



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería y Obstetricia

**“APOYO SOCIAL PERCIBIDO  
POR ADULTOS Y ADULTOS MAYORES  
SECUELADOS DE ACCIDENTE  
CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO”**

Seminario para Optar al Título de Licenciado en Enfermería

**AUTORES:**

M. Ignacia Ambler R.  
Cristina Araya V.  
Priscilla Campos M.  
Karinna Fiori T.  
Aaron Marchant L.  
Paula Morales V.  
Carla Vásquez V.

**DOCENTE GUÍA: Sra. Paulina Hurtado A.**

**Valparaíso, Chile**

**2007**

*Agradecimientos a:*

*Muchas han sido las personas que de manera directa o indirecta nos han ayudado en la realización de esta tesis, queremos dejar constancia de todas ellas y agradecer sinceramente su participación.*

*En primer lugar a Dios, por darnos la sabiduría necesaria para enfrentar, suavizar y superar los obstáculos que se presentaron en nuestro camino.*

*Es de gran importancia para nosotros mencionar la inmensa gratitud a nuestras familias por brindarnos incansablemente su cariño, comprensión, optimismo, tranquilidad, fuerza y valor sobretodo en los momentos difíciles, motivándonos a seguir adelante para lograr nuestro objetivo.*

*En Tercer lugar a nuestra Docente Guía, Sra. Paulina Hurtado, por el tiempo invertido en la dirección y corrección de esta tesis, por los consejos brindados y la confianza depositada en nosotros.*

*En Cuarto lugar al Señor Alberto Caro, Profesor de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Valparaíso, por su colaboración activa, principalmente en la elaboración de tablas y gráficos, además por su cordialidad, apoyo, disposición, experiencia y profesionalismo.*

*Finalmente a nosotros, por trasmitirnos durante el duro trabajo paciencia, compañerismo, ánimo y sobretodo buen humor, haciendo aún más grato el largo tiempo compartido, el que sin duda siempre recordaremos.*

*Sinceramente Grupo de Tesistas*

## **INDICE DE MATERIAS**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁG.</b>
RESUMEN Y ABSTRACT.....	X - XI
ABREVIATURAS Y GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	XII
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	1
I. INTRODUCCIÓN.....	2 – 3
FUNDAMENTACIÓN.....	4 – 5
II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
III. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	6
IV. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	7
1. Etapa de Diseño.....	7
2. Etapa de Ejecución.....	8
<b>CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>	9
I. MARCO CONCEPTUAL.....	9
1. Teorías del Desarrollo del Adulto y Adulto Mayor.....	10
1.1 Etapas del Desarrollo Psicosocial según Erikson.....	10
1.1.1 Intimidad v/s Aislamiento (20-40 años).....	10
1.1.2 Generatividad v/s Estancamiento (40-60 años).....	11
1.1.3 Integridad del Yo v/s Desesperación (60 años y más).....	11
1.2 Teoría de Ciclo Vital Familiar.....	12
2. Contextualización de la Sociedad Actual.....	13
2.1 Características de la Sociedad.....	13
2.2 Participación Social del Adulto y Adulto Mayor.....	14
3. Apoyo Social del Adulto Mayor.....	15
3.1 Apoyo Social.....	15
3.2 Niveles Operativos del Apoyo Social.....	16
3.2.1 Cognitivo.....	16
3.2.2 Afectivo.....	16
3.2.3 Conductual.....	16

3.3	Dimensiones del Apoyo Social.....	18
3.3.1	Dimensión Estructural del Apoyo Social.....	18
3.3.1.1	Análisis de la Integración y Participación Social.....	18
3.3.1.2	Análisis de Variables Tradicionales del Estudio de Redes.....	18
3.3.1.3	Análisis de Variables de la Interacción.....	18 – 21
3.3.2	Dimensión Funcional del Apoyo Social.....	22
3.3.2.1	Apoyo Emocional.....	22
3.3.2.2	Apoyo Informativo.....	22
3.3.2.3	Apoyo Tangible o Instrumental.....	22 – 23
3.4	Apoyo Social y Salud.....	23
3.4.1	Procesos que Explican el Impacto del Estrés y de un Apoyo Social Deficitario en la Enfermedad y Bienestar.....	24
3.4.1.1	Cognitivos.....	25
3.4.1.2	Autoestima y Regulación Afectiva.....	
3.4.1.3	Inmunológico – Fisiológico.....	25
3.4.1.4	Conductuales.....	26
4.	Problema de Salud Pública en Chile.....	26
4.1	Enfermedades Cerebrovasculares.....	26
4.2	Accidente Cerebrovascular Isquémico.....	27 – 28
4.3	Secuelas de Accidente Cerebrovascular Isquémico.....	28
4.3.1	Secuelas Físicas.....	29
4.3.2	Secuelas Psicológicas.....	29 – 30
5.	Rol del Profesional de Enfermería en el Apoyo Social Percibido en el Adulto y Adulto Mayor.....	31
5.1	Modelo Teórico de Enfermería y Apoyo Social: H. Peplau.....	32 – 34
II.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	35
III.	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36 – 37
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>		38
I.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
1.	Organización del Trabajo en Grupo.....	39
2.	Tipo de Estudio.....	40

II.	DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.....	40
III.	DISEÑO MUESTRAL.....	41
	1. Muestra.....	41
	2. Unidad Muestral.....	42
IV.	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
	1. Descripción del Instrumento.....	44
	2. Estudio de Confiabilidad del Instrumento.....	45
V.	CRITERIO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	46
VI.	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO.....	46
	<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS, PRESENTACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	47
I.	ANTECEDENTES DE LA MUESTRA.....	48 – 49
II.	ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS RESULTADOS.....	50 – 68
	<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	69
I.	CONCLUSIONES.....	70 – 71
II.	RECOMENDACIONES.....	72 – 73
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	74
	1. Referencias Bibliográficas.....	74 – 77
	2. Bibliografía General.....	78 – 81
	<b>ANEXOS.....</b>	82 – 109

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA</b>	<b>TEMA</b>	<b>PÁG.</b>
<b>Tabla N° 1:</b>	“Relación entre Edad y Sexo de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	48
<b>Tabla N° 2:</b>	“Distribución de Edades de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	94
<b>Tabla N° 3:</b>	“Promedio de Edades de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	95
<b>Tabla N° 4:</b>	“Familiares Cercanos y Amigos Íntimos de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	96
<b>Tabla N° 5:</b>	“Distribución del Número de Familiares Cercanos de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	97
<b>Tabla N° 6:</b>	“Distribución del Número de Amigos Íntimos de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	97
<b>Tabla N° 7:</b>	“Distribución del Número Total de Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda de Adultos y Adultos Mayores Secuelada de ACVI”.	98
<b>Tabla N° 8:</b>	“Promedio de Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACV”.	98
<b>Tabla N° 9:</b>	“Apoyo Emocional de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	99

<b>Tabla N° 10:</b>	“Distribución de Puntajes en Apoyo Emocional de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	101
<b>Tabla N° 11:</b>	“Apoyo Material o Instrumental de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	102
<b>Tabla N° 12:</b>	“Distribución de Puntajes en Apoyo Material o Instrumental de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	103
<b>Tabla N° 13:</b>	“Relaciones Sociales de Ocio y Distracción de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”	104
<b>Tabla N° 14:</b>	“Distribución de Puntajes en Relaciones Sociales de Ocio y Distracción de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	105
<b>Tabla N° 15:</b>	“Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	106
<b>Tabla N° 16:</b>	“Distribución de Puntajes Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	107
<b>Tabla N° 17:</b>	“Apoyo Emocional: Valores Estadísticos”.	108
<b>Tabla N° 18:</b>	“Apoyo Material o Instrumental: Valores Estadísticos”.	108
<b>Tabla N° 19:</b>	“Relaciones Sociales de Ocio y Distracción: Valores Estadísticos”.	108
<b>Tabla N° 20:</b>	“Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño: Valores Estadísticos”.	109

**INDICE DE GRÁFICOS**

<b>GRAFICO</b>	<b>TEMA</b>	<b>PÁG.</b>
<b>Gráfico N° 1:</b>	“Distribución por Edad y Sexo de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	48
<b>Gráfico N° 2:</b>	“Familiares Cercanos Percibidos por Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Sexo y Edad”.	50
<b>Gráfico N° 3:</b>	“Amigos Íntimos Percibidos por Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Sexo y Edad”.	52
<b>Gráfico N° 4:</b>	“Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda por Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	54
<b>Gráfico N° 5:</b>	“Apoyo Emocional de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	57
<b>Gráfico N° 6:</b>	“Apoyo Material o Instrumental de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	60
<b>Gráfico N° 7:</b>	“Apoyo Referido a Expresiones de Amor y Cariño de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	62
<b>Gráfico N° 8:</b>	“Relaciones Sociales de Ocio y Distracción de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo”.	65
<b>Gráfico N° 9:</b>	“Dimensión Funcional del Apoyo Social Percibido en Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI”.	67

## **RESUMEN**

En la actualidad, la población chilena ha sufrido grandes cambios tanto a nivel demográfico como a nivel de salud, en esta área son las patologías crónicas las más recurrentes, el Accidente Cerebrovascular es una de ellas y es la causa más frecuente de la Enfermedad Cerebrovascular en Chile.

Este estudio tiene como propósito identificar el Apoyo Social Percibido en las dimensiones Estructural y Funcional por Adultos y Adultos Mayores Secueados de Accidente Cerebrovascular Isquémico, perteneciente a la comuna de Valparaíso en el mes de Diciembre de 2007.

Es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra está constituida por 60 personas Adultas y Adultas Mayores pertenecientes a la Comuna de Valparaíso.

Se utiliza como diseño de investigación el Censo, el que fue realizado a través de visitas domiciliarias, con el fin de aplicar el cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS, desarrollado por Sherbourne y Stewart en el año 1991, el que consta de 20 ítems y centraliza el análisis en la percepción que la persona tiene de la ayuda que recibe.

Para la selección de los participantes, se consideraron criterios de inclusión y de exclusión, por lo que la muestra final es de 60 personas censadas exitosamente.

**Conclusión:** la totalidad de los encuestados percibe algún grado de Apoyo Social, sin embargo, los Adultos Mayores son quienes sienten este apoyo en mayor grado y lo perciben fundamentalmente de sus familiares más que de sus amigos.

**Palabras Claves:** *Accidente Cerebrovascular Isquémico; Apoyo Social Percibido, Adulto y Adulto Mayor Secueado.*

## **ABSTRACT**

In the current times the Chilean population has suffer big changes in both demographic and health levels. In the health area the chronic diseases are the most frequent ones, strokes are one of them and it's also the most frequent cause of Cerebrovascular disease in Chile.

The purpose of the present study is to identify the social support perceived in the structural and functional dimensions by adult and elderly people affected by strokes, in Valparaiso, during December 2007.

It's a descriptive, transversal and retrospective study. Its universe evolves all the outflows of Carlos Van Buren Hospital from January 2006 until July 2007 with stroke diagnosis who belong to Valparaiso, which means a total of 349 adult and elderly people of both genders.

The census is used as the investigation model, it was executed trough home visits, with the purpose of employ the perceived social support questionnaire MOS, developed by Sherboume and Stewart in 1991 witch has 20 items an focuses the analysis on people's perception of the help that they receive. For the participants selections were taken on account an exclusive and inclusive criterion, therefore the final sample contains 60 successfully censused people.

Conclusion: The totality of the sample perceives some degree of Social support; however people on the elderly age group feel a more significant amount of it, due to the fact that the support they receive comes from both their friends and, meanly, their families.

**Keywords:** *Strokes - Perceived Social Support - Affected Adult and Elderly People.*

## **ABREVIATURAS Y GLOSARIO DE TÉRMINOS**

(Egido. J & Diez-Tejedor. E., 1997) (5), (Goic A., 1999) (7), (MINSAL, 2007) (20).

- *ACV*: Accidente Cerebrovascular.
- *ACVI*: Accidente Cerebrovascular Isquémico.
- *Afasia expresiva*: Disminución de las palabras por minuto que normalmente se expresan.
- *Afasia Global*: Fluidez, comprensión, lectura, escritura y repetición de las palabras están alteradas.
- *Afasia Receptiva*: Habla con fluidez normal, pero su contenido es incomprendible.
- *Alexia*: Defecto de lectura producidos por alteraciones cerebrales.
- *Agrafia*: Defectos de la escritura por alteración cerebral.
- *Anosognosia*: Incapacidad de percibir los déficit funcionales existentes en el lado hemicuerpo dañado.
- *Apraxia*: Incapacidad de ejecutar actos motores voluntarios.
- *Diplopia*: Visión doble.
- *Disfagia*: Dificultad o malestar para deglutir.
- *ECV*: Enfermedad Cerebrovascular.
- *Feedback*: Retroalimentación.
- *Hemianopsia*: Ceguera de la mitad del campo visual de algún ojo.
- *MINSAL*: Ministerio de Salud.
- *Mutismo*: Ausencia del lenguaje.
- *OMS*: Organización Mundial de la Salud.
- *Paresia*: Disminución de la motilidad voluntaria.
- *Plejía*: Pérdida de la motilidad.
- *Sincinesia*: Movimientos involuntarios de los miembros con alteración piramidal.



# **CAPITULO 1:** **INTRODUCCION**

## **1.1 INTRODUCCIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud, 1.000 millones de personas en el mundo sufren problemas neurológicos. Se estima que 6,8 millones de personas mueren cada año por estas afecciones, dentro de éstas encontramos el Accidente Cerebrovascular (OMS, 2006) (16). Éste es la tercera causa de muerte en países industrializados luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Según la OMS es además la segunda causa de muerte en el grupo etario mayor de 85 años y la primera causa de invalidez en el mundo. (Bargiela. C & Bargiela. M, 2005) (1) El ACV en Chile figura en el primer lugar dentro de las afecciones neurológicas según MINSAL.

Para efectos de este estudio se aborda el Accidente Cerebrovascular Isquémico, el cual se caracteriza por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente y en ocasiones se produce una pérdida global de la función cerebral, que dura más de 24 horas o que conduce a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial. Esta definición enfatiza el carácter focal que, la mayoría de las veces tiene el ACV, particularmente cuando se trata de uno de naturaleza isquémica. (MINSAL, 2007) (20)

Es significativo, considerar los aspectos cualitativos de la vida de los Adultos y Adultos Mayores secuelados de esta patología, ya que generan un deterioro biopsicosocial en la persona.

Es por tanto esencial el Apoyo Social que reciba la persona Adulta o Adulta Mayor secuelada, tanto de su familia, amigos u otras instituciones, ya que son las principales redes de Apoyo Social que lo ayudarán a enfrentar su nueva realidad, permitiendo mantener y/o mejorar su bienestar de forma integral.

En los países en desarrollo, como Chile, donde el proceso de envejecimiento de la población ha sido más rápido y reciente, las condiciones socioeconómicas históricas no han permitido adoptar medidas suficientes para cubrir las necesidades en cuestión, por lo

tanto, la reducida cobertura de los planes de pensión y la exclusión del mercado laboral formal, alertan sobre la existencia de un segmento de la población envejecida que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y aparentemente dependen de su familia para la supervivencia cotidiana, también existen otras expresiones de las redes apoyo social que ayudan a mantener vínculos afectivos, obtener información estratégica en la vida diaria y, en conjunto, a preservar la calidad de vida.

En base a lo anteriormente descrito se ha considerado relevante investigar el Apoyo Social Percibido por Adultos y Adultos Mayores secueledos de Accidente Cerebrovascular Isquémico, para que el Profesional Enfermera participe activamente en el mejoramiento de la Calidad de Vida.

## **1.2 FUNDAMENTACIÓN**

- La Población de Chile al año 2002, es de 15.116.435 millones de habitantes, de éstos el 11,4% tiene 60 o más años y el 62,9 % corresponde a la población entre 16 y 59 años. (INE CHILE, 2003) (9)
- La población de la Región de Valparaíso es de 1.539.852, de la cual 958.059 se ubica en el rango de 15 a 59 años que equivale a un 62,2% de la población total de la región. De este total 206.872 son adultos mayores de 60 y más años lo que representa un 13,43% de la población, siendo la segunda región con mayor cantidad de adultos mayores. (INE CHILE, 2003) (9)
- La población chilena presenta una de las transformaciones demográficas y en salud más intensas que se haya registrado. Este cambio demográfico se acompaña de un cambio en el perfil de salud. Las enfermedades que nos afectan hoy son de tipo crónico que sólo se pueden atenuar o revertir en las etapas iniciales de los procesos patológicos. (Ferreccio, C. y cols. 2004) (5)
- La prevalencia de ECV fue de 6 por 1.000 habitantes y 25 por 1.000 en mayores de 65 años en una muestra poblacional de Santiago en el año 1992. Proyectando estas cifras a la población chilena actual, habría 96.000 personas con ECV, la mayoría mayores de 65 años. (MINSAL, 2007) (20)
- El 1,2% de todos los egresos hospitalarios fueron por ECV y 4,3% de los egresos en mayores de 65 años, que corresponde a la 5º causa de egresos en este grupo de edad en el año 2005, también fue la 5º causa de años de vida saludables perdidos (AVISA) en el estudio de carga de enfermedad en Chile realizado en 1995, con las

siguientes cifras: 4,2 AVISA perdidos por cada 1000 habitantes y 57.700 AVISA se pierden anualmente por ECV. (MINSAL, 2007) (20)

- El ACVI es la causa más frecuente de Enfermedad Cerebrovascular (ECV) en Chile que representa aproximadamente 65% de todos los eventos cerebrovasculares. La ECV es la segunda causa de muerte en nuestro país y constituyo el 9% de todas las muertes el año 2005. (MINSAL, 2007) (20)
- El Apoyo Social contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades. Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la importancia de las redes de apoyo social para la calidad de vida de las personas, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo que el apoyo brinda en el ámbito emocional. (Herrera M, Passi C, Rodríguez S. 2000) (8)
- Rol del Profesional de Enfermería: “Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”. (Ley Autoridad Sanitaria y Gestión, 2004) (11)

## **1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.**

“Apoyo Social Percibido en las Dimensiones Estructural y Funcional por Adultos y Adultos Mayores Secueados de Accidente Cerebrovascular Isquémico (ACVI), pertenecientes a la Comuna de Valparaíso durante el mes de Diciembre de 2007”.

## **1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.**

### **1. Apoyo Social Percibido:**

Vínculos sociales de ayuda, continuos y duraderos con los que la persona cree contar, para favorecer su bienestar biopsicosocial. Comprende dos dimensiones: Estructural y Funcional.

#### **1.1 Estructural:**

Considera el número de interacciones sociales y el tipo de relación en cuanto a cercanía, reciprocidad y frecuencia. Involucra el tamaño de la red de apoyo social percibida por la persona.

#### **1.2 Funcional:**

Considera las relaciones sociales que tiene la persona en su red de apoyo social, involucrando el apoyo emocional, apoyo material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.

**2. Adulto y Adulto Mayor:**

Se considera adulto a toda persona cuya edad cronológica se ubica en el rango de 18 años a 60 años y adulto mayor a aquella persona cuya edad cronológica es igual o mayor a 61 años.

**3. Secueledo de ACVI:**

Es toda persona que, posterior a un ACVI, presenta un deterioro o incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y mantener un bienestar biopsicosocial.

### **1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

**1. Etapa de Diseño:**

- Al comienzo, la Delimitación del Problema de la investigación fue un tanto difícil, lo que llevó a reiterados retrocesos en el estudio.
- Para identificar el universo a estudiar, no encontramos ninguna dificultad, éstas se presentaron a la hora de recolectar la información por medio de la base de datos del Hospital Carlos Van Buren, pues para acceder a ésta es necesario solicitar previamente una carta de autorización, la cual fue prorrogada en reiteradas ocasiones, retardando así la obtención de la información.

## **2. Etapa de Ejecución:**

### **a) Aplicación del Instrumento:**

- El tiempo utilizado en la revisión de fichas de pacientes fue mayor al planificado, se debió así adecuar el cronograma a fin de extender el plazo de trabajo destinado a esta tarea.
- Para la aplicación del instrumento fue necesario realizar visitas domiciliarias por la Comuna de Valparaíso, las que en reiteradas ocasiones no fueron exitosas, determinando un gasto económico extra.
- Durante la actividad encontramos algunas viviendas de difícil acceso geográfico, lo que impidió la realización del Censo, quedando así excluidos del estudio. También, debemos considerar a todas aquellas personas que no quisieron ser partícipes, lo que llevó a una disminución considerable de la población a censar.

