



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA  
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

“REDES DE APOYO, FUNCIONALIDAD Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN  
ADULTOS MAYORES DE 70 Y MÁS AÑOS EVALUADOS PARA EL INGRESO AL  
PROGRAMA VÍNCULOS, ADSCRITOS AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA  
COMUNA DE EL BOSQUE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO”.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA

CAMILA FERNANDA POBLETE TETZNER  
FERNANDA CAMILA QUINTEROS MUÑOZ

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA  
PROFESOR GUÍA: KLGA. MARCELA MARGARITA LEPE LEIVA

SANTIAGO DE CHILE, JUNIO DE 2017





UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA  
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

“REDES DE APOYO, FUNCIONALIDAD Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN  
ADULTOS MAYORES DE 70 Y MÁS AÑOS EVALUADOS PARA EL INGRESO AL  
PROGRAMA VÍNCULOS, ADSCRITOS AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA  
COMUNA DE EL BOSQUE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO”.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA

CAMILA FERNANDA POBLETE TETZNER  
FERNANDA CAMILA QUINTEROS MUÑOZ

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA  
PROFESOR GUÍA: KLGA. MARCELA MARGARITA LEPE LEIVA

SANTIAGO DE CHILE, JUNIO DE 2017

Autorizado para:

**Sibumce Digital**

## Autorización



2017, Camila Poblete Tetzner y Fernanda Quinteros Muñoz autorizan la reproducción total o parcial de este material, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, siempre que se haga la referencia bibliográfica que acredite el presente trabajo y su autor.

*“Al final, lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años”*

Abraham Lincoln.

Dedicado a todos los adultos mayores, sobre todo a los que olvidaron el camino, y les dificulta el andar.

Quiero agradecer a mi compañera Fernanda, por los aprendizajes y desaciertos, risas y llantos, peleas y encuentros. Todo sacrificio tiene su recompensa, y espero esta sea la ocasión de celebrar la entrega y dedicación que hay en estas líneas.

Agradezco infinitamente a mis padres Clarisa y Fernando, por su apoyo incondicional durante este proceso y todos los que he vivido a lo largo de mi vida. Sin ellos y su gran amor, esfuerzo y dedicación, no estaría donde estoy. A mi hermana Catalina y hermano Ignacio por gran paciencia, gracias. Todo esto es por y para ustedes, gracias por confiar en mí, siempre.

Como todo viaje tiene un final, deseo que el término de esta etapa sea el comienzo de un nuevo desafío, siguiendo firme en mi compromiso, en mi elección de vida, en mi vocación, con la misma entereza para afrontar todo lo que se viene, confiando siempre en mí.

*“el envejecimiento no es un momento del tiempo, sino el instante preciso en que renunciamos a vivir” - Zenaida Bacardí de Argamasilla*

Camila Fernanda Poblete Tetzner

Quiero agradecer, en el final de este gran proceso, primero a mi mami, mi ángel, por darme la vida y porque desde el cielo guía mi camino y me acompaña en cada momento importante de la vida.

A mi papi, por ser mi fuente de inspiración y por quien lucho cada día de mi vida, gracias por nunca dejar de creer en mí.

A mis hermanas y hermanos, por entregarme un sinfín de conocimientos, por enseñarme las cosas simples de la vida, por cuidarme, por acompañarme en cada etapa de mi vida y apoyarme en cada decisión tomada, porque gracias a ellos, soy quien he llegado a ser. Gracias por nunca dejarme sola.

A Marlene y Daniel, por su infinita paciencia, por su apoyo incondicional y su gran cariño y a Marlencita por siempre entregarme su alegría y apoyo.

A mi amiga y compañera de tesis, de prácticas, de trabajos y de tantas tardes y noches de estudio, por la paciencia en este proceso.

A los adultos mayores que han pasado por mi vida, por sus enseñanzas y sabiduría, porque desde el cielo mi talita me cuida y me guía.

A veces volteo al cielo, sonrío y digo “yo sé que fuiste tú”. Gracias a Dios, por acompañar y guiar mi camino.

Fernanda Camila Quinteros Muñoz

## TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE FIGURAS .....	x
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
RESUMEN .....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Planteamiento del problema y pregunta de investigación .....	1
1.2. Justificación .....	3
1.3. Objetivos .....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos .....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Demografía del Adulto Mayor.....	5
2.1.1. Demografía Mundial.....	5
2.1.2. Demografía Nacional.....	5
2.1.3. Demografía Comunal .....	6
2.2. Envejecimiento y sus tipos .....	7
2.2.1. Envejecimiento Activo .....	7
2.2.2. Envejecimiento Saludable .....	8
2.2.3. Envejecimiento Positivo.....	8
2.2.4. Envejecimiento Social .....	9
2.2.5. Envejecimiento Psicológico .....	10
2.3. Adulto mayor y su situación en Chile.....	11
2.3.1. Definición .....	11
2.3.2. Caracterización del Adulto Mayor en Chile.....	11
2.3.3. Políticas y programas .....	12
2.3.3.1. Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque .....	13
2.3.3.2. Programa Vínculos.....	14
2.4. Participación .....	15
2.5. Redes de Apoyo .....	16
2.6. Calidad de Vida .....	18

2.7.	Funcionalidad.....	19
2.7.1.	Dependencia funcional .....	20
2.8.	Instrumentos de Medición .....	21
2.8.1.	Mini-Mental Test Abreviado .....	21
2.8.2.	Pfeffer .....	22
2.8.3.	Escala de Yesavage .....	23
2.8.4.	Escala de Barthel .....	24
2.8.5.	Índice de Lawton .....	25
2.8.5.1.	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (PGC-IADL). .....	26
2.8.6.	Escala de Recursos Sociales OARS .....	27
2.8.7.	Cuestionario WHOQOL-BREF.....	28
3.	MATERIALES Y METODOS .....	30
3.1.	Tipo de estudio y diseño de investigación .....	30
3.2.	Población de estudio .....	30
3.3.	Criterios de inclusión .....	30
3.4.	Criterios de exclusión .....	30
3.5.	Muestreo .....	31
3.6.	Definición de variables .....	33
3.6.1.	Variables Demográficas .....	33
3.6.2.	Variables de Resultado (Outcome).....	33
3.7.	Procedimiento y recolección de datos.....	34
3.8.	Análisis estadístico .....	36
4.	RESULTADOS .....	38
4.1.	Característica Generales.....	38
4.1.1.	Edad y Género .....	38
4.1.2.	Escolaridad .....	39
4.2.	Redes de Apoyo .....	40
4.2.1.	Cantidad de redes y Género.....	40
4.2.2.	Cantidad de redes y Edad .....	41
4.2.3.	Calidad de relaciones sociales y Género .....	42
4.2.4.	Calidad de relaciones sociales y Edad .....	43
4.2.5.	Calidad de relaciones sociales y Cantidad de redes .....	44

4.2.6.	Calidad de relaciones sociales y Frecuencia de participación .....	45
4.2.7.	Redes de apoyo frecuentadas.....	46
4.2.8.	Motivo de no participación por sexo .....	46
4.3.	Funcionalidad.....	47
4.3.1.	Actividades Básicas de la Vida Diaria .....	47
4.3.1.1.	ABVD Y Género.....	48
4.3.1.2.	ABVD y Edad .....	48
4.3.1.3.	ABVD y Calidad de Recursos Sociales .....	49
4.3.1.4.	ABVD y Respuesta a pregunta ¿vive solo? .....	49
4.3.2.	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria .....	50
4.3.2.1.	AIVD y Género .....	51
4.3.2.2.	AIVD y Edad.....	52
4.3.2.1.	AIVD y Calidad de Recursos Sociales.....	53
4.3.2.2.	AIVD respuesta a pregunta ¿vive solo? .....	54
4.4.	Funcionalidad Emocional .....	55
4.4.1.	Estado emocional y Género.....	56
4.4.2.	Estado emocional y Edad .....	56
4.4.3.	Estado emocional y Calidad de relaciones .....	57
4.5.	Funcionalidad Cognitiva.....	58
4.5.1.	MMSE abreviado y Género.....	59
4.5.2.	MMSE abreviado y Edad .....	60
4.5.3.	MMSE abreviado y Escolaridad.....	61
4.5.4.	Estado Cognitivo y ABVD.....	62
4.5.5.	Estado Cognitivo y AIVD .....	63
4.5.6.	MMSE abreviado y pregunta ¿Vive solo?.....	65
4.6.	Calidad de Vida .....	66
4.6.1.	Calidad de Vida y Género .....	67
4.6.2.	Calidad de Vida y Rango de edad .....	68
4.6.3.	Calidad de Vida y ABVD.....	70
4.6.4.	Calidad de Vida y AIVD .....	71
4.6.5.	Calidad de Vida y Estado emocional.....	72
4.6.6.	Calidad de Vida y Calidad de Relaciones Sociales .....	73

5. DISCUSIÓN.....	74
5.1. Características generales .....	74
5.2. Calidad de vida .....	74
5.3. Funcionalidad.....	74
5.3.1. Funcionalidad Física.....	74
5.3.2. Funcionalidad Cognitiva .....	75
5.3.3. Funcionalidad Emocional.....	75
5.4. Redes de apoyo .....	76
6. CONCLUSIÓN .....	77
7. LIMITACIONES .....	78
8. PROYECCIONES.....	79
REFERENCIAS .....	80
ANEXOS .....	85
Anexo 1: Acta de protocolo Comité de Ética .....	85
Anexo 2: Consentimiento informado.....	87
Anexo 3: Ficha de registro.....	89
Anexo 4: Mini-mental test abreviado .....	90
Anexo 5: Escala de Barthel.....	91
Anexo 6: Índice de Lawton.....	92
Anexo 7: Escala de Recursos Sociales (OARS) .....	93
Anexo 8: Escala de Yesavage.....	96
Anexo 9: WHOQOL-BREF.....	97
Anexo 10: Transformación de puntajes WHOQOL-BREF .....	101
Anexo 11: Cuestionario Pfeffer .....	103

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Número de personas Por tramo de edad .....	6
Figura 2: Flujograma de selección de la muestra .....	32
Figura 3: Gráfico de porcentajes de clasificación de Escala de Barthel de ABVD.....	47
Figura 4: Grafico Porcentajes Clasificación Índice de Lawton.....	50
Figura 5: Porcentajes clasificación estado emocional según Escala de Yesavage.....	55
Figura 6: Gráfico puntaje MMSE y número de casos .....	58
Figura 7: Gráfico estado cognitivo (puntaje MMSE abreviado) y género .....	59
Figura 8: Grafico de Estado cognitivo (puntaje MMSE abreviado) según edad.....	60
Figura 9: Gráfico estado cognitivo (puntaje MMSE abreviado) y escolaridad.....	61
Figura 10: Gráfico Funcionalidad en ABVD según Estado Cognitivo (puntaje MMSE abreviado).....	62
Figura 11: Gráfico Funcionalidad en AIVD según Estado cognitivo (Puntaje MMSE abreviado).....	63
Figura 12: Gráfico estado cognitivo (puntaje MMSE abreviado) y pregunta ¿Vive solo? .....	65
Figura 13: Puntaje Obtenido Dimensiones WHOQOL-BREF.....	66
Figura 14: Grafico calidad de vida en puntaje obtenido en WHOQOL-BREF según género...	67
Figura 15: Gráfico calidad de vida por rango de edad .....	68
Figura 16: Gráfico calidad de vida y funcionalidad en ABVD.....	70
Figura 17: Gráfico calidad de vida y funcionalidad en AIVD .....	71
Figura 18: Gráfico calidad de vida y estado emocional .....	72
Figura 19: Gráfico Calidad de Vida y Calidad de Relaciones Sociales .....	73

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características generales de la población.....	38
Tabla 2: Estadísticos descriptivos de edad según género.....	38
Tabla 3: Estadísticos descriptivos de años de escolaridad según rango etario.....	39
Tabla 4: Escolaridad de la muestra.....	39
Tabla 5: Tabla cruzada entre cantidad de redes de apoyo y género.....	40
Tabla 6: Tabla cruzada entre cantidad de redes y rango de edad.....	41
Tabla 7: Tabla cruzada entre calidad de recursos sociales y género.....	42
Tabla 8: Tabla cruzada entre calidad de recursos sociales y rango de edad.....	43
Tabla 9: Tabla cruzada entre calidad de relaciones sociales y cantidad de redes.....	44
Tabla 10: Tabla cruzada entre calidad de recursos sociales y frecuencia de participación.....	45
Tabla 11: Redes de apoyo frecuentadas y cantidad de participantes.....	46
Tabla 12: Tabla cruzada entre motivo de no participación según género.....	46
Tabla 13: Tabla cruzada de clasificación Escala de Barthel y Género.....	48
Tabla 14: Tabla cruzada de clasificación Escala de Barthel y rango de edad.....	48
Tabla 15: Tabla cruzada entre clasificación Escala de Barthel y calidad de recursos sociales según OARS.....	49
Tabla 16: Tabla cruzada entre Escala de Barthel y la pregunta ¿Vive solo?.....	49
Tabla 17: Tabla cruzada entre Clasificación de AIVD de Índice de Lawton y género.....	51
Tabla 18: Tabla cruzada entre clasificación de AIVD de índice de Lawton y rango de edad.....	52
Tabla 19: Tabla cruzada entre Clasificación de AIVD de Índice de Lawton y Calidad de recursos sociales según OARS.....	53
Tabla 20: Tabla cruzada entre Índice de Lawton y la pregunta ¿Vive solo?.....	54
Tabla 21: Tabla cruzada de estado emocional y género.....	56
Tabla 22: Tabla cruzada entre estado emocional y rango de edad.....	56
Tabla 23: Tabla cruzada entre estado emocional y calidad de recursos sociales.....	57
Tabla 24: Estadísticos descriptivos de estado cognitivo respecto al género.....	59
Tabla 25: Estadísticos descriptivos del estado cognitivo respecto al rango de edad.....	60
Tabla 26: Estadísticos descriptivos de estado cognitivo respectivo respecto a la escolaridad.....	61

Tabla 27: Estadísticos descriptivos de clasificación Escala de Barthel respecto al MMSE abreviado .....	63
Tabla 28: Estadísticos descriptivos de clasificación de AIVD con índice de Lawton respecto al puntaje del MMSE abreviado. ....	64
Tabla 29: Estadísticos descriptivos de estado cognitivo y respuesta a la pregunta ¿vive solo? 65	
Tabla 30: Puntaje Obtenido Dimensiones WHOQOL-BREF .....	66
Tabla 31: Estadísticos descriptivos de calidad de vida según género .....	67
Tabla 32: Estadísticos descriptivos de calidad de vida por rango de edad.....	69
Tabla 33: Estadísticos descriptivos de calidad de vida respecto a la funcionalidad en ABVD 70	
Tabla 34: Estadísticos descriptivos de calidad de vida respecto a la funcionalidad en AIVD..	71
Tabla 35: Estadísticos descriptivos de la calidad de vida respecto al estado emocional.....	72
Tabla 36: Estadísticos descriptivos de calidad de vida respecto a la calidad de relaciones sociales .....	73

## RESUMEN

**Introducción:** La población mundial en los últimos años ha experimentado un cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la población, Chile no está exento de este cambio, ni tampoco la comuna de El Bosque, con un índice de envejecimiento mayor al promedio nacional. Es por esto, que ha vuelto necesario estudiar el comportamiento de esta población en todas sus dimensiones (Instituto Sociología UC, 2017; Ministerio de Desarrollo Social, 2017), siendo el objetivo de este estudio describir las redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida de adultos mayores de 70 años y más residentes en la comuna de El Bosque y en evaluación para ingresar al Programa Vínculos.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, cuya población consiste en adultos mayores de 70 años y más y de ambos sexos, siendo una muestra de tipo no probabilístico por conveniencia. Se describe la calidad de las relaciones sociales con la Escala de Recursos Sociales (OARS), la calidad de vida con el cuestionario WHOQOL-BREF y la funcionalidad en sus dimensiones física con Índice de Barthel y Escala de Lawton, funcionalidad cognitiva con MMSE abreviado y Pfeffer, y funcionalidad emocional con Escala de Yesavage. Los datos fueron analizados en función de estadísticos descriptivos mediante IBM SPSS Statistics 23.

**Resultados:** La muestra total coincide con la población de estudio siendo 26 adultos mayores (22 mujeres; 4 hombres) con una edad promedio de 79,5 años. En cuanto a calidad de vida, la dimensión mejor valorada fue la salud física y la peor salud social. En cuanto a funcionalidad física, la mayor parte de las mujeres presenta un leve nivel de dependencia, mientras que los hombres presentan en su mayoría independencia; funcionalidad cognitiva, conforme aumentan los años disminuye el puntaje de MMSE abreviado, siendo siempre mayor cuando el nivel educacional está finalizado; funcionalidad emocional, el 73,08% de la población de estudio tiene un estado emocional normal. En cuanto a la participación en las redes de apoyo, solo las mujeres reportan participar.

**Conclusiones:** La población de estudio evidencia la feminización de la vejez. El nivel de pobreza de la comuna se relaciona con el bajo nivel de escolaridad, siendo este menor al nacional. La mitad de la población participa, siendo solo mujeres. El mayor porcentaje de participación lo tiene el taller de actividad física.

## ABSTRACT

**Introduction:** The world population has experienced a demographic change, characterized by the progressive aging of the population in the last few years, neither Chile nor the commune of El Bosque are exempt from this change, presenting a greater aging rate in comparison to the national average. Because of this, in recent years, it has become necessary to study the behavior of this population in all dimensions (Instituto Sociología UC, 2017; Ministerio de Desarrollo Social, 2017), therefore this study aims to describe the networks of support, functionality and perception of life quality from 70 years old elderly and the rest of residents in the commune of El Bosque, which are in evaluation to join the *Programa Vínculos*.

**Materials and methods:** It is a quantitative, descriptive cross-sectional study, whose population consists of 70 years old elderly, the ones over that age and of each sex, being a non-probabilistic type sample for convenience. The quality of social relations with the *Escala de Recursos Sociales* (OARS), the quality of life with the WHOQOL-BREF questionnaire and the functionality in its physical dimensions with Barthel's Index and Lawton's Scale; cognitive functionality with abbreviated MMSE and Pfeffer; and emotional functionality with Yesavage Scale are described. The data were statistically analyzed according to descriptive statistics using the IBM SPSS Statistics 23 program.

**Results:** The total sample and the study population matched, being 26 elders (22 females, 4 males) with a mean age of 79.5 years old. Regarding the results obtained in terms of quality of life, the most valued dimension was on the one hand physical health, and, on the other hand the worst was social health. In terms of physical functionality, most of women presented a slight level of dependency, whereas the men presented independence in their majority; Cognitive functionality: as the years increase, the abbreviated MMSE score decreases, being always greater when the educational level is finalized; Emotional functionality, 73.08% of the study population has a regular emotional state. In terms of participation in the support networks, only women participated and there is no relationship.

**Conclusions:** The study population shows the feminization of old age. The level of poverty in the commune is related to the low level of schooling, which is lower than the national level. Half of the population participates, being only women. The highest percentage of participation has the highest physical activity.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

La población mundial ha experimentado un cambio demográfico caracterizado por un envejecimiento progresivo, por un aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad. En Chile, se ha experimentado este fenómeno de manera acelerada y sin precedentes históricos, debido a la efectividad de las políticas sociales y de salud implementadas desde la segunda mitad del siglo XX y los cambios sociales, económicos y culturales (Ibañez, España, Miranda, & Gillmore, 2005).

El aumento en la cantidad de años puede considerarse un éxito desde el punto de vista de la salud pública y desarrollo socioeconómico, sin embargo, conlleva además una disminución en la calidad de vida. La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de vida, alcanzando su máximo nivel al comienzo de la edad adulta, para posteriormente disminuir con el paso de los años. El ritmo de descenso va a estar determinado, en parte, por nuestro comportamiento a lo largo de los ciclos de la vida. Como nos alimentamos, qué tan sedentarios somos y la exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo excesivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas (OMS, 2012).

La mayor longevidad de la población implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que también mayor discapacidad y limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales funcionales y cognitivos. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales (OMS, 2012).

Los países desarrollados han afrontado el problema del envejecimiento de la población implementado sistemas que potencian servicios comunitarios. En Chile, son diversos los programas sociales destinados a esta población, sin embargo, no se ha logrado satisfacer con éxito a sus múltiples necesidades. Muy por el contrario, la realidad del adulto mayor en Chile

se basa en un deficiente acceso a los servicios de salud, pensiones indignas y exclusión del mercado laboral formal.

Es conocido que es un gran desafío tanto para las organizaciones gubernamentales como sociosanitarias brindar una solución concreta a esta población. Es por esto, que el/la Kinesiólogo/a, no solo debe considerarse como un profesional de la salud competente en el área gerontológica, sino también una persona con un rol activo dentro de la sociedad. Siendo el encargado de mantener la funcionalidad del adulto mayor, favoreciendo la independencia y autonomía, y además visibilizar las otras diversas problemáticas que pueda poseer su paciente, y que por su puesto influirán en su calidad de vida, desde una mirada biopsicosocial (Morales, 2001).

Es en este contexto que se vuelve necesario dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo es la red de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida del adulto mayor de 70 y más años adscritos al Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque?

## **1.2. Justificación**

El Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque, fue inaugurado en el año 2008, con el propósito de ser un espacio para las personas mayores, en base a un modelo integral de atención inserto en el ambiente local (Intendencia Metropolitana, 2008). Es la institución encargada, entre otras cosas, de ejecutar el Programa Vínculos, el cual tiene como principal objetivo acompañar a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con las redes de apoyo de la comunidad (Programa Vínculos, SENAMA).

Conocer el número de personas adultas mayores que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su entorno, es de gran interés por su impacto en los programas de protección social. Sirve para delimitar mejor la problemática en el área de la salud y poner énfasis en aspectos sociales, siendo útil para extender el conocimiento del problema. Sirve para conocer el estado general de la población y la demanda potencial de ayuda y contribuye a la formación de la agenda política del país (Ibañez et al., 2005).

