



**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“Percepción de apoyo social y su asociación con la situación de salud de los  
adultos mayores pertenecientes al programa de atención domiciliaria del  
adulto mayor del Hogar de Cristo”**

**TESIS  
para obtención grado**

**MAGISTER EN ENFERMERÍA  
CON MENCIÓN EN GERONTO-GERIATRÍA**

**AUTOR:** Carolina Ruiz-Tagle Pérez  
**PROFESOR GUÍA:** Isabel Siefer Navas

**PROGRAMA MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**Valparaíso, Enero 2015**

## INFORME DE APROBACIÓN

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

### INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGISTER

La comisión evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magister presentada por el candidato:

**CAROLINA RUIZ-TAGLE PÉREZ**

Ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día ..... de ....., del 2015, como requisito para optar al grado de Magister en Enfermería con mención en Gerontogeriatría y, para que así conste para todos los efectos firman:

#### **Profesor Patrocinante**

**Profesor:** \_\_\_\_\_

#### **Comisión Evaluadora**

**Profesor** \_\_\_\_\_

**Profesor** \_\_\_\_\_

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este importante proceso, quisiera agradecer profundamente a todas las personas que hicieron posible que este proyecto se concretara.

Un reconocimiento especial al Hogar de Cristo región de Valparaíso, por abrir sus puertas para desarrollar esta investigación, y a todas las personas de dicha institución que colaboraron en forma cálida y desinteresada.

A mi asesora de Tesis Profesora Isabel Siefer Navas, quien me apoyó en todo momento con generosidad, dedicación, confianza y afecto.

Finalmente a mi familia, en especial a mi marido e hijas por su paciencia y apoyo incondicional.

*“La posibilidad de realizar un sueño es lo que hace que la vida sea interesante”*

**Paulo Coelho**

## INDICE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	3
INDICE DE CONTENIDOS	4
INDICE DE GRÁFICOS	7
INDICE DE TABLAS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
<b>CAPITULO N°1 INTRODUCCIÓN</b>	12
1.1 Introducción	13
1.2 Fundamentación del Estudio	16
1.2.1 Ejes generadores del estudio	19
1.3 Delimitación del problema	20
1.4 Definición de términos	20
1.5 Objetivos	21
1.5.1 Objetivo general	21
1.5.2 Objetivos específicos	21
<b>CAPITULO N°2 MARCO CONCEPTUAL</b>	23
2.1 Concepto de Envejecimiento poblacional e individual	24
2.1.1 La salud en los adultos mayores	26
2.1.2 Funcionalidad en el adulto mayor	30
2.1.3 Políticas de protección de los adultos mayores	31
2.2 Conceptualización de apoyo social	35
2.2.1 Fuentes de apoyo social	38

2.2.2 Relevancia del apoyo social en el adulto mayor	40
2.2.3 Relación entre apoyo social y salud	42
2.3 Marco Contextual	47
2.3.1 Hogar de Cristo-PADAM y adultos mayores	47
2.4 Hipótesis y Variables	50
2.4.1 Hipótesis	50
2.4.2 Variables	50
2.4.3 Definición y operacionalización de variables	51
<b>CAPITULO N° 3 DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>54</b>
3.1 Diseño de la investigación	55
3.1.1 Tipo de estudio, población y muestra	55
3.2 Criterios de inclusión y exclusión	56
3.3 Material y métodos	57
3.3.1 Descripción del instrumento	57
3.3.2 Prueba piloto	60
3.3.3 Recolección de datos	60
3.3.4 Aspectos éticos	61
<b>CAPITULO N°4 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>63</b>
4.1 Caracterización de la muestra	64
4.2 Percepción de apoyo social de los adultos mayores de la muestra	72
4.3 Situación de salud de los adultos mayores de la muestra	75
4.4 Análisis Correlacional	82

<b>CAPITULO N°5 DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES</b>	87
5.1 Discusión	88
5.2 Recomendaciones	98
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-BIBLIOGRAFÍA</b>	100
<b>ANEXOS</b>	107

## INDICE DE GRÁFICOS

	PÁGINA
<b>Gráfico N° 1:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según género”	63
<b>Gráfico N° 2:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según sexo y edad”	64
<b>Gráfico N°3:</b> “Distribución de los adultos mayores, según número de hijos”	65
<b>Gráfico N°4:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según situación de pareja”	66
<b>Gráfico N°5:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según nivel de escolaridad”	67
<b>Gráfico N°6:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra de acuerdo al número de vínculos y el vínculo mas significativo”	68
<b>Gráfico N°7:</b> “Porcentaje del Hogar de Cristo como vínculo mas significativo para los adultos mayores de la muestra”	69
<b>Gráfico N°8:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según participación social”	70
<b>Gráfico N°9:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según la percepción de apoyo social, según la escala multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet et. al”	71

<b>Gráfico N°10:</b> “Distribución de la percepción de apoyo social de los adultos mayores de la muestra, según dimensiones del instrumento, N°1 “Familia y otros significativos” y N°2 “ Amigos”	72
<b>Gráfico N°11:</b> “Distribución de la percepción de apoyo social de adultos mayores de la muestra por ítemes de la escala multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet et. al”	73
<b>Gráfico N°12:</b> “Porcentaje de los adultos mayores de la muestra que presentan enfermedades crónicas”	74
<b>Gráfico N°13:</b> “Porcentaje de los adultos mayores de la muestra con alteraciones del sueño”	75
<b>Gráfico N°14:</b> “Porcentaje estimado del uso y tipo de ayuda técnica en los adultos mayores de la muestra”	76
<b>Gráfico N°15:</b> “Porcentaje estimado de la cantidad y tipo de fármaco que consumen los adultos mayores de la muestra”	77
<b>Gráfico N°16:</b> “Porcentaje estimado del consumo de alcohol y tabaco en los adultos mayores de la muestra”	78
<b>Gráfico N°17:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según cantidad de consumo de alcohol”	78
<b>Gráfico N°18:</b> “Distribución de los adultos mayores de la muestra, de acuerdo a su funcionalidad, según índice de Barthel”	79
<b>Gráfico N°19:</b> “Porcentaje de adultos mayores, según tipo de actividades básicas de la vida diaria con algún grado de dependencia, según índice de Barthel”	80

## INDICE DE TABLAS

	PÁGINA
<b>Tabla N°1:</b> Asociación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad de los adultos mayores de la muestra.	81
<b>Tabla N° 2:</b> Asociación entre la percepción de apoyo social y alteración del sueño de los adultos mayores de la muestra.	82
<b>Tabla N°3:</b> Asociación entre la percepción de apoyo social y uso de ayudas técnicas en los adultos mayores de la muestra.	83
<b>Tabla N°4:</b> Asociación entre la percepción de apoyo social y consumo de alcohol en los adultos mayores de la muestra.	84
<b>Tabla N°5:</b> Asociación entre la percepción de apoyo social y enfermedades crónicas en los adultos mayores de la muestra.	85

## RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento poblacional sumado a los cambios en la estructura y funciones de la familia, generará un aumento de los adultos mayores que viven solos o con escasas redes de apoyo, con consecuencias negativas para su salud. **Objetivo:** Conocer la percepción del apoyo social y su asociación con la situación de salud en adultos mayores pertenecientes al programa de atención domiciliaria del Hogar de Cristo. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 137 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico, intencionado y por conveniencia, siendo  $n= 35$  . Se recogieron datos durante Diciembre 2013 - Enero del 2014, con un cuestionario estructurado aplicado por la investigadora, incluía además el Índice de Barthel para evaluar funcionalidad y la Escala Multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet et. al., ambas validadas en Chile. Para el análisis estadístico, se utilizaron los software estadísticos Minitab v 2.1, Stata v 11.0 y Epi Info TM <sup>7</sup>. Para la comparación de porcentajes, el test de Chi cuadrado se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ . **Resultados:** el 60% de la muestra es de sexo femenino, edad promedio 75 años similar para ambos sexos. Un 62,9% no tiene pareja y se encuentran entre el I y II quintil de ingresos. 71% presentan enfermedades crónicas, 77% refiere alteraciones del sueño y 66% con algún grado de dependencia. Dentro de los cuatro vínculos mas significativos, un 94,3% considera el vínculo mas significativo la pareja y el 34% menciona al Hogar de Cristo, dentro de ellos. Un 66% tiene una percepción del apoyo social entre regular y mala, la dimensión “Familia y otros significativos” mostró una percepción de apoyo superior a la dimensión “Amigos”. Se encontró significancia estadística al relacionar la percepción de apoyo social con la alteración del sueño. **Conclusiones:** Los adultos mayores que se mantienen en sus hogares consideran a su familia como el principal vínculo de apoyo y también a instituciones como el Hogar de Cristo, lo cual señala la importancia de incorporar al organismos dependientes del Estado, para asumir un rol activo en el trabajo con el adulto mayor y sus familias.

**Palabras claves :** Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Apoyo social, adultos mayores ( Bireme CdS)

## ABSTRACT

**Introduction:** The aging population plus changes in the role and structure of the family will generate an increase in the number of old people who live alone or who have a limited support network, with negative consequences for their health. **Objective:** To understand the perception of social support and, its association with the health situation of senior citizens belonging to the Home based health care service of the “Hogar de Cristo”. **Material and Methods:** Quantitative, transversal and correlational study. The study group consisted of 137 senior citizens who met the required criteria for inclusion in the study. The sample was not probabilistic, intentional and for convenience n=35. Information was collected between December 2013 – January 2014 with a structured questionnaire carried out by the researcher. This also included a Barthel Index to evaluate the functionality and the Multidimensional Scale of their perception of social support of Zimet et.al., both validated in Chile. For the statistical analysis were used the statistical software. Minitab v 2.1 Stata v 2.1, 11.0 and Epi Info TM. For the comparison of percentages and the Chi squared Test was considered a significant value  $p < 0.05$ .

**Results:** 60% are female, with an average age of **75** which was the same for both sexes. 62,9% are single and they are from I and II income quintile, 71% have chronic diseases, 77% mention sleep disorders and 66% have some level of dependency. 94, 3% regard their partner as the most significant link, and 34% mention the “Hogar Cristo”, among the four most significant links. 66% perceive their social support between regular and bad. The aspect of family and other significant relationship indicate a higher perception of support than “Friends”. According to significant statistics were related to people's perception of inadequate social support. **Conclusions:** Senior citizens who stay in their homes consider their family as the main support link as well as Institutions like “Hogar de Cristo”. This indicates the importance of involving government organizations in this work.

Key Words: Home Based Health Care, Social support for senior citizens. (Bireme CdS)

---

# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

---

## CAPITULO 1

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La relevancia que ha cobrado hoy en día la percepción del apoyo social en el área de la salud, se debe a que ésta se encuentra directamente relacionada con ella, mas aún cuando nos referimos a la salud de las personas mayores. Los estudios señalan que una positiva percepción de apoyo social sería un factor protector en la salud de las personas.

Sin embargo en la actualidad nos encontramos en Chile con un envejecimiento avanzado de la población y con muchas áreas sin resolver, entre ellas el apoyo social que debemos brindar a las personas mayores, particularmente aquellos que se encuentran mas vulnerables.

Los ancianos otrora símbolo de experiencia, sabiduría y serenidad son uno de los sectores mas desposeídos de la sociedad. Tradicionalmente la organización social confiere a la familia la protección y cuidado de sus integrantes, pero la realidad también señala que la familia necesita del Estado, privados y/o sociedad para aquellas funciones que no puede, no quiere o le resulta difícil asumir. Esto debido a que las familias, en su proceso de adaptación a la nueva realidad social a la cual pertenecen, han sufrido profundos cambios, tales como una disminución de las familias extendidas, dando paso principalmente a las nucleares (Pérez, 2012), pero sin duda lo más significativo ha sido la incorporación de la mujer al mundo laboral, limitando así cumplir el rol de cuidado al adulto mayor.

El envejecimiento es un relevante tema mundial, dado que afecta en términos globales a la totalidad de la población del planeta. El número de personas de 60 años será de 2.000 millones en el 2050 (CELADE-CEPAL, 2011). En América Latina se espera que para ese mismo año una de cada cuatro personas mayores tenga 60 años o más, esto significa que el número de adultos mayores superará por primera vez al de los niños.

En forma similar, en Chile la población mayor de 60 años sobrepasa los dos millones de habitantes, representando el 16 % de la población del país (Ministerio de Planificación y Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2011) y se espera que para el 2020 sean cerca de 3,2 millones de personas, representando el 20% de la población.

Lo anterior también se ve reflejado en la región de Valparaíso, ya que representa la segunda región con la población más envejecida del país, lo que se evidencia en un índice de vejez de 96,7, superior al índice nacional el que corresponde a 73,9 (Ministerio de Planificación y Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2011).

El escenario mundial y nacional antes expuesto, genera hoy y generará en el futuro demandas por parte de la sociedad en cuanto a seguridad social, salud, trabajo, educación y participación social.

Consciente de esta realidad, la nueva Política Integral del Envejecimiento Positivo (Ministerio de Planificación y Desarrollo Social Gobierno de Chile, 2012), establece objetivos y acciones concretas orientadas a la realidad país que se está viviendo, es decir, el envejecimiento avanzado de la población. Se releva con fuerza los programas domiciliarios para adultos mayores, de esta manera se reconoce la importancia de permanecer en el domicilio hasta el final de la vida, como una forma de proteger la salud funcional. Los servicios de cuidados deben adoptar una forma de pirámide, con base en el hogar, de forma tal que las personas mayores se incorporen a la familia con un rol más activo, con ayuda desde un sistema de salud como asistencia, telecuidados y cuidados domiciliarios.

Lo anterior es muy importante, ya que, pertenecer a una red social de comunicación y obligaciones mutuas hace que las personas se sientan amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas, todo lo cual tiene un poderoso efecto protector en la salud. Lo cual ha sido demostrado por diferentes investigaciones, es así como Miguel Krassoievitch (1998), citado por (José Miguel Guzmán, 2002), indica que es un hecho demostrado que gozan de mejor

salud las personas que reciben un mayor apoyo social, tanto en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares y vecinos, como de participación en actividades sociales, sin embargo, se enfatiza en la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida, dependiendo de la interpretación y valoración subjetiva que haga la persona de este apoyo.

En sintonía con lo anterior, la organización solidaria como el Hogar de Cristo, a través de su Programa Domiciliario para Adultos Mayores (PADAM), cumple una función de acompañamiento a los adultos mayores en su medio habitual, fortaleciendo sus vínculos familiares y sociales, mejorando su integración, participación en la sociedad e incrementando su bienestar subjetivo (Hogar de Cristo, 2012).

Según lo expuesto anteriormente, es que surge la motivación de investigar sobre este tema, para ello se han planteado las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la percepción del apoyo social y la situación de salud que tienen los adultos mayores que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor, región de Valparaíso? ¿Existe alguna asociación entre la percepción de apoyo social y la situación de salud de éstos?

## 1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

El apoyo social, resulta fundamental para mantener y/o mejorar la calidad de vida y disminuir los trastornos de carácter socioafectivos que se dan en el adulto mayor, ya que este grupo etario es más vulnerable y por ende enfrenta mayores necesidades tanto biológicas como psicológicas (Barrientos, 2007)

Por su parte, Diaz Veiga, 1985, citado por (Clemente, 2003), señala además que las personas mayores indican a la familia y amigos como los dos focos más importantes de recursos sociales.

Lo anterior es confirmado por (Pérez, 2012), quien señala que una de las principales fuentes de apoyo social es la familia, en relación a ella menciona, que en los hogares donde viven ancianos se requiere de mucho amor y comprensión de forma tal que esta etapa de la vida se desarrolle de forma placentera.

Otro estudio realizado por (Pelcastre, 2011) y que coincide con el mencionado anteriormente, señala que la familia continúa siendo la fuente fundamental de apoyo para los adultos mayores, a pesar de todos los cambios en la estructura y dinámicas familiares que se han estado presentando, sin embargo, advierte que en el futuro esta capacidad de la familia podría disminuir debido a dos aspectos fundamentales, disminución del número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo por la baja fecundidad y debilitamiento del cuidado otorgado por las mujeres, por motivos de su creciente participación en el mundo laboral, lo que ha ocasionado que muchos pierdan el soporte familiar. Este estudio también confirma que los adultos mayores que viven acompañados refieren una mejor experiencia de envejecimiento en comparación con quienes viven solos.

Las relaciones familiares intervienen en la generación y evolución de síntomas de enfermedad, los problemas del funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud (Pérez, 2012).

De la misma forma (Bozo, 2009), muestra que los adultos mayores que conviven con su familia presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos.

Wilkinson y Pic-kett citados por (Vidal, 2014), plantean que existe una extraordinaria susceptibilidad de la salud ante el entorno social, por lo que temas como la pobreza, las drogas, las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la buena alimentación y la política de transporte, son algunos de los determinantes que actúan fuertemente sobre las personas desde la primera infancia. En el mismo estudio, se menciona que las diferencias socioeconómicas en salud se reflejan en las medidas generales de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad por todas las causas y auto percepción de salud. Por este motivo, la situación socioeconómica estaría relacionada con la prevalencia y el curso de la enfermedad y la autovaloración de la salud.

Lo anterior puede confirmarse, en que los adultos mayores que tienen un menor nivel educacional, presentan mayor deterioro funcional, especialmente en el grupo de 75 años o más (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013)

A pesar de que socialmente la familia debería cumplir un rol fundamental en el apoyo social para los adultos mayores, la realidad señala que existe una importante cifra de personas en esa etapa de vida que están solos. En nuestro país un 11,8% aproximadamente de los adultos mayores viven en hogares unipersonales (CASEN , 2011) y no reciben apoyo de sus familias, ya sea porque no pueden o no quieren asumir la tarea, por lo que se necesita que el estado y

la sociedad en general, asuman las familias podrían requerir de un soporte para asumir el cuidado de los adultos mayores.

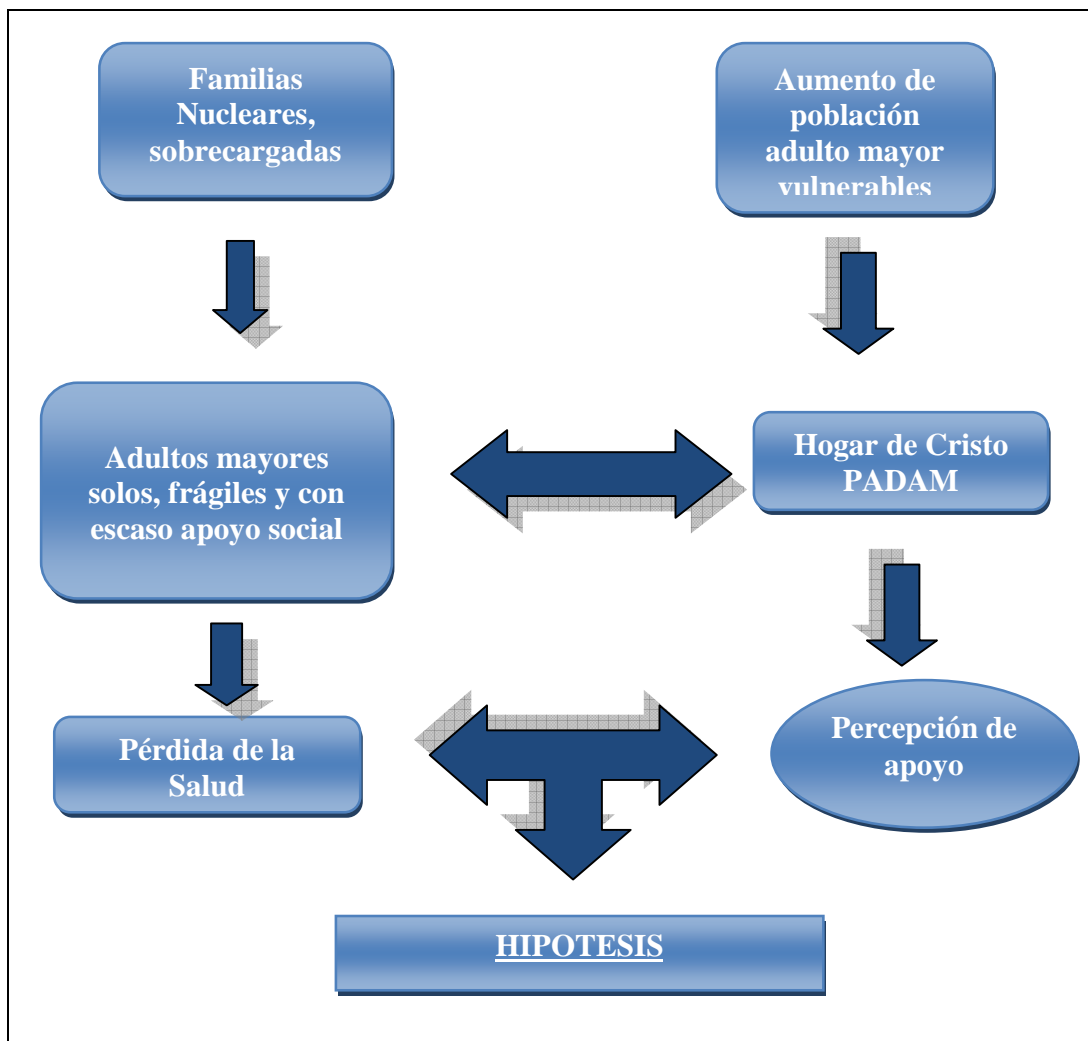
Este estudio pretende ser un aporte para el Hogar de Cristo, ya que con los resultados obtenidos se contará con un respaldo teórico, los cuales eventualmente les permitiría redireccionar las estrategias de trabajo.

Para la disciplina de enfermería, ya que se entregarán nuevos conocimientos en el área del adulto mayor, lo cual posibilitaría la generación e implementación de intervenciones dirigidas al adulto mayor y su familia, con el objetivo de potenciar este vínculo como también generar otros disponibles en la comunidad.

Este estudio se alinea a lo que propone la Política Integral de Envejecimiento Positivo, la cual se orienta a; proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. (Ministerio de Planificación y Desarrollo Social Gobierno de Chile, 2012)

Lo anterior, se ve reflejado en un esquema donde se resumen los ejes generadores que motivan esta investigación:

### 1.2.1 EJES GENERADORES



Esquema N°1: Ejes generadores de la investigación, autoría propia

### **1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Percepción de apoyo social y su asociación con la situación de salud que tienen los adultos mayores pertenecientes al PADAM del Hogar de Cristo región de Valparaíso, durante los meses de Noviembre-Diciembre 2013 y Enero 2014.

### **1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**1.4.1 ADULTO MAYOR:** para efectos de este estudio, se considerará a adultos mayores a todas aquellas personas que tengan 60 años o más.

**1.4.2 PERCEPCIÓN APOYO SOCIAL:** En este estudio se refiere al aspecto subjetivo, es decir, la capacidad de los adultos mayores a captar mediante los sentidos, las impresiones o sensaciones acerca del apoyo social recibido por parte de la familia-otros significativos y amigos, según la Escala Multidimensional de Percepción de apoyo social de Zimet et al. validada en Chile.

