos sin corrección, personas con secuelas de AVE, amputados y otras condiciones que signifiquen dependencia evidente. A este grupo de personas se le aplica el Índice de Katz.
El EFAM-Chile consta de dos partes:
Parte A. Esta sección permite diferenciar los adultos mayores autovalentes de los dependientes. Las variables que se evalúan se presentan en el cuadro 3.

Cuadro 3. Variables y área de exploración, parte A EFAM

Variable	Area de exploración
Puede bañarse o ducharse	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

3.2. Metodología Estudio Cualitativo

3.2.1. Diseño del muestreo

En cada comuna, se enfatizó la búsqueda de aquellos aspectos que destacan como más relevantes respecto al cuidado del adulto mayor postrado. De las unidades de análisis que

Se efectuaron regresiones múltiples para autopercepción de la salud, baja carga del cuidador y buen puntaje en los componentes físico y mental del SF36 como variables dependientes y variables socioeconómicas, diagnóstico del receptor del cuidado, ayuda en el cuidado, como variables independientes. Para evitar sesgos en este tipo de análisis se estudiaron posibles interacciones entre variables independientes.
Se estudió la consistencia interna de la escala de Zarit mediante el parámetro *alfa de Cronbach*,
El nivel de significación se estableció en 95% y se utilizó el paquete STATA 8.3 (*Stata Corp, Texas, USA*) para el análisis estadístico.

4. RESULTADOS ESTUDIO CUANTITATIVO

4.1. Muestra

La muestra final para el estudio se presenta en las tablas 7 (totales) y 8 (detallada)

Tabla 7. Muestra Final AM y cuidadores

Categoría	Cuidadores	AM
AM Postrados con subsidio	141	150
AM con Atención Domiciliaria, sin estipendio	81	81
AM con atención ambulatoria	-	77
TOTAL	222	308

Al iniciar el trabajo de campo cuantitativo, se observaron importantes dificultades que han interrumpido su desarrollo y han significado un retraso significativo en su realización.

Dichas dificultades están originadas principalmente en el proceso de traspaso de recursos del programa 6b en las distintas instancias involucradas en este. La transferencia de recursos para este programa sigue el siguiente procedimiento: MINSAL envía un listado de sujetos beneficiarios de estipendio al Ministerio de Hacienda, el cual aprueba la asignación de recursos a FONASA. Este por su parte la distribuye a los Servicios de Salud vía ítem 25 y los Servicios, mediante convenio transfieren los recursos a los Municipios.

En este proceso se ha generado demora en los siguientes pasos:

a. Demora en los Municipios en la elaboración de los convenios.
b. No existe una figura legal de traspaso de recursos a los beneficiarios del programa por parte del Municipio.
c. En algunos consultorios se ha efectuado la caracterización biomédica de los AM, pero existe demora en la caracterización socioeconómica (Nueva Ficha CAS)

Estos problemas hicieron necesario seleccionar nuevos centros de salud para efectuar el estudio (Tabla 9) y a pesar de haber prolongado por 4 meses la captación de la muestra, se llegó solo a 308 AM, que al menos en lo que se refiere a los centros de salud del Gran Santiago en los cuales la entrega del estipendio está operacionalizada, corresponden prácticamente al universo de los AM registrados en dichos centros.

Tabla 8. Muestra final según Centro de Salud, situación Urbano-Rural, Comuna y Región

Centro de Salud	Comuna	U/R	Con estipendio	Sin estipendio	Estudio Caso-Control	TOTAL AM	Cuidadores s/estipendio	Cuidadores

Teresa Baldechi	San Carlos	U	6			6	0	6	6
V.M.l Fernández	Concepción	U	3			3	0	3	3
	Total VIII R		**33**	**11**	**10**	**54**	**11**	**33**	**44**
	TOTAL		**150**	**81**	**77**	**308**	**80**	**141**	**221**

Del total de AM estudiados, 40.4% corresponden a la Región metropolitana y 11% pertenecen al sector Rural de las Regiones IV y VII.

4.2. Implementación.

Los problemas detectados en los consultorios y comunas seleccionadas, al momento de efectuar el estudio, se detallan a continuación:

a) El estipendio no estaba siendo entregado por las Municipalidades correspondientes en varios de los centros de salud que fueron seleccionados para la muestra de este estudio.

Ese es el caso de los consultorios dependientes del Servicio de Salud Central en Santiago (consultorio Cinco). Se planteó reemplazar este consultorio por otros de la comuna de Santiago. Sin embargo, además de no estarse entregando el estipendio en esta comuna, el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Santiago no autorizó llevar a cabo la investigación en ninguno de los consultorios dependientes de esta comuna. Ante esta dificultad, se seleccionaron los consultorios Garín y lo Franco de la comuna de Quinta Normal ya que sus características son similares, sin embargo en estos consultorios tampoco se estaba entregando el estipendio. Finalmente, hubo que incorporar nuevos consultorios (de la comuna de El Bosque) y redistribuir la muestra asignada originalmente a los consultorios de Pudahuel para poder cubrir la muestra asignada al consultorio Cinco.

Puente Alto es otra comuna de la RM donde no se está entregando estipendio, por lo cual el consultorio Alejandro del Río tuvo que ser reemplazado por el consultorio San Ramón de la comuna del mismo nombre.

Esta situación también se observó en el consultorio O´Higgins de la comuna de Concepción (Octava región). Este consultorio fue reemplazado por el centro de salud Víctor Manuel Fernández que aunque corresponde a la comuna de Concepción, es administrado por el servicio de salud Concepción

La misma situación se observó en todos los centros de salud de las comunas de Valparaíso y San Antonio. Por ello, la muestra originalmente asignada a los consultorios de estas comunas, fueron redistribuidos entre los consultorios de las regiones Cuarta y Séptima.

En suma, en este estudio hemos observado que el estipendio no estaba siendo entregado en las comunas de:

- Santiago
- Quinta Normal

- Puente Alto
- Valparaíso
- San Antonio
- Concepción

b. El estipendio no se entregaba en consultorios dependientes de algunos Servicios de Salud
Este es el caso de los consultorios dependientes del Servicio de Salud Central y Servicio de Salud Norte de la Región metropolitana

c. Los datos del universo a partir de los cuales se calculó la muestra, en algunos casos no correspondían a pacientes postrados que cumplieran con el requisito de la medida 6b.
Es el caso de los consultorios Juanita Aguirre de la comuna de Conchalí, Canela de la comuna de Canela y Las Compañías de la comuna de La Serena.

d. En algunos centros de salud no se autorizó la realización de esta investigación. Es el caso del consultorio Orlando Letelier, inicialmente no se nos permitió realizar el estudio con adultos mayores de ese centro, sin embargo, esta situación se revirtió en 2007, pudiendo captar en ese centro 4 AM postrados con estipendio. Por otra parte, el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Santiago no autorizó llevar a cabo la investigación en ninguno de los consultorios dependientes de esa institución, los cuales habían sido considerados como reemplazo del consultorio Cinco.

4.3. Situación de Los Adultos Mayores

4.3.1.- Características Generales de los Adultos Mayores
En las tablas 10 y 11 se describen los AM en conjunto, tanto postrados como ambulatorios. Las características sociodemográficas de los adultos mayores estudiados se presentan en la tabla 10.
Dentro dm

En la muestra de postrados, la proporción de hombres es significativamente mayor en el grupo menor de 75 años, en cambio en el grupo de 75 años y mas, la proporción de mujeres es superior (0,007).

Tabla 10. Distribución de la muestra de AM estudiados según sexo, situación de dependencia y edad

	Postrados*		Ambulatorios		Total
Grupos de edad (años)	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	N (%)
65-69	11 (13,9)	9 (5,9)	6 (22.2)	16 (32.0)	42 (13,6)
70-74	13 (16,5)	13 (8,5)	2 (7.4)	0	28 (9.1)
75-79	17 (21,5)	14 (9,2)	5 (18.5)	4 (8.0)	40 (13.0)
80-84	13 (16,5)	50 (32,9)	5 (18.5)	17 (34.0)	85 (27.6)
85+	25 (31,6)	66 (43,4)	9 (33.3)	13 (26.0)	113 (36.7)
Total	79 (100)	152 (100)	27 (100)	50 (100)	308 (100)

** Diferencia hombres vs. mujeres postrados grupo < 75. Estadístico z, p=0,007*

** Diferencia hombres vs. mujeres postrados grupo ≥75 años. Estadístico z, p=0,007*

La edad promedio del grupo de AM postrados según situación de estipendio y del grupo ambulatorio se presenta en la tabla 11. El promedio de edad de las mujeres fue similar en los tres grupos, en cambio, en el caso de los hombres, aquellos con estipendio fueron significativamente menores (p<0,003) que los sin estipendio y los ambulatorios.

Tabla 11. Edad Promedio, DS, Min-Max, de la muestra total de AM

		Edad		
Adultos Mayores	N	Promedio	DS	Rango
Con Estipendio				
Masculino	51	77,6*	8,09	61-96
Femenino	99	83,4	8,23	59-101
Sin Estipendio				
Masculino	28	83,4*	7,51	65-93
Femenino	53	83,7	9,14	54-100
Ambulatorios				
Masculino	22	82.2	6.8	66-92
Femenino	39	82.8	7.7	62-97

** t= 3,125, p=0,0025*

En la tabla 12 se presenta la escolaridad de los AM estudiados. En el grupo de postrados la escolaridad de 8 años o inferior corresponde a 87,7 % de los AM (128/146), siendo las cifras similares para hombres y mujeres. En el grupo de ambulatorios en cambio, esta proporción corresponde a 68,4% de los AM (52/76), cifra significativamente menor que la de AM postrados (p=0,001).

Tabla 12. Nivel de escolaridad por Sexo en AM ambulatorios y Adultos Mayores postrados por situación de estipendio.

	Ambulatorios		***Postrados***		***Total***
	Masculino	***Femenino***	***Masculino***	***Femenino***	
			Estipendio	Estipendio	

N

Tabla 14. Tipo de ingreso de los Adultos Mayores Ambulatorios y Postrados

	Ambulatorios	**Recibe estipendio**		**Total**
		No Recibe estipendio	***Recibe estipendio***	**Total**
Tipo de ingreso*		**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Jubilado	24 (40.7)	33 (35.5)	53 (38.4)	110(38.2)
Montepío	18 (30.5)	35(37.6)	37 (26.9)	90(31.1)
Pensión Asistencial	12 (20.3)	15 (16.1)	46 (33.3)	73(25.2)
Ayuda Familiares	4 (6.8)	10 (10.7)	1(0.7)	15(5.2)
PRAIS	0	0	1(0.7)	1 (0.3)
Total	58(100)	93 (100)	138 (100)	289(100)

**Valores no coinciden con el N de la muestra dado que algunos adultos mayores reciben mas de un tipo de ingreso*

En la tabla 15 se describe el tamaño familiar promedio de los AM estudiados y el tipo de familia
El promedio de familiares con los que vive el AM, es similar en los que reciben y no reciben estipendio y no tiene diferencias significativa con los AM ambulatorios.
De acuerdo a lo esperado, en el grupo de postrados la proporción de personas que viven solas es muy bajo (6,2% de los que no reciben estipendio y el 2,7% que reciben estipendio), cifras muy inferiores al 15,6% de los AM ambulatorios que viven solos.