El objetivo de este estudio es contribuir al desarrollo de un marco conceptual que permita investigar las redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida del Adulto Mayor de El Bosque. Así, profesionales de la salud, y en particular los/as kinesiólogos/as tendrán las herramientas necesarias para trabajar con este tipo de población, entendiendo su contexto social, para realizar una intervención atinente a sus actuales necesidades.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Describir las redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida de los adultos mayores de 70 y más años en evaluación para ingreso al Programa Vínculos el año 2017, perteneciente al Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar la participación social y la satisfacción en las redes de apoyo de adultos mayores de 70 y más años a través de la escala de recursos sociales (OARS) según variables demográficas, calidad de vida, funcionalidad en sus dimensiones descritas, cantidad de redes de apoyo y frecuencia de participación.
- Describir la funcionalidad de adultos mayores de 70 y más años de la comunidad, en sus dimensiones física, cognitiva y emocional mediante la aplicación del Test de Barthel, Índice de Lawton, Mini-mental test abreviado, cuestionario Pfeffer y Escala de Yesavage, según variables demográficas, redes de apoyo y entre dimensiones de funcionalidad descritas.
- Determinar la percepción de calidad de vida de adultos mayores de 70 y más años a través del cuestionario WHOQOL-BREF según variables demográficas, dimensiones descritas de la funcionalidad y redes de apoyo.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Demografía del Adulto Mayor**

#### **2.1.1. Demografía Mundial**

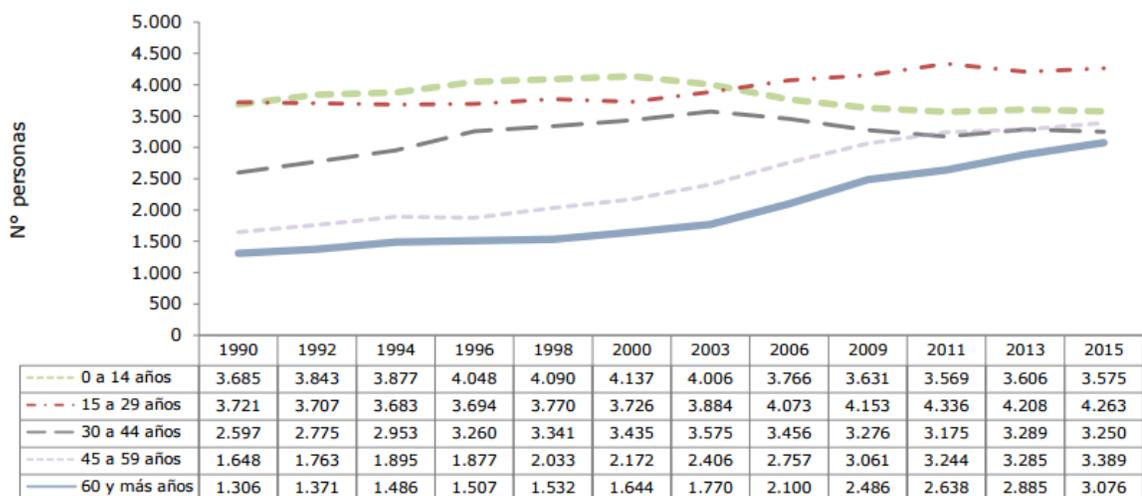
Hoy a nivel mundial, existe un aumento considerable de población adulta mayor (AM) en gran parte del mundo, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución importante de la tasa de fecundidad. Según la Organización mundial de la Salud (OMS) entre el año 2000 y 2050 la población mayor de 60 años se duplicará, pasando de ser un 11% a un 22% (OMS, 2012). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece, que la población AM es el grupo etario de mayor crecimiento, siendo su tasa de crecimiento casi el doble de la población general desde 1994 a 2014, superando al grupo poblacional de menores de 5 años (ONU, 2014). Si bien, este aumento en la población AM es un fenómeno mundial, se ha registrado un mayor aumento en el continente asiático, aunque el crecimiento más rápido se ha registrado en América Latina y el Caribe seguida de África. Cabe destacar que los primeros en experimentar este cambio demográfico fueron los países de Europa, pero en la actualidad los países en vías de desarrollo son quienes están experimentando de manera rápida e intensa este cambio. Además, la OMS relata que entre los años 2000 y 2050 la población mayor de 80 años aumentará casi 4 veces, alcanzando los 395 millones (OMS, 2012). Cabe destacar que, dentro de los países de América Latina y el Caribe, Chile actualmente está en el 4to lugar con respecto a la proporción de adultos mayores sobre el total de la población y se pronostica que al 2050 mantenga esa posición. Además, cuenta con un envejecimiento avanzado de la población, lo que indica que su índice de envejecimiento está muy por sobre la tasa de fecundidad (Jaspers-Faijer, 2008).

#### **2.1.2. Demografía Nacional**

Chile también experimenta parte de este cambio demográfico, según datos del CENSO 2002 la población mayor de 60 años era aproximadamente 1.708.355 personas, y en último CENSO 2012 sería de 2.409.582 personas, evidenciándose un gran aumento en la última década. Según la CASEN 2015, 3.075.603 de personas (17,5%) tiene más de 60 años, donde el 57,3%

son mujeres y 42,7% hombres, y la población mayor de 70 años o más corresponde a 1.491.303 personas, siendo, prácticamente la mitad de los AM totales de la población (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Cifras proyectadas según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) indican que para el año 2020 la población adulta mayor alcanzaría los 3,2 millones de habitantes, lo que implicaría un aumento del 45%, además, se señala que el índice de envejecimiento (cuántas personas de 60 o más años hay por cada 100 menores de 15 años) llegará a 87,8 en 2020. La esperanza de vida de los chilenos en promedio es de 79,7 años: 77,3 para los hombres y 82,1 años para las mujeres (INE, 2010). En el Informe del Gobierno de Chile “Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre la vejez y envejecimiento del año 2011”, se hace referencia al aumento de la población adulta mayor en todos sus rangos etarios, en donde, a partir de la observación de los datos se estima que la población adulta mayor de 80 años y más superará a la cantidad de los demás grupos etarios al 2050 (Boreal, 2011).

(Número en miles, personas por grupo de edad)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN, 1990-2015

Figura 1: Número de personas Por tramo de edad

### 2.1.3. Demografía Comunal

El Bosque es una comuna ubicada en el sector Sur de la ciudad de Santiago, Capital de Chile. Según el Reporte Estadístico Comunal su población total en el año 2002 es de 175.594 personas, aumentando según proyecciones a 193.915 al año 2015. Presenta un envejecimiento

de la población adulta mayor de 65 y más años, de un 10,39%, siendo mayor que el promedio nacional de 9,52%. Según los últimos datos entregados por el INE, en 2012 la cantidad de adultos mayores residentes en la comuna es de 16.733 personas, donde 7029 son hombres y 9704 mujeres (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015). Los años de diferencia en esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 6,1 siendo en mujeres de 80,2 y en hombres 74,1 quedando por debajo del promedio nacional (Observatorio Social, 2014).

## **2.2. Envejecimiento y sus tipos**

El envejecimiento es un proceso individual, progresivo, universal, irreversible, dinámico, declinante, heterogéneo e inevitable, en el cual ocurren diversos cambios desde ámbitos biológicos, sociales y psicológicos que derivan de la interacción de agentes genéticos, sociales, culturales, mórbidos y de estilos de vida (Barraza-Castillo, 2006), donde existe un deterioro gradual y paulatino de la capacidad funcional del organismo. El envejecimiento afecta a todas las especies existentes y es un proceso al cual todo ser humano debe enfrentarse, y que, a pesar de los temores existentes, toda persona desea llegar a la vejez (Pérez & Sierra, 2009), sin embargo el envejecimiento no debe ser visto como un padecimiento o algo extraño a uno mismo, que debe ser enfrentado y atendido por alguien más, más bien se espera que uno sea un participante autónomo, activo y con capacidad crítica sobre su proceso de envejecimiento (Vicente López, 2010).

Respecto a las definiciones existentes sobre los diferentes tipos de envejecimiento, en un principio, se desarrollaron desde un punto de vista biomédico, abarcando el envejecimiento desde una perspectiva individual y poniendo como enfoque principal la enfermedad y la dependencia funcional, fue así como nacen los conceptos de envejecimiento saludable y envejecimiento activo. Por este motivo, y buscando dar una mirada más global e íntegra a las personas mayores, abarcando cada ámbito de su vida y entorno, nacen los conceptos de envejecimiento positivo y envejecimiento social (Ministerio de Desarrollo Social., 2012).

### **2.2.1. Envejecimiento Activo**

La OMS define el envejecimiento activo como *“proceso de aprovechar y mejorar las oportunidades para tener un bienestar físico, social y psíquico durante el curso de la vida, con*

*el fin de extender la esperanza de vida sana de la persona”* (OMS, 2001). El SENAMA define envejecimiento activo como la participación continua de las personas mayores en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, todo esto basado en el reconocimiento de los derechos humanos, lo que amplía la esperanza de vida saludable y calidad de vida para todas las personas que se enfrentan al proceso de envejecimiento (SENAMA, 2011).

### **2.2.2. Envejecimiento Saludable**

El SENAMA define envejecimiento saludable como *“Envejecimiento donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando pérdida funcional. Un envejecimiento saludable cursa con bajo riesgo de sufrir enfermedades o tener alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo”* (SENAMA, 2014).

El envejecimiento Saludable, es un proceso que comienza mucho antes de la adultez mayor, en donde a edades tempranas se desarrollan hábitos y estilos de vida saludables, así como la prevención temprana de enfermedades. A pesar de que la mayoría de las personas tienen las condiciones de desarrollar estilos de vida saludables para evitar el desarrollo de enfermedades, el no llevarlos a cabo puede, a la larga, desencadenar en una vejez patológica y así aumenta la probabilidad de padecimientos, enfermedades incapacitantes y posteriormente una alta probabilidad de institucionalización del adulto mayor (Ministerio de Desarrollo Social., 2012).

### **2.2.3. Envejecimiento Positivo**

El envejecimiento positivo es una creación dinámica del futuro de los adultos mayores, tanto para ellos como personas, como para la sociedad. Abarca conjuntamente un proceso personal de cada individuo y un proceso social a través de la historia, donde se toma en cuenta tanto la perspectiva de envejecimiento personal que existe, entendiéndose el envejecimiento como una sucesión de etapas que comienza con nuestra gestación y culmina con un buen morir, y por otro lado, la perspectiva de envejecimiento que tiene la sociedad, que se basa principalmente en términos de los aumentos en la esperanza vida. (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

El envejecimiento positivo como concepto, abarca también las definiciones de envejecimiento saludable y envejecimiento activo, ya que estos, también integran aspectos sociales y sanitarios que promueven un buen envejecer. Cabe destacar, que el envejecimiento positivo no deja de lado los aspectos negativos del envejecimiento, más bien pretende incrementar los aspectos positivos y disminuir los aspectos negativos de envejecer (Ministerio de Desarrollo Social., 2012).

A nivel nacional, el envejecimiento positivo ha tomado relevancia a nivel político, creando la Política Integral de Envejecimiento Saludable, desarrollada en conjunto por el Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto de Previsión Social durante el año 2011, comenzando con su implementación el año 2012. Ésta política, más que solucionar los problemas de los adultos mayores propiamente tal, busca su autovalencia e integración a los diferentes ámbitos de la sociedad y así aumentar los niveles de bienestar subjetivo (Ministerio de Desarrollo Social., 2012).

#### **2.2.4. Envejecimiento Social**

Debido al aumento del envejecimiento demográfico, surgen nuevas áreas en torno a la disciplina gerontológica. Uno de estos conceptos es el de gerontología ambiental, que tiene como objetivo conocer, analizar, modificar y optimizar la relación entre la persona que envejece y su entorno físico-social, desde perspectivas y enfoques interdisciplinarios. Otro concepto es el de geografía gerontológica, centrada en el análisis de las implicaciones socioespaciales del envejecimiento de la población y la comprensión de las complejas relaciones entre el entorno físico-social y las personas mayores (D. Sánchez, 2015).

En Chile, los avances en políticas sociales, salud y pensiones han ido contribuyendo a aumentar la esperanza de vida de la población adulta mayor. No obstante, esto conlleva a que se deba atender las necesidades y demandas de servicios, equipamientos e infraestructuras de esta población vulnerable sumidos en muchas ocasiones en la pobreza, soledad y violencia. Según la OMS, en los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. Además, en centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos que atentan contra su dignidad. El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas (D. Sánchez, 2015).

Es por todo lo antes mencionado, que se vuelve indispensable establecer desafíos para enfrentar este progresivo aumento de adultos mayores. Desde el punto de vista social, haciendo que todos los actores de la sociedad puedan adaptarse al cambio generacional en el cual se encuentra inserto el adulto mayor, habiendo en muchos casos convivencia entre adultos mayores y nietos (e incluso bisnietos), en donde debiese primar la paciencia y respeto, de manera de poder aprovechar toda la experiencia y sabiduría que nos puede entregar este adulto mayor. Además, debiesen ser tanto las redes de apoyo formales como informales las encargadas de resolver las necesidades que tenga esta población, para así poder propiciar su autonomía y obtener una adecuada calidad de vida (D. Sánchez, 2015).

### **2.2.5. Envejecimiento Psicológico**

El bienestar psicológico desde una mirada eudamónica, es definido como indicador del funcionamiento positivo en el individuo, que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal. Esta perspectiva ha sido sistematizada por Ryff (2008) en su modelo multidimensional de bienestar psicológico, conformado por seis dimensiones que incluyen la evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (autoaceptación); un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal); la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida); el desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros); la capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio ambiental); y un sentido de autodeterminación personal (autonomía) (Ryff, C. Singer, B., 2008).

En una investigación chilena realizada a población adulto mayor, se pudo establecer que un buen nivel de bienestar psicológico se relaciona de forma significativa con el apoyo social percibido y con la percepción de salud. Además, los AM de género masculino reportaron mayor bienestar psicológico debido a factores del ciclo vital-social específicos al género, por los cuales las mujeres se encuentran más vulnerables. Y por último los casados o con pareja presentaron mayor nivel de bienestar psicológico, ya que las personas que se encuentran sin pareja estable (separados o divorciados) presentan más dificultades para adaptarse física y psicológicamente,

porque también presentan menor apoyo social percibido, el cual sería un importante recurso de afrontamiento del estrés psicosocial (Vivaldi & Barra, 2012).

El bienestar psicológico que experimente el adulto mayor va a estar influido por diferentes factores, por lo que tener un buen nivel va a depender de cómo él se adapte a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y afectivas. De igual manera, será importante el apoyo de otros (familia, gobierno, sociedad) para crear un entorno facilitador en esta etapa de la vida.

### **2.3. Adulto mayor y su situación en Chile**

#### **2.3.1. Definición**

El SENAMA establece a un adulto mayor como toda persona de 60 años y más, criterio establecido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para los países en vías de desarrollo y 65 años y más en países desarrollados. Siendo asumido por el gobierno de Chile en la Ley 19.828 con la creación del SENAMA. (SENAMA, 2014).

#### **2.3.2. Caracterización del Adulto Mayor en Chile**

Existen diversas visiones y dimensiones en las cuales se puede caracterizar al adulto mayor chileno, siendo algunas de éstas, cómo la situación familiar, la jefatura de hogar, la actividad, la pobreza y la participación más relevantes para este estudio, las cuales se describirán a continuación.

Respecto a la situación familiar, según la CASEN 2015 el 73,9% de AM hombres vive en pareja (64,5% casado; 9,4% convive) cifra por sobre el 44,2% de AM mujeres que viven en pareja (39,2% casada; 5,0% convive); por otra parte un 31,7% de mujeres AM es viuda y un 10% separada/divorciada/anulada, y un 10,7% de Hombre AM es viudo y un 7% es separado/divorciado/anulado (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Además, cabe destacar, que conforme aumenta la edad, también aumenta considerablemente el porcentaje de mujeres mayores que viven solas, lo que podría ser explicado por la mayor esperanza de vida de la mujer Chilena (Boreal, 2011).

Jefatura de hogar: en hogares donde no existen AM la jefatura es ejercida por personas menores de 60 años, sin embargo, en hogares donde existe por lo menos un adulto mayor, en el 85,2% de los casos la jefatura de hogar es ejercida por un AM. Además, a pesar de la mayor esperanza de vida de las mujeres, la jefatura del hogar es liderada por hombres con un 56,5% en el tramo de 60 años y más (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Actividad: desde la década del 1990 hasta el año 2015 ha habido un aumento de la ocupación de personas mayores, pasando desde un 20,9% a un 28,7%. Sin embargo, conforme aumenta la edad, la tasa de ocupación de las personas mayores va disminuyendo, desde un 54,7% en el tramo de edad de 60 a 64 años, a un 11,6% en las personas de 70 años y más (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Pobreza: desde la década de 1990 la pobreza y pobreza extrema han disminuido considerablemente, siendo siempre mayor la tasa de pobreza en el grupo etario menor a 60 años, el cual en el año 1990 era 38,6% y para el grupo etario mayor a 59 años era de 20,6% (Boreal, 2011) y que para la actualidad, según los datos entregados por la CASEN 2015 la tasa de pobreza en el grupo etario menor a 60 años es de 12,7% y un 6,7% para personas mayores de 59 años, de los cuales el 1,6 se encuentra en pobreza extrema (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Participación: Se ha observado que los adultos mayores participan relativamente más que los otros tramos de edad en organizaciones, alcanzando un 34,4% de la población adulta mayor, siendo las principales organizaciones la iglesia o grupos religiosos (26,8%), las juntas de vecinos u organizaciones territoriales (32,1%) y los grupos de adulto mayor (19,4%), siendo notoriamente, mayor la participación de mujeres (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

### **2.3.3. Políticas y programas**

En Chile, la institución encargada del envejecimiento y la vejez es el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) cuya misión es fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores (SENAMA, 2011). En lo que refiere a la promoción de derechos de las personas mayores se ha enfocado desde distintas perspectivas, por un lado, está el Fondo Nacional del Adulto Mayor, centrado en la participación de personas valentes y semi-valentes, que opera como un fondo concursable nacional para financiar

proyectos ideados y desarrollados por organizaciones de AM, y por otro lado se encuentra el Fondo Concursable de Iniciativas desarrollados por personas que trabajan con adultos mayores dependientes.

Además, en conjunto al SENAMA, el Ministerio de Desarrollo Social ha desarrollado la Política Nacional de Envejecimiento Positivo, donde se proponen los siguientes objetivos; proteger la funcionalidad de los adultos mayores; mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo, cada uno de estos objetivos generales están acompañados de sus respectivos objetivos específicos que poseen metas para medir el impacto de ésta política, metas que cuentan con una implementación multisectorial que tienen logros a corto, mediano y largo plazo (MINSAL, 2014).

#### ***2.3.3.1. Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque***

El Centro Gerontológico de Mayores de la Comuna de El Bosque, fue inaugurado en el año 2008 gracias al aporte financiero del Programa de Intervenciones Innovadoras del SENAMA y el municipio, complementando además con mobiliario y equipamiento con fondos del Gobierno Regional. Se ha planteado como uno de sus objetivos principales promover y fomentar la valoración positiva del adulto mayor, aumentando su participación social y manteniendo su independencia y autovalencia (Intendencia Metropolitana, 2008).

Está instalado en el Barrio Cívico de la comuna, en la calle Baquedano #11015, a un costado del CESFAM Dr. Carlos Lorca, cerca del municipio y del registro civil.

Es el encargado de ejecutar cuatro grandes proyectos anuales y gratuitos:

- 1) Promoción Socio-comunitaria
- 2) Programa para el Envejecimiento Exitoso
- 3) Vacaciones para la 3era edad
- 4) Programa Vínculos

### **2.3.3.2. Programa Vínculos**

El Programa Vínculos consiste en gestiones realizadas para resolver las necesidades de las personas mayores de hogares unipersonales y generar las condiciones para el acceso a la red comunitaria de protección social, conectándolos con los servicios públicos y redes sociales de la comunidad. Posee una duración de 12 meses, con sesiones de trabajo (individuales y talleres grupales) con una frecuencia quincenal (MIDEPLAN, 2007).

Surge en el año 2006 a partir de la incorporación de esta población objetivo al Sistema de Protección Social Chile Solidario. Para su ejecución el ex Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), actual Ministerio de Desarrollo Social, suscribió un convenio de transferencia de recursos con el SENAMA, institución a quien se le encarga la asistencia técnica y supervisión especializada, y con los municipios que serán los ejecutores del programa a nivel local desde una perspectiva psicosocial y gerontológica (MIDEPLAN, 2007).

El objetivo principal del programa es que las personas mayores de 65 años o más, que viven solas, en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad, cuenten con subsidios garantizados, accedan de forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades y estén integrados a la red comunitaria de protección social. Considera tres componentes:

(1) Apoyo psicosocial: el monitor comunitario promueve una relación de cercanía enfocada en los derechos del adulto mayor. Mediante conceptos de identidad, autonomía y pertenencia.

(2) Subsidios y prestaciones sociales: los subsidios garantizados están definidos por la ley, en la que existen requisitos que deben cumplir los adultos mayores para poder ser beneficiarios, siendo el programa el encargado de acercar y facilitar el acceso preferente y oportuno. Estos son: Subsidio al Agua Potable (SAP), Pensión Asistencial de Ancianidad (PASIS); Subsidio para la obtención de Carnet de Identidad; las prestaciones que entrega son: en el área de salud: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), vacunas, órtesis y prótesis; en el área del mejoramiento del entorno inmediato está el equipamiento domiciliario.

(3) Fortalecimiento de la red: la vinculación de la persona mayor con su entorno es un propósito transversal a la intervención psicosocial. Reconocer, caracterizar y promover la vinculación a redes locales, permite asegurar que una vez finalizado el tiempo del acompañamiento, la persona mayor ha sido capaz de poder insertarse en una dinámica de integración con las organizaciones locales y red de apoyo más cercana (MIDEPLAN, 2007).

## **2.4. Participación**

Si bien la Real Academia Española define participación como “*Intervención en un suceso, en un acto o en una actividad*” esta palabra puede tener un sin fin de significados dependiendo del contexto. es una palabra difícil de definir de manera simple, pero es una palabra clave en nuestras vidas ya que representa una serie de experiencias de gran riqueza. Podemos ser partícipes de diferentes grupos o situaciones, como son la familia, amigos, organizaciones, etc. También podemos ser partícipes de tomas de decisiones o elecciones, lo importante es que todas las maneras de participación tienen un denominador común, la interacción y relación con otros (SENAMA, n.d.).

La participación es un proceso dinámico, mediante el cual las personas pueden ganar o perder grados de participación en el desarrollo. La “escalera de la participación”, indica cómo es posible pasar gradualmente desde una pasividad (beneficiario) hasta el control de su proceso (actor). Lo que determina el grado de participación es finalmente el grado de decisión, la flexibilidad de la institución y disponibilidad de todos los actores. Siendo válido en relaciones entre miembros de la comunidad y la institución de desarrollo, como dentro de las organizaciones comunitarias (Geilfus, 2009).

La participación es vital en cualquier etapa de la vida, especialmente en la adultez mayor, ya que esta es una etapa donde se viven muchos cambios, y tienden a disminuir las relaciones sociales. La relación con otros, la participación grupal y el sentido de pertenencia, son indicadores de nuestra “salud social”. Una buena salud social, repercute de manera positiva en la salud física y emocional de adultos mayores, de lo contrario, la soledad y aislamiento pueden ser el mayor enemigo de estas personas (Vicente López, 2010).

## 2.5. Redes de Apoyo

Guzmán et al. (2002) definen las redes sociales como “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional”. Además definiremos el concepto de apoyo social como “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan, R.L., 1980) (Guzmán, 2002).

Es posible distinguir fuentes de apoyo de dos tipos: el sistema formal de apoyo, el cual posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en ciertas áreas determinadas, utilizando profesionales o voluntarios para garantizar sus metas (Sánchez Ayendez, 1994). Proviene de las estructuras públicas ya sea gubernamentales como no gubernamentales, siendo encargado de brindar seguridad social mediante el financiamiento de políticas y programas dedicados al mantenimiento de las personas mayores, tales como las pensiones, bonos y servicios de salud; El sistema informal de apoyo posee naturaleza individual y no burocrática (Sánchez, 1996), incluyéndose a la familia, los amigos y vecinos. Además Botero De Mejía (2007) divide estas últimas en redes primarias cuando se habla de la familia, debido a que se considera la principal fuente de apoyo; y secundarias, constituida por amigos, vecinos y redes comunitarias (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Se distinguen tres elementos de análisis de las redes de apoyo social:

- a) Características estructurales: tamaño de la red (cantidad de personas que conforman la red), densidad (grado de interrelación entre los miembros), distribución (ubicación de las relaciones entre los cuadrantes y círculos del mapa de red), dispersión (distancia espacial entre los miembros), homogeneidad/heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de una red) (Arias, 2002).
- b) Tipos de apoyo: Según Guzmán et.al (2002) se distinguen apoyos: materiales implica un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.); instrumentales, pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado, etc.; emocionales, se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. pudiendo ser expresados por medio de

visitas periódicas, ser escuchado, transmisión física de afectos, etc.; cognitivo, se refiere a intercambiar experiencias, transmitir información (significado), dar consejos que permiten entender una situación, etc. (Guzmán, 2002) (Barros, 2001).

c) Tipo del intercambio: Según Lomnitz (1994) existen redes en base a tres formas: reciprocidad (intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación duradera); redistribución (bienes y servicios se centran primero en un individuo o institución para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad); mercado (bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo) (Lomnitz, 1994).