**1.4.3 SITUACIÓN DE SALUD:** corresponde a la identificación de distintos factores que inciden en el bienestar y autonomía de los adultos mayores del estudio, tales como; alteración del sueño, uso de ayudas técnicas, antecedentes mórbidos, adhesividad a controles, cumplimiento de tratamiento, hábitos y funcionalidad en la actividades básicas de la vida diaria (ABVD) .

## **1.5 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la percepción de apoyo social y su asociación con la situación de salud de los adultos mayores pertenecientes al PADAM del Hogar de Cristo región de Valparaíso.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores que pertenecen al PADAM región de Valparaíso.
2. Describir la percepción de apoyo social de los adultos mayores pertenecientes al PADAM región de Vaparaíso, según la Escala Multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet et. al.
3. Describir la percepción de apoyo social de los adultos mayores pertenecientes al PADAM región de Valparaíso, en las dimensiones “familia-otros significativos” y “amigos”, según la Escala multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet et al.
4. Describir la situación de salud de los adultos mayores, con respecto a alteración del sueño, uso de ayudas técnicas, antecedentes mórbidos, tratamiento farmacológico, hábitos ( tabaco y alcohol) .

5. Describir la funcionalidad, según el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según índice de Barthel.
  
6. Asociar la percepción de apoyo social con la situación de salud en los siguientes factores: funcionalidad, según el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), alteración del sueño, uso de ayudas técnicas, consumo de alcohol y enfermedades crónicas.

---

# **CAPÍTULO 2**

## **MARCO CONCEPTUAL**

---

## **CAPÍTULO 2**

### **2.1 CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL E INDIVIDUAL**

Para comprender la relevancia que tiene el apoyo social sobre la salud de las personas mayores, es importante relevar los conceptos de envejecimiento tanto poblacional como individual. El primero se refiere a un cambio profundo que tiene repercusiones en todas las facetas de la vida humana. En lo económico, el envejecimiento de la población incide en el crecimiento, el ahorro, las inversiones, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, influye en la composición de la familia y las modalidades de convivencia, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y los servicios de atención de la salud. En lo político, puede alterar los patrones de voto y la representación (CELADE-CEPAL, 2011).

El fenómeno del envejecimiento de las poblaciones muestra repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales; por lo que las redes sociales de apoyo han demostrado ser un gran recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, y un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida, particular importancia en la tercera edad, en la que el individuo necesita ser reconocido como ser humano útil y productivo. (Cardona-Arango, 2010)

En el concepto de envejecimiento se distinguen el poblacional al cual se ha hecho mención en el párrafo anterior y el envejecimiento individual, definido como un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno; y que comienza a partir de los 60 años, donde el ser humano experimenta cambios físicos, emocionales y sociales. (ONU O. d., 2002)

Por otra parte la (Organización Mundial de la Salud, 2002), entiende por envejecimiento individual al proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva a cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias. El proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades.

El envejecimiento humano comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura. Así pues el envejecimiento no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales, y a las secuelas que este declive tiene sobre el funcionamiento y la participación social; sino que también incorpora aspectos tales como mejorar determinados procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida. (Salvador-Carulla, 2004)

Al indagar aún más sobre los aspectos psicológicos del envejecimiento individual, se ha planteado que las funciones cognitivas se van deteriorando con el proceso de envejecimiento. Sin embargo, investigaciones afirman que algunas de las actividades cognitivas no decrecen con la edad o se ven poco afectadas por el paso de los años. Es así como en el caso del estado afectivo se produce una mayor cautela, conformismo y aceptación, lo cual puede neutralizar o mitigar la falta de apoyo emocional. (Millán, 2006).

### **2.1.1 LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

Antes de profundizar en el concepto de salud de los adultos mayores, es necesario referirse al concepto de salud, el cual comprende e incluye diversas variables, lo cual hace que sea un concepto complejo. Ha tenido diversas modificaciones en el tiempo, sin embargo, la que se utiliza actualmente es la realizada por la OMS, quien la define como un “ Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948). Existe un amplio consenso en que salud es mucho mas que la ausencia de enfermedad y que requiere además de integridad, funcionalidad y/o eficiencia de la mente, el cuerpo y adaptación social. La salud positiva puede ser descrita como la habilidad de enfrentarse a situaciones estresantes, mantenimiento de un sistema sólido de apoyo social, integración a la comunidad, bienestar psicológico y satisfacción con la vida.

Considerando lo complejo del constructo de salud, se hace aún mas difícil abordarlo desde la perspectiva del Envejecimiento, ya que implica considerar además, la capacidad funcional y el estado funcional de la persona adulta mayor.

La salud en la vejez implica la salud física, mental, la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria, los recursos sociales, económicos y ambientales, necesarios para mantener estilos de vida independientes y que promuevan la salud de éste grupo etario (Ramos, 2001-2002).

Los cambios asociados al envejecimiento, se relacionan con modificaciones funcionales, celulares y moleculares, los cuales están estrechamente asociados a la carga genética, estilos de vida y factores ambientales, de cada persona. Estos cambios no solo se evidencian en el aspecto físico, sino también en lo psicológico.

Dentro de los cambios físicos más relevantes, se pueden mencionar la disminución de la masa muscular, a los 80 años disminuye en un 30 a 40% respecto de la tercera década de vida, lo cual se denomina sarcopenia, esto desencadena disminución de la fuerza de las extremidades y por ende se modifica la marcha, haciéndola más inestable, lo que sumado a la disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, osteoporosis principalmente en la mujer y reducción de la flexibilidad de las articulaciones, los predispone a caídas (Guillen, 2007).

La artrosis u osteoartritis es la enfermedad articular más frecuente. Su frecuencia va aumentando con la edad y se estima que en los mayores de 60 años, más del 80% presenta diversas alteraciones sugerentes de artrosis en al menos una articulación. Según registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del año 2012, del total de la población en control en el programa de artrosis de rodilla y cadera, el 68,1% eran personas de 65 años y más, siendo las mujeres mayores quienes presentan esta patología con mayor frecuencia, 73,2% versus 26,8% en hombres mayores (MINSAL, 2014).

En relación a la prevalencia de alteraciones sensoriales en las personas mayores, destaca el uso de lentes ópticos como una de las necesidades preponderantes de este grupo etario, ya sea por vicio de refracción o presbicia, lo que sumado al autoreporte de cataratas y glaucoma, posiciona a la alteración visual como el principal factor sensorial de dependencia en caso de no recibir tratamiento, seguido de los trastornos auditivos, en donde un 52,4% de la población encuestada, señala presentar al menos un problema de audición (MINSAL, 2014).

En cuanto al hábito tabaquico, a nivel país la prevalencia de fumadores actuales (diario u ocasional) corresponde a un 40,6% siendo menor en las mujeres en todos los grupos etarios, excepto en el grupo de las personas mayores de 65 años, donde la prevalencia es de 13,2 muy por debajo de la media nacional, pero con un porcentaje mayor en las mujeres (14,3%) que en los hombres (11,7%). El DEIS durante el año 2012, menciona que un 46% la población de personas de 65 años y más, bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular presenta

diagnóstico de tabaquismo (57.819 personas), de los cuales un 48,4% corresponden a hombres mayores, y 51,6% a mujeres mayores. Mientras que en el EMPAM, se pesquisó que el 8,2% de las personas mayores evaluadas presentaban hábito tabáquico (MINSAL, 2014).

En cuanto al consumo de alcohol, la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2009-2010), refiere que el consumo promedio en un día en personas mayores de 65 años es de 38,79 g, inferior a la media nacional de 55,5g; siendo de 48,4 g en los hombres y de 22,39 g en las mujeres. Refiere también que el promedio de días de consumo semanal en las personas mayores es de 2,72 días, superando el consumo promedio nacional de 1,63 días a la semana (MINSAL, 2014).

La polifarmacia es otra situación que se evidencia en los adultos mayores, según datos de la ENS 2009-2010 permiten saber que la población adulta mayor consume un alto número de medicamentos, con un promedio de 4,2 medicamentos por día, casi duplicando el grupo menor de 65 años. Las mujeres adultas mayores consumen en promedio 4,3 medicamentos por día versus 3,9 que es el número de medicamentos que consumen los hombres del mismo grupo etario (MINSAL, 2014).

La frecuencia de las dificultades para dormir aumenta con la edad, más del 50% de las personas mayores de 65 años refieren tener problemas habituales con el sueño, esto porque el sueño cambia su estructura, lo cual se evidencia en una reducción de la intensidad, duración y continuidad, los síntomas con que esto se manifiesta incluyen dificultad para conciliar el sueño, frecuentes despertares, escaso tiempo total de sueño, sueño no reparador y aumento de la fatiga y somnolencia diurna (Fernández A. , El Sueño en el Anciano. Atención de Enfermería, 2007).

A nivel del sistema digestivo hay pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para lo cual es importante una buena masticación, disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento. Disminuye la función renal y la capacidad de la vejiga, por lo que aparece incontinencia urinaria (García, Enfermería y Envejecimiento, 2012).

A nivel Psicosocial, se produce una paulatina reducción de la actividad social, al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, también se refuerzan sus valores y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento, siendo la calidad de la interacción más determinante que la cantidad. Existen diversas teorías que explican estos cambios, dentro de las cuales se encuentran la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961) citados en (Stuart, 2002), la cual señala o manifiesta que, a medida que las personas envejecen, se reduce su contacto con la realidad, lo cual se produce en cierta forma por un declive de los sentidos y por pérdidas del cónyuge, amigos y otras separaciones sociales como la jubilación. Esta teoría no toma en cuenta la importancia de los factores endógenos (personales como del medio), tampoco considera la desvinculación selectiva, ni la desvinculación transitoria, en determinados períodos. Por su parte (García, Enfermería y Envejecimiento, 2012) cita a las teorías de la Actividad de Tartler (1961) y de la Continuidad de Atchley (1971), la primera de ellas dice mención a que “a mayor actividad, mayor grado de satisfacción con sus vidas y un concepto positivo de ellos mismos”. Por su parte la teoría de la continuidad, intenta explicar que los adultos mayores utilizan la continuidad, como estrategia de adaptación para enfrentar los cambios de su propio envejecimiento, cada persona debe adaptarse en forma individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar las nuevas experiencias con las anteriores (Walsh, 1998).

## **2.1.2 FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR**

El deterioro progresivo que se produce con el proceso de envejecimiento individual, puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores.

Los niveles básicos de funcionalidad son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana para su propia subsistencia y auto cuidado. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia. Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor, son conjuntos cuantificables de actividades, de diferente nivel de complejidad, que miden las actividades de la vida diaria (AVD). Estudios realizados a nivel nacional, revelan que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa.

El mejor indicador que entrega una visión del estado de salud del adulto mayor es la funcionalidad, para ello el Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), permite detectar factores de riesgo (SENAMA, Estudio de la Dependencia en las personas Mayores, 2009). Su aplicación, la cual se realiza una vez al año, permite detectar en forma integral y de manera oportuna a aquellos adultos mayores que están en riesgo de perder su independencia, otorgando una clasificación según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia.

El Índice de Barthel es considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Instrumento que se ha estado utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones. Además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias. Por otra parte su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata (Cid, 1997).

### **2.1.3 POLITICAS DE PROTECCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES**

Los adultos mayores han sido reconocidos en todo el mundo como sujetos de derecho. Las primeras aproximaciones de esto se visulizaron en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Austria 1982, la cual estuvo basada en diversos principios fundamentales, como son participación de las personas mayores para lograr el bienestar, ofrecer condiciones de tranquilidad y seguridad, erradicar la opresión y discriminación, además de mencionar que la familia en sus diversas formas, es la unidad fundamental de la sociedad que vincula a la generaciones (AME, 1982).

Posteriormente y en base a lo planteado en Viena, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció cinco principios básicos en relación a las personas mayores, referidos a: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización-plenitud humana y Dignidad (ONU, 1991)

En la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento, realizada en Madrid el año 2002, surgieron dos documentos oficiales; la declaración política, en que los gobiernos se comprometen a responder frente a los desafíos que plantea el envejecimeinto y el Plan de acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento, el cual constituye un instrumento programático en que se proponen mas de un centenar de recomendaciones, orientadas a las

personas de edad y el desarrollo, fomento de la salud y bienestar en la ancianidad, y la creación de un entorno propicio y favorable (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

En el año 2007 se realizó la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, denominada “Declaración de Brasilia”, en la cual se continuó avanzando hacia la construcción de una sociedad para todas las edades, con protección social y basada en derechos. Además se mostraron avances de la implementación regional del Plan de acción Internacional de Madrid, antes mencionada. En esta declaración de Brasilia, se reafirma el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, destinar recursos humanos, materiales y financieros (Ministerio de Desarrollo Social, 2011)

En el contexto antes descrito, Chile en 1994 desarrolla su primera Política Nacional para el Adulto Mayor, la cual se modifica el año 2004. Actualmente se está implementando la Política Integral de Envejecimiento Positivo, la cual busca que las personas mayores sean autovalentes, estén integradas en distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivos tan altos como los jóvenes. Esta política se sustenta en tres grandes objetivos; Proteger la salud funcional, Mejorar la integración y participación e Incrementar el bienestar subjetivo.

Para lo cual, se hace necesario un compromiso multisectorial, para que finalmente se logre abordar las tres líneas de trabajo de la política, es decir, un Envejecimiento Saludable, Activo y por lo tanto, Positivo.

Por esta razón, se requiere orientar las políticas públicas y los recursos para mantener a los adultos mayores en sus hogares hasta sus últimos días. Para que esto sea posible, considerando lo complejo que se hace para una familia hacerse cargo del adulto mayor cuando este ha perdido su autovalencia, es necesario que el Estado y la sociedad den soluciones y ayuda a las familias.

La nueva Política Integral del Envejecimiento Positivo (Ministerio de Planificación y Desarrollo Social Gobierno de Chile, 2012), establece objetivos y acciones concretas orientadas a la realidad país que se está viviendo, es decir, el envejecimiento avanzado de la población. En ella se establecen programas domiciliarios para adultos mayores, en un principio como planes piloto para posteriormente instalarlo a lo largo de todo el país, estos servicios de cuidados deben adoptar una forma de pirámide, con base en el hogar, de manera tal que las personas mayores autovalentes puedan vivir de forma independiente en el hogar propio o de algún familiar, pero en la medida que aumenta su nivel de dependencia funcional es necesario ir subiendo escalones e incorporar un rol más activo de la familia, mecanismos de telecuidados, asistencia y cuidados en el hogar, luego rehabilitación en centros diurnos y finalmente sino existe otra opción, se optará por la institucionalización en los Establecimientos de larga estadía (ELEAM).

Por otra parte la sociedad también ha asumido un activo rol ante los cambios demográficos y los efectos asociados a él, por lo que organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se han establecido para ejercer una importante función en la sociedad con las personas mayores, es el caso de la Fundación las Rosas, institución de la iglesia católica, que inicia su trabajo en el año 1967, cuya misión es acoger, alimentar, acompañar en la salud y en la fé a las personas mayores pobres y desvalidos, manteniéndolas integradas a la familia y a la sociedad de forma digna y activa (Fundación Las Rosas).

El Programa Puente, es la entrada al sistema Chile solidario, deriva del Ministerio de Desarrollo Social, su rol fundamental es entregar apoyo a las familias mas vulnerables y constituirse en el enlace entre la familia y la red pública y privada de promoción social, en áreas tales como: identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo e ingresos.

El Programa Vínculos, orientado al apoyo de adultos y adultos mayores vulnerables y que viven solos. Se trata de un programa de ejecución municipal y que cuenta con la asistencia técnica del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (Ministerio de Desarrollo Social).

El Hogar de Cristo, institución religiosa en Chile que cuenta con una vasta experiencia en tarabjo con adultos mayores en diferentes programas, respondiendo a un número no despreciable de adultos mayores en situación de extrema pobreza , especificamente a traves de su Programa Domiciliario para Adultos Mayores (PADAM). Los servicios domiciliarios que se realizan permiten acompañar a los adultos mayores en su medio habitual, fortaleciendo sus vínculos familiares y sociales (Hogar de Cristo, 2012), cabe mencionar que esta organización entregó valiosos aportes para la elaboración de la Política Integral de Envejecimiento Positivo (Ministerio de Planificación y Desarrollo Social Gobierno de Chile, 2012).

## 2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE APOYO SOCIAL

### ANTECEDENTES

A partir de los años 60 y 70 comienza a surgir con gran fuerza el término de “apoyo social”, es así como el sociólogo Emile Durkheim, a fines del siglo XIX destacó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud, en su obra *Suicidio* (1897-1951), donde expuso que el suicidio aparecía con mayor frecuencia en individuos con lazos sociales débiles y escasos, de tal forma que determinadas pérdidas de integración social reducían el bienestar psicológico de la persona, citado por (Fernández R. , 2005).

En el año 1967 (T. Holmes, 1967), publicó estudios sobre la relación entre eventos de la vida que generan estrés, y que a su vez, producen efectos nocivos para la salud de las personas, siendo ésta la primera aproximación al estudio del apoyo social. Posteriormente en la década del 70, aumentaron considerablemente los estudios sobre la influencia del apoyo social en la salud de las personas.

A continuación, se mencionan las que parecieron importantes para complementar el estudio:

Según (Kahn, 1980) el concepto de apoyo social se define como: “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación”. Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

(Thoits, 1982) por su parte, lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo por necesidades sociales básicas a la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y

aprobación. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la posición de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos) o por la posición de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico).

Así mismo (Cohen, 1985), lo define como un “concepto multidimensional” y con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas, además plantea que las relaciones sociales son de gran importancia, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a las enfermedades.

De la misma forma (Bowling, 1991), define el apoyo social como el “proceso interactivo” en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra.

Se plantea que el complejo constructo de apoyo social está conformado por dos dimensiones, tal como se menciona en (Fachado, 2013), la primera corresponde a la dimensión Estructural o Cuantitativa, que hace referencia a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir la persona para ayudarlo y/o resolver problemas que se le presentan (familia, amigos, grupo de pares, etcétera) y su interrelación. La segunda dimensión, corresponde a la Funcional o Cualitativa, la que tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad del soporte.

Según (Cobb, 1976) lo concibe como la percepción que lleva al individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado, valorado y que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

La dimensión subjetiva del concepto o apoyo social subjetivo se refiere tanto a la cantidad de relaciones sociales como a lo que se denomina apoyo percibido y funcional, esto es, la satisfacción con la ayuda social recibida. Tal como se ha planteado anteriormente, presenta

generalmente tres niveles: emocional, cognitivo e instrumental (Rose, 1990). El Apoyo emocional es el sentimiento de ser amado, de pertenencia, de intimidad, de poder confiar en alguien, de disponibilidad de alguien con quien hablar, este apoyo es muy importante para la salud y el bienestar ya que aumenta la autoestima y mejora el auto concepto de las personas al sentirse valoradas y aceptadas por los demás.

El apoyo tangible o instrumental, implica prestar ayuda directa o servicios (ayuda doméstica, prestar dinero, objetos, cuidar de los niños, etcétera). Es muy efectivo cuando el individuo percibe la ayuda como adecuada. Puede tener efectos negativos cuando se percibe como amenaza de su libertad o si fomenta sentimientos de estar en deuda.

El apoyo informacional o cognitivo es el proceso a través del cual los individuos buscan información, consejo y guía que les ayude a resolver sus problemas. Es fácil confundirlo con el apoyo emocional ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como una expresión de cariño e interés.

(Sluzki, 1998), también considera que el apoyo social percibido se refiere a la dimensión subjetiva, es decir, a la valoración que la persona hace de las fuentes de apoyo.

Ambos tipos de apoyo (recibido y percibido) deben ser evaluados separadamente, pues ocurre con cierta frecuencia que algunas personas se sienten apoyados aunque no reciban apoyo o en forma contraria, no perciben el apoyo aunque lo reciban. (Barrón, 1997).

### **2.2.1 FUENTES DE APOYO SOCIAL**

Revisando la literatura, se evidencia que existen distintas definiciones para las fuentes de apoyo social, dentro de ellas se puede mencionar a las Naturales o Informales, referidas a las personas más cercanas, pueden ser primarias conformadas por familiares y convivientes y secundarias conformadas por vecinos y amigos. Dentro del apoyo informal primario, se encuentra como principal sistema la familia. Las Organizadas o Formales, se relacionan con una organización con objetivos claros y áreas determinadas de trabajo, tales como, atención de salud y asistencia social (Salinas, 2008).

Lo anterior queda reflejado en el estudio realizado por (Cardona-Arango, 2010), en donde se menciona que las redes de apoyo social pueden ser formales o de participación, correspondientes a entidades privadas o gubernamentales. La principal fuente de apoyo social, sigue siendo hoy en día la familia, entendida como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo, y que constituye la unidad básica de la sociedad.

En relación a la estructura de la familia, en la actualidad destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, tales como dormir, comer, alimentarse, entre otras . Además es donde se entrega amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana. La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. (Congreso Nacional de Chile, 2013)

Dentro de las funciones de la familia se destacan para este estudio las siguientes:

- **Función económica:** se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- **Función solidaria:** se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- **Función protectora:** se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

En Chile existen distintos tipos de familia como son; Nuclear Mono parental sin hijos o Unipersonal (11,06%), Nuclear Mono parental con hijos (9,7%), Nuclear biparental con hijos (37,4%), Nuclear biparental sin hijos (9,9%), Extensa biparental (14,9%), Extensa Mono parental (7%), Compuesta (3,2%) y sin núcleo familiar (6,3%) (CENSO , 2002). Las familias Unipersonales según censo 2012, aumentaron a un 14 %, cifra es relevante, ya que refleja los cambios que se están produciendo en la sociedad, y que pueden significar un impacto en los adultos mayores.

Según la Encuesta Casen 2011, el 15,6% de la población de hogares que residen en viviendas particulares, corresponden a personas de 60 años y más.

En la región de Valparaíso, del total de hogares, el 36,4% tiene como jefe a un adulto mayor (198.931 hogares), y la brecha observada entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa (al igual que lo observado en el país, donde 32,2% de los hogares posee como jefe a un adulto mayor, esto es 29,5% de los hombres y 36,5% en las mujeres).

La relevancia del concepto de familia expuesto anteriormente, y de los datos estadísticos sobre la caracterización de las familias en Chile y en la región de Valparaíso queda reflejado en un estudio realizado por (Herrera, 2008), donde se menciona la importancia que tiene la familia para los adultos mayores y cómo una buena calidad de relaciones familiares impacta positivamente a su nivel de bienestar. Para la gran mayoría de las personas de la tercera edad,

las relaciones familiares son bien valoradas y no tienen muchas relaciones insatisfactorias. Sin embargo, cuando los adultos mayores tienen malas relaciones familiares y/o tienen relaciones insatisfactorias con personas cercanas, afecta negativamente a su calidad de vida. En el mismo estudio se plantea que la calidad de las relaciones no depende de con quiénes viven, por lo que el aumento de hogares unipersonales y de menor tamaño entre los adultos mayores no necesariamente debe ser interpretado como un indicador de debilitamiento de los lazos familiares. Posiblemente esta situación puede deberse a que en algunos casos el convivir con otras personas fortalece los vínculos, mientras que en otros los entorpece. Por ejemplo, convivir con los nietos puede reforzar la relación abuelos-nietos, mientras que vivir con los hijos puede conllevar a un aumento de discusiones y, por ende, de relaciones insatisfactorias.