Tabla 15. Tamaño promedio y Tipo de Familia de los AM postrados y ambulatorios

	Ambulatorios	***Postrados***		***Total***
		No Recibe estipendio	***Recibe estipendio***	***N(%)***
Tamaño familiar. Promedio (DS)	2,2 (1,8)	2,8 (2,17)	2,8 (1,81)	2,8 (1,94)
Tipo de Familia *				
Vive Solo N(%)	12 (15.6)	5 (6.2)	4 (2.7)	21(6.8)
vive c/ pareja o acompañante N(%)	24 (36.7)	20 (24.7)	37 (24.7)	81(26.3)
Vive con 2 o mas personas N(%)	41(46.7)	56 (69.1)	109 (72.6)	206(66.9)
Total N(%)	77 (100)	81 (100)	150 (100)	308(100)

*P< 0,05 entre los AM postrados y los ambulatorios

4.3.2 Características De Los Adultos Mayores Postrados

4.3.2.1.Relación con el medio
La gran mayoría de los AM postrados ve y escucha en ambos grupos (tabla 16). La forma de comunicarse con el medio difiere en ambos grupos, observándose que el medio de comunicación por gestos o no poder comunicarse es mayor en los AM que reciben estipendio, lo cual puede ser un elemento de sobrecarga hacia el cuidador.

Tabla 16. Características Generales de los AM postrados por situación de estipendio

	Recibe estipendio N (%)		
	NO (N=81)	**SI (N=150)**	**TOTAL N % (N=231)**
Estado de Conciencia			
Ve	71 (87,6)	119 (79,3)	190 (82.2)
Escucha	76 (93,8)	139 (92,7)	215 (93.1)
Alerta	60 (74,1)	95 (63,3)	155 (67.1)
Tipo de Comunicación *			
Oral y Escrita	7(8,6)	9(6,0)	16 (6.9)
Escrita	3(3,7)	0	3(1.3)
Oral	60(74,0)	86(57,3)	146 (63.2)
Gestos	3 (3,7)	18(12,0)	21 (9.0)
No se comunica	8 (10,0)	37(24,7)	45(19.5)

* p< 0,001

4.3.2.2. Características Físicas

En relación al aseo se observan un alto porcentaje de AM aseados, el porcentaje de ulceras por presión es de 18,2% y la presencia de amputaciones es solo de un 8.2%, como se observa en la tabla 17.

Tabla 17. Características físicas de los AM postrados por situación de estipendio

	Recibe estipendio		
N= 231	**NO N (%) (81)**	**SI N (%) (150)**	**TOTAL N% (231)**
Condición del AM postrado			

Aseado A55.l AM N%2( )]TJ1.67 TOT.82 17 T1.002N%2( )]TJ1.63 TOT.8131(d)20002N%2( )77(2( )]TJ1.60

dependencia se observa similar en ambos grupos siendo en promedio 5,1 años con un rango de 2 meses a 42 años. (tabla 18)

Tabla 18. Clasificación, tiempo y causas de dependencia, por situación del estipendio de los AM

	AM Postrados		
Clasificación de dependencia	**No recibe Estipendio N (%)**	**Recibe Estipendio N (%)**	**Total**
Leve	6(7.4)	1 (0.7)	7(3.0)
Moderada	49(60.5)	47(31.3)	96(41.5)
Severa	26(32.1)	102(68.0)	128(55.4)
Total	81(100)	150(100)	231(100)
Tiempo dependencia promedio (DS) Rango	4.6(6.31) 0.2-42	5.4(4.81) 0.4-30	5.1(5.4) 0.2-42
Patología que causa la dependencia			
AVE*	16 (19.8)	72 (48.0)	88(38.1)
Demencia*	15 (18.5)	39(26.0)	54(23.7)
Osteoarticulares*	28(34.6)	23 (15.3)	51 (22.1)
EPOC	3 (3.7)	4 (2.7)	7 (3.0)
Ceguera	4 (4.9)	3 (2.0)	7 (3.0)
Cáncer	3 (3.7)	3(2.0)	6 (2.6)
Otras	12 (14.8)	6(4.0)	18 (7.8)
Total	81 (100)	150(100)	231 (100)

* $p < 0.01$

4.3.2.4. Evaluación de las Funciones Cognitivas

Dado el nivel de deterioro cognitivo de los AM postrados, se utilizo en cuestionario Short portable Mental State Questionnaire (SPMQ), el cual mide la cantidad de errores que presenta el AM, clasificándolo en 4 niveles las funciones cognitivas. En la tabla 19 se presenta el resultado de los Tests SPMQ y Hachinski. Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo severo de los AM con y sin estipendio, siendo mayor en el grupo que recibe estipendio (76.7%). A través del cuestionario de Hachinski, se observa que el 75,4% del deterioro cognitivo es de origen vascular en los casos que reciben estipendio, lo cual concuerda con el alto porcentaje de AVE como causa de dependencia detallado en la tabla 18.

Tabla 19. Funciones Cognitivas y origen del deterioro cognitivo, según situación del estipendio de los AM

	Estipendio		
	No N (%)	**Si N (%)**	**Total N (%)**
Funciones Cognitivas* (SPMSQ)			
Funciones intelectuales intactas	16 (19.7)	9 (6.0)	25 (10.8)
Deterioro Leve	12(14.8)	11(7.3)	23(10.0)

Deterioro Moderado	15 (18.5)	15 (10.0)	30(13.0)
Deterioro Severo	38 (46.9)	115 (76.7)	153(66.2)
Total	81 (100)	150(100)	231 (100)

Origen Vascular

Tabla 20. Estado Nutricional, tipo de alimentación y frecuencia de consumo alimentos esenciales según situación del Estipendio de los AM

	Estipendio		
	No N%	**Si N%**	**Total**
Estado nutricional			
Bien nutrido	58 (71.6)	100 (66.7))	158(68.4)
Sospecha de Desnutrición	21(25.9)	42 (28.0)	63(27.3)
Desnutrido	2 (2.5)	8 (5.3)	10(4.3)
Total	81(100)	150(100)	231(100)
Tipo de Alimentación			
Autoalimentado	39 (49.4)	23 (15.6)	62(27.4)
Oral Asistido	39 (49.4)	118 (80.3)	157(69.5)
Sonda Naso-gástrica/Gastrostomía	1(1.2)0	6 (4.1)	7(3.0)
Total	79 (100)	147(100)	226 (100)
Frecuencia de consumo alimentos de alto valor nutricional			
Productos lácteos al menos una vez al día	65 (80.2)	132 (88.0)	197 (85.3)
Huevos o legumbres 1 0 2 veces a la semana	70 (86.4)	126(84.0)	196 (84.8)
Carne, pescado o aves diariamente	56 (69.1)	107 (71.3)	163 (70.6)
Frutas o verduras al menos 2 veces al día	61(75.3)	118 (78.7)	179 (77.5)

4.3.2.6. Estado de Salud

La patología mas prevalente es la hipertensión arterial, le siguen la demencia y el accidente vascular encefálico, siendo todas ellas mas frecuentes en el grupo que recibe estipendio. Se observa una mayor prevalencia de caídas en los adultos mayores que reciben estipendio, lo cual debe ser causado por el nivel de postración de los mismos. Al analizar la depresión en los AM que son capaces de contestar el cuestionario GDS-5, se observa una alta prevalencia de síntomas depresivos en ambos grupos de AM. (Tabla 21)

Tabla 21 Prevalencia de enfermedades Crónicas y nivel de control, según situación del Estipendio de los AM

	Recibe estipendio			
Patología Crónica	**NO N (%) (81)**	**SI N (%) (150)**	**TOTAL N% (231)**	**EN **CONTROL**
HTA*	53(65.4)	112(74.7)	165(71.4)	94.06
Demencia	31(38.3)	66(44.0)	97(42.0)	92.5
AVE*	17(21.0)	71(47.3)	88(38.1)	96.6
DM	22(27.2)	41(27.3)	63(27.3)	96.6
Artrosis	17(21.0)	19(12.7)	36(15.6)	90.9
Depresión	14(17.3)	11(7.3)	25(10.8)	92.3
Parkinson	8(10.0)	16(10.7)	24(10.4)	84.0
Artritis reumatoide	6(7.4)	12(8.0)	18(7.8)	83.3
EPOC	7(8.6)	9(6.0)	16(6.9)	93.3
Infarto Agudo al Miocardio*	1(1.2)	9(6.0)	10(4.3)	90
Se ha caído en los últimos 6 meses *	22 (27.2)	19 (12.7)	41(17.7)	
Se ha fracturado en estas caídas	3(3.7)	2(1.3)	5(2.2)	
Se ha Fracturado la Cadera	2 (2.5)	2(1.3)	4 (1.7)	
Síntomas Depresivos (%) (GDS-5) (solo aplicable	37/52 (71.1)	45/64 (70.3)	82/116 (70.6)	

* p< 0,05

** sin Diferencia estadísticamente significativa, entre los AM que reciben y no reciben estipendio

4.3.2.7. Uso de Servicios Asistenciales

El mayor porcentaje de apoyo asistencial domiciliario corresponde a la realización de curaciones (13,4%), en segundo lugar el manejo de sonda Folley (9.5%) Destaca el porcentaje de AM que requirieron atb durante el ultimo año (41.5%) y de hospitalización (23.8%). Desde el punto de vista de apoyo al cuidado destaca el bajo porcentaje de colchón antiescaras en ambos grupos, el cual no sobrepasa el 35% de los AM. El 60,2% de los AM usa mas de tres medicamentos con un promedio de 2.8 medicamentos/ día y un rango de 0-11. (tabla 22).

Tabla 22. Uso de servicios asistenciales de los AM postrados por situación de estipendio

	Recibe estipendio N (%)		**Total**
	NO	**SI**	**N (%)**
Uso de Servicios Asistenciales			
Diálisis	2 (2,5)	1(0,6)	3 (1.3)
Oxigeno Domiciliario	4 (4,9)	3 (2,0)	7(3.0)
Cuidados Paliativos	1 (1,2)	1 (0,6)	2 (2.6)
Curaciones	9 (11,1)	22 (14,7)	31 (13.4)

Uso Sonda Folley	9 (11,1)	13 (8,7)	22 (9.5)
Hospitalizado Ultimo año	23 (28,4)	32 (21,3)	55 (23.8)
Antibióticos	38 (46,9)	58 (38,7)	96 (41.5)
Colchón Antiescaras	23 (28,4)	51 (34,0)	74 (32.0)
Total	**81 (100)**	**150 (100)**	**231 (100)**

4.3.2.8. Evaluación Antropométrica

Tabla 23 Valores promedios de variables antropométricas, según sexo y situación de estipendio

	Sin estipendio		**Con estipendio**	
Evaluación Antropométrica	**Hombres (28)**	**Mujeres (53)**	**Hombres (51)**	**Mujeres (98)**
	Promedio(DS)	Promedio(DS)	Promedio(DS)	Promedio(DS)
Circunferencia Brazo	24.3 (2.9)	25.0*(4.1)	25.6(4.6)	23.4*(4.6)
Altura Talón /rodilla	46.8**(3.5)	42.3**(4.2)	42.2**(5.7)	39.8**(5.7)
Circunferencia de Pantorrilla	28.4(4.8)	27.7(4.5)	29.0(5.7)	26.5(5.9)

*p<0.05
** p<0.01

4.3.2.9. Clasificación para otorgamiento del estipendio

Según la norma de aplicación de la medida 6 B, descrita previamente, los AM beneficiarios de este subsidio deben ser clasificados como indigente o pobre según CAS y como dependientes severos según Katz. De acuerdo a la información obtenida en este estudio se observa que 62 AM reciben el esti1fld2(q)47(ci)8.1(o(62)5n2(q)4o5(a)-0.62)5cum(te)9p5(a)-0li3(be)4

4.4. Situación De Los Cuidadores

En la tabla 25 se describen las características sociodemográficas de los cuidadores. Se observa que en su gran mayoría son mujeres (89,6%), que en promedio estas son menores en 10 años que los hombres y que la mitad de ellos tienen 8 o menos

Tabla 26. Parentesco del cuidador con el AM postrado por sexo del cuidador

	Masculino	Femenino	Total %
Cónyuge	10 (43,5)	30 (15,2)	40 (18.1)*
Madre	0 (0)	1(0,5)	1(0.4)
Hijo/a	9 (39,1)	110(55,6)/	119 (53.8)
Nieto/a	1(4,3)	11 (5,6)	12 (5.4)
Nuera/yerno	1(4,3)	12 (6,1)	13(5.9)
Sin Parentesco	1(43)	17 (8,6)	18 (8,1)
Conviviente	0 (0)	1(0,5)	1(0.4)
Otro Familiar	0 (0)	17 (8,6)	17 (7,7)
Total	23(100)	198 (100)	221 (100)

P = 0.003 entre ambos sexos

En la tabla 27 se describe las características de la jornada de trabajo del cuidador, la ayuda que recibe en el cuidado del AM postrado y durante cuanto tiempo lo ha cuidado.