### **b) Análisis de los Datos:**

- Escaso conocimiento en materia estadística por parte de los alumnos tesistas.
- Inversión de tiempo para conseguir y utilizar el Software SPSS (Statistical Package For The Social Science).



**CAPITULO 2:**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## **I. MARCO TEÓRICO.**

### **1. Teorías del desarrollo del Adulto y Adulto mayor.**

El Ser Humano se desarrolla desde que nace hasta que muere, donde la etapa de adultez mayor corresponde al último periodo del ciclo vital. Erick Erikson ha sido uno de los estudiosos que se ha preocupado de este tema y lo integró en su teoría del desarrollo de la personalidad en donde describe una serie de fases en función a su adecuación a ciertas variables psicosociales. Del mismo modo, la teoría sistémica ha descrito etapas del ciclo vital familiar, con sus respectivas tareas y acomodados. La teoría de Erikson, propone un escalamiento de ciclos vitales que están por la relación del individuo en crecimiento y realidad social que actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los encargados de facilitar su desarrollo. Cada etapa implica tareas evolutivas que la persona debe resolver y su acierto o desacierto en hallar las soluciones necesarias, determinan su destino y harán prevalecer un polo. Los ciclos que describe Erikson para la etapa de adultez y adultez mayor son: Intimidad v/s Aislamiento (20-40 años); Generatividad v/s Estancamiento (40-60 años); Integridad del Yo v/s Desesperación (60 años y más).

#### **1.1 Etapas del Desarrollo Psicosocial según Erikson.**

**1.1.1 Intimidad v/s Aislamiento (20-40 años):** es en esta etapa donde el adulto entra a formar parte de la sociedad al desempeñar un trabajo y relacionarse establemente con una pareja muchas veces formando una familia. El poder compartir una familia en el desarrollo de la capacidad de intimidad, es la tarea central de esta etapa. Además se requiere de un sentido de solidaridad y de identidad compartida en pareja. Lo contrario produce aislamiento personal.

Lo dicho para la pareja se aplica al trabajo, donde la persona debe mostrar su capacidad de entrega estable a una labor dada.

**1.1.2 Generatividad v/s Estancamiento (40-60 años):** lo crucial de esta etapa es la capacidad de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones más jóvenes. Los adultos de esta edad participan de esta tarea siendo padres, profesores, guías. El adulto que no puede ser generativo, siente una sensación de estancamiento y vive en forma egocéntrica y sin propulsión hacia futuro. Erikson plantea que los adultos medios necesitan a los niños y que es tan necesario para ellos cuidar a éstos, como los niños necesitan de alguien que los cuide.

**1.1.3 Integridad del Yo v/s Desesperación (60 años y más):** la fase final es donde la persona mayor podría llegar al logro de la “integración del yo” o bien “caer” en la “Desesperanza”. La Integridad del Yo, sería el producto de las otras siete etapas vitales y madura gradualmente en las personas que envejecen. Sería un estado del espíritu centrado en una sensación de orden y sentido. El que posee la integración del yo tendría conciencia de que podría haber vivido su vida de modo diferente y que en otros tiempos y lugares su propio patrón de vida podría no haber sido apropiado, pero a pesar de esta conciencia de relatividad, conservará su creencia confiando en el valor de su propia manera de vivir. Entre las consecuencias de la Integridad del Yo está el sentirse orgulloso y digno de lo ya vivido así como también la no experimentación de un gran temor a la muerte, implicando con ello una consolidación de la personalidad tan fuerte que el sujeto puede contemplar la muerte frente a frente sin mayor temor, por lo que desarrolla una sabiduría y filosofía trascendente de la vida natural. Por el contrario, si no se adquiere esta noción de integridad, la Desesperación es la alternativa frente a la

Integridad del Yo. Su presencia aparece señalada por el temor a la muerte entre las personas de edad que no pueden aceptar su propia vida particular como una experiencia singular y única, es decir, se llegará a un sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar el intento de otra vida que los lleve a la Integridad. El adulto se da cuenta que no puede comenzar de nuevo ni modificar el camino que siguió y puede entonces desesperarse a medida que se aproxima el fin de su vida. (Herrera M y cols., 2000)(8)

## **1.2 Teoría de Ciclo Vital Familiar.**

La teoría del Ciclo Vital Familiar, menciona por su parte distintas etapas por las que se espera pase toda familia, implicando una serie de tareas que tienen que realizar para un paso exitoso de una etapa a otra. Estas son: 1.- Hacia el encuentro del otro, 2.- Recién casados, 3.- Camino a la familia, 4.- Y ahora somos tres, 5.- La familia se abre al mundo: etapa escolar, 6.- Cuando los hijos son adolescentes, 7.-Nido vacío, 8.- Retiro de la vida activa o post jubilación, 9.- Viudez. Se puede sostener que el 75% de los Adultos Mayores, se sitúan en las tres últimas etapas del ciclo vital familiar.

El nido vacío se refiere a la etapa cuando los hijos comienzan a abandonar el hogar, produciendo en los padres un sentimiento de pérdida frente a la cual tienen que adaptarse. En ocasiones, dificultan esta separación manteniendo por temor a sus hijos en una vinculación de dependencia fuerte. En cuanto a la pareja conyugal, ésta debiera reforzar sus actividades propias sin incluir en ellas a los hijos, se puede decir que la pareja conyugal luego del abandono, entra en una etapa de reestructuración de su relación y debe llevar a cabo tareas como ajustarse ante el inicio de nuevas familias, aprender el rol de suegros y abuelos y construir

un nuevo proyecto de vida en pareja y proyectar actividades separadas de acuerdo con las necesidades de cada uno.

## **2. Contextualización de la Sociedad Actual.**

### **2.1 Características de la Sociedad.**

El mundo contemporáneo está marcado por la existencia de fenómenos y cambios no previstos en tiempos pasados. La globalización, la integración de mercados y regiones, las innovaciones en ciencia y tecnología, la intolerancia y discriminación que sufren muchos sectores de la población, plantean consecuencias y desafíos para los Estados, principalmente para aquellos que no han alcanzado un grado suficiente de desarrollo, que les permita enfrentar el escenario actual.

Desde hace años se viene abriendo camino en la sociedad internacional la noción del desarrollo humano, como una meta a alcanzar por las naciones. Este concepto, que ha transitado desde lo individual hasta la social, implica asegurar, a cada persona mínimos adecuados de bienestar en lo económico, lo social y lo cultural, con pleno respeto de los derechos humanos. Así concebido, el desarrollo humano abarca mucho más que las solas condiciones económicas favorables y se extiende a todos los ámbitos de la vida de una sociedad. (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Concepción, 2004) (3)

En este paisaje de cambios acelerados y vertiginosos, se va presentando una serie de fenómenos que dejan visualizar una relación contradictoria entre la asimilación de los procesos modernizadores y una resistencia a los cambios que pudieran operar en la esfera de las relaciones sociales.

## **2.2 Participación Social del Adulto y Adulto Mayor:**

Tal vez el concepto de participación social sea un tanto impreciso por la cobertura significativa y amplia que implica. Una primera significación es que participación social señala el hecho de ser partícipe o parte de algo, en este caso de la sociedad. También es posible entenderla como la conquista de espacios en el área de la cultura, entendida ésta como manifestación artística y comunicacional.

La participación también puede verse y comprobarse como la acción solidaria y cívica de las personas. En Chile hay muchas asociaciones de carácter filantrópico o religioso que tienen por objetivos ayudar a otros: a enfermos, a discapacitados, a personas que viven en pobreza extrema. (Herrera M y cols., 2000)(8)

En vista a la tendencia del envejecimiento de la población chilena, es importante señalar que los adultos mayores, tal vez porque disponen de más tiempo y porque desarrollan una sensibilidad social más aguda, participan en diferentes formas de “voluntariado” que en definitiva, buscan servir a otros. También este voluntariado se visualiza en la participación de organizaciones cívicas, como por ejemplo, las juntas de vecinos en las que hay mayor participación de adultos mayores.

En la adultez mayor los grandes recursos son la familia y los amigos. Y la asociatividad fomenta la amistad, genera redes de apoyo, promueve proyectos que los hace ver útiles, los hace sentir de nuevo ciudadanos y eso mejora la autoestima.

Por lo tanto, animarse a participar de organizaciones devuelve el sentido de pertenencia, de sentirse útil e indirectamente, hace que este grupo etario se haga visible para el resto de la sociedad.

En cuanto a la situación de la participación social por género, pese a que se han abierto mayores oportunidades para las mujeres y se ha logrado instalar en

diversos sectores de la sociedad un discurso favorable a la equidad de género, aún se mantienen brechas significativas en la participación social tanto de las mujeres como de los hombres en todos los ámbitos, y persisten pautas culturales discriminatorias hacia ellas.

### **3. Apoyo Social del Adulto y Adulto Mayor.**

#### **3.1 Apoyo Social.**

El ser humano, se define como un ser social, pasando a ser una característica intrínseca a su condición, la necesidad de iniciar y mantener relaciones sociales más o menos significativas y permanentes para satisfacer sus necesidades tanto materiales como emocionales y psicológicas. Desde la infancia que las personas necesitamos a otros, primero para subsistir y posteriormente para transformarnos en personas equilibradas, sanas social y psicológicamente, acentuándose esta necesidad en situaciones estresantes para el individuo.

Antes de desarrollar el tema de Apoyo Social, se deben definir algunos conceptos:

La *Red Social*, hace referencia a las características estructurales del sistema de relaciones, ya sea formal o informal.

El *Apoyo Social*, hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual.

La *Red de Apoyo* es un término más restringido que alude al subconjunto de las relaciones que desempeñan funciones de apoyo en un momento determinado. Los miembros de la red de apoyo con sus cambios pueden ser incluidos en el término de recursos sociales. Entonces, el Apoyo Social se refiere al subconjunto de recursos sociales que satisfacen las necesidades de una

persona.

El *Apoyo Social* es un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al promover ayuda y recursos materiales, y al proporcionar *feedback* acerca de la propia identidad y desempeño. (Herrera M y cols., 2000)(8)

### **3.2 Niveles Operativos del Apoyo Social.**

**3.2.1 Cognitivo:** se pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intención de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas, por ejemplo de una enfermedad.

**3.2.2 Afectivo:** se hace frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales.

**3.2.3 Conductual:** se ofrecen estrategias concretas para hacer frente a los problemas.

A lo largo del tiempo el concepto de Apoyo Social ha sufrido numerosas modificaciones de acuerdo a la perspectiva de análisis que se adopte. Así el término Apoyo Social es utilizado para significar diversas dimensiones, y distintos elementos y fenómenos.

Existen distintas funciones de variados grados de abstracción han sido propuestas, y en su mayoría caen dentro de las siguientes categorías:

- **Apoyo Social como un Estado del Individuo:** por ejemplo, un estado de satisfacción de necesidades.
- **Apoyo Social como la Posesión de Información:** por ejemplo sobre la propia integración social.
- **Apoyo Social como la Transacción Interpersonal:** como un flujo de involucramiento emocional, ayuda instrumental, información, y/o aproximación entre las personas.
- **Apoyo Social como una Característica de la Red Social:** la presencia de relaciones sociales particulares o de recursos sociales particulares, tales como confianza.

A pesar de esta diversidad de definiciones, se pueden encontrar elementos convergentes dentro del carácter multidimensional del constructo. Así, en el estudio de éste es ampliamente aceptada la distinción entre una perspectiva o dimensión cuantitativa o estructural y una perspectiva o dimensión cualitativa o funcional, la diferencia entre la percepción y recepción del Apoyo Social y las distintas fuentes donde se produce o puede producirse el mismo Apoyo. (Morales, J. 2002)(14)

### **3.3 Dimensiones del Apoyo Social:**

#### **3.3.1 Dimensión Estructural del Apoyo Social.**

Analiza las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo, los cuales se pueden subdividir en: análisis de integración y participación social; análisis de las variables tradicionales de las redes sociales; análisis de las variables de interacción de las redes sociales.

**3.3.1.1 Análisis de la Integración y Participación Social**, como la relación de dependencia entre el Apoyo Social y el grado de integración y participación de un individuo en la sociedad. Por integración, se entiende la participación e implicación de una persona en la vida social de la comunidad o la sociedad. Cuanto mayor sea el número de relaciones sociales mayor será también el grado de integración y participación y, por consiguiente, habrá mayor Apoyo Social disponible, sin embargo, esta lógica no siempre es así, en cuanto a tener una relación es un aspecto básico para obtener apoyo, pero no lo asegura.

**3.3.1.2 Análisis de Variables Tradicionales del Estudio de Redes**, este se subdivide en dos puntos: Tamaño y Densidad. El Tamaño, hace referencia al número de personas que componen la red social, mientras que la Densidad, se refiere a la proporción entre los lazos posibles y los existentes entre los miembros de la red.

**3.3.1.3 Análisis de las Variables de la Interacción**, la que considera aspectos como la multiplicidad, la cual apunta a la existencia de relaciones que desempeñan más de una función o incluye más de un tipo de actividad, es decir, que el sujeto percibe cierto tipo de persona que son

capaces de satisfacer un amplio rango de necesidades. Reciprocidad, se refiere a si los recursos de la relación fluyen en ambas direcciones. Se encuentra el aspecto de la Homogeneidad, que se refiere al grado de similitud o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada. Este concepto surge de las similitudes en las características sociales y psicológicas, constituyendo un componente importante para entender el efecto que la red ejerce sobre el bienestar del individuo.

La dimensión estructural también puede ser revisada desde la perspectiva que toma en cuenta las características cuantitativas u objetivas de la red de Apoyo Social, tales como el tamaño de la red social y densidad.

Las redes sociales se definen como la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información (Walker y cols, 1977, citado en Guzmán J, 2003) (7). También se define como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. (Manguire, 1980, citado en Guzmán J, 2003)(7). Gottlieb (1983) planteó que tales interacciones conllevaban beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos. (Citado en Guzmán. J, Huenchan S y Montes de Oca. V., 2003) (7)

Existen dos grupos de redes de Apoyo Social: La primera es la red de apoyo de tipo personal, la cual se subdivide en familiares y no familiares; la red no familiar se subdivide en las relaciones de tipo semi-familiares, amistades comprometidas, otras amistades y finalmente otras personas. El segundo tipo de red de Apoyo Social corresponde a la red de apoyo Comunitaria. (Guzmán y cols, 2003) (7)

La función básica de la red social es prestar el denominado “Apoyo Social” que contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades. Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, se considera que las percepciones desarrolladas por las personas que participan en redes con respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida. (Guzmán. J. y cols ,2003) (7)

En la literatura pertinente se han identificado diversos tipos de fuentes de apoyo, señalándose también que se diferencian para hombres y mujeres y que sufren modificaciones en el curso de la vida de los individuos y en las etapas del ciclo vital de las familias.(Guzmán y cols.2003)(7)

En lo que respecta a las redes de apoyo familiar de la población mayor, sus expresiones son diferentes para hombres y mujeres. Parte de estas variaciones se relaciona con características sociodemográficas, como el estado civil de unos y otros. (Guzmán y cols, 2003)(7) Se ha señalado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres, también el número de los hijos ejerce una acción distinta en el padre y la madre. (Scott y Wenger, 1996, citado en Guzmán y cols, 2003) (7)

Lo mismo sucede con las Redes de Amigos. La amistad, tiene significados distintos para hombres y mujeres. Se ha señalado que “las amistades de los hombres siguen basándose en las actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e

intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo”. (Scott y Wenger, 1996, citado en Guzmán y cols, 2003) (7)

Hay una ventaja psicológica para la población femenina, pero seguramente esto responde a procesos de socialización diferenciales. Las relaciones de amistad, prolongan la independencia en la vejez a través del apoyo emocional que proporcionan. Ello parece explicarse por el hecho de que fomentan la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables. El apoyo opcional que brindan los amigos es probablemente más apreciado que el cuidado provisto obligadamente por la familia.

En otros ámbitos, como el de la percepción de la ayuda por parte de las personas mayores, también existen diferencias de género. En un estudio realizado en España (Campos, 2000, citado en Guzmán y cols, 2003) (7) se mostró que en los casos en que varones cuidan a varones es más frecuente que quien recibe la atención no se considere muy bien atendido; en cambio, cuando los varones son cuidados por mujeres ocurre lo contrario. Por lo tanto, los hombres se consideran menos eficaces a la hora de proporcionar atención. Esto es producto de la creencia social de que el papel de proveedor de ayuda es algo inherente a la naturaleza femenina y que, por ende, la mujer está mucho más preparada que el varón para realizar estas tareas.

### **3.3.2 Dimensión Funcional del Apoyo Social.**

Desde esta perspectiva, se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red. El tipo de conductas específicas ofrecidas en situaciones de estrés revela que las acciones recibidas más frecuentemente son las comprendidas en el: Apoyo Emocional; Apoyo Informacional; Apoyo Material, Tangible o Instrumental.

**3.3.2.1 Apoyo Emocional:** se refiere al área afectiva, en la que diversos autores resaltan la importancia que tiene compartir los pensamientos, sentimientos y experiencias; la necesidad de expresarse emocionalmente, la confianza y la intimidad, el efecto positivo intenso, y los sentimientos de ser querido cuidado y valorado.

**3.3.2.2 Apoyo Informacional:** se refiere a la posibilidad que tiene las personas de buscar información, consejo o guía entre las personas que están a su alrededor, ayudándolo a superar la situación que lo aqueja. Estas personas, pueden proporcionar información acerca de la naturaleza de determinados problema e indicar recursos relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción: modelar estrategias de afrontamiento emocional y conductual y remitir a profesionales adecuados.

**3.3.2.3 Apoyo Tangible o Instrumental:** se refiere a la prestación de ayuda material directa o servicios. Se relaciona con el bienestar de la persona porque reduce las sobrecargas de tareas y deja mayor tiempo libre, sobre todo si el receptor percibe la ayuda como adecuada. Sin

embargo, ésta puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de endeudamiento.

Existen otras funciones del Apoyo Social además de las tres mencionadas como lo es la función de estatus, en donde las relaciones sociales ejercen un efecto positivo sobre el bienestar de la persona por el sólo hecho de su existencia. También la función de compañía social que posibilita participar en las actividades lúdicas y de tiempo libre, es decir, fomenta las **Relaciones Sociales de Ocio y Distracción**, que al mismo tiempo fomenta la creación de nuevos vínculos.

La función de apoyo de evaluación que se refiere a las autoevaluaciones del receptor de la ayuda, que posibilitan la comparación social, siendo relativamente independientes de las emociones que las acompañan. Por último, encontramos la función de proporcionar apoyo, siendo éste efectivo refiriéndose a las **Expresiones de Cariño**, en donde se considera que la reciprocidad en las relaciones ilustra la necesidad que tienen los individuos de sentir que los demás también lo necesitan y precisan su ayuda. (Herrera M y cols., 2000)(8)

### **3.4. Apoyo Social y Salud.**

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre Apoyo Social y salud. Por una parte, el modelo del *Efecto Directo*, que postula que el Apoyo Social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del *Efecto Amortiguador*, que postula que el Apoyo Social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos, resultan de conceptualizar al Apoyo Social como variable antecedente o simultánea

(modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador).

