



ORIGINAL

Preferencias de atención a la discapacidad en una muestra de pacientes hospitalizados

Pablo Gallardo Schall¹, María Fernanda Alonso Carrillo², Michelle Herrera Verdejo^{2*} y Susana Hidalgo Soto²

¹Instituto Nacional de Geriátrica, Santiago de Chile. ²Universidad de Santiago de Chile

Recibido el 5 de diciembre de 2018

Aceptado el 6 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Preferencias anticipadas, enfermedad crónica, dependencia, cuidador.

Resumen

Antecedentes: En Chile, el 16 % de la población son mayores de 60 años; de ellos el 25 % tiene algún grado de dependencia funcional y el 10 % dependencia severa. En este contexto, una de las problemáticas de los equipos de salud es la definición de objetivos de cuidado cuando el paciente no los puede manifestar, decisión que podría facilitarse definiendo directrices anticipadas.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo. Incluyó pacientes de 40-60 años que recibieron atención entre septiembre-octubre de 2017 en el Hospital San José, ubicado en Santiago de Chile. Se aplicó una encuesta sobre el conocimiento de riesgo de dependencia funcional y sus voluntades anticipadas.

Resultados: 150 pacientes, edad media 51,4 años, 56 % son solteros/divorciados, promedio 1,2 hijos y escolaridad media 46 %. Las patologías más prevalentes fueron hipertensión arterial del 50 % y diabetes del 30 %. El 40 % tenía autopercepción de salud regular. El 50 % refirió conocer sus patologías crónicas y riesgo de dependencia asociado. Respecto a las preferencias anticipadas en el hipotético caso de dependencia severa en el futuro, el 60 % escogería un familiar como cuidador, el 72 % preferiría vivir en domicilio propio y el 55,3 % rechazaría reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria. No se encontró correlación estadística entre escolaridad y conocimiento de estado de salud, riesgo de dependencia asociado a sus enfermedades ni tampoco con la decisión de recibir reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones: De nuestra muestra podemos interpretar que existe una brecha respecto a lo que significa envejecimiento satisfactorio, manejo adecuado de patologías crónicas potencialmente invalidantes y elaboración de directrices anticipadas por quienes las padecen.

*Autor para correspondencia:

Michelle Herrera Verdejo

c/ Merced #562, 8320148, Santiago de Chile

Correo electrónico: michée.herrera@gmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2020.1011/2018](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1011/2018)

KEYWORDS

Advance preferences,
chronic disease,
dependence,
caregiver.

Abstract

Background: In Chile, 16 % of the population are over the age of 60; of these, 25 % have some degree of functional dependence and 10 % have severe dependence. In this context, one of the problems of health teams is the definition of objectives of care when the patient cannot express them, a decision that could facilitate defining directives.

Material and methods: A cross-sectional, descriptive study. It included patients aged 40-60 years who received care between September and October of 2017 at San José Hospital, Santiago de Chile. A survey on the knowledge of their functional dependence risk was administered, covering their advance preferences.

Results: A total of 150 patients participated with an average age of 51.4 years; 56 % were single/divorced. They had 1.2 children on average, and a mean level of schooling of 46 %. The most prevalent diseases were hypertension (50 %) and diabetes (30 %). Forty percent perceived their health status as fair; 50 % claimed to be aware of their chronic diseases and their associated risk of dependence. Regarding the advance preferences, in the hypothetical situation of severe dependence, 60 % would choose a relative as caregiver, 72 % would prefer to live in their own home, and 55.3 % rejected resuscitation in case of cardiac arrest. There was no statistical correlation between schooling and awareness of health status, risk of dependence associated with their illnesses, or the decision to receive resuscitation in case of cardiac arrest.

Conclusions: From our sample we may interpret that there is a gap regarding the meaning of successful aging, correct management of potentially invalidating chronic diseases, and preparation of advance directives by those who suffer from them.