Tabla 27. Características del tiempo, la jornada de trabajo y la ayuda en el cuidado en la muestra de cuidadores

	Masculino	Femenino	Total (%)
Trabajo remunerado			
No trabaja	19 (82,6)	179 (92,4)	198 (91,3)
Jornada Completa	1 (4,4)	3 (1,6)	4 (1.8)
Jornada Parcial	2 (8,7)	10 (5,2)	12 (5.5)
Esporádico	1 (4,4)	2 (1,0)	3(1.4)
Total	23 (10,6)	194 (89,4)	217 (100,0)
Comparte el cuidado del AM			
No	12(52,2)	107(54,0)	119 (53,8)
Si	11(47,8)	91(46,0)	102 (46,2)
Total	23 (10,4)	198 (89,6)	221(100,0)
Comparte otras actividades			
Trabajo del Hogar	14 (60,9)	102 (51,5	116 (52,5)
Trabajo fuera del Hogar	0 (0)	9 (4,5)	9 (4,1)
Cuidado de Niños	0 (0)	8 (4,0)	8 (3,6)
Total	23(10,4)	198 (89,6)	221(100,0)
Tiempo que ha cuidado			
Menos de 6 meses	0 (0)	8 (4,1)	8 (3,6)
6 meses a 1 año	1 (4,4)	15 (7,6)	16 (7,3)
1 a 5 años	9 (39,1)	102 (51,8)	111 (50,5)
6 a 10 años	6 (26,1)	44 (22,3)	50 (22,7)
11 a 20 años	5 (21,7)	24 (12,2)	29 (13,2)
21 a 40 años	2 (8,7)	4 (2,0)	6 (2,7)
Total	23 (10,5)	197 (89,6)	220 (100)

Respecto a la jornada de trabajo de los cuidadores, en más de 90% de los casos transcurre dentro del hogar y algo más de la mitad de ellos además de proporcionar los cuidados al AM postrado, efectúa otras labores del hogar. Dentro del total de cuidadores menos de la mitad comparte el cuidado (en todos los casos con otro familiar) del AM postrado. Respecto al tiempo transcurrido desde que inició el cuidado, en 38,6% de los casos el cuidador ha efectuado este trabajo por mas de 5 años; el tiempo transcurrido es mayor en hombres, aunque no alcanza significación estadística (p= 0,089)

En la tabla 28 se describe el tiempo sin vacaciones y la existencia de vacaciones en el último año

Tabla 28. Tiempo sin vacaciones (promedio, DS, RIC) y frecuencia de vacaciones en el último año por sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Tiempo transcurridos desde las últimas vacaciones			
Promedio años (DS)	13,6 (11,2)	6,2 (5,5)	7(6,6)
Mediana años (RIC)	10 (17)	5 (6)	5 (5)
Vacaciones en los últimos 12 meses			
No	23 (100)	174 (87,8)	197 (89,1)
Si	0	24 (12,2)	24 (10,9)
Total	23 (10,4)	198 (89,6)	221 (100)

Los hombres, en promedio no han tomado vacaciones en 13 años, y las mujeres cuidadoras llevan, en promedio 6 años sin vacaciones. Las diferencias entre sexos, tanto en el tiempo promedio sin vacaciones, como en la existencia de vacaciones en el último año son significativas (P<0.05), con menos hombres con vacaciones en el último año y mayor tiempo transcurrido desde que tomó las últimas vacaciones

4.4.1. Capacitación

Dentro de los cuidadores estudiados, solo la mitad había recibido capacitación en cuidados y dentro de los que reciben estipendio, cuyo programa incluye la capacitación, solo 30% la había recibido (tabla 34). La frecuencia de cuidadores capacitados fue significativamente mayor en el grupo que no recibe estipendio.

Tabla 29. Frecuencia de Capacitación en cuidados según estipendio

	ESTIPENDIO		
Capacitación	No	Si	%
SI*	**24 (30.0)**	**75(53.6)**	**99(48,6)**
Mucha utilidad	*22 (95.6)*	*68 (90.7)*	*90 (91.8)*
Parcialmente útil	*1 (4.4)*	*7 (9.3)*	*8 (8,2)*
total	*23 (100)*	*75(100)*	*98(100)*
NO	**56 (70.0)**	**65(46.4)**	**121(51,4)**
Muy necesaria	*22 (39.4)*	*29 (45.3)*	*51 (42.9)*
Necesaria	*17(30.3)*	*18 (28.1)*	*35 (29.4)*

Innecesaria	*17 (30.3)*	*17 (26.6)*	*34 (27.7)*
Total	*56 (100)*	*64 (100)*	*120 (100)*
Total	**80 (100)**	**140(100)**	**220(100,0)**

Frecuencia capacitación AM con estipendio vs sin estipendio P< 0,01

La totalidad de los cuidadores capacitados consideran útil la capacitación y mas de 90% la consideran muy útil. Tanto dentro de los que han recibido capacitación como en grupo de los que no la han recibido, alrededor de 70% la consideran necesaria o muy necesaria.

4.4.2.Carga del cuidado

En las tablas 30 y 31 se describe la carga de cuidado.

Tabla 30. Puntaje (Promedio, DS, Distribución Percentilar) Escala de Carga del cuidador Zarit

Sexo	N	Promedio(DS)	P25	P50	P75
Masculino	23	30,4 (19.4)	20	31	39
Femenino	198	37,1 (15.9)	24	34	49
Total	221	36,4 (16.4)	24	33	48

P<0.05 entre sexos

Se observa que los puntajes de carga son significativamente mayores en mujeres (p<0,05). El cuartil superior de puntaje de carga es 10 puntos mayor en mujeres (≥ 49), que en hombres (≥39)

Tabla 31. Distribución de los cuidadores según cuartiles de puntaje en escala de Zarit y estipendio

Puntaje	ESTIPENDIO		
Categoría Percentilar Zarit	NO N(%)	SI N(%)	TOTAL N(%)
Cuartil inferior (≤ 24)	21 (26,25)	37 (26,2)	58 (26,2)
25-32	8 (10,0)	35 (24,8)	43 (19,5)
33-47	21 (26, 25)	37 (26,3)	58 (26,2)
Cuartil superior ≥ 48 *	30 (37,5)	32 (22,7)	62 (28, 1)
Total	80 (100)	141 (100)	221 (100)

Pearson chi2(3) = 9.5934 Pr = 0.022

Los cuidadores que no reciben estipendio presentan una mayor carga de cuidado - representada por mayor frecuencia de puntaje en el cuartil superior de la Escala de Zarit - que los que reciben estipendio (Tabla 31).

4.4.3.Situación de salud

En la tabla 32 se presenta la autopercepción de la salud actual y respecto al año anterior según categorías de puntaje de la Esacala de Zarit (p75 y p inferior a 75)

Tabla 32. Autopercepción de salud de salud según categoría (p75) de puntaje Escala de Zarit

Situación de salud	Zarit <48	Zarit≥48	Total N (%)	P*
Autopercepción de la salud actual				
Buena	73 (45,9)	7 (11,3)	80 (36,2)	
Regular	78 (49,1)	42 (67,7)	120 (54,3)	
Mala	8 (5,0)	13 (21,0)	21 (9,5)	
Total	159 (100)	62 (100)	221 (100)	<0,001
Autopercepción de la salud respecto año anterior				
Mejor	27 (17,1)	6 (9,7)	33 (15,0)	
Igual	78 (49,4)	18 (29,0)	96(43.7)	
peor	53 (33,5)	38 (61,3)	91(41.3)	
Total	149 (100)	62 (100)	221 (100)	0,001

* θ^2

Se observa que la autopercepción de la salud de los cuidadores cuyo puntaje es ≥48 (percentil 75) - tanto actual como respecto al año anterior - es significativamente inferior a la de los cuidadores cuyo puntaje en la escala de zarit es < de 48 puntos

En la tabla 33 se presenta la situación de salud del cuidador según categorías de puntaje de la Escala de Zarit (p75 y p inferior a 75). Se incluye frecuencia de enfermedades crónicas, controles de salud, medicamentos y cumplimiento de controles programáticos de salud de la mujer como ex de mamografía y Papanicolau

Tabla 33. Situación de salud según categoría (p75) puntaje Zarit

Situación de salud	Zarit ≤48	Zarit>48	total	P*
Hipertensión				
Si	58 (36,7)	28 (45,2)	86 (39,1)	0,248
En control	42 (72,4)	23 (79,3)	65(74.7)	0,485
Diabetes				
Si	14 (8,8)	13 (21,0)	27(12.2)	0,013
En control	8 (61,5)	11 (84,6)	19 (70.4)	0,185
Depresión				
Si	54 (34,0)	26 (41,9)	80(36.2)	0,268
En control	30 (56,6)	15 (57,7)	45(57.0)	0,927
Cáncer				
Si	6 (3,8)	3 (4,8)	9(4.1)	0,726
Osteoartritis				
	23 (14,5)	13 (21,0)	36(16.3)	0,240
Antibióticos último año				
	32 (21,6)	7 (11,5)	39(18.7)	0,087
Nº medicamentos diarios				
0-2	114 (72,6)	35 (56,4)	149(68.0)	
3-5	35 (22,3)	19 (30,6)	54(24.7)	
≥6	8 (5,1)	8(12,9)	16(7.3)	
				0,036
Mamografía último año	64 (46,0)	24 (41,4)	88 /197(44.7)	0,548
Papanicolau	99 (71,7)	38 (65,5)	137/197(69,9)	0,386

* θ^2

Respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas, se observa que, dentro de las estudiadas, solo la diabetes tiene una frecuencia significativamente superior en los cuidadores con alta carga de cuidado. Respecto a controles de salud y cumplimiento de controles de PAP y mamografía, no se observaron diferencias, en cambio, el número de medicamentos es significativamente superior en los cuidadores con alta carga

Para determinar si la entrega del estipendio significa algún alivio en la carga del cuidador, se efectuó un análisis de regresión múltiple (tabla 34), en el cual se observa que después de ajustar por variables del cuidador y del paciente postrado, el estipendio es un factor protector para la carga de cuidado (OR=0.379, p<0,01) y la demencia en el postrado aumenta la carga (OR 1,77, p=0,095).

Tabla 34 – Modelo de regresión logística para alta carga del cuidador (Cuartil superior puntaje Zarit) como variable dependiente y características del cuidador (escolaridad, capacitación, estipendio, ayuda en el cuidado, edad, nº medicamentos diarios) y del receptor del cuidado (grado de dependencia y demencia) como variables independientes.