En América Latina menos de la mitad de la población urbana con 60 años y más es beneficiaria de seguridad social, frente a un 38% de las áreas rurales (CELADE, 2002). En Chile, se experimenta el envejecimiento de la población de manera acelerada, pero tardía, sirviendo como modelo las políticas públicas implementadas hace décadas por países europeos desarrollados. Sin embargo, a pesar de esta ventajosa referencia, no se ha logrado satisfacer con éxito a las demandas sociales de esta población.

La realidad del adulto mayor en Chile se basa en la mayoría de los casos en un deficiente acceso a los servicios de salud, pensiones indignas y exclusión del mercado laboral formal, haciendo que en muchos casos se tenga que depender totalmente de su familia si tienen suerte de contar con su apoyo, o de lo contrario pasan a vivir una situación de completo abandono. Es por esto, que se le otorga un importante rol protector a la familia, siendo considerada por muchos organismos legislativos, religiosos y económicos como el pilar fundamental de la sociedad. Esto ya que brinda un soporte emocional, económico, y social para todos los miembros que la componen, en situaciones tales como crisis financieras, enfermedad, viudez, etc. A pesar de esto, no en todos los casos se da una red de apoyo familiar. En algunos hogares se viven situaciones de conflicto y violencia, pasando a ser más una barrera que un facilitador en la vida del adulto mayor. Es a partir de esto que surgen los apoyos informales no familiares, brindados por amigos, vecinos y/o la organización comunitaria.

Las familiares tienden a brindar apoyos materiales, instrumentales y emocionales. Las redes de amigos tienden a entregar apoyo cognitivo y emocional. Las redes comunitarias aportan aspectos no materiales como lo son los apoyos afectivos y cognitivos. Los vecinos no son parte vital de las redes de apoyo afectivo, siendo requeridos en momentos de crisis o en emergencias.

Diversos estudios han demostrado que la amistad tiene significados diferentes según género en personas de edad avanzada. (Scott & Wegner, 1996) han señalado que “las amistades de los hombres se basan en actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo”. Según otros autores, el apoyo opcional provisto por los amigos es probablemente más apreciado que el cuidado recibido obligadamente por la familia (Antonucci & Jackson, 1990).

Las redes comunitarias se distinguen de otras redes sociales porque se habla de colectividades y no de individuos o familias. Estas redes nacen a partir de grupos organizados que reciben apoyos instrumentales, materiales y/o emocionales provenientes de organizaciones que se dedican a los adultos. Estas redes le permiten al adulto mayor la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándole un marco de referencia estable para que el adulto mayor se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos adultos mayores, tales como talleres de costura, cocina, pintura, folclore, canto, baile, ajedrez, etc.

Las redes de apoyo van a producir diversos efectos en la calidad de vida de los adultos mayores, contribuyendo a su bienestar por medio de apoyos para que pueda encontrarle sentido a su rol dentro de la sociedad.

## **2.6. Calidad de Vida**

Según la OMS (1994) calidad de vida (CV) es “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones”. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

La CV es una combinación de factores objetivos y subjetivos. Objetivo ya que depende del individuo mediante la utilización de sus potenciales intelectual, emocional y de las circunstancias externas socioeconómicas, sociopsicológicas, cultural y políticas que interactúan

con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Los adultos mayores a medida que envejecen experimentan cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su CV y su percepción de ella. Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la CV de esta población, encontrándose como variables más significativas las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (Rubio, R. Aleixandre, M. Cabezas, 1997). El adulto mayor pobre tiene factores que deterioran su CV como el envejecimiento fisiológico o patológico, la disminución de ingresos y los altos costos en salud. Además, si este proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo, su red primaria de apoyo no podrá ofrecerle un espacio adecuado para vivir, pues generalmente vive en viviendas pequeñas, y de acogerlo, las relaciones familiares pueden tornarse conflictivas, debido a la heterogeneidad de necesidades (Torres Hidalgo, Quezada V., Rioseco H., & Ducci V., 2008).

De acuerdo a las revisiones teóricas, la CV en adultos mayores se ha estudiado mayoritariamente utilizando medidas de resultado correspondientes a la morbimortalidad y la expectativa de vida, desconociendo aspectos tan relevantes como lo es la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social y la protección social.

## **2.7. Funcionalidad**

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (SENAMA, 2014).

Para decir que un adulto mayor se encuentra con buen nivel de funcionalidad, es necesario que este pueda realizar tareas cotidianas con un mínimo de capacidad física (fuerza para llevar a cabo la acción), capacidad cognitiva (saber cómo llevar a cabo la acción) y

capacidad emotiva (deseo de llevar a cabo la acción). Además de contar con recursos para hacerlo y un entorno facilitador. Cuando uno de estos componentes falla, la ejecución de la tarea se torna difícil, alterando su capacidad funcional y por lo tanto influyendo negativamente en su autonomía.

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de AM que no sean capaces de valerse por sí mismos se cuadruplicará en los países en desarrollo. Gran parte de los AM de edad muy avanzada pierden la independencia funcional debido a la presencia de limitaciones físicas en mayor parte, y también problemas, por lo tanto gran parte de éstos AM necesitan algún tipo de asistencia o cuidado a largo plazo, por ejemplo, el cuidado en casa por algún familiar o cuidador personal, o hasta la reclusión Establecimientos de Larga Estadía (ELE) o la internación en algún hospital (OMS, 2012).

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica ya que permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como dar medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una mirada global de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social.

### **2.7.1. Dependencia funcional**

Según el Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores (2009) la dependencia se define como “una situación específica de discapacidad en la que se suman dos componentes: limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa);y la necesidad de ayuda personal o técnica para interactuar con los factores concretos el contexto ambiental (González, Massad, & Lavanderos, 2009).

Según la CASEN 2015, una persona se encuentra en situación de dependencia funcional, cuando: a) declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas (comer, bañarse, moverse/desplazarse dentro de la casa, utilizar el W.C., acostarse y levantarse de la cama, vestirse) o instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar tareas del hogar, hacer o recibir llamadas) o b) que reciben ayuda con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de

la actividad) o c) que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

## **2.8. Instrumentos de Medición**

Para esta investigación fueron utilizados 7 instrumentos de medición, en forma de cuestionarios, para evaluar los 3 grandes conceptos abarcados.

### **2.8.1. Mini-Mental Test Abreviado**

El Minimental Test es un instrumento que fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975 para detectar y evaluar la progresión de trastorno cognitivo asociados a enfermedades neurodegenerativas del adulto mayor de habla inglesa, y luego validado en español por Lobo en el año 1979. El test evalúa a través de 30 preguntas 5 áreas cognitivas. Un estudio multicéntrico realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y su grupo de estudio de Alzheimer, entre los años 1990 y 1992, determinan que el punto de corte para un diagnóstico de demencia es menor o igual a <21 con una sensibilidad de 93,6% y una especificidad de 46,1% (Quiroga L., Albala B., & Klaasen P., 2004).

El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en 1999. Esta nueva versión consta de 6 ítems que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación espacial y temporal, atención, comprensión, memoria y copia de un diagrama. En la versión abreviada, utilizada en el EMPAM (EFAM – A), y el puntaje total obtenido corresponde a la suma de las respuestas correctas de todos los ítems, el puntaje máximo es 19 puntos, donde sobre los 13 puntos indica un estado cognitivo normal y una puntuación igual o menor a 13 u deterioro cognitivo, siendo válido en la población adulta mayor en Chile. El punto de corte de 13 puntos es válido para el nivel de educación medio de la población adulta mayor en Chile.

En un investigación posterior, se hicieron modificaciones para disminuir el sesgo en contra de las personas, analfabetas o con poco alfabetismo, ya que se ha encontrado que

individuos con menos de 4 años de escolaridad obtuvieron resultados hasta 7 puntos menos que los con mayor escolaridad (González-Hernández, Aguilar, Oporto, Araneda, & von Bernhardt, 2009). Otra variable que influye en su rendimiento es el déficit sensorial (dificultad para oír y ver). En estos casos se debe de administrar por personas que estén entrenadas en comunicación con personas sordas y/o ciegas (Icaza, María. Albala, 1999).

Es necesaria la complementación del MMSE abreviado con otros test para aumentar su sensibilidad en la detección de demencias leves y para evitar falsos positivos efecto del nivel educacional. Se sugiere la utilización del Pfeffer.

### **2.8.2. Pfeffer**

El Cuestionario de Actividades funcionales de Pfeffer (PFAQ) es un instrumento que se utiliza para evaluar la independencia para realizar AVD, diseñada para personas con envejecimiento normal y personas con alteraciones leves. Es respondido por un informante confiable, ya sea un familiar o cuidador del paciente. Se utiliza con el objetivo de determinar si existe compromiso funcional secundario a probable deterioro cognitivo. En APS se aplica cuando el adulto mayor presenta un puntaje menor o igual a 13 puntos en MMSE abreviado.

La versión original del año 1982 creado por Pfeffer et al, tenía 10 ítems sobre actividades en una escala de 6 respuestas que variaban según de qué actividad se tratase. En Chile, Quiroga, Albala y Klaasen (2004) validaron este instrumento como un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia en personas de 65+ años. La versión en español que utilizaron constó de un total de 11 ítems, para cada uno de los cuales existieron 4 respuestas posibles: 0 = Sí es capaz o podría hacerlo; 1 = Con alguna dificultad; 2 = Necesita ayuda; 3 = No es capaz. El puntaje total se calcula como la suma de los puntajes de cada ítem (0 a 33 puntos). En base a un análisis de sensibilidad (89,2%) y especificidad (70,7%) y teniendo también en consideración las diferencias por educación en el desempeño cognitivo, los autores llegan a la conclusión de que el mejor punto de corte para diagnosticar deterioro cognitivo es de  $\geq 6$  (Quiroga L. et al., 2004).

### 2.8.3. Escala de Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para la sospecha de depresión en personas mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (si-no). Posee elevada sensibilidad, especificidad y buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. En 1986, Sheikh y Yesavage (Sheikh, J.I. Yesavage, 1986) desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español (Martínez et al., 2002). En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ) (Kurlowicz & Greenberg, 2007).

Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión leve y un puntaje igual o superior a 10 puntos una depresión establecida, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada (Hoyl, Trinidad. Valenzuela, Eduardo. Marín, 2000). El puntaje máximo es de 15 puntos (1 punto en cada pregunta) donde, dependiendo la pregunta, el puntaje se le otorga a la respuesta SI o a la respuesta NO. Es importante destacar que esta escala no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los AM.

#### **2.8.4. Escala de Barthel**

El índice de Barthel permite valorar la autonomía de la persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) las cuales son definidas como aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema que se origina, por la imposibilidad de poder llevarlas a cabo uno mismo, ya sea por déficit cognitivo-conductual, como por déficit motores. Estas ABVD consisten en comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Se utiliza Índice de Barthel en aquellos adultos mayores que presentes pérdida de la funcionalidad, así como también en aquellos que usen ayuda técnica u órtesis, pacientes con dependencia severa, personas mayores que necesitan ayuda de otra persona para recibir la atención del equipo de salud y personas mayores con discapacidad psíquica. Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación, siendo ampliamente utilizada por los profesionales de salud en atención primaria.

Fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel tras una década de experiencia para evaluar los progresos de la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética ingresados en hospitales de crónicos en Maryland (Mahoney, 1965).

Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiar. Consta de seis elementos, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. Es posible clasificar al evaluado en una situación de dependencia leve, moderada y grave.

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador. Posee una alta validez concurrente con el índice de Katz (Madruga, F., Castellote, F.J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C., Jiménez, 1992) y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio

funcional en unidades de rehabilitación, resultado funcional final, capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

Cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia otorgada a cada actividad. Sus autores pensaron que la independencia en la deambulaci3n era m1s importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en otras AVD. Esto permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional de un individuo. La valoraci3n se realiza seg1n puntuaci3n en una escala de 0 a 100: < 20 dependencia total; 20-35 dependencia severa; 40-55 dependencia moderada; 60-95/100 dependencia leve; 100 independiente (90 si va en silla de ruedas), La puntuaci3n total es la suma de los puntajes de todas las respuestas, donde algunas preguntas tienen puntaje m1ximo 5, 10 o 15 puntos. No es una escala continua, por lo que una variaci3n de 5 puntos en la zona alta de puntuaci3n (m1s cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (m1s cerca de la dependencia)(Madruga, F. et al., 1992).

### **2.8.5. Índice de Lawton**

La escala de Lawton permite valorar la capacidad de la persona para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) definidas como actividades m1s complejas que las ABVD y que requieren para su realizaci3n de un mayor nivel de autonom1a personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resoluci3n de problemas de la vida cotidiana como comprar, preparar la comida, manejar dinero, usar el tel3fono, tomar medicamentos, etc. La realizaci3n de estas actividades permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad, es decir, posibilitan la relaci3n con el entorno (Jim3nez & L3pez, 2012).

Fue publicada en 1969 en el Centro Geri1trico de Filadelfia para poblaci3n adulta mayor, institucionalizada o no, con objeto de evaluar su autonom1a f1sica. Es uno de los instrumentos de medici3n m1s utilizado internacionalmente y en las unidades de geriatria de Espa1a, sobre todo a nivel de consulta y hospital (Lawton & Brody, 1969). Su traducci3n al espa1ol se public3 en el a1o 1993 (R. A. Kane, Kane, & Carrillo, 1993).

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). No se han comunicado datos de fiabilidad. En general es una escala sensible pero poco específica (Cruz, González, Alarcón, & Rexach, 2006).

La recogida de información es a través de un cuestionario con 8 ítems a los cuales les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Una gran ventaja es que permite analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Detecta las primeras señales de deterioro del AM.

Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo. Se considera además que está más enfocada en mujeres, ya que muchas de las actividades han sido realizadas tradicionalmente por ellas, pero también se recomienda su aplicación a los hombres, aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales. Por lo tanto, este instrumento arroja resultados que se pueden ver influidos por el desempeño previo de la persona y por variables de género, socioculturales y/o económicas, ya que no se considera que algunos ítems pueden ser realizados por un tercero, así como tampoco han sido adaptados al siglo XXI (Brody, Hernández, & Vivian, 2016).

Es debido a lo anteriormente mencionado, que se ha decidido utilizar en esta investigación el siguiente test:

#### ***2.8.5.1. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (PGC-IADL).***

Esta versión corresponde a una adaptación española creada en la Universidad Complutense de Madrid. No está validado al castellano, y existen pequeñas diferencias en cuanto a la traducción y al orden de los ítems en diferentes publicaciones (Votano, Parham, & Hall, 2004).

Se diferencia de la versión original en la interpretación del puntaje, modificando la puntuación final en función del sexo: entre 0 y 5 para hombres (a los que no se les preguntara los items preparar comida, hacer compras y realizar tareas domésticas), y entre 0 y 8 para mujeres (Votano et al., 2004).

Su consistencia interna está avalada por la relación jerárquica mostrada en el cumplimiento de las actividades evaluadas entre sí, y de estas en relación a las ABVD. En la versión original, el coeficiente de Pearson de fiabilidad interobservador fue de 0,85. Tiene una buena validez concurrente con otras escalas de AVD y con escalas de valoración cognitiva como el MMSE (Votano et al., 2004).

### **2.8.6. Escala de Recursos Sociales OARS**

La escala OARS (Older Americans Resources and Services) es una herramienta diagnóstica multidimensional orientada a la evaluación de los recursos sociales en población adulta mayor. Fue diseñada en el Centro de Estudios sobre el Envejecimiento y el Desarrollo Humano de la Universidad de Duke en 1978. En un comienzo su uso principal fue para determinar el impacto de los servicios y programas de servicios en el estado funcional de las personas mayores (Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 1978).

Consta de 10 ítems orientados a evaluar el déficit de acceso a recursos sociales comunitarios. Proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de las AVD. Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto), hasta el deterioro social total (6 puntos). Se centra fundamentalmente en la evaluación de la percepción del apoyo social de tipo familiar. Fue adaptada en el año 1996 por Grau et al. para su aplicación en la población AM Española, comprobando así su adecuado nivel de confiabilidad y validez. Por medio de la agrupación factorial, hay completa coincidencia en las dimensiones de red social, recursos económicos y salud física. En la dimensión de capacidad de autocuidado aparecen dos factores, pero un ítem cambia de factor en el análisis factorial respecto a la versión original. En la escala salud mental la coincidencia es completa, excepto en que un factor del original se desdobra en dos en nuestros resultados. (Grau, 1996).

Al realizar la valoración social se deben tener en cuenta diversos aspectos de la función social, entre ellos las relaciones sociales y los recursos sociales. Al respecto, los recursos sociales en el anciano van muy unidos a las redes de apoyo. El grado de apoyo disponible es importante para determinar la capacidad del anciano de vivir en la comunidad, pues es la familia la que brinda el mayor respaldo a través de los servicios (Kane et al, 2000).

También se ha observado que el apoyo social influye directamente en la depresión y en la autoestima del anciano y, por ende, en su salud; de ahí la importancia de precisar este aspecto al tratar a personas de estas edades (Herrero, 1998).

### **2.8.7. Cuestionario WHOQOL-BREF**

El WHOQOL es un cuestionario desarrollado para conocer la percepción de calidad de vida de sus encuestados. Fue creado en 1991 por un grupo de investigadores de calidad de vida de la OMS de diferentes países para obtener una definición consensuada y transcultural de calidad de vida (WHOQOL Group, 1993) Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las versiones WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

El WHOQOL-100 consta de 100 ítems que evalúan la CV percibida por el sujeto. Estructuralmente, se compone de 6 áreas, las cuales a su vez están subdivididas en un total de 24 facetas, además de la valoración de la CV y la salud general: salud física, funciones psicológicas, independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad/religión/creencias personales. Proporciona un perfil de CV, dando una puntuación global de CV de las áreas y dominios que lo componen (León, 2015). En 1998, WHOQOL Group, desarrolla una versión abreviada, llamándole WHOQOL-BREF, la cual posee 26 ítems, cada uno de ellos con 5 opciones de respuesta para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera resumir áreas y se empleara en aquellos casos en los que se requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla que no por ello perdiera sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. El tiempo

de referencia que contempla es con respecto a las dos últimas semanas. El cuestionario debe ser, idealmente, auto-administrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado. Ambas versiones se encuentran validadas al español.

En una investigación realizada con una muestra de adultos mayores chilenos, el análisis factorial confirmatorio determinó que el WHOQOL-BREF mantiene las dimensiones salud física, psicológica y social, que fueron descritas en la aplicación original. La fiabilidad del instrumento fue muy buena, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88. En relación a los resultados de consistencia interna según dimensiones también se obtienen valores adecuados mayores a 0,7 (Espinoza, 2011).

### **3. MATERIALES Y METODOS**

Este reporte forma parte de un proyecto de investigación desde el paradigma cuantitativo sobre redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida en población adulta mayor chilena, el cual fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Santiago de Chile (Anexo 1).

#### **3.1. Tipo de estudio y diseño de investigación**

La siguiente investigación corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal.

#### **3.2. Población de estudio**

La población de estudio incluye adultos mayores de 70 y más años, de ambos sexos, que vivan solos o acompañados, evaluados para ingreso al programa Vínculos el año 2017, perteneciente al Centro Gerontológico de El Bosque.

#### **3.3. Criterios de inclusión**

- AM de 70 y más años.
- AM que vivan solos o acompañados y de ambos sexos.
- Residentes de la comuna de El Bosque.
- En evaluación para ingreso al programa Vínculos.
- Consentimiento para participar en la investigación.

#### **3.4. Criterios de exclusión**

- AM con diagnóstico médico de trastorno psiquiátrico.
- AM con dependencia total.

- AM con discapacidad visual y/o auditiva severas que imposibiliten la aplicación de los cuestionarios.
- AM con deterioro cognitivo severo según resultado mini-mental abreviado con puntaje  $\leq 13$  y confirmado por el Pfeffer  $> 6$

### **3.5. Muestreo**

La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia, en donde al grupo de investigación se le entregó un listado de 64 adultos mayores a evaluar por el programa Vínculos correspondientes a un sector determinado, cada uno identificado con nombre, dirección y teléfono, quienes fueron visitados por las investigadoras durante el primer semestre del año 2017.

Se hizo la visita y recolección de datos de los 64 adultos mayores en lista, de los cuales 11 habían fallecido, 7 no quisieron participar del estudio, en el domicilio de 13 AM no hubo respuesta alguna y 7 quedaron fuera por criterios de exclusión, por lo tanto, se obtuvo una muestra de 26 AM, quienes participarán de manera voluntaria en el estudio.

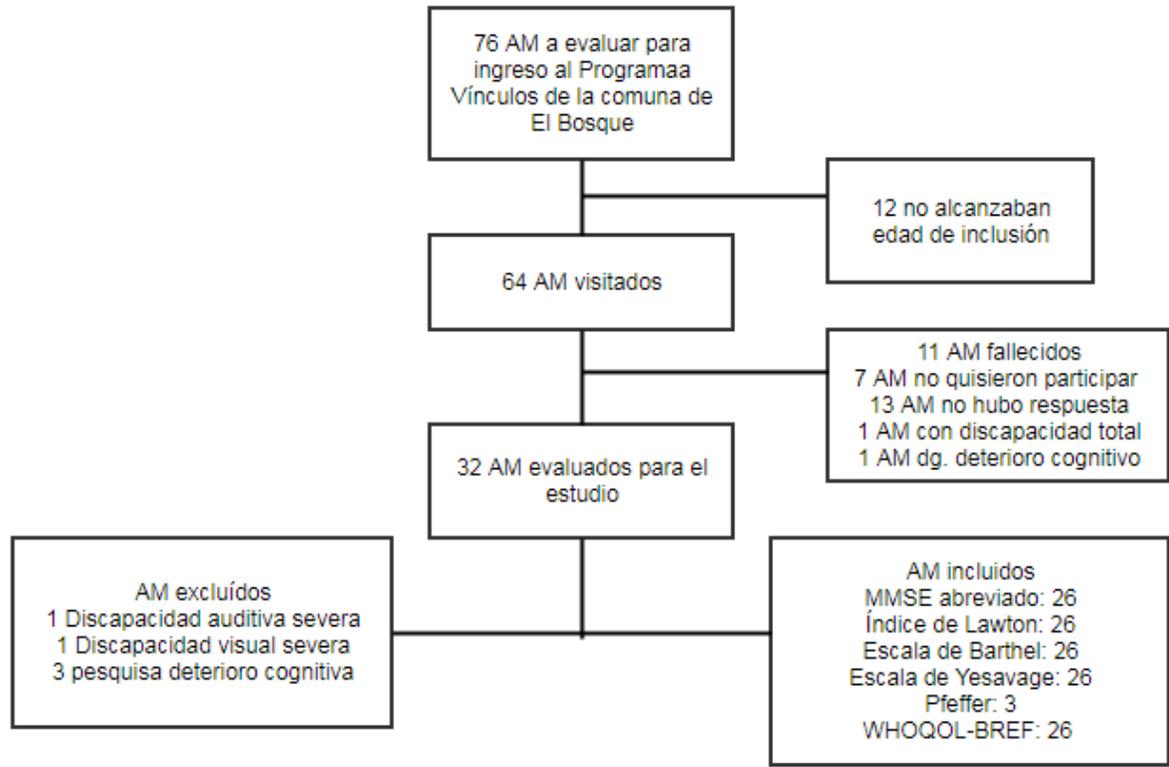


Figura 2: Flujograma de selección de la muestra

### **3.6. Definición de variables**

#### **3.6.1. Variables Demográficas**

- Rango de Edad: Años de vida cumplidos al momento de la evaluación, clasificados en intervalos de 5 años, variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Femenino o masculino, según corresponda al sexo biológico del individuo, es una variable cualitativa nominal.
- Nivel Educativo: Según último año de estudio correctamente aprobado, es una variable cualitativa ordinal.

