

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Carrera de Enfermería



**Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia
en Adultos Mayores Hospitalizados
a través de Redes de Apoyo**

Tesis para optar al Grado de Licenciada en Enfermería

Autores:

Natalia León Donat
Mariana Merino Palma
Carla Ortega González
Pía Rubilar Bragg
Gabriela Rubio Araya
Carolina Soto Araya
Marcela Soto Pardo

Docente Guía:

María Raquel Lazcano Ahumada

Valparaíso, Chile

Julio 2006

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros familiares quienes nos apoyaron y motivaron a seguir adelante a pesar de las dificultades, a Dios por darnos fortaleza y apoyo en todo momento.

También nuestro mayor reconocimiento y agradecimiento a todos aquellos que contribuyeron en la realización y corrección de nuestro trabajo, quienes en conjunto con nuestra docente guía, han confiado en nosotras e hicieron posible nuestra investigación.

***"Sólo una cosa vuelve un sueño imposible: el miedo a fracasar."
(Paulo Coelho)***

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Resumen – Abstract	
1.2 Introducción.....	1
1.3 Delimitación del Problema.....	3
1.4 Definición de términos.....	4
1.5 Limitaciones del estudio.....	6

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico	
2.1.1 Situación demográfica del Adulto Mayor	
• Situación a nivel mundial.....	7
• Situación del Adulto Mayor en Chile y Latinoamérica.....	7
• Envejecimiento V Región.....	8
• Epidemiología del Adulto Mayor.....	8
2.1.2 Proceso de Envejecimiento	
• Cambios Biológicos.....	10
• Cambios Psíquicos.....	15
• Cambios Sociales.....	15
2.1.3 Teorías Psicosociales.....	17
2.1.4 Adulto Mayor y Hospitalización.....	18
2.1.5 Jerarquización Necesidades de Maslow.....	20
2.1.6 Apoyo Social.....	22
2.1.7 Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor.....	28

2.2	Objetivos	
2.2.1	Objetivo General.....	32
2.2.2	Objetivos Específicos.....	32
2.3	Definición y operacionalización de variables.....	33

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1	Tipo de diseño de investigación.....	36
3.2	Población en estudio – Definición de Universo.....	36
3.3	Criterios de selección para la elección de universo y muestra.....	36
3.4	Características de la muestra.....	37
3.5	Método de recolección de datos.....	38
3.6	Descripción del instrumento.....	38
3.7	Criterios de análisis de datos.....	39
3.8	Estudio de confiabilidad del instrumento.....	44
3.9	Organización del trabajo en grupo.....	44
3.10	Trabajo en terreno.....	46

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Presentación resultados.....	48
4.2	Descripción de las redes de apoyo y los medios utilizados.....	63

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

5.1 Análisis y conclusiones.....	69
5.2 Recomendaciones	
• Para la Institución Hospitalaria.....	73
• Para el Profesional de Enfermería.....	74
• Para la Institución Educativa.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	76

ANEXOS

• Instrumento de Recolección de Información.....	79
• Categorización satisfacción Necesidad de Pertenencia.....	84
• Minimental Abreviado.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla A: Cantidad de Adultos Mayores según edad.....	37
Tabla B: Cantidad de Adultos Mayores según días de hospitalización.....	37
Tabla N°1: Categoría Redes de Apoyo recibidas durante la hospitalización.....	49
Tabla N°2: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de las Redes de Apoyo.....	50
Tabla N°3: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de las Visitas realizadas por las diferentes Redes de Apoyo.....	53
Tabla N°4: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Apoyo Material entregado por las diferentes Redes de Apoyo.....	56
Tabla N°5: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Llamadas Telefónicas entregado por las diferentes Redes de Apoyo.....	58
Tabla N°6: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la Recepción de Mensajes Escritos entregados por las diferentes Redes de Apoyo.....	61
Tabla N°7: Número de Adultos Mayores que recibieron como Red de Apoyo a la Familia.....	63

Tabla N°8: Medios de Apoyo utilizados por la Familia.....	63
Tabla N°9: Familiares que realizan Visitas.....	64
Tabla N°10: Familiares que realizan Llamadas Telefónicas.....	64
Tabla N°11: Recursos de Apoyo Material entregados por la Familia.....	65
Tabla N°12: Número de Adultos Mayores que recibieron como Red de Apoyo a Otros.....	66
Tabla N°13: Medios de Apoyo utilizados por la Red de Apoyo Otros.....	66
Tabla N°14: Otros (personas ajenas) que realizan Visitas.....	67
Tabla N°15: Otros (personas ajenas) que realizan Llamadas Telefónicas.....	67
Tabla N°16: Recursos de Apoyo Material entregados por Otros.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Categoría Redes de Apoyo recibidas durante la hospitalización.....	49
Gráfico N°2: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la Red de Apoyo Familia.....	51
Gráfico N°3: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la presencia de la Red de Apoyo Ambos (Familia y Otros).....	52
Gráfico N°4: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de visitas realizadas por la Red de Apoyo Familia.....	54
Gráfico N°5: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de visitas realizadas por la Red de Apoyo Ambos (Familia y Otros).....	55
Gráfico N°6: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Apoyo Material entregado por la Red de Apoyo Ambos.....	57
Gráfico N°7: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de Llamadas Telefónicas realizadas por la Red de Apoyo Familia.....	59
Gráfico N°8: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Llamadas Telefónicas realizadas por la Red de Apoyo Ambos.....	62

Gráfico N°9: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Mensajes Escritos entregados por la Red de Apoyo Ambos.....59

CAPÍTULO 1:
INTRODUCCIÓN

1.1 RESUMEN

Se presenta un estudio cuantitativo descriptivo en relación a la Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia en Adultos Mayores de sexo masculino de 65 y más años, a través de la presencia de Redes de Apoyo durante su hospitalización, siendo ésta una temática relevante en todo ámbito, pues la mayor causa de la conducta humana deriva de la satisfacción de sus necesidades, puesto que ellas son el móvil más importante de los seres humanos.

La conducta de las personas siempre esta orientada a satisfacer necesidades, las cuales han sido clasificadas acertadamente por varios autores, destacándose Abraham Maslow, quién las clasificó en necesidades: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de autorrealización y de estimación.

Este estudio trata de la Necesidad de Pertenencia en la cual se comprueba que las personas necesitan sentirse queridas y respetadas por un grupo en particular y que su satisfacción favorece que la persona se sienta perteneciente a un grupo que constituyen sus Redes de Apoyo, siendo este un aspecto relevante en el Adulto Mayor hospitalizado pues lo mantiene unido a su ambiente natural y conocido, permitiendo por lo tanto que se adapte de mejor forma al cambio de rutinas y de ambiente, así como el estar alejado de sus amigos y familiares.

ABSTRACT

It is a researching in relation to description of quantity about satisfaction of necessity of belonging in male elder people of 65 years old or more, by means of a supporting net, during their staying at the hospital. This is very important because most of human behaviour is a reaction of necessity satisfaction, because they are the most important mobile of the human beings.

The human behaviour always, satisfy necessities which have being classified, by various authors, being emphasized Abraham Maslow who classified them: psychological, security, belonging, being and of estimation..

This researching is about belonging in which we appreciate people's needing to be loved and respected for their group and the satisfaction felt by a person who belongs to a specific group, where the supporting next are helping them. This is very important for elder people at the hospital, because this helps to the patient in his natural and knowledged environment, helping them to get a better the change of routine and environment. It also helps when they are far from their relatives and friends.

1.2 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno que está adquiriendo cada vez mayor importancia, este se define como el incremento de la población de los mayores de 60 y más años sobre la población total, situación que se produce por la disminución de la natalidad y el aumento de las expectativas de vida, conocido como transición demográfica.

En Chile la población de mayores de 60 años se incrementó en 412 mil personas entre los censos de 1992 y 2002, se ubica en el cuarto lugar de los países envejecidos de América Latina. Asia es el país más envejecido del mundo y Chile alcanzará su nivel de envejecimiento hacia el año 2030.

En términos comparativos de las regiones de Chile, se observa que la V Región de Valparaíso posee el mayor porcentaje de Adultos Mayores del país, este corresponde a un 11.7%, le sigue la IX Región con un 10.7% y posteriormente la X Región con un 10%.

El envejecimiento es un proceso dinámico, individual, gradual, natural e inevitable, en el que se dan cambios en distintos niveles, ante los cuales el Adulto Mayor tiene disminuida su capacidad de adaptación. En lo Biológico se afectan todos los órganos y sistemas del cuerpo humano; en lo Psicológico cambia su percepción y autoestima, los que a su vez se ven influidos por la forma en que han superado las etapas y tareas del desarrollo y en lo Social hay cambios en el rol individual y en el rol que cumple el Adulto Mayor en la comunidad.

Es por todos estos cambios que los Adultos Mayores tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades de carácter crónico degenerativas, que al no ser tratadas oportunamente conducen con alta frecuencia a largas hospitalizaciones, durante las cuales si no se cuenta con el apoyo de redes sociales que satisfagan sus necesidades, principalmente la Necesidad de Pertenencia de forma positiva cuando el Adulto Mayor se encuentra más vulnerable, hay una alta propensión a la invalidez, a la dependencia y a la muerte. Este punto lo desarrollaremos en profundidad en base al estudio que se presenta a continuación.

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia en Adultos Mayores de sexo masculino de 65 y más años, a través de las Redes de Apoyo durante su hospitalización, en el Servicio de Medicina del Hospital Carlos Van Buren, en los meses de Diciembre del año 2005 y Enero del año 2006.

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **NECESIDAD DE PERTENENCIA:** Se relaciona con la compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social, incluye comunicación, establecer amistades, manifestar y recibir afecto.

- **REDES DE APOYO:** Persona o grupo de personas organizadas o no, que rodean a un individuo y que brindan algún tipo de ayuda determinada mediante un intercambio de recursos dirigido a incrementar el bienestar del receptor.

- **ADULTO MAYOR:** Persona de 65 y más años, de sexo masculino

- **HOSPITALIZACIÓN:** Ingreso y permanencia durante un período igual o superior a 2 días en un servicio que entrega atención integral, con el fin de diagnosticar, tratar, recuperar y/o rehabilitar la salud del individuo.

- **MEDIOS:** Transacciones a través de las cuales las Redes de Apoyo prestan apoyo al Adulto Mayor, involucra los siguientes factores: interés emocional y/o asistencia instrumental (Recursos). Están dirigido a incrementar el bienestar del Adulto Mayor, para la satisfacción de su Necesidad de Pertenencia.

- **EFECTO:** Se refiere a cómo el Adulto Mayor valora las Redes de Apoyo y los medios utilizados por éstas, puede ser positivo o negativo y se refleja en cómo se siente el Adulto Mayor en la satisfacción de su Necesidad de Pertenencia.

- **LLAMADAS TELEFÓNICAS:** Se consideran todas aquellas recibidas por el Adulto Mayor a celulares de su pertenencia y se excluye las llamadas realizadas por las redes de apoyo al servicio donde se encuentra hospitalizado.
- **MENSAJES ESCRITOS:** Se consideran las cartas, tarjetas de saludos (navidad, cumpleaños, santo), notas religiosas y recados escritos.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los principales obstáculos en la realización del presente Seminario de Tesis son enumerados y explicados a continuación:

1. El número reducido de Adultos Mayores que cumplían los requisitos enunciados en el problema de investigación (universo), dado principalmente por la alta rotación de pacientes debido al alta precoz de estos, razón por la cual la muestra obtenida fue también reducida, lo que se oponía a lo esperado en un principio.

CAPÍTULO 2:
MARCO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

Situación a nivel Mundial:

A nivel mundial han mejorado las probabilidades de supervivencia, modificándose las estadísticas vitales. Este proceso se ha caracterizado entre los años 1950 y 2000 por una marcada disminución de la natalidad, de 37,6 a 22,7 nacimientos por cada mil habitantes y una disminución de la mortalidad, de 19,6 a 9,2 defunciones por cada mil habitantes, aumentando progresivamente la esperanza de vida de las personas, la que asciende a 65 años y más, siendo mayor en los países desarrollados, alcanzando los 76 años durante el 2000-2005; estos cambios reciben el nombre de Transición Demográfica, la que impacta directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y aumentar los sectores con edades más avanzadas.