	Cuartil superior Puntaje Zarit		
	OR	**p**	**95%CI**
Edad	1,01	0,539	0,983 – 1,033
Menos de 8 años de esc	0,67	0,237	0,347 – 1,298
Recibió capacitación	0,90	0,762	0,472 – 1,732
Recibe estipendio	**0,379**	**0,008**	**0,182 – 0,772**
Ayuda en el cuidado	0,71	0,298	0,378 – 1,348
≥3 medicamentos diarios	1,29	0,458	0,661 - 2,509
Dependencia severa	1,31	0,479	0,621 – 2,760
Demencia del postrado	1,77	0,095	0,905 – 3,459
N=220			

Categorías de Referencia cuidador: > 8 años de educación; no recibe estipendio; menos de 3 medicamentos diarios, no recibe ayuda en el cuidado, no recibió capacitación.
Categorías de Referencia receptor del cuidado: Katz mediano o leve, sin demencia.

4.4.4.Calidad de Vida

La calidad de vida se estudió mediante la aplicación del cuestionario SF-36 analizado en 8 subescalas multidimensionales y 2 escalas sumarias. De acuerdo a este indicador, mientras mayor es el puntaje, mejor es la calidad de vida. El puntaje promedio en las sub-escalas de acuerdo a la recepción del beneficio se presenta en tabla 35. Se observa que los cuidadores que reciben estipendio tienen puntajes significativamente menores (inferior calidad de vida) en 6 de las 8 sub- escalas: Funcionamiento físico, Rol emocional, Funcionamiento social, Vitalidad/energía, Dolor corporal y Salud mental y en las dos escalas sumarias.
En lo que se refiere a la Autopercepción de Cambio en la salud (SF-36) respecto al año anterior según estipendio, se observó mejor puntaje (p=0,0015) en los cuidadores que reciben estipendio: 46.6 (23.7) vs. los que no reciben estipendio 36.6 (22.5)

Tabla 35 – Puntaje promedio, (SD), para las 10 escalas multi-dimensional del SF-36 según estipendio

	Recibe estipendio Promedio (DS)	No recibe estipendio Promedio (DS)	total	p
Funcionamiento Físico	79,54 (23,7)	72,21 (27.3)	76,9(25,3)	<0.04
Rol Físico	69,2 (42,1)	62,5 (45,5)	66,74 (43,4)	0.351
Rol Emocional	65,2 (43,8)	45 (46,9)	57,9(45,9)	<0.002
Funcionamiento Social	75,2 (26,0)	65,6 (30,6)	71,6 (28,1)	0,032
Salud Mental	60,5 (21,6)	53,8 (23,0)	58,0 (22,4)	0,05
Vitalidad/energía	58,9 (23,9)	48,7 (25,7)	55,2 (25,0)	<0.01
Dolor Corporal	62,5 (31,9)	52,2 (30,9)	58,7 (31,9)	0.021

Salud General	58,3 (21,9)	54,7 (22,3)	57,0 (22,0)	0,313
Componente Físico	67,7 (23,4)	60,3 (24,9)	65,0 (24,2)	0.031
Componente Mental	64,7 (24,0)	53,3 (27,1)	60,5 (25,8)	0.003

Para estudiar los factores protectores, es decir aquellos que se relacionan con baja carga del cuidado y con buena autopercepción de la salud, se efectuó un análisis de regresión múltiple como se presenta en la tabla 36.

Tabla 36 – Modelo de regresión logística para baja carga del cuidador (Cuartil inferior puntaje Zarit) y Buena auto percepción de la salud como variables dependientes y características del cuidador (escolaridad, capacitación, estipendio, ayuda en el cuidado, edad, nº medicamentos diarios) y del receptor del cuidado (grado de dependencia y demencia) como variables independientes.

	Cuartil inferior Puntaje Zarit		**Buena Autopercepción de la salud**	
	OR	**95%CI**	**OR**	**95%CI**
Edad	1,01	0,983 – 1,033	0.96***	0.940 – 0.989
Menos de 8 años de esc	0,75	0,353 – 1,589	0,93	0,494 – 1,761
Recibió capacitación	1,03	0,499 – 2,129	1,14	0,606 – 2,127
Recibe estipendio	1,09	0,474 – 2,483	2,46**	1,153 – 5,230
Ayuda en el cuidado	4,27***	2,00 – 9,126	0,77	0,416 – 1,428
≥3 medicamentos diarios	1,01	0,478 – 2,121	0,43***	0,223 - 0,814
Dependencia severa	1,09	0,483 – 2,474	0,42**	0,205 – 0,859
Demencia del postrado	0,47*	0,215 - 1,022	0,89	0,463 - 1,721
N=220				

***P<0.01, ** P<0.05; *P<0.10

Categorías de Referencia cuidador: > 8 años de educación; no recibe estipendio; menos de 3 medicamentos diarios, no recibe ayuda en el cuidado, no recibió capacitación.

Categorías de Referencia receptor del cuidado: Katz mediano o leve, sin demencia.

La baja carga del cuidador se relaciona significativamente solamente con la ayuda en el cuidado (OR=4,27) apareciendo la demencia del postrado como un factor negativo para una baja carga de cuidado.

La buena autopercepción de la salud se relaciona significativamente solo con recibir el estipendio (OR=2,46); por el contrario, tomar mas de 3 medicamentos diarios y cuidar a un AM con dependencia severa aparecen como factores negativos para una buena autopercepción de la salud (OR= 0,43 y OR=0,42 respectivamente)

El mismo tipo de análisis - factores asociados a mejor calidad de vida - se efectuó para los componentes físico y mental del SF-36 como se observa en la Tabla 37.

Tabla 37. Modelo de regresión logística para Buena salud física (Cuartil superior componente Físico SF 36) y Buena salud mental (Cuartil superior componente Mental SF 36) como variables dependientes y características del cuidador (escolaridad, capacitación, estipendio, ayuda en el cuidado, edad, nº medicamentos diarios) y del receptor del cuidado (grado de dependencia y demencia) como variables independientes.

	Cuartil superior componente Físico SF 36		Cuartil superior componente Mental SF 36	
	OR	**95%CI**	**OR**	**95%CI**
Edad	O,97**	0,946 – 0,999	0,98	0,958 − 1,010
Menos de 8 años de esc	0,72	0,358 – 1,445	1,00	0,499 − 2,011
Recibió capacitación	1,24	0.631 - 2,440	1,21	0,616 −2,366
Recibe estipendio	3,13***	1,335 - 7,321	2,01*	0,895 – 4,508
Ayuda en el cuidado	1,44	0,725 - 2,860	2,03**	1,031 – 4,001
≥3 medicamentos diarios	0,50*	0,243– 1,044	0,44**	0,217 – 0,908
Dependencia severa	O,60	0,277 – 1,302	1,21	0,558 – 2,632
Demencia del postrado	1,32	0,645 – 2,706	1,17	0,578 – 2,348

N=216

****P<0.01, ** P<0.05; *P<0.10*

Categorías de Referencia cuidador: > 8 años de educación; no recibe estipendio; menos de 3 medicamentos diarios, no recibe ayuda en el cuidado, no recibió capacitación.

Categorías de Referencia receptor del cuidado: Katz mediano o leve, sin demencia.

Un buen puntaje en el componente físico del cuidador se relaciona significativamente solamente con la recepción de estipendio (OR=3,13) apareciendo la edad del cuidador como un factor negativo para esta variable dependiente. Un buen puntaje en el componente mental del cuidador se relaciona significativamente solo con recibir ayuda en el cuidado (OR=2,03) apareciendo el tomar mas de 3 medicamentos diarios como un factor negativo para esta variable (OR 0,44).

4.5. Situación De Los Adultos Ambulatorios

4.5.1. Situación de salud

En la tabla 38 se presenta la autoevaluación de la salud y del estado nutricional de los AKM ambulatorios. En relación a auto percepción de la salud, destaca el alto porcentaje de AM que refieren mala salud, cifra significativamente mayor (p<0,05) en los hombres. En relación al estado nutricional destaca el bajo % de AM que se autocalifican como obesos, lo cual contrasta con los valores encontrado de IMC mayor de 30 que se detallan mas adelante (tabla 44) . No hubo diferencias en la autoevaluación nutricional entre hombres y mujeres

Tabla 38 – Auto evaluación de salud y nutricional de la muestra por sexo

	Hombres N=27	Mujeres N=50	Total N=77
Autoevaluación de la salud			
Excelente	0	1(2.0)	1(1.3)
Buena N (%)	9(33.3)	16(32.0)	25(32.5)
Regular N(%)	7(25.9)	26(52.0)	33(42.8)*
Mala N(%)	11(40.7)	7 (14.0)	18 (22.0)*
Total	27 (100)	50 (100)	77(100)
Autoevaluación del Estado Nutricional			
Bajo Peso N (%)	6(22.2)	4(8.3)	10(13.3)
Normal N (%)	15(55.5)	23(47.9)	38(50.7)
Sobrepeso N (%)	5(18.5)	12(25.0)	17(22.7)
Obeso N (%)	1(3.8)	9(18.8)	10(13.3)
Total	27(100)	48(100)	75(100)

***<0,05 entre hombres y mujeres**

4.5.2.Morbilidad

La morbilidad auto-reportada se describe en la tabla 39. Se observa un alto porcentaje de hipertensos, de los cuales solo el 74,0% refiere estar bajo control. Dentro de las otras patologías crónicas auto- reportadas, el Accidente Vascular Encefálico y la Demencia se encuentran en bajo porcentaje, hecho muy diferente al encontrado en los AM postrados que sufren de postración como resultado mayoritario de estas patologías. Por otra parte destaca el alto porcentaje de artritis, el cual probablemente está abultado por la confusión entre artrosis de origen degenerativo y artritis.

Tabla 39 Prevalencia auto-reportada de enfermedades Crónicas y nivel de control, según sexo de Adultos Mayores Ambulatorios

	Ambulatorios			
Patología Crónica	**Hombre N (%)**	**Mujer N (%)**	**TOTAL N(%)**	**EN **CONTROL**
HTA	19 (70.3)	31(62.0)	**50 (64.9)**	37 (74.0)
AVE	-	1 (2.6)	1 (1.7)	1 (100.0)
DM	2 (9.1)	12 (28.9)	14 (21.7)	12 (92.0)
Enf. Coronaria	4 (18.2)	2 (5.3)	6 (10.0)	4 (66.7)
Osteo artritis	4 (18.2)	15 (39.5)	19 (31.7)	7 (36.8)
Depresión	2 (9.1)	6 (15.8)	8 (13.3)	4 (50.0)
Obesidad	-	5 (13.2)	5 (8.3)	4 (80.0)
Infarto Agudo al Miocardio	1 (4.5)	1 (2.6)	2 (3.3)	1 (50.0)
EPOC	1 (4.5)	5 (13.2)	6 (10.0)	6 (100.0)
Demencia	1 (4.5)	2 (5.3)	3 (5.1)	2 (66.7)
Total N (%)	27 (100)	50 (100)	77 (100)	

Respecto a morbilidad aguda (Tabla 40), alrededor de un tercio de los adultos mayores estuvo hospitalizado el ultimo año siendo la causa mas frecuente la neumonía (41.2%); en casi la mitad de la muestra se produjeron caídas en los últimos 6 meses, con consecuencia de fractura en 7,8% de los casos.

Tabla 40. Morbilidad aguda y hospitalizaciones

	Hombre N (%)	**Mujer N (%)**	**TOTAL N (%)**
Enfermedad aguda y hospitalizaciones			
Hospitalización ultimo año	6 (27.3)	11 (28.9)	17 (28.3)
Enfermedad Aguda en los últimos 3 meses	3 (13.6)	8 (21.6)	11 (18.6)
Operado cataratas	1 (4.5)	8 (21.1)	9 (15.0)
Caídas en los últimos 6 meses	9(33.3)	26(52.0)	35 (45.4)
Fracturas como consecuencia	2 (7.4)	4 (8.0)	6 (7.8)
Fractura de Cadera	1 (3.7)	1 (2.0)	2 (2.6)
Total N (%)	27 (100)	50 (100)	77 (100)

4.5.3.Uso de Servicio asistenciales

Casi la mitad de los AM estudiados (45.9%) ha acudido a control de salud con frecuencia trimestral en el ultimo año. Destaca que 81.8% de los AM beneficiarios del programa PACAM retiran los productos (tabla 41).