El nivel de Apoyo Social juega un rol protector contra la morbilidad y mortalidad. Existe una relación positiva directa entre el Apoyo Social y el bienestar psicológico de la persona. Así como también la falta de Apoyo Social jugaría un rol indirecto de exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos, por el contrario, una fuerte red de Apoyo Social permitiría amortiguar el impacto del estrés en las personas. De acuerdo con la hipótesis amortiguadora, el Apoyo Social actúa como reserva y fuente para debilitar los efectos del estrés o para capacitar a los sujetos de cara a enfrentarse a altos niveles del mismo de una manera más efectiva. La existencia de un Apoyo Social afectivo juega un rol de “paraguas protector” contar el estrés y manifestaciones de problemas físicos y emocionales. (Herrera M. y cols., 2000)(8)

### **3.4.1 Procesos que explican el impacto del estrés y de un Apoyo Social deficitario en la enfermedad y bienestar.**

**3.4.1.1 Cognitivos:** una situación de bajo Apoyo Social y alto estrés altera las creencias de generosidad, optimismo y controlabilidad del mundo social. Por ello, la percepción de la falta de control provoca una afectividad negativa. La existencia de Apoyo Social puede hacer que el problema se evalúe como menos disruptivos ha demostrado que la percepción de control se asocia a una mejor salud física y mental.

**3.4.1.2 Autoestima y regulación afectiva:** el alto Apoyo Social subjetivo, en particular el emocional, se asocia a una alta autoestima personal, que a su vez se asocia a una menor reactividad ante hechos negativos y a un mejor manejo de amenazas. El Apoyo Social y las formas de afrontamiento adaptativas asociadas a él, permiten superar de forma rápida el bajo estado de ánimo y la depresión. Puede disminuir las formas de afrontamiento emocional negativas como la evitación y reforzar las positivas como la aceptación y el crecimiento personal, lo que permitiría regular la afectividad, la ansiedad, el enojo, y la tristeza. La expresión emocional apoyada y regulada por otros puede permitir disminuir el gasto fisiológico y el estrés asociado a la inhibición de la vivencia afectiva. Sin embargo, compartir experiencias sobre un hecho traumático provoca a corto plazo un aumento de la afectividad negativa, aunque resulte beneficioso a largo plazo física y emocionalmente.

**3.4.1.3 Inmunológico – fisiológico:** una situación de bajo Apoyo Social (y/o alto estrés) reduce la respuesta inmunológica. Los elementos estresantes pueden producir inmunodepresión e incremento de la vulnerabilidad a las enfermedades o recuperación. El déficit de Apoyo Social sigue determinando una menor reacción inmunológica controlando la percepción al estrés y el nivel de depresión o ansiedad, es decir, el Apoyo Social tiene un efecto directo no explicado por los procesos cognitivos y afectivos. Además, un alto nivel de Apoyo Social disminuye el impacto fisiológico del estrés, en particular la reactividad cardiovascular.

**3.4.1.4 Conductuales:** un déficit de Apoyo Social se asocia con conductas inadaptativas. De manera inversa, el Apoyo Social emocional subjetivo y el afrontamiento adaptativo asociado a él, amortiguan o disminuyen el impacto al estrés, y por ende, disminuyen posibles conductas de riesgo que agravan el problema (beber, fumar, ignorar la enfermedad y el tratamiento); ahora bien, el efecto beneficioso del apoyo sobre una menor reactividad cardiovascular y endocrina, así como sobre una mayor respuesta inmunológica, sigue manifestándose aunque se controlen las conductas de riesgo. Es decir, la influencia del Apoyo Social en el nivel de conductas inadaptativas no es el único proceso mediador que explica la influencia física positiva del Apoyo Social. (Morales, J. 2002) (14)

#### **4. Problema de Salud Pública en Chile.**

##### **4.1 Enfermedades Cerebrovasculares.**

El término enfermedad cerebrovascular se refiere a cualquier alteración funcional del sistema nervioso central ocasionada por una interrupción al suministro sanguíneo normal del encéfalo. (Smeltzer, S. 2002)(23)

Las enfermedades cerebrovasculares predominan en edades medias y avanzadas de la vida. Estas enfermedades producen isquemia-infarto o hemorragia intracraneal. La mayoría se presentan como un déficit neurológico focal de comienzo brusco. El déficit puede permanecer estable, mejorar rápidamente o empeorar de forma progresiva. Es el comienzo brusco de un déficit neurológico focal no progresivo lo que da origen al término ACV. (Wade, S. 2002)(24)

Por la vulnerabilidad de esta patología a diversas intervenciones, tanto preventivas como curativas, ACV en Chile fue incluido en el listado de 56

patologías o condiciones de salud del “Régimen de Garantías Explicitas en Salud”, en abril del año 2007. En esta guía clínica se aborda el subgrupo de ACV que representa la mayor carga de enfermedad en términos de discapacidad y muerte: ACV isquémico del adulto.

#### **4.2 Accidente Cerebrovascular Isquémico.**

Se utilizan como sinónimos las denominaciones de ACV isquémico e Infarto cerebral. Del mismo se utilizarán en forma intercambiable Ataque isquémico o Crisis isquémica transitoria. (MINSAL, 2007) (20).

- **ACVI agudo o Reciente:** síndrome clínico caracterizado por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente, y en ocasiones también, pérdida global de la función cerebral (pacientes comatosos), que duran más de 24 horas o que conducen a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial. Esta definición enfatiza el carácter focal que, la mayoría de las veces tiene el ACV, particularmente cuando se trata de uno de naturaleza isquémica.
- **ACV no Reciente:** síndrome clínico de similares características a lo descrito para el ACV isquémico agudo cuyo inicio se produce 14 días antes de la evaluación.
- **CIT aguda o Reciente:** síndrome clínico caracterizado por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente, y en ocasiones, pérdida global de la función cerebral (en pacientes comatosos), que duran menos de 24 horas, sin otra causa aparente mas que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial. En

definición enfatiza el carácter focal que, la mayoría de las veces tiene el ACV, particularmente cuando se trata de uno de naturaleza isquémica.

- **CIT no Reciente:** síndrome clínico de similares características a las descritas anteriormente para CIT cuyo inicio ocurre 14 días antes de la evaluación.

Estas definiciones son clínicas y universales y para uso epidemiológico. Un paciente con síntomas como los descritos para infarto cerebral agudo con 2 horas de evolución con o sin imágenes que demuestren isquemia debe ser tratado como un infarto cerebral. (MINSAL, 2007) (20)

#### **4.3 Secuelas del Accidente Cerebrovascular Isquémico.**

Sufrir un Accidente Cerebrovascular Isquémico produce secuelas, considerando como tales a todos los deterioros que incapaciten a la persona para cumplir las acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente y que no hayan estado presentes antes del ACVI.

Las secuelas son físicas y psicológicas, las que dependerán del sitio cerebral afectado (os).

#### **4.3.1 Secuelas Físicas.** (Egido. J y cols, 1997) (5) (MINSAL, 2007) (20)

- **Trastornos motores:** plejía o parálisis, paresia y sincinecia, apraxia, disfagia.
- **Trastornos de la comunicación:** afasia expresiva, receptiva y global, agrafia, alexia, mutismo.
- **Trastornos de la percepción:** trastornos visuales como hemianopsia, diplopía.
- **Trastornos de la sensibilidad:** tacto, dolor, temperatura y presión.
- **Trastornos de la percepción y de la imagen corporal:** negligencia, anosognosia.

#### **4.3.2 Secuelas Psicológicas.**

- **Trastornos Emocionales:** labilidad emocional, incontinencia emocional, manifestaciones patológicas de afecto se presentan entre 11 y 34% de las personas que han sufrido un ACVI. (Canadien Estroke Network citado en MINSAL, 2007)(20)
- **Trastornos Psicológicos:** los trastornos psicológicos en las personas que sufren un ACVI presentan en un 10% depresión, un 14% ansiedad, la demencia aumenta 10 veces y otras dificultades como: problemas memoria y orientación las que afectan en promedio al 61.7% de estas personas. (Canadien Estroke Network citado en MINSAL, 2007)(20)
- **Trastornos de Conducta:** los cambios en la conducta se ven influenciados por los estados emocionales y psicológicos de la personas pudiendo ir desde la agresividad hasta el aislamiento.
- **Trastornos Adaptativos:** el sufrir un ACVI representa una situación estresante para la persona y su familia, en la que se pueden

presentar distintas respuestas: reacciones normales, trastornos por estrés agudo (reacciones estrés agudo- crisis situacionales), trastornos por estrés post traumático y los trastornos adaptativos propiamente tal, este último es natural que provengan de crisis situacional mal resueltas.(Raffo. S, 2007) (18)

Tanto el CIE-10 como el DSM-IV consideran estos trastornos como un estado de malestar subjetivo que interfieren con la actividad social de la persona, caracterizándose por síntomas emocionales conductuales en respuesta a un factor estresante externo identificable. (Raffo. S, 2007) (18)

Es importante señalar que existen personas más vulnerables que otras de presentar trastornos adaptativos, lo que dependerá de la presencia o ausencia de factores que influyen en esta respuesta al estrés:

- Falta de una relación de confianza.
- Escasas habilidades de comunicación.
- Baja autoestima.
- Percepción errónea de que todo cambio en la vida es una amenaza.
- Falta de apoyo familiar, psicosocial y económico. (Raffo. S, 2007) (18)

Es imprescindible que las personas más cercanas conozcan los trastornos que afectan la persona secueleda, ya que los familiares y/o cuidadores forman parte del equipo de rehabilitación. (Rodríguez J., Miñana J. San Cristóbal Velasco. E, 2006) (21)

## **5. Rol del Profesional de Enfermería en el Apoyo Social Percibido en el Adulto y Adulto Mayor.**

La atención de enfermería, es un servicio a la comunidad basado en las necesidades de salud de las personas y familia que el Profesional Enfermera proporciona como parte integrante y calificada de los programas de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, dando especial énfasis a la educación individual y de grupo, y al estimular la participación activa de la comunidad en la solución de los problemas que la afectan.

Tal como se establece en el Código Sanitario los servicios profesionales de la (el) Enfermera(o) comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud. El rol del Profesional Enfermera en los pacientes que han sido afectados por un ACVI, se desarrolla a través de los tres niveles de prevención. En la prevención primaria se hace hincapié sobre el control de los factores de riesgo para los ACVI. En la prevención secundaria el rol se basa en la rehabilitación, considerando, que se debe extender el estudio de la capacidad funcional, al ambiente extra hospitalario posterior al egreso. Dentro de la prevención terciaria el rol se destinará a la rehabilitación que se comporta como un proceso que, con un enfoque integral e interdisciplinario, busca disminuir la incidencia de complicaciones prevenibles, evitar un aumento del déficit neurológico, disminuir los tiempos de hospitalización, apoyar e integrar al paciente y a su familia en el proceso de tratamiento y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social. (MINSAL, 2007)(20)

Una vez resuelta la crisis aguda, el paciente regresa a su domicilio y es aquí en el propio entorno del paciente, donde se debe dar solución a los problemas derivados del ACVI, que cambian de manera sustancial la vida tanto de la persona como la de su familia y cercanos.

Es así como la familia, constituye la más importante fuente de ayuda informal, por lo que ha sido llamada como la principal fuente de apoyo de éstos pacientes,

que es indispensable para la cotidianeidad y sobre todo en los períodos potenciales de pérdida de capacidad funcional e independencia aún más si esto es debido a ACVI. (Navarro J., 2003) (15)

### **5.1 Modelo Teórico de Enfermería y Apoyo Social: Modelo Psicodinámico de Hildegard Peplau.**

La práctica Profesional de Enfermería cuenta con un sustento teórico basado en distintos modelos y teorías, los cuales se emplean en las diferentes áreas de la disciplina para desarrollar la Gestión del Cuidado.

Peplau considera la salud como *“un símbolo de una palabra que implica un movimiento de personalidad y otros procesos humanos en dirección a un estilo de vida creativo, productivo, personal y comunitario”*, por lo que la integración a la comunidad a través de relaciones interpersonales continuas y duraderas, es indispensable para obtener y otorgar Apoyo Social, lo que es beneficioso para la salud. (Marriner A & Raile M., 2003) (12)

En cuanto a los otros términos que componen el metaparadigma del modelo de Peplau, se define a la Enfermería como un proceso importante, terapéutico, interpersonal que trabaja con otros procesos humanos que hacen posible la salud para las personas en las comunidades, como un instrumento educativo, una fuerza madura, que pretende promover el desarrollo de la personalidad en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario. A la persona se le define como un organismo que vive en equilibrio inestable y al entorno como las fuerzas que existen fuera del organismo, del que se adquiere la moral, las costumbres y las creencias. También afirma que las condiciones generales que más probablemente lleven a la salud siempre incluyen el proceso interpersonal, proceso que enmarca y es transversal a todo su modelo teórico.

Para establecer una relación interpersonal efectiva, Hildegard Peplau define cuatro fases que, aunque están separadas, se superponen a lo largo de la relación. Estas fases son:

- **Orientación:** durante esta fase la persona tiene una necesidad “insatisfecha” y precisa apoyo profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer, entender su problema y establece que tipo de ayuda necesita.
- **Identificación:** en esta fase, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle. La enfermera permite una exploración de los sentimientos lo que ayuda al paciente a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad, para satisfacer sus necesidades.
- **Explotación:** en esta fase el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación interpersonal. Puede proyectarse nuevos objetivos, alcanzables mediante el esfuerzo personal, y transferencias de poder de la enfermera cuando este precisa una gratificación para alcanzar los nuevos objetivos.
- **Resolución:** en esta fase, los antiguos objetivos van siendo desplazados en forma progresiva por otros nuevos; durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con la enfermera.

Peplau también describe seis roles diferentes, los cuales surgen durante las distintas fases de la “relación enfermera-paciente”. Para efectos de este estudio se definirán los roles de suministradora de recursos, educadora y consejera, debido a que se encuentran íntimamente relacionados con la funciones educadora y asistencial de la enfermera.

- **Suministradora de Recursos:** el profesional enfermera otorga principalmente respuesta a las interrogantes sanitarias, y es quien decide cual es el tipo de respuesta más adecuado para un aprendizaje más constructivo, ya sea ofreciendo respuestas directas o suministrando consejo.
- **Educadora:** entrega enseñanza que consistente en el ofrecimiento de información, utilizando la experiencia de la persona como base para el desarrollo de los productos de la enseñanza, así vemos reflejado el Apoyo Informacional.
- **Consejera:** la profesional enfermera otorga un apoyo emocional, al favorecer la exploración de sus sentimientos, intensificando así las fuerzas positivas para su recuperación.

El Profesional Enfermera otorga apoyo continuo en los distintos quehaceres, por ejemplo, al satisfacer las necesidades básicas, compartiendo y realizando actividades de distracción, conversando o simplemente escuchando, dando fuerzas y consuelo para hacer frente al difícil momento que se vive tras sufrir un ACVI. Además desarrolla un rol fundamental en el proceso de rehabilitación de las personas que han sufrido un ACVI, el cual debe ser integral e interdisciplinario. Resultados al año y a los cinco años, de ocurrido el ACVI, son mejores a mayor duración de la intervención de rehabilitación en la fase aguda. La rehabilitación incluye la prevención de complicaciones, el diagnóstico y tratamiento precoz de ellas y la identificación de factores biomédicos, psicológicos y sociales previos al ACV que pudieran incidir en la evolución de la persona, tales como la escasez de redes de apoyo y la vulnerabilidad social.

## **II. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.**

### **2.1 Objetivo General:**

Identificar el Apoyo Social Percibido en las dimensiones estructural y funcional por Adultos y Adultos Mayores secuelados de ACVI.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

2.2.1 Determinar las características de la muestra del estudio: Edad y Sexo.

2.2.2 Conocer de la dimensión estructural: el tamaño de la red percibido por adultos y adultos mayores secuelados de ACVI.

2.2.3 Conocer de la dimensión funcional: el apoyo emocional percibido por adultos y adultos mayores secuelados de ACVI.

2.2.4 Conocer de la dimensión funcional las ayudas materiales e instrumentales recibidas por adultos y adultos mayores de la muestra.

2.2.5 Conocer de la dimensión funcional: las relaciones sociales de ocio y distracción de adultos y adultos mayores de la muestra.

2.2.6 Conocer de la dimensión funcional: el apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño de adultos y adultos mayores secuelados de un ACVI.

**III. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES
<b>1. Apoyo Social Percibido:</b>	Conjunto de vínculos sociales, duraderos, de ayuda, con los que la persona cree contar al momento de la aplicación del instrumento.	<b>1.1 Estructural</b>	Tamaño de la red social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de amigos íntimos.</li> <li>• Número de familiares cercanos.</li> </ul>
		<b>1.2 Funcional</b>	Apoyo Emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.</li> <li>• Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.</li> <li>• Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.</li> <li>• Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.</li> <li>• Alguien cuyo consejo realmente desee.</li> <li>• Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.</li> <li>• Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.</li> <li>• Alguien que comprenda sus problemas.</li> </ul>
			Ayuda Material/Instrumental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.</li> <li>• Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesite.</li> <li>• Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.</li> <li>• Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si está enfermo.</li> </ul>
			Relaciones Sociales de Ocio y Distracción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguien con quien pasar un buen rato.</li> <li>• Alguien con quien pueda relajarse.</li> <li>• Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.</li> <li>• Alguien con quien divertirse.</li> </ul>
			Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguien que le muestre amor y afecto.</li> <li>• Alguien que le abrace.</li> <li>• Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.</li> </ul>

<b>2. Sexo:</b>	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	<b>2.1 Mujer</b> <b>2.2 Hombre</b>		Femenino. Masculino.
<b>3. Edad:</b>	Lo que ha vivido una persona medido en años; desde su fecha de nacimiento hasta el día de la aplicación del instrumento.	<b>3.1 Adulto</b> <b>3.2 Adulto Mayor.</b>		18-60 años. 61 y más años.



## **I. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

### **1. Organización del trabajo en Grupo.**

La Investigación se inicia a fines de Abril del año 2007. El grupo de tesis se organiza por afinidad y queda conformado por siete alumnos que cursan el cuarto nivel de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. El tema pertenece al área Médico-Quirúrgico y es definido tras una larga búsqueda de información por acuerdo general del grupo.

En la primera reunión con la docente guía, Sra. Paulina Hurtado A. se dan a conocer los objetivos y la forma de evaluación de la Cátedra. Se establece además la estructura organizacional del grupo, que queda definida de la siguiente forma: Presidenta Srta. María Ignacia Ambler; Tesorera Srta. Karinna Fiori; el cargo de Secretario fue desempeñado en forma rotativa, por los integrantes del grupo faltantes en desempeñar alguna función, Srtas. Cristina Araya, Priscilla Campos, Paula Morales, Carla Vásquez y Sr. Aaron Marchant.

Se confecciona el Cronograma Anual de trabajo dividido en sesiones regulares los días viernes de 14:30 a 17:30 hrs. en la Sala Seminario de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, y sesiones extraordinarias de ser requeridas.

Con motivo de mantener la continuidad del estudio y optimizar el tiempo destinado, se acuerda efectuar reuniones ordinarias durante el mes de enero del año 2008, con horarios de 09:30 a 13:30 horas y en las tardes de 15:00 a 19:00 horas. Los lugares destinados a las reuniones fueron las Salas de Seminario de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, la Biblioteca de la Facultad de Medicina y domicilios particulares.

Desde la etapa de Delimitación del Problema cada integrante realiza una continua revisión bibliográfica, que es discutida posteriormente al interior del grupo en cada sesión.

## **2. Tipo de Estudio.**

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

## **II. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.**

El universo del estudio está constituido por la totalidad de las personas egresadas del Hospital Carlos Van Buren, desde Enero del año 2006 hasta el mes de Julio del año 2007, con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Isquémico, pertenecientes a la Comuna de Valparaíso, siendo 349 personas Adultas y Adultas Mayores de ambos sexos.

Se encontraron 60 fichas de fallecidos ingresados en la base de datos, 88 fichas que no se encuentran en las estanterías del Departamento de Archivo debido a su utilización en otras dependencias del Hospital y Consultorio de Especialidades, 48 fichas de personas que su domicilio no corresponde a la Comuna de Valparaíso. A estas fichas no utilizadas en el estudio se suman: 27 personas que el registro de su domicilio se encuentra incompleto y a la vez no cuentan con número telefónico. De esta forma 223 personas quedaron excluidas del estudio, resultando un universo real de 126 personas.

### **III. DISEÑO MUESTRAL.**

#### **3.1 Muestra.**

El diseño utilizado para llevar a cabo la investigación es un Censo, el cual se define como un “conjunto de operaciones consistentes en recoger, compilar, evaluar, procesar, tabular, analizar y publicar datos sociales, relativos a un momento” (Morales H. 2003) (13). Este fue realizado en la comuna de Valparaíso, a través de visitas domiciliarias, con el fin de aplicar el cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS.