#### **3.6.2. Variables de Resultado (Outcome)**

- Funcionalidad: Capacidad de los individuos de realizar las ABVD Y AIVD, siendo el cuerpo y la mente capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana de manera independiente. La funcionalidad se divide en 3 las siguientes grandes áreas:
  - Funcionalidad Física: evaluada, por una parte, con la Escala de Barthel pje. Máx. 100), que mide ABVD, con clasificación en independiente (100 pts.), dependencia leve (60-95 pts.), dependencia moderada (40-55 pts.), dependencia severa (20-35 pts.) y dependencia total (<20 pts.) siendo una variable cualitativa ordinal, y por otra parte por el Índice de Lawton, que mide AIVD, con clasificación autónomo (mujer 8; hombre 5 pts.), dependencia leve (mujer 6-7; hombre 4 pts.), dependencia moderada (mujer 4-5; hombre 2-3 pts.), dependencia grave (mujer 2-3; hombre 1 pts.) y dependencia total (mujer 0-1; hombre 0 pts.), siendo una variable cualitativa ordinal.
  - Funcionalidad Cognitiva: Definida principalmente con el puntaje entregado por el Mini-mental test abreviado, entre 0 y 19 puntos siendo el punto de corte de estado cognitivo normal 14 puntos (inclusive), y de manera secundaria, cuando existe una respuesta alterada del MMSE abreviado se utiliza el Pfeffer,

entregando un puntaje de 0 a 33, donde el punto de corte para el screening de deterioro cognitivo es sobre 6 puntos, siendo ambos test variables cuantitativas discretas.

- Funcionalidad Emocional: Determinada por la Escala de Yesavage, escala que realiza un screening de estado emocional clasificándolo en normal (0-5 pts.), depresión leve (6-9 pts.) o depresión establecida (10 o más pts.), y es una variable cualitativa ordinal.
- Calidad de Vida: Determinada por la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones. Estará determinada por el cuestionario WHOQOL-BREF el cual arrojará puntaje entre 4 y 20, en donde a mayor puntaje, mejor será la calidad de vida, dando una variable cuantitativa discreta.
- Redes de apoyo: Estarán determinadas por el tipo de red en el que el AM participe, siendo las siguientes: Iglesia, junta de vecinos, club de AM, taller de actividad física, taller de manualidades y/o artístico y conjuntamente si existe una relación cercana con amigos y/o familia. Es una variable cualitativa nominal.
- Calidad de los recursos sociales: Clasificándolos en excelentes, buenos, ligeramente deteriorados, moderadamente deteriorados, bastante deteriorados y totalmente deteriorados, mediante la Escala de Recursos Sociales OARS.
- Frecuencia de participación: Definida por la cantidad de veces en que asistió a alguna de las actividades descritas en las redes de apoyo en los últimos 3 meses, dividiéndose en una vez o nunca, 2 a 4 veces, 5 a 7 veces y más de 7 veces, dando por resultado una variable cuantitativa discreta.

### **3.7. Procedimiento y recolección de datos**

En primera instancia, el Centro Gerontológico facilitó a las investigadoras un listado con los datos de los adultos mayores a evaluar, los cuales fueron visitados en sus hogares, durante el primer semestre del año 2017, para realizar los cuestionarios. Antes de comenzar las

evaluaciones, las investigadoras fueron capacitadas en la aplicación de los cuestionarios por parte del kinesiólogo del Centro Gerontológico.

En la visita, se les explicó a los AM de que trataba el estudio y sus objetivos, y se les invitó a participar voluntariamente. Luego se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado, ver anexo 2. Luego, para iniciar la evaluación, se registró en una ficha, ver anexo 3, elaborada por las investigadoras los datos necesarios para la aplicación posterior de los test. Posteriormente, cada cuestionario fue realizado en el domicilio del AM y de manera personal. Además, cada cuestionario fue aplicado únicamente por una investigadora, designados al inicio de la investigación (Investigadora 1: Ficha, Índice de Lawton, OARS, WHOQOL-BREF; Investigadora 2: Mini-mental test abreviado, Escala de Barthel, Escala de Yesavage, Pfeffer). El orden de aplicación de los test fue el siguiente:

- 1) Mini-mental test abreviado: Se utilizó la versión abreviada y validado en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en 1999, véase anexo 4. Versión también utilizada en la Salud Pública para el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)(MINSAL, 2010).
- 2) Escala de Barthel: Se utilizó la versión original 1965, véase anexo 5. Versión utilizada en APS para el EMPAM por el MINSAL (Mahoney, 1965)(MINSAL, 2010).
- 3) Índice de Lawton: Se utilizó la adaptación española a la versión original, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (PGC-IADL), creada por la Universidad Complutense Madrid, la cual se modifica la puntuación total según sexo, ver anexo 6 (Votano et al., 2004).
- 4) OARS: Se utilizó la adaptación española a la versión original, ver anexo 7 (Grau Fibla et al., 1996).
- 5) Escala de Yesavage: Se utilizó la versión modificada de 15 preguntas, validada al español. Versión utilizada en APS para el EMPAM por el MINSAL, en anexo 8 (MINSAL, 2010)(Sheikh, J.I. Yesavage, 1986)(Martínez et al., 2002).

- 6) WHOQOL-BREF: Se utilizó la versión abreviada de 26 ítems, véase anexo 9 (Espinoza et al., 2011), y la tabla de transformación de puntajes establecida por el WHOQOL-group en el año 1996, véase anexo 10 (The WHOQOL Group, 1996).
- 7) Pfeffer: Se utilizó la versión modificada de 11 ítems, validada en Chile (Anexo 11). Versión utilizada en APS para el EMPAM por el MINSAL (MINSAL, 2010)(Quiroga L. et al., 2004).

Todos los cuestionarios fueron aplicados por las investigadoras, registrando ellas mismas las respuestas de los AM en los cuestionarios, para asegurarse de la comprensión de las preguntas por parte de los AM, y además agilizar el proceso y disminuir el tiempo de administración.

La identidad de los participantes fue protegida, asignándole a cada individuo un número identificador, el cual fue puesto en cada uno de los cuestionarios aplicados a cada uno.

Al momento de aplicar los test, se debe tener en consideración una serie de situaciones especiales, como lo son por ejemplo ancianos con hipoacusia a los que se tendrá que hablar alto y claro, con frases cortas y corroborando su entendimiento; ancianos con trastorno cognitivo en los que en algunos casos se debe pedir la colaboración de su cuidador o acompañante; adultos mayores con gran deterioro funcional, con los cuales hay que ser cuidadosos para poder recabar los datos con veracidad para que puedan beneficiarse de nuestra intervención.

### **3.8. Análisis estadístico**

Primeramente, los datos fueron tabulados en el software Microsoft Office Excel 2016, y posteriormente se realizó el análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS Statistics 23.

Se hizo una depuración de datos para definir escala de variables (nominal, ordinal, etc.) y recodificación de variables.

El cálculo de puntajes se hizo mediante SSPS, para MMSE abreviado, Escala de Barthel e Índice de Lawton se hizo mediante la suma de los puntajes obtenidos en cada respuesta y se categorizó como se muestra en los anexos 4, 5 y 6 respectivamente. Para la Escala de recursos

sociales OARS se calculó puntaje con los criterios entregados en anexo 7, para la Escala de Yesavage se hizo el cálculo con la suma del puntaje asignado según corresponde a la respuesta y se categorizó según se muestra en anexo 8, para WHOQOL-BREF, se hizo la conversión del puntaje en dimensiones mediante la suma de puntajes obtenidos asignado a cada dimensión y se hizo la transformación del puntaje de cada una de estas en una escala de 4 a 20 como se muestra en el anexo 10 y para el Pfeffer se hizo mediante la suma del puntaje obtenido en cada pregunta y categorizado según muestra el anexo 11.

Posteriormente se aplicaron los criterios de exclusión entregados por las evaluaciones para deterioro cognitivo según MMSE abreviado  $<14$  y Pfeffer  $>6$ , y dependencia severa según escala de Barthel e índice de Lawton clasificado como dependencia severa o total.

Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para todas las variables a describir en parámetros de estadísticos descriptivos.

Se realizó la siguiente descripción de datos:

- Tablas de frecuencia para variables nominales relevantes para el estudio.
- Gráficos circulares para variables nominales relevantes del estudio.
- Tablas cruzadas (crosstabs) para determinar recuento de casos y porcentajes entre categorías de dos variables nominales.
- Diagramas de caja (boxplot) complementados con tablas de estadísticos descriptivos relevantes con el fin de describir el comportamiento general de una variable escala en distintas categorizaciones de una variable nominal.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Característica Generales

Todos los datos descritos en función de estadísticos descriptivos obtuvieron una distribución normal.

Tabla 1: Características generales de la población

Variables			
<i>Edad</i>			
Promedio de años (DE)	79,54 (5,3)		
		n	%
<i>Género</i>			
Femenino	22	84,6	
Masculino	4	15,4	
<i>Nivel Educacional</i>			
Básica Incompleta	16	61,5	
Básica Completa	4	15,4	
Media Incompleta	2	7,7	
Media Completa	2	7,7	
Superior Completa	2	7,7	
<i>Vive Solo</i>			
Si	7	26,9	
No	19	73,1	

#### 4.1.1. Edad y Género

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de edad según género

	Género	N	% de N total	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	Femenino	22	84,6%	79,59	79,5	5,46	71	91
	Masculino	4	15,4%	79,25	78,5	5,12	74	86
	Total	26	100,0%	79,54	79,5	5,31	71	91

La muestra constó de 26 AM, 22 de sexo femenino (84,6%) con una media de 79,59 años, los datos se desvían de la media en 5,46 años y con un mínimo de 71 años y un máximo de 91 años. Por otro lado, de sexo masculino se evaluaron a 4 AM (15,4%) con un promedio de 79,25 años y una desviación estándar de 5,1 años, con un mínimo de edad de 74 años y un máximo de 86 años.

#### 4.1.2. Escolaridad

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de años de escolaridad según rango etario.

	Rango de Edad	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Años de escolaridad	70-74	6	6,50	6,00	3,27
	75-79	7	6,29	3,00	5,43
	80-84	9	7,00	7,00	2,12
	85-89	3	8,33	6,00	5,85
	90 o más	1	6,00	6,00	.
	Total	26	6,81	6,50	3,72

La media de años de estudio de la población es de 6,81 años, con una desviación estándar de 3,72 años. El grupo etario con más años de estudio fue el de entre 80 y 84 años.

Tabla 4: Escolaridad de la muestra

	Escolaridad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enseñanza básica incompleta	16	61,5	61,5	61,5
Enseñanza básica completa	4	15,4	15,4	76,9
Enseñanza media incompleta	2	7,7	7,7	84,6
Enseñanza media completa	2	7,7	7,7	92,3
Enseñanza superior completa	2	7,7	7,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 4, la enseñanza básica es el nivel de escolaridad en donde se concentra el mayor número de casos, con casi el 77% del total de la muestra, con la

mayor parte de este porcentaje (61,5%) con el nivel incompleto. Por otra parte, solo un 15,4% cuenta con enseñanza media, y solo un 7.7% con enseñanza superior.

## 4.2. Redes de Apoyo

### 4.2.1. Cantidad de redes y Género

Tabla 5: Tabla cruzada entre cantidad de redes de apoyo y género

Tabla cruzada Cantidad de Redes*Género					
		Género		Total	
		Femenino			
Cantidad de Redes	1	Recuento	6	6	
		% del total	46,2%	46,2%	
	2	Recuento	5	5	
		% del total	38,5%	38,5%	
	3	Recuento	2	2	
		% del total	15,4%	15,4%	
	Total		Recuento	13	13

Como se observa en la tabla 5, es posible mencionar que la totalidad de la muestra que reporto tener redes de apoyo (n=13) corresponde al género femenino.

#### 4.2.2. Cantidad de redes y Edad

Tabla 6: Tabla cruzada entre cantidad de redes y rango de edad

		Tabla cruzada Cantidad de Redes*Rango de Edad				Total	
		Rango de Edad					
		70-74	75-79	80-84	85-89		
Cantidad de Redes	1	Recuento	0	2	3	1	6
		% del total	0,0%	15,4%	23,1%	7,7%	46,2%
	2	Recuento	1	2	2	0	5
		% del total	7,7%	15,4%	15,4%	0,0%	38,5%
	3	Recuento	1	0	1	0	2
		% del total	7,7%	0,0%	7,7%	0,0%	15,4%
Total		Recuento	2	4	6	1	13
		% del total	15,4%	30,8%	46,2%	7,7%	100,0%

En la tabla 6, podemos identificar que, a mayor edad, es menor la cantidad de redes de apoyo. Siendo solo 1 persona de entre 85-89 años que posee 1 red. Es importante señalar que en la muestra total de evaluados (n=26), hay una persona de 90 años y más que no cuenta con redes de apoyo, por lo que no aparece en esta tabla.

### 4.2.3. Calidad de relaciones sociales y Género

Tabla 7: Tabla cruzada entre calidad de recursos sociales y género

Tabla cruzada OARS *Género					
		Género		Total	
		Femenino	Masculino		
OARS	Excelentes Recursos Sociales	Recuento	1	0	1
		% del total	3,8%	0,0%	3,8%
	Buenos Recursos Sociales	Recuento	3	0	3
		% del total	11,5%	0,0%	11,5%
	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recuento	11	0	11
		% del total	42,3%	0,0%	42,3%
	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recuento	2	3	5
		% del total	7,7%	11,5%	19,2%
	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	3,8%	3,8%
	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	Recuento	5	0	5
		% del total	19,2%	0,0%	19,2%
Total		Recuento	22	4	26
		% del total	84,6%	15,4%	100,0%

En la tabla 7 se muestra la diferencia entre ambos sexos en cuanto a la calidad de sus recursos sociales. En el género femenino, la mitad de la muestra (n=11) reporto poseer recursos sociales ligeramente deteriorados, correspondiente al 42,3%. En cuanto a los hombres, casi la totalidad de la muestra indico poseer recursos sociales moderadamente deteriorados.

#### 4.2.4. Calidad de relaciones sociales y Edad

Tabla 8: Tabla cruzada entre calidad de recursos sociales y rango de edad

		Tabla cruzada OARS*Rango de Edad						
		Rango de Edad					Total	
		70-74	75-79	80-84	85-89	90 o más		
OARS	Excelentes Recursos Sociales	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%
	Buenos Recursos Sociales	Recuento	0	1	1	1	0	3
		% del total	0,0%	3,8%	3,8%	3,8%	0,0%	11,5%
	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recuento	3	1	5	1	1	11
		% del total	11,5%	3,8%	19,2%	3,8%	3,8%	42,3%
	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recuento	2	1	1	1	0	5
		% del total	7,7%	3,8%	3,8%	3,8%	0,0%	19,2%
	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%
	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	Recuento	1	4	0	0	0	5
	% del total	3,8%	15,4%	0,0%	0,0%	0,0%	19,2%	
	<b>Total</b>	Recuento	6	7	9	3	1	26
	% del total		23,1%	26,9%	34,6%	11,5%	3,8%	100,0%

Según muestra la tabla 8, casi la mitad de adultos mayores considera tener recursos sociales ligeramente deteriorados (n=11) correspondiente al 42,3% de la muestra, siendo en el rango de 80-84 años en donde más se manifestó esto (n=5) correspondiente a un 19,2%. Solo 1 persona señaló poseer excelentes recursos sociales y estaba en el rango de 80-84 años. Y quienes más reportaron recursos sociales totalmente deteriorados poseen entre 75-79 años correspondientes al 15,4% del total de la muestra.

#### 4.2.5. Calidad de relaciones sociales y Cantidad de redes

Tabla 9: Tabla cruzada entre calidad de relaciones sociales y cantidad de redes

Tabla cruzada OARS *Cantidad de Redes						
		Cantidad de Redes			Total	
		1	2	3		
OARS	Excelentes Recursos Sociales	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	7,7%	0,0%	7,7%
	Buenos Recursos Sociales	Recuento	1	0	0	1
		% del total	7,7%	0,0%	0,0%	7,7%
	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recuento	2	2	2	6
		% del total	15,4%	15,4%	15,4%	46,2%
	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recuento	1	0	0	1
		% del total	7,7%	0,0%	0,0%	7,7%
	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	Recuento	2	2	0	4
		% del total	15,4%	15,4%	0,0%	30,8%
	Recuento	6	5	2	13	
Total	% del total	46,2%	38,5%	15,4%	100,0%	

Como se muestra en la tabla 9, es posible identificar la relación que existe entre la cantidad de redes y la calidad de los recursos sociales. Es posible notar que la mitad de la población de adulto mayor encuestada (13 de 26) reporta participar. Cabe destacar que la única persona que reporta tener excelentes recursos sociales reporta contar con 2 redes de apoyo.

#### 4.2.6. Calidad de relaciones sociales y Frecuencia de participación

Tabla 10: Tabla cruzada entre calidad de recursos sociales y frecuencia de participación

Tabla cruzada OARS*Frecuencia de participación					
			Frecuencia de participación		Total
			2 a 4 veces	más de 7 veces	
OARS	Excelentes Recursos Sociales	Recuento % del total	0 0,0%	1 7,7%	1 7,7%
	Buenos Recursos Sociales	Recuento % del total	0 0,0%	1 7,7%	1 7,7%
	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recuento % del total	1 7,7%	5 38,5%	6 46,2%
	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recuento % del total	0 0,0%	1 7,7%	1 7,7%
	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	Recuento % del total	1 7,7%	3 23,1%	4 30,8%
	Total	Recuento % del total	2 15,4%	11 84,6%	13 100,0%

En la tabla 10 se relaciona la calidad de las redes según la frecuencia de participación en los últimos 3 meses. Es posible notar que la mitad de la población de adulto mayor encuestada (13 de 26) reporta contar con redes de apoyo. Es posible destacar que casi la mitad de la muestra reporta poseer recursos sociales ligeramente deteriorados (n=6) correspondiente a un 42,6% y dentro de esta misma categoría, la gran mayoría (n=5) señaló que la frecuencia es de 7 o más veces al mes.

#### 4.2.7. Redes de apoyo frecuentadas

Tabla 11: Redes de apoyo frecuentadas y cantidad de participantes

	Recuento
Iglesia	3
Club de Adulto Mayor	4
Junta de Vecinos	1
Taller de manualidades y/o artístico	1
Taller de actividad física	8
Otro	5

Las redes de apoyo con mayor cantidad de participantes de la población de estudio son el taller de actividad física (n=8) seguido de los clubes de adulto mayor (n=4) y la Iglesia (n=3).

#### 4.2.8. Motivo de no participación por sexo

Tabla 12: Tabla cruzada entre motivo de no participación según género

Tabla cruzada Motivo*Género					
		Género		Total	
		Femenino	Masculino		
Motivo	Dificultad Física	Recuento	3	0	3
		% del total	23,1%	0,0%	23,1%
	No le gusta	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	15,4%	15,4%
	No tiene tiempo	Recuento	1	2	3
		% del total	7,7%	15,4%	23,1%
	Motivos personales	Recuento	5	0	5
		% del total	38,5%	0,0%	38,5%
	Total	Recuento	9	4	13
		% del total	69,2%	30,8%	100,0%

En la tabla 12, se muestra que, en el caso de las mujeres, estas no participan por motivos personales principalmente (38,5%). Y en caso de los hombres se distribuye de igual manera entre los motivos “no me gusta” y “no tiene tiempo”.

### 4.3. Funcionalidad

#### 4.3.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria

GRÁFICO PORCENTAJES - ESCALA DE BARTHEL

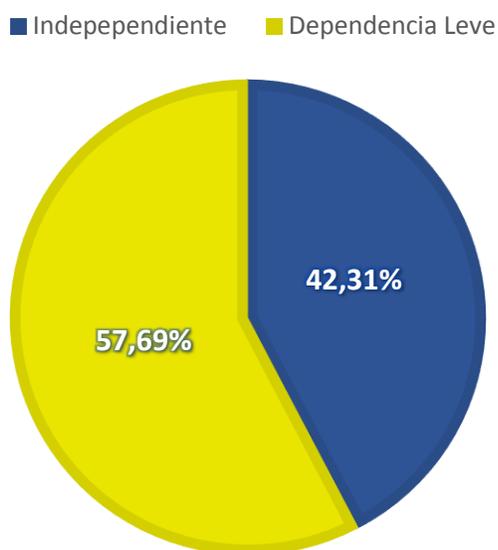


Figura 3: Gráfico de porcentajes de clasificación de Escala de Barthel de ABVD.

Respecto a la funcionalidad en ABVD, medido con la Escala de Barthel, el 42,31% de la población AM evaluada (n=11) es independiente, mientras que el 57,69% (n=15) tiene dependencia leve en ABVD.

#### 4.3.1.1. ABVD Y Género

Tabla 13: Tabla cruzada de clasificación Escala de Barthel y Género

Tabla cruzada Escala de Barthel*Género						
				Género		Total
				Femenino	Masculino	
Escala de Barthel	Dependencia Leve	Recuento	14	1		15
		% del total	53,8%	3,8%		57,7%
	Independiente	Recuento	8	3		11
		% del total	30,8%	11,5%		42,3%
Total	Recuento	22	4		26	
	% del total	84,6%	15,4%		100,0%	

La funcionalidad física en ABVD según género, muestra que hay más mujeres en dependencia leve (n=14) que mujeres independientes (n=8). En cambio, en los hombres, hay mayor número de casos independientes (n=3) que dependientes (n=1).

#### 4.3.1.2. ABVD y Edad

Tabla 14: Tabla cruzada de clasificación Escala de Barthel y rango de edad

Tabla cruzada Escala de Barthel*Rango de Edad									
				Rango de Edad					Total
				70-74	75-79	80-84	85-89	90 o más	
Escala de Barthel	Dependencia Leve	Recuento	3	2	6	3	1	15	
		% del total	11,5%	7,7%	23,1%	11,5%	3,8%	57,7%	
	Independiente	Recuento	3	5	3	0	0	11	
		% del total	11,5%	19,2%	11,5%	0,0%	0,0%	42,3%	
Total	Recuento	6	7	9	3	1	26		
	% del total	23,1%	26,9%	34,6%	11,5%	3,8%	100,0%		

La mitad de los casos se encuentra entre los rangos de edad desde 70 a 79 años (n=13), siendo además este grupo en su mayoría (n=8) independientes, el otro 50% de la muestra está desde los 80 años hasta 90 y más años (n=13), concentrándose en su mayoría (n=10) con dependencia leve.