Reafirmando lo antes descrito, la literatura enfatiza en que las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia (Rodríguez, 2006).

### **2.2.2 RELEVANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES**

Tal como se evidencia, el paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmo acelerado de la población mayor, han generado inquietud por conocer el grado de bienestar de las mismas, y ponen una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social. El énfasis reciente en el apoyo social de las personas mayores se debe a que en la vejez se experimenta un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también a que es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.

Son numerosos los estudios y autores que demuestran la importancia del apoyo social en las personas, en especial para los adultos mayores, tal como lo señala (José Miguel Guzmán, 2002), en que pertenecer a una red social no garantiza necesariamente que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de vida de los individuos. Por eso, hoy en día, el conocimiento sobre la continuidad de la ayuda en la etapa de vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica, resulta fundamental. Las virtudes y limitaciones observadas en las redes sociales mostraron la necesidad de considerar, además, la percepción que tienen las personas mayores de lo que dan y reciben en las redes, y de cuán importantes son éstas para su calidad de vida.

Es así como en el estudio realizado por (Barrientos, 2007), en el Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt, Chile, se menciona que el adulto mayor es mucho más vulnerable que cualquier otro grupo etario, lo que implica que tenga mayores necesidades tanto biológicas y psicológicas, las que dependen del apoyo social, el cual resulta fundamental, para mantener y/o mejorar su calidad de vida y disminuir los trastornos de carácter socioafectivos. Dentro de los resultados de este estudio, se muestra que los adultos mayores encuestados mostraron un bajo apoyo social percibido (67%), esto fue asociado a un escaso número de visitas y escasa o nula redes de apoyo principalmente de tipo familiar.

Lehr (1998), citado por (Carmona-Valdés, 2010), señala que las personas mayores que tienen intercambios afectivos significativos no sólo disfrutan de bienestar personal, sino que demuestran mayores posibilidades de sobrevivencia.

El apoyo social resulta aun más relevante en adultos mayores en situación de pobreza, esto porque la exclusión social en que viven muchos de ellos, se agrava debido a la presencia de problemas de salud mental de la persona mayor o su familia, de algún grado de invalidez o limitación física, de enfermedades crónicas o agudas, de violencia intrafamiliar y maltrato, de antecedentes de consumo problemático de alcohol y otras drogas en el adulto mayor o en

algún miembro de su familia. Las alternativas de solución se estrechan cuando los ingresos económicos son insuficientes para cubrir sus necesidades, cuando el apoyo familiar y las condiciones ambientales (vivienda, servicios higiénicos) son inadecuados a su estado de salud y funcionalidad o cuando el aislamiento social dificulta el acceso a las redes de apoyo disponibles (Claudia Covarrubias, 2012).

Relacionado a lo anterior, es importante considerar que en nuestro país, existe un 7,9% de pobreza en la población adulta mayor, sin detectarse una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres y un 1,8% de extrema pobreza.

En la V Región el 7,5% de la población adulta mayor se encuentra en situación de pobreza y un 2,5% en extrema pobreza, entre ambos aproximadamente 32.922 personas. En promedio, los adultos mayores de la región perciben mensualmente ingresos totales de \$49.981. La brecha por sexo es estadísticamente significativa, alcanzando los hombres ingresos superiores a las mujeres (\$59.250 y \$38.730 mensuales, respectivamente). En el país, también se observa una brecha significativa, percibiendo los hombres, en promedio, \$65.470, frente a los \$46.914 de las mujeres (CASEN, 2011).

### **2.2.3 RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y SALUD**

Tal como se ha mencionado anteriormente, existe una estrecha relación entre el apoyo social y la situación de salud de las personas, ejerciendo un efecto muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.

Es así como Caplan (1974), plantea que el apoyo social representa lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona.

Así mismo (Cassel, 1974), señala que luego de múltiples revisiones de estudios pudo concluir que cambios en el ambiente social actúan como factor predisponente que aumentan la susceptibilidad de enfermedad, esto puede explicarse porque los cambios en el ambiente producen desequilibrio neuroendocrino de las personas.

(Norbeck, 1981) ha contribuido a la investigación del apoyo social desde la perspectiva de la disciplina de enfermería, con su cuestionario NSSQ basado en definiciones conceptuales de apoyo social de Kahn. Ella manifiesta, que el apoyo social es la meta central del cuidado de enfermería y postula que el apoyo emocional y tangible o instrumental representan un factor importante para que los individuos se mantengan motivados para generar acciones de autocuidado.

(Barrera, 1986) trabajó el concepto, refiriéndose a él como las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos, porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés.

Marín (2002) citado por (Vega, 2009) refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus

miembros y promover el logro de sus metas vitales. La percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

Por otra parte, la falta de apoyo social se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (Berkman y Syme, 1979; House et al, 1982; Schwarzer y Leppin, 1992) citados por (Vega, 2009), han relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, la neurosis y se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas.

Importante es considerar, que reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, entre otros).

Según el estudio realizado por Mendes de Leon y Cols. citado por (Curcio, 2008), señala que los efectos benéficos del apoyo social dependen del tipo de soporte recibido. El instrumental implica generalmente ayuda física real, ayuda financiera u otro tipo de ayuda para resolver un problema. Se ha demostrado que este tipo de soporte se asocia a un aumento de la discapacidad física y a un incremento de la mortalidad en ancianos. Por el contrario, el soporte emocional tiene un efecto protector, y los contactos sociales pueden llevar a la persona a desarrollar sentimientos de compromiso y de integración social que le dan sentido a su vida.

Diversos estudios citados por (Vega, 2009), mencionan que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida y que provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto, a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud.

Algunos estudios han reportado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de auto eficacia. Esto puede explicarse por medio de dos teorías, la primera de ellas desarrollada por (Thoits, 1982) denominada Teoría del Efecto directo, la cual afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Este efecto precede al momento del estrés del sujeto. Se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psico-fisiológicos (lo que potenciaría la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud. Los estudios que analizan esta teoría sugieren que puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, causando la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud.

La segunda corresponde a la Teoría del Efecto tampón o amortiguador, ella ofrece una buena explicación teórica para los efectos positivos del apoyo social (Cohen, 1985). Postula que el apoyo social, puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social, una de ellas es que el apoyo social permite a los individuos, que tras la exposición al estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social. La segunda hipótesis se refiere a que el apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que podría enfrentarse a ella. Hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud.

También se ha demostrado que existe una relación entre afrontamiento y apoyo social, pues los sujetos que disponen de un mayor apoyo (especialmente de amigos) son quienes realizan más redefiniciones cognitivas, buscan información y emplean más tácticas activas de resolución de problemas. El alto apoyo social se asocia a mayores capacidades sociales de enfrentamiento del medio (Rodríguez-Marin, 1993).

La falta de contacto y apoyo social de los sujetos es un factor directo de facilitación de síntomas. Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad. La falta de apoyo social exagera los efectos de los sucesos de la vida negativos, mientras que una fuerte red de apoyo social permite mitigar y controlar el impacto del estrés (Fernández R. , 2005).

Otros investigadores, tales como (Pennebaker, 1994), (Smith, 1998), (Stroebe y Stroebe, 1995), citados por (Fernández I. , 2000) explican el impacto del estrés y de un deficitario apoyo social en la enfermedad y el bienestar:

**Cognitivos:** El bajo apoyo social y alto estrés altera las creencias de optimismo y controlabilidad del mundo social. Percibir la falta de control provoca una afectividad negativa y el apoyo social puede ayudar a que el problema se evalúe como menos disruptivo.

**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 las amenazas.

**Inmunológico–fisiológicos:** el bajo apoyo social (y/o alto estrés) reduce la respuesta inmunológica, induce a la depresión y ésta, a su vez, también reduce la respuesta inmunológica. La presencia de otros disminuye la reactividad al estrés.

**Conductuales:** un déficit de apoyo social se asocia a conductas inadaptativas y a formas de afrontamiento ineficaces (conductas de riesgo como beber o fumar).

## **2.3 MARCO CONTEXTUAL**

### **2.3.1 HOGAR DE CRISTO - PADAM Y ADULTOS MAYORES**

Tal como ha sido mencionado anteriormente, cuando la familia no cuenta con los recursos humanos y materiales suficientes, es necesario apoyarlas para que puedan cumplir con el rol de protección y de cuidados a los adultos mayores.

Es así como han surgido a lo largo del tiempo en el mundo y en nuestro país, instituciones sin fines de lucro que acogen y apoyan a personas, familias y comunidades con el único fin de brindarles una mejor calidad de vida y bienestar.

Es el caso del Hogar de Cristo, institución fundada en el año 1952, cuya misión es trazar la ruta institucional para hacer realidad el cambio de las condiciones sociales del país. “El Hogar de Cristo acoge con amor y dignidad a los más pobres entre los pobres, para ampliar sus oportunidades a una vida mejor. Convoca con entusiasmo y vincula a la comunidad en su responsabilidad con los excluidos de la sociedad. Es una organización transparente, eficiente y eficaz, que animada por la espiritualidad de San Alberto Hurtado promueve una cultura de respeto, justicia y solidaridad”.

Esta institución aborda diversas temáticas y problemáticas sociales, particularmente se destacan aquellas relacionadas con los adultos mayores, el trabajo en esta línea busca mejorar las condiciones de vida y bienestar social de las personas mayores, con el objetivo que permanezcan en su entorno habitual y familiar, fortaleciendo y manteniendo su autonomía e independencia. Únicamente cuando la persona mayor no cuenta con cuidados y atención permanente se recomienda su ingreso a una residencia.

La población objetivo del Hogar de Cristo son personas mayores de 60 años, en situación de pobreza y/o exclusión social. Principalmente personas mayores con algún nivel de dependencia y con escaso apoyo familiar.

Los principios que guían el actuar del Hogar de Cristo en esta área son el de autonomía; mantención en su medio habitual; participación, fortalecimiento de sus capacidades funcionales e integración social. Dando prioridad al trabajo ambulatorio, con programas que permiten que las personas mayores permanezcan en sus hogares, que interactúen con la sociedad y de esta forma se retarde su internación.

Dentro de los programas ambulatorios que brinda el Hogar de Cristo, se encuentra el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM), el cual trabaja directamente en los domicilios de las personas mayores que desean permanecer en su comunidad, cuyo apoyo familiar y recursos económicos no son suficientes y adecuados para su bienestar. Se les brinda apoyo en distintas prestaciones básicas, en rehabilitación y se capacita a cuidadores, entre otros.

EL PADAM tiene una cobertura cercana a los 4000 adultos mayores en todo Chile, en la Región de Valparaíso, son distribuidos en nueve comunas: Valparaíso, Marga-Marga, Quintero, San Antonio, Quillota, Calera, La Ligua, San Felipe y Santa María, con una cobertura de aproximadamente 375 adultos mayores.

Dentro de la atención que entrega este programa destacan el apoyo psicosocial y espiritual a los adultos mayores en sus domicilios (también a su cuidador en caso de que exista), apoyo y facilidades para que el adulto mayor y/o su familia puedan acceder a las redes sociales, institucionales y comunitarias de su territorio, educar sobre los derechos y cuidados de los adultos mayores, otorgar ayuda material (apoyo económico para el pago de arriendo, pañales y canastas de alimentos, entre otros), acompaña y en ocasiones traslada al adulto mayor para la realización de trámites y gestiones necesarias para mejorar su calidad de vida, detecta situaciones de abuso y/o maltrato, entre otras atenciones. Estas actividades están a cargo de un

asistente social, quien dirige a un equipo compuesto por un técnico social y técnico paramédico.

Cabe mencionar, que en un 92% de los adultos mayores que participan en programas de atención domiciliaria (PADAM) del país, logran mejorar sus condiciones mínimas de habitabilidad y calidad de vida, lo cual ayuda a que se mantengan viviendo en sus casas de la manera lo más digna posible (Hogar de Cristo, 2012)

## **2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.4.1 HIPÓTESIS**

- H 1: El grado de dependencia se asocia con la percepción de apoyo social.
- H2: La alteración del sueño se asocia con la percepción de apoyo social.
- H3: El uso de ayudas técnicas se asocia con la percepción de apoyo social.
- H4: El consumo de alcohol se asocia con la percepción de apoyo social.
- H5: La presencia de enfermedades crónicas se asocia con la percepción de apoyo social.

### **2.4.2 VARIABLES**

- Características sociodemográficas
- Percepción de apoyo social
- Situación de Salud

### 2.4.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>Definición</b>	Corresponde al conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que presentan los adultos mayores del estudio.		
<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ítems</b>
<b>Género</b>		Femenino	I (1)
		Masculino	
<b>Edad</b>		Años Cumplidos	I (2)
<b>Estado Civil</b>		Casado/a	I (3)
		Separado/a	
		Soltero/a	
		Viudo/a	
<b>Situación de pareja</b>		Con Cónyuge	I (4)
		Con Conviviente	
		Con Novio/a o Pololo/a	
		Sin Pareja	
<b>Escolaridad</b>		Superior Completa	I (6)
		Superior Incompleta	
		Media Completa	
		Media Incompleta	
		Básica Completa	
		Básica Incompleta	
		Sin estudios formales	
		No sabe	
No responde			
<b>Número de Hijos</b>		N°	I (5)
<b>Antecedentes Familiares</b>	Grupo familiar y/o personas significativas con que vive o comparte frecuentemente	Vínculo	I (7)
		Edad	
		Observaciones	
<b>Participación en alguna organización</b>		Si, especificar cual	I (8)
		No	
		No sabe	
		No responde	

<b>Sistema de Salud</b>		<b>Fonasa, especificar grupo</b>	<b>I (9)</b>
		Otro	
		No sabe	
<b>Pensión</b>		No responde	<b>I (9)</b>
		Si, especificar monto aproximado de pensión y quien la cobra y administra	
		No, porque	
		No sabe	
		No responde	

<b>VARIABLE</b>	<b>PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL</b>		
<b>Definición</b>	Capacidad de los adultos mayores del estudio de captar por medio de los sentidos, las impresiones o sensaciones, acerca del apoyo social recibido por parte de la familia - otros significativos y amigos según la Escala Multidimensional de Apoyo Social, Zimet et al, validada en Chile.		
<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ítems</b>
<b>Familia-Otros Significativos</b>		Siempre-Casi siempre	<b>II (1,2,3,4,5,8,10,11)</b>
		Con Frecuencia	
		A veces	
		Casi Nunca	
<b>Amigos</b>		Siempre-Casi siempre	<b>II (6,7,9,12)</b>
		Con Frecuencia	
		A veces	
		Casi Nunca	

<b>VARIABLE</b>	<b>SITUACIÓN DE SALUD</b>		
<b>Definición</b>	Corresponde a la identificación de distintos factores de salud que inciden en el bienestar y autonomía de los adultos mayores del estudio.		
<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ítems</b>
<b>Alteración del sueño</b>		Si, especificar	I(10)
		No	
		No sabe	
		No responde	
<b>Uso de ayudas técnicas</b>	Sensorial	Audífonos	
		Lentes ópticos	
		Otros, especificar	
	Movilidad	Bastón	
		Andador	
		Silla de ruedas	
<b>Antecedentes mórbidos</b>	Patologías crónicas	Si, especificar	
		No	
	Asiste a controles	Si	
		No	
	Cumple tratamiento farmacológico	Si, especificar	
		No	
	Cumple tratamiento No farmacológico	Si	
		No	
	Otros antecedentes mórbidos	Si, especificar	
		No	
<b>Hábitos</b>	Alcohol	Si, especificar cantidad y frecuencia	
		No	
	Tabaco	Si, especificar cantidad y frecuencia	
		No	
<b>Funcionalidad</b>	Índice de Barthel	Independiente	I (II)
		Dependencia Leve	
		Dependencia Moderada	
		Dependencia Grave	
		Dependencia Total	

---

# **CAPITULO 3**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

---

## **3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio cuantitativo, transversal y correlacional.

### **POBLACIÓN**

La población, correspondió a 137 adultos mayores, que pertenecen al programa PADAM del Hogar de Cristo de la Región de Valparaíso, en el período de Diciembre 2013- Enero 2014, de los cuales se obtuvo la muestra.

### **MUESTRA**

La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico, intencionado y por conveniencia, de acuerdo al número de adultos mayores de los nueve PADAM de la región que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, la selección fue de manera aleatoria, siendo  $n=35$ . Importante destacar que el número de adultos mayores seleccionados por PADAM, estuvo sujeto a la factibilidad de encontrar a los participantes del estudio en sus domicilios en las fechas planificadas, así como también se consideró que el investigador era quien aplicaba el instrumento, y quien realizaba la valoración de la funcionalidad y la contención emocional si era necesario. Tabla N° 1

**Tabla N° 1:** Número de adultos mayores en la población y en la muestra.

<b>Estratos (PADAM)</b>	<b>N° AM en cada estrato</b>	<b>N° AM en la muestra</b>
<b>Valparaíso</b>	25	6
<b>San Antonio</b>	23	6
<b>Marga-Marga</b>	25	6
<b>Quintero</b>	7	2
<b>Santa María</b>	10	3
<b>San Felipe</b>	11	3
<b>La Ligua</b>	9	2
<b>Quillota</b>	12	3
<b>Calera</b>	15	4
<b>Total</b>	<b>N= 137</b>	<b>n=35</b>

### 3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adulto mayor hombre o mujer de 60 o más años.
- Adulto mayor hombre o mujer de 60 años o mas, que acceda a participar en el estudio voluntariamente.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adulto Mayor hombre o mujer de 60 años o más años, que por sus condiciones de salud física o mental no pueda participar en el estudio.
- Adultos Mayores con deterioro cognitivo según lo consignado en la ficha PADAM

### 3.3 MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.3.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Para recoger los datos se utilizó un cuestionario estructurado, el que está formado por dos partes. La primera fué elaborada por la investigadora basado en la ficha que cada adulto mayor tiene en el programa, recoge antecedentes personales, familiares, seguridad social y aspectos socioeconómicos, además de antecedentes de salud, dentro del cuestionario se agregó el índice de Barthel, el cual contempla 10 ítemes, con el fin de obtener una apreciación de la funcionalidad de los adultos mayores (anexo N°2), cabe mencionar que dicho cuestionario en el estudio mostró una confiabilidad medida con el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,922 , que se clasifica como “excelente”.

La segunda parte corresponde a la medición subjetiva del apoyo social, para lo cual se utilizó, previa autorización (anexo N°5) la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social validada en Chile (M.Arechabala, 2002), en dicho estudio se calculó la confiabilidad, a través del coeficiente alpha de Cronbach, cuyo valor fue de 0.86 para la escala total; dicho instrumento considera 2 dimensiones: familia- otros significativos y amigos con un total de 12 ítemes, cada uno de ellos con una escala tipo Likert de cuatro categorías (Siempre, casi siempre: 4; Con frecuencia: 3; A veces: 2; Casi nunca: 1 (anexoN°2), en este estudio la confiabilidad de la escala de apoyo social, medida con el coeficiente Alfa de Cronbach, fue de 0,816 que se califica como “buena”, similar a la confiabilidad obtenida en la validación de este instrumento.

En la tabla N° 2, se muestra la estructura del instrumento y su relación con los objetivos específicos planteados:

<b>INSTRUMENTO DEL ESTUDIO</b>				
<b>Items</b>	<b>Variables</b>		<b>Objetivos Específicos del Estudio</b>	<b>N° Preguntas</b>
I	Características sociodemográficas		N°1	10
	Situación de Salud	Características de salud	N°4	5
		Índice de Barthel		10
II	Percepción de Apoyo Social		N°2-3-5	12

Tabla N°2

Para evaluar el apoyo social percibido por los adultos mayores en este estudio, se realizó lo siguiente:

- 1) Dado que la percepción se evaluó mediante un escala tipo Likert con 4 categorías, se asignó un puntaje a cada categoría de respuesta sobre percepción, de la siguiente forma (Tabla N° 3)

<b>Percepción apoyo social</b>	<b>Puntaje</b>
Casi nunca	1
A veces	2
Con frecuencia	3
Siempre, casi siempre	4

Tabla N° 3

2) Por tratarse de 12 preguntas sobre percepción, para cada persona se puede sumar el puntaje en cada pregunta, obteniendo el puntaje total. El puntaje total mínimo de respuesta para una persona es de 12 (en el caso que su percepción en todas las afirmación sea "Casi nunca") y el máximo de 48 (en el caso que su percepción en todas las afirmación sea "Siempre, casi siempre").

3) Basado en lo anterior, se define una escala de percepción de apoyo social general, con 4 categorías, con los siguientes valores (tabla N° 4):

<b>Puntaje total:</b>	<b>Percepción de apoyo social general</b>	<b>Percepción de apoyo social</b>
12 a 21	Casi nunca	Mala
22 a 30	A veces	Regular
31 a 39	Con frecuencia	Buena
40 a 48	Siempre, casi siempre	Muy Buena

Tabla N° 4

Esta escala se construyó analizando la percepción de apoyo social general, en el 42,9% de los adultos mayores la percepción de apoyo social general es " A veces" o Regular. En el 11,4% de los adultos mayores la percepción de apoyo social general es " Siempre, casi siempre " o Muy Buena (tabla N°5).

**Tabla N°5:** N° y porcentaje de adultos mayores según percepción de apoyo social general.

<b>Percepción de apoyo social general</b>	<b>Puntaje</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Casi nunca/ Mala	12 a 21	8	22,9
A veces/ Regular	22 a 30	15	42,9
Con frecuencia/ Buena	31 a 39	8	22,9
Siempre, casi siempre/ Muy buena	40 a 48	4	11,4
	Total	35	100,0

Tabla N°5

Para determinar la asociación entre la percepción de apoyo social y la situación de salud en los factores: funcionalidad, uso de ayudas técnicas, alteración del sueño, consumo de alcohol y enfermedades crónicas de los adultos mayores del PADAM región de Valparaíso, se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, ( $p < 0.05$ ).

### **3.3.2 PRUEBA PILOTO**

Es importante señalar, que se realizó una prueba piloto donde se aplicaron siete entrevistas para probar el instrumento, cuyo objetivo se orientó a:

- Determinar el tiempo de aplicación del instrumento para coordinar el trabajo en terreno.
- Detectar preguntas mal formuladas, especialmente de la primera parte del instrumento.

Importante mencionar que no se evidenciaron dificultades al aplicar el instrumento.

### **3.3.3 RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se desarrolló en un período de 6 semanas, en primera instancia se tomó contacto con el Director ejecutivo del Hogar de Cristo Quinta región, para presentar el estudio y solicitar la autorización. Una vez aprobado el estudio por parte del Hogar de Cristo (anexo N°4) y del comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso (anexo N°3), se estableció una fecha para presentar la investigación a los encargados de los nueve PADAM de la Región.