Para la selección de los participantes, se consideran los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de Inclusión:**

- Que la persona esté dispuesta a cooperar voluntariamente.
- Tiempo de producido el Accidente Cerebrovascular. Consideramos necesario un tiempo de tres meses como mínimo, período prudencial del curso de la enfermedad, para que se pusieran de manifiesto los mecanismos de enfrentamiento, adaptación y evaluación por parte del paciente.
- Pertener a la Comuna de Valparaíso, se excluyen los sectores de Placilla y Tranque De Luz.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Afasia: incapacidad de comunicación verbal del paciente.
- Alteraciones de las funciones psíquicas superiores: memoria, atención, percepción, y estado de conciencia, que impidan a la persona responder adecuadamente los cuestionarios.
- Patología previa asociada: oncológica y/o amputación de una extremidad.

En terreno, se encuentran 17 direcciones erróneas, 6 personas muertas cuya defunción aún no es registrada en la base de datos, 10 personas que no aceptan ser parte del estudio, 6 personas que cambiaron de residencia, 2 viviendas de difícil acceso geográfico, 19 personas que no acceden a atender a los tesisistas y 6 personas que presentan algún criterio de exclusión (5 con afasia y 1 con diagnóstico de depresión). De esta forma, la muestra total alcanzó la cifra (n) de 60 personas censadas exitosamente.

### **3.2 Unidad Muestral.**

Para el estudio se determinó como unidad muestral a las personas Adultas y Adultas Mayores Secueledas de ACVI pertenecientes a la Comuna de Valparaíso que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos, alcanzando un total (n) de 60 personas.

#### **IV. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para la investigación se utiliza el cuestionario MOS (ver anexo N° I) elaborado por Sherbourne y Stewart en el año 1991. En relación a la validación del cuestionario, es importante destacar que existen otros trabajos de investigación referidos al tema en España (Ponce J y cols., 2007) (17), pero para efectos de contextualizarlo a nivel Latino Americano, este estudio se basó en la validación realizada en Argentina (Rodríguez S. & Enrique. H, 2003)(22), la que examina las características psicométricas del cuestionario, en una muestra de 375 personas, divididas en tres subgrupos, con el fin de conocer la percepción subjetiva de Apoyo Social en sujetos expuestos a situaciones traumáticas.

A pesar de utilizar un instrumento validado, este fue probado en un total de seis personas por los estudiantes tesistas, durante el periodo comprendido entre el 18 a 23 de noviembre del año 2007, en el horario de 15:00 a 19:00 hrs.

El instrumento es aplicado en forma individual a cada Adulto y Adulto Mayor que accede a participar, mediante la realización de una visita domiciliaria efectuada por los estudiantes tesistas siguiendo estrictamente el instructivo de aplicación de dicho instrumento. Previa aplicación de éste, los estudiantes confeccionan un consentimiento informado por escrito, en donde la persona accede o no a participar en el estudio.

Al realizar las encuestas, no se registró ningún tipo de problemas en relación a la comprensión del cuestionario y la aplicación de éste, por lo tanto se procedió a la utilización del instrumento MOS con todos los participantes del estudio.

#### **4.1 Descripción del Instrumento.**

El instrumento elegido para determinar el Apoyo Social Percibido es el cuestionario MOS, desarrollado por Sherbourne y Stewart en el año 1991, el cual centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificando el hecho de que si una persona por un largo período de tiempo no recibe ayuda, no quiere decir que no disponga de apoyo. El cuestionario MOS, explora el llamado Apoyo Estructural (tamaño de la red) y el Apoyo Funcional (percepción de apoyo). Éste último es multidimensional, ya que abarca lo Emocional (amor, empatía), Instrumental (tangible), Informativo (consejos), Valoración (ayuda a la autovaloración) y Compañerismo durante el tiempo libre.

El cuestionario MOS consta de 20 ítems. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a las cuatro subdimensiones del Apoyo Funcional. La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera:

SUBDIMENSIÓN	ITEMS	PUNTUACIÓN		
		Máxima	Media	Mínima
<b>Tamaño de la red social</b>	1			
<b>Apoyo emocional / informativo</b>	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19	40	24	8
<b>Apoyo instrumental</b>	2, 5, 12 y 15	20	12	4
<b>Interacción social positiva</b>	7, 11, 14 y 18	20	12	4
<b>Apoyo afectivo</b>	6, 10 y 20	15	9	3

Se pregunta mediante una escala de 1-5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se puede obtener una puntuación total donde mayor puntuación corresponde mayor apoyo recibido. El índice global máximo de Apoyo Social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

<b>FRECUENCIA CON QUE RECIBE EL APOYO</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Nunca</b>	1
<b>Pocas Veces</b>	2
<b>Algunas Veces</b>	3
<b>La mayoría de las veces</b>	4
<b>Siempre</b>	5

#### **4.2. Estudio de Confiabilidad del Instrumento.**

El método de confiabilidad más utilizado en psicometría es el Alfa de Cronbach (desarrollado el año 1951). Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que mide lo que dice que mide. Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la [homogeneidad](#) de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen. Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una confiabilidad respetable a partir de 0,80.

El cuestionario MOS al ser analizado por el Alfa De Cronbach arrojó resultados altos con lo cual demostró su confiabilidad, entregando la Escala completa un índice de 0,9359, dentro de ésta la Dimensión Funcional arrojó los siguientes índices en cada una de sus subdimensiones: Apoyo Emocional de 0,8841, Apoyo Instrumental de 0,7432, Relaciones Sociales de 0,8213 y Apoyo Afectivo de 0,7679. Estos valores, en

comparación con la Validación Argentina, que se menciona anteriormente, muestran una leve diferencia ya que ésta presenta un índice de confiabilidad total de 0,919, mientras que por factor presenta las siguientes Alfas: Apoyo Emocional 0,876, Apoyo Afectivo 0,843 y un Apoyo Instrumental de 0,802.

## **V. CRITERIO DE ANÁLISIS DE DATOS.**

Para el análisis de los datos se utilizó como herramienta estadística el Software SPSS (Statistical Package For The Social Science) con la ayuda del profesor Alberto Caro, estadístico de la Universidad de Valparaíso. El Software nos permitió desarrollar tablas y gráficos, de acuerdo a la información obtenida por las encuestas realizadas a los participantes del estudio. El aprendizaje para su utilización, fue través de la exploración de las características y funciones que el programa analítico posee. Una vez identificadas las funciones que potencialmente serían de utilidad para nuestro estudio, se procedió a ingresar los datos y efectuar el análisis estadístico correspondiente.

## **VI. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO.**

El trabajo en terreno, fue realizado desde el 3 al 23 de diciembre, dando un total de tres semanas de aplicación del instrumento, entre las 14.00 a 18.00 horas con una aproximación de trabajo de dos a tres días por semana. Al inicio las personas seleccionadas fueron distribuidas según el área geográfica (cerros y plan de la ciudad de Valparaíso) que habitan, de acuerdo a su domicilio residencial a fin de facilitar el trabajo. A continuación se formaron parejas que abarcarían ciertos sectores previamente destinados, a fin de lograr una mayor organización tanto de tiempo como de recursos. Cada persona tenía a su cargo 18 direcciones que debía visitar, logrando así abarcar las 126 personas que conforman el universo real.



**CAPITULO 4:**  
**RESULTADOS**  
**PRESENTACION DE TABLAS**  
**Y GRAFICOS**

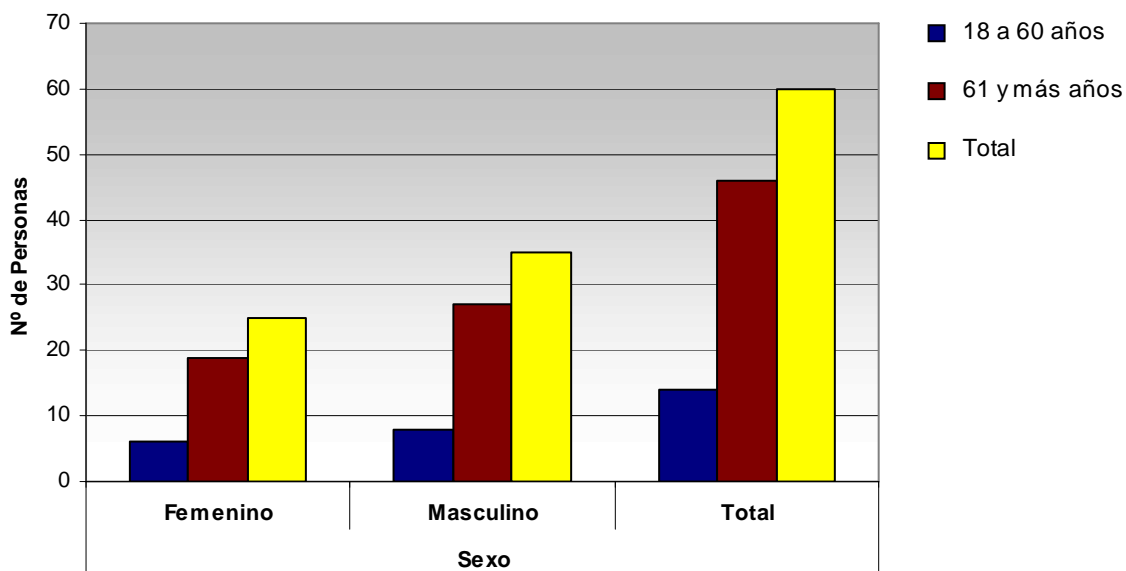
### I. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA.

La muestra está conformada por 60 personas, de las cuales 14 son Adultos y 46 son Adultos Mayores.

**Tabla N° 1: Distribución por Edad y Sexo de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.**

Edad (años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 a 60	6	24,0%	8	22,9%	14	23,3%
61 y más	19	76,0%	27	77,1%	46	76,7%
<b>Total</b>	25	100,0%	35	100,0%	60	100,0%

**Gráfico N° 1: Distribución por Edad y Sexo de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.**



Los resultados arrojados por la tabla N° 1, nos indican que de un total de 60 personas encuestadas el 23,3% corresponde a adultos, es decir aquellas personas entre 18 y 60 años y el 76,7 % son personas adultas mayores, de 61 años y más. De un total de 25 personas de sexo femenino un 24 % son adultas y un 76 % de adultas mayores. De un total de 35 personas de sexo masculino, el 22, 9 % corresponde a adultos y el 77,1 % a adultos mayores.

En la tabla N° 2 (Anexo 4), relacionada con la Distribución de Edades de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI, observamos que el mayor número de las personas adultas se encuentran con mayor frecuencia entre las edades 51, 54 y 60 años, con un 3,3 % del total del grupo cada una, siendo la menor edad 33 años y la mayor edad 60 años. En los adultos mayores encontramos la mayor frecuencia de edades es entre 61 y 71 años con un 11,7% del total, siendo la menor edad 61 años y la mayor edad 92.

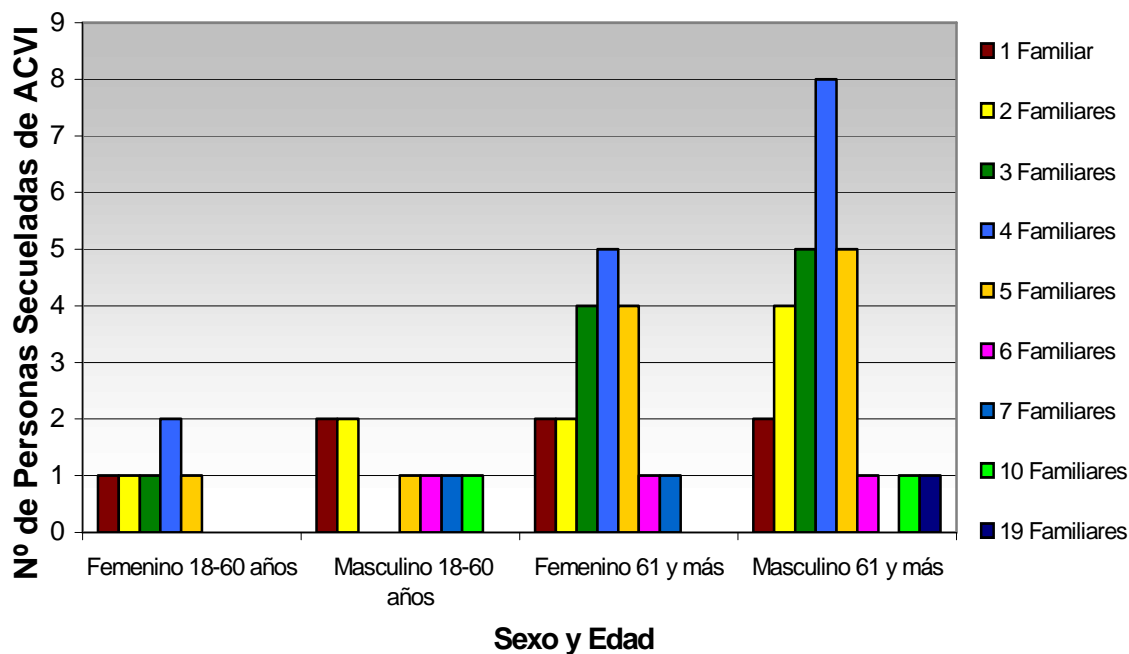
En la tabla N° 3 (Anexo 4) relacionada con el Promedio de Edades de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI, encontramos que el promedio general de edad de la muestra es de 67 años.

## II. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS RESULTADOS

### 2.1 Descripción y Análisis del Número de Familiares Cercanos:

En la tabla N° 4 (Anexo 5), relacionada con la primera pregunta “Número de Familiares Cercanos y Amigos Íntimos”, la primera parte correspondiente a *Número de familiares Cercanos*, dentro del grupo etario entre 18 y 60 años de sexo femenino, la frecuencia mayor de familiares es cuatro, que equivale al 33,3%. En las personas de sexo masculino la frecuencia fluctúa entre uno y dos, ambos con un 25%. En los adultos mayores la frecuencia de familiares que predomina es cuatro, tanto para las personas de sexo femenino como masculino, llegando a un 26,3% para las mujeres y a un 29,6% en el caso de los hombres.

**Gráfico N° 2: Familiares Cercanos Percibidos por Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI Según Sexo y Edad.**



El 100% de la población de nuestro estudio reconoció tener al menos un familiar cercano, siendo el promedio para la muestra cuatro familiares.

El número de familiares cercanos difiere claramente entre hombres y mujeres, tal como lo expresan los datos obtenidos, en relación al grupo de adultos, en donde las mujeres poseen una mayor percepción del número de familiares cercanos. Este resultado tiene su origen en los distintos roles que desempeñan el hombre y la mujer en nuestra sociedad actual. Esta diferencia entre géneros, en la edad adulta, llama la atención si consideramos la etapa de vida en la que se encuentran, la que se caracteriza por la formación de la familia a través de la vida en pareja y crianza de los hijos y finaliza con la compañía y unión familiar, tal como se menciona en el marco conceptual del estudio.

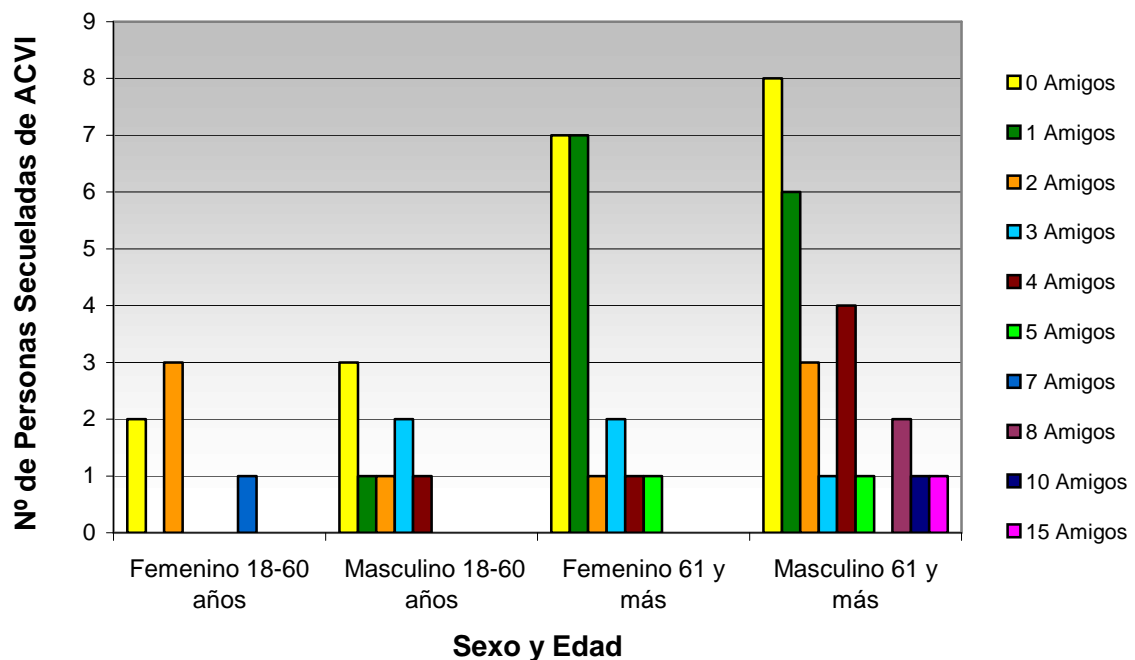
Según el marco conceptual, en las edades avanzadas la percepción del apoyo familiar difiere entre hombres y mujeres. Este dato no concuerda con los resultados obtenidos en donde el grupo etario de 61 años y más tiene una percepción de las relaciones familiares similares entre sí.

En las personas adultas mayores, encontramos un mayor número de personas que proporcionan apoyo familiar, probablemente debido al mayor grado de discapacidad que estas presentan, por ejemplo: postración, deterioro sensorial y plejías. Tanto en adultos y adultos mayores de sexo masculino existe una percepción mayor de apoyo familiar en comparación con las mujeres.

## 2.2 Descripción y Análisis del Número de Amigos Íntimos:

En la tabla N° 6 (Anexo 5), relacionada con el *Número de Amigos Íntimos*, el grupo etario entre 18 y 60 años de sexo femenino, la frecuencia mayor de amigos íntimos es dos, que corresponde al 50%. En las personas de sexo masculino un 37,5% refieren no tener amigos íntimos. En los adultos mayores de sexo femenino el mayor porcentaje registró tener entre 0 y 1 amigo íntimo, llegando ambos al 36,8%. En los hombres del mismo grupo etario, cero y uno, también tienen los más altos porcentajes llegando a 29,6% y 22,2% respectivamente.

**Gráfico N° 3: Amigos Íntimos Percibidos por Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI Según Sexo y Edad.**



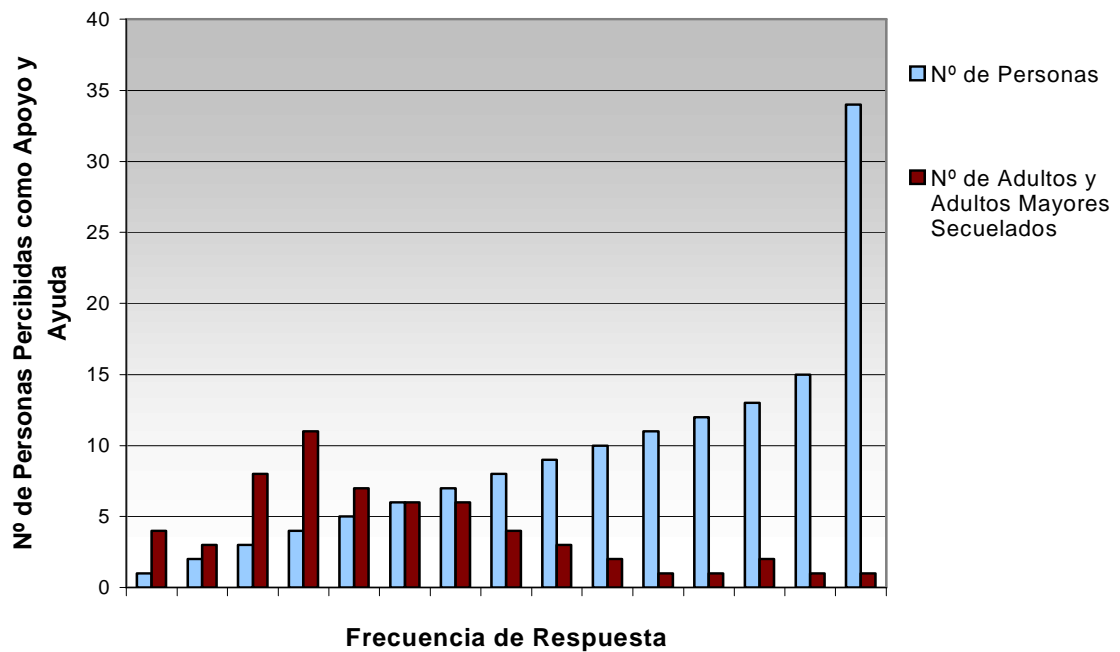
En el apoyo personal no familiar, reflejado en “el número de amigos íntimos”, encontramos que los hombres de ambos grupos etarios poseen mayor número de amigos íntimos que las mujeres, lo cual se contradice el marco conceptual en el que se señala que la amistad de las mujeres es más íntima e intensa y que la de los hombres se basa más en actividades realizadas en conjunto, debido a que las secuelas en la mayor cantidad de las personas de este estudio, les impide formar parte de las actividades que antes del ACVI solían efectuar.