### 4.3.1.3. ABVD y Calidad de Recursos Sociales

Tabla 15: Tabla cruzada entre clasificación Escala de Barthel y calidad de recursos sociales según OARS.

		Tabla cruzada Escala de Barthel*OARS							
		OARS						Total	
		Excelentes Recursos Sociales	Buenos Recursos Sociales	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados		
Escala de Barthel	Dependencia Leve	Recuento	1	2	7	3	0	2	15
		% del total	3,8%	7,7%	26,9%	11,5%	0,0%	7,7%	57,7%
	Independiente	Recuento	0	1	4	2	1	3	11
		% del total	0,0%	3,8%	15,4%	7,7%	3,8%	11,5%	42,3%
Total	Recuento	1	3	11	5	1	5	26	
	% del total	3,8%	11,5%	42,3%	19,2%	3,8%	19,2%	100,0%	

La calidad de relaciones sociales en personas independientes se ubica mayormente como recursos sociales ligeramente deteriorados (n=4) abarcando 15,4% del total de AM, y respecto a las relaciones sociales de personas con dependencia leve, se encuentran de igual manera mayoritariamente en recursos sociales ligeramente deteriorados (n=7) siendo el 26,9% del total de AM.

### 4.3.1.4. ABVD y Respuesta a pregunta ¿vive solo?

Tabla 16: Tabla cruzada entre Escala de Barthel y la pregunta ¿Vive solo?

		Tabla cruzada Escala de Barthel*¿Vive Solo?				
				¿Vive solo?		Total
				NO	SI	
Escala de Barthel	Dependencia Leve	Recuento	12	3	15	
		% del total	46,2%	11,5%	57,7%	
	Independiente	Recuento	7	4	11	
		% del total	26,9%	15,4%	42,3%	
Total	Recuento	19	7	26		
	% del total	73,1%	26,9%	100,0%		

Del total de la muestra, el 73,1% vive acompañado, de los cuales son independientes el 26,9% (n=7) y tienen dependencia leve el 46,2% (n=12).

#### 4.3.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

##### GRÁFICO PORCENTAJES - ÍNDICE DE LAWTON

■ independiente    ■ Dependencia Leve    ■ Dependencia Moderada

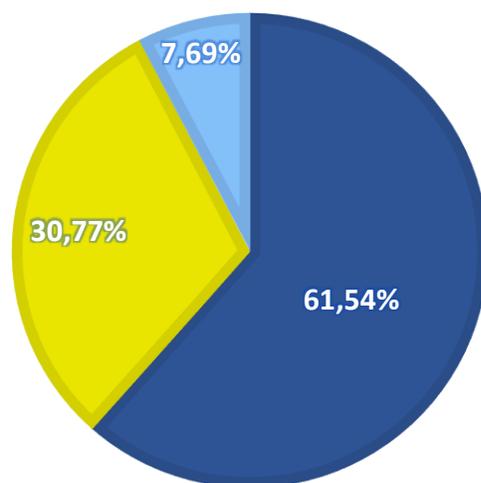


Figura 4: Grafico Porcentajes Clasificación Índice de Lawton

Del total de los evaluados el 61,54% de los casos (n=16) es independiente, el 30,77% (n=8) tiene una dependencia leve, y un 7,69% (n=2) presenta dependencia moderada.

#### 4.3.2.1. AIVD y Género

Tabla 17: Tabla cruzada entre Clasificación de AIVD de Índice de Lawton y género

Tabla cruzada Índice de Lawton*Género					
		Género		Total	
		Femenino	Masculino		
Índice de Lawton	Dependencia Moderada	Recuento	2	0	2
		% del total	7,7%	0,0%	7,7%
	Dependencia Leve	Recuento	8	0	8
		% del total	30,8%	0,0%	30,8%
	Independiente	Recuento	12	4	16
		% del total	46,2%	15,4%	61,5%
Total	Recuento	22	4	26	
	% del total	84,6%	15,4%	100,0%	

La funcionalidad física en AIVD según género, muestra que todos los hombres (n=4) son independientes (15,4% de la muestra), y que la mayor parte de mujeres (n=12) son independientes también, siendo el 46,2% de la muestra, habiendo 8 mujeres con dependencia leve y solo 2 mujeres con dependencia moderada.

### 4.3.2.2. AIVD y Edad

Tabla 18: Tabla cruzada entre clasificación de AIVD de índice de Lawton y rango de edad.

			Tabla cruzada Índice de Lawton*Rango de Edad					
			Rango de Edad					Total
			70-74	75-79	80-84	85-89	90 o más	
Índice de Lawton	Dependencia Moderada	Recuento	0	0	1	0	1	2
		% del total	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	3,8%	7,7%
	Dependencia Leve	Recuento	2	1	4	1	0	8
		% del total	7,7%	3,8%	15,4%	3,8%	0,0%	30,8%
	Independiente	Recuento	4	6	4	2	0	16
		% del total	15,4%	23,1%	15,4%	7,7%	0,0%	61,5%
	Total	Recuento	6	7	9	3	1	26
		% del total	23,1%	26,9%	34,6%	11,5%	3,8%	100,0%

El grupo etario con mayor cantidad de casos de independencia es el de 75 a 79 años (n=6) siendo el 23,1% del total, el con mayor cantidad de casos de dependencia leve es el de 80 a 84 años (n=4) que equivale al 15,4% de la muestra, y los grupos etarios con mayor casos de dependencia moderada son de 80 a 84 años y 90 años y más, con un caso cada rango (3,8%).

### 4.3.2.1. AIVD y Calidad de Recursos Sociales

Tabla 19: Tabla cruzada entre Clasificación de AIVD de Índice de Lawton y Calidad de recursos sociales según OARS

		Tabla cruzada Índice de Lawton*OARS							
		OARS						Total	
		Excelentes Recursos Sociales	Buenos Recursos Sociales	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados		
Índice de Lawton	Dependencia Moderada	Recuento	0	0	2	0	0	0	2
		% del total	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
	Dependencia Leve	Recuento	1	2	3	1	0	1	8
		% del total	3,8%	7,7%	11,5%	3,8%	0,0%	3,8%	30,8%
	Independiente	Recuento	0	1	6	4	1	4	16
		% del total	0,0%	3,8%	23,1%	15,4%	3,8%	15,4%	61,5%
Total		Recuento	1	3	11	5	1	5	26

La calidad de las relaciones sociales de las personas en relación a las AIVD se ubican mayormente como recursos sociales ligeramente deteriorados en las tres clasificaciones: en independiente (n=6) abarcando 23,1% del total de la muestra, dependencia leve (n=3) con un 11,5%, y en dependencia moderada (n=2) siendo un 7,7% del total.

#### 4.3.2.2. AIVD respuesta a pregunta ¿vive solo?

Tabla 20: Tabla cruzada entre Índice de Lawton y la pregunta ¿Vive solo?

Tabla cruzada Índice de Lawton*¿Vive solo?					
			¿Vive solo?		Total
			NO	SI	
Índice de Lawton	Dependencia Moderada	Recuento	1	1	2
		% del total	3,8%	3,8%	7,7%
	Dependencia Leve	Recuento	7	1	8
		% del total	26,9%	3,8%	30,8%
	Independiente	Recuento	11	5	16
		% del total	42,3%	19,2%	61,5%
	Total	Recuento	19	7	26
		% del total	73,1%	26,9%	100,0%

Del total de personas que vive acompañada en 26,9% del total de la muestra tiene dependencia leve (n=7) y el 42,3% del total es independiente (n=11). Por otro lado, hay la misma cantidad de personas con dependencia moderada que viven solas y acompañadas (n=1).

#### 4.4. Funcionalidad Emocional

##### GRÁFICO DE PORCENTAJES YESAVAGE

■ Normal ■ Depresión Leve ■ Depresión Establecida

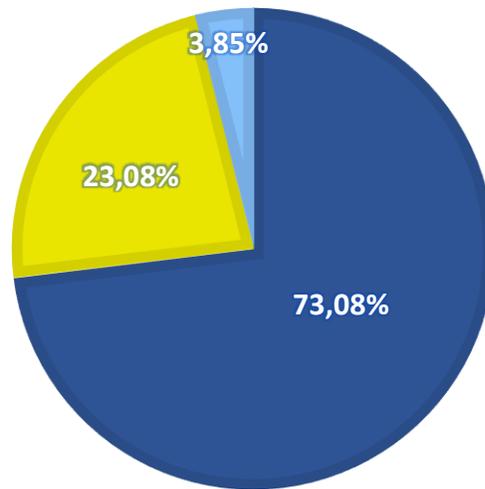


Figura 5: Porcentajes clasificación estado emocional según Escala de Yesavage

Según el gráfico (figura 5) la mayoría de la población posee un estado emocional normal (n=19) correspondiente al 73,08%, el 23,08% tiene un estado de depresión leve (n=6) y un 3,85% tiene un estado de depresión establecida (n=1).

#### 4.4.1. Estado emocional y Género

Tabla 21: Tabla cruzada de estado emocional y género

Tabla cruzada Escala de Yesavage*Género					
			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Escala de Yesavage	Normal	Recuento	17	2	19
		% del total	65,4%	7,7%	73,1%
	Depresión Leve	Recuento	4	2	6
		% del total	15,4%	7,7%	23,1%
	Depresión Establecida	Recuento	1	0	1
		% del total	3,8%	0,0%	3,8%
	Total	Recuento	22	4	26
		% del total	84,6%	15,4%	100,0%

Según la tabla, la mayor cantidad de mujeres posee un estado emocional normal (65,4%), solo 1 reporto depresión establecida. En cuanto a los hombres, no se reportó a ningún sujeto con depresión establecida.

#### 4.4.2. Estado emocional y Edad

Tabla 22: Tabla cruzada entre estado emocional y rango de edad

Tabla cruzada Escala de Yesavage*Rango de Edad								
			Rango de Edad					Total
			70-74	75-79	80-84	85-89	90 o más	
Escala de Yesavage	Normal	Recuento	6	6	6	1	0	19
		% del total	23,1%	23,1%	23,1%	3,8%	0,0%	73,1%
	Depresión Leve	Recuento	0	1	2	2	1	6
		% del total	0,0%	3,8%	7,7%	7,7%	3,8%	23,1%
	Depresión Establecida	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%
	Total	Recuento	6	7	9	3	1	26
		% del total	23,1%	26,9%	34,6%	11,5%	3,8%	100,0%

Según la tabla 22, la gran mayoría (n=19) posee estado emocional normal, correspondiente al 73,1% de la muestra. Solo 1 persona entre 80-84 años, reporto tener depresión establecida.

#### 4.4.3. Estado emocional y Calidad de relaciones

Tabla 23: Tabla cruzada entre estado emocional y calidad de recursos sociales

		Tabla cruzada Escala de Yesavage*OARS						Total
		OARS						
Escala de Yesavage	Estado Emocional	Recuento	Excelentes Recursos Sociales	Buenos Recursos Sociales	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados
		Escala de Yesavage	Normal	19	0	2	9	2
	% del total		0,0%	7,7%	34,6%	7,7%	3,8%	19,2%
Depresión Leve	6		0	1	2	3	0	0
	% del total		0,0%	3,8%	7,7%	11,5%	0,0%	0,0%
	Depresión Establecida	1	1	0	0	0	0	0
		% del total	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	26	1	3	11	5	1	5
		% del total	3,8%	11,5%	42,3%	19,2%	3,8%	19,2%

En la tabla 23, es posible destacar que la única persona que reporto poseer depresión, es además, la única en poseer excelentes recursos sociales. La mayor cantidad de personas con estado emocional normal (n=19) reporto poseer recursos sociales ligeramente deteriorados (n=9) correspondiente al 34,6%.

#### 4.5. Funcionalidad Cognitiva

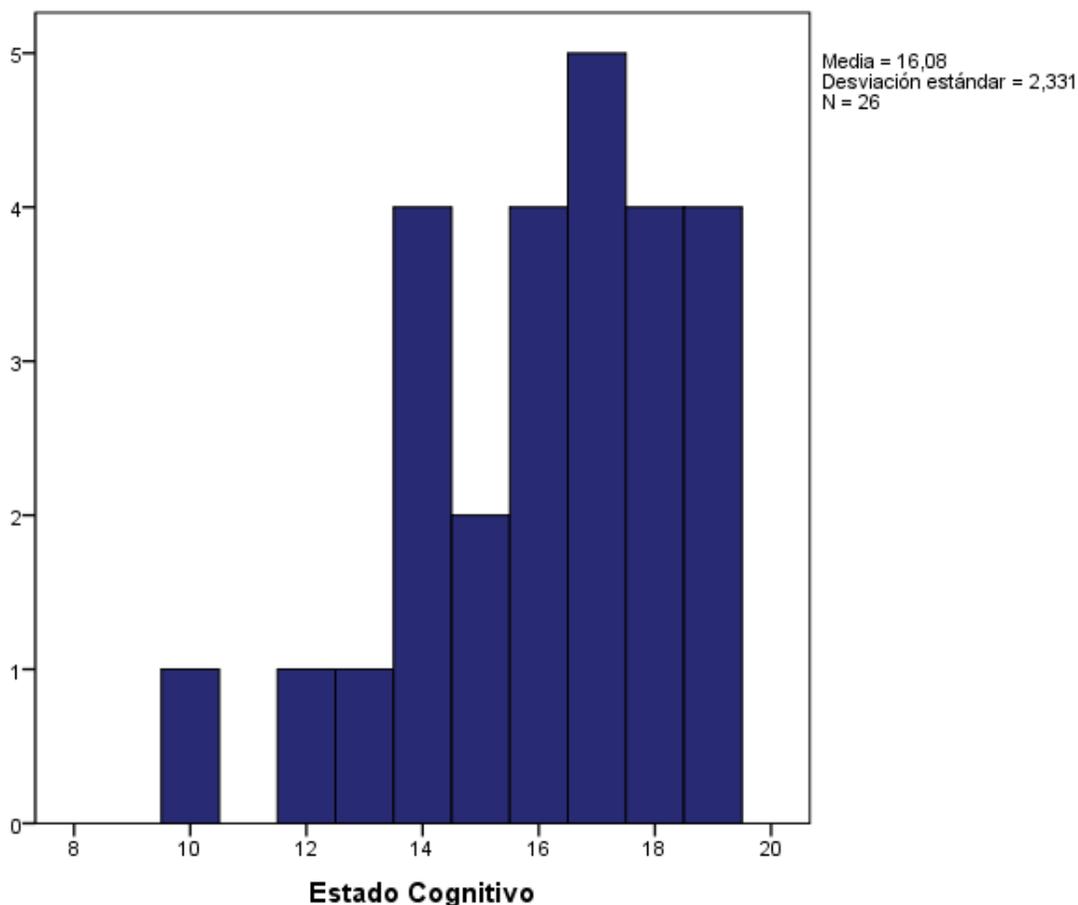


Figura 6: Gráfico puntaje MMSE y número de casos

La figura 6 muestra el número de casos por total de puntaje en MMSE abreviado, donde la mayor cantidad de casos obtuvo 17 puntos ( $n=5$ ), y en los puntajes 10, 12 y 13 puntos solo hubo un caso, casos excepcionales, ya que a pesar de que según criterios de clasificación del MMSE abreviado, tienen deterioro cognitivo, en complemento con el Pfeiffer, quedan incluidos en el estudio.

#### 4.5.1. MMSE abreviado y Género

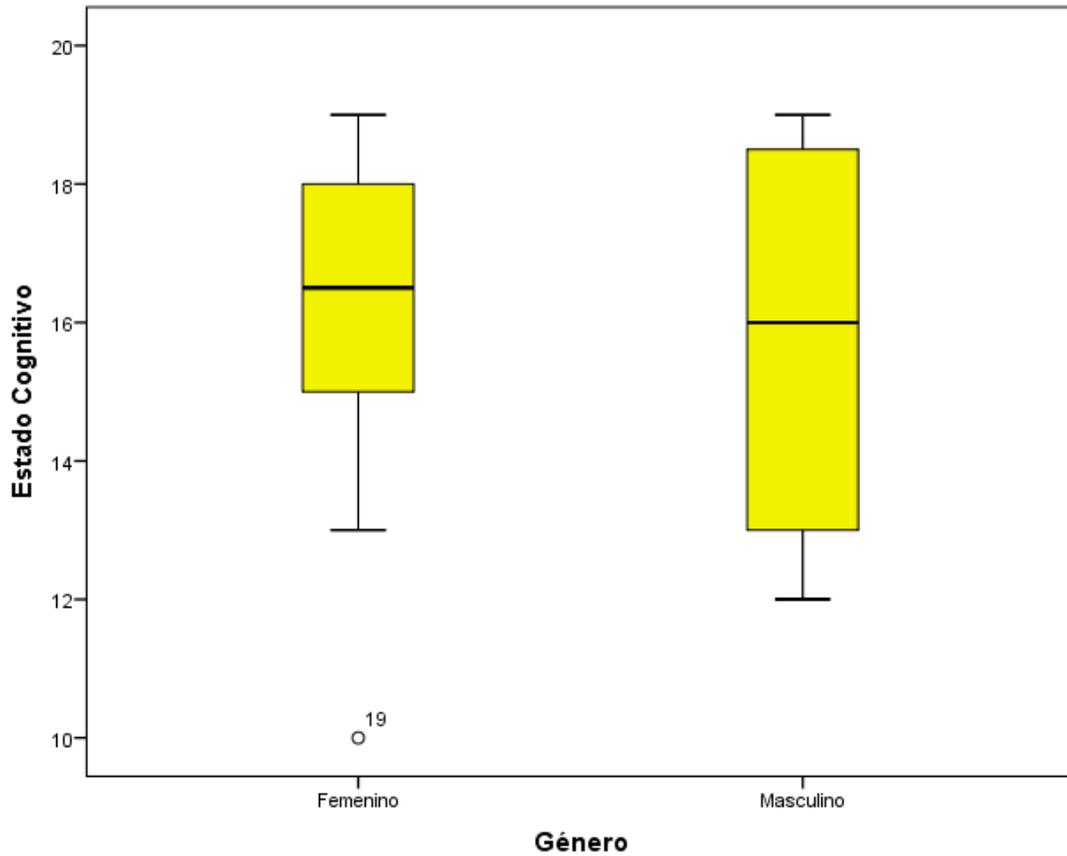


Figura 7: Gráfico estado cognitivo (puntaje MMSE abreviado) y género

Tabla 24: Estadísticos descriptivos de estado cognitivo respecto al género

	Género	N	Media	Mediana	Desviación estándar
MMSE abreviado	Femenino	22	16,14	16,50	2,210
	Masculino	4	15,75	16,00	3,304
	Total	26	16,08	16,50	2,331

El puntaje obtenido en el MMSE abreviado en las mujeres tiene un promedio de 16,14 puntos con una desviación de la media de 2,2 puntos. Mientras que, en los hombres, el puntaje tiene una media de 15,75 y una desviación estándar de 3,3 puntos.

#### 4.5.2. MMSE abreviado y Edad

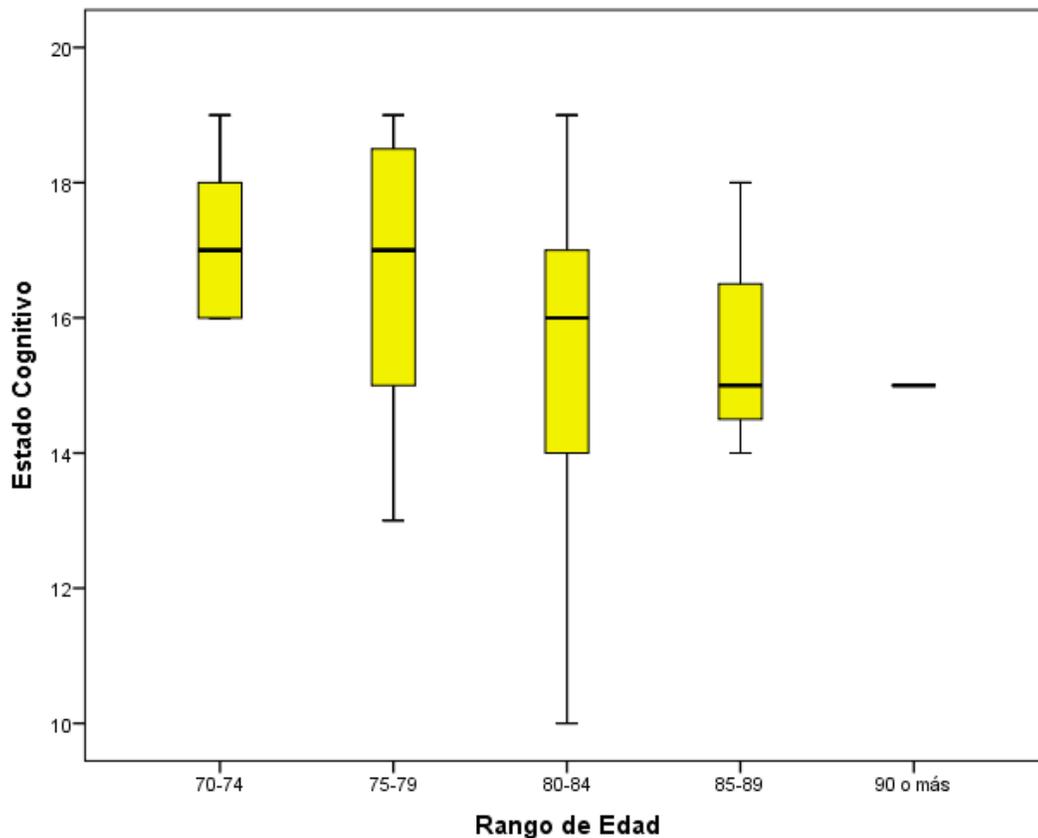


Figura 8: Gráfico de Estado cognitivo (puntaje MMSE abreviado) según edad

Tabla 25: Estadísticos descriptivos del estado cognitivo respecto al rango de edad

	Rango de Edad	N	Media	Mediana	Desviación estándar
MMSE abreviado	70-74	6	17,17	17,00	1,16
	75-79	7	16,57	17,00	2,37
	80-84	9	15,22	16,00	2,94
	85-89	3	15,67	15,00	2,08
	90 o más	1	15,00	15,00	.
	Total	26	16,08	16,50	2,33

Según los rengos de edad y el estado cognitivo, en el rango de menor edad (70-74 años) el 50 % de los casos tiene sobre 17 puntos, al igual que el rango de 75 a 79 años. Luego el rango de 80 a 84 años tiene el 50% de los casos sobre 16 puntos, y por último, los rangos de 85 a 89 años y 90 años y más, tiene el 50% de los casos sobre 15 puntos.