Situación del Adulto Mayor en Chile y Latinoamérica:

Las mejoras a nivel económico y social en América Latina durante la segunda mitad del siglo XX se reflejan en una sostenida disminución de la mortalidad y la fecundidad, disminuyendo la proporción de niños y aumentando la de los adultos; así, entre 1950 y 2002, los mayores de 60 años elevaron del 6% al 8% su participación en la población total de la región y los menores de 15 años la redujeron de 41% a 32%, por lo que se ha producido una inversión de la pirámide de población: el adelgazamiento de su base hizo pasar de una forma triangular a un ensanchamiento de su cúspide.

En Chile a comienzos del siglo XX los adultos mayores eran algo más de 200.000 personas, en 1950 eran 417.000, y en el 2000, la cifra ascendió a 1.100.000. Cincuenta

años para que los adultos mayores se duplicaran (1900-1950), triplicándose esta cifra en los 50 años siguientes.

En el censo 2002, la población de Chile es de 15.116.435 habitantes, de los cuales un 25.7 % corresponde al estrato de edad de 0-15 años y el 11.4 % que corresponde al estrato de edad 60 y más años, clasificándose según estructura en población intermedia en camino hacia una población envejecida, proceso en el que atraviesa el país conocido como transición demográfica. Según las proyecciones realizadas por el CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), durante el primer cuarto del siglo XXI el número de adultos mayores de Chile se incrementará en un 130%.

Envejecimiento en la V región

La V región de Valparaíso, compuesta por los habitantes circunscritos geográficamente por los sectores correspondientes a los servicios de salud de Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota y Aconcagua, es la región del país que posee el mayor porcentaje de adultos mayores correspondientes al 11.7% del total de la región.

Epidemiología del Adulto Mayor

Junto a este envejecimiento de la población, se ha verificado la transición epidemiológica. Esto significa que hay cambios a través del tiempo en la composición de la mortalidad por sexo y edades y modificaciones en las causas de muerte. En los años 60 las enfermedades transmisibles (infecciones y parasitarias) tenían una alta incidencia y se concentraban preferentemente en los jóvenes. A fines del siglo XX predominan las causas crónicas, degenerativas, tumores malignos, accidentes cerebrovasculares, que afectan principalmente a los adultos mayores.

Los adultos mayores se enferman principalmente de afecciones cardiovasculares, las cuales también son la principal causa de hospitalización y muerte en este grupo. Entre los diagnósticos de mayor frecuencia están: El infarto, los accidentes vasculares encefálicos y la hipertensión arterial. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte. En ambos sexos, el cáncer del estómago es el responsable del mayor número de fallecimientos, le sigue en importancia el cáncer pulmonar en los varones, y el de vesícula en las mujeres. En tercer lugar, aparece el cáncer de próstata en los hombres y del cuello uterino y de mama en las mujeres de 60 y más años. Las enfermedades respiratorias representan casi el 15% de las muertes y son la tercera causa de fallecimiento. Otras causas significativas en esta edad, son la cirrosis hepática en los varones y la diabetes mellitus en las mujeres.

2.1.2 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- Cambios Biológicos: Cambios orgánicos que afectan a las capacidades físicas.
- Cambios Psíquicos: Cambios en el comportamiento, autopercepción, valores y creencias.
- Cambios Sociales: Cambios del rol del anciano en la comunidad.

CAMBIOS BIOLÓGICOS

Modificaciones celulares: Existe un retardo en el crecimiento y diferenciación celular, por lo cual disminuye el número de células. También disminuye el líquido intracelular, aumenta el tejido adiposo profundo y desciende el tejido adiposo superficial.

Envejecimiento en la piel y anexos cutáneos: El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastornos de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida, disminución de la producción de la vitamina D, palidez y velocidad de crecimiento disminuida.

Desde el punto de vista estructural hay una reducción del grosor de la dermis y epidermis, disminuye la vascularización y hay degeneración de las fibras de elastina. Se atrofian las glándulas sudoríparas.

Envejecimiento del cabello y uñas: Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina. Hay pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica), puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro o hipotiroidismo.

Se observa aumento del vello facial en las mujeres, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales. Las uñas suelen ser más duras y gruesas.

Envejecimiento óseo: Hay pérdida de masa ósea por desmineralización (la mujer pierde 25% y el hombre un 12%), se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimiento, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas.

Existe una disminución de la talla, debido al estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En los miembros inferiores las zonas articulares presentan desgastes, con lo cual aparece el dolor, crepitación y la limitación de movimiento, se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

Envejecimiento muscular: Disminuye la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:

Cambios de la Estructura Cardiovascular: El corazón puede sufrir atrofia que podría ser moderada o importante, agregándose a esto la disminución de su peso y volumen. Existe un aumento moderado del grosor de las paredes de la aurícula izquierda y del ventrículo izquierdo, este último exagerado en pacientes hipertensos.

El tejido fibroso aumenta, sustituyendo algunos miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debida al engrosamiento y pérdida de la elasticidad y se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y a una disminución de la red vascular.

Cambios en la Función Cardiovascular: La hemodinamia está alterada debido al aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial. El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

Los cambios hematológicos son poco significativos, principalmente disminuye la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación.

Envejecimiento del Sistema Respiratorio: Las alteraciones en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica como de la pulmonar, probablemente debido a la osificación de las articulaciones condrocostales y a la cifosis mencionada. La fuerza de los músculos respiratorios es menor, se rigidizan, pierden peso y volumen, produciendo así un llenado parcial. Se observa disminución del número de alvéolos, lo que provoca dilatación compensatoria en los bronquiolos y conductos alveolares.

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, y una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

Envejecimiento del Aparato Digestivo: No hay grandes cambios a nivel anatómico. Existe una disminución de los movimientos peristálticos en el tubo digestivo, reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica y disminución en la producción de ácido clorhídrico. La disminución del tamaño y

funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar las dificultades en el metabolismo de los alimentos.

La pérdida de piezas dentarias dificulta la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuye a la sequedad bucal.

En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

Envejecimiento del Sistema Genitourinario: A mayor edad existe pérdida de masa renal, alrededor del 20%, disminuye el número de glomérulos (en su mayoría pérdida de corteza). El flujo sanguíneo renal disminuye (de 1.200 a 800 ml /minuto) con lo cual también la filtración glomerular. Además se observa pérdida de la capacidad de concentrar la orina en el riñón. La vejiga pierde tonicidad, quedando orina residual. Hay debilitamiento del esfínter de la uretra. En los órganos genitales femeninos, aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia y pérdida de lubricación por falta de secreción hormonal, facilitándose las infecciones.

En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño prostático.

Envejecimiento del Sistema Endocrino: Disminuye la producción hormonal y hay falta de respuesta de los órganos a las hormonas. Hay una disminución a la tolerancia de glucosa y en la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

Envejecimiento del Sistema Inmunitario: Es menos sensible y más susceptible a la infección. Se produce involución del Timo (el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad, proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación). Existe una disminución de la producción de los anticuerpos por lo que la

cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Hay depresión de la inmunidad celular y suele deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad.

Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos: Las neuronas no proliferan y con la edad disminuye su número, el grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro siendo algunas áreas resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico).

Los mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad y aparece el temblor senil.

En la vista, la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de la producción de mucina en la conjuntiva, lubricante para el movimiento del ojo, lo que causa queratinitis seca. Y se acumula el líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea. En la esclerótica se depositan sales de calcio y colesterol, formando el arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más lenta a los cambios de luz a oscuridad y viceversa. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbicia). La secreción lacrimal disminuye en cantidad y calidad.

En el oído se produce pérdida de la agudeza auditiva por degeneración del nervio auditivo, además del aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago, la membrana timpánica está engrosada, hay una proliferación de pelos en el oído y acumulación de cerumen.

El gusto y el olfato suelen disminuir por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua y el nervio olfativo se degenera.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

CAMBIOS PSÍQUICOS

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales: A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales. Hay pérdida de la capacidad para resolver problemas y falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. El lenguaje y la expresión suelen estar alteradas, la creatividad y capacidad imaginativas se conservan, existe alteraciones en la memoria y suele aparecer amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad: La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. Al llegar a una edad mayor, la persona observa cómo los ambientes van cambiando y cómo otros le son lejanos o le ofrecen menos interés. El anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación, como las motivaciones o refuerzos sociales. Puede parecer una persona algo rígida, aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no la valora, en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunos ancianos, podría estar relacionada con este sentimiento.

CAMBIOS SOCIALES

Estos producen alteraciones en las funciones y en las relaciones de pertenencia a un grupo, de ahí radica la importancia de valorar la adaptación del adulto mayor.

Cambio de Rol individual: Se plantean desde tres dimensiones:

1. Anciano como individuo: Se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca, por lo tanto su actitud frente a ésta cambia. Parte de su vivencia es la experiencia de la muerte de miembros de la familia y amigos, por lo tanto siente que va quedando solo.

2. Anciano como integrante del grupo familiar: Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos, las que pasan por distintas etapas, la primera ocurre cuando el anciano es independiente, ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda es cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

3. Anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas: La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas), que van acompañadas por tensión emocional y sentimiento de soledad.

Cambio de Rol en la Comunidad: El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Este cambio puede gatillar el aislamiento social, siendo muy importante que en esta etapa de la vida el adulto mayor cuente con personas que lo apoyen, ello lo hará menos vulnerable al aislamiento.

Cambio de Rol Laboral: El gran cambio es la jubilación del individuo. Dentro de las consecuencias de la jubilación se encuentran la difícil adaptación, ya que las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral.

2.1.3 TEORÍAS PSICOSOCIALES

Teoría psicosocial de Erikson: Refiere que los adultos entran en una etapa final de la vida y su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Si tienen éxito, habrán desarrollado la integridad del ego. En su crisis final, **Integridad v/s Desesperación**, Erikson considera que las personas enfrentan una necesidad de aceptar su vida y luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad. La virtud que se desarrolla es la **sabiduría**, incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente.

Teoría del desacoplamiento: Refiere que los ancianos dejan de realizar sus funciones habituales y realizan actividades centradas en sí mismo, separándose entonces de la sociedad, postulando que el envejecimiento es exitoso hasta el punto que el individuo y la sociedad se separan.

Teoría de la actividad: Refiere que para envejecer con éxito es necesario continuar con las actividades realizadas durante la madurez y si no, es importante que estas sean reemplazadas por otras que el mismo elija.

Teoría de la continuidad: Refiere que la personalidad sigue siendo la misma y que la conducta se vuelve más predecible a medida que envejecemos, siendo la personalidad un aspecto importante para determinar la relación de la actividad realizada y la satisfacción del usuario.

2.1.4 EL ADULTO MAYOR Y LA HOSPITALIZACIÓN

Los adultos mayores se hospitalizan generalmente a causa de una complicación asociada a una enfermedad crónica, éstos requieren de una atención especial con una visión global en su cuidado, ya que son más vulnerables, tienen menos reservas, sufren mayores complicaciones e interacciones medicamentosas.

Al envejecer, la capacidad para hacer frente a los problemas y a las situaciones nuevas disminuye, esta capacidad puede verse aun más debilitada por la enfermedad o por la ansiedad. La hospitalización puede suponer cambios drásticos en el sistema de apoyo de la persona mayor, especialmente por:

- La distancia de su familia
- El entorno físico desconocido, al constituir una amenaza para los ancianos con pérdidas sensoriales, lo que puede provocar confusión y caídas durante la hospitalización.
- Habilidad disminuida para adaptarse rápidamente a los cambios del entorno.
- El miedo a la hospitalización, pues ello implica el fin a la independencia.