Posteriormente se estableció contacto telefónico con ellos, para solicitar la lista de los adultos mayores que no presentaran daño cognitivo o deterioro de su salud física, que les impidiera participar en el estudio. Además coordinar fecha y hora de las visitas domiciliarias. En la segunda etapa se confeccionó una carta Gantt, para organizar el trabajo en terreno.

Para acceder a los adultos mayores, la investigadora asistió a sus domicilios siempre acompañada de un técnico social del programa. Se procedía a informar el objetivo del estudio y lectura del consentimiento informado (anexoN°1), si el adulto mayor aceptaba participar, se procedía a completar la ficha y se iniciaba la aplicación del cuestionario. El tiempo de aplicación fue en promedio 15 minutos.

### **3.3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Previa recolección de los datos para la presente investigación, se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Presentar el proyecto a las autoridades del Hogar de Cristo y en especial a los participantes del PADAM, región de Valparaíso.
- Presentar el proyecto al comité de ética y bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, quienes luego de evaluarlo, lo aprobaron (anexoN°3).
- Informar al adulto mayor, en qué consistía la investigación y de aceptar se le solicitaba su firma en el consentimiento informado, entregándole una copia del mismo (anexo N°1).

- Cautelar en todo momento el aspecto ético, referente a la confidencialidad y privacidad en el proceso de recolección de la información, para lo cual se utilizó un código numérico para cada cuestionario respondido, así como también se realizó una entrevista individual.
- Contar con un protocolo de contención, el cual consistió en escucha activa y contención emocional por parte de la investigadora y posterior derivación a psicólogos del Hogar de Cristo, si se detectaba alguna sintomatología que así lo requiriesen los participantes.

---

**CAPITULO 4**

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE**

**RESULTADOS**

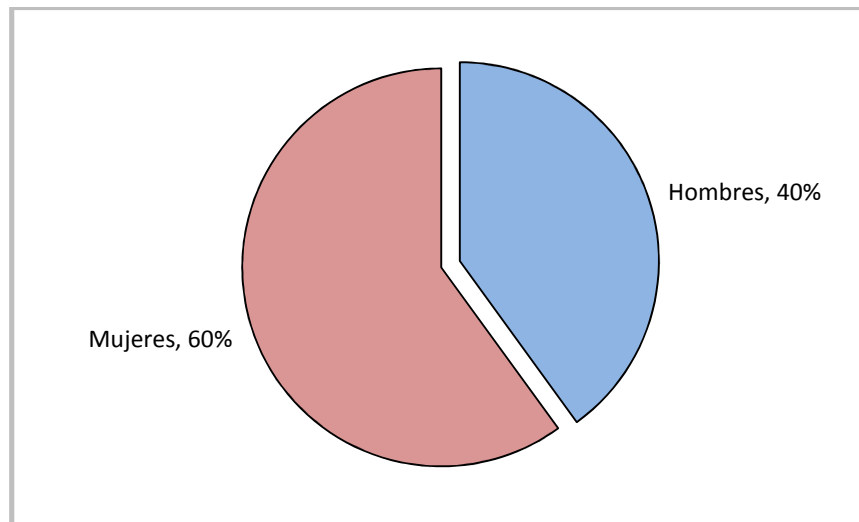
---

## CAPITULO 4

A continuación se presentan gráficamente los principales resultados del estudio.

### 4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

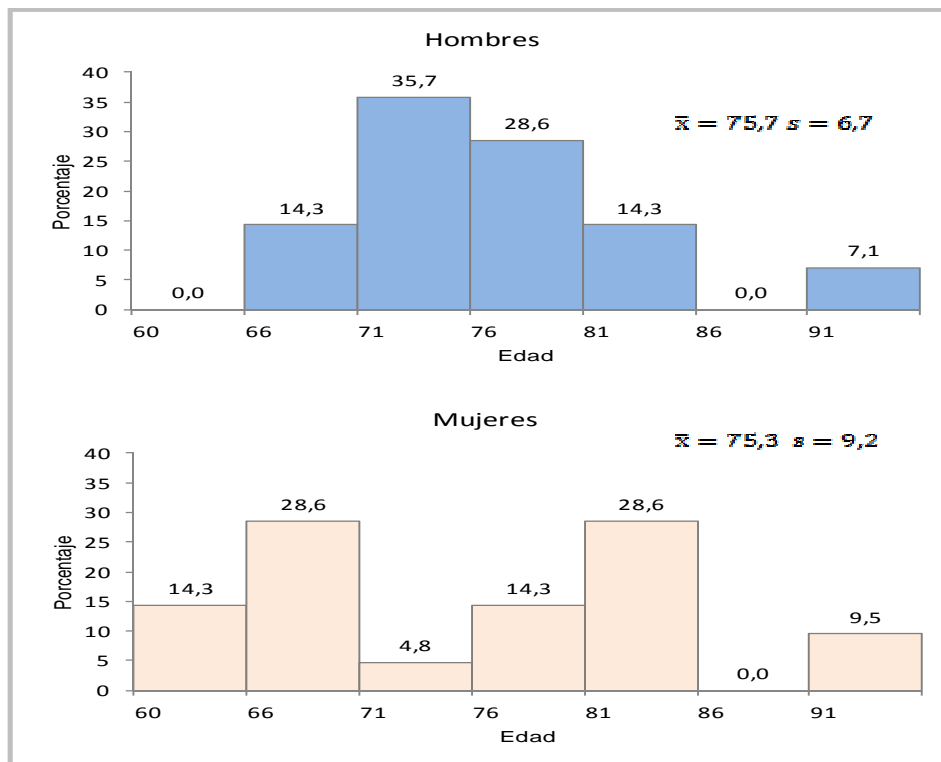
**Gráfico N° 1:** “Distribución de adultos mayores de la muestra, según género”. n=35



El gráfico N°1, señala que un 60 % de los adultos mayores del estudio son de sexo femenino y un 40% masculino, dichas cifras coinciden con los valores nacionales, en donde un 57,3 % corresponden a adultos mayores de sexo femenino y un 42,7% masculino (Instituto Nacional de Estadística, 2012). En tanto en la región un 58,5% de los adultos mayores son de sexo femenino y un 41,5% masculino, lo cual también es similar a la muestra estudiada. (CASEN , 2011)

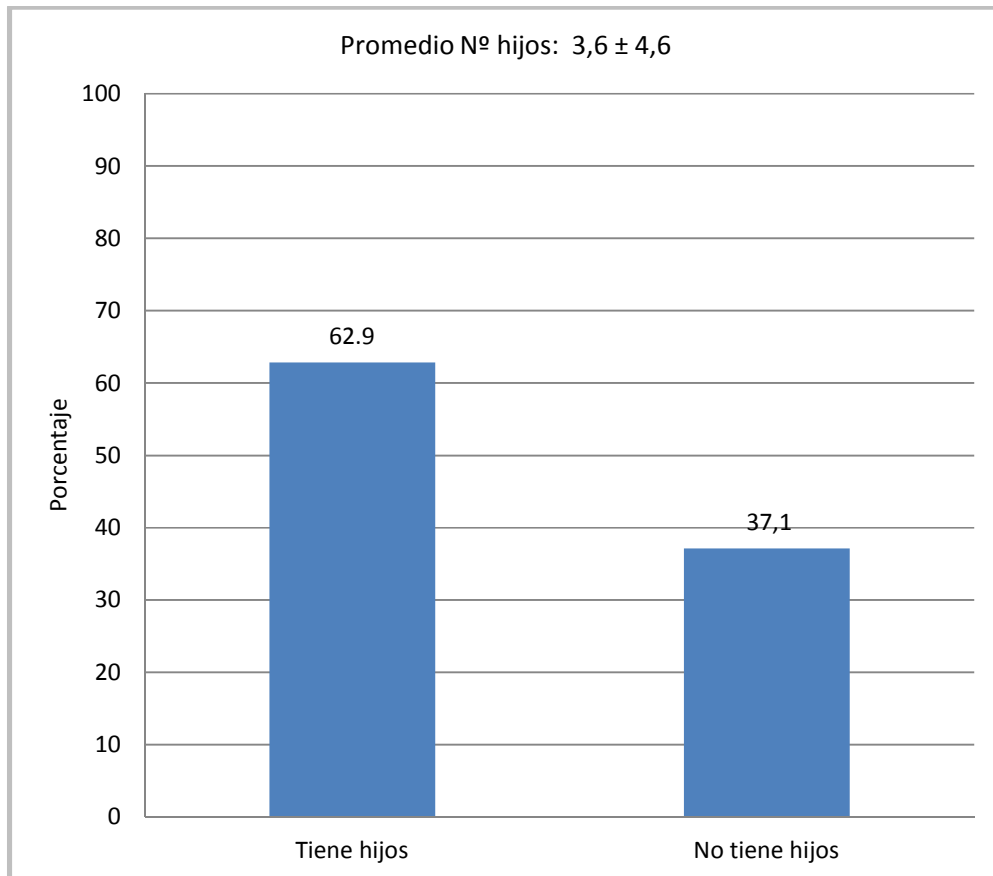
**Gráfico N° 2:** “ Distribución de los adultos mayores de la muestra, según sexo y edad”.

n=35



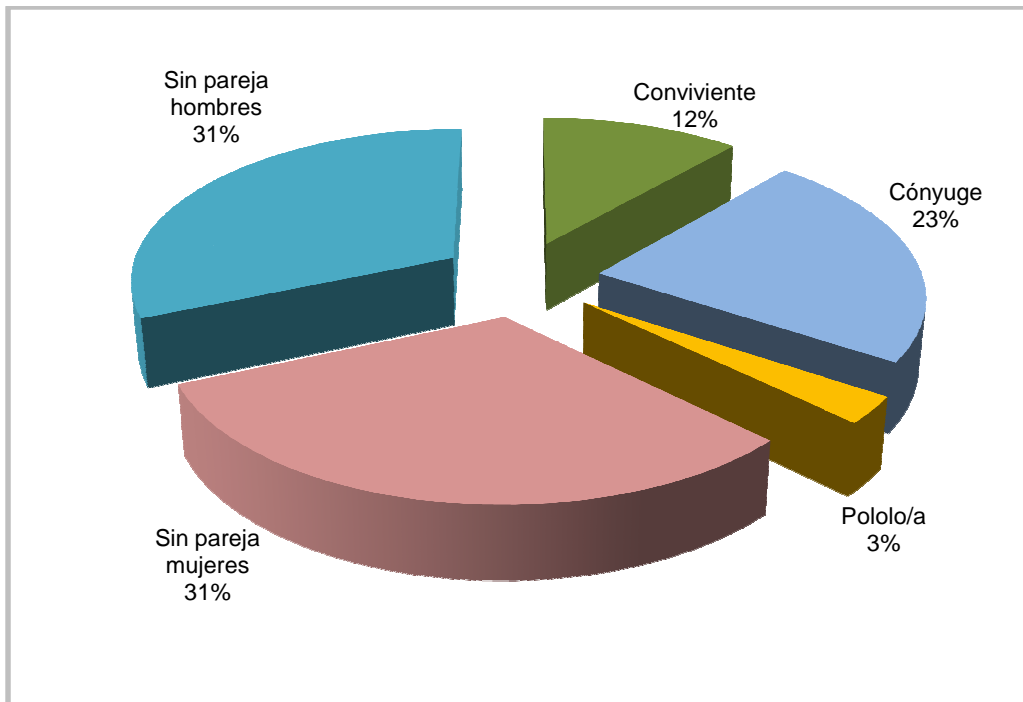
El gráfico N° 2, muestra que el promedio de edad de los adultos mayores corresponde a 75,3 años para el género femenino y de 75,7 para el masculino, lo cual es similar para ambos sexos. Sin embargo, se observa una mayor concentración de mujeres sobre los 81 años de edad, lo que responde a lo señalado en la literatura sobre la feminización de la vejez (CASEN , 2011).

**Gráfico N° 3:** “Distribución de los adultos mayores según el número de hijos”. n=35



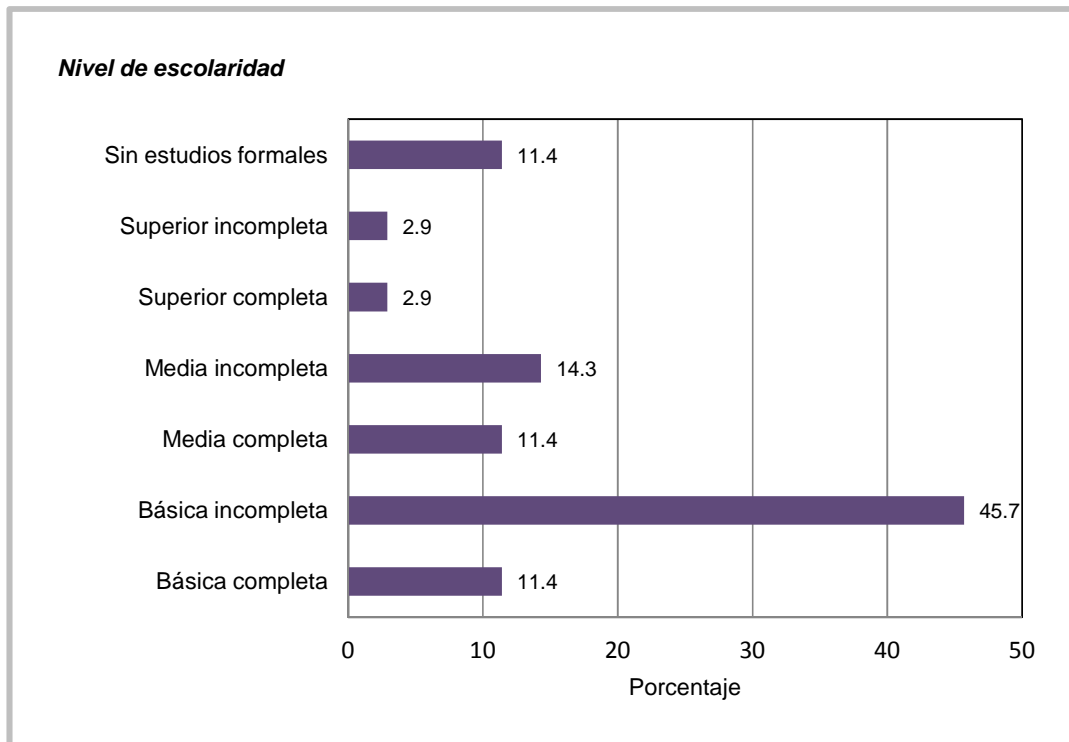
El gráfico N° 3, muestra que el número de hijos promedio de los adultos mayores del estudio es de 3,6. Un 62,9% tiene hijos, un 37,1% de los adultos no tiene hijos, lo que responde a la población objetivo del PADAM, es decir, incluir a aquellos adultos mayores que no cuentan con una red de apoyo familiar permanente (Hogar de Cristo, 2012).

**Gráfico N°4:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según situación de pareja”. n=35



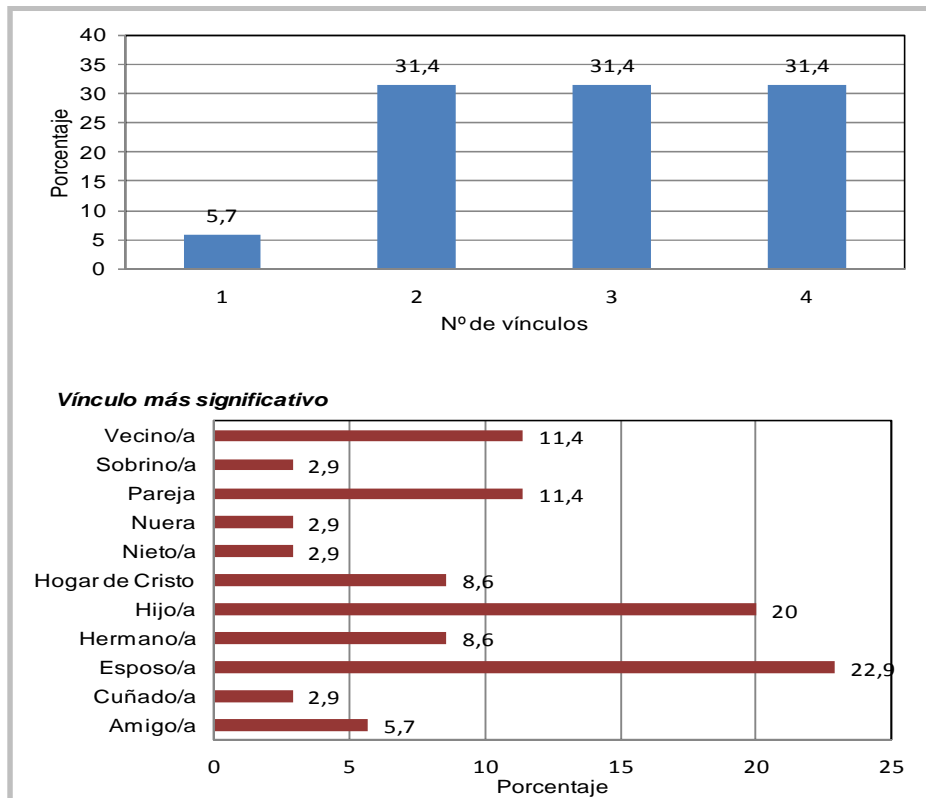
El Gráfico N° 4, muestra que un 62% de los adultos mayores de la muestra están sin pareja, lo que también se relaciona a los objetivos que se plantea el PADAM, dando prioridad al trabajo con personas de mayor vulnerabilidad y en algunos casos con redes de apoyo insuficientes, en tanto un 37,2% tiene pareja, de los cuales un 23% corresponde a una unión formal.

**Gráfico N° 5:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según nivel de escolaridad”. n=35



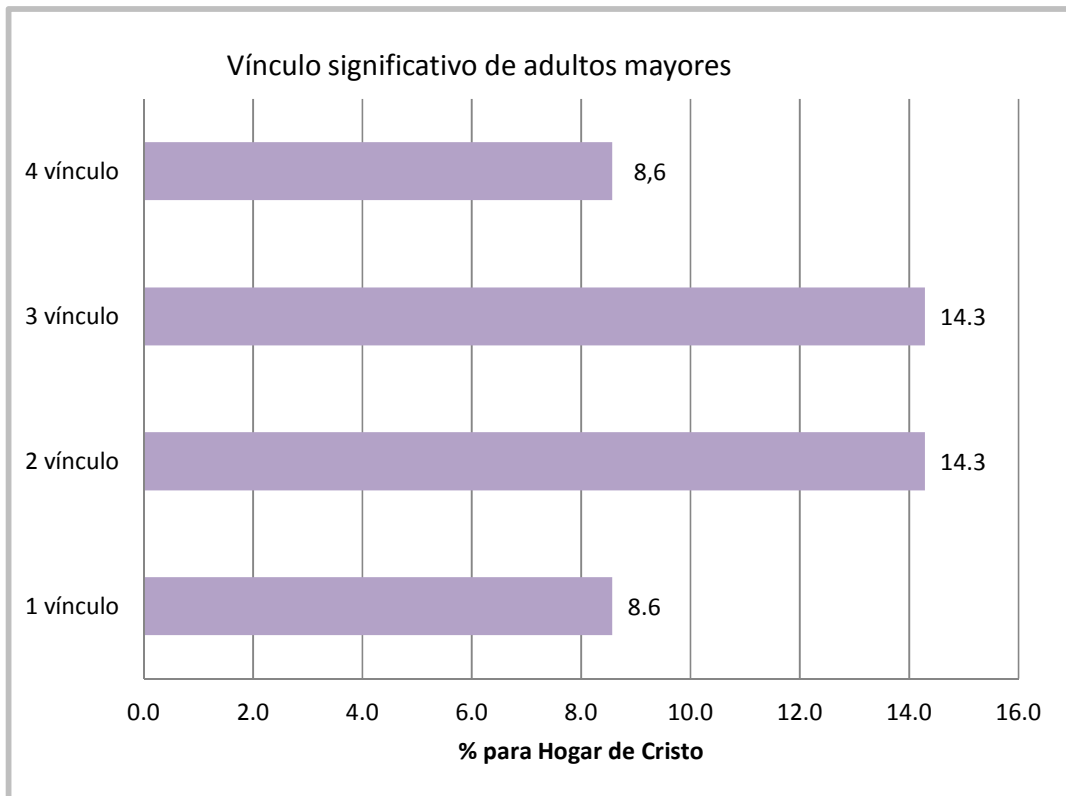
El Gráfico N° 5, destaca que un 45,7% de los adultos mayores, tiene Educación Básica incompleta, lo cual coincide con la escolaridad promedio del los Adultos mayores en la región la cual alcanza a 7,9 años (CASEN , 2011), a su vez un 11,4% de los adultos mayores de la muestra no tiene estudios formales.

**Grafico N°6:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, de acuerdo al número de vínculos y el vínculo mas significativo”. n=35



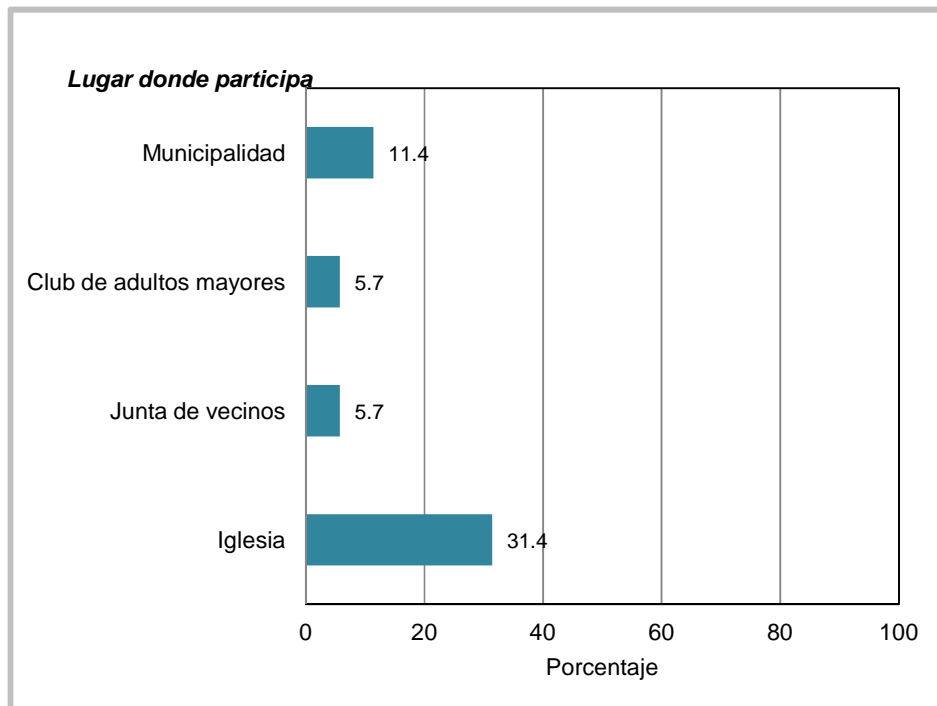
El gráfico N° 6, muestra que un 94,3% de los adultos mayores tiene más de un vínculo y solo un 5,7% solo cuenta con un vínculo, dentro de éstos el vínculo principal corresponde a la pareja/esposo/a los que sumados corresponde a un 34,3%, seguido del hijo/a 20%, vecino 11,4% y un 8,6% al Hogar de Cristo.