### 4.5.3. MMSE abreviado y Escolaridad

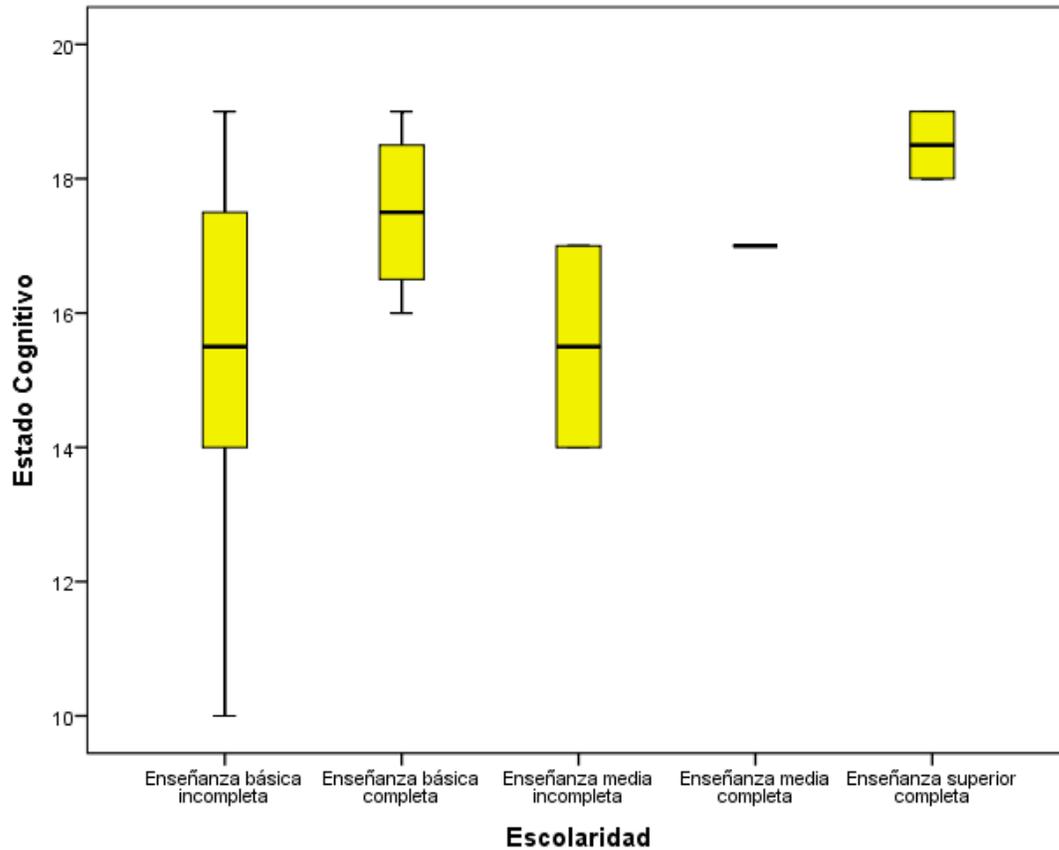


Figura 9: Gráfico estado cognitivo (puntuaje MMSE abreviado) y escolaridad.

Tabla 26: Estadísticos descriptivos de estado cognitivo respectivo respecto a la escolaridad

	Escolaridad			
	N	Media	Desviación estándar	Mediana
MMSE abreviado				
Enseñanza básica incompleta	16	15,38	2,527	15,50
Enseñanza básica completa	4	17,50	1,291	17,50
Enseñanza media incompleta	2	15,50	2,121	15,50
Enseñanza media completa	2	17,00	,000	17,00
Enseñanza superior completa	2	18,50	,707	18,50

El nivel de escolaridad que muestra una mediana más alta en el puntaje del MMSE abreviado es la enseñanza superior completa (18,5 puntos) y el que presenta una menos mediana es el primer ciclo básico completo. También es posible observar que cada ciclo completo tiene una mediana de puntaje mayor que ese mismo ciclo incompleto. Por otra parte, el nivel de escolaridad con mayor número de casos es el segundo ciclo básico incompleto (n=8) y el menor número de casos se repite en 1er ciclo básico completo, enseñanza media incompleta y completa, y enseñanza superior completa (n=2).

#### 4.5.4. Estado Cognitivo y ABVD

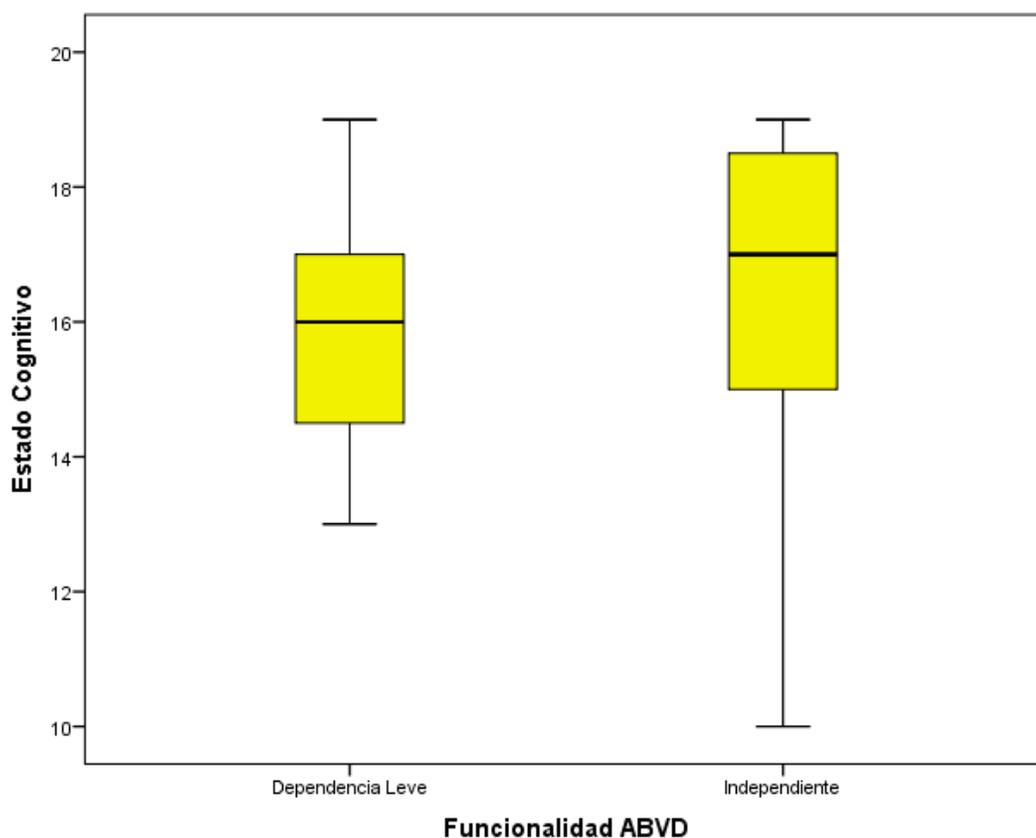


Figura 10: Gráfico Funcionalidad en ABVD según Estado Cognitivo (puntaje MMSE abreviado)

Tabla 27: Estadísticos descriptivos de clasificación Escala de Barthel respecto al MMSE abreviado

	Escala de Barthel	N	Media	Mediana	Desviación estándar
MMSE abreviado	Dependencia Leve	15	15,93	16,00	1,75
	Independiente	11	16,27	17,00	3,03
	Total	26	16,08	16,50	2,33

Según escala de Barthel y el estado cognitivo obtenido con el puntaje en el MMSE abreviado, se muestra que en casos de dependencia leve (n=15) la media es de 15,93 pts., y el puntaje se desvía de esta en 1,7 pts. Y los casos de independencia (n=11) tiene un promedio de 17,27 puntos y una desviación de la media de 3 puntos.

#### 4.5.5. Estado Cognitivo y AIVD

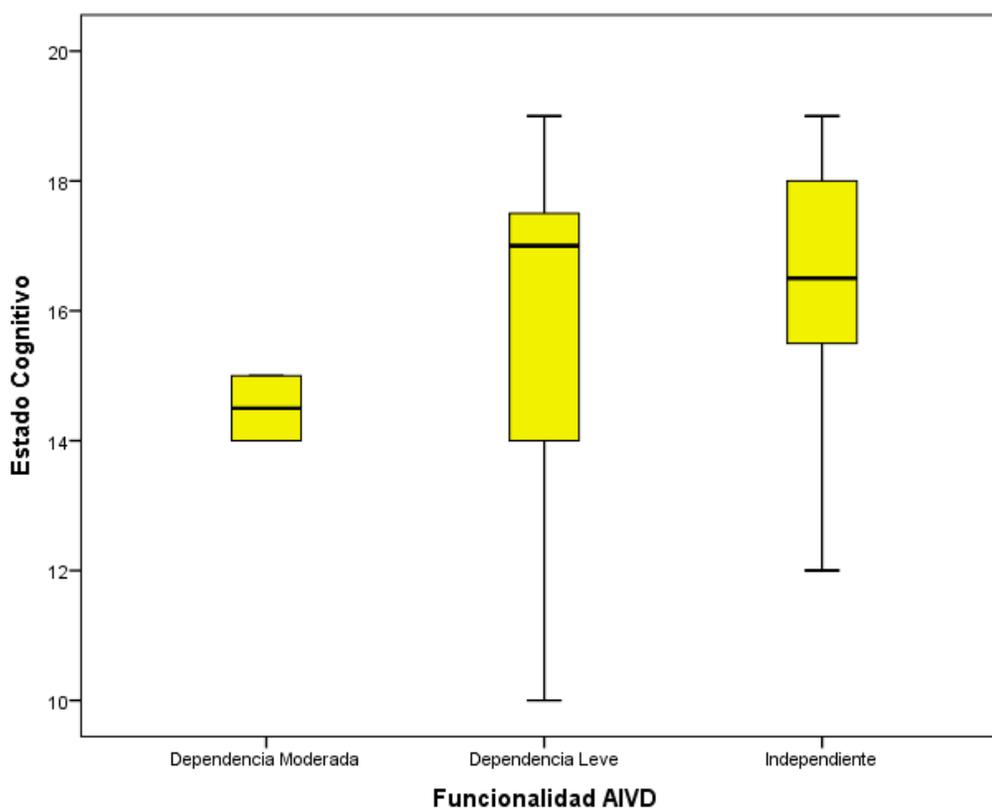


Figura 11: Gráfico Funcionalidad en AIVD según Estado cognitivo (Puntaje MMSE abreviado)

Tabla 28: Estadísticos descriptivos de clasificación de AIVD con índice de Lawton respecto al puntaje del MMSE abreviado.

	Índice de Lawton	N	Media	Mediana	Desviación estándar
MMSE abreviado	Dependencia Moderada	2	14,50	14,50	,70
	Dependencia Leve	8	15,75	17,00	2,91
	Independiente	16	16,44	16,50	2,12
	Total	26	16,08	16,50	2,33

Según el índice de Lawton y el estado cognitivo obtenido con el puntaje en el MMSE abreviado, se muestra que en casos de dependencia moderada (n=2) tiene una media de 14,5 pts., y se desvía de esta en 0,7 pts., los casos de dependencia leve (n=8) tiene un promedio de 15,75 puntos y una desviación de la media de 2,9 puntos. Y por último en los casos de independencia (n=16) obtuvo una media de 16,44 pts., y una desviación estándar de 2,1 puntos.

#### 4.5.6. MMSE abreviado y pregunta ¿Vive solo?

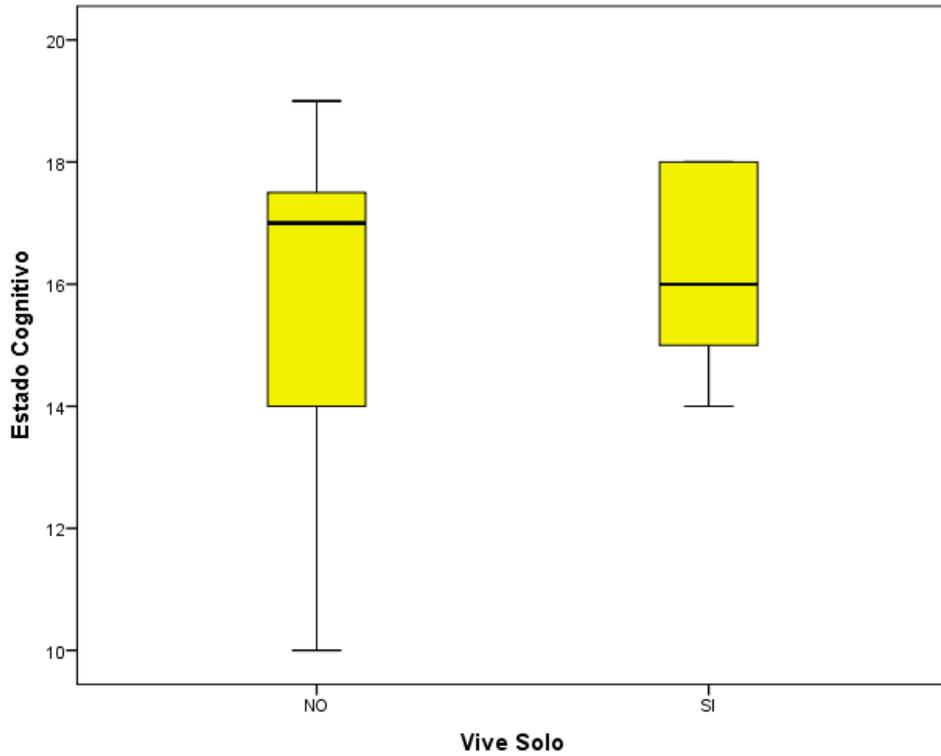


Figura 12: Gráfico estado cognitivo (puntuaje MMSE abreviado) y pregunta ¿Vive solo?

Tabla 29: Estadísticos descriptivos de estado cognitivo y respuesta a la pregunta ¿vive solo?

	¿Vive solo?	N	Media	Mediana	Desviación estándar
MMSE abreviado	NO	19	16,00	17,00	2,56
	SI	7	16,29	16,00	1,70
	Total	26	16,08	16,50	2,33

El puntaje obtenido en el MMSE abreviado en personas que viven solas tiene una media de 16,26 puntos y una desviación estándar de 1,7 puntos. Mientras que en la población que no vive sola, obtuvo un promedio de 16 puntos y una desviación de la media de 2,5 puntos.

#### 4.6. Calidad de Vida

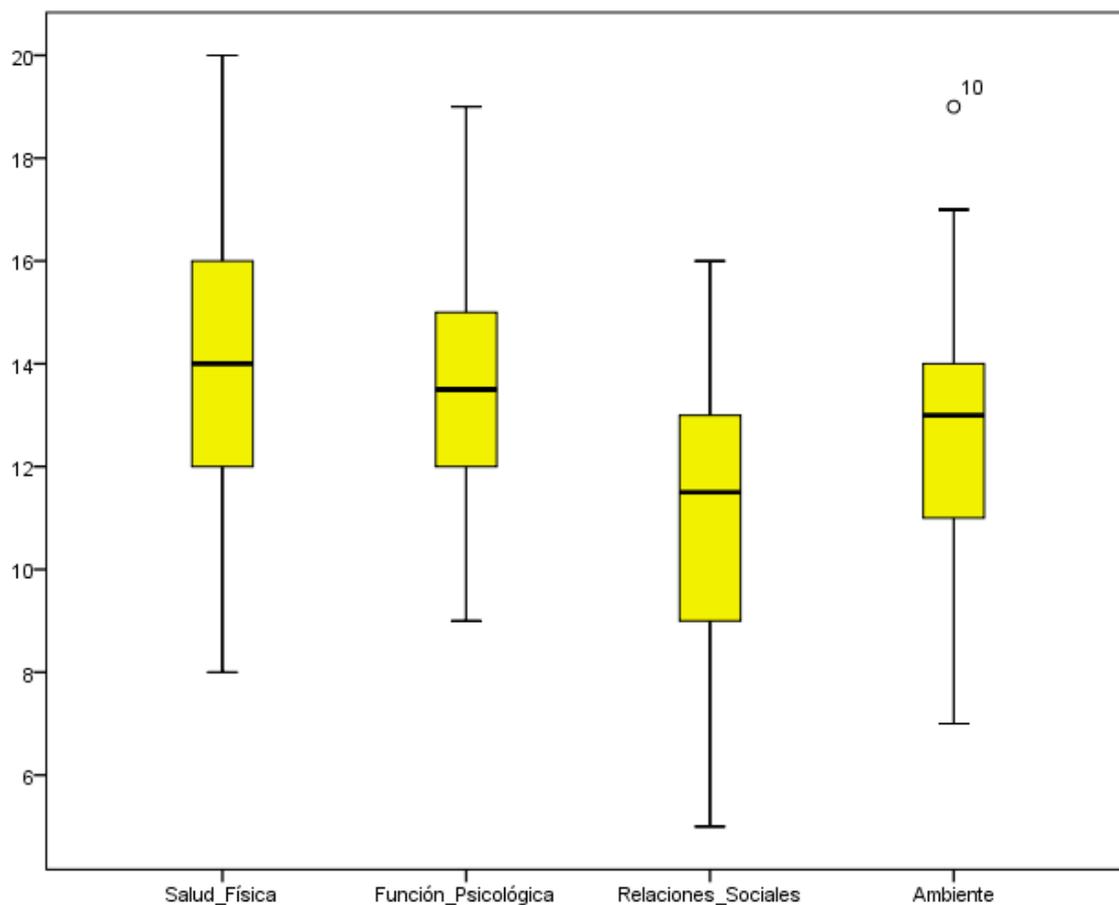


Figura 13: Puntaje Obtenido Dimensiones WHOQOL-BREF

Tabla 30: Puntaje Obtenido Dimensiones WHOQOL-BREF

	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Salud Física	26	13,62	14,00	2,91
Salud Psicológica	26	13,54	13,50	2,47
Relaciones Sociales	26	11,27	11,50	2,66
Ambiente	26	12,96	13,00	2,47

De los 4 dominios descritos en la calidad de vida según el WHOQOL-BREF, el dominio con el puntaje más bajo, son las relaciones sociales, donde el 50% de los casos puntúa sobre 11,5 pts., con una media de 11,27 y una desviación estándar de 2,6, el puntaje mínimo obtenido en esta dimensión fue de 5 pts., y el máximo de 16 pts. Por otro lado, la dimensión con mayor puntaje fue la Salud Física, con un 50% de los valores sobre 14 pts., una media de 13,26 y una desviación estándar de 2,9 puntos, con un mínimo y máximo de 8 y 20 pts. Respectivamente.

#### 4.6.1. Calidad de Vida y Género

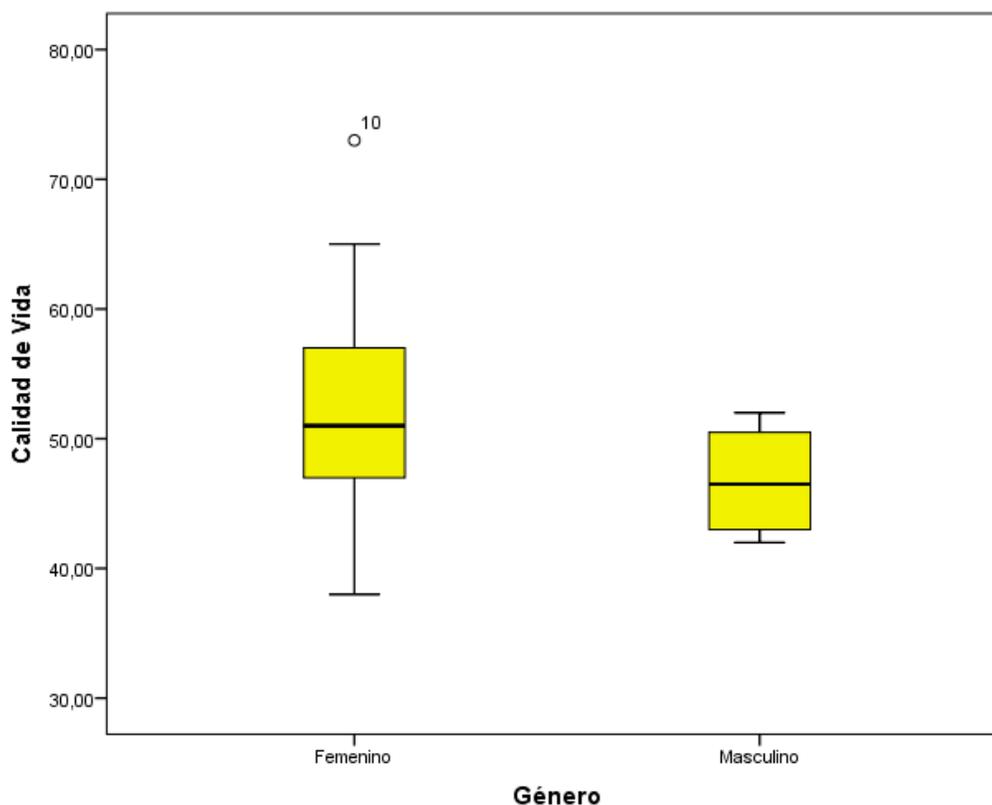


Figura 14: Gráfico calidad de vida en puntaje obtenido en WHOQOL-BREF según género

Tabla 31: Estadísticos descriptivos de calidad de vida según género

Calidad de Vida				
Género	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Femenino	22	52,22	51,00	8,53
Masculino	4	46,75	46,50	4,57
Total	26	51,38	50,50	8,23

El género femenino obtuvo una media de 52,22 puntos en calidad de vida, con una desviación estándar de 8,53 pts., por otro lado, el género masculino obtuvo una media de 46,75 puntos y se desvía de la media en 4,57 pts.

**4.6.2. Calidad de Vida y Rango de edad**

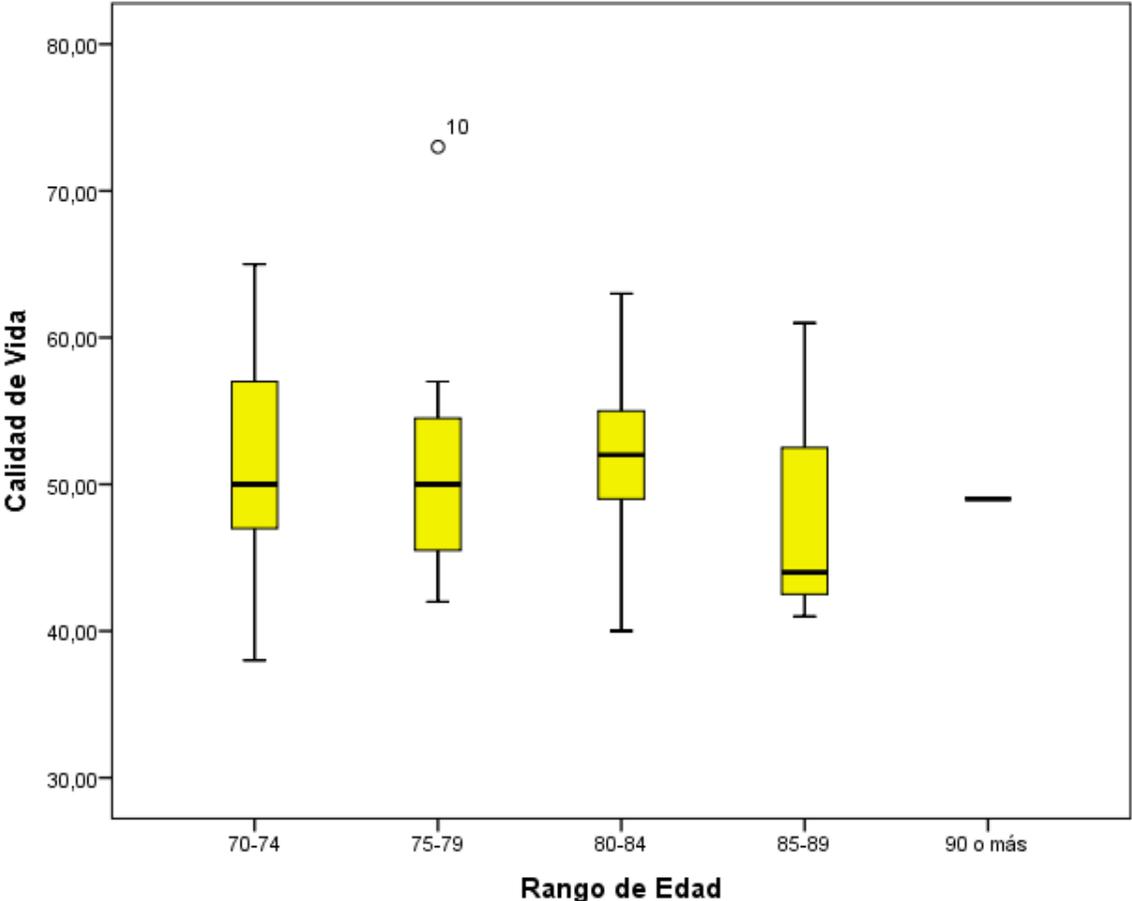


Figura 15: Gráfico calidad de vida por rango de edad

Tabla 32: Estadísticos descriptivos de calidad de vida por rango de edad

	Rango de Edad	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Calidad de Vida	70-74	6	51,16	50	9,17
	75-79	7	52,14	50	10,44
	80-84	9	52,11	52	6,60
	85-89	3	48,66	44	10,78
	90 o más	1	49,00	49	.
	Total	26	51,38	50,5	8,23

El rango etario con menos número de casos es el grupo de 90 o más años (n=1). En la suma de todas las dimensiones de la calidad de vida, si se observan los promedios respecto al rango de edad, los rangos etarios menores, tienen porcentajes mal altos, a diferencia de los grupos etarios mayores.