El personal de salud tiene la responsabilidad de transmitir afecto y sinceridad al paciente y la familia, y de contribuir a que el ingreso y la estadía en el hospital sea una experiencia lo menos traumática posible.

Temor a la hospitalización

El ingreso en el hospital supone una crisis para muchos ancianos. Algunos alcanzan una edad avanzada sin haber sido hospitalizados e ingresan al hospital con sentimientos de incertidumbre. Algunos consideran el hospital como un sitio en el que se va a morir. Otros temen no poder regresar a su hogar, especialmente si se percatan de que perderán autonomía en su cuidado. Además el hecho de estar en el hospital les separa de sus seres queridos.

Los ancianos pueden mostrar ansiedad por el diagnóstico y asimismo, por las pruebas que se les realizan, los resultados de éstas y su capacidad de comprender lo que los médicos y el personal de enfermería les informan, por lo que a menudo solicitan que un familiar esté presente cuando el médico habla con ellos. Al hospitalizarse, el adulto mayor que tomaba decisiones de modo independiente, se ve de pronto necesitado de ayuda para comprender las implicaciones de la enfermedad.

La familia y la hospitalización del adulto mayor

Durante la hospitalización la familia constituye un importante apoyo para los adultos mayores, algunas apoyan a los ancianos, mientras que a otras no parece afectarles su enfermedad. Otras esconden temores y sentimientos de culpabilidad. Varios estudios han documentado la tensión y el estrés que soporta la familia al evitar que el anciano ingrese en una institución.

El personal de salud debe conseguir que la familia participe en el plan de asistencia del paciente hospitalizado. Se le debe informar y animar para que participe en la planificación de la asistencia y cuidado del anciano, durante la hospitalización, y en el domicilio, para ayudarle a mantener su independencia de acuerdo a sus capacidades.

2.1.5 JERARQUÍA DE NECESIDADES DE MASLOW

El concepto de jerarquía de necesidades de Maslow, planteado dentro de su teoría de la personalidad, muestra una serie de necesidades que atañen a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural (como una pirámide), de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad.

Así pues, dentro de esta estructura, al ser satisfechas las necesidades de determinado nivel, el individuo no se torna apático sino que más bien encuentra en las necesidades del siguiente nivel su meta próxima de satisfacción.



1. **Necesidades Fisiológicas:** Constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia.

2. **Necesidades de Seguridad:** Con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad

3. **Necesidades de Pertenencia.:** Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él.

4. **Necesidades de Reconocimiento:** También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

5. **Necesidades de Auto-superación, Autorrealización o Autoactualización:** Se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

2.1.6 APOYO SOCIAL

Existe confusión y carencia de consenso con respecto a una definición teórica de apoyo social, lo que impide la producción de generalizaciones válidas sobre su desarrollo y funcionamiento. La mayoría de las delimitaciones sustantivas constituyen supuestos de trabajos más que definiciones teóricas.

Kaplan (1977) definió como “Apoyo Social” a “la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico proveniente de otros significativos”.

Thoits (1982) propuso un enfoque de apoyo basado en el de Kaplan, definiéndolo como “el grado en el que las necesidades sociales básicas de una persona son gratificadas mediante la interacción con otros”, éstas necesidades fueron identificadas incluyendo los deseos de afecto, estima o aprobación, pertenencia, seguridad e identidad y son satisfechas mediante el otorgamiento de ayuda socioemocional (afecto, comprensión y estima) y de ayuda instrumental (consejo, información, dinero y asistencia). Adicionalmente, “el sistema de Apoyo Social” también incluirá al subconjunto de personas en la red social del individuo en quienes confía para ayuda de tipo socioeconómica, asistencia instrumental o ambas.

House (1981) sostiene que el apoyo puede ser mejor entendido en términos de alguien que da algo a otros, con respecto a algún problema. Postula que es “una transacción interpersonal que involucra uno o más de los siguientes factores: interés emocional (vinculación; amor, empatía), asistencia instrumental (bienes y servicios), información (acerca del ambiente) o valoración (información relevante a la autoevaluación). Esta lista establece el “algo”; el “otros” debería incluir cónyuges, parientes, amigos, vecinos, supervisores de trabajo, prestadores de servicios y profesionales. En suma visualiza el apoyo social desde el punto de vista de interacciones sociales relacionadas con un problema, que son mantenidas por una vasta gama de personas que se involucran en cuatro tipos principales de asistencia.

Shumaker y Brownell (1984) definen el apoyo social como “un intercambio de recursos entre por lo menos dos individuos, un proveedor y un receptor; dirigido a incrementar el bienestar del receptor”.

Lin presenta dos enfoques conceptuales de Apoyo Social, el primero utiliza una definición sintética, en la que apoyo social involucra “las provisiones expresadas o instrumentales, percibidas o reales, que son proporcionadas por la comunidad, las redes sociales o amigos confiables”. Aquí han sido especificados tres niveles de vinculación al medio ambiente social que se reflejan en percepciones de pertenencia, confianza y compromiso, respectivamente. Se pueden observar dos amplias categorías de apoyo social: “la dimensión instrumental que involucra el uso de las relaciones como medios para lograr fines” y “la dimensión expresiva que involucra el uso de las relaciones como un fin tanto como un medio”. Su segundo enfoque se constituye sobre la teoría de los recursos sociales utilizando la distinción entre lazos sociales intensos y débiles, también entre acción social instrumental y expresiva. La acción instrumental exitosa se beneficia del acceso a lazos sociales débiles, sin embargo, las acciones expresivas sirven para mantener más que para ganar recursos personales, por lo tanto, este segundo enfoque teórico no ofrece una definición de Apoyo Social aunque el énfasis está puesto en los niveles internos de las relaciones (intimidad y confianza) y existe una clara vinculación de la salud mental.

Para Vaux el Apoyo Social es visto como una meta-constructo que involucra varios componentes, incluyendo recursos de Redes de Apoyo, interacciones sustentadoras y las percepciones o creencias de que uno tiene apoyo social.

Componentes del apoyo social

- Recursos de la Red de Apoyo Social: Es el subconjunto de la red social mayor del individuo al que habitualmente recurre o puede recurrir por ayuda en la solución de problemas o en el logro de propósitos. Se incluyen como fuentes de apoyo a la comunidad del individuo, sus redes sociales y sus amigos confiables.
- Conductas de Apoyo Social: Aquellos actos específicos generalmente reconocidos por la mayoría de los miembros de una cultura como esfuerzos intencionales para ayudar a una persona, espontáneamente o a su solicitud. Actos que incluyen proporcionar bienes y servicios tangibles para expresar afecto y valoración. Es el componente principal del apoyo e involucra dos partes importantes, la instrumental y la expresiva. Puede ser entendido, como las acciones que otros realizan cuando desean ayudar a una persona específica.
- Valoraciones del Apoyo Social: Son las apreciaciones subjetivas o evaluaciones de las relaciones de Apoyo Social de una persona y también de las conductas sustentadoras o de apoyo que ocurren al interior de esas relaciones. Son los indicadores más importantes de lo bien que el apoyo social esta funcionando, así estas evaluaciones pueden tomar muchas formas incluyendo la satisfacción de sentirse apoyado, los sentimientos de ser protegido, respetado o involucrado, las sensaciones de vinculación, pertenencia o de alianza confiable. Los aspectos objetivos del apoyo son indicadores manifiestos que este apoyo ha proporcionado, por lo tanto la información de su existencia puede provenir de otros individuos independientes de aquel recibéndolo. La captación y valoración subjetiva del apoyo refleja la realidad tal como el individuo la percibe.

Es importante recalcar, que no todas las conductas de apoyo practicadas por los dadores serán valoradas positivamente por el receptor, ni tendrán efectos positivos sobre éste. Si no hay efectos positivos sobre el receptor las conductas de apoyo del dador no son por lo tanto efectivas, es decir, no son de apoyo. De hecho, el apoyo negativo puede

interpretarse bien como la ausencia de influencia positiva o como una influencia negativa.

La medición en la investigación del Apoyo Social

- Medidas de recursos de Redes de Apoyo Social: El concepto de “recursos de Redes de Apoyo Social” se refiere a las conexiones que los individuos tienen con otros significativos en su ambiente social.
- Medición de la conducta de apoyo: Componentes indispensables del proceso de apoyo, ya que son los modos concretos a través de los que las redes prestan apoyo y obviamente es sobre las bases de estas conductas concretas que los individuos perciben y/o valoran el apoyo recibido.
- Medidas de Valoraciones de Apoyo: Tienen que ver con la importancia de los aspectos subjetivos de apoyo en relación al bienestar. Algunas de las medidas de apoyo social que involucran algún tipo de medición subjetiva son:
 - 1.- El formulario de valoración de interacción diaria; se enumeran los miembros de las redes con las cuales ha tenido contacto durante el día, se anota la duración de la interacción y se valora la satisfacción alcanzada en ella.
 - 2.- Apoyo Social percibido; se valora el grado en el que el individuo percibe que sus necesidades de apoyo, información y refuerzo sociales son proporcionados por amigos y familiares.
 - 3.- Índice de relaciones familiares; con esto se valora la cohesión que es el grado en que los miembros de la familia son útiles y se apoyan unos con otros, la expresividad que es el grado en que los miembros de la familia son estimulados a actuar y expresar sus sentimientos abierta y directamente; y conflicto, el grado en que la expresión abierta de enojo, agresión y otras interacciones conflictivas son características de la familia.

- 4.- Orígenes de las Relaciones Sociales; dirigida a medir la valoración de apoyo social proveniente de la familia y de amigos.
- 5.- Escala de Kaplan Revisada; consiste en tres ilustraciones que describen personas con niveles diferentes de apoyo social a las que el individuo debía compararse.
- 6.- Valoración de Apoyo Social; mide el grado en que una persona se siente protegida, respetada e involucrada.
 - Medición de la Diversidad: esta situación indica la independencia comparativa de los diferentes conceptos de apoyo social.

Calidad de Apoyo Social v/s cantidad de Apoyo Social

Existen diversos estudios que apuntan a la importancia relativa de calidad v/s cantidad en las relaciones de apoyo. Lowenthal y Haven (1968) demostraron la relevancia del papel de un confidente para aumentar el bienestar y prevenir la depresión en personas mayores. Esto fue reiterado por Chappell y Strain (1982-1983), quienes sugieren que las relaciones sociales con personas no pertenecientes a la familia son fundamentales y que la relación de confianza podría ser más importante para la calidad de vida y bienestar que la cantidad de interacciones con familiares y amigos.

McFarlane, Norman, Streiner y Roy (1984) realizaron un estudio a pacientes en Canadá, el que mostró que aquellos que decían tener redes más reducidas consideraban sus redes más importantes que los pacientes con redes mayores. Este estudio concuerda con anteriores que observaron que la calidad subjetiva del Apoyo Social representa un indicador más claro de la satisfacción vital que la cantidad de Apoyo Social (Duff y Hong, 1982) y que el apoyo de calidad es más eficaz en momentos de crisis que el de cantidad (Porrit, 1979).

Familia, amigos y vecinos como Redes de Apoyo Social

Biegel (1985) señala que las familias, los amigos y los vecinos son elementos importantes en el cuidado de los Adultos Mayores. Griffith (1985), a través de una muestra aleatoria de adultos indicó que 2/3 de sus redes de apoyo estaban formadas por miembros de sus familias, por otra parte Cantor (1979) observó que los vecinos juegan un papel importante en la vida cotidiana de los Adultos Mayores, dado principalmente por su disponibilidad, esto no disminuye la importancia de la familia como fuente de apoyo. Cantor describe una jerarquía de Redes de Apoyo de los Adultos Mayores, la que incluye familia, amigos y vecinos.