**Gráfico N° 7:** “Porcentaje del Hogar de cristo, como vínculo mas significativo para los adultos mayores de la muestra”.n=35



En el gráfico N° 7, se puede observar que un 28,6% los adultos mayores de la muestra consideran que el Hogar de Cristo es el segundo y tercer vínculo mas significativo, en tanto que un 8,6% de ellos lo consideran como el vínculo principal.

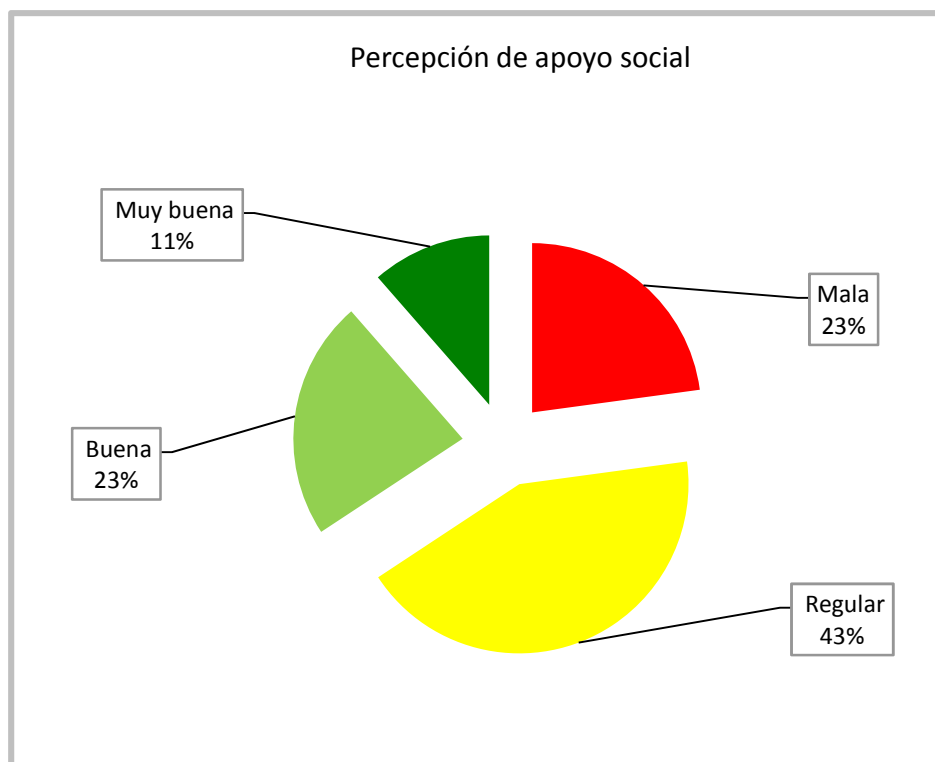
**Gráfico N° 8:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según participación social”. n= 19



El gráfico N°8 muestra, que solo 19 adultos mayores participan en alguna organización social, lo que corresponde a un 54,2%, de éstos un 31,4% participa en la iglesia, un 5,4% en junta de vecinos, un 5,7% en clubes de adultos mayores, en tanto un 11,4% participa en las actividades para adultos mayores derivadas de la municipalidad de la ciudad en que habitan. Estas cifras coinciden con lo que ocurre a nivel nacional, ya que el mayor porcentaje de participación en grupos religiosos es superior que en otras organizaciones. (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013).

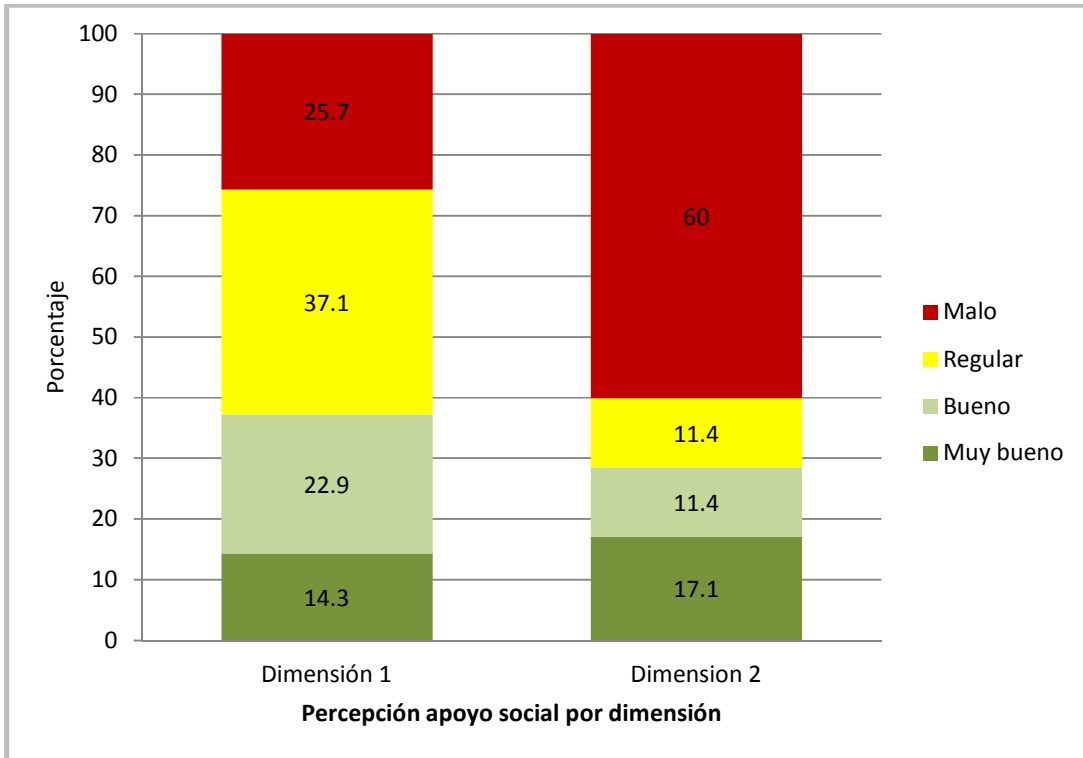
## 4.2 PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

**Gráfico N° 9:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según percepción de apoyo social, en base a la Escala multidimensional de apoyo social de Zimet et.al.”



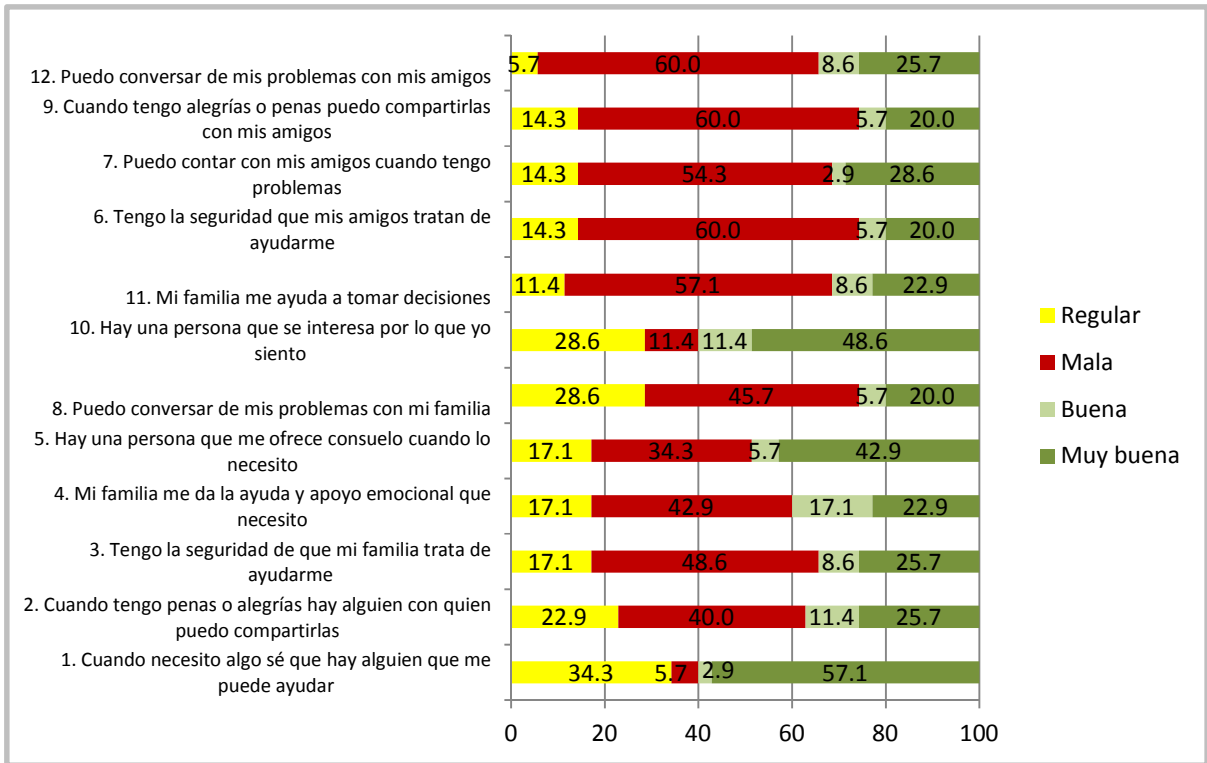
El gráfico N° 9, muestra el porcentaje de percepción de apoyo social de los adultos mayores, en él se puede observar que el 34% tienen una percepción de apoyo social entre muy buena y buena, en cambio más de la mitad (66%) presenta una percepción de apoyo social entre regular y mala.

**Gráfico N° 10:** “Distribución de la percepción de apoyo social de los adultos mayores de la muestra, según dimensiones del instrumento, N°1: Familia y otros significativos y N°2: Amigos“



El gráfico N° 10, muestra claramente que la dimensión N°2 tuvo una evaluación inferior a la dimensión N°1. En la dimensión N°2 destaca que un 60% presenta una mala percepción de apoyo social, un 11,4% regular, 11,4% buena y un 17,1% muy buena. Por su parte la dimensión N° 1 presenta un 25,7% mala percepción de apoyo social, 37,1% regular, 22,9% buena y un 14,3% muy buena. Esto confirma que la familia sigue siendo el apoyo mas relevante para los adultos mayores.

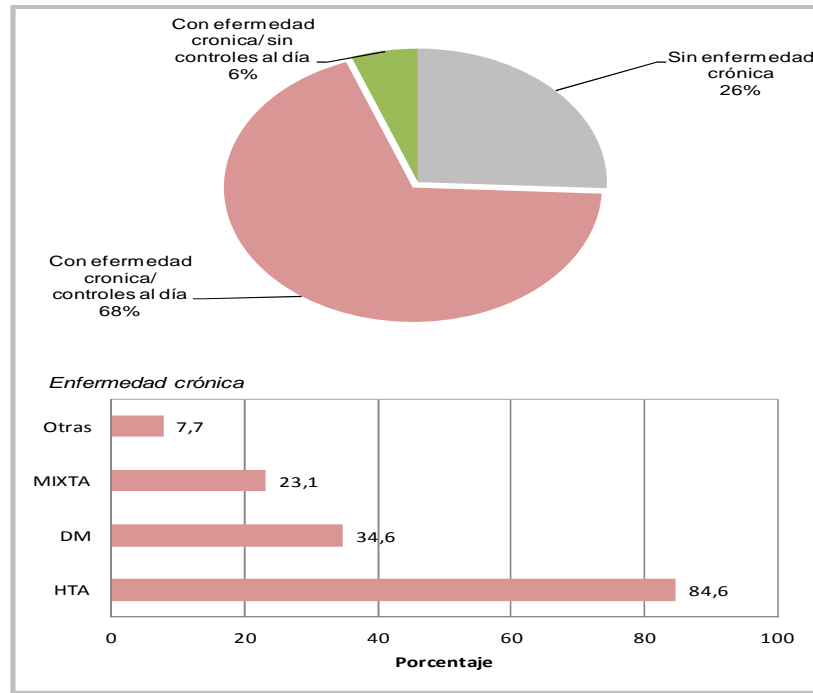
**Gráfico N° 11:** “Distribución de la percepción de apoyo social de los adultos mayores de la muestra, por ítem de la Escala multidimensional de apoyo social Zimet et al.”



El gráfico N°11, muestra que la dimensión N° 2 “Amigos”, representada por los ítemes N°6,7,9,12 muestran un alto porcentaje con mala percepción de apoyo social, todas ellas sobre el 50%. En tanto la dimensión N°1 “Familia y otros significativos”, representada por los ítemes N° 1,2,3,4,5,8,10,11, si bien igual manifiestan una mala percepción de apoyo social, aumenta la buena y muy buena percepción, lo que muestra que esta dimensión es mejor evaluada por los adultos mayores de la muestra.

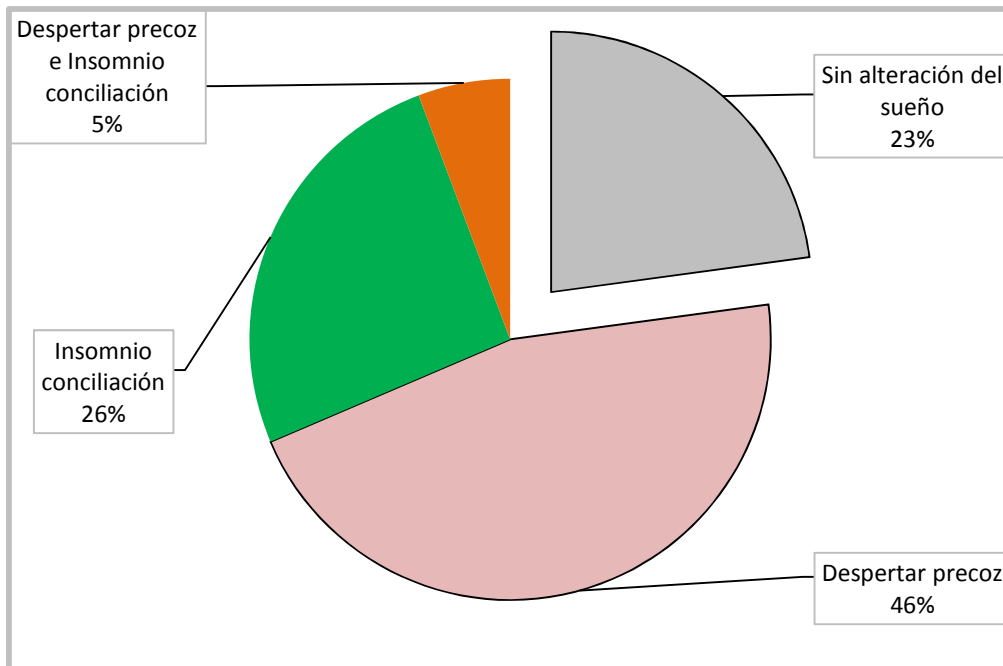
### 4.3 Situación de Salud

**Gráfico N° 12:** “ Porcentaje de los adultos mayores de la muestra, que presentan patologías crónicas”. n=35



El gráfico N° 12, muestra que el 74% de adultos mayores del estudio tienen enfermedades crónicas, de las cuales un 84,6% corresponde a hipertensión arterial, un 34,6% diabetes mellitus y un 23,1% mixta. Cifra que coincide con las cifras nacionales, en donde un 80% de la carga de enfermedad son enfermedades crónicas, de las cuales un 74,6% corresponde a hipertensión arterial y un 46,8% a diabetes mellitus (MINSAL, 2014). En tanto un 88,9% de los adultos mayores del PADAM región de Valparaíso portadores de enfermedades crónicas, tienen sus controles de salud al día. Estas cifras son superiores a las observadas en la encuesta (CASEN , 2011) en donde un promedio de 48,3% de los adultos mayores a nivel nacional se habían realizado algún control de salud, de ellos un 48,5% correspondía a un control de enfermedad crónica.

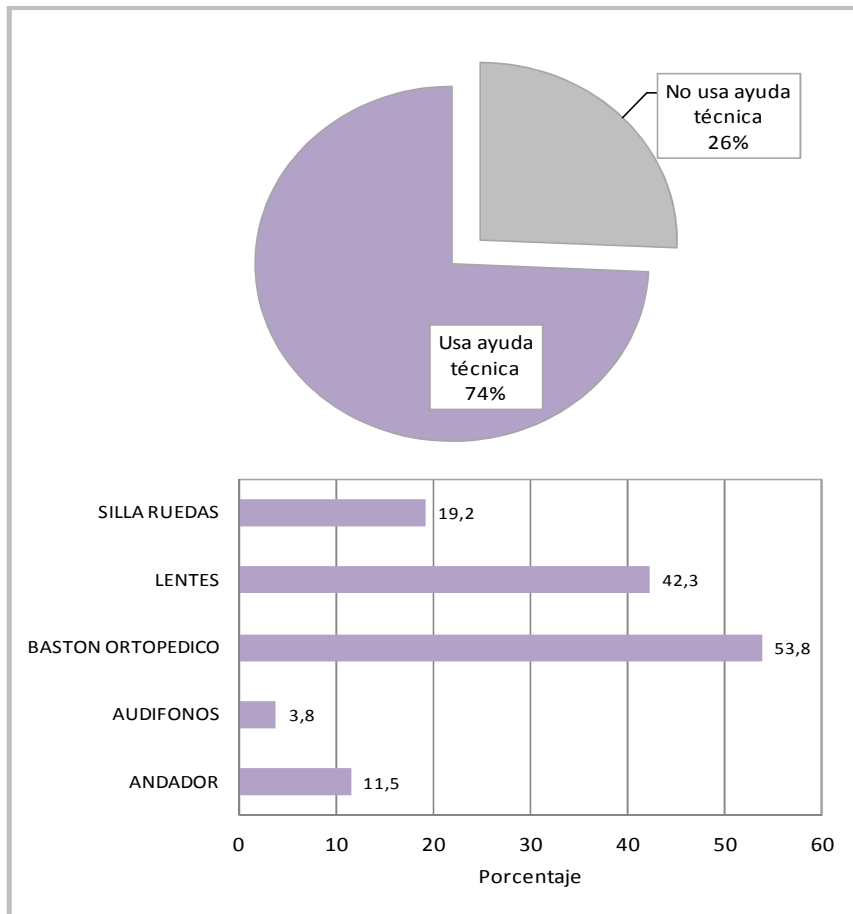
**Gráfico N°13:** “Porcentaje de los adultos mayores de la muestra con alteraciones del sueño”. n=35



El gráfico N°13, muestra que un 77,1% de adultos mayores presenta alteraciones del sueño, dentro de ellas un 59,26%, corresponde a despertar precoz y un 33,33% insomnio de conciliación, en tanto, un 7,41% presentaba ambas alteraciones.

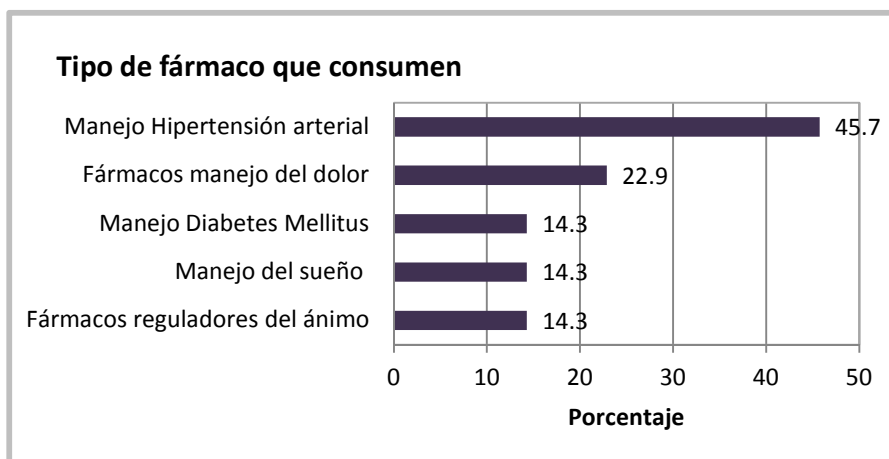
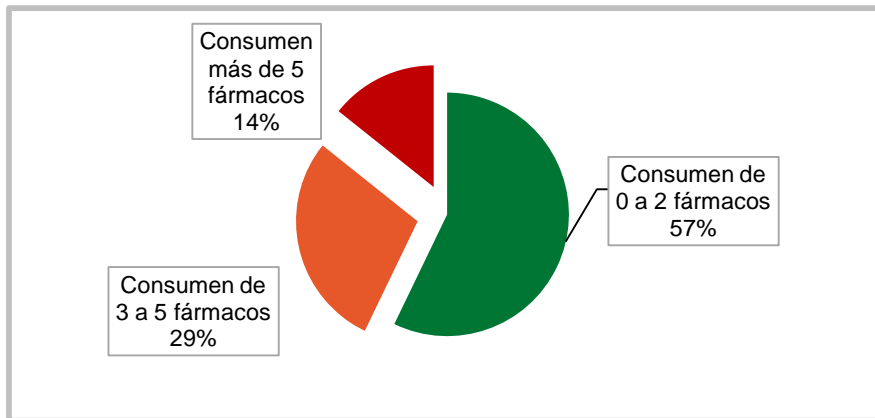
Estas cifras son superiores a las que se presentan a nivel nacional, donde un 51,8% de los adultos mayores reportan trastornos del sueño. (MINSAL, 2014)

**Gráfico N°14:** “Porcentaje estimado del uso y tipo de ayudas técnicas en los adultos mayores de la muestra”. n=35



El gráfico N° 14, muestra que un 74 % de los adultos mayores de la muestra usan algún tipo de ayuda técnica, ya sea de tipo sensorial o motora. De ellas un 53,8% corresponde al bastón ortopédico y un 42,3% usuario de lentes. En relación a esta última cifra, a nivel nacional un 79,8% de adultos mayores es usuario de lentes, lo que se asocia a un alto porcentaje de trastornos visuales. (MINSAL, 2014).