Tabla 41. Controles de salud y retiro de alimentos del Programa de alimentación complementaria de los AM ambulatorios por sexo.

Controles de salud ambulatorios en el ultimo año	**Hombre N (%)**	**Mujer N (%)**	**TOTAL N(%)**
Cada 3 meses	9 (33.3)	22(44.0)	31(40.2)
Entre 3 y 6 meses	5 (18.5)	6(12.0)	11(15.7)
Cada 6 meses	1(3.7)	2(4.0)	3(3.9)
1 vez al año	5(18.5)	7(14.0)	12(15.6)
Otra frecuencia	6 (22.2)	12(24.0)	18(23.4)
NS	1 (3.7)	2 (4.0)	3 (3.9)
Retira PACAM (solo > 69 años)	27(100)	50(100)	77(100)
Total N (%)	27 (100)	50 (100)	77 (100)

4.5.4. Uso de medicamentos

Con respecto al uso de medicamentos tres cuartas partes de los AM (76.7%) consumen 3 o mas medicamentos diariamente, siendo similar en hombres y mujeres. (Tabla 42)

Tabla 42. Número de diario de medicamentos en los AM ambulatorios por sexo

	Hombre N (%)	**Mujer N (%)**	**TOTAL N(%)**
Número de medicamentos diarios			
0-2	9 (33.3)	15 (30.0)	24(31.2)
3 o más	18 (66.4)	35 (70.0)	53(68.8)
Total	27(100)	50 (100)	77(100)

4.5.5. Antropometría, Estado nutricional y factores de riesgo metabólico

Mas de la mitad de los AM especialmente las mujeres presentan sobrepeso y obesidad, lo cual es concordante con la alta prevalencia de obesidad abdominal (expresado como circunferencia de cintura sobre los rangos normales). La frecuencia de hipertensión medida (40%) es similar en ambos grupos. (Tabla 43)

Tabla 43. Antropometría, Estado Nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC) y factores de riesgo metabólico por sexo de los AM ambulatorios

	Hombre Promedio ± DS N=27	**Mujer Promedio ± DS N=50**	**Total Promedio ± DS N=77**
Antropometría			
Peso	69.6 ± 11.1	59.8 ± 12.5	63.4 ± 12.8
Talla	166 ± 6.3	149.8 ± 7.6	155.7 ± 10.6
Circ. Cintura	96.5 ± 11.7	93.4 ± 10.5	94.6 ± 10.9
Circ. Pantorrilla	33.2 ± 4.8	31.9 ± 4.4	32.3 ± 4.5
Circ. Caderas	101.3 ± 10.2	103.1 ± 10.6	102.4 ± 10.4
Presión Arterial Sistólica	140.5 ± 17.3	135.7 ± 19.3	137,5 ± 18.5
Presión Arterial Diastólica	71.8 ± 12.1	75.0 ± 11.9	73.8 ± 12.0
% Hipertensión	19 (70.3)	31(62.0)	50 (64.9)
% Circunferencia de cintura en riesgo (H >102cm; M >88 cm)	5(18.5)	37(74.0)	42 (54.5)
Estado Nutricional (IMC)			
Bajo peso (<18,5 kg/m^2)	2(7.4)	3(6.2)	5(6.7)
Normal (18,5 - 24,9 kg/m^2)	12(44.4)	16(33.3)	28(37.3)
Sobrepeso (25 - 29,9 kg/m^2)	9(33.3)	12(25.0)	21(28.0)
Obeso (≥ 30 kg/m^2)	4(14.8)	17(35.4)	21(28.0)
Total	27(100)	48(100)	75(100)

4.5.6. Salud mental y psíquica

Mas de un tercio de los casos presenta un MMSE acorde con deterioro cognitivo, lo cual se relaciona con la baja escolaridad del grupo estudiado. Por otra parte la frecuencia de síntomas depresivos es similar en hombres y mujeres, presentándose en el 38,6% de los casos. (Tabla 44)

Tabla 44. Puntaje de MMSE y GDS-5. Frecuencia (%) de deterioro cognitivo y síntomas depresivos.

	Masculino N=27	**Femenino N=50**	**Total N=77**	**p**
MMSE				
Promedio ± DS Puntaje MMSE	13.6(4.2)	14.4(4.5)	14.2(4.4)	ns
< 13 N(%)	9(33.3)	13(26.0)	22(28.6)	ns
GDS-5				
Síntomas Depresivos Puntaje ≥3 N(%)	11 (40.7)	18 (36.0)	29 (37.6)	ns

4.5.7. Riesgo de perdida de funcionalidad

Se evaluó el estado funcional y el riesgo de pérdida de funcionalidad a través de la aplicación del EFAM. Como se observa en la tabla 45, dentro del grupo estudiado hubo una alta prevalencia de dependientes (75%) y muy baja de autovalentes (8,3%).

Tabla 45. Frecuencia y Puntaje promedio (DS) EFAM de AM ambulatorios

Categoría EFAM	N(%) N=77
Autovalentes	6(8.3)
Autovalentes con riesgo	23(16.7)
Dependientes	48 (75)

Para evaluar si los sujetos dependientes y en riesgo están bajo un programa especial de atención de salud, se analizó la frecuencia de controles de salud en el último año en los tres grupos (Tabla 46)

Tabla 46. Controles de salud según nivel de funcionalidad (EFAM- Chile)

Frecuencia de controles	Autovalentes N=6	Autovalentes con riesgo N=23	Dependientes N=48	Total N=77
Cada 3 meses	2 (33.3)	9 (39.1)	20(41.7)	31(40.2)
Entre 3 y 6 meses	1 (16.7)	4(17.4)	9(18.7)	14(18,2)
1 vez al año	2(33.3)	7(30.4)	3(6.2)	12(15.6)
Menos de 1 vez al año	1 (16.7)	3(13.0)	14(29.2)	18(23.4)
NS			2(4.2)	2(2.6)
Total	6(100)	23 (100)	48(100)	77(100)

No se observó diferencia en el número de controles, aunque la muestra de autovalentes es muy pequeña para asegurar la validez de la aseveración.

5. RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO

(Los resultados del estudio cualitativo in extenso se encuentran en el Anexo 4)

5.1. Antecedentes

En general se puede afirmar que la realidad de los postrados era "tierra de nadie" en la Atención Primaria hasta hace pocos años. Por un lado, no existía un procedimiento institucionalizado para los pacientes egresados de hospitales. Por otro, el personal de salud no estaba adaptado a las necesidades de la población adulta mayor.

Los pacientes egresados de los Servicios de Neurología del Hospital, con accidentes vasculares y con diferentes tipos de secuela, eran "pacientes de nadie"[xxxviii] El paciente era dado de alta con un carnet, la familia no tenía idea de las indicaciones y el Consultorio no tenía ninguna responsabilidad frente a este paciente. Tanto así, que la enfermera entrevistada explica que el médico de estos pacientes era el químico farmacéutico de la farmacia y los auxiliaba la Cruz Roja y Carabineros. El auxiliar de terreno pesquisaba y avisaba al Consultorio pero no existía un programa con horas de Enfermería y visitas programadas, el Consultorio los visitaba sólo para comprobar domicilio. Cuando la persona postrada moría, las Pompas Fúnebres se encargaban de hacer el certificado, en otros casos los Servicios de Urgencia o Carabineros certificaban que habían muerto de muerte natural[xxxix].

La Municipalidad de Santiago, pionera en el cuidado de sus pacientes postrados, instala un Servicio de Salud a Domicilio de 24 horas en el año 2000.[xl] El consultorio Pudahuel Estrella instala el Programa de Postrados en el 2004, antes de esa fecha sólo existía el Programa de pacientes terminales.[xli] En el CESFAM Lagunillas, de Coronel, pioneros en detectar y atender pacientes postrados, aún sin programa, nos hablan de atención a postrados en el domicilio en el año 1996.[xlii] En Hualpén, CESFAM Hualpencillo nos dicen refiriéndose al domicilio: "Yo llevo 26 años acá, yo de que recuerdo siempre hemos curado a la gente."[xliii] El Consultorio Dr. Bernardo Melivosky instala su Programa de postrados el 2004, pionero en Copiapó, sus acciones, sin programa venían del 2000.[xliv]

El personal de salud no estaba adaptado a la población envejecida. El que muchas veces esta población no escuche bien, no vea o tenga mala visión o no comprenda las instrucciones, obligó a que se produjera una adaptación del personal: hablar más lento, explicar mejor etc. El personal no tenía las herramientas y se produjeron cambios en los equipos, internalizando el hecho que "si yo no explico tengo cero resultados"[xlv].

> "El personal tuvo que cambiar, de ser muy altanero a tener más paciencia, a hablar más lento, modular mejor", y de este modo, "adaptarse a esta población envejecida, yo creo que eso ha sido como un peldaño muy importante para la gente y querer a sus ancianos….."[xlvi]

5.2. La Medida 6b

Desde que los adultos mayores comenzaron a ser parte de la agenda social, es decir, desde el advenimiento de la democracia, la política social dirigida a este sector se había referido fundamentalmente a la inclusión de los adultos mayores autovalentes y organizados. Podemos afirmar entonces que la medida 6b ha significado un giro hacia un sector de los adultos mayores, aún oculto y sobre el cual no había información.

En relación al sector salud, la medida implicó crear un Programa de Postrados en Atención Primaria, que de acuerdo a la historia que hemos recién relatado, no existía.
La importancia fundamental de la Medida reside justamente en primero reconocer la tremenda tarea del cuidador familiar de un postrado severo y segundo asumir un compromiso de apoyar con capacitación y acompañamiento en visitas domiciliarias desde la Atención Primaria de Salud. Para los más pobres agrega un estipendio de $20.000 al mes.

Todo esto significa una validación para el cuidador y lo sitúa como un socio para el equipo de salud. Aunque esta mirada puede haber existido previamente en algunos equipos, la medida permite que se incorpore a lo largo del país.

5.2.1. Hablan los Equipos de Salud

La medida ha tenido fuerte impacto, no sólo en los postrados y sus familias sino también en los equipos de salud.

Ya vimos que algunos centros de salud habían avanzado en la detección y atención de postrados, pero aún así, la Medida significó detectar nuevos postrados y responder a la demanda que se creó, además de cumplir con los procedimientos de la Norma de Postrados del MINSAL.

> "La gente cuando empezó a saber del estipendio, "mi familiar está postrado y que necesito ...", teníamos que ver si efectivamente era así y explicarle a la gente qué era postrado porque todo el mundo le puso el nombre postrado. Todavía llegan casos, pero no como en un principio."[xlvii]

De parte de los equipos tampoco las cosas estaban tan claras.