Algunos estudios sobre Apoyo Social, sostienen que la relación entre características estructurales, como el tipo de relación y el resultado, no es siempre directo. Hall y Wellman (1985) indican que la densidad de la red no se halla asociada a un mayor apoyo o una mejor salud. En este ámbito, Wilcox (1981) señala que las redes de alta densidad, como la familia ayudan a afrontar crisis vitales normativas, mientras que las de baja densidad, como los amigos contribuyen en las crisis no normativas. Mitchell y Trickett (1980) sugirieron que las redes de alta densidad producen altos niveles de apoyo percibido y las de baja densidad conducen a una mejor adaptación a las transiciones de la vida.

2.1.7 REDES DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR

Las redes de Apoyo Social han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar cuando su salud está comprometida. La relación positiva entre apoyo social y salud, se evidencia en hallazgos epidemiológicos que documentan la relación positiva entre Apoyo Social y morbimortalidad. Efectos que adquieren particular significación en la Tercera Edad, en la que el individuo necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano, aún útil y productivo.

Cada vez es mayor el número de personas que vive más de los ochenta años y en muchos casos, con vitalidad y productividad sorprendentes. Es evidente que ello presupone importantes cambios, tanto conceptuales como operacionales, en las estrategias sanitarias de los países.

Los favorables efectos sobre la salud y el bienestar, y la disminución de la vulnerabilidad a enfermar, que ejercen las redes de Apoyo Social de las personas en general, pero muy en particular en estadios sensibles del ciclo vital como la niñez, en que no se ha alcanzado la madurez y validismo¹ deseados, o como en la senectud en que supuestamente el Adulto Mayor depende más de los otros, dado el declinar de sus habilidades y al lógico riesgo cronológico de haber vivido más años y, en consecuencia, haber pasado por un mayor número de eventos estresantes como pérdidas de relaciones importantes, enfermedades crónicas o limitantes, o haber sido impactados por eventos tan significativos como la viudez o la jubilación que le privan de importantes fuentes de gratificación interpersonal.

⁽¹⁾Es la capacidad física y mental del anciano para desarrollar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.

En función de que el proceso de Apoyo Social ha sido concebido como uno de “dar y recibir”, en el que lo característico es una especie de “transacción” entre las personas en que al ofrecer algo en las relaciones humanas también se recibe algo y ese algo puede ser afecto, ayuda material, guía, consejo y validación de la identidad. El proceso de la Tercera Edad es como una especie de asimetría en las redes de Apoyo Social del Adulto Mayor pues es mucho más lo que, en apariencia, este necesita y demanda que lo que realmente puede ofrecer. El Adulto Mayor es plenamente consciente de ello y puede socavar su salud subjetiva cuando los intentos de los demás por favorecer su bienestar, aunque positivos en su intención, impactan negativamente y contribuyen a sentimientos de minusvalía, al sentir que no puede reciprocitar lo que recibe o demanda de los demás. Esto incrementa los riesgos sanitarios y en alguna literatura ha sido definido como “Apoyo Social negativo”.

En la medida que la persona se adentra en estadios avanzados del Ciclo Vital, tiende a cambiar el tipo de Apoyo Social que recibe. Es mucho más frecuente que al Adulto Mayor se le incremente la ayuda práctica e instrumental y disminuya la ayuda emocional, de corte subjetivo, vivencial, que tiende a validarlo y reforzar su identidad.

Así mismo, muchos de los eventos “normativamente” estresantes, esperados en la Tercera Edad implican un importante costo en cuanto a la disminución de las relaciones interpersonales: la muerte o relocalización geográfica de amistades, la disminución de la propia capacidad y energía, de movilidad y validismo, la jubilación y la viudez.

Todos estos eventos conducen a una de las más agresivas situaciones para cualquier ser humano, no menos para el Adulto Mayor: la vivencia de soledad. Con ella aparecen una serie de manifestaciones de la salud psíquica traducida en amargura, resentimiento, apatía, desesperanza, etc. que se vuelcan sobre los potenciales proveedores de Apoyo Social quienes percibirán a estas personas como malhumorada y “poco deseable” y en consecuencia se alejarán. Esto compromete, por una u otra razón, la salud

física, al reducir tanto sus posibilidades de una mayor longevidad como al deteriorar su calidad de existencia.

Lo cierto es que muchas personas llegan a etapas avanzadas de la vida particularmente activas y dinámicas y se mantienen como proveedores de Apoyo Social, más que como pasivos y dependientes receptores del mismo, durante toda su existencia. Son personas que, a pesar del efecto no deseado que pudieran tener sobre ellas, saben asimilar los cambios en la vida como oportunidades y desafíos más que como pérdidas y amenazas.

En este sentido el contexto social, sería difícil de concebir sin los Adultos Mayores , que se convierten en verdadero soporte del hogar para que las más jóvenes generaciones puedan desempeñar roles socialmente importantes, al asumir múltiples responsabilidades hogareñas no menos importantes para garantizar el bienestar de la más importante célula de la sociedad: la familia.

Como resulta lógico, estas personas rara vez son presas de la soledad y cuando así ocurre esta se traduce en una tristeza legítima y no en amargura y resentimientos hacia los demás. Es coherente entonces pensar que, lejos de alejar a los otros y agudizar así su soledad, estas personas logran naturalmente atraer a sus seres significativos que lejos de rechazarlos disfrutan de su cercanía y tratan de contribuir a su bienestar.

Por supuesto, no quiere decir que los Adultos Mayores no necesiten a su vez de cuidados y atenciones para atenuar las limitaciones propias de la edad y del estado físico del Adulto Mayor, pero lo recomendable es que este apoyo no sea excesivo, que anule o elimine el potencial de validismo de estas personas, sino que los incentive a hacer tanto como les sea posible en aras de su autonomía, sin que ello signifique hacerlos sentir abandonados a sus propias posibilidades.

Es por ello que el tipo de apoyo que reciban estas personas no sólo debe tener una connotación de apoyo material o instrumental de la existencia, sino que debe tener una importante carga afectiva y de validación de la individualidad del Adulto Mayor, a la par

que se le reconozca la posibilidad referida de reciprocidad en la compleja maraña de “dar y recibir” que implica el Apoyo Social.

No se trata en modo alguno de pensar en y comportarse con los Adultos Mayores como si fueran un tipo distinto de personas, a quienes hay que atender todo el tiempo o desechar por inservibles, se trata sí, de pensar en ellos como auténticos seres humanos que también fueron niños, adolescentes, jóvenes, adultos como cualquiera de nosotros que aún no ha arribado a estadios avanzados de la vida, y por ello su connotación como tales va a estar presente hasta el último momento de la existencia.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

1. Evaluar el grado de satisfacción de la Necesidad de Pertenencia del Adulto Mayor hospitalizado, a través de las Redes de Apoyo.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Describir las Redes de Apoyo encontradas durante el período de hospitalización del sujeto en estudio.

2. Describir los medios a través de los cuales las Redes de Apoyo satisfacen la Necesidad de Pertenencia del Adulto Mayor en estudio.

3. Medir el efecto que tienen las Redes de Apoyo en la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia del Adulto Mayor.

4. Medir el efecto que tienen los medios a través de los cuales las Redes de Apoyo satisfacen la Necesidad de Pertenencia del Adulto Mayor.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1:

***Pertenencia:** Necesidad que se relaciona con la compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social, incluye comunicación, establecer amistades, manifestar y recibir afecto.*

DIMENSIÓN 1:

***Compañía:** Relación entre personas que incluye la entrega de afecto, mediante instancias como visitas, comunicación y entrega de apoyo material, que tiene un significado diferente en cada persona que se refleja en el efecto que esta produce.*

SUBDIMENSIÓN 1:

***Visitas:** Instancia en la cual una o más personas acuden durante la hospitalización de otra, a brindar compañía tangible por un periodo de tiempo determinado.*

INDICADORES:

- Duración de la visita
- Frecuencia de las visitas
- Quiénes visitan al Adulto Mayor
- Efecto de la visita en el Adulto Mayor

SUBDIMENSIÓN 2:

Comunicación: *Transmisión de mensajes a través de distintos medios, ya sea verbales o no verbales y que potencialmente brindan compañía al Adulto Mayor hospitalizado.*

INDICADORES:

- Llamadas telefónicas recibidas por el Adulto Mayor
- Mensajes escritos recibidos por el Adulto Mayor
- Quiénes llaman al Adulto Mayor
- Efecto de las llamadas telefónicas y mensajes escritos recibidos en el Adulto Mayor

SUBDIMENSIÓN 3:

Apoyo Material: *Elementos tangibles que al ser entregados pueden significar o no una muestra de afecto para quien lo recibe.*

INDICADORES:

- Útiles de Aseo recibidos por el Adulto Mayor
- Dinero recibido por el Adulto Mayor
- Ropa limpia recibida por el Adulto Mayor
- Comida recibida por el Adulto Mayor
- Efecto del apoyo material recibido en el Adulto Mayor

VARIABLE 2:

Redes de Apoyo: Persona o grupo de personas organizadas o no, que rodean a un individuo y que brindan algún tipo de ayuda determinada mediante un intercambio de recursos dirigido a incrementar el bienestar del receptor.

DIMENSIÓN 1:

Familia: Grupo de personas unidas por lazos de parentesco, que constituyen una fuente de apoyo.

INDICADORES:

- Cónyuge
- Hijos
- Nietos
- Padres
- Otros

DIMENSIÓN 2:

Otros: Personas ajenas a la familia que constituyen una fuente de apoyo.

INDICADORES:

- Amigos
- Miembro de Junta de vecinos
- Miembro de Clubes deportivos
- Miembro de Instituciones religiosas
- Miembro de Institución laboral
- Miembro de Casa de reposo
- Otros

CAPÍTULO 3:
METODOLOGÍA

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de diseño de la investigación

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo

3.2 Población en estudio-Definición del universo

Corresponde a Adultos Mayores de 65 o más años de sexo masculino, que cuenten con Redes de Apoyo y se encuentren hospitalizados durante un período de dos o más días en el Servicio de Medicina hombres del Hospital Carlos Van Buren de la V Región, Chile; desde el 12 de Diciembre del año 2005 hasta el 30 de Enero del año 2006.

3.3 Criterios de selección para la elección de universo y muestra

3.3.1 Para la selección de los adultos mayores se utilizó el siguiente lugar:

Servicio de Medicina hombres Hospital Carlos Van Buren, el cual se encuentra ubicado en calle San Ignacio 725, sector El Almendral, Valparaíso; el servicio consta de tres salas cada una con 8 unidades

3.3.2 Para determinar el universo, se utilizaron los siguientes criterios de selección:

1. Edad: Adultos Mayores de 65 años y más.
2. Adultos Mayores que cuenten con Redes de Apoyo.

3. Tiempo de permanencia: Adultos mayores, que tuvieran como mínimo 2 días de hospitalización en la institución, pues consideramos que un tiempo menor a este, es menos probable que reciba apoyo en el Hospital.
4. Estado mental: Adultos mayores que obtuvieran un puntaje mayor o igual a 14 en el test de Minimental Abreviado.
5. Sexo: Masculino.

De acuerdo a estos criterios de selección se obtuvo un total de 45 adultos mayores lo cual se consideró universo y muestra a la vez.

3.4 Características de la muestra:

Adultos Mayores que cumplían con los criterios de selección: 45

Tabla A: Frecuencia de Adultos Mayores según edad:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65-69	13	28,8%
70-74	19	42,2%
75-79	7	15,5%
80 o más	6	3,3%

Tabla B: Frecuencia de Adultos Mayores según días de hospitalización

Tiempo de permanencia	Adultos Mayores
2-7	28
8-12	4
13 o más	13

3.5 Método de recolección de datos:

El método de recolección de datos seleccionados corresponde a una encuesta, la cual ha sido construida en base a preguntas cerradas. Para proceder con su aplicación se visitó el Servicio de Medicina hombres del Hospital Carlos Van Buren, para comenzar el encuestador planteó las preguntas y sus alternativas verbalmente, transcribiendo la respuesta seleccionada por el Adulto Mayor a la respectiva encuesta.