Por el contrario, un 33,3% de la población encuestada señaló no contar con ningún amigo íntimo, lo que indicaría que la red de apoyo personal familiar es más significativa y presente durante las crisis paranormativas que la red de apoyo personal no familiar. Probablemente, las personas encuestadas tienen escasa participación social, por su condición, lo que explica el menor grado de integración y participación y, por consiguiente una menor percepción de los amigos íntimos con que cuenta.

### 2.3 Descripción Total de Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda:

En la tabla N° 7 (Anexo 6), relacionada con el Total de Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda encontramos que de un total de 60 participantes, el menor número de personas identificadas como Apoyo fueron cuatro y el mayor número corresponde a 34 personas, con un promedio de 6,13 personas, como se verifica en la tabla N° 8 (Anexo 6).

**Gráfico N° 4: Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda por Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI.**



El 100% de nuestra muestra registró tener al menos una persona percibida como apoyo y ayuda, evidenciando así que el ser humano se define como un ser social, siendo ésta una característica propia de su condición y, gracias a que necesitamos de otras personas para satisfacer nuestras necesidades de compañía y apoyo es que logramos establecer un equilibrio psicológico y social, favoreciendo una mejor adaptación ante el estrés que puede generar una situación particular, como es en este caso una enfermedad.

## 2.4 Descripción Apoyo Emocional:

En la tabla N° 9 (Anexo 7), correspondiente al Apoyo Emocional, se observa en la primera pregunta “*Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar*” que los adultos de sexo femenino y masculino escogen la alternativa *Siempre*, con un 66,7% y un 62,5% respectivamente. En el caso del los adultos mayores de sexo femenino escogen las alternativas *La Mayoría de las Veces* y *Siempre*, ambas con un 42,1%. Los hombres de este grupo etario escogen la alternativa *Siempre*, alcanzando un 70,4%.

En la segunda pregunta “*Alguien que le aconseje cuando tenga problemas*”, en los adultos de sexo femenino la alternativa *La Mayoría de Las Veces*, alcanza el 66,7%, mientras que los hombres del mismo grupo etario escogen *Siempre* como preferencia, con un 37,5%. En los adultos mayores la alternativa *Siempre* alcanza el mayor porcentaje tanto en el grupo de mujeres como de hombres, con un 52,6% y un 51,9% respectivamente.

En la tercera pregunta “*Alguien que le informe y le ayude a entender una situación*”, en los adultos de sexo femenino la alternativa con mayor porcentaje es *Siempre*, con un 66,7% para las mujeres y un 75,0% para los hombres. En el caso de los adultos mayores, la alternativa con mayor porcentaje también es *Siempre*, con un 68,4% y 77,8% para hombres y mujeres respectivamente.

En la cuarta pregunta “*Alguien en quien confiar y con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones*”, los adultos de sexo femenino y masculino las alternativas *La Mayoría de las Veces* y *Siempre*, alcanzan los más altos porcentajes, ambas con un 33,3% en el caso de las mujeres y un 25,0% en el caso de los hombres. En los adultos mayores, la alternativa *Siempre* tiene el mayor porcentaje para los grupos de sexo femenino y masculino, alcanzando 47,4% en el caso de las mujeres y un 59,3% en el caso de los hombres.

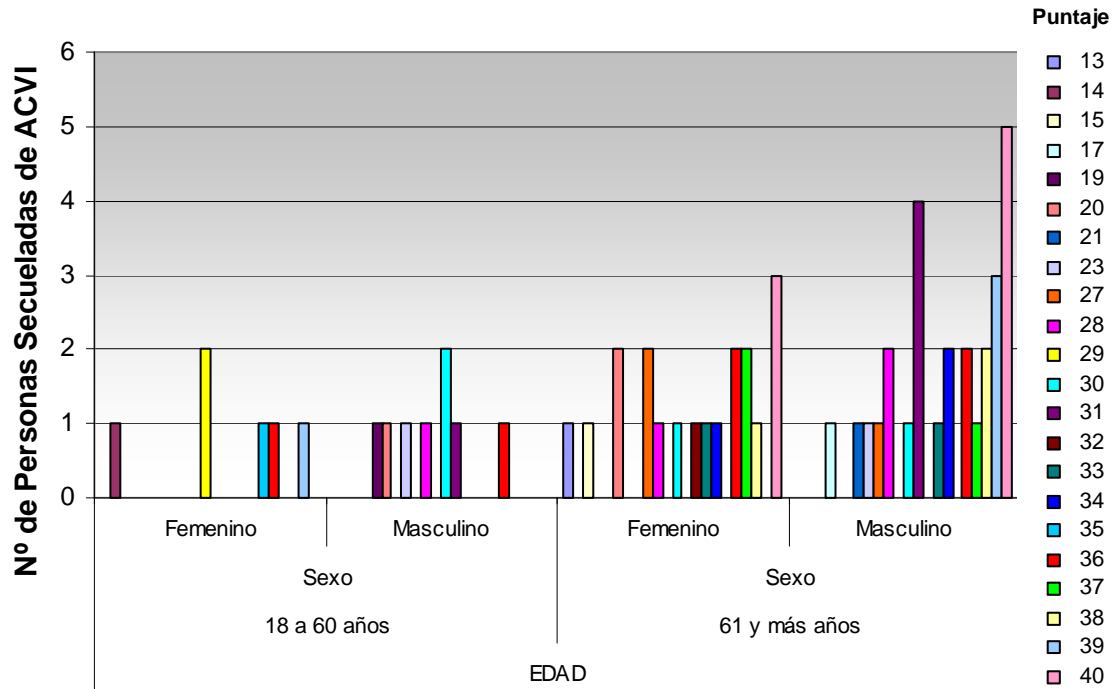
En la quinta pregunta “*Alguien cuyo consejo realmente desee*”, en los adultos de sexo femenino y masculino la alternativa *Algunas Veces* alcanza el 50% de las preferencias, mientras que en los adultos mayores, la alternativa con mayor porcentaje, tanto para las personas de sexo femenino como masculino la alcanza la alternativa *Siempre*, con un 31,6% para las mujeres y un 44,4% para los hombres.

En la sexta pregunta “*Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos*”, en los adultos de sexo femenino las alternativas con mayor porcentaje son *Algunas Veces* y *Siempre*, ambas con 33,3%, mientras que en el caso de las personas de sexo masculino la alternativa con mayor porcentaje es *Algunas Veces*, con un 37,5% de las preferencias. En el caso de los adultos mayores, la alternativa con mayor porcentaje para ambos sexos la constituye *Siempre*, con un 42,1% para las mujeres y un 40,7% para los hombres.

En la séptima pregunta “*Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales*”, en los adultos de sexo femenino la alternativa con mayor porcentaje en ambos sexos es *Algunas Veces*, cada uno con un 50,0%. En el caso de los adultos mayores la alternativa *Siempre* tiene el más alto porcentaje para ambos sexos, con un 36,8% para las mujeres y un 48,1% para los hombres.

En la última pregunta “*Alguien que comprenda sus problema*”, en los adultos de sexo femenino la alternativa *Algunas Veces*, tiene el porcentaje más alto con un 50,0%, mientras que en el caso de las personas de sexo masculino la alternativa con mayor porcentaje es *Siempre*, con un 37,5%. En el caso de los adultos mayores la alternativa *Siempre*, tiene el más alto porcentaje para ambos sexos, con un 42,1% para las mujeres y un 55,6% para los hombres.

**Gráfico N° 5: Apoyo Emocional de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI Según Edad y Sexo.**



La totalidad de los encuestados percibe apoyo emocional, ya que ninguna persona contesto *Nunca* a todas las preguntas del ítem, lo que significa que la muestra cuenta con alguien al cual pueda expresarle emociones, sentimientos, afecto y con el que pueda establecer una relación de confianza. Esto también refleja que las personas de nuestro estudio, al recibir este tipo de apoyo, pueden ser capaces de tener una menor reactividad ante situaciones estresantes y a un mejor manejo de las mismas.

Sólo el 18,3%, que corresponde 11 personas, se encuentra con un puntaje por debajo de la media, de estas, 3 pertenecen al grupo de adultos y 8 pertenecen al grupo de adultos mayores, lo que nos indica que 81,7% restante tiene una mayor percepción de apoyo emocional.

En el grupo de los adultos mayores, ambos sexos eligen la respuesta siempre en mayor frecuencia que las demás, sin embargo, es en el grupo de varones en la que se observan mayores porcentajes referentes a esta respuesta, lo que indicaría que hay mayor percepción de apoyo por parte de estos.

En el grupo de adultos, las mujeres muestran una marcada tendencia de respuesta, a diferencia de los hombres de este mismo grupo etario, en donde encontramos una diversidad éstas.

Según lo resultados obtenidos, los adultos mayores tienen una mayor percepción de apoyo emocional a diferencia de los adultos; esto difiere del marco conceptual, ya que según la teoría del ciclo vital familiar deben encontrarse en las etapas de nido vacío, post jubilación y viudez, por lo que su percepción de apoyo emocional debería estar disminuido, ya que estas etapas cuentan con menos personas significativas que le puedan otorgar apoyo emocional (esposo (a), hijos, amigos).

## 2.5 Descripción Apoyo Material o Instrumental:

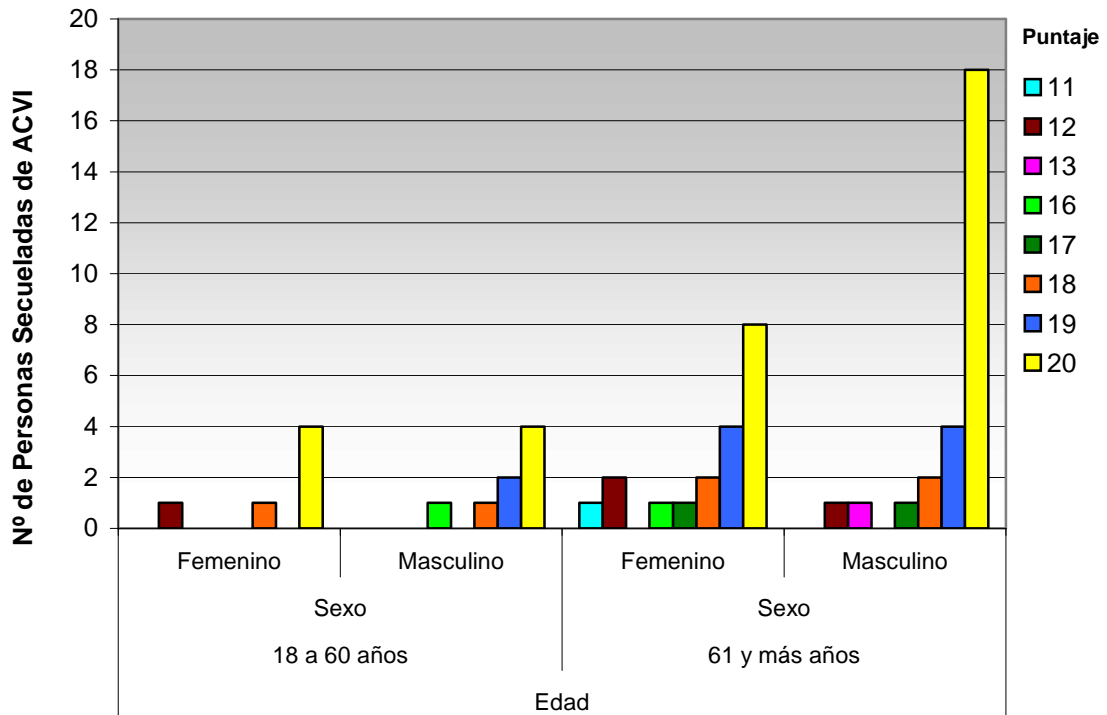
En la tabla N° 10 (Anexo 8), correspondiente al Apoyo Material o Instrumental, se observa en la primera pregunta “*Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama*”, que en los adultos de sexo femenino la alternativa *Siempre* abarca el más alto porcentaje, llegando al 100%; mientras que los hombres de este grupo etario escogen la misma alternativa como preferencia, con un 75%. En el caso de los adultos mayores, la alternativa con mayor porcentaje de respuesta, tanto para mujeres como para hombres es *Siempre*, la que llega a 63.2% y 92.6% respectivamente.

En la segunda pregunta “*Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesite*”, en los adultos de sexo femenino la alternativa *Siempre* abarca el mayor porcentaje, el que llega al 83,3% de las preferencias; mientras que los hombres del mismo grupo etario escogen la misma alternativa con un 75%. En los adultos mayores la alternativa con mayor porcentaje en el grupo de sexo femenino es *Siempre* con un 73,3%, mientras que en el grupo de sexo masculino la misma alternativa es escogida como principal llegando a un 88,9% de las preferencias.

En la tercera pregunta “*Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo*”, en los adultos de sexo femenino y masculino la alternativa *Siempre* tiene al más alto porcentaje, llegando al 66.7% y 87.5% respectivamente. En los adultos mayores, la alternativa *Siempre* tiene el mayor porcentaje para los grupos de sexo femenino y masculino, llegando a un 84,2% en el caso de las mujeres y a un 81,5% en el caso de los hombres.

En la última pregunta “*Alguien que le ayude a sus tareas domesticas si está enferma*”, los adultos de sexo femenino y masculino escogen la alternativa *Siempre*, la que alcanza el 66.7% y un 75% respectivamente. En el caso de los adultos mayores, la alternativa *Siempre* alcanza el 68.4% para las mujeres y el 81.5% para los hombres, siendo estas las con mayor preferencia.

**Gráfico N° 6: Apoyo Material o Instrumental de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI Según Edad y Sexo.**



La muestra perteneciente al estudio tiene una similar percepción sobre el apoyo material e instrumental, esto se evidencia en que las respuestas entregadas tienden al máximo de puntaje, sólo una persona del total registra un puntaje bajo la media. Esto indicaría que este tipo de apoyo, el cual concierne al bienestar de la persona cuando percibe la ayuda como adecuada, se encuentra presente, ya que todas cuentan con alguna persona significativa que les facilite el soporte que necesitan en ciertas situaciones, amortiguando así el impacto del estrés.

En el grupo de adultos de sexo femenino las respuestas entregadas tienen al máximo del puntaje, a diferencia de los hombres en los que los puntajes son más bajos.

En el grupo de adultos mayores la tendencia se invierte, siendo los hombres los que tienden al máximo puntaje.

## 2.6 Descripción Relaciones Sociales de Ocio y Distracción.

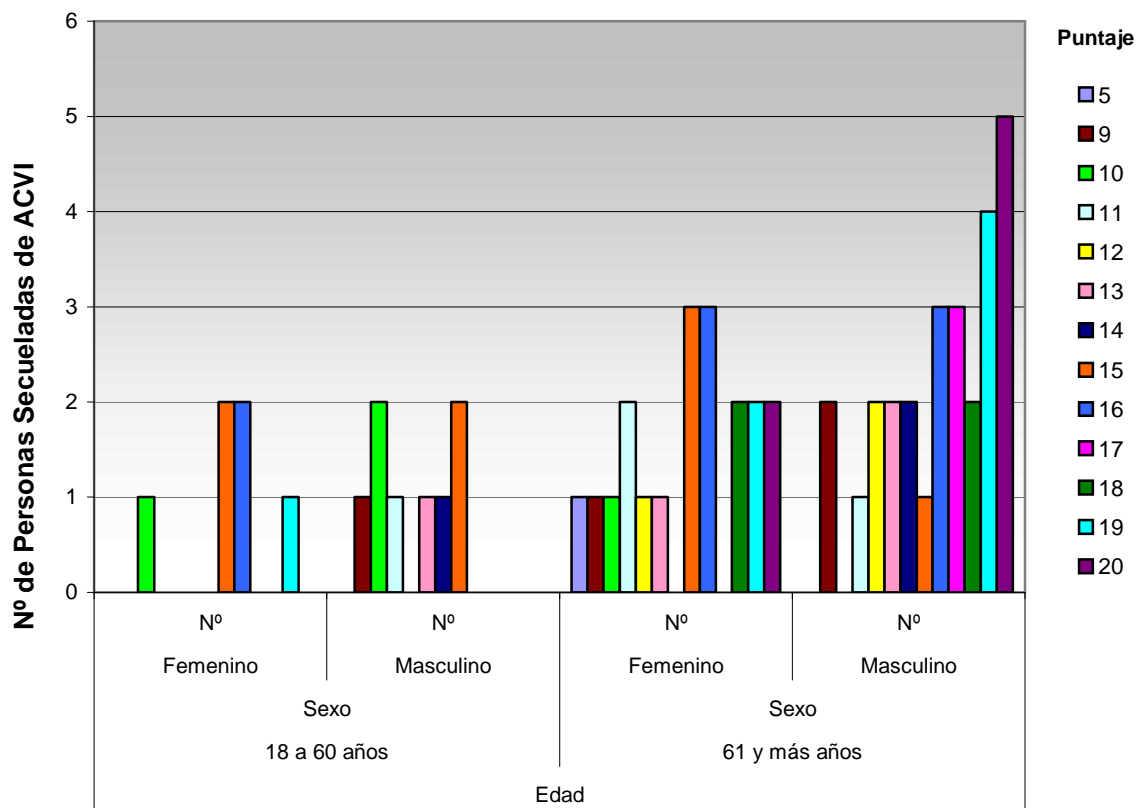
En la tabla N° 13 (Anexo 9), correspondiente a Relaciones Sociales de Ocio y Distracción, se observa que en la primera pregunta “*Alguien con quien pasar un buen rato*”, encontramos que en los adultos la alternativa *Algunas Veces* abarca el mayor porcentaje en los hombres, llegando al 50%; la alternativa *Siempre*, tiene el más alto porcentaje en las mujeres del mismo grupo etario llegando a un 50%. En el caso de los adultos mayores, las alternativas con mayor porcentaje en las mujeres son *La Mayoría de las Veces* y *Siempre*, ambas con un 36,8%; en el caso de los hombres la alternativa con mayor puntaje es *Siempre* con un 51,9%.

En la segunda pregunta “*Alguien con quien pueda relajarse*”, en los adultos de sexo femenino alternativa con mayor porcentaje la constituye *La Mayoría de las Veces* con un 50%; la alternativa *Algunas Veces* en el grupo de los hombres alcanza un 37,5% siendo ésta la de mayor preferencia. En los adultos mayores, la alternativa con mayor porcentaje de elección, tanto en mujeres como hombres la alcanza la opción *Siempre*, con un 31,6% y un 40,7% respectivamente.

En la tercera pregunta “*Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas*”, en los adultos de sexo femenino las alternativas con mayor porcentaje las alcanzan *Algunas Veces* y *Siempre* ambas con un 33,3%; mientras que en los hombres la respuesta *Algunas Veces* alcanza el 50%. En los adultos mayores de sexo femenino, la alternativa con mayor porcentaje la alcanza *La Mayoría de las Veces* con un 42,1%, a diferencia del sexo masculino en el cual la alternativa con mayor porcentaje la constituye *Siempre* con un 37%.