Gallardo Schall P, Alonso Carrillo MF, Herrera Verdejo M, Hidalgo Soto S. Preferencias de atención a la discapacidad en una muestra de pacientes hospitalizados. *Med Paliat.* 2020;27(4):271-279

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de personas de 65 años y más ha ido aumentando a nivel mundial, característica a la que Chile no es ajena. Actualmente, los mayores de 60 años constituyen el 16 % de la población chilena y se estima que en el año 2050 alcanzarán el 28,2 % del total del país¹.

Este segmento etario, dadas sus características heterogéneas, es más susceptible de desarrollar dependencia funcional, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la pérdida, restricción o ausencia de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) dentro de los márgenes considerados normales, resultando en la necesidad significativa de ayuda por un tercero”². La importancia de la mayor prevalencia de dependencia funcional es que esta trae consigo mayor riesgo de institucionalización, mayores tasas de morbilidad, peor calidad de vida, mayor incidencia de depresión y aislamiento social³. Es por esto que el mantenimiento de la funcionalidad en el adulto mayor es una meta primordial de la asistencia geriátrica y debe ser abordada en su complejidad por medidas de salud pública, tanto preventivas como rehabilitadoras eficientes⁴.

Estudios a nivel nacional revelan que entre el 21,4 y 25,5 % de las personas de 60 años o más presentan dificultad en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 10,7 % presenta una discapacidad severa, cifras que se

encuentran por encima de las estimaciones de la OMS, que giran en torno al 20 %¹.

El escenario presente en nuestro país ha determinado la necesidad de implementación de programas e iniciativas de apoyo a las personas y las familias de quienes han desarrollado dependencia física, como el Programa de “Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa”⁵ en Atención Primaria de Salud y el Programa “Chile Cuida”⁶.

Una de las principales problemáticas a las que el equipo de salud se enfrenta al prestar atención a los individuos en condición de dependencia es la necesidad de definir objetivos de cuidado por el paciente en conjunto con su familia, decisión que se vería facilitada con el desarrollo de directrices anticipadas de atención por parte de los propios individuos, al momento de identificar factores de riesgo de dependencia.

Los principales indicadores de riesgo de dependencia descritos en la literatura incluyen:

- La edad: es un pobre indicador de pérdida funcional, sin embargo, se asocia a una mayor prevalencia de patologías crónicas, contribuyendo así al riesgo de dependencia. A nivel nacional las cifras de dependencia en menores de 70 años son de hasta un 16,2 %, mientras que en individuos de 85 años y más, esta cifra asciende a un 65,6^{1,7}.
- El sexo: el género femenino se asocia a mayor dependencia funcional probablemente secundario a factores

demográficos como el hecho de que las mujeres tienen una mayor expectativa de vida, menor nivel educativo, mayor número promedio de comorbilidades y menor actividad física². En Chile, por ejemplo, dos de cada tres personas dependientes son mujeres¹.

- El nivel educativo: se observa que cuanto menor es este, mayor es la tasa de dependencia². En nuestro país, tres de cada cuatro personas adultas mayores con dependencia solo cursaron educación básica total o parcialmente (menos de 9 años de escolaridad)¹.
- El grado de apoyo social: se ha identificado que las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de deterioro funcional que aquellas que no lo tienen^{2,8}.
- Ingresos en el hogar: a nivel nacional se describe que el 64,1 % de las personas mayores con dependencia percibe menos de 130.657 pesos chilenos (176 euros/mes)¹.
- Grado de actividad física: el realizar actividad física moderada-intensa (más de 3 veces a la semana por más de 30 minutos cada sesión) se asocia con menor incidencia de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales (OR 0,3 y 0,18 respectivamente)⁸.
- Carga de comorbilidad: donde destaca la hipertensión, la diabetes, la EPOC, el deterioro cognitivo y la depresión como patologías que determinan una mayor predisposición^{8,9}.
- Consumo de drogas: lo que incluye el tabaco, el alcohol y otras drogas, relacionándose un mayor riesgo en aquellos fumadores activos y en aquellos que alguna vez consumieron en comparación a aquellos que nunca lo hicieron^{10,11}.
- Obesidad: la que se asocia a mayor riesgo de discapacidad (OR 1,78), así como también a un inicio más temprano de esta⁷.