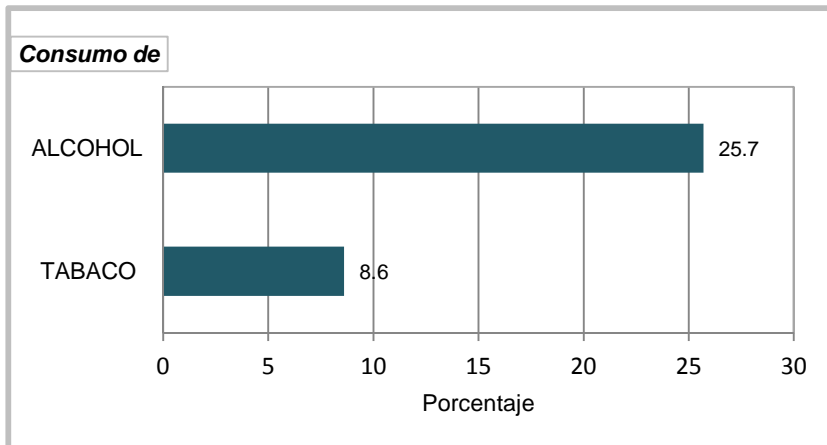
**Gráfico N°15:** “Porcentaje estimado de la cantidad y tipo de fármacos que consumen los adultos mayores de la muestra”. n=35



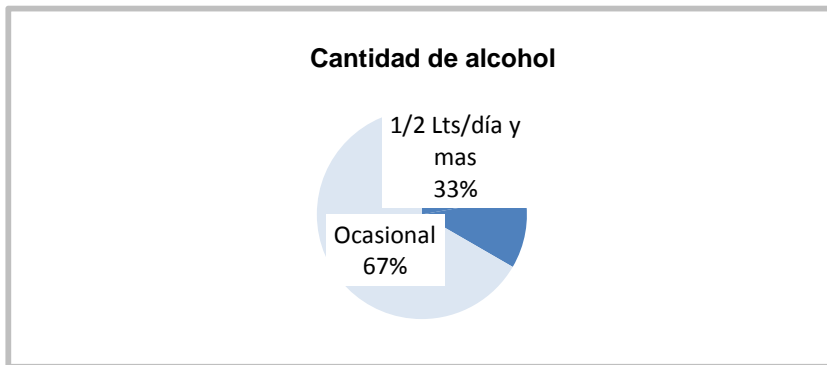
El gráfico N° 15, muestra que un 29% de los adultos mayores de la muestra consumen entre 3 a 5 fármacos al día y un 14% más de 5 fármacos al día, de los cuales 45,7% corresponden a fármacos para el manejo de la hipertensión arterial.

Cifras que son similares a la población adulta mayor a nivel nacional, los que consumen un promedio de 4,2 medicamentos por día. (MINSAL, 2009-2010)

**Gráfico N°16:** “Porcentaje estimado del consumo de alcohol y tabaco en los adultos mayores de la muestra”.

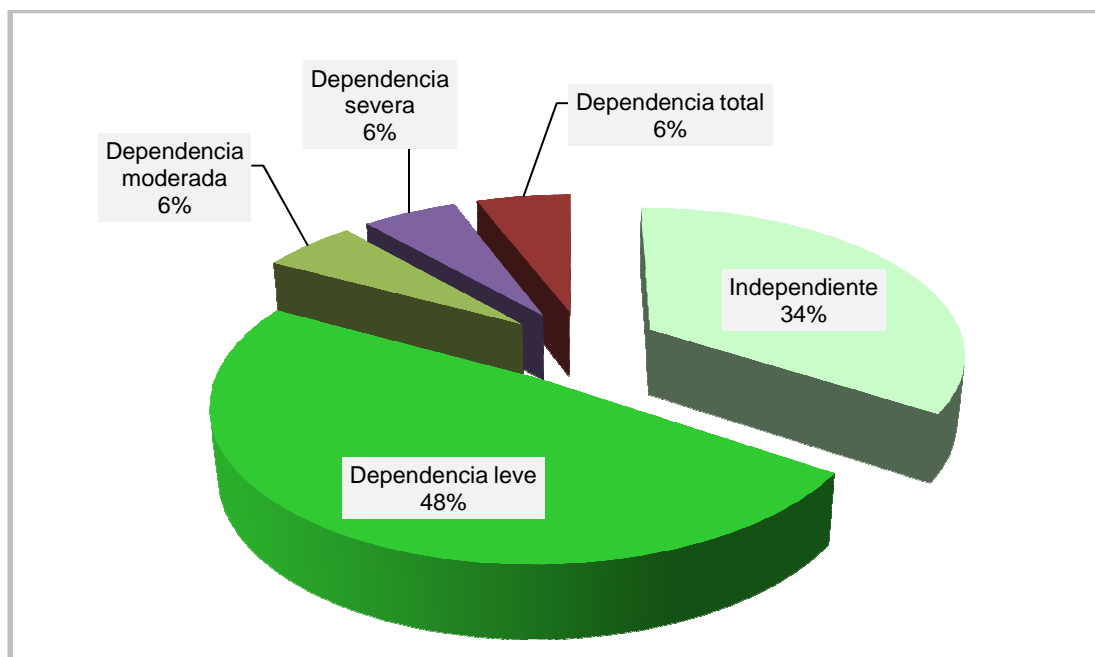


**Gráfico N° 17:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, según cantidad de consumo de alcohol” n=9.



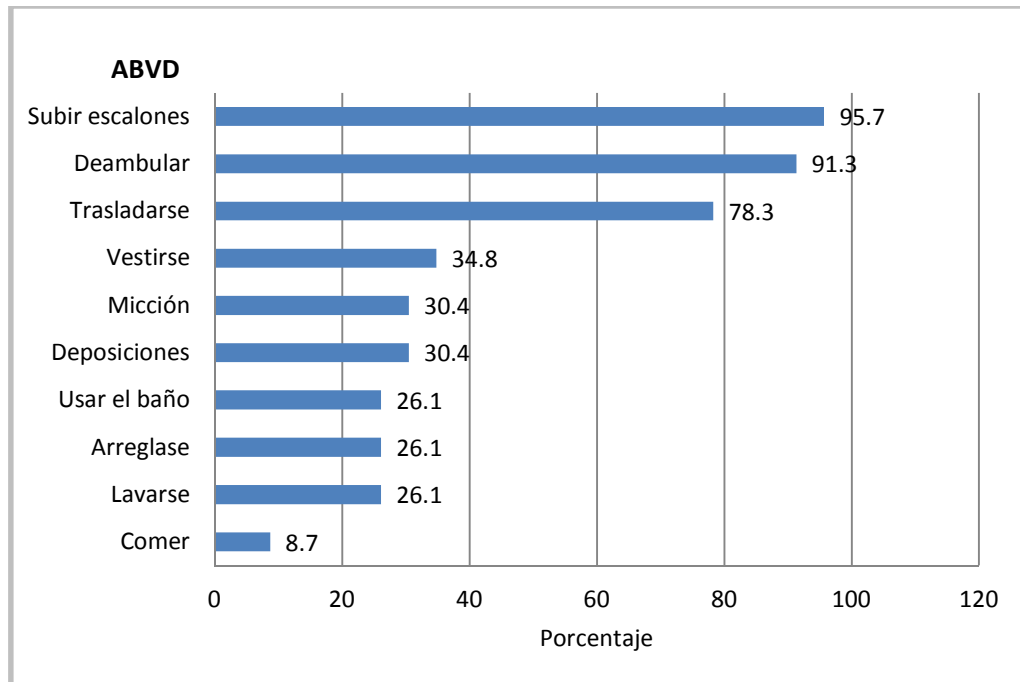
Los gráficos N° 16 y 17, muestran que un 25,7% de los adultos mayores de la muestra consumen alcohol, de ellos un 66,67% es ocasional y un 33,3% consumen más de medio litro al día, lo que correspondería aproximadamente a 67,5 g de alcohol, cifras elevadas si consideramos que en Chile las personas mayores de 65 años consumen en promedio 38,79 g de alcohol al día (MINSAL, 2009-2010).

**Gráfico N° 18:** “ Distribución de los adultos mayores de la muestra, de acuerdo a su Funcionalidad, según Índice de Barthel”.



El gráfico N°18, muestra que un 34 % de los adultos mayores de la muestra son independientes y un 66% presenta algún grado de dependencia. De ellos un 48% corresponde a dependencia leve, 6% dependencia moderada, 6% severa y un 6% dependencia total. Los resultados antes descritos, difieren de lo que ocurre a nivel nacional, donde un 75,9% de los adultos mayores son independientes y 6,6% presentan dependencia leve. (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013). Esto puede asociarse a que la muestra corresponde a adultos mayores vulnerables que responden a los objetivos del PADAM, por lo que no es comparable con los datos nacionales.

**Gráfico N° 19:** “Porcentaje de adultos mayores, según tipo de ABVD con algún grado de dependencia, según Índice de Barthel”.



El gráfico N° 19, señala que dentro de las actividades básicas de la vida diaria, el subir y bajar escalones, deambular y trasladarse, todas actividades relacionadas con la dificultad física y de movilidad, se encuentran más comprometidas, con un 95.7%, 91.3% y un 78.3% respectivamente, estos resultados son similares a lo que ocurre a nivel nacional (CASEN, 2011). A su vez, un 34.8% presenta dificultades para vestirse, un 30.4% trastorno en la necesidad de eliminación, tanto urinaria como intestinal, 26.1% dificultades para usar el baño, la misma cifra para arreglarse y lavarse y un 8.7% dificultades para comer.

#### 4.4 ANÁLISIS CORRELACIONAL

**Tabla N°1:** Asociación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad de los adultos mayores de la muestra.

FUNCIONALIDAD	APOYO SOCIAL									
	Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depend. total	0	,0	2	11,8	0	,0	0	,0	2	5,7
Depend. severa	0	,0	2	11,8	0	,0	0	,0	2	5,7
Depend. moderada	0	,0	2	11,8	0	,0	0	,0	2	5,7
Depend. leve	5	62,5	8	47,1	1	16,7	3	75,0	17	48,6
Independiente	3	37,5	3	17,6	5	83,3	1	25,0	12	34,3
TOTAL	8	100,0	17	100,0	6	100,0	4	100,0	35	100,0

Prueba de Chi Cuadrado de Pearson		Apoyo Social
Funcionalidad	Chi-cuadrado	14,220
	G1	12
	Sig	,287 <sup>ab</sup>

La tabla N°1, muestra que el nivel de funcionalidad no se asocia con la percepción de apoyo social, lo que indicaría que esas variables son independientes, por lo que la hipótesis nula, no se rechaza ( $\chi^2 = 14,22$  con  $p = 0,287$ ) pues el valor “p” encontrado es mayor al 5% ( $0,287 > 0,05$ ).

**Tabla N°2:** Asociación entre percepción de apoyo social y alteración del sueño en los adultos mayores de la muestra.

ALTERACIÓN DEL SUEÑO		APOYO SOCIAL									
		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	No	0	,0	4	23,5	4	66,7	0	,0	8	22,9
	Si	8	100,0	13	76,5	2	33,3	4	100,0	27	77,1
	TOTAL	8	100,0	17	100,0	6	100,0	4	100,0	35	100,0

PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE PEARSON		APOYO SOCIAL
ALTERACIÓN DEL SUEÑO	Chi-cuadrado	10,091
	G1	3
	Sig.	,018 *ab

La Tabla N°2, muestra que al asociar la alteración del sueño con la percepción de apoyo social, la hipótesis nula indicaría que esas variables son independientes, esto es, que no hay relación entre ellas. Sin embargo, esa hipótesis se rechaza ( $\chi^2 = 10,091$  con  $p = 0,018$ ) pues el valor “p” encontrado es menor al 5% ( $0,018 < 0,05$ ), por lo que estas variables son dependientes.

**Tabla N° 3:** Asociación entre la percepción de apoyo social y el uso de ayudas técnicas en los adultos mayores de la muestra.

USO DE AYUDAS TÉCNICAS	APOYO SOCIAL									
	Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	1	12,5	3	17,6	2	33,3	3	75,0	9	25,7
Si	7	87,5	14	82,4	4	66,7	1	25,0	26	74,3
TOTAL	8	100,0	17	100,0	6	100,0	4	100,0	35	100,0

PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE PEARSON		APOYO SOCIAL
USO DE AYUDAS TÉCNICAS	Chi-cuadrado	6,579
	Gl	3
	Sig.	,087 <sup>a</sup>

La tabla N° 3, muestra que al asociar la variable uso de ayudas técnicas con la percepción de apoyo social, no existe relación entre ellas, por lo que la hipótesis nula no se rechaza, esto indicaría que estas variables son independientes ( $\chi^2 = 6,579$  con  $p=0,087$ ) pues el valor “p” encontrado es mayor al 5% ( $0,087 > 0,05$ ).

**Tabla N° 4:** Asociación entre percepción de apoyo social y consumo de alcohol en los adultos mayores de la muestra.

CONSUMO DE ALCOHOL		APOYO SOCIAL									
		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	5	62,5	12	70,6	6	100,0	3	75,0	26	74,3	
Si	3	37,5	5	29,4	0	,0	1	25,0	9	25,7	
TOTAL	8	100,0	17	100,0	6	100,0	4	100,0	35	100,0	

PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE PEARSON		APOYO SOCIAL
CONSUMO DE ALCOHOL	Chi-cuadrado	2,781
	Gl	3
	Sig.	,427 <sup>a</sup>

La tabla N°4, muestra que al asociar la variable consumo de alcohol con la percepción de apoyo social, la hipótesis nula indicaría que esas variables son independientes, esto es, que no hay relación entre ellas, por lo que esta hipótesis no se rechaza ( $\chi^2 = 2,781$  con  $p=0,427$ ) pues el valor “p” encontrado es mayor al 5% ( $0,427 > 0,05$ ).

**Tabla N°5:** Asociación entre percepción de apoyo social y enfermedades crónicas en los adultos mayores de la muestra.

ENFERMEDADES CRÓNICAS		APOYO SOCIAL									
		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	4	50,0	4	23,5	1	16,7	1	25,0	10	28,6	
Si	4	50,0	13	76,5	5	83,3	3	75,0	25	71,4	
TOTAL	8	100,0	17	100,0	6	100,0	4	100,0	35	100,0	

PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE PEARSON		APOYO SOCIAL
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Chi-cuadrado	2,453
	Gl	3
	Sig.	,484 <sup>a</sup>

La tabla N°5, muestra la asociación entre las variables enfermedades crónicas con la percepción de apoyo social, la hipótesis nula indicaría que estas variables son independientes, esto es, que no hay relación entre ellas, por lo que esa hipótesis no se rechaza ( $\chi^2 = 2,453$  con  $p=0,484$ ) pues el valor “p” encontrado es mayor al 5% ( $0,484 > 0,05$ ).

---

# **CAPITULO 5**

# **DISCUSIÓN Y**

# **RECOMENDACIONES**

---

## 5. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

### 5.1 DISCUSIÓN

Dentro de las características sociodemográficas de la muestra, un 60% de adultos mayores corresponde al género femenino y un 40% al masculino, lo cual es similar a lo que ocurre a nivel país y en la región.

El promedio de edad se encuentra en los 75,7 años para el género masculino y en 75,3 para el femenino. En Chile entre los años 2010 y 2015, la esperanza de vida al nacer corresponde a los 79,1 años para ambos sexos y de 76,1 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres (MINSAL, 2014), por lo que la muestra refleja una cifra inferior en relación a lo que ocurre a nivel país.

El promedio de hijos es de 3.6, superior al índice de fecundidad actual el cual alcanza a 1,89 hijos/as por mujer, esto se podría explicar porque la muestra corresponde a personas cuyo período de fecundidad fue anterior a 1962, año en que comenzó a descender paulatinamente este indicador (INE, 2011), lo cual explica el cambio en la estructura y composición de las familias, pasando de familias extendidas a nucleares, esto podría traducirse en una reducción en las redes y por ende en el apoyo social que reciban las personas mayores. Cabe destacar que un 37,1% de los adultos mayores de la muestra no tienen hijos, situación que es importante tomar en cuenta, ya que, según la literatura estos asumen en un gran porcentaje el cuidado de los padres (Salinas, 2008). A su vez, un 62,9% se encuentra sin pareja, cifra superior a lo que ocurre a nivel país, en donde el promedio de vida en pareja de los adultos mayores alcanza a un 57,5%. (CASEN, 2011). Estas cifras son congruentes al perfil que busca el PADAM, ya que incorpora a aquellos adultos mayores que cuentan con escasas redes de apoyo.

Un 45,7% de los adultos mayores presentan una escolaridad básica incompleta, lo cual coincide con la escolaridad promedio de los adultos mayores de la región, la que corresponde a 7,9 años. A su vez el 97% se encuentra afiliado a algún sistema de pensiones, con un promedio de pensión cercano a los 85 mil pesos, cifra que se acerca a la pensión básica solidaria, es decir, los adultos mayores de la muestra corresponden al I y II quintil de ingresos de la población. Todo lo anterior confirma que pertenecen a un grupo de mayor vulnerabilidad socioeconómica. (CASEN , 2011), lo cual coincide con los objetivos del PADAM.

En relación a los vínculos o redes con que cuentan, destaca que un 94,3% tiene más de un vínculo. De ellos el o los mas significativos corresponden a la pareja/esposo/a, en un 34%, hijo/a en un 20%, lo cual es similar a lo que muestra el estudio realizado por (Cardona-Arango, 2010), donde la principal fuente de apoyo social sigue siendo hoy en día la familia, entendida como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo y constituye la unidad básica de la sociedad, así mismo (Salinas, 2008), menciona que dentro del apoyo informal primario se encuentra, como principal sistema la familia.

Es muy importante destacar además, que dentro de los resultados de este estudio, el Hogar de Cristo, es considerado dentro los cuatro vínculos mas significativos, es así como en el segundo y tercer vínculo representa el 28,6%, lo que puede explicarse, porque dicha institución con su programa PADAM, realiza un trabajo permanente, sistemático y significativo con los usuarios, transformándose en una red de apoyo formal muy importante. Esto puede avalarse en un estudio realizado por (Salinas, 2008) donde se menciona que las fuentes de apoyo organizadas o formales, corresponden a una organización, con objetivos claros y áreas determinadas de trabajo, tales como, atención de salud y asistencia social.

Se evidencia además, que un 54,2% de los adultos mayores del estudio participa en alguna actividad u organización social, de las cuales un 31,4% participa en la iglesia, un 11,4% participa en programas de la municipalidad, 5,7% en clubes de adultos mayores y un 5,7% en junta de vecinos, esto coincide en que a nivel país un 60% de las personas mayores prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer otras actividades. Importante destacar esta situación, ya que la carencia de vínculos y falta de actividad puede convertirse en un factor de riesgo para la población mayor, especialmente los mayores de 75 años, predisponiéndolos a perder la funcionalidad (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013). Confirmando lo antes descrito y tal como lo menciona Miguel Krassoievitch citado por (José Miguel Guzmán, 2002) es un hecho demostrado que gozan de mejor salud las personas que participan en actividades sociales.

Dentro de los antecedentes de salud, destaca que un 71% de los adultos mayores presentan enfermedades crónicas, de las cuales un 84,6% corresponde a hipertensión arterial y un 24,2% diabetes mellitus, cifra elevada si la comparamos con lo que sucede a nivel nacional, donde un 64,5% de la población adulta mayor, presenta hipertensión arterial, y un 26,7% diabetes mellitus (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013), lo cual podría asociarse al perfil sociodemográfico de los adultos mayores del estudio, en donde, las dificultades económicas y nivel de escolaridad podrían ejercer influencia en las conductas de autocuidado. Cabe destacar que un 88,9% tiene sus controles de salud al día, lo que tiene directa relación con la intervención que realiza el equipo multidisciplinario del programa PADAM, estimulando y recordando a los adultos mayores y/o a su familia para que asistan a los controles, incluso acompañándolos, sino cuentan con redes de apoyo suficientes.

En cuanto a otros antecedentes de salud, un 74% utiliza ayudas técnicas, de ellas un 53,8% corresponde al bastón y un 42,3% corresponde al uso de lentes, ambos cambios asociados al envejecimiento los predispone a riesgos de caídas y accidentes.

Un 77% presenta alteraciones del sueño, siendo el despertar precoz el más frecuente, lo que en la mayoría de los casos también puede asociarse a cambios propios del proceso de envejecimiento. Sin embargo, esta cifra llama la atención, si la comparamos con lo que sucede en el país, donde un 39,6% de ellos presenta trastornos del sueño (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013).

Con respecto a los hábitos un 25,7% consume alcohol, de ellos un 33% consume más de medio litro de alcohol al día, esto coincide con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2009-2010) y con estudios realizados por SENDA, en donde la mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol, se encuentra en estratos socioeconómicos bajos. Solo un 8,6% consume tabaco. Cabe mencionar que según la literatura revisada, la falta de apoyo social tiene directa relación con la facilitación de síntomas, es decir, según distintos autores citados por (Fernández I. , 2000) el estrés que produce un deficitario apoyo social genera una serie de manifestaciones, es así como en el aspecto conductual, se asocia a respuestas desadaptativas y afrontamiento ineficaces (conductas de riesgo, como beber alcohol o fumar).

En cuanto a la funcionalidad, según índice de Barthel, un 66% de los adultos mayores de la muestra tiene algún grado de dependencia, de los cuales un 49% es leve y un 12% severa. Dentro de las actividades básicas de la vida diaria que se encuentran con algún grado de dependencia, destacan el subir y bajar escalones 37,1%, deambular 40% y trasladarse 48,6%, lo que puede asociarse a los cambios osteoarticulares y musculares propios del envejecimiento, estas cifras son superiores a lo que muestra la encuesta (CASEN , 2011), en donde un 12,5% de los adultos mayores presentan dificultades físicas y/o para movilizarse, lo cual tiene estrecha relación con el perfil de la población adulta mayor que el PADAM desea cubrir.

Lo anterior, demuestra que probablemente los adultos mayores de la muestra requerirán de más apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, en especial por parte de la familia, es importante considerar que en este grupo etario y en especial aquellos con algún grado de dependencia, las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de gran importancia (Rodríguez, 2006). En ausencia de esta red de apoyo, se requerirán de otras, tales como los amigos u otras personas significativas o redes formales como el Hogar de Cristo con su programa PADAM.

En relación a la percepción de apoyo social, se puede observar que prácticamente la mitad de los adultos mayores del PADAM, tienen una percepción de apoyo social regular (43%), 23% mala, 23% buena, y solo un 11 % muy buena. Estos resultados difieren de lo que aporta la (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013), en donde se evidencia que a nivel país, los adultos mayores tienen una alta percepción de apoyo social para enfrentar distintas situaciones de la vida. Por otra parte coinciden con el estudio realizado por (Barrientos, 2007), en el Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt, Chile, donde un alto porcentaje de adultos mayores mostraron un bajo apoyo social percibido, lo que fue asociado a un escaso número de visitas y escasa o nula redes de apoyo principalmente de tipo familiar.

Al analizar la percepción de apoyo social, según las dimensiones del instrumento destaca que la dimensión N° 2 “Amigos”, muestra un alto porcentaje (60%) con mala percepción de apoyo social y un 11,4% con percepción de apoyo social regular, 11,4% buena y 11,4% muy buena. En tanto, la dimensión N°1 “Familia y otros significativos”, muestra un 37,1% de percepción de apoyo social regular y un 25,7% mala percepción de apoyo social, un 22,9% buena y un 14,3% muy buena. Por lo que esta última es mejor evaluada por parte de los adultos mayores de la muestra, si la comparamos con la dimensión N°2. Estos resultados pueden explicarse porque los amigos en general representan una fuente secundaria de apoyo (Salinas, 2008) y, en tanto, la familia y las relaciones familiares que se generan, tiene gran

importancia para los adultos mayores, impactando la mayoría de las veces, en forma positiva en su nivel de bienestar. (Herrera, 2008)

Los resultados sobre la percepción de apoyo social antes expuestos, son esperables, si consideramos que la población objetivo del programa, son personas mayores de 60 años, en situación de pobreza, exclusión social y en algunos casos con escaso apoyo familiar y con un bajo nivel educacional, el cual sería un factor que estaría afectando negativamente en la percepción de apoyo social, ya que, tal como lo menciona la (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013), las personas que presentan un menor nivel educacional, son las que en mayor porcentaje sienten que sus familiares los toman poco en cuenta, esto explicaría en cierta forma que el apoyo social percibido y en especial la dimensión familia y otros significativos, no haya mostrado una mejor evaluación.