En la última pregunta “Alguien con quien divertirse”, en los adultos de sexo femenino las alternativas con mayor porcentaje las constituyen *Algunas Veces*, *La Mayoría de las Veces* y *Siempre* todas con un 33,3%; mientras que en las personas de sexo masculino la alternativa *La Mayoría de las Veces* constituye la opción predominante con un 50% de las preferencias. En los adultos mayores, la alternativa con mayor porcentaje en las mujeres la constituye *La Mayoría de las Veces*, con un 31,6%; mientras que en los hombres la alternativa con mayor preferencia es *Siempre* con un 37%.

**Gráfico N° 7: Relaciones Sociales de Ocio y Distracción de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI Según Edad y Sexo.**



En forma general la muestra posee puntajes que se encuentran por sobre la media, lo que equivale a mayor percepción de las relaciones sociales de ocio y distracción, sin embargo, un número considerable de la muestra, 14 de personas se encuentran por debajo de la media.

En el grupo de adultos, las mujeres tienen mayor percepción de relaciones sociales de ocio y distracción que los hombres, con mayor cantidad de respuestas *Siempre*; lo que se opone a lo observado en el grupo de adultos mayores, donde los hombres presentan mayor porcentaje de respuestas siempre, obteniendo así mayores puntajes.

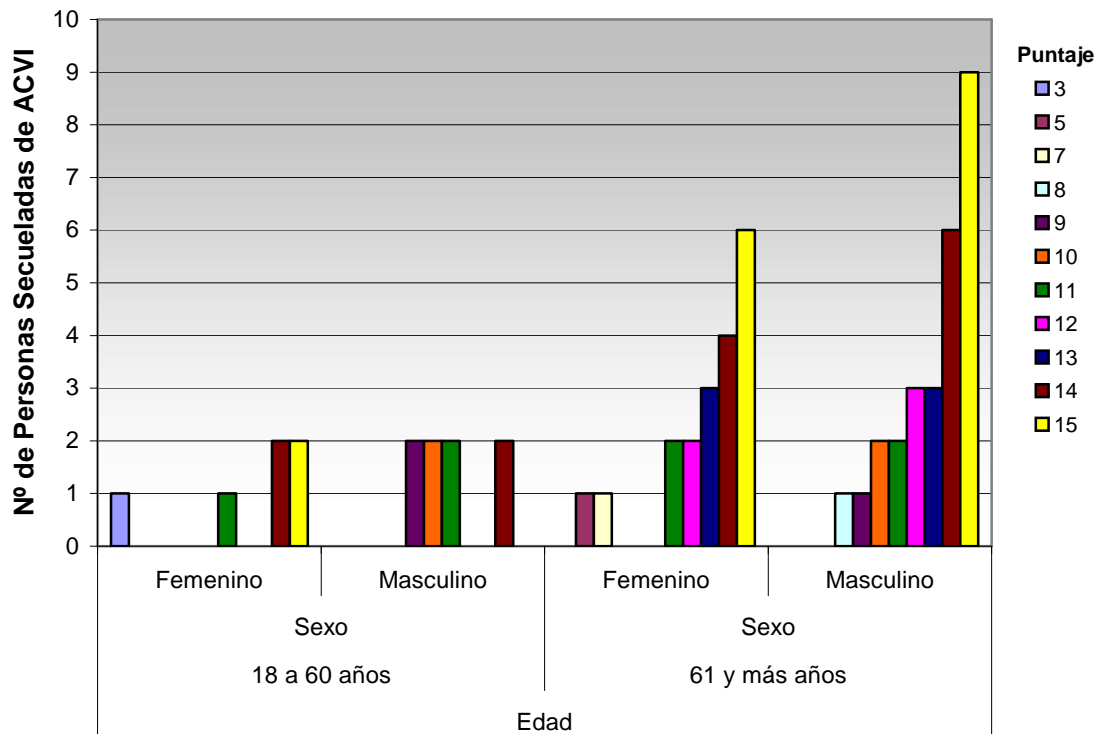
## 2.7 Descripción Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño:

En la tabla N° 15 (Anexo 10), correspondiente al Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño, se observa que en la primera pregunta “*Alguien que le muestre amor y cariño*” en los adultos de sexo femenino la alternativa *Siempre* abarca un 66.7%, mientras que en los hombres las alternativas con mayor porcentaje son *Algunas Veces* y *La Mayoría de las Veces*, ambas con un 37.5%. En el grupo de los adultos mayores, la alternativa con mayor frecuencia tanto para mujeres como hombres es *Siempre*, con un 63.2% y un 81,5% respectivamente.

En la segunda pregunta “*Alguien que le abrace*”, en los adultos de sexo femenino, la alternativa *Siempre* abarca el mayor porcentaje con un 66.7%; mientras que en los hombres la alternativa con mayor porcentaje es *Algunas Veces* con un 62.5%. En los adultos mayores la alternativa con mayor porcentaje para mujeres y hombres es *Siempre*, con un 52.6 % y un 37% respectivamente.

En la última pregunta “*Alguien a quien amar y hacer sentir querido*”, los adultos de sexo femenino escogen la alternativa *La Mayoría de las Veces* con un 50%, mientras que las personas de sexo masculino escogen la alternativa *Siempre*, con un 50%. En los adultos mayores la alternativa con mayor porcentaje tanto para mujeres como hombres es *Siempre*, con un 57.9% y 66.7% respectivamente.

**Gráfico N° 8: Apoyo Referido a Expresiones de Amor y Cariño de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI Según Edad y Sexo.**



La totalidad de la muestra percibe apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño, registrándose sólo cuatro personas que se encuentra bajo la media del puntaje total.

En los adultos de sexo femenino existe una mayor percepción del apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño, lo que manifiesta en la concentración de respuestas *Siempre*, mientras que los hombres no tienen una clara tendencia de respuestas, respondiendo indistintamente en cada pregunta. Esto se debe a la reciprocidad, en donde las mujeres se sienten necesitadas por los demás y capaces de entregar afecto, además las adultas encuentran en la etapa del ciclo vital llamada

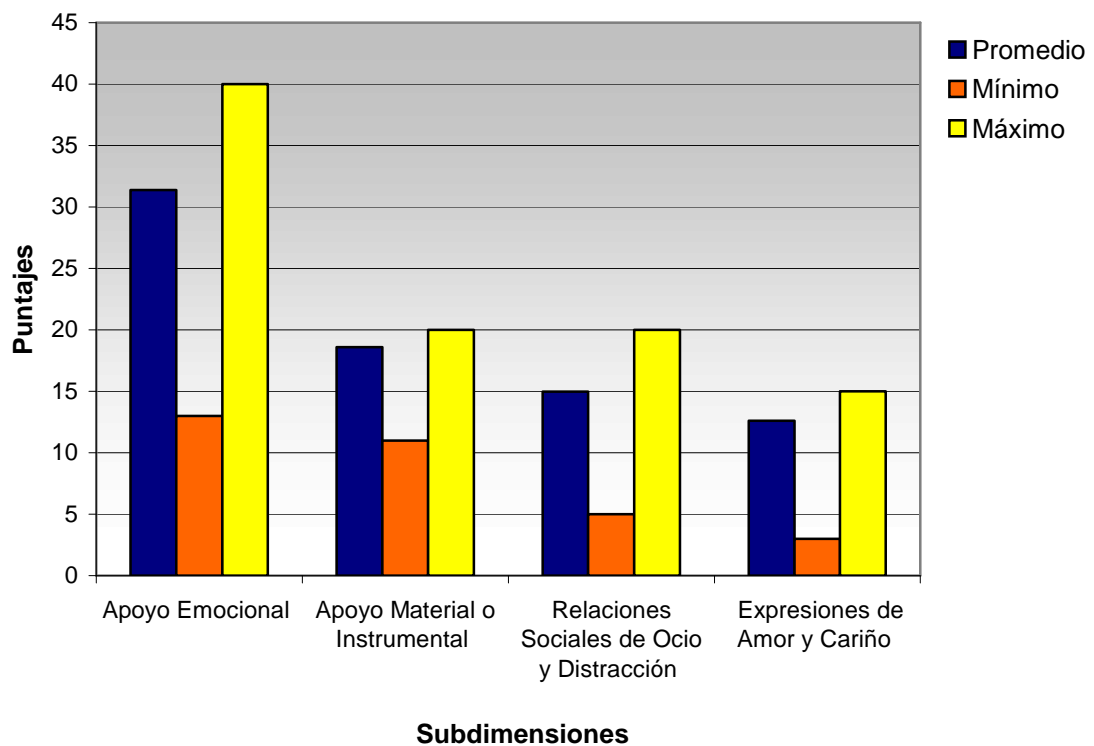
generatividad v/s estancamiento, en donde la tarea principal es la de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones; lo que explicaría la mayor percepción por parte de éstas al apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.

En los adultos mayores de ambos sexos se da con mayor frecuencia la respuesta siempre, lo que indica que tanto hombres como mujeres perciben el apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño en forma similar.

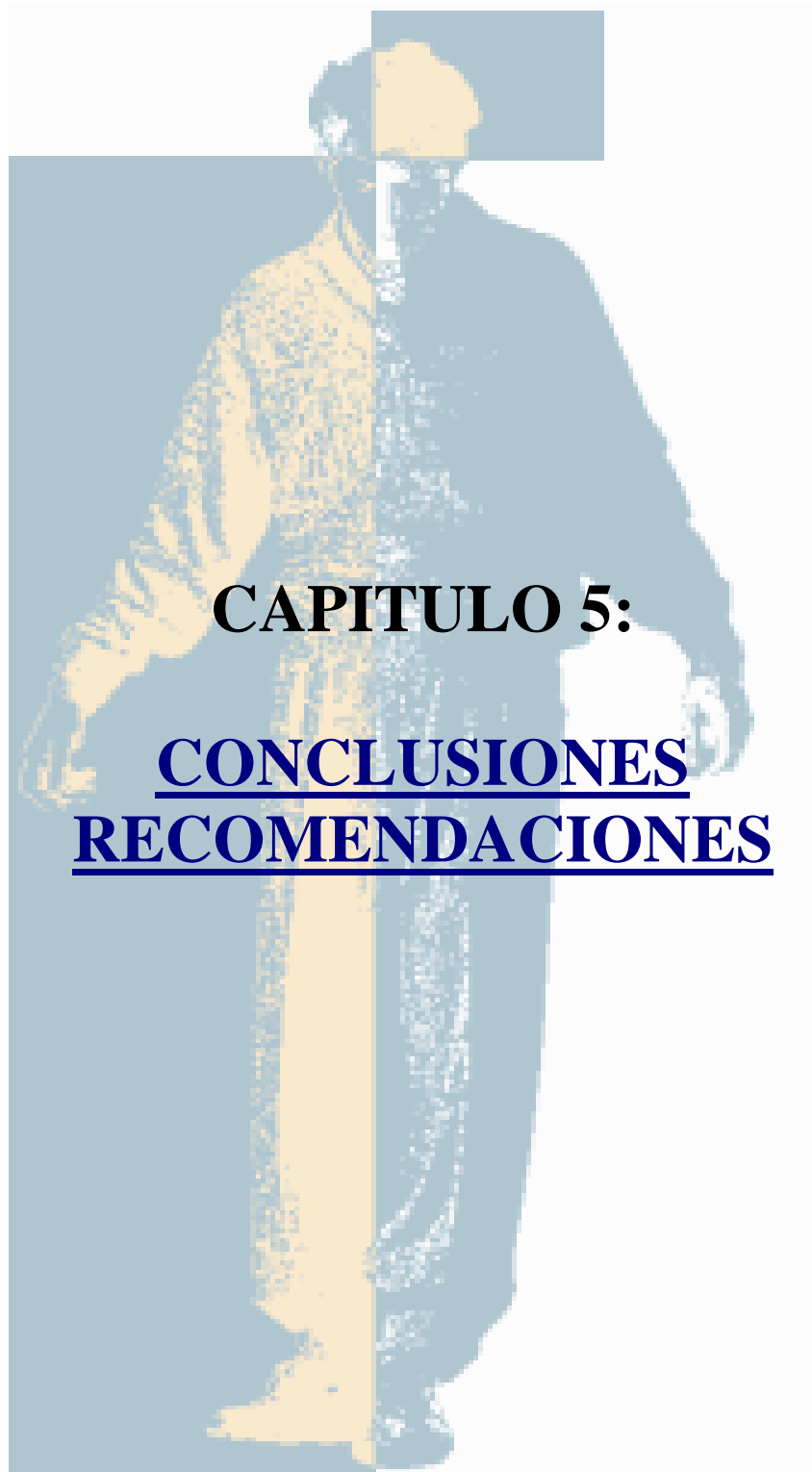
## 2.8 Descripción Dimensión Funcional del Apoyo Social Percibido

Según los datos arrojados por las tablas 18, 19, 20 y 21 (Anexo 11), el promedio de puntajes de respuesta de la Dimensión Funcional se encuentran sobre la media. Tanto el apoyo emocional, material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño; alcanzan una puntuación máxima y sólo en la última subdimensión se registran encuestados con una puntuación mínima.

**Gráfico N° 9: Dimensión Funcional del Apoyo Social Percibido en Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI.**



La Dimensión Funcional no se ve alterada por las secuelas del ACVI, ya que se registran puntajes sobre la media y sólo en la subdimensión referida a Expresiones de amor y cariño se observan puntajes mínimos; En general, existen personas que responden con el máximo de puntuación, lo que indica que las personas de nuestro estudio cuentan con ayuda suficiente para disminuir la carga con la que se encuentran en la actualidad facilitando el enfrentamiento al estrés.



## **CAPITULO 5:**

### **CONCLUSIONES** **RECOMENDACIONES**

## **I. CONCLUSIONES**

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio del estudio y a los resultados obtenidos posteriormente se concluye que:

- La muestra en su totalidad percibe Apoyo Social, sin embargo, el grupo etario de Adultos Mayores tiene una mayor percepción de ésta; dado que el apoyo que reciben proviene tanto de sus amigos como de sus familiares, siendo este último el principal.
- La muestra está compuesta principalmente por Adultos Mayores, quienes representan el 76,7% del total, en relación a la distribución por sexos, en el grupo de los Adultos son las mujeres quienes presentan un leve aumento en cantidad con un 24,0%, en el caso de los Adultos Mayores son los hombres quienes predominan con un 77,1% del total.
- Todos los integrantes de la muestra poseen al menos un familiar cercano, lo que difiere en relación a los amigos íntimos, donde se encontró que el 33,3% de las personas no perciben tenerlos.
- La totalidad de las personas de la muestra perciben apoyo emocional, siendo mayor en los Adultos que en los Adultos Mayores. Según sexo, en los Adultos la percepción entre mujeres y hombres es similar, a diferencia de los Adultos Mayores, en donde son los hombres quienes tienen una mayor percepción de este tipo de apoyo.

- En la muestra, los Adultos de ambos sexos perciben de manera similar el apoyo material e instrumental; a diferencia de los Adultos Mayores, en donde son los hombres quienes perciben mayor apoyo.
- En la muestra, dentro del grupo de los Adultos, son las mujeres quienes perciben mayor apoyo en las relaciones sociales de ocio y distracción, mientras que en los Adultos Mayores son los hombres quienes tienen una mayor percepción.
- En la muestra, la totalidad de las personas que la componen perciben apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño, esta percepción es mayor en los Adultos de sexo femenino y es similar en los Adultos Mayores de ambos sexos.
- Los roles que más se ajustan con el apoyo que debe ser otorgado a la persona secueleda de ACVI, de acuerdo a lo fundamentado por el modelo psicodinámico para mejorar la relación enfermera-paciente son: suministradora de recursos, la cual ofrece respuestas específicas a las preguntas, educadora otorgando información sobre la patología y el más esencial, el de consejera otorgando apoyo emocional, para de esta forma logre dar confianza tanto a las personas afectadas por esta enfermedad, como a sus redes de apoyo sociales más cercanas y se fortalece el proceso de rehabilitación.

## **II. RECOMENDACIONES**

- Reflexionar sobre la práctica y el propio quehacer profesional, para así mejorar la gestión del cuidado, teniendo siempre presente las responsabilidades propias que esto atañe y la importancia de la comunicación enfermera- paciente para un mejor desempeño.
- Motivar al Profesional Enfermera en la realización de investigaciones que sigan esta línea, como por ejemplo, “La influencia de otras personas en la recuperación de la salud”, para así lograr incorporar en los tres niveles de atención el concepto de “Apoyo Social” en los programas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud en adultos y adultos mayores.
- Fomentar la mirada biopsicosocial en la atención, por parte de los profesionales de la salud, especialmente en Enfermería, para que no tan sólo sea considerada importante la esfera biológica del ser humano, sino que también la esfera social, en la cual se desenvuelve junto a otros, y de esta forma profundizar en el apoyo social con el que éste cuenta, con el fin de abarcar su dimensión estructural y funcional, y así, utilizarlas como herramientas favorables durante el proceso de la Gestión del Cuidado.
- Crear estrategias, como la aplicación de una encuesta a las personas que se encuentra en control, con el fin de identificar su entorno; realizar entrevistas a familiares, sobre la esfera social en la que se desenvuelven y la localización de amigos íntimos, para así identificar a aquellas personas que se perciben como un apoyo real, familiar y no familiar, y de esta forma incorporarlos paulatinamente

en el proceso de gestión del cuidado, para mejorar la calidad de vida de las personas secueledas de un Accidente Cerebrovascular.

- Sensibilizar al Profesional Enfermera con el Modelo Psicodinámico de la teorista H. Peplau, basado en las relaciones interpersonales que se dan a través de la relación enfermera-paciente en su quehacer diario, para de esta forma mejorar la praxis del profesional y a la vez la calidad en la atención otorgada.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- (1) Bargiela. C & Bargiela. M, (2005), Accidente Cerebrovascular, Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires [en línea], <[http://www.smiba.org.ar/med\\_interna/vol\\_02/02\\_05.htm](http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm)> [26/11/2007].
- (2) Cazenave. A, (2007). Horizonte de Enfermería, Santiago, Chile, Vol. 18 (N°2), 2007.
- (3) Diplomado en Estudios Sobre el Desarrollo Humano “Desarrollo Humano en Chile. Perspectivas Para el Siglo XXI”. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Concepción, Chile. Agosto-Septiembre 2004.
- (4) Egado. J & Diez-Tejedor. E, (1997). Después Del ICTUS, Guía Práctica Para el Paciente y sus Cuidadores [en línea] Barcelona, extraído el 15 agosto 2007] desde<[http://web.adacema.org/documentos/\\_del\\_ictus\\_guia\\_pacientes\\_cuidadores.pdf](http://web.adacema.org/documentos/_del_ictus_guia_pacientes_cuidadores.pdf)>.
- (5) Ferreccio, C y cols. (2004). Encuesta Nacional De Salud Chile 2003. Extraído el 14 de octubre del 2007, desde Departamento de Salud Publica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://escuela.med.puc.cl/deptos/saludpublica/ResultadoENS/CapIAntecedentes.pdf>.
- (6) Goic. A. (1999). Semiología Médica. 2° ed., Santiago, Mediterráneo. 1999. pp. 196-202, 273-274, 361, 472, 488.

- (7) Guzmán J, Huenchan S, y Montes de Oca V. (2003) Redes de apoyo social de personas mayores. Marco conceptual. Revista Notas de Población, No. 77, CELADE-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile. pp. 39, 41, 42, 43, 54, 55, 65.
- (8) Herrera M, Passi C, Rodríguez S. (2000) Percepción del Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adultos Mayores [Tesis Licenciado en Psicología] Valparaíso, Chile, Universidad Católica de Valparaíso, 2000, pp. 71-73, 146 h.
- (9) INE: CHILE (2003), Censo 2002 Síntesis de Resultados, Extraído el día 1 de Noviembre de 2007 desde <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>, pp. 10.
- (10) INE: CHILE, (2003). Principales Causas de Muertes en Chile por Regiones 1997-2003 [en línea], Santiago, Chile, Departamento de Demografía, extraído el día 28 de octubre de 2007, desde [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/pdf/causas\\_de\\_muerte\\_regiones%202003.PDF](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/pdf/causas_de_muerte_regiones%202003.PDF).
- (11) Ley N° 19.937, Ley Autoridad Sanitaria y Gestión (2004). Diario Oficial de la República de Chile, Santiago Chile, 24 de Febrero de 2004.
- (12) Marriner A & Raile M. (2003) [Modelos y Teorías en Enfermería](#), Madrid, [Elsevier Science](#), 2003, pp 381- 387.
- (13) Morales H. (2003) Resultados Censo 2002, Población País- Región vol.1 p. 86.