### 4.6.3. Calidad de Vida y ABVD

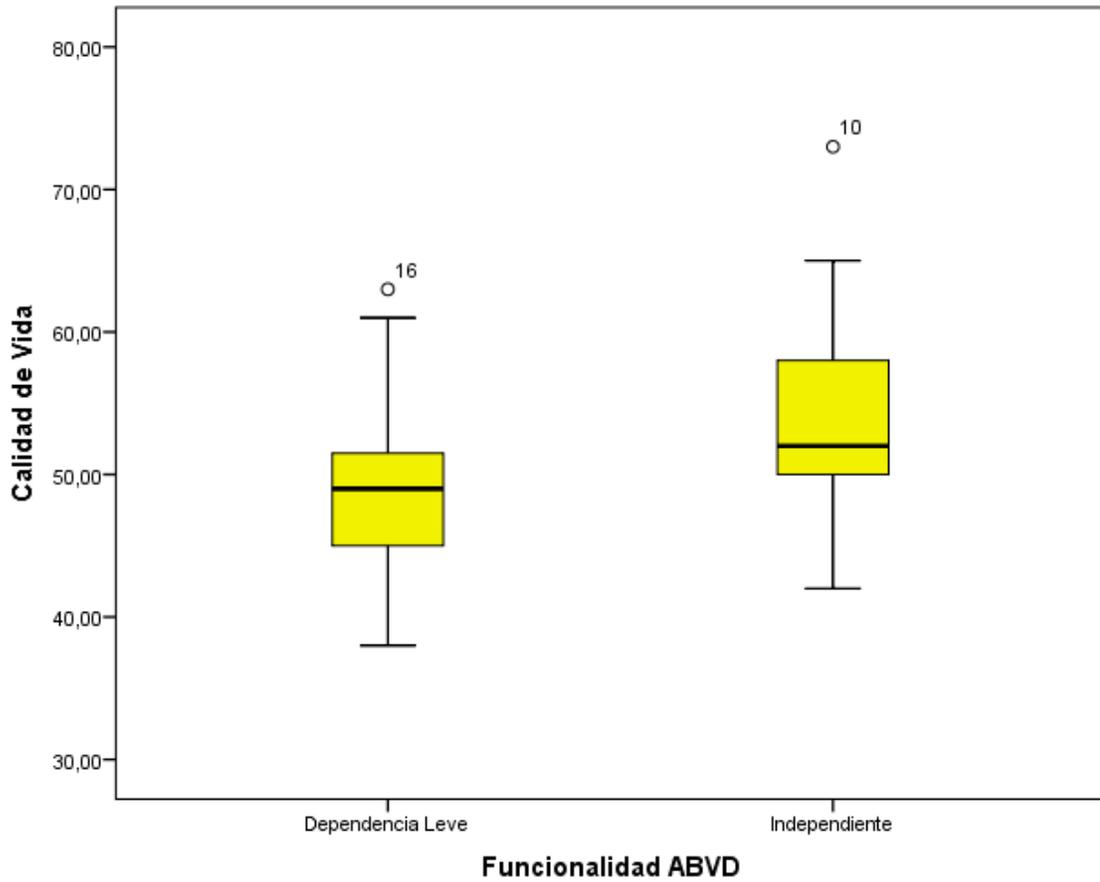


Figura 16: Gráfico calidad de vida y funcionalidad en ABVD.

Tabla 33: Estadísticos descriptivos de calidad de vida respecto a la funcionalidad en ABVD

	Escala de Barthel	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Calidad de Vida	Dependencia Leve	15	49,06	49,00	7,18
	Independiente	11	54,54	52,00	8,83
	Total	26	51,38	50,50	8,23

En calidad de vida y ABVD, se muestra que, en promedio, las personas independientes, tienen un puntaje mayor en Calidad de vida con una media de 54,54 pts. y se desvían de ésta en 8,8 pts. Por otro lado, las personas con un nivel de dependencia leve puntúan con una media de 49,06, una desviación estándar de 7,1 pts.

#### 4.6.4. Calidad de Vida y AIVD

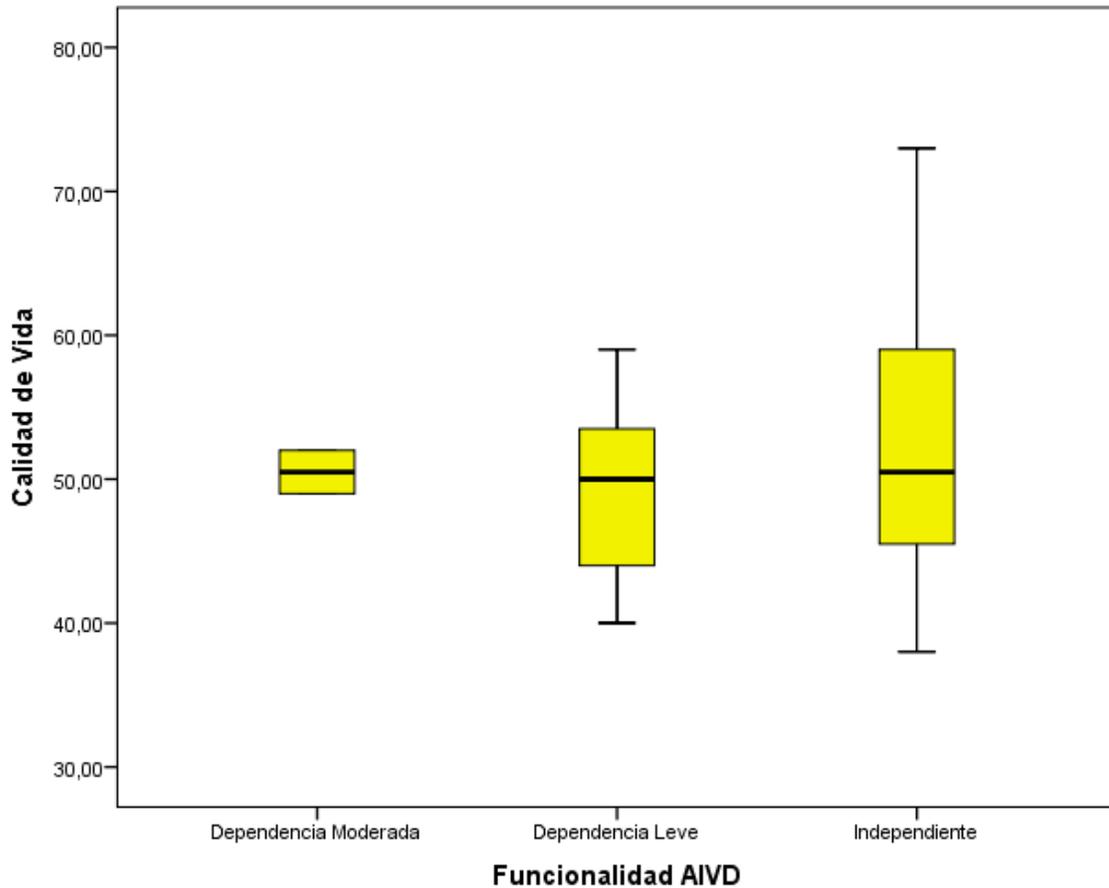


Figura 17: Gráfico calidad de vida y funcionalidad en AIVD

Tabla 34: Estadísticos descriptivos de calidad de vida respecto a la funcionalidad en AIVD

	Índice de Lawton	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Calidad de Vida	Dependencia Moderada	2	50,50	50,50	2,12
	Dependencia Leve	8	49,25	50,00	6,51
	Independiente	16	52,56	50,50	9,42
	Total	26	51,38	50,50	8,23

En AIVD las tres clasificaciones tienen medianas similares. Las medias y desviaciones estándar de dependientes moderados son 50,5 y 2,12, en dependientes leves 49,25 y 6,5 y en independientes son 52,56 y 8,23 respectivamente.

#### 4.6.5. Calidad de Vida y Estado emocional

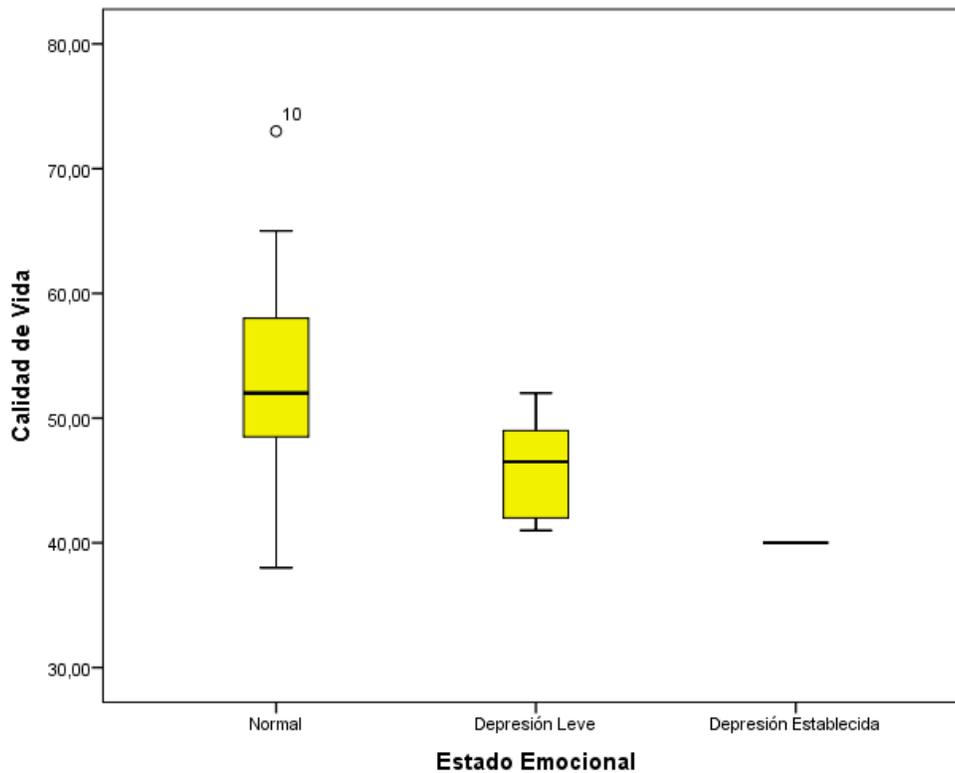


Figura 18: Gráfico calidad de vida y estado emocional

Tabla 35: Estadísticos descriptivos de la calidad de vida respecto al estado emocional

		Escala de Yesavage	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Calidad de Vida	Normal		19	53,63	52,00	8,18
	Depresión Leve		6	46,16	46,50	4,44
	Depresión Establecida		1	40,00	40,00	.
	Total		26	51,38	50,50	8,23

La calidad de vida respecto al estado emocional muestra que quienes tienen un estado emocional normal, obtuvieron puntajes más altos en la calidad de vida, con una media de 53,63 pts. Mientras que quien tiene puntaje que indica depresión establecida, según escala de Yesavage, obtuvieron puntajes menores en calidad de vida, con una media de 40 pts. Es importante destacar, que solo hubo un caso de depresión establecida, comparado con 19 casos de estado emocional normal.

#### 4.6.6. Calidad de Vida y Calidad de Relaciones Sociales

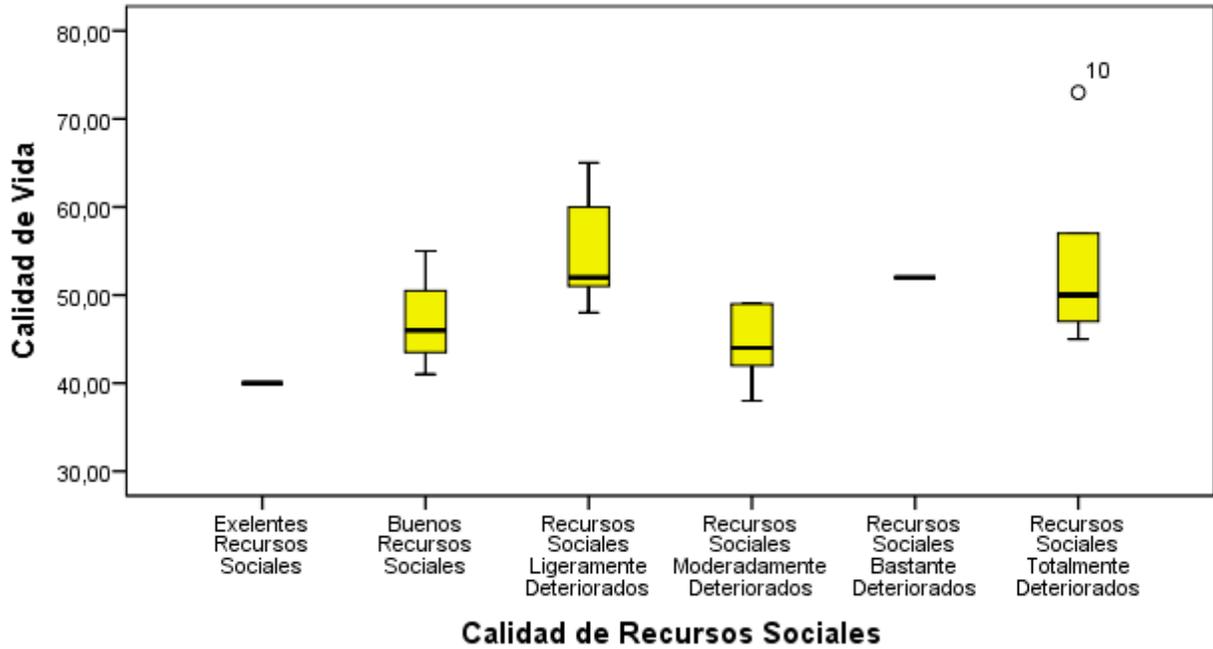


Figura 19: Gráfico Calidad de Vida y Calidad de Relaciones Sociales

Tabla 36: Estadísticos descriptivos de calidad de vida respecto a la calidad de relaciones sociales

OARS	N	Media	Mediana	Desviación estándar
Excelentes Recursos Sociales	1	40,00	40,00	.
Buenos Recursos Sociales	3	47,33	46,00	7,09
Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	11	55,27	52,00	5,95
Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	5	44,40	44,00	4,72
Recursos Sociales Bastante Deteriorados	1	52,00	52,00	.
Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	5	54,40	50,00	11,34
Total	26	51,38	50,50	8,23

## **5. DISCUSIÓN**

### **5.1. Características generales**

Las características de la muestra según género se observó una mayor cantidad de mujeres, correspondiente con el alto nivel de feminización de la vejez (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). La edad promedio de la población de estudio fue de 79,5 años y respecto a la educación, los años promedio de estudio fueron 6,8 años, un valor por debajo del promedio de 8,5 años mostrado por la CASEN 2015, además el nivel educacional alcanzado por la mayor parte de la población de estudio fue la enseñanza básica incompleta, con el 30% aproximadamente.

### **5.2. Calidad de vida**

Los resultados generales obtenidos en las dimensiones de la calidad de vida entregados por el cuestionario WHOQOL-BREF son similares a los resultados obtenidos en otro estudio realizado en la comuna (Acevedo, Hernández, & Meli, 2015), donde la dimensión mejor valorada por los AM fue la salud física y la con menor valoración fue la salud social. Sin embargo, estos resultados se contradicen a los descritos por la IV Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (Instituto Sociología UC, 2017), en donde el subíndice mejor evaluado son las relaciones afectivas. Respecto al género, las mujeres obtuvieron en promedio mayores puntajes en calidad de vida, y no hubo diferencias evidentes según edad. Se ve una menor percepción de calidad de vida cuando existe algún nivel de dependencia en ABVD y cuando existen estados depresivos, no así cuando hay algún nivel de dependencia en AIVD.

### **5.3. Funcionalidad**

#### **5.3.1. Funcionalidad Física**

Según el Estudio Nacional de Dependencia (2009) el 24,1% de las personas mayores tiene algún nivel de dependencia, siendo el grupo más afectado las mujeres y de mayor edad (González et al., 2009). Datos que se condicen fielmente a los arrojados por este estudio.

El 57,69% de la población de estudio presentó nivel leve de dependencia en ABVD, siendo un porcentaje mayor al 38,4% de dependencia en AIVD. A diferencia de los datos entregados por la Encuesta Nacional de Dependencia (2009) en donde existe un mayor porcentaje en las AIVD (33,1%) por sobre el 13,8% en ABVD.

Respecto a las AIVD, el 61,54% de la población de estudio es independiente, el 30,77% presenta dependencia leve y el 7,69% dependencia moderada, no es posible determinar alguna relación con la edad respecto al género, el 100% de los hombres evaluados en independiente, y la mayor parte de las mujeres también lo son, aunque también existe un porcentaje de éstas con dependencia leve (30,8% del total) y un porcentaje menor (7,7% del total) con dependencia moderada. Es posible observar que cuando se es más dependientes existe una mediana menor del puntaje del MMSE abreviado.

### **5.3.2. Funcionalidad Cognitiva**

Respecto a la funcionalidad cognitiva, si bien en este estudio se incluyeron solo casos de estado cognitivo normal, es posible hacer un análisis de los puntajes obtenidos en el MMSE abreviado, en donde el puntaje con mayor cantidad de casos fue 17 puntos (n=5).

Conforme aumentan los años, la media y mediana del puntaje disminuyen, habiendo una diferencia respecto al género, donde el puntaje es menor que en hombres.

Cuando existen estudios superiores completos, la mediana del puntaje en el MMSE abreviado es mayor que cualquier otro nivel educacional. Además, cada nivel educacional completo puntúa mayor que el mismo nivel incompleto.

Según SABE las mujeres presentan mayor deterioro cognitivo, no pudiendo corroborar esto con nuestro estudio dado la diferencia en la muestra por género.

### **5.3.3. Funcionalidad Emocional**

El 73,08% de la población de estudio tiene un estado emocional normal, datos que se asemejan a los obtenidos por la IV encuesta de calidad de vida en la vejez, donde más de 74% de la población AM reporta satisfacción con la vida. (Instituto Sociología UC, 2017).

Según SABE 2001 las mujeres presentan mayor deterioro emocional, según nuestro estudio, la mayoría de las mujeres presenta un estado emocional normal. No obstante, el único caso de depresión establecida era una mujer.

#### **5.4. Redes de apoyo**

El 50% de la población evaluada participa en alguna organización social, siendo similar al 44,2% reportado por la ENCAVI y 34% de la CASEN 2015.

Respecto al género, la calidad de las relaciones, evaluadas con OARS, en mujeres es variada, pero para los hombres se centra entre relaciones sociales ligeramente y moderadamente deterioradas.

La participación en las redes descritas es exclusiva de las mujeres, ya que, ningún hombre participante del estudio participa en alguna red de apoyo. Los motivos de no participación descritos por los hombres fueron “no le gusta” y “no tiene tiempo”, y los de las mujeres son “motivos personales” y “dificultad física”

Las redes de apoyo más frecuentadas son taller de actividad física, seguido de los clubes de adulto mayor y la Iglesia.

## 6. CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, podemos destacar que la población de estudio obtenida muestra claramente el fenómeno demográfico de la feminización de la vejez, y que además el nivel de escolaridad de la población de estudio está por debajo del promedio nacional. Otro dato relevante obtenido es que la mitad de la población de estudio relata participar en alguna red de apoyo, sin embargo, son solo mujeres quienes participan. Las principales razones de no participación en hombres radican en las motivaciones e intereses y en las mujeres en lo físico o personal. Por otro lado, la red más frecuentada, por sobre las demás es el taller de actividad física. Y por último, la calidad de redes donde se concentra la mayor parte de la población es en “recursos sociales ligeramente y moderadamente deteriorados”, lo que demuestra que la población blanco del Programa Vínculos estaría bien enfocada, ya que, este programa busca vincular a las personas vulnerables socialmente a las redes prestadas por la comuna.

Como conclusión final, es importante mencionar, que las diversas características descritas por esta población confirman la heterogeneidad del envejecimiento, en donde el entorno puede influir de manera positiva o negativa en la vida del AM, y que todo esto depende de las características personales.

## **7. LIMITACIONES**

Al ser un estudio descriptivo, y con una muestra igual a la población de estudio, con un número de casos disminuido no es posible extrapolar los resultados obtenidos a la población de la comuna, mucho menos a nivel nacional. Es por esto que son necesarios estudios clínicos de alta jerarquía como ensayos clínicos randomizados para determinar los tamaños del efecto de la participación y la calidad de las redes de apoyo sobre la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores.

Debido a las limitaciones de este diseño no se pueden hacer inferencias estadísticas como tampoco determinar relaciones causales acerca de cualquiera de las variables de resultado en cuestión. Se sugiere la realización de correlación entre variables desarrollando para ello modelos estadísticos más sofisticados que los utilizados en el presente estudio

## **8. PROYECCIONES**

Los estudios descriptivos son importantes para caracterizar las variables clínicamente relevantes de las poblaciones objeto de estudio. Son uno de los primeros pasos en la secuencia metodológica del paradigma de investigación clínica. Es necesario conocer como son las redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida en AM del Centro Gerontológico de la Comuna de El Bosque, ya que es un primer acercamiento a futuras investigaciones de mayor profundidad y especificidad.

La utilidad de este trabajo para las entidades comunales, como lo son el Centro Gerontológico y el Municipio, y gubernamentales como el SENAMA, permitirá que se puedan implementar medidas adecuadas en torno a esta población.