3.6 Descripción del instrumento:

En el instrumento utilizado se identifican las siguientes unidades:

1° Unidad: Está orientada a recolectar aspectos generales como fecha y nombre del encuestador.

2° Unidad: Está destinada a recolectar antecedentes generales del Adulto Mayor encuestado y consta de 3 preguntas:

Pregunta a: Permite conocer la edad del encuestado

Pregunta b: Permite conocer los días de hospitalización al momento de la encuesta.

Pregunta c: Permite conocer el estado mental del Adulto Mayor, luego de la aplicación del Minimental Abreviado.

Cabe destacar que el nombre del encuestado no fue solicitado, porque no era relevante para el estudio.

3° Unidad: Identifica si el Adulto Mayor durante su hospitalización ha recibido apoyo y de quiénes. Si lo primero es respondido de manera afirmativa se procede con la aplicación de la encuesta.

4° Unidad: Desde la pregunta N°3 a la N°12 se relacionan con la Red de Apoyo “Familia” del Adulto Mayor, a través de las cuales se identifica si lo han visitado, quiénes, el número de veces y el efecto de la visita; apoyo material recibido y su efecto; si ha recibido llamadas, de quiénes y su efecto y por último si ha recibido mensajes y como se siente con estos.

5° Unidad: Desde la pregunta N°13 a la N°22 se relacionan con la Red de Apoyo “Otros” (personas ajenas a su familia), a través de las cuales se identifica si lo han visitado, quiénes, el número de veces y el efecto de la visita; apoyo material recibido y su efecto; si ha recibido llamadas, de quiénes y su efecto y por último si ha recibido mensajes y como se siente con estos.

6° Unidad: Consta de una pregunta (N° 23) destinada a recolectar información con respecto al tiempo en que el Adulto Mayor está acompañado por cualquiera de las dos redes de apoyos mencionadas en las unidades anteriores.

3.7 Criterios de análisis de datos:

Con el fin de determinar el grado de satisfacción de la Necesidad de Pertenencia de los Adultos Mayores encuestados, el análisis se realizará desde 3 perspectivas:

1. Adulto Mayor con Redes de Apoyo sólo Familia
2. Adulto Mayor con Redes de Apoyo de Otros (Personas Ajenas a la familia)
3. Adulto Mayor con ambas Redes de Apoyo (Red de Apoyo Ambos)

Para cada uno de ellos se determinará la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia que puede ser **Satisfecha (S)**, **Medianamente Satisfecha (M)** o **Insatisfecha (I)**, a través de la presencia de las Redes de Apoyo y los medios que estas utilizan, que son visitas, entrega de materiales, llamadas y mensajes (Comunicación).

El análisis se inicia desde la pregunta N°3, descartando la N°1 porque un 100% de las respuestas fueron afirmativas.

El instrumento se dividió, por motivos de análisis, en 4 Ítem para cada Red de Apoyo:

1. Visitas:

Pregunta N°3: se le dio connotación sí lo visitan los familiares independiente de quienes, ya que esto se diferenció en la encuesta sólo para aclarar a los encuestados quienes eran consideramos como familia :

SI: 1 punto. NO: 0 punto.

Pregunta N°4: ¿Cómo se siente con la visita?, se le dio la siguiente categorización:

Bien: 3 puntos

Regular: 2 puntos

Mal: 0 puntos

Indiferente: 1 punto

Pregunta N°5: Se le dio puntaje dependiendo de los días de hospitalización del encuestado y el número de visitas recibidas:

Días de hospitalización	Número de visitas	Puntaje
2-7	2-5	1 punto
8-12	6-10	1 punto
13 o más	11 o más	1 punto

Se otorgará 0 puntos si el número de visitas es menor al esperado.

Posteriormente se suman los puntajes y según estos se considera la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia por las visitas:

Satisfecha: 5 puntos

Medianamente satisfecha: 4-3 puntos

Insatisfecha: 2-0 puntos

2. Apoyo material:

Pregunta N°6: Se consideró sólo si ha recibido apoyo material, independiente de la cantidad, tipo y número de veces que lo haya recibido.

Si: 1 punto No: 0 punto

Pregunta N°7: ¿Como se siente con el apoyo material?, se le dio la siguiente categorización:

Bien: 3 puntos

Regular: 2 puntos

Mal: 0 puntos

Indiferente: 1 punto

Se suman los puntajes y según estos se considera la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia por la recepción de apoyo material:

Satisfecha: 4 puntos

Medianamente satisfecha: 3 puntos

Insatisfecha: 2-0 puntos

3. Llamadas telefónicas:

Pregunta N°8: ¿Ha recibido llamadas? se le dio la siguiente categorización:

Si: 1 punto No: 0 punto

Se omite pregunta N° 9, ya que no es relevante saber quién lo ha llamado

Pregunta N°10: ¿Cómo se siente con estas llamadas? se le dio la siguiente categorización:

Bien: 3 puntos

Regular: 2 puntos

Mal: 0 puntos (no se satisface la necesidad)

Indiferente: 1 punto (no influye mayormente)

Se suman los puntajes y según estos se considera la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia con las llamadas telefónicas:

Satisfecha: 4 puntos

Medianamente satisfecha: 3 puntos

Insatisfecha: 2-0 puntos

4. Mensajes Escritos:

Pregunta N°11: ¿Ha recibido mensajes? se le dio la siguiente categorización:

Si: 1 punto No: 0 punto

Pregunta N°12: ¿Cómo se siente con estos mensajes? se le dio la siguiente categorización:

Bien: 3 puntos

Regular: 2 puntos

Mal: 0 puntos

Indiferente: 1 punto

Se suman los puntajes y según estos se considera la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia con la recepción de mensajes:

Satisfecha: 4 puntos

Medianamente satisfecha: 3 puntos

Insatisfecha: 2-0 puntos

Se realizó el mismo trabajo y puntuación anterior con las preguntas N°13 a la N°22, ya que sólo se diferencian en la Red de Apoyo que reciben.

La pregunta N° 23 se omite, ya que no fue relevante para el estudio.

Finalmente la información obtenida se vacía a una base de datos, uniendo los resultados de cada Ítem para determinar si la presencia de las Redes de Apoyo y los medios que estas utilizan satisfacen la Necesidad de Pertenencia de los Adultos Mayores (Anexo).

3.8 Estudio de confiabilidad del instrumento:

Una vez elaborado y revisado el instrumento se realizó la prueba del mismo, en una primera instancia aplicándolo a 5 Adultos Mayores que no se encontraban hospitalizados, gracias a este proceso se modificó el formato del instrumento con el fin de agrupar de manera más ordenada las preguntas para su mejor comprensión, logrando además visualizar la información con mayor facilidad y favorecer una tabulación más expedita.

Luego se realizó una segunda prueba del instrumento en el Servicio de Medicina Hombres del Hospital Carlos Van Buren a un total de 14 Adultos Mayores en iguales condiciones determinadas con anterioridad, durante los días 2, 4, 5 de Diciembre del año 2005.

3.9 Organización del trabajo en grupo

El grupo de seminaristas de tesis se constituye el día 6 de Mayo del año 2005, organizándose ese mismo día. Está constituido por 7 alumnas de Cuarto año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Para el mejor desarrollo del trabajo se elige una directiva con los cargos de: Presidenta, Secretaria y Tesorera, los cuales se rotaron cada 3 meses entre las integrantes del grupo. El grupo cuenta además con el cargo de Relacionadora Pública, el cual es de carácter fijo.

Para el desarrollo de nuestra tesis se efectuaron las siguientes actividades:

a) Desarrollo de una carta Gantt:

Se desarrolla para una mejor organización del trabajo, estableciendo plazos para la realización de las tareas, las que se distribuyeron dentro de las primeras reuniones. El desarrollo de algunas de éstas tomó mayor tiempo que el estipulado, a diferencia de otras, que tomaron menor tiempo en llevarse a cabo.

b) Reuniones de trabajo con y sin asesoría docente:

Reuniones con asesoría: Se efectúan una vez por semana según el horario establecido por la escuela de Enfermería y Obstetricia, y en horas extras según las necesidades del grupo y disponibilidad de la docente asesora, durante el mes de Mayo del año 2005 hasta el mes de Mayo del año 2006.

Reuniones sin asesoría: Se realizan según necesidades y acuerdos previamente estipulados por el grupo, con el fin de cumplir con los plazos establecidos para las distintas etapas de la investigación. Según disponibilidad horaria del grupo de seminaristas, durante el mes de Mayo del año 2005 hasta el mes de Mayo del año 2006.

En cada una de estas reuniones se desarrollaron tareas designadas para cada etapa. Se tomaron acuerdos, y en algunas oportunidades el trabajo se dividió para ser realizado en subgrupos, consensuando posteriormente los criterios en relación al trabajo distribuido.

La investigación fue asesorada por la Sra. María Raquel Lazcano Ahumada: Enfermera, Enfermera Matrona de Profesión y Profesora Adjunta del Departamento DEA de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso.

Además se contó con la asesoría estadística de:

-El Sr. Alberto Caro Martín, Profesor de Estadística de la Universidad de Valparaíso.

3.10 Trabajo en terreno

Para dar inicio con el Seminario de Tesis se recolectó información a través de entrevistas realizadas a Profesionales de Enfermería de los Hospitales Gustavo Fricke, Carlos Van Buren y Eduardo Pereira, en el mes de Mayo del año 2005, para delimitar el problema a estudiar.

Una vez discutida la información recolectada en las diferentes Instituciones, se llegó a acuerdo que el lugar en el que se aplicaría el instrumento, sería el Hospital Carlos Van Buren en el Servicio de Medicina Hombres. Esta selección, se hizo por el acceso y cercanía a la Institución.

Luego se hizo llegar una carta a la Jefa de Capacitación y a la Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina del Hospital Carlos Van Buren, la que incluía: la delimitación del problema, el número y nombres de las integrantes, carrera, año y Universidad y el período de aplicación del Instrumento y horario, la que fue entregada en el mes de Julio del 2005.

Para recolectar más información respecto al tema, se consultó a un Profesional de Psicología de la Universidad de Valparaíso, sobre las pruebas que se podrían aplicar a los Adultos Mayores en relación a la satisfacción de la Necesidad de Pertenencia.

El día 6 de Diciembre del año 2005, se concretó una reunión con todas las integrantes para definir los días y la rotación de la aplicación de las encuestas a los Adultos Mayores. Estos fueron aplicados hasta fines del mes de Enero del año 2006, obteniendo como resultado la aplicación de 30 encuestas, a las que se les sumó las del pilotaje, dando un total de 45 encuestas.

CAPÍTULO 4:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

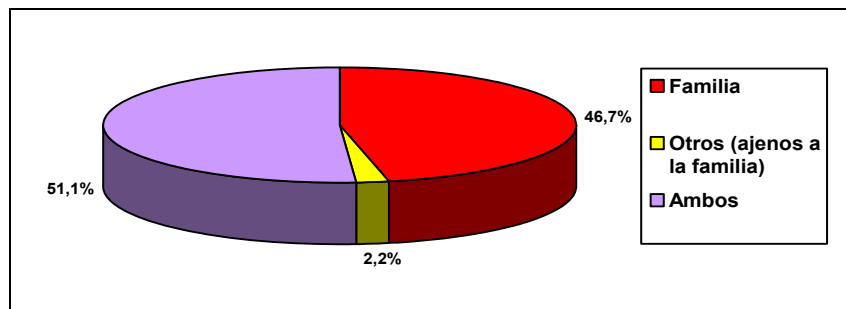
La muestra del estudio estuvo constituida por 45 Adultos Mayores de 65 años y más, hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Carlos Van Buren, todos ellos cumplían con las características de la población a estudiar, su data de hospitalización era igual o superior a 2 días y obtuvieron un puntaje en MMS abreviado entre 14 y 19 puntos.