Entre otras podemos mencionar, además, la mala autopercepción de salud¹², patologías osteoarticulares^{13,14} y déficit sensoriales¹⁵.

Como consecuencia de la dependencia, surge la necesidad de cuidados continuos para la persona adulta mayor, asumidos principalmente por familiares, equipos de salud y en una mucho menor proporción por los establecimientos de larga estancia para adultos mayores (ELEAM), que constituyen un recurso muy escaso en nuestra realidad. En Chile, en las últimas encuestas realizadas a la población adulta mayor por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en el año 2013, queda en evidencia que las preferencias se inclinan en un 48 % al cuidado por algún familiar, principalmente un hijo/a y en segundo lugar el/la cónyuge^{1,16}. Sin embargo, un 43 % preferiría cuidados formales y/o ingresar a un ELEAM¹⁶. Respecto a este último punto, registros del SENAMA del año 2013 muestran que unos 17.000 adultos mayores se encuentran institucionalizados en 726 establecimientos a lo largo del país, de los cuales un 27 % corresponde a personas con dependencia severa en las AVD¹⁷.

En base a lo señalado, llama la atención que en una encuesta realizada en 2015 por el Ministerio de Salud (MINSAL) a personas de 15 años y más, los encuestados refieren en un 68 % no estar preparados para enfrentar su vejez¹⁸, lo cual nos lleva al objetivo del presente estudio, que pretende evaluar el conocimiento del riesgo basal de dependencia según los antecedentes sociodemográficos y médicos, y en referencia a lo anterior, conocer cuáles serían las prefe-

rencias anticipadas de atención por definir, si no tuviesen ningún tipo de restricción social, económica o familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y muestra

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, donde participaron pacientes entre 40 a 60 años, que recibieron una prestación de salud en septiembre y octubre del año 2017 en el Hospital San José, recinto que forma parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte de la ciudad de Santiago de Chile.

El tamaño muestral fue calculado en 150 pacientes, considerando:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

- k o nivel de confianza: 1,96.
- p o prevalencia: 10 %: calculado en base a la prevalencia de los principales factores de riesgo de dependencia.
- q o proporción de individuos sin la característica: 90 %.
- N o tamaño de la población: 7000, calculado en base a los pacientes ingresados al año en el servicio de medicina, cirugía y geriatría.
- e o error muestral: 5 %.
- k o nivel de confianza: 1,96.
- 10 % de pérdida.

El proceso

Debido a la falta de evidencia en la literatura actual respecto al conocimiento de los pacientes con patologías crónicas potencialmente discapacitantes, sobre el riesgo de dependencia que estas conllevan y el planteamiento de las preferencias anticipadas al respecto, decidimos realizar este estudio.

Se creó una encuesta capaz de recopilar de manera eficaz la información requerida, la cual fue aplicada a los pacientes entre 40 y 60 años atendidos en el Hospital San José. Se llevó a cabo un registro de cada uno de ellos, con previa firma de un consentimiento informado, resguardando la confidencialidad de sus datos.

Instrumentos

Se utilizó una encuesta aplicada previamente a población española¹⁹ que se ajustó a la realidad local y a los objetivos del presente estudio, diseñada por personal médico en conjunto con psicólogos para asegurar una adecuada aplicabilidad y eficacia en la recolección de datos, encuesta que evalúa variables demográficas, sociales y hábitos, que conforman factores de riesgo ya identificados en la literatura para desarrollar dependencia. Además, se explora la percepción de salud de los encuestados y el grado de conocimiento sobre las patologías que ellos mismos padecen, y que podría causar discapacidad. Se incluyeron tres preguntas relacionadas con preferencias anticipadas de atención en caso de discapacidad, y también dos preguntas relacionadas con la

evaluación del conocimiento de la población sobre el Programa de atención domiciliaria de personas con dependencia severa incluido en la atención primaria de nuestro sistema de salud (Anexo 1).

Análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico a partir de los datos obtenidos de la encuesta a través del programa Stata 10. Se aplicó estadística no paramétrica para realizar pruebas de asociación, además se calcularon variables cuantitativas y sus medias, desviaciones estándar, porcentajes, valores límites máximo y mínimo, medianas, y modas.

RESULTADOS

Se encuestaron 150 pacientes, cuyo rango etario fue de 40 a 60 años, el promedio de edad fue 51,46 años con una desviación estándar de 6. La mayoría de los encuestados eran solteros (28,6 %) o divorciados (28 %). El promedio de hijos fue 1,2.

La escolaridad de la población correspondía en un 46 % a escolaridad media y un 38,6 % a escolaridad baja.

Las patologías crónicas de mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial crónica (50,6 %), la diabetes mellitus (30 %), dislipidemia (18 %) y la pérdida de la audición o visión importantes (17,3 %). El 40 % tenía una autopercepción de salud como "regular" y el 36 % como "buena" (Tabla I).

Respecto al conocimiento de su condición de salud, el 50 % de los encuestados refirió conocer sus patologías, que la condición de estas es crónica y que conllevaban un riesgo de dependencia. El 29 % de los encuestados ha oído hablar del Programa de atención domiciliaria de personas con dependencia severa (Figura 1).

Desde el punto de vista de las preferencias anticipadas de atención, en cuanto a la elección del cuidador en caso de ser dependientes en un futuro, un 60 % refirió que escogería un familiar y un 26,6 % a un cuidador profesional. En la elección del lugar donde desearían vivir en caso de dependencia, un 72 % refirió el domicilio propio seguido por el domicilio de un familiar y residencia de ancianos con un 8 % de las preferencias cada opción. Con respecto al deseo de reanimación cardiopulmonar en caso de encontrarse en condición de dependencia severa para actividades básicas de la vida diaria, el 55,3 % rechazaba dicho procedimiento y un 3,3 % manifestó no tener una decisión clara (Tabla II).

No se encontró correlación de significación estadística entre las variables asociadas (Tablas III y IV).

DISCUSIÓN

Las directrices anticipadas de atención a la dependencia son decisiones escogidas por el paciente respecto a los planes médicos al final de la vida. Esta selección de atenciones permite optimizar la gestión de los recursos del sistema de salud direccionando parte de ellos al desarrollo de medidas determinadas para las atenciones seleccionadas, creando de esta forma, programas de salud ministeriales específicos,

como el modelo de atención Chile Cuida, programa que es parte del sistema de protección social y tiene como misión entregar apoyo a personas dependientes y a sus familias/cuidadores, pertenecientes a determinadas comunas (ayuntamientos) del país.

En Chile no existe un plan de trabajo en salud que contemple la realización de directrices anticipadas en pacientes con riesgo de dependencia. Esto se traduce en una menor cobertura de las necesidades y requerimientos de cada paciente dependiente. Los ELEM disponibles y la cobertura a nivel domiciliario que se presta a la población con mayor vulnerabilidad socioeconómica es precaria. Lo que pretende este estudio es entregar una visión de cuáles son los deseos de esta población específica, con potencial riesgo de dependencia, para así planificar a futuro sistemas de apoyo acorde a estos.

El presente estudio reveló que el 8 % de la muestra no tenía hijos y de estos el 83,3 % no tenía pareja, además se evidencia un 56,6 % de solteros/divorciados, lo que se traduce en una gran cantidad de individuos con mayor probabilidad de tener una escasa red social cuando envejecen, por lo que sus requerimientos asistenciales en estado de dependencia serán mayores, considerando que los cuidados que frecuentemente son otorgados por la familia, deberán ser asumidos por el sistema de salud, requiriendo asistencia por terceros, mayor número de atenciones en salud, entre otras prestaciones que el sistema de salud público en Chile no tiene contemplados.