## REFERENCIAS

- Acevedo, B. R., Hernández, D. L., & Meli, S. (2015). *Funcionalidad, capacidad funcional y percepción de calidad de vida en adultos mayores de 80 años y más que viven solos en la comunidad, inscritos en el centro gerontológico y/o CESFAM Dr. Carlos Lorca de la comuna de El Bosque*. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- Antonucci, T., & Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. In Martínez Roca S.A. (Ed.), *Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social*. (pp. 129–148). Barcelona, España.
- Arias, C. (2002). Las redes de apoyo social en las personas de edad. Universidad del Mar del Plata, Mar del Plata.
- Barraza-Castillo, M. (2006). El envejecimiento. *Programa De Diplomado En Salud Publica Y Familiar*, 15. Retrieved from [www.medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/con](http://www.medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/con)
- Barros, L. C. (2001). Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor, documento presentado en el simposio “Antropología de la vejez, cuarto congreso chileno de antropología.” Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2015). REPORTE ESTADISTICO COMUNAL 2015 El Bosque, 1–26.
- Boreal. (2011). Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística sobre vejez y envejecimiento, 125. Retrieved from <http://goo.gl/Pek5if>
- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12(1), 11–24. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Brody, I. L. Y., Hernández, K., & Vivian, P. (2016). Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales lawton y brody, 55–62.
- CELADE. (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. *Boletín Informativo*, 79.
- Cruz, A. J., González, M., Alarcón, T., & Rexach, C. (2006). Curso sobre uso de escalas de valoración geriátrica. *Prous Science S.A.*, 198.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*, 579–586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Geilfus, F. (2009). *80 Herramientas para el desarrollo paticipativo*. San José, Costa Rica.
- González-Hernández, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., & von Bernhardt, R. (2009). Normalización del Mini-Mental State Examination según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Memoriza*, 3, 23–34.

- González, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. *SENAMA Gobierno de Chile*, 10–12. Retrieved from <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores.pdf>
- Grau Fibla, G., Eiroa Patiño, P., & Cayuela Domínguez, a. (1996). Versión española de OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria*, 17(8), 486–495. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-version-espanola-del-oars-multidimensional-14256>
- Guzmán, J. M. (2002). Redes de apoyo social en personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de exoertos en redes de apoyo social a personas mayores, Santiago de Chile, CEPAL, 9 al 12 de Diciembre de 2002. *Envejecimiento Y Desarrollo En América Latina Y El Caribe*.
- Herrero, J., & Musitu Ochoa, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Rev Psicol Soc.*, 13(2), 195–203.
- Hoyl, Trinidad. Valenzuela, Eduardo. Marín, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1199–1204. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>
- Ibañez, C., España, M., Miranda, V., & Gillmore, M. (2005). Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, 54.
- Icaza, María. Albala, C. (1999). Minimental State Examinations (MMSE) del estudio de demencia en Chile. *OPS. Investigaciones En Salud Pública. Documentos Técnicos*, 7.
- INE. (2010). Población adulta mayor en el bicentenario, 1–8. Retrieved from [http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci?n\\_Adulta\\_Mayor\\_en\\_el\\_Bicentenario](http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci?n_Adulta_Mayor_en_el_Bicentenario)
- Instituto Sociología UC. (2017). *Resultados IV Encuesta Nacionala de Calidad de Vida en la Vejez Chile y sus Mayores*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Intendencia Metropolitana. (2008). INAUGURACIÓN NUEVO CENTRO GERONTOLÓGICO EN EL BOSQUE - Intendencia Metropolitana - Gobierno de Chile.
- Jaspers-Faijer, D. (2008). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para Amércila Latina y el Caribe. Separata. *Boletín Envejecimiento CELADE-CEPAL*, 4. Retrieved from [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata\\_Indicadores\\_Envejecimiento.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata_Indicadores_Envejecimiento.pdf)
- Jiménez, P., & López, F. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Rev Neurol*, 55(6), 337–342.
- Kane, R. A., Kane, R. L., & Carrillo, E. (1993). Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición.
- Kane, R. L., Outlander, J. ., & Abrass, I. B. (2000). El paciente geriátrico demografía y

- epidemiología. El apoyo social. In *Geriatría clínica*. (4ta. Edici, p. 17). México, D.F: McGraw-Hill Companies.
- Khan, R.L. Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: atachmente, roles and social support. In O. Baltes, P.B. Brim (Ed.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 254–283). Boston: Lexington.
- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. (2007). La Escala de depresión geriátrica. *Hartford Institute Geriatric Nursing, New York Univesity College Of Nursing*, (4).
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental activities of daily living scale (IADL). *Gerontologist*, 9, 179–186.
- León, B. (2015). Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas (Tesis doctoral). *UCM, Facultad de Ciencias Políticas Y Sociología*, 265. Retrieved from <http://eprints.sim.ucm.es/27912/1/T35623.pdf>
- Leturia, F., Yanguas, J., Arriola, E., & Uriarte, A. (1978). Escala de Recursos Sociales (OARS). Duke University Center.
- Lomnitz, L. (1994). Redes sociales, cultura y poder. México: Ensayos de antropología latinoamericana. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Madruga, F., Castellote, F.J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C., Jiménez, E. . (1992). Indice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 27(8), 130.
- Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620–630. <https://doi.org/10.4321/S1131-57682002001000003>
- MIDEPLAN. (2007). Programa Vínculos. *Secretaria Ejecutiva de Protección Social*, 1–14. Retrieved from [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/vinculos\\_chiloso1.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/vinculos_chiloso1.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025. *Servicio Nacional Del Adulto Mayor, Gobierno de Chile*, 1–72. Retrieved from <http://www.confiteca.com.ec/es/sobrenosotros/politica-integral>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Subsecretaría de Desarrollo Social.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025. Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile*. Retrieved from <http://www.confiteca.com.ec/es/sobrenosotros/politica-integral>
- MINSAL. (2010). Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Programa de Salud del Adulto Mayor. División de Prevención y Control de

- Enfermedades. Subsecretaria de Salud Pública. Retrieved from <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- MINSAL. (2014). Programa nacional de salud de las personas adultas mayores MINSAL. *Minsal*, 239. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Morales, M. E. (2001). Chile Envejece. Universidad de Chile. Retrieved from <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien5.htm>
- Observatorio Social. (2014). Reporte Comunal : El Bosque , Region Metropolitana, 1–6.
- OMS. (2001). El Abrazo Mundial. *Oms*, 66.
- OMS. (2012). OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- ONU. (2014). La situación demográfica en el mundo, 2014. Informe conciso. *Departamento de Asuntos Económicos Y Sociales*, 1–38. <https://doi.org/www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/.../es.pdf>
- Pérez, V., & Sierra, F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 296–302. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000200017>
- Quiroga L., P., Albala B., C., & Klaasen P., G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista Medica de Chile*, 132(4), 467–478. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000400009>
- Rubio, R. Aleixandre, M. Cabezas, J. (1997). Estudio sobre valoración de la calidad de vida en la población andaluza. *Geriatría*, 13(6), 33–34.
- Ryff, C. Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39.
- Sánchez, C. (1996). Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer. San Juan, Puerto Rico, Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez.
- Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97–114. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>
- Sánchez Ayendez, M. (1994). El apoyo social informal. In *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (pp. 360–368). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Scott, A., & Wegner, C. G. (1996). Género y redes de apoyo social en la vejez. Narcea, Madrid: Relación entre género y envejecimiento, enfoque psicológico.
- SENAMA. (n.d.). Participación y Vejez. Retrieved from <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
- SENAMA. (2011). Chile Quiere a sus Mayores. *Cuenta Pública*, 1–37.

- SENAMA. (2014). GLOSARIO GERONTOLÓGICO. 2014.
- Sheikh, J.I. Yesavage, J. A. (1986). No Title Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 5(1-2), 165-173.  
[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- The WHOQOL Group. (1996). Whoqol-Bref: Introduction , Administration , Scoring and Generic Version of the Assessment. *Programme on Mental Health*, (December), 16.  
<https://doi.org/10.1037/t01408-000>
- Torres Hidalgo, M., Quezada V., M., Rioseco H., R., & Ducci V., M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Medica de Chile*, 136(3), 325-333.  
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>
- Vicente López, J. M. (2010). Envejecimiento Activo, 36(4), 1-111.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores Psychological Well-Being, Perceived Social Support and Health Perception Among Older Adults. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 30(2), 718-4808.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Votano, J., Parham, M., & Hall, L. (2004). Actividades Intrumentales de la Vida Diaria. *Chemistry & ...*, 1-2. Retrieved from  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
- WHOQOL Group. (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2, 153-159.

## ANEXOS

### Anexo 1: Acta de protocolo Comité de Ética



COMITÉ DE  
**ÉTICA INSTITUCIONAL**  
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

SANTIAGO 05 DE JUNIO 2017  
INFORME N°291/

**Tesistas**  
**Camila Poblete y Fernanda Quinteros**  
**Departamento de Kinesiología**  
**Facultad de Artes y Educación Física**  
**Universidad de Santiago de Chile**  
Presente



Estimadas Sras. Poblete y Quinteros.

Se hace llegar a usted el presente informe emitido por el Comité de Ética Institucional, en relación con:

#### I. IDENTIFICACIÓN

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida en adultos mayores de 70 años y más adscritos al Programa Vínculos del Centro Gerontológico de El Bosque.

**TIPO DE PROYECTO:** Proyecto de Tesis.

**INVESTIGADOR/A RESPONSABLE:** Camila Poblete y Fernanda Quinteros.

**PROFESOR/A GUÍA:** Margarita Lepe

**LABORATORIO/ UNIDAD ACADÉMICA:** Departamento de Kinesiología

**CORREO ELECTRÓNICO:** camipobletetzner@gmail.com y fernanda.quinteros.m@gmail.com

#### II. DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA PARA LA EMISIÓN DE ESTE INFORME:

- Autorización de instituciones.
- Consentimiento Informado para consultados en cuestionario de funcionalidad física escala de Barthel.
- Consentimiento informado para consultados en cuestionario de funcionalidad física escala de Yesavage.
- Consentimiento informado índice de Lawton.
- Consentimiento informado minimal.
- Consentimiento informado OARS.
- Consentimiento informado PFEFFER.
- Consentimiento informado WHOQOL-BREF.
- Proyecto de Tesis.
- Solicitud de Evaluación ética.

#### III. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Describir las redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida de los adultos mayores de 70 años y más en evaluación para ingreso al Programa Vínculos el año 2017, a cargo del Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque.

Hoja 1 de 2

Universidad de Santiago de Chile | Vicerrectoría de Investigación, Desarrollo e Innovación  
Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 2229 | Santiago | Chile  
Segundo piso | oficina n° 2 | Teléfono: +56 2 27180293 - 294  
www.cei.usach.cl | www.vridei.usach.cl



Estudio descriptivo, con diseño observacional de corte transversal en el cual participarán adultos mayores de 70 años y más en evaluación durante el año 2017 por el Programa Vínculo a cargo del Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque.

Se aplicarán escalas y cuestionarios para acceder a cada una de las variables abordadas.

#### IV. ANÁLISIS ÉTICO

Se han tenido a la vista todos los documentos anexados: Autorización de instituciones, Consentimiento informado para cada una de las siete escalas a ser aplicadas, Proyecto de Tesis y Solicitud de Evaluación ética.

A modo preliminar se requiere incorporar los siguientes aspectos:

1. Consolidar la aplicación de cada una de las siete escalas en un solo consentimiento informado, ya que se trata de un solo estudio con siete variables, si no estaríamos evaluando siete estudios distintos que no parece ser el caso.
2. Se podría redactar un solo documento de consentimiento, con una sola firma, que contenga información breve de los tres tipos de instrumentos que se aplicarán para la funcionalidad, para la calidad de vida, y para la participación social.
3. Incorporar en el consentimiento los posibles riesgos y las formas de subsanar efectos adversos que puedan surgir de la participación en la investigación.
4. Debe figurar al final la firma del investigador junto con la del sujeto participante.

#### Análisis 29 mayo de 2017

Se incorporan correctamente los alcances en este proyecto.

#### V. CONCLUSIONES

Se aprueba el proyecto con la documentación anexa modificada.

Saluda atentamente a Ud.

**Dra. Ana María Fernández**  
Evaluador Co-responsable  
Área Cs. Humanidades y Económicas  
Comité de Ética Institucional

MV/AMF/F.  
Distribución  
1.-Sra. Carolina San Martín-Coordinadora UMCE  
2.- Archivo Comité de Ética

**Dr. Marco Villalta**  
Coordinador  
Área Cs. Humanidades y Económicas  
Comité de Ética Institucional



**Dr. Francisco León**  
Evaluador Responsable  
Área Cs. Humanidades y Económicas  
Comité de Ética Institucional

Hoja 2 de 2

## Anexo 2: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTADOS EN CUESTIONARIOS DE REDES DE APOYO, FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA**

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio “Redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida en adultos mayores de 70 años y más evaluados por el Programa Vínculos y adscritos al Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque”. A cargo de las tesis Camila Poblete Tetzner y Fernanda Quinteros Muñoz. A cargo de la profesora guía Marcela Lepe Leiva, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es describir la vinculación con redes de apoyo, funcionalidad y percepción de calidad de vida en adultos mayores de 70 años y más evaluados por el Programa Vínculos y adscritos al Centro Gerontológico de la comuna de El Bosque.

Si acepta participar en este estudio se requerirá responder los siguientes cuestionarios: Para evaluar la funcionalidad física se utilizará la ESCALA DE BARTHEL, que describe las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como comer, vestirse, ir al baño, trasladarse, entre otras y tiene por objetivo determinar su autonomía-dependencia, y el INDICE DE LAWTON en el cual se evaluará sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como la preparación de la comida, tareas domésticas, transporte, entre otras. Para evaluar la funcionalidad emocional se utilizará la ESCALA DE YESAVAGE, cuestionario a través del cual se medirá su motivación y satisfacción con la vida. La funcionalidad cognitiva se medirá a través del MINIMENTAL TEST ABREVIADO el cual evalúa orientación espacial y temporal, atención, comprensión y memoria, además del PFEFFER el cual evaluará AIVD y es utilizado para complementar la evaluación del estado cognitivo con información entregada por un familiar o cuidador del paciente. Para evaluar calidad de vida, se utilizará el WHOQOL-BREF que evalúa la satisfacción de su vida en el área física, psicológica, relaciones sociales y ambientales. Y por último evaluaremos las redes de apoyo mediante la ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS).

Consiste en una única aplicación durante el primer semestre del año 2017. Esta actividad se realizará de manera PERSONAL y el tiempo estimado en ella es de 30 minutos aproximadamente.

Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted. Además, tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente.

La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en los cuestionarios a responder.

Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados. Sus datos estarán protegidos y resguardados de manera que solo los investigadores puedan acceder a ellos.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a la disciplina de Gerontología. Por otra parte, su participación en el estudio no conllevará ningún riesgo ni efecto adverso para usted.

Campus Macul | Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago  
Teléfono: (56-2) 22412441 | Fax: (56-2) 22412699 | Correo electrónico: [direccion.investigacion@umce.cl](mailto:direccion.investigacion@umce.cl)  
Sitio Web <http://www.umce.cl/index.php/direccion-investigacion-comite-de-etica>



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Si tiene consultas respecto de esta investigación puede contactarse con la profesora guía responsable y kinesióloga MARCELA LEPE LEIVA al teléfono +56995195175 o al mail institucional [marcela.lepe@umce.cl](mailto:marcela.lepe@umce.cl). Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad de Santiago de Chile al teléfono 227180293 o al correo electrónico [comitedeetica@usach.cl](mailto:comitedeetica@usach.cl). También puede solicitar más información sobre la ética del proyecto en el teléfono 22412441 y en el correo electrónico [evaluacion.etica@umce.cl](mailto:evaluacion.etica@umce.cl).

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo de este estudio.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y declaro que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio

\_\_\_\_\_  
Firma Encuestado



\_\_\_\_\_  
Camila Poblete Tetzner  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre Encuestado

\_\_\_\_\_  
Fernanda Quinteros Muñoz  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Anexo 3: Ficha de registro

#### FICHA

##### ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Casa Propia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Sabe leer: \_\_\_\_\_ Sabe escribir: \_\_\_\_\_

##### ANTECEDENTES MÓRBIDOS

HTA: \_\_\_ DM-II: \_\_\_ DLP: \_\_\_ Artrosis: \_\_\_ EPOC: \_\_\_ ECV: \_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
Otra: \_\_\_\_\_  
Alteración Auditiva: \_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_ Usa Audífonos: \_\_\_\_\_  
Alteración Visual: \_\_\_ Cuál?: \_\_\_\_\_ Usa Lentes: \_\_\_\_\_  
Incontinencia: \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_ Uso de ayuda técnica: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
Cirugías Recientes: \_\_\_\_\_ Caídas recientes: \_\_\_\_\_  
Evento CV reciente: \_\_\_\_\_ Actividad Física: \_\_\_\_\_  
Vive solo(a): \_\_\_ ¿Con quién vive?: \_\_\_\_\_ Uso teléfono: \_\_\_\_\_  
Participa en alguna actividad, taller Iglesia (Cuál): \_\_\_\_\_  
Motivo de NO participación: \_\_\_\_\_  
Posibilidad de cuidador: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

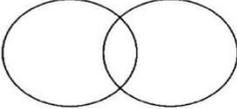
##### RESULTADOS

Test	Puntaje	Clasificación
MMSE Abreviado		
Escala de Barthel		
Índice de Lawton		
OARS		
Yesavage		
WHOQOL-BREF		
Pfeffer		

Observaciones
---------------

## Anexo 4: Mini-mental test abreviado

### EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p><b>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p><b>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 los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTA</th> <th style="width: 15%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones .....</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Mesa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Avión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p><b>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</b></p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1      3      5      7      9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">9</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">7</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">5</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">3</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto <span style="font-size: 2em;">↓</span></p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																	
Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p><b>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> </div>	<p>Ninguna acción ..... 0</p> <p style="text-align: right;">Correcto</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Toma papel con la mano derecha .....</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	Toma papel con la mano derecha .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dobla por la mitad con ambas manos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coloca sobre las piernas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Toma papel con la mano derecha .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Dobla por la mitad con ambas manos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Coloca sobre las piernas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p><b>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTO</th> <th style="width: 15%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 10%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Mesa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Avión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p><b>6. Por favor copie este dibujo:</b></p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%;">CORRECTO</th> <th style="width: 33%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 33%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p><b>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</b></p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos. Normal = ≥14    Alterado = ≤13</p>																									

## Anexo 5: Escala de Barthel

### Índice De Barthel

#### Actividades básicas de la vida diaria

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

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

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

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

## Anexo 6: Índice de Lawton

### INDICE DE LAWTON - Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
	- No participa en ninguna labor de la casa		0
Lavado de ropa	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	- No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
<b>TOTAL</b>			

#### Interpretación:

##### Mujeres

Dependencia 0-1 Total 2-3 Grave 4-5 Moderada 6-7 Leve 8 Autónoma

##### Hombres

Dependencia 0 Total 1 Grave 2-3 Moderada 4 Leve 5 Autónomo

Anexo 7: Escala de Recursos Sociales (OARS)

# ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)

Apellidos _____	Nombre _____
Entrevistador/a _____	Fecha _____
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:	
<b>¿Cuál es su estado civil?</b>	
1. Soltero	<input type="checkbox"/>
2. Casado	<input type="checkbox"/>
3. Viudo	<input type="checkbox"/>
4. Separado	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
<b>¿Vive su cónyuge en la residencia?</b>	
1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
<b>Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?</b>	
1. Una vez a la semana o más	<input type="checkbox"/>
2. Una a tres veces al mes	<input type="checkbox"/>
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones	<input type="checkbox"/>
0. Nunca	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
<b>¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?</b>	
3. Cinco o más	<input type="checkbox"/>
2. Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
1. Una o dos	<input type="checkbox"/>
0. Ninguna	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
<b>¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)</b>	
3. Una vez al día o más	<input type="checkbox"/>
2. Dos veces	<input type="checkbox"/>
1. Una vez	<input type="checkbox"/>
0. Ninguna	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>

**¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?**

- 3. Una vez al día o más
- 2. De dos a seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

**¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?**

- 2. Sí
- 0. No
- NS/NC

**¿Con qué frecuencia se siente solo?**

- 0. Bastante a menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Casi nunca
- 3. NS/NC

**¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?**

- 1. Tan a menudo como deseo
- 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
- No responde

**¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)?** (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

- 1. Sí
- 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme
- No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) *¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?*

- 1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
- 2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
- 3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.
- No responde.

b) *¿Quién es esa persona?*

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

## ESCALA DE VALORACIÓN

Evaluar los recursos sociales del anciano que está siendo valorado en una de las seis categorías siguientes. Rodear aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

1. **Excelentes recursos sociales.** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.
2. **Buenos recursos sociales.** Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
3. **Recursos sociales ligeramente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería sólo por un corto espacio de tiempo.
4. **Recursos sociales moderadamente deteriorados.** Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.
5. **Recursos sociales bastante deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
6. **Recursos sociales totalmente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

## Anexo 8: Escala de Yesavage

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA Yesavage

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

<i>Preguntas</i>			<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
3 ¿Se aburre a menudo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
4 ¿Siente que su vida esta vacía?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
*5 ¿Esta de buen animo la mayor parte del tiempo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
*7 ¿Esta contento la mayor parte del tiempo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
*11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
*13 ¿Se siente lleno de energías?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
15 ¿Cree que la mayoría esta mejor que usted?	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>				

**Puntuación:** Un punto cuando responde "**NO**" a las respuestas marcadas con asterisco.

Un punto cuando corresponda "**SI**" al resto de las preguntas.

**Escala:** Normal **0-5**  
 Depresión Leve **6-9**  
 Depresión Establecida **> 10**

## Anexo 9: WHOQOL-BREF

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena	
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente	
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---

---

---

## **Anexo 10: Transformación de puntajes WHOQOL-BREF**

DOMINIO 1→Salud Física

DOMINIO 2→Salud Psicológica

DOMINIO 3→Relaciones Sociales

DOMINIO 4→Ambiente

Obtención de Puntaje:

1. Las 26 preguntas deben tener un rango de 1 a 5
2. Invertir puntaje de preguntas 3, 4 y 26 →  $(1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1)$
3. Sumar preguntas por dominio:
  - a. Salud Física:  $P3+P4+P10+P15+P16+P17+P18$
  - b. Salud Psicológica:  $P5+P6+P6+P11+P19+P26$
  - c. Relaciones Sociales:  $P20+P21+P22$
  - d. Ambiente:  $P8+P9+P12+P13+P14+P23+P24+P25$
4. Conversión de puntaje en rango 4-20 según tabla indicada por la OMS.

**Table 4 - Method for converting raw scores to transformed scores**

DOMAIN 1		
Raw Score	Trasnformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Trasnformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

## Anexo 11: Cuestionario Pfeffer

### Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer (del informante)

**Este cuestionario debe ser aplicado por cualquier miembro del equipo, a la persona con más contacto que viva con el adulto mayor.**

1. ¿Maneja él/ ella su propio dinero?
2. ¿Es él/ ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa y comestibles?
3. ¿Es él/ ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?
4. ¿Es él/ ella capaz de preparar una comida?
5. ¿Es él/ ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales y también de la comunidad o del vecindario?
6. ¿Es él/ ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o televisión, diario o revista?
7. ¿Es él/ ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?
8. ¿Es él/ ella capaz de manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es él/ ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es él/ ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Puede él/ ella ser dejado en casa en forma segura?

#### **Instrucciones:**

Muestre al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.

Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

**El screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6**