REDES DE APOYO

Tabla N° 1: Categoría Redes de Apoyo recibidas durante la hospitalización.

Redes de apoyo	Número	%
Familia	21	46.7
Otros	1	2.2
Ambos	23	51.1
TOTAL	45	100

Gráfico N° 1: Categoría Redes de Apoyo recibidas durante la hospitalización.



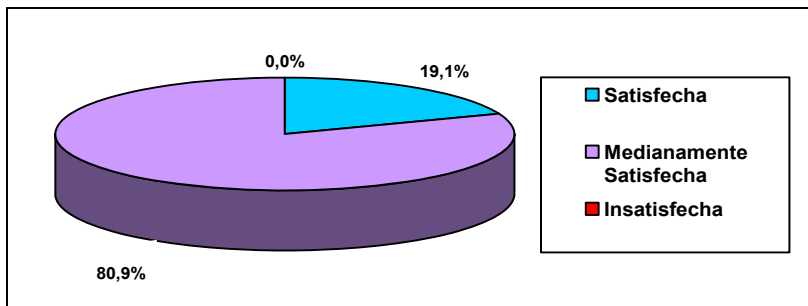
En el gráfico se destaca que un 51,1% de los Adultos Mayores tiene como Red de Apoyo durante su hospitalización a su Familia y a Otros (personas ajenas a ésta), un 46,7% sólo recibe apoyo de su Familia y únicamente un 2,2% recibe apoyo sólo de Otros.

SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD DE PERTENENCIA

Tabla N° 2: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de las Redes de Apoyo.

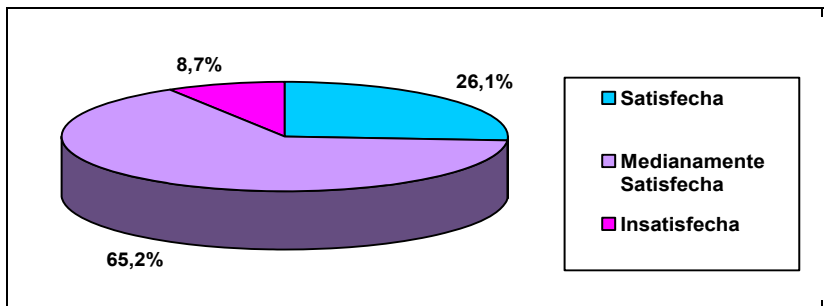
Redes de apoyo	Familia		Otros		Ambos	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfecha	4	19.1	0	0	6	26.1
Medianamente Satisfecha	17	80.9	0	0	15	65.2
Insatisfecha	0	0	1	100	2	8.7

Gráfico N° 2: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la Red de Apoyo Familia.



En el gráfico se observa que de los Adultos Mayores que reciben apoyo de la Familia, un 80,9% tiene Medianamente Satisfecha su Necesidad de Pertenencia y que un 19,1% la Satisface. Se desprende que ningún Adulto Mayor tiene Insatisfecha su Necesidad de Pertenencia al recibir Apoyo Familiar.

Gráfico N° 3: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la presencia de la Red de Apoyo Ambos (Familia y Otros).



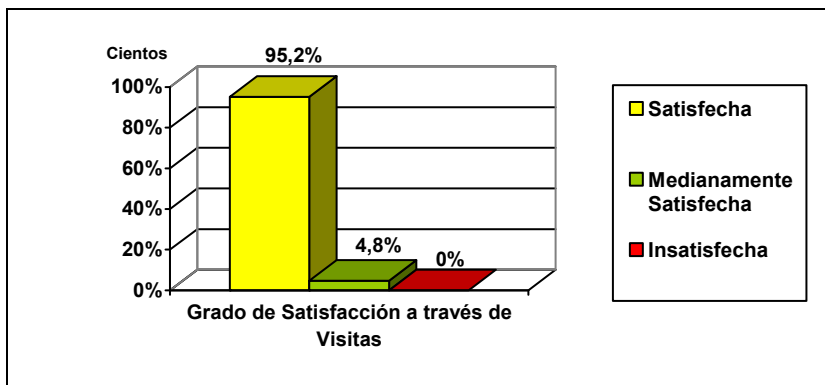
En el gráfico se observa que de los Adultos Mayores que reciben apoyo por parte de la Familia y de Otros 65,1% tiene Medianamente Satisfecha su Necesidad de Pertenencia, mientras que un 26,1% la Satisface y un 8,7% tiene la Necesidad Insatisfecha.

1. Visitas

Tabla N° 3: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de las Visitas realizadas por las diferentes Redes de Apoyo.

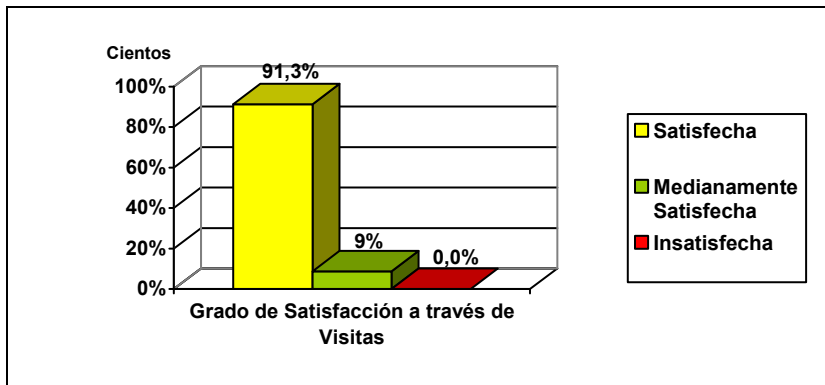
Redes de Apoyo	Familia		Otros		Ambos	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfecha	20	95.2	0	0	21	91.3
Medianamente Satisfecha	1	4.8	0	0	2	8.7
Insatisfecha	0	0	1	100	0	0

Gráfico N° 4: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de visitas realizadas por la Red de Apoyo Familia.



En el gráfico destaca que un 95,2% de los Adultos Mayores Satisface su Necesidad de Pertenencia al recibir visitas de su Familia, mientras que un 4,8% Satisface Medianamente la Necesidad.

Gráfico N° 5: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de visitas realizadas por la Red de Apoyo Ambos (Familia y Otros)



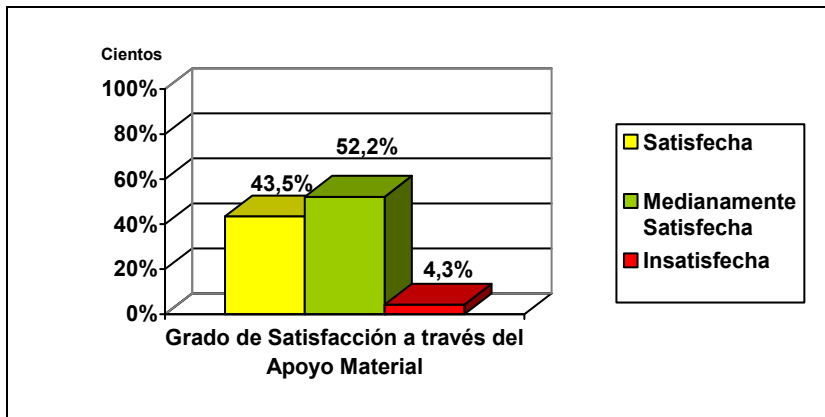
En el gráfico destaca que un 91,3% de los Adultos Mayores Satisface su Necesidad de Pertenencia al recibir visitas de su Familia y Otros, mientras que un 8,7% logra Satisfacer Medianamente la Necesidad.

2. Apoyo Material

Tabla N° 4: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Apoyo Material entregado por las diferentes Redes de Apoyo.

Redes de Apoyo	Familia		Otros		Ambos	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfecha	21	100	0	0	10	43.5
Medianamente Satisfecha	0	0	0	0	12	52.2
Insatisfecha	0	0	1	100	1	4.3

Gráfico N° 6: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Apoyo Material entregado por la Red de Apoyo Ambos.



En el gráfico se observa que un 52,2% de los Adultos Mayores Satisface Medianamente su Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de apoyo material entregado por la Red de Apoyo Ambos, mientras que un 43,5% la Satisface y un 4,3% tiene su Necesidad Insatisfecha.

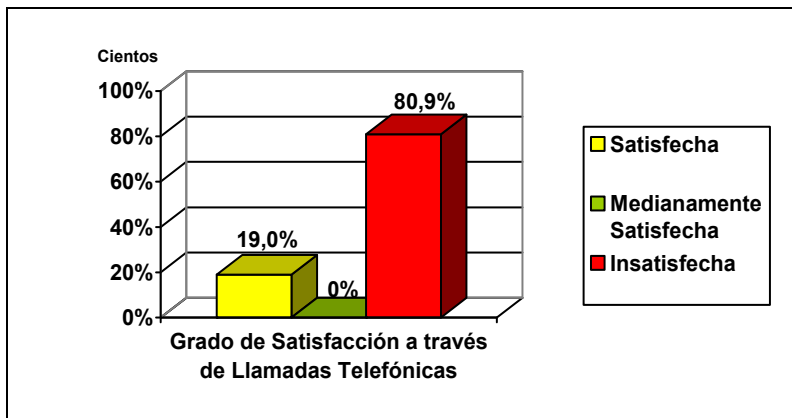
3. Comunicación:

■ *Llamadas Telefónicas*

Tabla N° 5: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Llamadas Telefónicas entregado por las diferentes Redes de Apoyo.

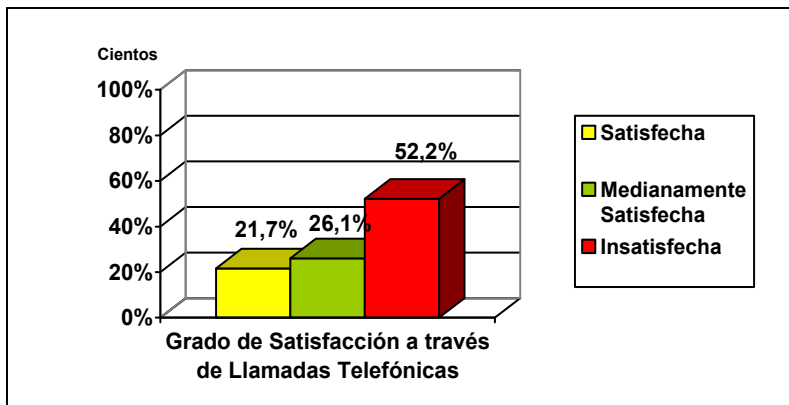
Redes de Apoyo	Familia		Otros		Ambos	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfecha	4	19.1	0	0	5	21.7
Medianamente Satisfecha	0	0	0	0	6	26.1
Insatisfecha	17	80.9	1	100	12	52.2

Gráfico N° 7: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de Llamadas Telefónicas realizadas por la Red de Apoyo Familia.



En el gráfico se observa que un 80,9% de los Adultos Mayores no Satisface su Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de llamadas telefónicas, mientras que un 19,1% si la Satisface.

Gráfico N° 8: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Llamadas Telefónicas realizadas por la Red de Apoyo Ambos.



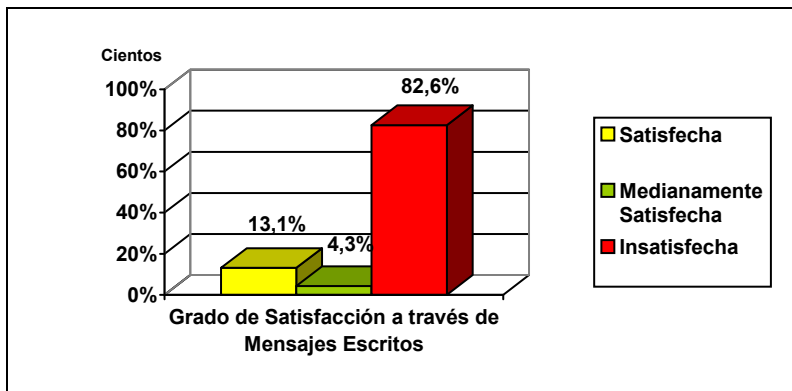
En el gráfico se observa que un 52,2% de los Adultos Mayores no Satisface su Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de llamadas telefónicas, mientras que un 26,1% tiene esta Necesidad Medianamente Satisfecha y un 21,7% si la Satisface.