Con respecto a las preferencias anticipadas de atención, en caso de dependencia severa, los encuestados preferían ser cuidados por un familiar en su propio domicilio y en el caso de presentar un paro cardiorrespiratorio la mayoría no deseaba ser reanimado (55 %).

Los pacientes con baja escolaridad correspondían a un 12,6 % de los encuestados, y de ellos un 68,4 % desearía que un familiar los cuidara en estado de dependencia en su domicilio. Este grupo socioeconómico presenta mayor riesgo de dependencia que aquellos con mayor escolaridad, al presentar mayor carga de morbilidad. Es así como este grupo requerirá mayores recursos para el cuidado en domicilio, consultas en servicio de urgencias y atención ambulatoria.

El 64 % de los pacientes entrevistados refiere conocer su condición de portador de patología crónica, mientras que el 53 % afirma haber sido educado sobre sus patologías, incluyendo riesgos, pronóstico y tratamiento, diferencia que podría explicarse por la existencia de fuentes alternativas de información al sistema de salud formal o a que el formato de la encuesta aplicada no fue lo suficientemente específica para obtener la información requerida.

Otro punto que recalcar es que el 59,3 % refiere conocer su riesgo de dependencia asociado a sus enfermedades, sin embargo, solo el 29 % ha oído hablar del Programa de atención domiciliaria a pacientes con dependencia severa, lo que refleja la falta de preparación tanto personal como familiar frente a una eventual situación de dependencia severa. En el marco de las preferencias anticipadas de atención, resalta que el 42 % de los encuestados desearía maniobras de resucitación en la situación hipotética de dependencia severa, resultado que no varía de forma significativa con relación al nivel educacional ($p > 0,4$), lo que podría explicarse por factores culturales y espirituales individuales. Por lo que la realización de directrices anticipadas en nuestro país,

Tabla I. Características generales de la población.

Variable	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Promedio 51,46 años (desviación estándar 6,0) Sin distribución normal		
N° hijos	Promedio 1,2 hijos		
Sexo	Femenino	78	52 %
	Masculino	72	48 %
Estado civil	Soltero	43	28,6 %
	Conviviente	6	4 %
	Casado	54	36 %
	Divorciado	42	28
	Viudo	5	3,3 %
Escolaridad	Baja (sin estudios, educación básica incompleta/completa)	58	38,6 %
	Media (educación media incompleta/completa)	69	46 %
	Alta (estudios técnicos, profesional, universitario)	23	15 %
Actividad física	Baja intensidad	126	84 %
	Alta intensidad	24	16 %
Consumo de OH	No consume	60	40 %
	Bajo grado	65	43,3 %
	Alto grado	7	4,6 %
	Suspendido	18	12 %
Consumo de drogas	Sí	7	4,6 %
	No	133	88,6 %
	Suspendido	10	6,6 %
Consumo de tabaco	Sí	36	24 %
	No	40	26,6 %
	Suspendido	74	49,3 %
Autopercepción estado de salud	Muy bueno	0	0 %
	Bueno	54	36 %
	Regular	61	40,6 %
	Malo	33	22 %
	Muy malo	2	1,3 %
Comorbilidad	Depresión	35	23,3 %
	Artrosis/artritis	23	15,3 %
	Diabetes	45	30 %
	EPOC/asma	12	8 %
	Insuficiencia cardiaca	17	11,3 %
	Cardiopatía isquémica	15	10 %
	HTA	76	50,6 %
	Obesidad	25	16,6 %
	Enfermedad arterial oclusiva	5	3,3 %
	Pérdida importante audición/visión	26	17,3 %
	Dislipidemia	27	18 %
	Enfermedad neurodegenerativa	21	14 %
	Cáncer	12	8 %

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. HTA: hipertensión arterial. N°: número. OH: alcohol.