En contraste a lo anterior, desde los aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento, se puede mencionar que a nivel afectivo los adultos mayores reaccionan con mayor cautela, conformismo y aceptación, lo que podría neutralizar o mitigar la falta de apoyo social (Millán, 2006) y por lo tanto, pudieran tener una percepción de apoyo social más positiva, especialmente por parte de la familia. Este aspecto probablemente pudo reflejarse en la muestra estudiada, ya que considerando el perfil socioeconómico de los participantes, los resultados de apoyo social percibido podrían haber sido aún más deficientes.

Según los resultados antes descritos, es importante considerar que el apoyo social tanto familiar como de amigos cercanos y otros significativos, es un factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social; cumpliendo funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas de salud preventiva, además puede disminuir las posibilidades de una hospitalización y prevenir o posponer la institucionalización. (Fernández A. , Rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor,

2010). Por ello los adultos mayores deben diversificar sus relaciones, con el fin de mantener un mayor nivel de bienestar (Salinas, 2008). Según lo anterior, es fundamental, no solo considerar la provisión real de apoyo, sino también la dimensión subjetiva, es decir, el apoyo social percibido, porque es la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo, sin embargo, no lo perciben como tal, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado, Cassel y Cobb, citados por (Fernández R. , 2005) . En este aspecto, es fundamental el rol que tiene el equipo multidisciplinario que trabaja con el adulto mayor y su familia, en especial de la disciplina de enfermería, ya que deberá realizar una valoración no solo del número de redes con que cuentan, sino también si estas son efectivas desde lo que siente o percibe el adulto mayor, con el fin de que puedan ser aprovechadas.

Con respecto a la asociación entre percepción de apoyo social y situación de salud en los factores de: funcionalidad, uso de ayudas técnicas, alteración del sueño, consumo de alcohol y enfermedades crónicas, luego de aplicar la prueba de Chi- cuadrado de Pesaron, se obtuvo que la percepción de apoyo social y el nivel de funcionalidad, no mostraron una asociación estadísticamente significativa, lo que indicaría que esas variables son independientes, por lo que la hipótesis nula no se rechaza. Esto probablemente se debe, a que los adultos mayores de la muestra participan en el PADAM, lo que permitiría que se sientan apoyados y por lo tanto con mejor percepción de apoyo social aunque presenten algún grado de dependencia, lo que estaría influyendo en que estas variables sean independientes. A pesar de ello, es importante considerar y tal como lo menciona la literatura, que el apoyo social es fundamental para mantener la salud de las personas mayores, sobre todo si existe pérdida de la funcionalidad, por lo que el perder esta capacidad, podría influir en la percepción de bienestar psicológico (Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2013). El apoyo social percibido tiene una relación significativa con el bienestar psicológico, ya que no solo influiría en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional, atención y protección de otros, sino que también permitiría al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida (Bozo et al., 2009; Domínguez et al., 2001) citados por (Vivaldi, 2012).

Complementando a lo anterior, se sabe que la pérdida de la funcionalidad de los adultos mayores trae cambios en la rutina de la familia, los cuales producen modificaciones en las pautas de las obligaciones que ésta tiene, olvidándose de sus responsabilidades como el amor, cariño y de los sentimientos como necesidades básicas a conservar y mantener dentro del entorno familiar (Pérez, 2012), por lo que eventualmente, si los adultos mayores de la muestra no recibieran el apoyo entregado por el PADAM, la percepción de apoyo social también podría verse deteriorada por esta causa.

Tampoco se observó una asociación estadísticamente significativa, entre las variables percepción de apoyo social con el uso de ayudas técnicas, consumo de alcohol y enfermedades crónicas. Una posibilidad explicativa a este resultado se asocia a lo antes expuesto, es decir, al impacto que tiene el PADAM como una red de apoyo formal sobre los adultos mayores del estudio. Sin embargo, también hay que considerar que la exclusión social aumenta, debido a la presencia de problemas de salud mental de la persona mayor, de algún grado de invalidez o limitación física, de enfermedades crónicas o agudas, de antecedentes de consumo problemático de alcohol y otras drogas en el adulto mayor o en algún miembro de su familia, por lo que el apoyo social debe estar presente y potenciarse ante estos escenarios, con el fin de incrementar las redes de apoyo y su disponibilidad, y así aumentar el apoyo social percibido.

Tal como se mencionó anteriormente, los resultados antes expuestos pueden estar influidos además, por el apoyo que ejerce el Hogar de Cristo en estas personas, generando una sensación de ayuda, acompañamiento y orientación, razón por la cual a pesar de tener algún grado de dependencia, uso de ayudas técnicas, enfermedades crónicas, en algunos casos consumo de alcohol, se sienten apoyados por dicha institución, considerándola dentro de sus cuatro vínculos mas significativos. Por este motivo, es que probablemente la percepción de apoyo social de los adultos mayores de la muestra, no es tan mal evaluada. Esto se fundamenta en que, según distintos estudios citados por (Vega, 2009) el apoyo social, ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida, lo que a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud.

Por otra parte, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las variables percepción de apoyo social y alteración del sueño, por lo que la hipótesis nula fue rechazada, es decir, la alteración del sueño se asocia con la percepción de apoyo social. Una posible explicación a este resultado, es que la muestra estudiada corresponde a personas vulnerables socioeconómicamente y muchas veces con escaso apoyo social, esto último los predispondría a enfrentar en forma inadecuada el estrés que les provocaría su condición. Como respuesta a esto, la literatura señala que a nivel inmunológico-fisiológico, esta situación induciría a problemas de salud mental y otras patologías (Fernández I. , 2000), lo que podría alterar necesidades básicas, en este caso el reposo y sueño, lo que coincide con los resultados de la muestra, en donde un 77% los adultos mayores presenta alteraciones del sueño, cifra elevada si la comparamos con lo que ocurre a nivel nacional, donde un 51,8% de los adultos mayores presenta esta situación (MINSAL, 2014). Lo anterior se fundamenta además, en que las alternativas de solución a diferentes problemas o circunstancias de la vida, se estrechan cuando los ingresos económicos son insuficientes para cubrir sus necesidades, cuando el apoyo familiar y las condiciones ambientales (vivienda, servicios higiénicos) son inadecuados a su estado de salud y funcionalidad o cuando el aislamiento social dificulta el acceso a las redes de apoyo disponibles (Claudia Covarrubias, 2012). Esto resulta aun más relevante en adultos mayores en situación de pobreza. Debido a la relevancia de este hallazgo, es que se debería realizar un estudio similar, con el fin de determinar el o los factores que pudieran estar influyendo en la relación de las variables antes mencionadas.

Como conclusión, la muestra estudiada corresponde a adultos mayores con algunas características sociodemográficas similares al del resto de la población de adultos mayores a nivel país. Sin embargo, presentan un menor nivel socioeconómico y probablemente mayores necesidades, lo que aumenta sus requerimientos especialmente de apoyo social, el cual si no es aportado específicamente por la familia u otras personas significativas, puede generar un impacto en su salud física y mental.

Por lo antes expuesto, es que este estudio permitirá orientar el trabajo multidisciplinario con el adulto mayor y su familia, dirigiendo las intervenciones hacia el fortalecimiento de los vínculos, aumentando y diversificando las redes de apoyo y fortaleciendo la capacidad de los adultos mayores para integrarse a la sociedad, previniendo de esta forma la dependencia, fragilidad y promoviendo la funcionalidad el mayor tiempo posible.

Finalmente desde la perspectiva de la disciplina de Enfermería (Norbeck, 1981), señala que el apoyo social es la meta central del cuidado de enfermería y el apoyo emocional e instrumental, representan un factor importante para que las personas se motiven y generen acciones de auto cuidado, por lo que una percepción de apoyo social regular o mala, podría asociarse a una situación de salud más deficiente, en donde esta condición puede generar más necesidades y por ende apoyo.

## 5.2 RECOMENDACIONES

Tal como se mencionó en el marco conceptual, el apoyo social es una pieza clave para mantener la salud de las personas mayores, grupo etario que ha tenido y seguirá teniendo un considerable aumento en nuestro país. Esto significará un incremento en las demandas de salud, económicas y sociales.

Dentro del apoyo social, es fundamental el rol que cumple la familia, como pilar estructural básico de la sociedad, brindando cariño; cuidados; apoyo; compañía y recursos materiales e informacionales, entre otros. Si las personas mayores cuentan con apoyo social, especialmente de la familia, se logrará evitar o retardar su institucionalización, con las inevitables consecuencias para su salud física y mental.

Por esta razón se hace necesario orientar las políticas públicas y los recursos para mantener a los adultos mayores en sus hogares hasta sus últimos días, para que esto sea posible, considerando lo complejo que se hace para una familia hacerse cargo del adulto mayor cuando este ha perdido su autovalencia, es necesario que el Estado y la sociedad den soluciones y ayuda a las familias.

Este estudio muestra una realidad, en la que se requerirá intervenciones multidisciplinarias relacionadas con el fortalecimiento del vínculo entre el adulto mayor con su familia, amigos y/u otras personas significativas, así como también actividades específicas que abarquen, tanto al adulto mayor como a las personas de su entorno más cercano, con el fin de mantener su salud y autonomía.

En este sentido el rol del profesional de enfermería es fundamental, brindando apoyo emocional, informacional y de ayuda, tanto al adulto mayor, como a la red social informal cercana; creando un entorno más responsable y que perdure en el tiempo, capaz de proporcionar al adulto mayor beneficios a largo plazo.

Por otra parte, el profesional de enfermería también debe asumir un rol activo en la red social formal, participando en programas del adulto mayor y realizar un trabajo conjunto, considerando a las instituciones como el Hogar de Cristo al momento de valorar e intervenir, con el fin de optimizar las relaciones con las redes de apoyo y generar nuevos vínculos. De esta forma se podrá entregar un cuidado integral, de calidad, lo que se traducirá en un buen envejecer.

Finalmente, la instalación de la temática del adulto mayor en los curriculum de las distintas disciplinas del área de la salud, en especial de Enfermería, así como la formación y capacitación constante de los profesionales del área de la salud, es una realidad ineludible para poder enfrentar estos cambios socio demográficos.

---

# **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## **BIBILOGRAFÍA**

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-BIBLIOGRAFÍA

1. AME, A. M. (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Viena.
2. Arechabala, M. C. (2005). Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes con hemodiálisis. *Investigación y Educación en Enfermería* , 35-45.
3. Arechabala, M. C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un Programa de Hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería* , 49-55.
4. Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology* , 413-445.
5. Barrientos, P. (2007). *Percepción del Apoyo Social y Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor dependiente acogido en el Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt*. Valdivia: Universidad Austral de Chile.
6. Barrón, A. (1997). Apoyo Social. *Psicothema* , 457-461.
7. Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Practice* , 68-83.
8. Bozo, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *Journal of Psychology* , 193-205.
9. Cardona-Arango, D. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Revista de Salud Pública* , 414-424.
10. CASEN . (2011). *Adultos Mayores*. Santiago de Chile.
11. CASEN . (2011). *Región de Valparaíso: Caracterización de Adultos Mayores por género*. Obtenido de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Valpara%C3%ADso\\_final\\_50e1b5fc7f81b.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Valpara%C3%ADso_final_50e1b5fc7f81b.pdf)
12. Cassel, J. (1974). Psychosocial Processes and Stress, Theoretical formulations. *International of Health Service* , 471- 482.

13. CELADE-CEPAL. (2011). *Envejecimiento Poblacional*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
14. CENSO . (2002). *Síntesis Censal*. Santiago de Chile: INE.
15. CEPAL. (2003). *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el envejecimiento*. Santiago de Chile: CEPAL.
16. CEPAL. (2011). *Observatorio Demográfico N°12*. CEPAL América latina y el Caribe.
17. Cid, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública* , 127-137.
18. Claudia Covarrubias. ( 2012). *Procedimientos y Estándares de operación del Programa de atención domiciliaria del adulto mayor (PADAM)*. Santiago de Chile: Hogar de Cristo.
19. Clemente, M. A. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano.Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria, Psicología y Ciencias afines* , 31-60.
20. Cobb, S. (1976). Social supports a moderator of life stress. *Psychosom Med* , 300-314.
21. Cohen, S. S. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. En *Social Support and Health* (pág. 4). San Francisco: Academic Press.
22. Congreso Nacional de Chile. (01 de mayo de 2013). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>
23. Curcio, C. (2008). Soporte Social Informal, Salud y Funcionalidad en el anciano. *Hacia la Promoción de la Salud* , 42-58.
24. Fachado, A. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad. Aten. Primaria* , 118-123.
25. Fernández, A. (2007). El Sueño en el Anciano. Atención de Enfermería. *Enfermería Global* .
26. Fernández, A. (2010). Rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global* .
27. Fernández, I. (2000). *Manual de Psicología Social y Salud*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
28. Fernández, R. (2005). Redes sociales, Apoyo social y Salud. *Periferia* .

29. Fundación Las Rosas. (s.f.). *Fundación Las Rosas*. Recuperado el 15 de 09 de 2014, de <http://www.flrosas.cl/9-.html>
30. García, M. (2012). *Enfermería y Envejecimiento*. Barcelona: Elsevier.
31. Guillen, F. (2007). Fisiología, Psicología y Sociología del Envejecimiento. En *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (págs. 31-59). Madrid: Masson.
32. Herrera, M. S. (2008). Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. *En Foco-Expansiva* , 1-15.
33. Hogar de Cristo. (2012). *Procedimientos y Estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)*. Santiago de Chile: Hogar de Cristo.
34. INE. (2011). *Estadísticas Vitales, Informe anual*. Santiago de Chile.
35. Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Censo 2012*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadística.
36. Instituto Nacional de Estadística. (2010). *Compendio Estadístico*. Santiago de Chile: INE.
37. José Miguel Guzmán, S. H. (2002). *Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores en Latinoamérica y el Caribe*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
38. Kahn, A. (1980). *"Convoys over the life course: attachment, roles and social support", life-span Development and Behaviour*. Boston: Lexington.
39. Marín, P. (2004). Adultos Mayores Institucionalizados en Chile ¿cómo saber cuantos son? *Revista Médica de Chile* , 832-838.
40. Miguel Gómez, A. M. (2005). La Capacidad Funcional y el Apoyo Social Informal en personas mayores institucionalizadas. *MultiGerontol* , 85-91.
41. Millán, J. C. (2006). *Principios de Geriatría y Gerontología*. Madrid: Mc Graw-Hill.
42. Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). *Chile Solidario, Programa Puente*. Recuperado el 15 de 09 de 2014, de [http://www.chilesolidario.gob.cl/preg/07\\_preguntas.php](http://www.chilesolidario.gob.cl/preg/07_preguntas.php)
43. Ministerio de Planificación y Desarrollo Social Gobierno de Chile. (2012). *Política Integral para el envejecimiento positivo para Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

44. Ministerio de Planificación y Desarrollo Social, Gobierno de Chile. (2011). *Encuesta CASEN*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación y Desarrollo Social.
45. MINSAL. (2009-2010). *Encuesta Nacional de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
46. MINSAL. (2014). *Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
47. Nancy Burns, S. K. (2005). *Investigación en Enfermería*. Madrid: Elsevier.
48. Norbeck, J. (1981). The Development of an Instrumnt to measure social support. *Nursing Research* , 264-269.
49. OMS. (Noviembre de 2001). *Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias*. Recuperado el 31 de Diciembre de 2011, de Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles\\_y\\_tendencias.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf)
50. OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: OMS.
51. OMS. (09 de 2013). *La Salud Mental y los adultos mayores*. Recuperado el 19 de 07 de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
52. ONU. (1991). *Ejecución Plan de acción Internacional sobre envejecimeinto y actividades conexas*. Naciones Unidas.
53. ONU, O. d. (8-12 de abril de 2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2011, de Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: <http://www.daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
54. Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un Marco político. *Revista española de Geriatría y Gerontología* , 74-105.
55. Pelcastre, B. (2011). Apoyo Social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde pública, Río de Janeiro* , 460-470.
56. Pérez, M. (2012). Medio Familiar de los Adultos Mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* , 97-104.
57. Ramos, F. (2001-2002). Salud y Calidad de Vida en las Personas Mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica* , 83-104.

58. Rodríguez, M. (Enero-Marzo de 2006). *Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado*. Recuperado el 18 de mayo de 2011, de Scielo: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n1/enf04106.pdf>
59. Rodríguez-Marin, J. (1993). Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema* , 349-372.
60. Romero-Massa, E. (2010). Apoyo Social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA. *Ciencias Biomédicas* , Vol. 1 N°2.
61. Rose, J. (1990). Social support and cancer:adult patients desire for support from family, friends and health professionals. *American Journal of Community Psychology* , 439-464
62. Salinas, A. (septiembre de 2008). *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de [http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2008\\_FINAL\\_281.pdf](http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf)
63. Salvador-Carulla. (2004). *Longevidad: Tratado integral en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.
64. Sandra Carmona-Valdés, M. R.-F. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de Población* , 163-185.
65. SENAMA. (2009). *Estudio de la Dependencia en las personas Mayores*. Santiago de Chile.
66. Senama. (2009). *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y vejez*. Santiago: Maval.
67. Sepúlveda, C. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores Institucionalizados, Padre de las Casas y Nueva Imperial, Temuco. *Ciencia y Enfermería* , 49-61.
68. Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
69. Stuart, H. I. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Morata.
70. T. Holmes, R. R. (12 de abril de 1967). *Journal of psychometric Research*. Recuperado el 10 de mayo de 2014, de [Journal of psychometric Research](http://webs.wolford.edu/nowatkacm/Intro/Holmes%20and%20Rahe%201967.pdf):

71. Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez. (2013). *Chile y sus Mayores*. Santiago de Chile.
72. Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems, in studying social support a buffer against life stress. *Health Social Behav* , 145-59.
73. United Nations. (2009). *World Population Ageing*. New York: United Nations.
74. Vega, A. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica. *Enfermería Global* , Vol 16.
75. Vidal, D. (2014). Determinantes Sociales en Salud y Estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería* , 61-74.
76. Vivaldi, F. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de salud en adultos Mayores. *Terapia Psicológica* , 23-29.
77. Walsh, M. (1998). Teorías sobre el Envejecimiento. En M. Burke, *Enfermería Gerontologica* (págs. 77-91). Madrid: Harcourt Brace.
78. Zimet, G. (1988). The Multidimensional Scale of Percived Social Support. *Journal of Personality Assesment* , 30-41.

---

# ANEXOS

---

---

## **ANEXO N° 1**

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS MAYORES INSCRITOS EN EL PROGRAMA PADAM DEL HOGAR DE CRISTO**

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado, **“Relación entre la Percepción de apoyo social y la situación de salud de los adultos mayores pertenecientes al Programa de Atención domiciliaria del adulto mayor, del Hogar de Cristo”**, cuyo investigador principal es Carolina Ruiz-Tagle Pérez, Enfermera-Matrona de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en que consiste su participación:

1. La investigación se llevará a cabo en el Programa PADAM del Hogar de Cristo (Domicilio de cada participante), durante el año 2013.
2. Este estudio permitirá aumentar los conocimientos respecto al apoyo social que se entrega a los adultos mayores y de ésta forma contribuir a mejorar su calidad de vida.
3. El objetivo final de este estudio es Conocer la percepción de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa PADAM del Hogar de Cristo, del apoyo social y la relación con su situación de salud.
4. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación, la investigadora leerá el cuestionario y usted deberá responder en base a ellas.
5. Este estudio no presenta riesgos predecibles. Aún así, si alguna de las preguntas realizadas produjera alguna sensibilidad que le afecte en el aspecto psicológico y que requiera de algún tipo de atención, ésta se le otorgará sin existir retribución económica de parte de los profesionales del Programa PADAM del Hogar de Cristo.
6. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, así como también no recibirá pago por su participación.
7. Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cuál será respetada en su integridad. En el transcurso del

estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo, al investigador responsable al fono 7/6241888.

8. La información obtenida en este estudio será utilizada para mi tesis de magister y será mantenida en estricta confidencialidad por la investigadora y el nombre de los participantes del estudio no se dará a conocer, ya que serán asignados por un número.
9. La información de éste estudio podría ser publicada o utilizada con fines científicos.
10. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiere, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Usted recibirá una copia de este documento firmada por la investigadora.

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:** Carolina Ruiz-Tagle Pérez

**RUT:** 9950567-2

**CONTACTO:** 76241888-2507443,carolina.ruiz-tagle@uv.cl

**Firma** Lugar, fecha Firma del documento

### FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....,

RUT..... Declaro que la Investigadora principal, Carolina Ruiz-Tagle Pérez, Enfermera-Matrona de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en la calle Blas Cuevas N°1028 Valparaíso, me ha informado en forma completa en que consiste la investigación “:Relación entre la Percepción de apoyo social y la situación de salud de los adultos mayores pertenecientes al Programa de Atención domiciliaria del adulto mayor, del Hogar de Cristo”, además de informarme en que consistirá mi participación.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que: El objetivo de la Investigación es

- Conocer la percepción de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa PADAM del Hogar de Cristo, del apoyo socio afectivo y la relación con su situación de salud y

será útil porque aumentar los conocimientos respecto al apoyo socio afectivo que se entrega a los adultos mayores y de ésta forma contribuir a mejorar su calidad de vida.