- *Mensajes Escritos*

Tabla N° 6: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la Recepción de Mensajes Escritos entregados por las diferentes Redes de Apoyo.

Redes de Apoyo	Familia		Otros		Ambos	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfecha	0	0	0	0	3	13.1
Medianamente Satisfecha	0	0	0	0	1	4.3
Insatisfecha	21	100	1	100	19	82.6

Gráfico N° 9: Grado de Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de Mensajes Escritos entregados por la Red de Apoyo Ambos.



Del gráfico se desprende que un 82,6% de los Adultos Mayores no Satisface su Necesidad de Pertenencia a través de la recepción de mensajes escritos entregados por la Red de Apoyo Ambos, un 13,1% logra Satisfacer su Necesidad y un 4,3% lo hace medianamente.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LAS REDES DE APOYO Y LOS MEDIOS UTILIZADOS

Red de Apoyo Familia

Tabla N° 7: Número de Adultos Mayores que recibieron como Red de Apoyo a la Familia.

Número de encuestados	45	100%
Número de encuestados que recibieron Apoyo de Familia	44	97.78%

Tabla N° 8: Medios de Apoyo utilizados por la Familia.

Medios de Apoyo	Número	%
Visitas	44	100
Apoyo Material	44	100
Llamadas Telefónicas	14	31.82
Mensajes Escritos	4	9.09

Tabla N° 9: Familiares que realizan Visitas.

Familiar	Número	%
Cónyuge	34	77.27
Hijos	37	84.09
Nietos	22	50
Padres	0	0
Otros	22	50

Tabla N° 10: Familiares que realizan Llamadas Telefónicas.

Familiar	Número	%
Cónyuge	5	35.71
Hijos	8	57.14
Nietos	3	21.43
Padres	0	0
Otros	6	42.86

Tabla N° 11: Recursos de Apoyo Material entregados por la Familia.

Recurso Material	Número	%
Útiles de Aseo	43	97.73
Dinero	9	20.45
Ropa limpia	40	90.91
Comida	32	72.73

Del total de los Adultos Mayores encuestados, 44 recibieron como Red de Apoyo a su Familia, significando un porcentaje de 97,78%. Esto concuerda con la teoría que sostiene Griffith (1985) en que dice que 2/3 de las Redes de Apoyo de los Adultos Mayores están formadas por miembros de sus familias.

En el estudio realizado, la familia mayoritariamente utilizaba como medio de apoyo a las visitas y a la entrega de apoyo material. Dentro de los familiares que más visitaban a los Adultos Mayores están los hijos, seguidos de las cónyuges y finalmente de los padres. De éstos últimos, se deduce que el resultado fue menor debido a la probabilidad que existe de que estén fallecidos por la edad avanzada de los encuestados.

En cuanto a quienes más llamaban a los Adultos Mayores, se encuentran nuevamente los hijos, seguidos por otros familiares que incluyen por ejemplo a sobrinos, primos y nueras. De lo anterior, se desprende que dentro de la Familia, los hijos son la principal Red de Apoyo de los Adultos Mayores hospitalizados.

En relación a los recursos materiales proporcionados por la Familia se encuentra que los más entregados al Adulto Mayor son útiles de aseo y ropa limpia, probablemente porque no son entregados por el hospital. Por el contrario, el dinero es lo que menos llevan, ya que no es un recurso inminentemente necesario durante la hospitalización.

Red de Apoyo Otros (Personas Ajenas a la Familia)

Tabla N° 12: Número de Adultos Mayores que recibieron como Red de Apoyo a Otros.

Número de encuestados	45	100%
Número de encuestados que recibieron Apoyo de Otros	24	53.3%

Tabla N° 13: Medios de Apoyo utilizados por la Red de Apoyo Otros.

Medios de Apoyo	N°	%
Visita	23	95.8
Apoyo Material	11	45.8
Llamadas Telefónicas	6	25
Mensajes Escritos	3	12.5

Tabla N° 14: Otros (personas ajenas) que realizan Visitas.

Personas Ajenas a la Familia	N°	%
Amigos	12	52.2
Miembros de Juntas de Vecinos	5	21.7
Miembros de Instituciones Deportivos	1	4.3
Miembros de Instituciones Religiosas	7	30.4
Miembros de Instituciones Laborales	2	8.7
Miembros de Casa de Reposo	0	0
Otros	5	21.7

Tabla N° 15: Otros (personas ajenas) que realizan Llamadas Telefónicas.

Personas Ajenas a la Familia	N°	%
Amigos	4	66.7
Miembros de Juntas de Vecinos	0	0
Miembros de Instituciones Deportivos	0	0
Miembros de Instituciones Religiosas	0	0
Miembros de Instituciones Laborales	2	33.3
Miembros de Casa de Reposo	0	0
Otros	2	33.3

Tabla N° 16: Recursos de Apoyo Material entregados por Otros.

Recurso Material	Número	%
Útiles de Aseo	8	72.7
Dinero	1	9.1
Ropa limpia	5	45.5
Comida	10	90.9

Del total de Adultos Mayores sólo 24 reciben apoyo de Otros (personas ajenas a la familia), cuyo medio utilizado preferentemente son las visitas, siendo los amigos la figura más importante. Por el contrario, de quienes menos reciben apoyo es de miembros de clubes deportivos e instituciones laborales, esto se asocia a la etapa de vida que los adultos viven por los cambios biológicos y el cambio de rol laboral (jubilación). No se observan visitas de miembros de casa de reposo, ya que ninguno de los adultos mayores encuestados pertenece a alguna de éstas.

Dentro de los 6 Adultos Mayores que reciben llamadas telefónicas, la gran parte de éstas proviene de los amigos y cabe destacar que es a través de este medio que los miembros de instituciones laborales se hacen presentes.

De los 11 Adultos Mayores que reciben apoyo material, se observa que el principal medio utilizado es la comida, ya que culturalmente la entrega de alimento es una muestra de afecto.

CAPÍTULO 5:
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

5.1 ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos obtenidos durante la investigación con respecto a la Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia de los Adultos Mayores hospitalizados a través de las Redes de Apoyo, se puede concluir lo siguiente:

La Red de Apoyo Familia logra Satisfacer la Necesidad de Pertenencia del Adulto Mayor en un 19,1%. Por otra parte, la presencia de ambas Redes de Apoyo tanto “Familia” como “Otros” logran en su conjunto una mayor Satisfacción de la Necesidad de Pertenencia, con un 26,1% que demuestra la importancia que tienen las diversas Redes de Apoyo para el Adulto Mayor, ya que son éstas a las que habitualmente acude o puede acudir para solicitar ayuda en la solución de problemas o en el logro de propósitos.

La Red de Apoyo Familia ayuda a afrontar crisis vitales normativas, produciendo altos niveles de apoyo percibidos por los Adultos Mayores y la Red de Apoyo Otros contribuye en las crisis no normativas y también conduce a una mejor adaptación a las transiciones de la vida.

Asimismo, las relaciones sociales con personas no pertenecientes a la familia son fundamentales y la relación de confianza que se genera podría ser más importante para la calidad de vida y bienestar del Adulto Mayor que la cantidad de interacciones que éstos realicen con familiares. Además, son elementos importantes para el cuidado, ya que juegan un papel fundamental en la vida cotidiana del Adulto Mayor, principalmente por la disponibilidad de tiempo que le otorgan y porque disminuirían la relevancia que se le ha dado a la familia como principal Red de Apoyo.

Si bien, en este estudio se consideró recibir apoyo de personas que no pertenecen a la familia como una Red de Apoyo válida de la cual se podría obtener el mismo efecto

que el otorgado por un familiar, se puede observar que no se presenta la situación esperada y no fue considerada como representativa de la realidad, debido a que sólo un encuestado del universo abarcado recibió ésta Red de Apoyo a través del medio “visita”. Es por esto, que se destaca del marco teórico el enunciado que dice *“no todas las conductas practicadas por los dadores serán valoradas positivamente por el receptor, ni tendrán efectos positivos sobre éste”* (2). En este caso, no hubo efecto positivo sobre el receptor, por lo tanto, las conductas de apoyo del dador no fueron efectivas, esto quiere decir que no fueron de apoyo para el Adulto Mayor, lo cual se asocia con la frase que alude *“el apoyo negativo puede interpretarse bien como la ausencia de influencia positiva o como una influencia negativa sobre la persona”* (3).

A través del medio Visita, la Red de Apoyo “Familia” es quien mayormente Satisface la Necesidad de Pertenencia del Adulto Mayor hospitalizado, seguido por la Red de Apoyo Ambos con 95,2% y 91,3% respectivamente según la Tabla N° 3.

De los medios utilizados por las Redes de Apoyo, las visitas son las que generan mayor satisfacción de la Necesidad de Pertenencia, esto se debe a que las necesidades sociales básicas son gratificadas mediante la interacción, por lo tanto, la diversidad de interacciones sociales que tiene el Adulto Mayor satisface aun más la Necesidad. Por otra parte, a medida que el Adulto Mayor envejece disminuye la capacidad que tiene de enfrentar problemas y de adaptarse a nuevas situaciones, por lo tanto, la hospitalización generaría en él desorientación y soledad, la que se vería en desmedro ante el contacto con las visitas de sus Redes de Apoyo, ya que éstos les otorgan cierta seguridad al mantenerlo unido a un entorno ya conocido.

(2)(3) Toni C. Antonucci y James S. Jackson

En relación al medio Apoyo Material, quienes los reciben de la Red de Apoyo Familia Satisfacen su Necesidad en un 100%, según Tabla N° 4, debido a que son los más utilizados culturalmente para demostrar afecto y a que el Adulto Mayor los recibe de manera positiva porque le otorgan ayuda socio-emocional e instrumental. En cambio, quienes reciben Apoyo Material de Ambos, tienen Medianamente Satisfecha su Necesidad de Pertenencia con un 52,2% asociado a que la Red de Apoyo Otros no siempre lo entrega porque sienten menor responsabilidad de proporcionarlo.

Por otra parte, los medios que no logran Satisfacer la Necesidad son los de comunicación; llamadas telefónicas con un 80,9 % y 100% y mensajes escritos con un 52,2% y un 82,6% de Insatisfacción en relación a las Redes de Apoyo Familia y Ambos respectivamente, según las Tablas N° 5 y 6, esto, debido a su menor utilización aún cuando el efecto que provocan en quienes los reciben sea positivo.

La razón por la que estos medios son menos utilizados, es porque no todos los usuarios cuentan con teléfono celular y por otra parte, en las llamadas que las Redes de Apoyo realizan a la Institución Hospitalaria no existe un contacto directo con el usuario hospitalizado y es por esto que no se consideran en el estudio.

Finalmente se desprende que la gran parte de los Adultos Mayores Satisfacen Medianamente su Necesidad de Pertenencia a través de las Redes de Apoyo presentes durante su hospitalización, especialmente porque a pesar de la existencia de las Redes de Apoyo, éstas no utilizan todos los medios que ayudarían en la Satisfacción de la Necesidad, ya sea por desconocimiento de su existencia o importancia, por dificultad de acceso o por carecer de facilidades para proporcionarlos. Lo anterior, deja en evidencia la necesidad de dar cabida a las Redes existentes para favorecer la Satisfacción de la Necesidad, lo que permitiría que el Adulto Mayor viviera su hospitalización sin sentirse

tan alejado de su entorno, facilitando su adaptación y motivación, lo que favorecería su estado emocional repercutiendo positiva e indirectamente en su estado de salud.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Para la Institución Hospitalaria (Hospital Carlos Van Buren)

- ❧ Régimen de visitas preferencial para Adultos Mayores hospitalizados que cuenten con Redes de Apoyo que vivan a gran distancia del recinto hospitalario o bien, que posean escasos recursos para trasladarse a éste, que permita visitas en el horario de comidas además del horario general, de manera que estas redes de apoyo visiten a los Adultos Mayores y permanezcan por más tiempo junto a ellos.