- (14) Morales, J. (2002) *Psicología Social*. Buenos Aires, Pearson Education, 2002, pp. 401-408.
- (15) Navarro J. (2003). *El Paciente con ACV: La Perspectiva de Atención Primaria*. *Enfermería Global*, extraído el día 24 de Mayo de 2007, desde <http://www.um.es/eglobal/3/03b03.html>.
- (16) OMS (2006). *Global Burden of Neurological Disorders: Estimates and Projections*, en su: *Neurological Disorders Public Health Challenges*, Ginebra, World Health Organization, 2006, pp. 27-41.
- (17) Ponce J, López L, Velázquez A, Márquez E, Bellido M & Cruz F. (2007), *Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes*. Biblioteca Lascasas, 2007.
- (18) Raffo. S. *Trastornos adaptativos, apuntes de docencia*, Depto. De Psiquiatría y Salud Mental Sur. U. de Chile, 2007.
- (19) República de Chile, Ministerio de Salud (2006), *Guía Clínica Accidente Cerebrovascular Isquémico del Adulto*, 2006.
- (20) República de Chile, Ministerio de Salud. (2007) *Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto*. Septiembre 2007.
- (21) Rodríguez J., Miñana J. San Cristóbal Velasco. E, (2006) *Enfermedad Cerebrovascular*, *Tratado de Geriatría para Residentes*, Sociedad Española de Geriatría y

Gerontología. Madrid, International Marketing & Communication. S.A, 2006, pp. 495-505.

- (22) Rodríguez S. & Enrique. H.(2003), Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, *Psicodebate 7, Psicología, Cultura y Sociedad*, N°7, pp.155-168, 2003.
- (23) Smeltzer S. & Bare B.(2002), *Función Neurológica*, en su *Enfermería Médico-Quirúrgica*, 9° ed. México, McGrawHill, 2002, pp 1861-1876.
- (24) Wade S., Hauser S., Donald E., (2002) *Enfermedades cerebro vasculares*, En: Braunwald E., Hauser S., Fauci A., Longo D., Kasper D. & Jameson L. (Eds.), *Harrison Principios de Medicina Interna*, 15° ed., México, McGrawHill, 2002, pp. 2769-2771.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **LIBROS:**

- 📖 GOIC A. (1998). Semiología Médica. 2º Edición. Santiago: Mediterráneo, 1999.
- 📖 MARRINER. A, Raile. M. [Modelos y Teorías en Enfermería](#), Madrid, [Elsevier Science](#), 2003.
- 📖 MORALES. H. Resultados Censo 2002, Población País- Región vol.1, Chile, 2003.
- 📖 MORALES, J. Psicología Social. Buenos Aires, Pearson Education, 2002.
- 📖 OMS (2006). Global Burden of Neurological Disorders: Estimates and Projections, [en su](#): Neurological Disorders Public Health Challenges, Ginebra, World Health Organization, 2006, pp. 27-41.
- 📖 RODRÍGUEZ. M., Miñana, J., San Cristóbal Velasco. E, Enfermedad Cerebro Vascular, Tratado de Geriatria para Residentes, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid, International Marketing & Communication. S.A, 2006.
- 📖 SMELTZER S. & Bare B., Función Neurológica, [en su](#) Enfermería Medico-Quirúrgica, 9º ed. México, McGrawHill, 2002.
- 📖 WADE S., Hauser S. & Donald E., Enfermedades Cerebro Vasculares, [En](#): Braunwald E., Hauser S., Fauci A., Longo D., Kasper D. & Jameson L. (Eds.), Harrison Principios de Medicina Interna, 15º ed., México, McGrawHill, 2002.

**TESIS:**

- 📖 HERRERA. M, Passi. C, Rodríguez Espinoza. S, “Percepción del Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adultos Mayores” [Tesis Licenciado en Psicología] Valparaíso, Chile, Universidad Católica de Valparaíso, 2000.

**GUÍAS CLÍNICAS:**

- ✓ REPUBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto. Septiembre 2007.
- ✓ REPUBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, Guía Clínica Accidente Cerebrovascular Isquémico del Adulto, 2006.

**REVISTAS:**

- 📖 GUZMÁN J, Huenchan S, y Montes de Oca V. (2003) Redes de Apoyo Social de Personas Mayores. Marco conceptual. Revista Notas de Población, N° 77, CELADE-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile.
- 📖 HORIZONTE DE ENFERMERÍA, Santiago, Chile, Vol. 18 (N°2), 2007.
- 📖 RODRIGUEZ. S., Enrique. H., Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, *Psicodebate* 7, Psicología, Cultura y Sociedad, (N°7), 2003.

- 📖 SERRANO. S. Participación Ciudadana en la Construcción Social de País, Ambiente y Desarrollo, vol. 15 (N°1 y 2).Marzo/junio 1999.

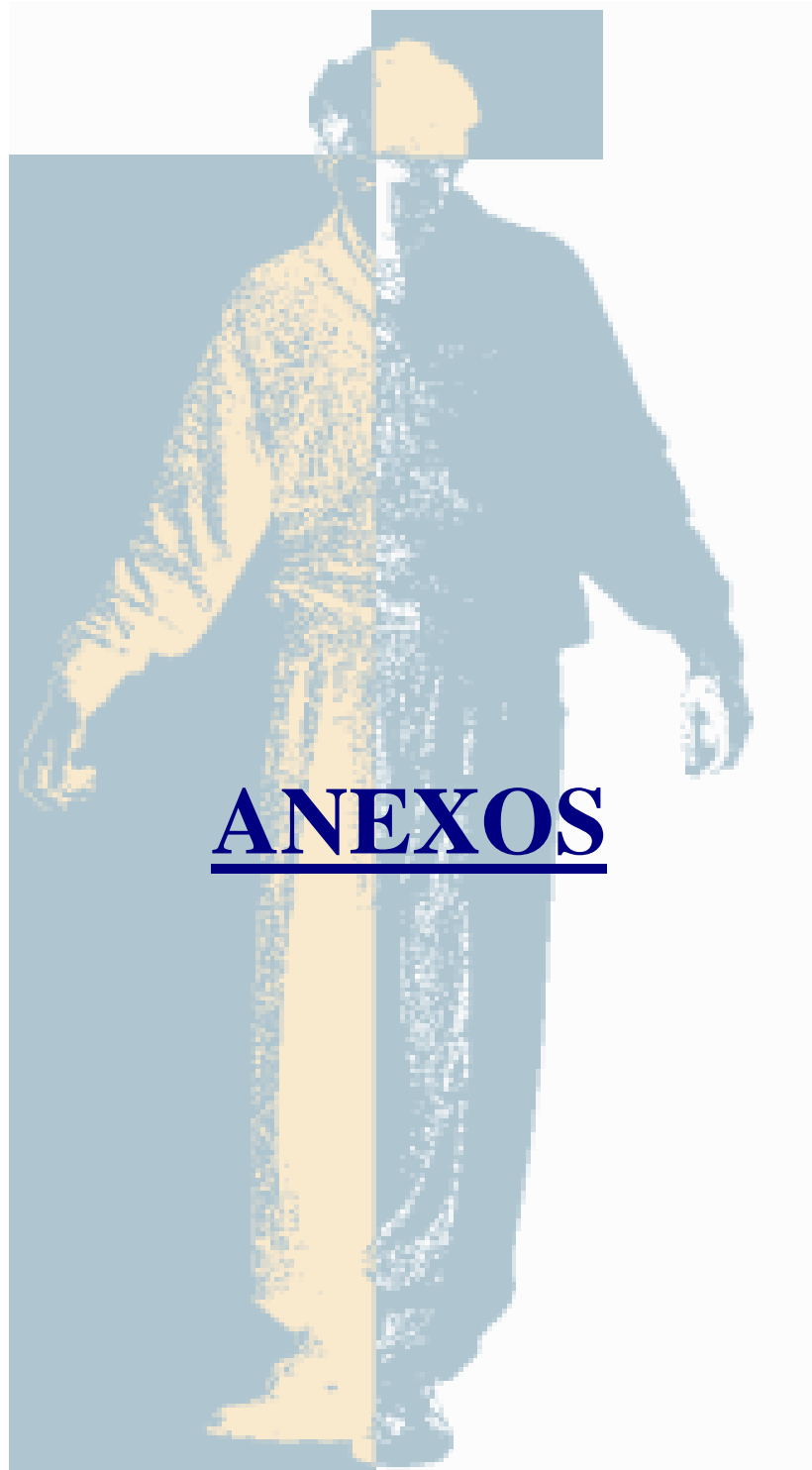
**LEYES:**

- ✓ LEY N° 19.937, Ley Autoridad Sanitaria y Gestión. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago Chile, 24 de Febrero de 2004.

**BIBLIOGRAFIA EN LINEA:**

- Ⓒ BARGIELA. C & Bargiela. M, 2005, Accidente Cerebrovascular, Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, extraído el día 26 de noviembre del 2007, [http://www.smiba.org.ar/med\\_interna/vol\\_02/02\\_05.htm](http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm).
- Ⓒ DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Encuesta Nacional de Salud. Santiago, Mayo 2004.  
<http://escuela.med.puc.cl/deptos/saludpublica/ResultadoENS/CapIAntecedentes.pdf>.
- Ⓒ DIPLOMADO EN ESTUDIOS SOBRE EL DESARROLLO HUMANO “Desarrollo Humano en Chile. Perspectivas para el Siglo XXI”. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Concepción, Chile. Agosto-Septiembre 2004.

- Ⓒ EGIDO. J & Diez-Tejedor. E, (1997). Después Del ICTUS, Guía Práctica Para el Paciente y sus Cuidadores [en línea] Barcelona, extraído el 15 agosto 2007] desde [http://web.adacema.org/documentos/\\_del\\_ictus\\_guia\\_pacientes\\_cuidadores.pdf](http://web.adacema.org/documentos/_del_ictus_guia_pacientes_cuidadores.pdf).
- Ⓒ INE- CHILE (2003, Marzo), Censo 2002 Síntesis de Resultados, Extraído el día 1 de Noviembre de 2007 desde <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>, pp. 10.
- Ⓒ INE: CHILE, Principales Causas de Muertes en Chile por Regiones 1997-2003 [en línea], Santiago, Chile, Departamento de Demografía, extraído el día 28 de octubre de 2007, desde [http://www.ine.cl/canales/chileestadistico/demografiayvital/estadisticasvital/pdf/causas\\_de\\_muerte\\_regiones%202003.PDF](http://www.ine.cl/canales/chileestadistico/demografiayvital/estadisticasvital/pdf/causas_de_muerte_regiones%202003.PDF).
- Ⓒ NAVARRO J., 2003. El Paciente con ACV: La Perspectiva de Atención Primaria. Enfermería Global, obtenido el día 24 de Mayo de 2007, desde <http://www.um.es/eglobal/3/03b03.html>.



## ANEXO 1:

### **INSTRUCTIVO CUESTIONARIO** **APOYO SOCIAL PERCIBIDO**

**OBJETIVO:** constituir una guía para favorecer la aplicación correcta del cuestionario de Apoyo Social Percibido.

- *Este instrumento debe ser aplicado únicamente por un Alumno de Enfermería de 4º año, que sea parte del grupo de tesis de Apoyo Social Percibido.*

**CONSIDERACIONES:**

- El cuestionario que a continuación se presenta, se encuentra dividido en **2 Partes**:
  - En la **1º Parte** se realiza una valoración general del adulto y adulto mayor que debe ser completado por el entrevistador con letra imprenta y legible, utilizando exclusivamente un lápiz de pasta o tinta. Los recuadros relacionados con la edad y sexo, deben ser llenados, ennegreciendo el círculo que se encuentra a su izquierda.
  - En la **2º Parte** se valora el Apoyo Social Percibido por medio de un cuestionario breve y multidimensional. **Consta de 20 ítems.**
    - El primero de estos ítems comprende la **Dimensión Estructural**, la cual informa sobre el tamaño de la red social, donde se debe anotar en la primera línea el número de amigos íntimos que tiene el encuestado y en la segunda línea se debe anotar el número de familiares cercanos que señale el encuestado.
    - Los ítems del 2 al 20 corresponden a la **Dimensión Funcional** del Apoyo Social, la cual involucra las siguientes sub dimensiones:
      - A. **Apoyo Emocional:** preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
      - B. **Apoyo Material o Instrumental:** preguntas 2, 5, 12 y 15.
      - C. **Relaciones Sociales de Ocio y Distracción:** preguntas 7, 11, 14 y 18.
      - D. **Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor Y Cariño:** preguntas 6, 10 y 20.
- ✚ Todas estas preguntas se miden con una escala de Likert, puntuando según corresponda:

A. <b>Nunca:</b>	1
B. <b>Pocas Veces:</b>	2
C. <b>Algunas Veces:</b>	3
D. <b>La Mayoría de las Veces:</b>	4
E. <b>Siempre:</b>	5
- ✚ En cada una de éstas se debe marcar con una línea oblicua o una cruz el puntaje otorgado por el encuestado, para tal efecto se debe utilizar exclusivamente lápiz de pasta o tinta. En caso de error, se puede utilizar corrector líquido.

## APOYO SOCIAL PERCIBIDO ADULTOS Y ADULTOS MAYORES SECUELADOS DE ACVI

Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_ Nombre del Entrevistador: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** El propósito de este cuestionario es evaluar el apoyo social que usted ha percibido posterior al Censo Isquémico.

### I. VALORACIÓN DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR:

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Domicilio: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

### II. APLICACIÓN DE CUESTIONARIO MOS (Apoyo Social Percibido):

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

**1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?** (Personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

- Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

**Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda: ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?...**

		<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>La mayoría de las veces</i>	<i>Siempre</i>
2.	<b>Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.</b>	1	2	3	4	5
3.	<b>Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.</b>	1	2	3	4	5
4.	<b>Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.</b>	1	2	3	4	5
5.	<b>Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesite.</b>	1	2	3	4	5

6.	<i>Alguien que le muestre amor y afecto.</i>	1	2	3	4	5
7.	<i>Alguien con quien pasar un buen rato.</i>	1	2	3	4	5
8.	<i>Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.</i>	1	2	3	4	5
9.	<i>Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.</i>	1	2	3	4	5
10.	<i>Alguien que le abrace.</i>	1	2	3	4	5
11.	<i>Alguien con quien pueda relajarse.</i>	1	2	3	4	5
12.	<i>Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.</i>	1	2	3	4	5
13.	<i>Alguien cuyo consejo realmente desee.</i>	1	2	3	4	5
14.	<i>Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.</i>	1	2	3	4	5
15.	<i>Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.</i>	1	2	3	4	5
16.	<i>Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.</i>	1	2	3	4	5
17.	<i>Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.</i>	1	2	3	4	5
18.	<i>Alguien con quien divertirse.</i>	1	2	3	4	5
19.	<i>Alguien que comprenda sus problemas.</i>	1	2	3	4	5
20.	<i>Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.</i>	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>						

## ANEXO 2:



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería y Obstetricia

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título Tesis: “Apoyo Social Percibido por el Adulto y Adulto Mayor Secueledo de Censo Isquémico”

*Objetivo: A través de este cuestionario queremos determinar el **Apoyo Social** que ha percibido posterior al Censo isquémico.*

Yo: \_\_\_\_\_  
R.U.T.: \_\_\_\_\_

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido realizar preguntas acerca del estudio a ejecutar.
- He recibido suficiente información sobre éste.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y si participo, los testistas tendrán derecho a acceder a toda la información relacionada con mi patología y antecedentes personales.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera
  - Sin tener que dar explicaciones
  - Sin que esto repercuta en mis cuidados
- La información me fue proporcionada por: \_\_\_\_\_
- Presto mi conformidad para participar en el estudio: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3:**

**Análisis de Confiabilidad: ESCALA COMPLETA**

**RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)**

**Statistics for**    **Mean**    **Variance**    **Std Dev**    **Variables**  
**SCALE**    **77,5667**    **209,3684**    **14,4696**    **19**

**Item-total Statistics**

<b>Scale Mean if Item Deleted</b>	<b>Scale Variance if Item Deleted</b>	<b>Corrected Item-Total Correlation</b>	<b>Alpha if Item Deleted</b>	
P2	72,8833	200,2065	,3696	,9369
P3	73,1833	190,0845	,7095	,9316
P4	73,6333	181,9650	,7684	,9298
P5	72,9667	192,2362	,6088	,9332
P6	73,1333	192,2531	,6321	,9329
P7	73,5167	189,2031	,6849	,9318
P8	73,1000	189,3458	,6444	,9325
P9	73,5500	187,0653	,6355	,9327
P10	73,6000	187,1932	,6936	,9315
P11	74,0667	187,0124	,5906	,9338
P12	72,8500	200,9432	,4226	,9362
P13	73,9833	186,8980	,5562	,9348
P14	73,8833	183,2234	,7920	,9295
P15	72,9667	194,3379	,6582	,9329
P16	74,0500	178,3873	,7563	,9302
P17	73,9167	180,8573	,7505	,9302
P18	73,8167	190,1523	,6038	,9333
P19	73,7333	185,3853	,6067	,9336
P20	73,3667	186,2362	,6871	,9316

**Reliability Coefficients**

N of Cases = 60,0

N of Items = 19

**Alpha = 0,9359**



**RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)**

**Item-total Statistics**

	<b>Scale Mean if Item Deleted</b>	<b>Scale Variance if Item Deleted</b>	<b>Corrected Item- Total Correlation</b>	<b>Squared Multiple Correlation</b>	<b>Alpha if Item Deleted</b>
P2	72,8833	200,2065	,3696	,4923	,9369
P3	73,1833	190,0845	,7095	,6717	,9316
P4	73,6333	181,9650	,7684	,7341	,9298
P5	72,9667	192,2362	,6088	,7402	,9332
P6	73,1333	192,2531	,6321	,7647	,9329
P7	73,5167	189,2031	,6849	,6171	,9318
P8	73,1000	189,3458	,6444	,6578	,9325
P9	73,5500	187,0653	,6355	,7995	,9327
P10	73,6000	187,1932	,6936	,7260	,9315
P11	74,0667	187,0124	,5906	,5327	,9338
P12	72,8500	200,9432	,4226	,6601	,9362
P13	73,9833	186,8980	,5562	,5892	,9348
P14	73,8833	183,2234	,7920	,8136	,9295
P15	72,9667	194,3379	,6582	,7086	,9329
P16	74,0500	178,3873	,7563	,8809	,9302
P17	73,9167	180,8573	,7505	,8501	,9302
P18	73,8167	190,1523	,6038	,6844	,9333
P19	73,7333	185,3853	,6067	,7326	,9336
P20	73,3667	186,2362	,6871	,7790	,9316

Reliability Coefficients 19 items

**Alpha = 0,9359**

**Standardized item alpha = 0,9370**

**ANEXO 3a:**

**Análisis de fiabilidad Apoyo Emocional**

**RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)**

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P3	4,3833	,9405	60,0
2.	P4	3,9333	1,2469	60,0
3.	P8	4,4667	1,0651	60,0
4.	P9	4,0167	1,2002	60,0
5.	P13	3,5833	1,3566	60,0
6.	P16	3,5167	1,4320	60,0
7.	P17	3,6500	1,3254	60,0
8.	P19	3,8333	1,3425	60,0

N of Cases = 60,0

Statistics for Mean Variance Std Dev Variables  
Scale 31,3833 55,0540 7,4198 8

Item Means Mean Minimum Maximum Range Max/Min Variance  
3,9229 3,5167 4,4667 ,9500 1,2701 ,1256