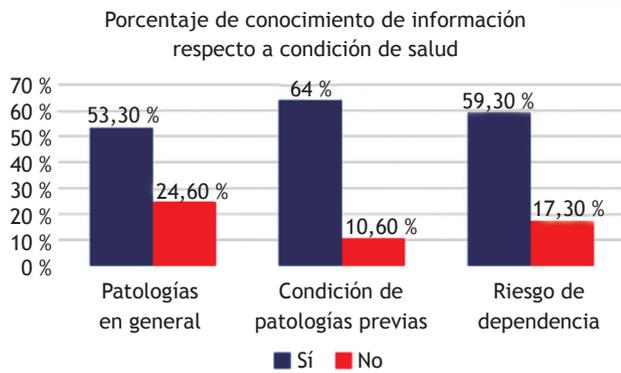


Figura 1. Conocimiento de condición de salud. Conocimiento de los encuestados respecto a sus patologías en general, la condición de cronicidad de estas y el riesgo de dependencia que estas conllevan.

basadas en una adecuada educación previa, es una necesidad prioritaria.

Comparando nuestros resultados con la escasa literatura disponible actualmente, se evidencia una concordancia en el deseo de ser cuidados por un familiar y vivir en su domicilio en caso de dependencia severa como respuesta predominante, sin embargo, en España, se observa una mayor dispersión en la elección de otras alternativas de cuidadores y lugares de estancia¹⁹. Esto probablemente está influenciado por la mayor disponibilidad de servicios sociosanitarios. En España el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ofrece mayores posibilidades de cuidado de acuerdo con las necesidades específicas de los pacientes dependientes a diferencia del programa actual que mantiene el sistema de salud chileno, si bien estas competencias están transferidas a las comunidades autónomas con una cartera de servicios no homogénea entre ellas.

Tabla II. Preferencias anticipadas de atención en caso de dependencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Elección del cuidador	Familiar	90	60 %
	Cuidador profesional	40	26,6 %
	Familiar + cuidador profesional	10	6,6 %
	Amigo/a	1	0,6 %
	No sabe	9	6 %
Elección del domicilio	Domicilio propio	108	72 %
	Domicilio familiar	12	8 %
	Departamento tutelado	1	0,6 %
	Residencia ancianos	12	8 %
	Hospital de día	2	1,3 %
	Otro	10	6,6 %
	No sabe	5	3,3 %
Deseo de RCP	Sí	63	42 %
	No	83	55,3 %
	No sabe	5	3,3 %

RCP: reanimación cardiopulmonar.

Tabla III. Asociación de nivel de escolaridad con el conocimiento de cronicidad de patologías, riesgo de dependencia y deseo de RCP en caso de dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

Variable		Nivel de escolaridad			Indicador estadístico
		Baja	Media	Alta	
Conocimiento de cronicidad de patologías	Sí	36 (32,1 %)	43 (38,3 %)	17 (15,1 %)	$p: 0,1$
	No	9 (8 %)	7 (6,2 %)	0 (0 %)	
Conocimiento de riesgo de dependencia	Sí	33 (28,6 %)	42 (36,5 %)	14 (12,1 %)	$p: 0,31$
	No	14 (12,1 %)	9 (7,8 %)	3 (2,6 %)	
Deseo de RCP en caso de dependencia	Sí	28 (18,6 %)	24 (16 %)	11 (7,3 %)	$p: 0,33$
	No	29 (19,3 %)	41 (27,3 %)	12 (8 %)	
	No sabe	1 (0,6 %)	4 (2,6 %)	0 (0 %)	

RCP: reanimación cardiopulmonar.

Tabla IV. Asociación entre el conocimiento del riesgo de dependencia y conocimiento del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.