- ❧ Extender el horario de visitas para que las Redes de Apoyo puedan satisfacer a cabalidad la Necesidad de Pertenencia de los Adultos Mayores hospitalizados, lo que se sostiene en el hecho de que las visitas son el medio, junto a la entrega de materiales, que más se utiliza.

- ❧ Que temas de interés para Enfermería, como el de la presente investigación, sean gestionados por las autoridades correspondientes del Hospital (Unidad de gestión del cuidado), de manera de simplificar el proceso de conseguir la realización de estos trabajos. En estas decisiones, el Comité de Ética puede participar también, de manera de facilitar aun más el proceso.

2. Para el Profesional de Enfermería

- ☞ Elaboración de documento unificador de criterios que especifique las necesidades materiales del Adulto Mayor y las distintas alternativas de comunicación para dar a conocer la evolución de salud durante su hospitalización. Este documento se entregaría a las Redes de Apoyo del Adulto Mayor.

- ☞ Que el Profesional de Enfermería dentro de su plan de atención fije un horario de atención a las Redes de Apoyo de los Adultos Mayores con el fin de resolver dudas, otorgar información respecto a la evolución del estado de salud del Adulto Mayor y orientar adecuadamente respecto de sus cuidados intrahospitalarios y posterior al alta.

- ☞ Que el Profesional de Enfermería integre a las Redes de Apoyo en el plan de cuidados del Adulto Mayor, es decir, que programe intervenciones de enfermería en presencia y con colaboración de las Redes de Apoyo. Éste debe ser previamente consensuado entre el Adulto Mayor hospitalizado, la Enfermera y las Redes de Apoyo.

3. Para la Institución Educativa (Universidad de Valparaíso)

- ☞ Instaurar el concepto de que el alumno puede significar una Red de Apoyo para el Adulto Mayor en las cátedras que incluyan prácticas clínicas en Servicios en donde se encuentren los Adultos Mayores hospitalizados.

- ☞ Implementar una asignatura electiva que realice visitas a Adultos Mayores hospitalizados, con un fin de brindar compañía y desarrollar actividades recreacionales acorde a las capacidades físicas y mentales del Adulto Mayor. Esta asignatura estaría acorde a la situación demográfica de nuestro país y también significaría crecimiento personal, profesional y social para los alumnos.

- ☞ Establecer un sistema de vínculos o coordinación interdisciplinaria con otras carreras afines, que permitan completar la atención del Adulto Mayor, resuelvan problemas de otra índole y contribuyan desde su especialidad al mejoramiento del estado de salud del Adulto Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- BURKE Mary y otros, Enfermería Gerontológica; Cuidados Integrales del adulto mayor; La población adulta mayor. 2ª ed. España, Harcourt Broce S.A, 1998. pp. 2-3
- GULLEN V. Francisco, RUIZ P. Isidoro y SALGADO A. Caldera. Manual de Geriátría, México, Salbat, 1990 capítulos 2-3
- HALL y REDDING. Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas; OPS; capítulo 11 “Bases conceptuales para la intervención de enfermería con las familias”. 1ª ed. España.1990
- HOGSTEL O. Mildred. Enfermería Geriátrica: Cuidados de personas ancianas. Madrid, Paraninfo, 1998
- MAYÁN S. José M., CALENTI José Millán y COLS. Gerontología Social. Ed. Segs. Santiago de Compostella, 2000
- MAYÁN S. José M., CALENTI José Millán y COLS. Gerontología Clínica. Ed. Segs. Santiago de Compostella, 2000
- MORALES, P. Irma y otros. Chile y los adultos mayores impacto en la sociedad del 2000; Año internacional del AM en Chile y Latinoamérica. Chile, 1999. pp.11-14

- Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos; los servicios de atención de Salud para los ancianos ¿Historia de un fracaso?, Publicación científica N° 492, EVA 1985. pp.81-82
- PAPALIA, Diane y otros; Psicología. España, Ed. McGraw-Hill, 1987. pp.491-503
- POTTER, Patricia y PERRY, Anne. Fundamentos de Enfermería del Anciano. 5ª ed. España, Eali, 2002. Vol. I, pp. 252-282

CAPÍTULOS

- CARSTERSEN, Laura L. y EDELSTEIN A. Barry. Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En su Gerontología Clínica, Intervención psicológica social. Barcelona, Martínez Roca, 1987. pp.129-143
- MERINO, E. José. Apoyo Social: Teoría, mediciones y hallazgos, ***Ciencia y enfermería III*** (1): 23-38, 1997.

TESIS

- ALBERTINE, Carolina, ARANCIBIA, Pamela, BENAVIDES, Claudia, BOSAGNA, Romina, DURÁN, Loreto y LUCERO, Isabel. Redes de Apoyo utilizadas en el Adulto Mayor de 65 años que vive solo y la relación con su

bienestar Psicosocial, perteneciente a la población inscrita en los Consultorios: Gómez Carreño de Viña del Mar, Plaza Justicia, Padre Damián y Reina Isabel de Valparaíso, durante el mes de Abril del 2001. Tesis (Licenciada en Enfermería). Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Enfermería, 2001. 30- 40pgs.

- BARRIENTOS, Alicia, BARRIOS, Carmen, BETTANCROUNT, Lorena, CARVACHO, Mauricio, CORVALAN, Clara, GALARCE, Gabriela, GOMÉZ, Silvia, ITER, Lilian, JARUFE, Livian. Estudio de la relación entre institucionalización y la satisfacción de la necesidad de actividad y Pertenencia, en ancianos autovalentes institucionalizados con un tiempo de permanencia en la institución de 6 meses y más de 3 hogares de la Quinta Región entre 1992-1993. Tesis (Licenciada en Enfermería). Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Enfermería, 1992-1993. 45pg
- COLLADO, Rosa, DIAZ, Andrea, FUENTES, Elizabeth, MUÑOZ, Susana, REYES, Valeria, TORO, Gonzalo. Patrones de Conducta que expresan insatisfacción de las Necesidades de Afecto y Pertenencia en Senescentes Institucionalizados. . Tesis (Licenciada en Enfermería). Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Enfermería, 1996. 36,39-47pgs.

PÁGINAS DE INTERNET

- Miguel Ángel Roca Perara . <<http://saludparalavida.sld.cu/modules>.
Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor>
[consulta: 19 julio 2006]

ANEXOS

ENCUESTA

“NECESIDAD DE PERTENENCIA Y REDES DE APOYO”

Fecha _____

Encuestador _____

I. DATOS GENERALES

- a) Edad:
- b) Días de hospitalización:
- c) Puntaje MMS:

1. ¿Ha recibido apoyo durante su hospitalización?

Sí	
No	

2. ¿De quiénes?

Familia	
Personas ajenas a la familia	

Si pertenecen a su familia:

3. ¿Quiénes son?

Cónyuge	
Hijos	
Nietos	
Padres	
Otros	

4. ¿Cómo se siente con estas visitas?

Bien	
Regular	
Mal	
Indiferente	

5. ¿Cuántas veces lo han visitado?

Una vez	
De dos a cinco veces	
De seis a diez veces	
Más de diez veces	

6. Durante la hospitalización ¿Qué apoyo material ha recibido de ellos?

Útiles de aseo	
Dinero	
Ropa limpia	
Comida	
Ninguna	

7. ¿Cómo se siente con la entrega de estos materiales?

Bien	
Mal	
Regular	
Indiferente	

8. ¿Ha recibido llamadas telefónicas de ellos durante su hospitalización?

Sí	
No	

9. ¿Quiénes lo han llamado?

Cónyuge	
Hijos	
Nietos	
Padres	
Otros	

10. ¿Cómo se siente con estas llamadas?

Bien	
Mal	
Regular	
Indiferente	

11. ¿Le han enviado mensajes escritos como cartas, tarjetas, recados, notas durante su hospitalización?

Sí	
No	

12. ¿Cómo se siente con estos mensajes?

Bien	
Regular	
Mal	
Indiferente	

Si son personas ajenas a su familia:

13. ¿De quienes ha recibido visitas?

Amigos	
Miembros de juntas de vecinos	
Miembros de clubes deportivos	
Miembros de instituciones religiosas	
Miembros de Instituciones laborales	
Miembros de casa de reposo	
Otros	

14. ¿Cómo se siente con estas visitas?

Bien	
Regular	
Mal	
Indiferente	

15. ¿Cuántas veces lo han visitado?

Una vez	
De dos a cinco veces	
De seis a diez veces	
Más de diez veces	

16. Durante la hospitalización ¿Qué apoyo material ha recibido de ellos?

Útiles de aseo	
Dinero	
Ropa limpia	
Comida	
Ninguna	

17. ¿Cómo se siente con la entrega de estos materiales?

Bien	
Mal	
Regular	
Indiferente	

18. ¿Ha recibido llamadas telefónicas de ellos durante su hospitalización?

Sí	
No	

19. ¿Quiénes lo han llamado?

Amigos	
Miembros de juntas de vecinos	
Miembros de clubes deportivos	
Miembros de instituciones religiosas	
Miembros de Instituciones laborales	
Miembros de casa de reposo	
Otros	

20. ¿Cómo se siente con estas llamadas?

Bien	
Mal	
Regular	
Indiferente	

21. ¿Le han enviado mensajes escritos como cartas, tarjetas, recados, notas durante su hospitalización?

Sí	
No	

22. ¿Cómo se siente con estos mensajes?

Bien	
Regular	
Mal	
Indiferente	

23. En el horario de visita, ¿Cuánto tiempo está acompañado ya sea por familiares u otras personas?

Una hora	
Más de media hora	
Menos de media hora	

Instrumento de recolección de datos confeccionado por:
Tesisistas de IV año Carrera Enfermería Universidad de Valparaíso

CATEGORIZACIÓN SATISFACCIÓN
NECESIDAD DE PERTENENCIA

S: SATISFECHA

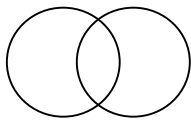
M: MEDIANAMENTE SATISFECHA

I: INSATISFECHA

Combinaciones utilizadas:

SS	S	MMMI	M
MM	M	III	I
II	I	IIIS	I
SM	S	IIIM	I
SI	M	SSMM	S
MI	I	SSII	M
SSSS	S	MMII	I
SSSM	S	SMII	M
SSSI	S	SIMM	M
MMMM	M	MISS	M
MMMS	M		

MINIMENTAL ABREVIADO

<p>1-. Por favor dígame la fecha de hoy Sondee el mes, el día del mes, año y día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.</p>	<p>BIEN / MAL TOTAL..... Mes..... Día mes..... Año..... Día Semana.....</p>
<p>2-. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se lo voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme? Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento</p>	<p>CORRECTA / NO SABE Árbol... Mesa... Avión... TOTAL.....</p>
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante: 1 3 5 7 9 Anota la respuesta en el espacio correspondiente. La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto</p>	<p>1 3 5 7 9 - - - - - TOTAL.....</p>
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo entre las piernas: Anote un punto por acción que realice</p>	<p>Toma papel con la mano derecha..... Dobra por la mitad con ambas manos..... Coloca sobre las piernas..... Ninguna acción..... TOTAL.....</p>
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa en orden</p>	<p>CORRECTA / NO SABE Árbol... Mesa... Avión... TOTAL.....</p>
<p>6. Por favor copie este dibujo: Muéstrela al paciente el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si estás correcto.</p>	<p>CORRECTO INCORRECTO TOTAL.....</p> 
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las pregunta 1 a 6</p>	<p>Suma Total =El Puntaje máximo obtenido es de 19 puntos Normal = > 14 Alterado = < 13</p>