> "En un principio, nos dimos cuenta que varias de las encuestas que nos aplicaban, cuando las íbamos a rechequear, en realidad la situación era menos severa de lo que ellas describían, entonces en eso también han ido aprendiendo, así que hoy día son bastante más confiables en sus juicios que hace un tiempo atrás."[xlviii]

La instalación de la medida implicó muchas visitas domiciliarias, además en muchos casos significó una apertura del Consultorio a la comunidad y la articulación con entes locales. Esta articulación no es una práctica generalizada de salud.[xlix]

El Proceso de Atención Domiciliaria

Lo común es que llegue un familiar a pedir visita domiciliaria. Se visita, se da la atención completa con enfermera y auxiliar paramédico, se ve si es hipertenso, diabético, si necesita médico, se le pone suero o lo que necesite para estabilizarlo. Se da apoyo a la familia y se le enseña a bañarlo, a movilizarlo, prevención de escaras. Las visitas son de un promedio de media hora.[l]

> "Si voy sola puede ser un poco más, pero no en ver al paciente, sino que en orientar a la familia, es donde más se demora uno, porque al paciente uno lo maneja muy bien, pero en orientar a la familia es donde más nos demoramos."[li]

A pesar de las intenciones, nos dicen que han tenido pacientes que "los hemos ido a ver una vez al año". Otros son visitados "casi todos los meses porque vienen por demanda, los familiares vienen urgente, "ayer pasó mala noche", y lo lamentable es que nosotros tenemos solamente una tarde para salir a visita con el médico, una tarde que salgo yo sola o con la señora María y ahí quedamos."[lii]

Dificultades en la Implementación del Programa

Entre las dificultades la falta de recursos es el factor más mencionado: falta de vehículo, falta de enfermeras y la rotación del recurso médico.[liii]

La Falta de Vehículos

Tener acceso a un vehículo es fundamental para todo programa de postrados. La Corporación Municipal de Salud de Pudahuel adquirió vehículos pequeños para que fueran manejados por los propios auxiliares o profesionales, para que así no se dependiera de un chofer especialmente destinado a la función de manejar. En el caso de Batuco la solución vino por un lado original: un voluntariado motorizado que hasta la fecha transporta al equipo a los domicilios.

En Copiapó no cuentan con vehículo. El postrado está compitiendo con las consultas GES. En todo caso nos aclaran que el problema no está en adquirir el vehículo, sino en contratar chofer. Es por esto que nos parece interesante la solución de Pudahuel donde son los paramédicos que manejan el vehículo. En Chillán y Hualpen también hicieron referencia a la necesidad de un vehículo:

La Falta de Materiales Educativos

La falta de materiales para realizar la capacitación a los familiares fue un tema recurrente. Todas nuestras entrevistadas mencionaron la no entrega por parte de MINSAL de los materiales educativos prometidos. El material utilizado en las comunas piloto no fue posteriormente universalizado.

> "Había que hacer una capacitación al cuidador para acreditarlo como cuidador capacitado, hacerle entrega de un diploma y todo eso, y todo eso tiene que venir del Ministerio porque eran con video, tarjetones para registrar los ingresos, ficha de

> ingreso, todo ese material, aún no ha llegado nada, pero nosotros igual lo hemos avanzado, hay un manual de capitación que se reprodujo acá mismo y se entregó a todos los consultorios, a las encargadas del programa postrado en todos los consultorios que son enfermeras todas. La parte de la ficha de ingreso también la copiamos acá mismo, el índice Katz igual para cada una de las personas, el Zarit para aplicarle al cuidador también, entonces con los recursos que hemos sacado de la norma, hemos podido avanzar porque tampoco podemos esperar a que nos llegue el abastecimiento, siendo que ya está llegando la plata del estipendio y tenemos que ordenar el cuento."[liv]

Capacitación

Relacionado con el hecho anterior de la no entrega de materiales educativos por parte de MINSAL, se constató que la capacitación formal a cuidadores no se ha cumplido en todas las partes visitadas. Sí se ha llevado a cabo en Pudahuel, Hualpen y Lagunillas.

En Lagunillas participó todo el equipo en la capacitación, después de esta experiencia nos dicen que les quedó muy claro la importancia del apoyo al cuidador.

> "Y también acompañar a la familia en esto que significa para ellos cambiar toda la dinámica familiar que exista una persona postrada en la casa, el desgaste para el cuidador, deja de atender a otras personas de la familia porque tiene que estar pendiente de esta persona. Eso fue lo que más nos impresionó, o sea, sabíamos que iba a pasar eso cuando hicimos la capacitación a los cuidadores por el tema del estipendio, tuvimos que dedicar una sesión entera a esa materia, que conversaran entre ellas, que se contaran, que hablaran unos con otros, nunca pensaban que otra persona estaba pasando lo mismo."[lv]

Ayudas Técnicas

En nuestras visitas a postrados con estipendio nos llamó la atención el contraste entre la pobreza ambiental y la presencia de sillas de rueda y colchones antiescaras. Tal cual lo grafica una enfermera en la ruralidad de Ñuble.

> "Lo que me ha impresionado positivamente, es que tienen los elementos que se entregan por el programa, todos tienen su colchón antiescaras, sabiendo yo cuánto valen y lo escaso que era hace un tiempo atrás obtener un colchón, todos tienen una silla de ruedas para que en algún momento del día se puedan sentar, puedan salir un poco afuera y algunos incluso salir a pasear…."[lvi]

En Hualpen nos hablan de la importancia de la silla de ruedas

> "Con la ayuda de la silla de ruedas, ellos también tienen su rutina y salen a su paseíto o lo pueden sacar de la camita con sus paños y bien amortiguado sentaditos que pueden estar ahí disfrutando a lo mejor más del núcleo familiar."[lvii]

Sin embargo, por otro lado, no se constató uniformidad en el conocimiento que se tenía a nivel local de que siendo AUGE Ayudas Técnicas, no debería implicar tanto sacrificio el comprar estos implementos. Por ejemplo en Lagunillas nos dicen: "aquí hay dos sillas de ruedas, es todo lo que hay en urgencia".

Gestión
Agrupamos aquí temas de gestión propiamente tal como son las planillas de registro y la comunicación entre los distintos actores. Este tipo de errores tiene directa repercusión en la agilidad con que las personas han ido recibiendo el estipendio.

> "Ha habido tres planillas, primero la básica que no traía el dato de la edad, cambió la planilla, después se puso la edad, se mandaron esas planillas pero después cambió de nuevo la planilla, que tenía el dato del estipendio por mes y esa era la tercera planilla, entonces los consultorios seguían mandando la antigua y ahí se armó un choclón, y lamentablemente quedaron fuera de la medida, en este caso, dos consultorios y había datos que eran incompletos, tampoco se mandaron, y había muchas cosas que iban en el camino ..."[1]

Llenado de Planillas, referido a los errores cometidos, ya sea por completar el formulario incorrecto o por errores en la escritura de los datos de edad o nombres."[2]

Relación con el Municipio. Aunque el programa tiene "dos entidades que participan, que es salud que es el responsable de pesquisar, evaluar y asegurarse de que el postrado es severo (…) y el municipio que es el que tiene que decir su condición de pobreza, indigencia o no pobreza(…) Eso nadie le dijo eso a los municipios, ustedes están involucrados en esto, se lo hemos tenido que decir nosotros, ellos no tienen incorporado que es su responsabilidad, pero a ellos nunca por su vía les han dicho, usted tiene que participar en esto."3

5.3. El Proceso del Cuidado

Todas las enfermeras entrevistadas plantean lo invaluable que es el recurso del familiar cuidador y la importancia de apoyarlo.

> "Yo le digo, [al cuidador] si usted no ayuda, yo más no puedo hacer porque aquí usted es la responsable, yo les doy la responsabilidad que ellos necesitan tener también y los hago sentir importantes, porque le digo, sin usted no hago nada yo(…) les doy el teléfono del consultorio, usted me llama y me deja el recado no más y yo le devuelvo el llamado o voy si es necesario que vaya."[4]

En general los cuidados se brindan desde la cohabitación. La figura más común tal como ha sido señalado por estudios anteriores al respecto, es que las mujeres ejerzan el rol de cuidadoras. De esta manera, en la comuna de Santiago, quienes más frecuentemente cuidan

[1] Enfermera
[2] Ibidem
[3] Enfermera
[4] Enfermera

son las hijas y nueras pero también hay algunos hombres que realizan esta acción[lviii]. En la comuna de Batuco las esposas son las que cuidan a sus maridos[lix]. Y en Ñuble las esposas e hijas.

> "Como la mayoría son adultos mayores, no hay familias muy grandes, en general es el esposo y la esposa, la hija y su mamá, pero donde hay más familiares sí se comparte el cuidado, pero siempre hay una mujer, porque entre todos los que he visto sólo un cuidador me tocó, las otras son todas cuidadoras."[lx]

- Calidad del Cuidado

En general nuestros entrevistados, enfermeras y técnicos, plantean que la calidad del cuidado que entrega el cuidador a su familiar, estaría directamente relacionado con su situación socio económica. En Lagunillas dicen, los cuidados "están bien de acuerdo a los recursos que tienen"[5]

Es así como la enfermera de la Municipalidad de Santiago plantea que en un 90% de los casos el cuidador se compromete con el paciente. En el 10% restante no ocurre esto por muchos factores: ingratitud de los hijos, a veces sin razón aparente, y otras como respuesta a un ejercicio poco afectuoso de la paternidad, y también se dan casos de falta de afecto para cooperar en el cuidado directo existiendo la voluntad para cooperar monetariamente.[6]

Distinto es el panorama que nos presenta la enfermera de la comuna de Pudahuel, quien nos dice que el 80% de las familias no cuidan al postrado como deberían, poca gente lo hace, "él sirvió, ya no sirve, lo dejan ahí arrinconado, atrás en una pieza fría, sucia". "Hay cansancio por la situación económica que las familias viven en la comuna, se sobrepasan con el postrado, a veces la agresividad del postrado, la demencia senil etc."[7]

- Sobrecarga

Toda la literatura del cuidado se refiere a la sobrecarga del cuidador. Los equipos hablan de cambio en la dinámica familiar, por la existencia de una persona postrada, el cuidador, generalmente cuidadora, deja de atender al resto de la familia.[lxi]

En Hualpén han utilizado el Zarit desde hace un tiempo incentivando pequeños estudios de su realidad. Ellos han concluido que la mayor sobrecarga de los cuidadores está relacionada con lo doméstico. Los cuidadores son sobre exigidos "porque el postrado es un paciente que requiere permanentemente estar preocupado de su alimentación, de los cambios de posición, de mudarlo, de limpiarlo- además, dependiendo de su condición mental, la relación con el cuidador es más o menos estresante, también depende si está muy deteriorado, si son muy agresivos, porque los cuidadores más sobre cargados que nosotros encontramos, son aquellos en que efectivamente son víctimas de agresiones por parte de sus pacientes."[lxii]

[5] Equipo CESFAM
[6] Enfermera
[7] Enfermera

También se da el caso de personas con demencia, "que les gritan, que los tratan con groserías, que niegan o desconocen el cuidado que reciben de parte de ellos, entonces (…) los cuidadores no entienden que su familiar está en un grado de deterioro que ya no puede reconocer el cuidado que le brindan,…se sobrecargan mucho por eso y porque, además, generalmente la familia que vive fuera y que visita a su pariente, cuando escucha la crítica que hace ese paciente, también critica, y al no estar enterada del grado de deterioro que tiene el paciente, efectivamente entra a ser un enjuiciador del trabajo que hace el cuidador que está ahí todos los días, las 24 horas del día."[lxiii]

- Pañales

Dentro del discurso de las enfermeras respecto a los postrados un tema recurrente es el de los pañales. Ellas en conjunto con las autoridades locales, de salud y del Municipio, han realizado grandes esfuerzos para satisfacer esta necesidad, al igual que el voluntariado. llama la atención que este tema ya no está en discusión sino que constituye una necesidad que hay que cubrir.

5.4. El Estipendio

El estipendio ha sido tremendamente valorado por los beneficiarios. En la sección siguiente Hablan las Familias, veremos en más detalle este aspecto.