	Conocimiento del programa atención domiciliaria		Indicador estadístico
	Sí	No	
Conocimiento del riesgo de dependencia	Sí	32	p: 0,21
	No	6	

La OMS creó líneas de acción para promover el envejecimiento saludable en la población. Dentro de estas se encuentra el impulso de políticas públicas, a la coordinación de los sistemas de salud, que responda a las necesidades de las personas mayores y el desarrollo de sistemas equitativos de prestación de atención en salud a largo plazo. El precario ejercicio de líneas de trabajo dedicadas a estos puntos nos hace cuestionar lo siguiente: ¿cuál es la solución para nuestro país? Tal vez realizar un examen preventivo del adulto de manera precoz para intervenir de forma temprana en los factores de riesgo de dependencia o fortalecer el programa "Mas adultos mayores autovalentes" (MAS) que representa un esfuerzo para el desarrollo de estrategias promocionales y preventivas orientadas al adulto mayor, con el fin de prolongar la autonomía funcional en el contexto comunitario²⁰.

Los autores de este estudio concluyen que en Chile todavía existe un largo camino por recorrer para lograr un final de la vida de acuerdo con los anhelos personales, espirituales y sociales de cada individuo. Para poder lograrlo debemos incorporar en salud y socialmente lo que significa envejecer en plenitud, teniendo un enfoque educativo y preventivo respecto a conceptos tan fundamentales como las preferencias anticipadas de atención, promoviendo instancias de desarrollo entre nuestro sistema de salud y la población, que nos permita su aplicación sistematizada en el plan de manejo de las patologías crónicas que determinan un riesgo de dependencia para nuestros pacientes.

Limitaciones

La encuesta aplicada corresponde a una valoración escueta de las preferencias de atención anticipadas en caso de dependencia, por tanto no corresponde a una valoración de directrices anticipadas propiamente tal.

Los resultados expuestos no son extrapolables a la población general, ya que la muestra estudiada representa a los individuos hospitalizados en el Hospital San José de Santiago de Chile, siendo el factor hospitalario un potencial factor determinante en la autopercepción de salud reportada.

Los resultados pueden haber estado influenciados por el hecho de que el encuestador correspondió a personal médico.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

ANEXO 1. ENCUESTA DE DEPENDENCIA APLICADA

Encuesta de dependencia

Motivo consulta hospitalaria			Estado civil	Casado	Pareja	Conviviente
				Soltero	Separado	Viudo
Edad			Sexo	Femenino	Masculino	
Actividad física	Baja intensidad*		Bebe alcohol	Sí	Alto grado**	Bajo grado
	Moderada/alta intensidad			No		
Consumo drogas	Sí	No	Tabaquismo	Nunca	Suspendido	Activo
Escolaridad			N° hijos vivos	Mujeres		
				Hombres		

1. ¿Cuál es, a su juicio, su estado de salud general?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
-----------	-------	---------	------	----------

(Continúa en la página siguiente)

2. ¿Le ha comentado su médico que padece algunas de las siguientes enfermedades?

Depresión	
Artritis o artrosis	
Diabetes	
EPOC/Asma	
Insuficiencia cardiaca	
Cardiopatía isquémica	
Hipertensión arterial	
Obesidad mórbida	
Enfermedad arterial oclusiva	
Pérdida importante de visión o audición	
Dislipidemia	
Enfermedades neurodegenerativas (EP, EA, ELA, Sd. Down, Demencias, DCL)	
Cáncer	

3. ¿Considera estar bien informado por el médico de la/s enfermedad/es que padece?

Sí	No
----	----

4. ¿Sabía que padecía una enfermedad crónica evolutiva?

Sí	No
----	----

5. ¿Sabía que por la enfermedad que padece tiene mayor riesgo de ser una persona dependiente en el futuro?

Sí	No
----	----

6. Si fuese en el futuro una persona dependiente para las ABVD, ¿a quién elegiría para que le ayudase a realizar esa labor, independiente de su situación económica?