1. Mi participación es voluntaria y consistirá en responder un cuestionario de preguntas.
2. La investigación no ofrece riesgo alguno para mi o mi familia.
3. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no se dará a conocer, en su lugar se colocará un número y solo podrán ser usados en alguna otra investigación, cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de éste estudio. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académicas-científicas, resguardando mi identidad. Además entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiera.
4. No recibiré remuneración alguna en esta investigación, como también no tendré que asumir gasto alguno derivado de ella.
5. Podré retirar mi participación en cualquier momento, sin que ello signifique perjuicio alguno para mí.
6. Si me surgiera alguna duda podré consultarla al investigador principal a los teléfonos 7/6241888-2507443 y/o al mail [carolina.ruiz-tagle@uv.cl](mailto:carolina.ruiz-tagle@uv.cl).
7. El comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes, a través de su Secretaria Administrativa Srta. Ana María Carreño al teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando la participación en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombre, Apellido y Firma

RUT:

\_\_\_\_\_  
Carolina Ruiz-Tagle Pérez-Investigadora Principal

RUT: 9950567-2

MAIL: [carolina.ruiz-tagle@uv.cl](mailto:carolina.ruiz-tagle@uv.cl)

Teléfono: 76241888-2507443

Lugar, Fecha

---

## **ANEXO N° 2**

# **INSTRUMENTO**

---

## INSTRUMENTO

### I. ANTECEDENTES ADULTO MAYOR PROGRAMA PADAM

1.- SEXO: Femenino  Masculino

2.- EDAD: \_\_\_\_\_ (Años cumplidos)

#### 3.- ESTADO CIVIL:

Viudo/a

Casado/a

Separado/a

Soltero/a

#### 4.- SITUACIÓN DE PAREJA:

Con Cónyuge

Con Conviviente

Con Novio(a)/Pololo(a)

Sin Pareja

5.- N° de HIJOS:

#### 6.- ESCOLARIDAD:

Superior Completa	
Superior Incompleta	
Media Completa	
Media Incompleta	
Básica Completa	
Básica Incompleta	
Sin Estudios formales	

**7. Antecedentes Familiares**

Grupo Familiar y/o Personas significativas con quien vive o comparte frecuentemente		Observaciones
Vínculo	Edad	

**8. Participa en alguna Organización:**

SI  Cuales:

Iglesia	
Junta de Vecinos	
Municipalidad	
Club de adultos Mayores	
Otros, especificar _____	

NO

**9. Antecedentes de Seguridad Social:**

SALUD	
FONASA	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ISAPRE	
¿Cual?	
Otro	

**9.1 Tiene Pensión:**

SI  Quien cobra su pensión \_\_\_\_\_

Quien administra su pensión \_\_\_\_\_

Monto Aproximado: \$ \_\_\_\_\_

NO  Porque? \_\_\_\_\_

**II. Situación de Salud:**

10.1 Control de Esfínter	Total	Ocasional	Sin Control	Uso de Pañal: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Urinario				
Intestinal				

10.2 Alteraciones del Sueño	SI <input type="checkbox"/>
	Especificar cual/es _____
	NO <input type="checkbox"/>

10.3 Uso de Ayudas Técnicas	No Usa <input type="checkbox"/>
Andador (Burrito/carrito)	
Audífonos	
Bastón Guiador	
Bastón Ortopédico	
Muletas	
Otras ortesis	
Catre Clínico	
Lentes Ópticos	
Silla de ruedas	
Prótesis	
Otros	

**10.4 Presenta Enfermedades crónicas:**

No

Si  ; Cuál (es) es (son):

HTA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
DM	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mixta	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otra (s)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Si la respuesta es Sí:**

Controles al día: SI  No

Cumple tratamiento farmacológico y No farmacológico: Si  No

Fármacos que consume, dosis y frecuencia: \_\_\_\_\_

Otros Antecedentes Mórbidos: especificar: \_\_\_\_\_

**Tabaco:** SI  No

Si la respuesta es SI, especificar N° de Cigarros al día \_\_\_\_\_

**OH:** SI  No

Si la respuesta es SI, especificar Cantidad: \_\_\_\_\_

11. Apreciación Funcional:

**Índice de Barthel**

Item	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	1
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
<b>Total:</b>		

**Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)**

**III. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL. ZIMET et al, 1988  
(Validada al español por Arechabala y Miranda, 2002)**

**1. Cuando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**2. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien con quien puedo compartirlas.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**3. Tengo la Seguridad de que mi familia trata de ayudarme.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que necesito.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**6. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

**12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.**

SIEMPRE, CASI SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	CASI NUNCA
-----------------------	----------------	---------	------------

---

---

**ANEXO N°3**  
**AUTORIZACIÓN COMITÉ**  
**BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE**  
**MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE**  
**VALPARAÍSO**

---

---

---

---

**ANEXO N°4**  
**AUTORIZACIÓN HOGAR DE**  
**CRISTO**

---

---

---

---

**ANEXO N°5**  
**AUTORIZACIÓN UTILIZACIÓN**  
**INSTRUMENTO ZIMET ET AL,**  
**VALIDADO EN CHILE**

---

---

---

---

**ANEXO N° 6**  
**TABLAS**

---

---

**Tabla N° 1:** Número de adultos mayores en la población y en la muestra de cada PADAM de la región de Valparaíso.

<b>PADAM</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>San Antonio</b>	<b>Marga - Marga</b>	<b>Quintero</b>	<b>Santa María</b>	<b>San Felipe</b>	<b>La Ligua</b>	<b>Quillota</b>	<b>Calera</b>
N= 137	25	23	25	7	10	11	9	12	15
n= 35	6	6	6	2	3	3	2	3	4

**Tabla N°2:** Edad y número de hijos promedio de los adultos mayores de la muestra.

	<b>Promedio</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Edad</b>	75,5	62	92	8,2	76	76
<b>N° Hijos</b>	3,6	0	19	4,6	2	0

**Tabla N°3:** Porcentaje del número de hijos que tienen los adultos mayores de la muestra”

Número de hijos	%
0	37,1
1	5,7
2	8,6
3	17,1
4	2,9
5	2,9
6	2,9
7	2,9
8	8,6
9	2,9
10	2,9
16	2,9
19	2,9

**Tabla N°4:** Porcentaje de los adultos mayores de la muestra, según su estado civil.

Estado Civil	N°	%
Casado/a	9	25.7
Separado/a	2	5.7
Soltero/a	10	28.6
Viudo/a	14	40
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Tabla N° 5:** Porcentaje estimado de acuerdo a la cantidad de vínculos (acompañantes) e intervalo de confianza, que tienen los adultos mayores de la muestra.

N° Vínculos	N°	% Estimado	Límite inferior IC 95%	Límite superior IC 95%
1	2	5,7	0,7%	19,2%
2	11	31,4	16,9%	49,3%
3	11	31,4	16,9%	49,3%
4	11	31,4	16,9%	49,3%
<b>Total</b>	35	100		

**Tabla N° 6:** Distribución del vínculo mas significativo para los adultos mayores de la muestra, la edad y la cantidad de visitas que reciben.

Tipo de Vínculo	N°	%	vínculo	N°	%
Amigo/a	2	5,7	1 a 2 veces /mes	1	2,9
Cuñado/a	1	2,9	1 vez /mes	2	5,71
Esposo/a	8	22,9	1 vez/semana	1	2,9
Hermano/a	3	8,6	3 veces /semana	1	2,9
Hijo/a	7	20,0	Cada 2 días	1	2,9
Hogar de Cristo	3	8,6	Diariamente	26	74,3
Nieto/a	1	2,9	Ocasionalmente	1	2,9
Nuera	1	2,9	Semanalmente	2	5,7
Pareja	4	11,4	Total	35	100
Sobrino/a	1	2,9	Edad (años)		
Vecino/a	4	11,4	Promedio: 61,0/ Desviación estándar: 16,0		
<b>Total</b>	35	100	Mediana:64/Mínimo:22/Máximo:82		

**Tabla N° 7:** Porcentaje estimado de participación social de los adultos mayores de la muestra.

Lugar donde participa	N°	%
Hogar de Cristo	35	100
Iglesia	11	31,4
Junta de vecinos	2	5,7
Club de adultos mayores	2	5,7
Municipalidad	4	11,4
Hogar de Cristo	35	100

**Tabla N°8:** Porcentaje estimado de otros antecedentes mórbidos de los adultos mayores de la muestra.

Otros antecedentes mórbidos	N°	%
Trastornos del ánimo	4	11,4%
Artrosis- Dolor articular	12	34,3%
Patología respiratoria crónica	2	5,7%
Accidentes Cerebrovascular secuelado	5	14,3%
Trastornos visuales	11	31,4%

**Tabla N° 9:** Porcentaje estimado y tipo de alteraciones del sueño que tienen los adultos mayores de la muestra.

<b>Reposo y Sueño</b>	<b>Categoría</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Alteración del sueño</b>	No	8	22,86
	Si	27	77,14
	Total	35	100
<b>Tipo de alteración</b>	Despertar precoz	16	59,26
	Despertar precoz-insomnio conciliación	2	7,41
	insomnio conciliación	9	33,33
	Total	27	100

**Tabla N° 10:** Porcentaje estimado del tipo de fármacos que consumen los adultos mayores de la muestra.

<b>Tipo de Fármaco que consumen</b>	<b>Categoría</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Fármacos reguladores del ánimo</b>	No	30	
	Si	5	14,3
	Total	35	
<b>Fármacos manejo del dolor</b>	No	27	
	Si	8	22,9
	total	35	
<b>Manejo del sueño</b>	no	30	
	si	5	14,3
	total	35	
<b>Manejo Hipertensión arterial</b>	no	29	
	si	16	45,7
	total	35	
<b>Manejo Diabetes Mellitus</b>	No	30	
	Si	5	14,3
	total	35	

**Tabla N° 11:** Cantidad de fármacos que consumen los adultos mayores de la muestra.

<b>N° Fármacos que consumen</b>	<b>AM de la muestra</b>	<b>%</b>
0-2	<b>20</b>	57,1
3-5	<b>10</b>	28,6
Mas de cinco	<b>5</b>	14,3

**Tabla N° 12:** Funcionalidad de los adultos mayores de la muestra.

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Límite inferior IC 95%</b>	<b>Límite superior IC 95%</b>
<b>Independiente</b>	12	34,3	19,1%	52,2%
<b>Dependencia leve</b>	17	48,6	31,4%	66,0%
<b>Dependencia moderada</b>	2	5,7	0,7%	19,2%
<b>Dependencia Severa</b>	2	5,7	0,7%	19,0%
<b>Dependencia Total</b>	2	5,7	0,70%	19,20%
<b>Total</b>	35	100		

**Tabla N° 13:** Tipo de ayuda técnica que utilizan los adultos mayores de la muestra.

	Uso de ayuda técnica		
	Categoría	N°	%
<b>Tipo de ayuda Técnica</b>	no	9	25,71
	si	26	74,29
<b>ANDADOR ( Movilidad)</b>	no	32	91,43
	si	3	8,57
<b>AUDIFONOS ( sensorial)</b>	no	34	97,14
	si	1	2,86
<b>GUIADOR</b>	no	56	
<b>BASTON ORTOPEDICO</b>	si	14	
<b>LENTES</b>	no	24	68,57
	si	11	31,43
<b>SILLA RUEDAS</b>	no	30	85,71
	si	5	14,29

**Tabla N° 14:** Análisis de fiabilidad Test Barthel

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,922	,931	10

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
COMER	9,71	1,18	35
LAVARSE	4,14	1,91	35
VESTIRSE	8,14	3,66	35
ARREGLARSE	4,14	1,91	35
DEPOSICIONES	8,43	3,38	35
MICCIÓN	8,43	3,38	35
USAR EL BAÑO	8,43	3,59	35
TRASLADARSE	11,14	4,71	35
DEAMBULAR	11,00	4,17	35
ESCALONES	5,71	3,86	35

**Estadísticos de resumen de los elementos**

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	7,93	4,14	11,14	7,00	2,69	6,37	10
Varianzas de los elementos	11,23	1,39	22,18	20,80	16,00	43,35	10

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
COMER	69,57	629,958	,493	,927
LAVARSE	75,14	584,538	,782	,916
VESTIRSE	71,14	517,773	,778	,910
ARREGLARSE	75,14	590,420	,715	,918
DEPOSICIONES	70,86	552,185	,610	,920
MICCIÓN	70,86	552,185	,610	,920
USAR EL BAÑO	70,86	506,597	,872	,904
TRASLADARSE	68,14	454,538	,915	,902
DEAMBULAR	68,29	489,622	,833	,907
ESCALONES	73,57	518,487	,723	,914

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
79,29	660,50	25,70	10

**Tabla N° 15:** Análisis de fiabilidad Escala de apoyo social

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,816	,813	12

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P1. Cuando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar	3,12	1,08	33
P2. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien con quien puedo compartirlas	2,21	1,27	33
P3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	2,00	1,22	33
P4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que necesito	2,18	1,26	33
P5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	2,61	1,37	33
P6. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme	1,85	1,23	33
P7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	2,12	1,34	33
P8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1,91	1,13	33
P9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1,79	1,19	33
P10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	3,03	1,13	33
P11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1,91	1,28	33
P12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1,94	1,32	33

**Estadísticos de resumen de los elementos**

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,22	1,79	3,12	1,33	1,75	,21	12
Varianzas de los elementos	1,53	1,17	1,87	,70	1,60	,05	12

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PADAM

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1. Cuando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar	23,55	68,631	,181	,402	,824
P2. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien con quien puedo compartirlas	24,45	62,506	,445	,554	,804
P3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	24,67	60,854	,559	,744	,794
P4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que necesito	24,48	62,258	,462	,621	,803
P5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	24,06	60,621	,495	,464	,800
P6. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme	24,82	61,153	,541	,628	,796
P7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	24,55	58,381	,628	,845	,787
P8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	24,76	64,127	,423	,555	,806
P9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	24,88	59,860	,637	,783	,788
P10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	23,64	64,989	,371	,313	,810
P11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	24,76	64,252	,347	,555	,813
P12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	24,73	61,205	,488	,823	,800

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
26,67	73,04	8,55	12

---

---

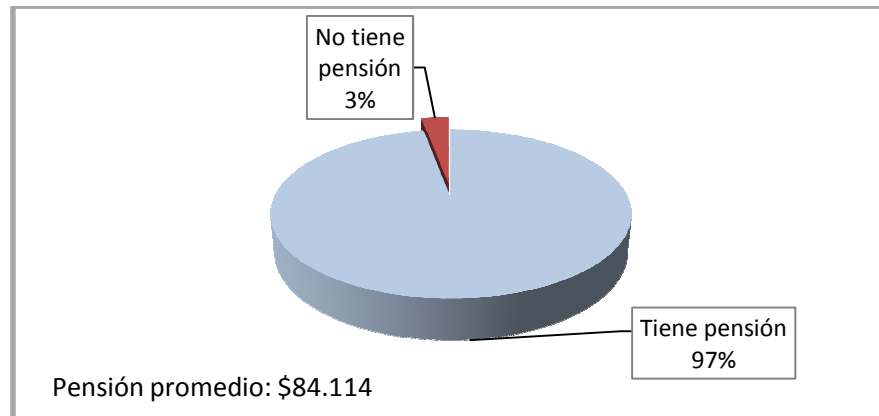
# **ANEXOS N°7**

# **GRÁFICOS**

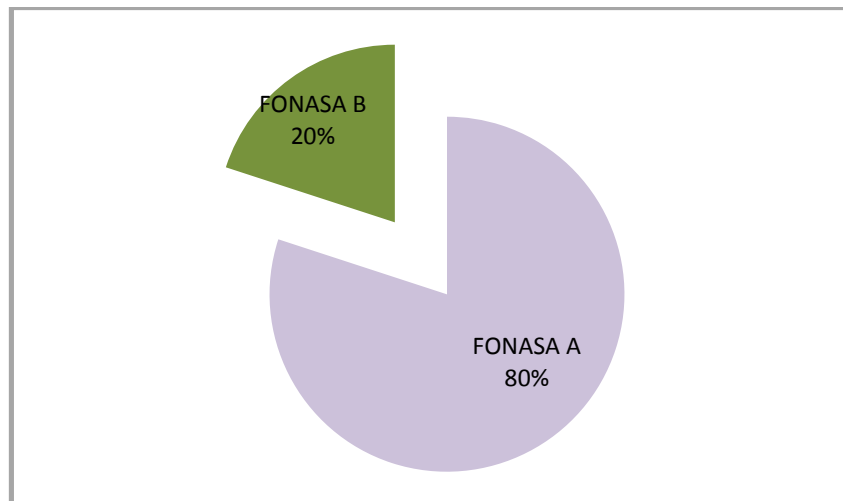
---

---

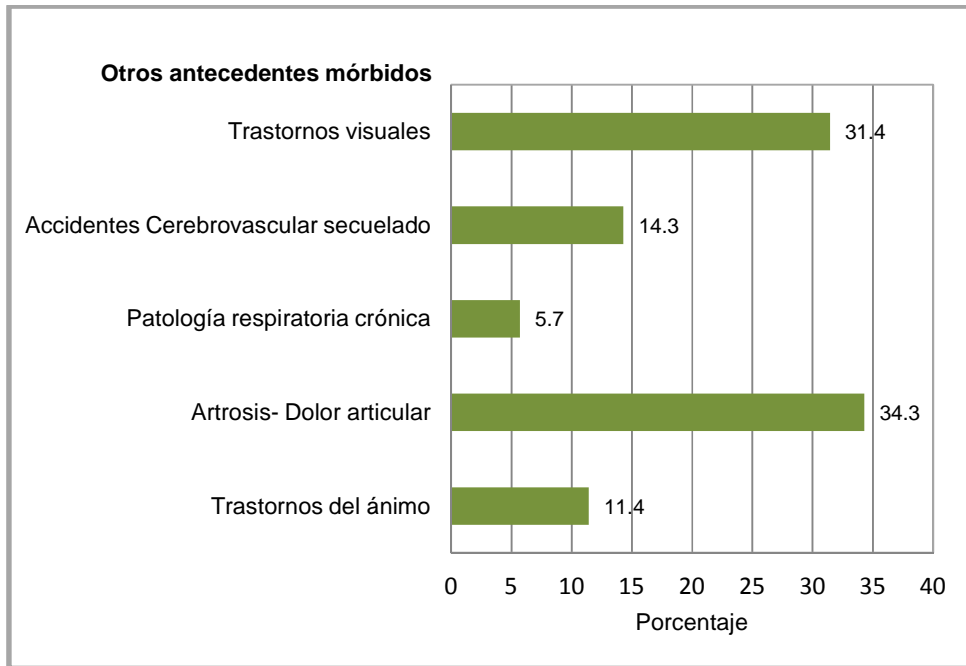
**Gráfico N° 1:** "Distribución de los adultos mayores de la muestra, según pensión y pensión promedio".



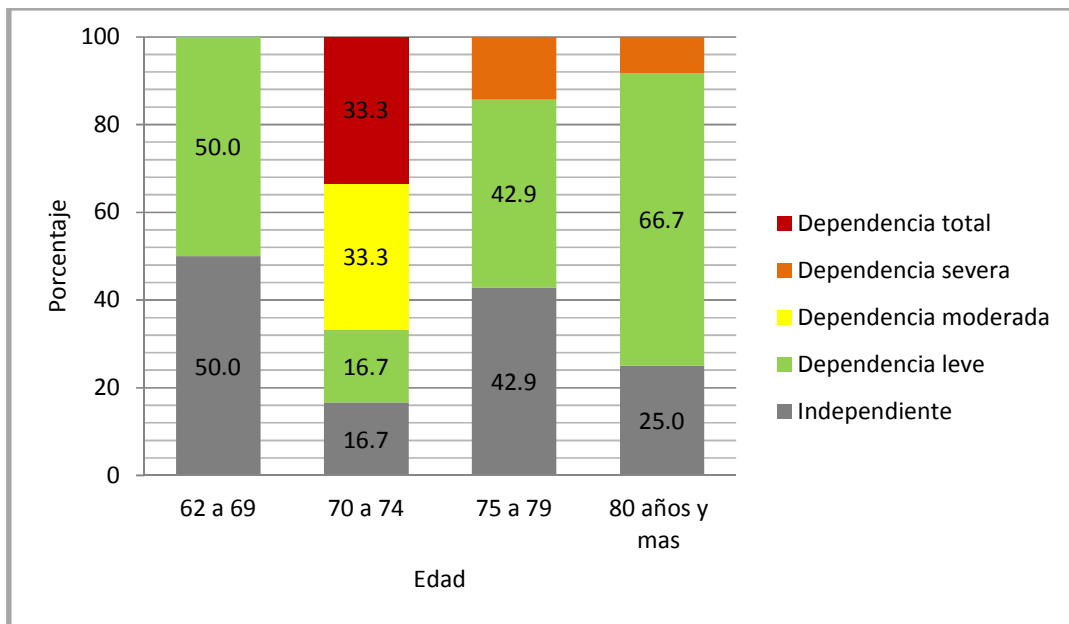
**Gráfico N° 2:** "Distribución de los adultos mayores de la muestra, según afiliación a un sistema previsional de salud".



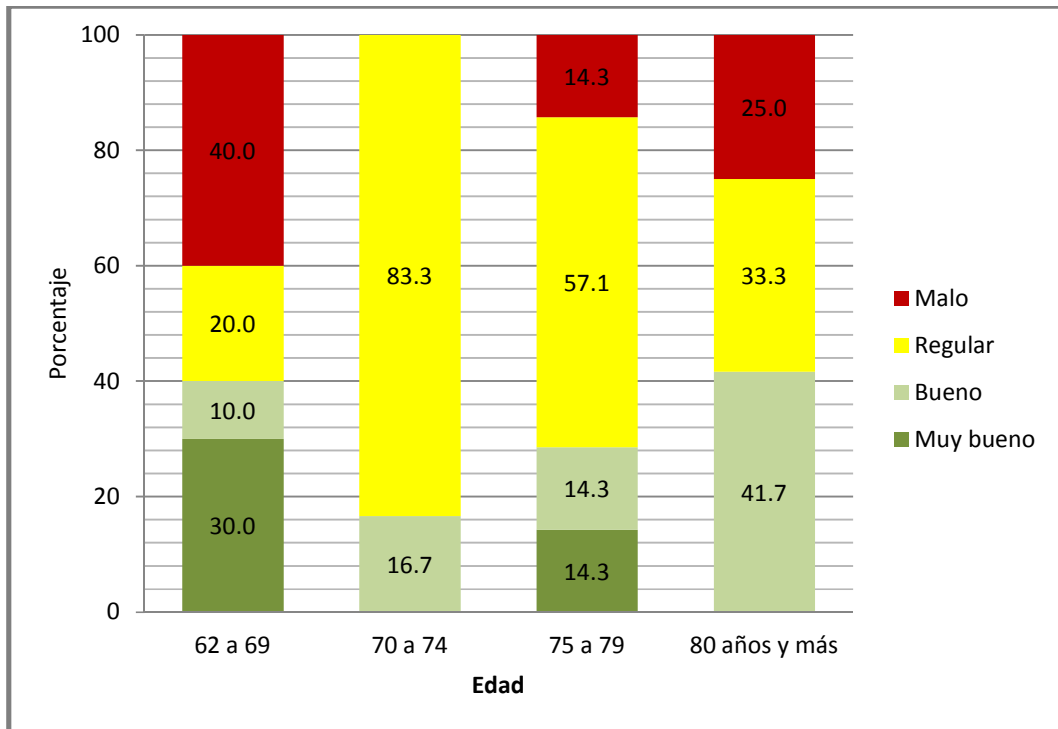
**Gráfico N°3:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra, con otros antecedentes mórbidos”



**Gráfico N°4:** “Distribución de los adultos mayores de la muestra según edad y funcionalidad, según índice de Barthel”



**Gráfico N° 5:** “Distribución de la percepción del apoyo social de los adultos mayores de la muestra, según edad”.



**Gráfico N° 6:** “Distribución de la percepción de apoyo social de los adultos mayores de la muestra, según género”