> "En general bien, todos lo han tomado muy bien, unos muy, muy contentos, me dicen que lo habían encontrado súper bien, me dicen, "señorita, no pensaba que me iban a dar esto", yo le digo, bueno, esto es para usted, es un reconocimiento a usted, es plata para usted."[lxiv]

> "Una cuidadora me decía, con esto le voy a comprar talquito, le voy a comprar una cremita, le voy a arreglar su tele, entonces lo valoran mucho. Alguna persona que no sea pobre, capaz que me diga, señorita pero mire lo que me van a dar, no, no."[lxv]

Vimos dos tipos de actitud en las enfermeras que entrevistamos respecto al estipendio. Unas, que lo ven directamente como un insumo al cuidado y otras que lo ven como una retribución al cuidador.

> "No es tanto, creo, la plata, es que le reconozcan y que uno les diga que es un reconocimiento para ellos, no para el paciente, para que le compren cosas, es para ellos, que coman algo rico, se coman un helado, no sé."[lxvi]

> "En bastantes lugares ha cambiado todo y con lo del estipendio ahora, totalmente distinto, además que yo les dije, yo los voy a ir a supervisar a ver si tienen como les decimos al paciente, si le han comprado el colchón, (…) hay que presionar también a la gente(...)"[lxvii]

¿En que usan el estipendio las cuidadoras?. Citamos algunos ejemplos de uso del estipendio declarados por los cuidadores al equipo de salud.

"(…) la gente que toda la vida ha hecho las cosas por el cariño, por amor a su familia o por obligación o como sea, que les llegue a lo mejor un estímulo en dinero, aunque uno dice, 20 mil pesos, pero yo digo, antes no recibían nada y 20 mil pesos la gente los agradece igual, aunque sean 20 mil, y para qué, muchos para comprar pañales, o sea, al final igual lo dedican a sus mismos pacientes.[lxviii]

Efectos de la Medida

¿Hay cambios visibles de parte de las familias desde que se implantó el estipendio? La enfermera de Pudahuel, nos dice: "La situación ha cambiado totalmente con el estipendio. Hay más limpieza, más pañales, lubricación, hay gente que no tenía ni sábanas y a veces ni colchón, sólo un somier y abrigos viejos. Hemos visto mejoras con el estipendio."[lxix]

Las visitas en sí mismas, así como la educación tienen un efecto importante en la familia.

"A medida que nosotros vamos a verlos, les hablamos, les decimos, les podemos enseñar, como que la gente se preocupa más y como saben que vamos a ir y en cualquier momento, porque yo no aviso, vamos, entonces se preocupan más."[lxx]

6. DISCUSIÓN

6.1. Implementación de la medida 6B

Aunque en el Proyecto no estaba considerado evaluar la puesta en marcha de la medida 6B, sino evaluar la situación de salud de la población objetivo y proponer un modelo de atención que complementara el programa existente de la Atención Primaria de Salud, su ejecución ha permitido detectar diversas barreras que han dificultado o retardado la puesta en marcha de dicha medida y algunas definiciones de la norma que restringen su ámbito.

6.1.1. Sobre la entrega del estipendio

La inexistencia de instructivos precisos y formularios *ad hoc* para efectuar los pagos, ha significado que muchas municipalidades y/o servicios de salud no hayan operacionalizado aún la entrega de la ayuda económica. Debe destacarse que los casos enumerados en los párrafos anteriores se han detectado solo porque los consultorios habían sido seleccionados para la muestra. Ello no significa que sean los únicos casos en que ocurren estos problemas. Se han detectado problemas radicados en

- *Los Servicios de Salud*.

Demora en traspaso de fondos a las Municipalidades por lentitud en realizar los convenios Servicio de Salud- Municipalidad.

- *Las Municipalidades*.

Demora en la entrega del estipendio por carecer de formularios necesarios para registrar este item

- *Los Centros De Atención Primaria*

Proceso de clasificación de los adultos mayores registrados aún no se ha Completado.

6.1. 2. Sobre la definición de adulto mayor postrado.

El criterio para postrado o dependencia severa basado en dependencia total en todos los item del instrumento para AVD diseñado por Katz, es bastante mas estricto que el utilizado en la Encuesta Nacional de discapacidad ENDISC CHILE 2004 Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile del Fondo Nacional de la Discapacidad.
La definición actual deja sin derecho a estipendio a un grupo importante de personas que aún conserven por ej la capacidad de trasladarse, pero que padecen de una demencia que los hace absolutamente dependientes. Esta exclusión se contrapondría con la afirmación que aparece en la página web de la SEGPRES que dice textualmente "La iniciativa consiste en la entrega de una ayuda monetaria (20 mil pesos mensuales) a todos los familiares que tengan a su cuidado alguna persona postrada de cualquier edad, ***alguna persona con demencia,*** que sea beneficiario de Fonasa y estén clasificados mediante la ficha CAS II y/o Evaluación Social del municipio, como pobres no indigentes e indigentes*"(www.segpres.cl consultada el 29 enero 2007)*.

6.1.3. Sobre las actividades del equipo de salud
Las exigencias que plantea la norma para el equipo de atención primaria como son por ej. 19 visitas domiciliarias anuales, incluyendo 6 sesiones de capacitación y 2 visitas domiciliarias de kinesiólogo, informe mensual a las municipalidades etc. hacen difícil que ello pueda ser cumplido a cabalidad sin agregar nuevos recursos dedicados específicamente a este programa.

6.1.4. *Sobre el cuidador*
La medida contempla solo mínimas medidas para el cuidador. Si bien es cierto la capacitación es una actividad que incluye 1 sesión sobre cuidados del cuidador y las visitas del kinesiólogo consultan apoyo para prevenir o controlar patologías relacionadas con el esfuerzo físico, no es menos cierto que no incluye medidas de contención y soporte psicológico. Si a ello se suma la vigilancia sobre el estricto control de cumplimiento de las indicaciones, esto agrava situaciones de ansiedad, angustia y depresión frecuentes en los cuidadores.

6.2. Situación de los adultos mayores Postrados

Dentro de las Características Generales se destaca la mayor proporción de mujeres en esta situación (2/3 de la muestra estudiada), aunque la edad de los hombres postrados es significativamente menor. Ello concuerda con hallazgos previos de nuestro grupo que han demostrado que las mujeres tienen mayor expectativa de vida que los hombres pero en peores condiciones de salud. La gran mayoría (80%) tienen baja escolaridad (<8 años), factor que empeora la situación y hace mas difícil el proceso de cuidado.

En el en el grupo de postrados sin estipendio dos tercios de los encuestados eran pobres e indigentes los que calificarían para estipendio si su condición de postración fuera severa. El 6,2% de los que no reciben estipendio y el 2,7% que reciben estipendio viven solos, cifras que -como es obvio- son muy inferiores a las encontrados en los AM ambulatorios (15.6%), sin embargo, considerando la gravedad de la discapacidad para obtención del estipendio, no debiera haber AM postrados en esta condición.

Según la norma de aplicación de la medida 6 B, los AM beneficiarios de este subsidio deben ser clasificados como dependientes severos y clasificados según CAS en indigente o pobre. Al cruzar la información obtenida en este estudio se observa que dentro del grupo con estipendio hay 12% que no tienen clasificación CAS, por lo tanto en ellos no es posible evaluar la adecuada aplicación de la norma para entrega de estipendio. Dentro de los que cuentan con clasificación CAS (88%), existe un tercio (32,6%) de AM que reciben el estipendio no cumpliendo con los requisitos establecidos para ello, ya sea en términos de severidad como Ficha CAS. Por otro lado 11% de AM que si cumplen con los requisitos no reciben estipendio a la fecha de realizado el estudio (tabla 24).

6.2.1. Características de los Adultos Mayores Postrados

La gran mayoría de los AM postrados, con independencia de su situación de estipendio, ve y escucha. Sin embargo, la forma de comunicación con el medio difiere en ambos grupos, observándose una mayor proporción de comunicación por gestos o imposibilidad de comunicación en los AM que reciben estipendio (36.7%), lo cual puede ser un elemento de sobrecarga hacia el cuidador.

Dependencia

Las causas de dependencia de los AM, es diferente entre los que no reciben y aquellos que reciben estipendio, lo cual se relaciona con la severidad de la postración. En el primer grupo destacan las causas osteoarticulares con un 34,6%, siendo la fractura de cadera la más frecuente. En el segundo grupo el Accidente Vascular Encefálico aparece como la causa de dependencia en casi la mitad de los casos, lo que fue confirmado por los resultados del test de Hachinski, que determinó el origen vascular del 75,4% de los casos de deterioro cognitivo

La mayoría (76,7%) del grupo que recibe estipendio, presenta deterioro cognitivo severo, lo que impacta negativamente en la carga del cuidador.

El promedio de años dependencia fue de 5 años con un amplio rango de variabilidad

Se destaca el hecho que 68,4% de los AM se encuentra bien nutrido no existiendo diferencias entre los dos grupos. Considerando que 80.3% de los AM postrados con estipendio requiere alimentación asistida la cifra de buen estado nutricional es un indicador de un cuidado adecuado.

La patología más prevalente es la hipertensión arterial, le siguen la demencia y el accidente vascular encefálico siendo todas ellas más frecuentes en el grupo que recibe estipendio. Se observa una mayor prevalencia de caídas en los adultos mayores que reciben estipendio, lo cual debe ser causado por el nivel de postración de los mismos. Al analizar la depresión en los AM que son capaces de contestar el cuestionario GDS-5 se observa una alta prevalencia de síntomas depresivos en ambos grupos de AM.

El mayor porcentaje de apoyo asistencial domiciliario corresponde a la realización de curaciones (13,4%) y en segundo lugar el manejo de sonda Folley (9.5%). Destaca el porcentaje de AM que requirieron antibióticos durante el ultimo año (41.5%) y de hospitalización (23.8%).

Desde el punto de vista de apoyo al cuidado destaca que solo un tercio de los AM postrados cuenta con colchón anti-escaras, elemento que en el marco del Régimen de garantías Explícitas en salud es de acceso libre y universal para los postrados.

6.3. Situación de los cuidadores

Se observa que en su gran mayoría son mujeres (89,6%), que en promedio son menores en 10 años que los hombres que realizan esta labor y que la mitad de ellos sin importar el sexo, tienen 8 o menos años de educación. En general los cuidadores son mayoritariamente hijos (53,8) y cónyuges (18,1) y en sólo 8% de los casos no se trata de un familiar.

La casi totalidad de los cuidadores dedica todo su tiempo al cuidado del AM postrado y en la mitad de los casos, a ello se suma el resto de las labores del hogar. Sólo 10% de los entrevistados había tomado vacaciones el último año. Los hombres, en promedio no han tomado vacaciones en 13 años, y las mujeres cuidadoras llevan, en promedio 6 años sin vacaciones.

Dentro de los cuidadores estudiados, sólo la mitad había recibido capacitación en cuidados y dentro de los que reciben estipendio, cuyo programa incluye la capacitación, un tercio la había recibido. Se observó significativa mayor frecuencia de capacitación en el grupo que no recibe estipendio, lo que indica que la capacitación es efectuada por los equipos de atención primaria como parte del programa de atención domiciliaria del Postrado y que la implementación del estipendio no ha significado una focalización de esta actividad hacia el grupo más desprotegido.

Dentro del total de cuidadores menos de la mitad comparte el cuidado (en todos los casos con otro familiar), lo cual tiene alto impacto en la calidad de vida y la carga del cuidador.

Los análisis efectuados muestran que tanto el estipendio como el compartir el cuidado son factores protectores para la calidad de vida del cuidador y que la demencia del AM, la edad y la baja escolaridad del cuidador son factores de riesgo para la calidad de vida y la carga del cuidador.

De acuerdo a nuestros resultados la capacitación de los cuidadores es prioritaria. Igualmente debiera considerar una ayuda especial de soporte a los cuidadores de pacientes con demencia, patología demoledora para el cuidador y la familia del postrado.

6.4 Situación de los adultos ambulatorios

En relación a la auto percepción de la salud, destaca el alto porcentaje de AM que refieren una mala salud la cual es evidentemente mayor en los hombres.