Item Variances Mean Minimum Maximum Range Max/Min Variance  
1,5580 ,8845 2,0506 1,1661 2,3184 ,1526

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
P3	27,0000	46,1017	,6317	,5173	,8736
P4	27,4500	41,4042	,7537	,6149	,8593
P8	26,9167	46,0777	,5423	,3778	,8798
P9	27,3667	43,9989	,6039	,5474	,8744
P13	27,8000	44,0271	,5103	,4218	,8852
P16	27,8667	38,8972	,7897	,8008	,8543
P17	27,7333	40,1650	,7817	,7658	,8557
P19	27,5500	42,1161	,6391	,4684	,8713

Reliability Coefficients 8 items  
**Alpha = 0 ,8841** **Standardized item alpha = 0 ,8853**

**ANEXO 3b:**

**Análisis de fiabilidad Apoyo Material**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. P2	4,6833	,8129	60,0
2. P5	4,6000	,9602	60,0
3. P12	4,7167	,6662	60,0
4. P15	4,6000	,7855	60,0

N of Cases = 60,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	18,6000	5,9729	2,4439	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4,6500	4,6000	4,7167	,1167	1,0254	,0035

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,6609	,4438	,9220	,4782	2,0777	,0391

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
P2	13,9167	4,0099	,4000	,1958	,7583
P5	14,0000	3,0508	,5962	,4565	,6536
P12	13,8833	4,2065	,4840	,2453	,7156
P15	14,0000	3,3220	,7104	,5251	,5849

Reliability Coefficients 4 items

**Alpha = 0,7432      Standardized item alpha = 0,7467**

**ANEXO 3c:**

**Análisis de fiabilidad Relaciones Sociales de Ocio y Distracción**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P7	4,0500	1,0156	60,0
2.	P11	3,5000	1,2822	60,0
3.	P14	3,6833	1,1570	60,0
4.	P18	3,7500	1,0834	60,0

N of Cases = 60,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	14,9833	13,5082	3,6753	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,7458	3,5000	4,0500	,5500	1,1571	,0523

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,2970	1,0314	1,6441	,6127	1,5941	,0693

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
P7	10,9333	8,8090	,6084	,3735	,7922
P11	11,4833	7,5760	,6075	,3702	,7984
P14	11,3000	7,6373	,7087	,5300	,7440
P18	11,2333	8,1819	,6700	,4859	,7641

**Reliability Coefficients 4 items**

**Alpha = 0,8213      Standardized item alpha = 0,8245**

**ANEXO 3d:**

**Análisis de fiabilidad Apoyo Afectivo  
Referido a exp. de amor y cariño**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. P6	4,4333	,9273	60,0
2. P10	3,9667	1,1042	60,0
3. P20	4,2000	1,1615	60,0

N of Cases = 60,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	12,6000	7,0237	2,6502	3

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	4,2000	3,9667	4,4333	,4667	1,1176	,0544

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,1427	,8599	1,3492	,4893	1,5690	,0642

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
P6	8,1667	3,8362	,6408	,4717	,6610
P10	8,6333	3,1514	,6768	,5063	,5981
P20	8,4000	3,4644	,5112	,2639	,7997

Reliability Coefficients 3 items

**Alpha = 0,7679      Standardized item alpha = 0,7761**

**ANEXO 4:**

**Tabla N° 2:** Distribución de Edades de Adulos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

<b>Edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
33	1	1,7
41	1	1,7
48	1	1,7
51	2	3,3
53	1	1,7
54	2	3,3
55	1	1,7
56	2	3,3
59	1	1,7
60	2	3,3
61	7	11,7
62	1	1,7
64	1	1,7
65	2	3,3
66	2	3,3
67	3	5,0
69	3	5,0
70	2	3,3
71	7	11,7
73	1	1,7
74	3	5,0
75	1	1,7
77	3	5,0
78	2	3,3
79	1	1,7
80	1	1,7
81	1	1,7
82	1	1,7
84	1	1,7
86	1	1,7
88	1	1,7
92	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Tabla N° 3:** Promedio de Edades de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

	Edades
Nº	60
Media (Promedio)	67

**ANEXO 5:**

**Tabla N° 4:** Familiares Cercanos y Amigos Íntimos de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo.

	Edad											
	18 a 60 años						61 y más años					
	Sexo						Sexo					
	Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número de familiares cercanos	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	2	10,5%	2	7,4%	4	8,7%
2	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	2	10,5%	4	14,8%	6	13,0%
3	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
4	2	33,3%	0	,0%	2	14,3%	5	26,3%	8	29,6%	13	28,3%
5	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
6	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
7	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
10	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
19	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
Total	6	100 %	8	100 %	14	100 %	19	100 %	27	100 %	46	100 %
Número de amigos íntimos	0	33,3%	3	37,5%	5	35,7%	7	36,8%	8	29,6%	15	32,6%
1	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	7	36,8%	6	22,2%	13	28,3%
2	3	50,0%	1	12,5%	4	28,6%	1	5,3%	3	11,1%	4	8,7%
3	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	2	10,5%	1	3,7%	3	6,5%
4	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	4	14,8%	5	10,9%
5	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
7	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
8	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	7,4%	2	4,3%
10	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
15	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
Total	6	100 %	8	100 %	14	100 %	19	100 %	27	100%	46	100 %

**Tabla N° 5:** Distribución del Número de familiares cercanos de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

<b>N°</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1	7	11,7	11,7
2	9	15,0	26,7
3	10	16,7	43,3
4	15	25,0	68,3
5	11	18,3	86,7
6	3	5,0	91,7
7	2	3,3	95,0
10	2	3,3	98,3
19	1	1,7	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla N° 6:** Distribución del Número de amigos Íntimos de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

<b>N°</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0	20	33,3	33,3
1	14	23,3	56,7
2	8	13,3	70,0
3	5	8,3	78,3
4	6	10,0	88,3
5	2	3,3	91,7
7	1	1,7	93,3
8	2	3,3	96,7
10	1	1,7	98,3
15	1	1,7	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

**ANEXO 6:**

**Tabla N° 7:** Distribución del Número Total de Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

<b>N° Personas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1	4	6,7	6,7
2	3	5,0	11,7
3	8	13,3	25,0
4	11	18,3	43,3
5	7	11,7	55,0
6	6	10,0	65,0
7	6	10,0	75,0
8	4	6,7	81,7
9	3	5,0	86,7
10	2	3,3	90,0
11	1	1,7	91,7
12	1	1,7	93,3
13	2	3,3	96,7
15	1	1,7	98,3
34	1	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla N° 8:** Promedio de Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

<b>Promedio</b>	<b>Personas Percibidas como Apoyo y Ayuda</b>
N Válidos	60
Media	6,13

**ANEXO 7:**

**Tabla N° 9:** Apoyo Emocional de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI según Edad y Sexo.

PREGUNTA		EDAD											
		18 a 60 años						61 y más años					
		Sexo						Sexo					
		Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar</b>	Nunca	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Pocas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	2	10,5%	0	,0%	2	4,3%
	Algunas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	2	7,4%	3	6,5%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	8	42,1%	6	22,2%	14	30,4%
	Siempre	4	66,7%	5	62,5%	9	64,3%	8	42,1%	19	70,4%	27	58,7%
<b>Alguien que le aconseje cuando tenga problemas</b>	Nunca	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Pocas Veces	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	3	15,8%	5	18,5%	8	17,4%
	Algunas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	2	10,5%	3	11,1%	5	10,9%
	La Mayoría de las Veces	4	66,7%	1	12,5%	5	35,7%	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
	Siempre	1	16,7%	3	37,5%	4	28,6%	10	52,6%	14	51,9%	24	52,2%
<b>Alguien que le informe y le ayude a entender una situación</b>	Nunca	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	1	3,7%	3	6,5%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
	Algunas Veces	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	2	10,5%	0	,0%	2	4,3%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	2	10,5%	4	14,8%	6	13,0%
	Siempre	4	66,7%	6	75,0%	10	71,4%	13	68,4%	21	77,8%	34	73,9%
<b>Alguien en quien confiar y con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones</b>	Nunca	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
	Pocas Veces	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	2	10,5%	1	3,7%	3	6,5%
	Algunas Veces	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	4	21,1%	2	7,4%	6	13,0%
	La Mayoría de las Veces	2	33,3%	2	25,0%	4	28,6%	3	15,8%	7	25,9%	10	21,7%
	Siempre	2	33,3%	2	25,0%	4	28,6%	9	47,4%	16	59,3%	25	54,3%
<b>Alguien cuyo consejo desee</b>	Nunca	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	3	15,8%	1	3,7%	4	8,7%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	15,8%	5	18,5%	8	17,4%
	Algunas Veces	3	50,0%	4	50,0%	7	50,0%	2	10,5%	3	11,1%	5	10,9%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	5	26,3%	6	22,2%	11	23,9%
	Siempre	2	33,3%	1	12,5%	3	21,4%	6	31,6%	12	44,4%	18	39,1%

*Apoyo Social Percibido por Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI.*

---

<b>Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos</b>	Nunca	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	4	21,1%	1	3,7%	5	10,9%
	Pocas Veces	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	0	,0%	5	18,5%	5	10,9%
	Algunas Veces	2	33,3%	3	37,5%	5	35,7%	4	21,1%	4	14,8%	8	17,4%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	3	15,8%	6	22,2%	9	19,6%
	Siempre	2	33,3%	1	12,5%	3	21,4%	8	42,1%	11	40,7%	19	41,3%
<b>Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales</b>	Nunca	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	3	15,8%	0	,0%	3	6,5%
	Pocas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	5	18,5%	6	13,0%
	Algunas Veces	3	50,0%	4	50,0%	7	50,0%	4	21,1%	4	14,8%	8	17,4%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
	Siempre	2	33,3%	1	12,5%	3	21,4%	7	36,8%	13	48,1%	20	43,5%
<b>Alguien que comprenda sus problemas</b>	Nunca	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	3	15,8%	1	3,7%	4	8,7%
	Pocas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	2	7,4%	3	6,5%
	Algunas Veces	3	50,0%	2	25,0%	5	35,7%	3	15,8%	3	11,1%	6	13,0%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	4	21,1%	6	22,2%	10	21,7%
	Siempre	1	16,7%	3	37,5%	4	28,6%	8	42,1%	15	55,6%	23	50,0%

**Tabla N° 10:** Distribución de Puntajes en Apoyo Emocional de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo.

PUNTAJE Apoyo Emocional	EDAD							
	18 a 60 años				61 y más años			
	Sexo				Sexo			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
13	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
14	1	16,7%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
15	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
17	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%
19	0	,0%	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
20	0	,0%	1	12,5%	2	10,5%	0	,0%
21	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%
23	0	,0%	1	12,5%	0	,0%	1	3,7%
27	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	1	3,7%
28	0	,0%	1	12,5%	1	5,3%	2	7,4%
29	2	33,3%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
30	0	,0%	2	25,0%	1	5,3%	1	3,7%
31	0	,0%	1	12,5%	0	,0%	4	14,8%
32	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
33	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	1	3,7%
34	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	2	7,4%
35	1	16,7%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
36	1	16,7%	1	12,5%	2	10,5%	2	7,4%
37	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	1	3,7%
38	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	2	7,4%
39	1	16,7%	0	,0%	0	,0%	3	11,1%
40	0	,0%	0	,0%	3	15,8%	5	18,5%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>19</b>	<b>100,0%</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>

**ANEXO 8:**

**Tabla N° 11:** Apoyo Material o Instrumental de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI según Edad y Sexo.

PREGUNTA		Edad											
		18 a 60 años						61 y más años					
		Sexo						Sexo					
		Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Alguien que la ayude cuando tenga que estar en la cama</b>	Nunca	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	0	,0%	2	4,3%
	Algunas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
	La Mayoría de las Veces	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	4	21,1%	1	3,7%	5	10,9%
	Siempre	6	100,0%	6	75,0%	12	85,7%	12	63,2%	25	92,6%	37	80,4%
<b>Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesite</b>	Nunca	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	0	,0%	1	3,7%	1	2,2%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Algunas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	15,8%	2	7,4%	5	10,9%
	La Mayoría de las Veces	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Siempre	5	83,3%	6	75,0%	11	78,6%	14	73,7%	24	88,9%	38	82,6%
<b>Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo</b>	Nunca	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Algunas Veces	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	1	5,3%	2	7,4%	3	6,5%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	1	5,3%	3	11,1%	4	8,7%
	Siempre	4	66,7%	7	87,5%	11	78,6%	16	84,2%	22	81,5%	38	82,6%
<b>Alguien que le ayude a sus tareas domésticas si esta enferma</b>	Nunca	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
	Algunas Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	2	10,5%	1	3,7%	3	6,5%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	3	15,8%	3	11,1%	6	13,0%
	Siempre	4	66,7%	6	75,0%	10	71,4%	13	68,4%	22	81,5%	35	76,1%

**Tabla N° 12:** Distribución de Puntajes en Apoyo Material o Instrumental de Adultos y Adultos Mayores Secueados de ACVI según Edad y Sexo.

PUNTAJE Apoyo Material o Instrumental	Edad							
	18 a 60 años				61 y más años			
	Sexo				Sexo			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
12	1	16,7%	0	,0%	2	10,5%	1	3,7%
13	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%
16	0	,0%	1	12,5%	1	5,3%	0	,0%
17	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	1	3,7%
18	1	16,7%	1	12,5%	2	10,5%	2	7,4%
19	0	,0%	2	25,0%	4	21,1%	4	14,8%
20	4	66,7%	4	50,0%	8	42,1%	18	66,7%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>19</b>	<b>100,0%</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>

**ANEXO 9:**

**Tabla N° 13:** Relaciones Sociales de Ocio y Distracción de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI según Edad y Sexo.

PREGUNTA		Edad											
		18 a 60 años						61 y más años					
		Sexo						Sexo					
		Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Alguien con quien pasar un buen rato</b>	Nunca	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	4	21,1%	2	7,4%	6	13,0%
	Algunas Veces	1	16,7%	4	50,0%	5	35,7%	1	5,3%	5	18,5%	6	13,0%
	La Mayoría de las Veces	2	33,3%	2	25,0%	4	28,6%	7	36,8%	6	22,2%	13	28,3%
	Siempre	3	50,0%	2	25,0%	5	35,7%	7	36,8%	14	51,9%	21	45,7%
<b>Alguien con quien pueda relajarse</b>	Nunca	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	3	15,8%	0	,0%	3	6,5%
	Pocas Veces	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	3	15,8%	3	11,1%	6	13,0%
	Algunas Veces	2	33,3%	3	37,5%	5	35,7%	2	10,5%	7	25,9%	9	19,6%
	La Mayoría de las Veces	3	50,0%	1	12,5%	4	28,6%	5	26,3%	6	22,2%	11	23,9%
	Siempre	0	,0%	0	,0%	0	,0%	6	31,6%	11	40,7%	17	37,0%
<b>Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas</b>	Nunca	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Pocas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	2	10,5%	4	14,8%	6	13,0%
	Algunas Veces	2	33,3%	4	50,0%	6	42,9%	3	15,8%	4	14,8%	7	15,2%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%	8	42,1%	9	33,3%	17	37,0%
	Siempre	2	33,3%	0	,0%	2	14,3%	5	26,3%	10	37,0%	15	32,6%
<b>Alguien con quien divertirse</b>	Nunca	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	2	10,5%	0	,0%	2	4,3%
	Pocas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
	Algunas Veces	2	33,3%	2	25,0%	4	28,6%	5	26,3%	8	29,6%	13	28,3%
	La Mayoría de las Veces	2	33,3%	4	50,0%	6	42,9%	6	31,6%	8	29,6%	14	30,4%
	Siempre	2	33,3%	0	,0%	2	14,3%	5	26,3%	10	37,0%	15	32,6%

**Tabla N° 14:** Distribución de Puntajes en Relaciones Sociales de Ocio y Distracción De Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI según Edad y Sexo.

PUNTAJE	Edad							
	18 a 60 años				61 y más años			
	Sexo				Sexo			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
9	0	,0%	1	12,5%	1	5,3%	2	7,4%
10	1	16,7%	2	25,0%	1	5,3%	0	,0%
11	0	,0%	1	12,5%	2	10,5%	1	3,7%
12	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	2	7,4%
13	0	,0%	1	12,5%	1	5,3%	2	7,4%
14	0	,0%	1	12,5%	0	,0%	2	7,4%
15	2	33,3%	2	25,0%	3	15,8%	1	3,7%
16	2	33,3%	0	,0%	3	15,8%	3	11,1%
17	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	11,1%
18	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	2	7,4%
19	1	16,7%	0	,0%	2	10,5%	4	14,8%
20	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	5	18,5%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>19</b>	<b>100,0%</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>

**ANEXO 10:**

**Tabla N° 15:** Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño de Adultos y Adultos Mayores Secueledos de ACVI.

PREGUNTA		EDAD											
		18 a 60 años						61 y más años					
		Sexo						Sexo					
		Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Alguien que le muestre amor y afecto</b>	Nunca	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Pocas Veces	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Algunas Veces	1	16,7%	3	37,5%	4	28,6%	1	5,3%	4	14,8%	5	10,9%
	La Mayoría de las Veces	0	,0%	3	37,5%	3	21,4%	5	26,3%	1	3,7%	6	13,0%
	Siempre	4	66,7%	2	25,0%	6	42,9%	12	63,2%	22	81,5%	34	73,9%
<b>Alguien que le abrace</b>	Nunca	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Pocas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	1	5,3%	2	7,4%	3	6,5%
	Algunas Veces	0	,0%	5	62,5%	5	35,7%	1	5,3%	7	25,9%	8	17,4%
	La Mayoría de las Veces	1	16,7%	1	12,5%	2	14,3%	6	31,6%	8	29,6%	14	30,4%
	Siempre	4	66,7%	1	12,5%	5	35,7%	10	52,6%	10	37,0%	20	43,5%
<b>Alguien a quien amar y hacerle sentir querido</b>	Nunca	1	16,7%	0	,0%	1	7,1%	1	5,3%	0	,0%	1	2,2%
	Pocas Veces	0	,0%	2	25,0%	2	14,3%	2	10,5%	2	7,4%	4	8,7%
	Algunas Veces	0	,0%	1	12,5%	1	7,1%	2	10,5%	2	7,4%	4	8,7%
	La Mayoría de las Veces	3	50,0%	1	12,5%	4	28,6%	3	15,8%	5	18,5%	8	17,4%
	Siempre	2	33,3%	4	50,0%	6	42,9%	11	57,9%	18	66,7%	29	63,0%

**Tabla N° 16:** Distribución de Puntajes Apoyo Afectivo Referido a Expresiones De Amor y Cariño de Adultos y Adultos Mayores Secuelados de ACVI.

PUNTAJES	Edad							
	18 a 60 años				61 y más años			
	Sexo				Sexo			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3	1	16,7%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
5	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
7	0	,0%	0	,0%	1	5,3%	0	,0%
8	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	3,7%
9	0	,0%	2	25,0%	0	,0%	1	3,7%
10	0	,0%	2	25,0%	0	,0%	2	7,4%
11	1	16,7%	2	25,0%	2	10,5%	2	7,4%
12	0	,0%	0	,0%	2	10,5%	3	11,1%
13	0	,0%	0	,0%	3	15,8%	3	11,1%
14	2	33,3%	2	25,0%	4	21,1%	6	22,2%
15	2	33,3%	0	,0%	6	31,6%	9	33,3%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>19</b>	<b>100,0%</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>

**ANEXO 11:**

**Tabla N° 17:** Apoyo Emocional: Valores Estadísticos.

N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		31,38
Mediana		32,50
Moda		40
Mínimo		13
Máximo		40

**Tabla N° 18:** Apoyo Material o Instrumental: Valores Estadísticos.

N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		18,60
Mediana		20,00
Moda		20
Mínimo		11
Máximo		20

**Tabla N° 19:** Relaciones Sociales de Ocio y Distracción: Valores Estadísticos.

N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		14,98
Mediana		15,00
Moda		15(a)
Mínimo		5
Máximo		20

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

**Tabla N° 20:** Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor y Cariño:  
Valores Estadísticos.

N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		12,60
Mediana		14,00
Moda		15
Mínimo		3
Máximo		15