Un familiar	
Un familiar + cuidador profesional	
Un familiar + empleada doméstica	
Un cuidador profesional	
Una empleada doméstica	
Un vecino o amigo	
Otra	

7. Si en el futuro fuese una persona dependiente, ¿dónde elegiría vivir, independiente de su situación económica?

Domicilio propio	
Domicilio de un familiar	
Residencia	
Departamento tutelado	
Domicilio propio o familiar + centro de día	
Otro	

8. ¿Ha oído hablar del programa de atención domiciliaria de personas con dependencia severa - programa postrados?

Sí	No
----	----

(Continúa en la página siguiente)

9. ¿Cómo definiría mejor el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes con Dependencia Severa?

Un beneficio económico asistencial, que entrega insumos necesarios para el cuidado con cierto grado de discapacidad	
Un programa que entrega a la persona con dependencia severa, al cuidador y a la familia una atención integral en su domicilio (en el ámbito físico, emocional y social)	

10. Si usted fuera dependiente por una enfermedad crónica e irreversible, ¿desearía que le realicen reanimación cardiopulmonar?

Sí	No
----	----

*Baja intensidad de actividad física: < 3 veces a la semana. **Alto grado de alcohol > 20 g al día. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EP: enfermedad de Parkinson. EA: enfermedad de Alzheimer. ELA: esclerosis lateral amiotrófica. DCL: deterioro cognitivo leve. ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Albala C, Sánchez H, Fuentes A, Lera L, Cea X, Salas F, et al. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2010.
- Cheix MC, Herrera MS, Fernández MB, Barros C. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. América Latina Hoy. 2015;71:17-36.
- Gill TM, Gahbauer EA, Murphy TE, Han L, Allore HG. Risk Factors and Precipitants of long - Term Disability in Community Mobility. Ann Intern Med. 2012;156:131-40.
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp. 2008;208:361-2.
- Orientación técnica programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa. División de Atención Primaria. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud de Chile; 2014.
- Ministerio de Desarrollo Social y familia. Chile cuida, Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados. Disponible en: <http://www.chilecuida.gob.cl/>.
- Manini T. Development of physical disability in older adults. Curr Aging Sci. 2011;4:184-91.
- Balzi D, Lauretani F, Barchielli A, Ferrucci L, Bandinello S, Buiatti E, et al. Risk factors for disability in older persons over 3-year follow up. Age Ageing. 2010;39:92-8.
- Heikkinen E; WHO Europe. What are the main risk factor for disability in old age and how can disability be prevented?- WHO. 2003.
- McCarthy WJ, Zhou Y, Hser YI, Collins C. To Smoke or Not to Smoke. J Addict Dis. 2008;21:35-54.
- Reuser M, Bonneux LG. Smoking Kills, obesity disables: A Multi-state Approach of the US Health and Retirement Survey. Obesity. 2009;17:783-9.
- Arnau A, Espauella J, Serrarols M, Canudas J, Formiga F, Ferrer M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. Gac Sanit. 2012;26:405-13.
- Rubio Aranda E, Lázaro Alquézar A, Martínez Terrera T, Magallón Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:244-50.
- Stenvall M, Elinge E, von Heideken Wägert P, Lundström M, Gustafson Y, Nyberg L. Having had a hip fracture--association with dependency among the oldest old. Age Ageing. 2005;34:294-7.
- Cimarolli VR, Jopp DS. Sensory impairments and their associations with functional disability in a sample of the oldest-old. Qual Life Res. 2014;23:1977-84.
- Herrera Ponce M, Fernández Lorca B, Rojas M, Campos F. Chile y sus mayores: Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez. SENAMA. 2013.
- Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, libertador general Bernardo O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Lagos, Aysén del general Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Antártica chilena, Los Ríos, Arica y Parinacota y región Metropolitana. SENAMA. 2013.
- Thumala D, Arnold M, Massad C, Herrera F. Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile. SENAMA - FACSO U. de Chile. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2015.
- Gallardo P, Solano D, Gangoiti I, García I. Los futuros pacientes en la ley de dependencia. Gac Med Bilbao. 2010;107:52-8.
- Orientación técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile: Ministerio de Salud; 2015.