Se observa un alto porcentaje de hipertensos, de los cuales solo ¾ partes refiere estar bajo control. Dentro de las otras patologías crónicas auto- reportadas, el Accidente Vascular Encefálico y la Demencia se encuentran en bajo porcentaje, hecho muy diferente al encontrado en los AM postrados que sufren de postración como resultado mayoritario de estas patologías. Ello muestra que aun bajo control, estas patología evolucionan desfavorablemente y son una voz de alerta para mejorar la proporción de los pacientes bajo

control y compensados. En plena concordancia con la aseveración anterior se encontró que los AM ambulatorios con riesgo de pérdida de funcionalidad presentaban mayor frecuencia de controles de salud.

Alrededor de un tercio de los adultos mayores estuvo hospitalizado el ultimo año, la causa más frecuente fue neumonía (41.2%).

6.5. Estudio Cualitativo

Desde que los adultos mayores comenzaron a ser parte de la agenda social, es decir, desde el advenimiento de la democracia, la política social dirigida a este sector se había referido fundamentalmente a la inclusión de los adultos mayores autovalentes y organizados. Podemos afirmar entonces que la medida 6b ha significado un giro hacia un sector de los adultos mayores, aún oculto y sobre el cual no había información. Específicamente en el sector salud, esta medida ha implicado la creación de un Programa de Postrados en Atención Primaria.

A partir de la visualización de los postrados a través de la vacunación anti-influenza y otras vías, y de recibir el impacto de las condiciones en que estas personas se encontraban, los centros de Salud desarrollaron estrategias para responder a esta demanda oculta. En otros casos se comenzó a dar atención domiciliaria directa.

En el proceso de incorporación de los postrados, la comunidad es, desde un comienzo, visualizada como un recurso valioso en relación a la necesidad de cuidado del postrado. Es así como surgen los voluntariados del adulto mayor adscritos a los consultorios. En esta línea de argumento, es interesante destacar, la estabilidad en el tiempo de los equipos de salud como un factor importante para detectar tempranamente problemas de la comunidad.

La Medida 6b ha tenido un impacto y cumple el objetivo de reconocimiento de la labor del cuidador familiar, de mejorar la calidad del cuidado, de mejorar la calidad de vida del postrado, de estimular a los equipos a poner más atención en los personas adultas mayores postradas e incentiva la capacitación que se da a los cuidadores familiares. Es de hacer notar que aún no se estandariza la capacitación.

La medida sitúa como socio del equipo de salud de atención primaria al familiar cuidador, lo que constituye un paso muy importante en el desarrollo de un sistema de salud más cercano a las personas. Los equipos han incorporado fuertemente la noción que toda acción de bienestar hacia el cuidador está ligada a una preocupación por el cuidador, por lo cual su acción está siendo altamente valorada.

Las personas que cuidan van descubriendo la forma de cuidar y lo logran. Sin embargo, es necesario considerar que las personas que cuidan requieren apoyo psicosocial, por la complejidad de la tarea y la dureza que implica. Además este apoyo es indispensable para quienes no ejercen las mejores prácticas de cuidado. Estas realidades pueden ser el producto de imposiciones abusivas del resto de la familia o incluso de no familiares. En este sentido es necesario que los equipos estén alertas ante la posibilidad de explotación que las familias pueden ejercer sobre el cuidador principal.

El fatalismo y la inercia de la creencia que "nada podemos hacer por el postrado más que dejarlo morir en paz", ha sido roto. Por lo tanto, es posible concluir que la medida ha sido un muy buen punto de partida. Hoy día se requiere mejorar los problemas de gestión que están impidiendo su desarrollo óptimo y también complementar con otros aspectos que no se han tocado, que permitan construir un sistema de protección de las personas postradas.

La referencia aquí es a un sistema que integre también a quienes no viven con familia y que quieren permanecer en sus casas o a quienes viven con familia pero están sufriendo abandono o maltrato directamente.

Los equipos de salud se han abierto al voluntariado desde ya hace unos años. Es justamente el encuentro con la postración y el darse cuenta que sin la comunidad organizada no podrían enfrentar esa tarea, lo que los hace abrirse.

Una generalización de la acción del voluntariado es posible, sin embargo depende de una conjunción de factores. La disposición del equipo de salud, de la cercanía del centro de salud – a través de la asistente social- con la comunidad y de la capacidad organizativa de la propia comunidad.

También queda claro que la Medida 6b es sólo el comienzo, aún faltan importantes políticas sociales en relación al adulto mayor. Faltan políticas de internación, faltan lugares de internación a nivel nacional. La pregunta que surge es: ¿Que pasa con un adulto mayor que no puede ser cuidado en familia?

Los relatos recogidos acerca del maltrato ponen en evidencia los vacíos legislativos que hay que enfrentar a corto plazo. Es urgente por un lado que los técnicos cuenten con protocolos que les permitan actuar frente a los casos agudos pero por otro lado si no se establecen las redes inmediatas, los protocolos no serán útiles.

7. CONCLUSIONES

7.1. La medida 6B ha tenido dificultades en su implementación. Ello se ha producido por una inadecuada coordinación entre la decisión política de la entrega del beneficio y el diseño de los procesos administrativos que deben sustentar esta medida.

7.2. El cumplimiento de la norma para la entrega del estipendio tiene falencias, lo que se evidencia en el tercio de los que lo reciben, que no clasifican para ello. Es posible que esto se deba a la estrictez de la norma en cuanto al nivel de postración, que incluso excluye algunos AM con demencia que aún mantienen la capacidad de caminar o alimentarse.

7.3. El período de implementación de la medida es demasiado corto para la adecuada evaluación del programa de atención del AM postrado por parte del equipo de salud.

7.4. Probablemente por tratarse de una medida de muy reciente implementación se observa un bajo cumplimiento de la norma de atención para el AM y el cuidador. Como ejemplo de lo anterior, menos de la mitad de los cuidadores ha recibido capacitación al momento del estudio

7.5. Esa misma razón le resta validez al efecto protector del estipendio sobre la calidad de vida del cuidador, para afirmar lo cual se requiere un tiempo mayor de aplicación de la medida.

7.6. Las exigencias que plantea la norma para el equipo de atención primaria hacen difícil que ello pueda ser cumplido a cabalidad sin agregar nuevos recursos dedicados específicamente a este programa.

7.7. La medida contempla solo mínimas medidas para el cuidador. Solo se estipula una sesión dentro de la capacitación referida a aspectos físicos de autocuidado sin incluir medidas de contención y apoyo psicológico.

7.8. Se debieran implementar medidas especiales de soporte psicológico y respiro para los cuidadores de AM con demencia, ya que la demencia del postrado aumenta la carga de cuidado y disminuye la calidad de vida del cuidador.

7.9. La baja carga del cuidador se relaciona significativamente solamente con la ayuda en el cuidado lo cual pone de manifiesto la necesidad de contar con redes familiares y sociales de apoyo.

7.10. A pesar de todas las dificultades, las familias y comunidades estudiadas, aparecen brindando un cuidado dedicado y con afecto, utilizando diferentes estrategias. Sin embargo, a pesar de los tremendos esfuerzos, existen importantes falencias en la calidad del cuidado.

7.11. De acuerdo al estudio cualitativo, la implementación por parte del Estado de programas tendientes a mejorar la calidad del cuidado de los adultos mayores postrados y la calidad de vida de los cuidadores, cuenta con dos grandes aliados: la familia y la comunidad.

7.12. El maltrato está presente y es fácilmente detectable por los equipos de visitas domiciliarias. Sin embargo, existe una paralización frente a la sospecha, ya que los equipos no cuentan con protocolos específicos para el adulto mayor y no se sienten con poder para actuar. En este sentido el estipendio ha sido usado como herramienta para ejercer presión sobre las familias. Sin embargo, quienes no reciben estipendio quedan fuera de este mecanismo.

7.13. Las familias que cuidan valoran fuertemente el apoyo que les brindan los equipos de salud, desde la capacitación, las visitas mismas de supervisión y los implementos técnicos entregados. En este sentido, la medida 6b ha tenido un fuerte impacto en la unidad familiar que cuida a un adulto mayor postrado, incluyendo al postrado mismo.

7.14. El tema de la postración de los adultos mayores ha llevado a que los equipos agilicen su proceso de apertura a la comunidad, flexibilicen sus prácticas e incorporen como interlocutores válidos a la familia y a miembros activos de la comunidad como son los voluntarios.

7.15. Existen adultos mayores en un estado de dependencia severa que viven solos, lo cual debe ser considerado en forma especial requiriendo probablemente otras medidas de apoyo y flexibilización de la norma en cuanto a la entrega del estipendio.

7.16. La estrictez de la norma para entrega del subsidio tienta a su flexibilización, sin embargo, considerando que una medida de este tipo implica una importante responsabilidad financiera, política y social, se hace necesario una evaluación a mas largo plazo antes tomar decisiones sobre su ampliación a otros grupos vulnerables

7.17. Una de las limitaciones mas importantes de este estudio consisten en haber sido hecho en una muestra obtenida en forma intencionada debido a los problemas de implementación. Debe considerarse que no se han incluido AM postrados de las comunas mas envejecidas del pais como son Santiago, Valparaíso y la mayor parte de Concepción.

7.18. La segunda limitación, es el corto tiempo transcurrido entre el inicio de la medida y el proceso de evaluación, que no superó en promedio los 3 meses.

7.19. La recomendación final es definir en forma adecuada los procedimientos administrativos, los responsables y los instrumentos necesarios para el buen funcionamiento de la medida 6b, lo cual debe ser acompañado por un monitoreo permanente.

7.20. El momento actual representa una oportunidad que no puede desperdiciarse, ya que los equipos de salud tienen una alta motivación en hacer efectiva esta medida lo que en muchos casos no ha sido posible por problemas de orden administrativo.

8. PROPUESTAS

8.1. Implementación y funcionamiento de la medida 6b

Las dificultades en la implementación de la medida tienen 2 elementos limitantes: por un lado la calificación del AM como postrado (discapacidad severa según la norma) y en situación de pobreza, que debe ser hecha por el equipo de salud del centro de atención primaria y los aspectos derivados de la entrega física del estipendio.

El subsidio se entrega al cuidador en base a las condiciones de discapacidad del sujeto y de su condición de pobreza; esto presenta la dificultad que debe ser evaluado mensualmente para conocer su estado y autorizar la entrega del estipendio, lo cual genera una demanda asistencial creciente al sistema, que producirá dificultades en su operación normal.

Considerando que se espera cubrir a 14.000 postrados, se deberán realizar este mismo numero mensual de visitas domiciliarias, lo cual implica contar con 117 funcionarios a nivel del país realizando visitas domiciliarias para la entrega del estipendio

Por otro lado, la entrega del estipendio a un familiar, limita la entrega del beneficio a los AM que viven acompañados de familiares. En nuestro estudio se observó que el 3% de los AM postrados viven solos y un 8% vive acompañado de personas que no son familiares. En

[lvi] Viviana Méndez
[lvii] Ángela Care, Técnico Paramédico, CESFAM Hualpencillo, Comuna de Hualpen, Entrevista Grupal realizada el 5.12.06

[lviii] Teresa Vega
[lix] Lilian Luco, Asistente Social, Consultorio Batuco
[lx] Viviana Méndez
[lxi] Equipo CESFAM Lagunillas
[lxii] Ángela Hermosilla
[lxiii] Ibidem
[lxiv] Silvia Mora
[lxv] Viviana Méndez
[lxvi] Silvia Mora
[lxvii] Fanny Contreras
[lxviii] Equipo CESFAM Lagunillas
[lxix] Fanny Contreras
[lxx] Ibidem