



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL Y PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE ACOGIDO EN EL CENTRO INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR PADRE JOSE FERNANDEZ DEL HOGAR DE CRISTO DE
PUERTO MONTT”**

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al
grado de licenciado en
Enfermería.

**PAMELA ANDREA BARRIENTOS VILLALOBOS
VALDIVIA-CHILE
2007**

Profesor Patrocinante:

Nombre: María Julia Calvo Gil
Profesión: Enfermera y Matrona
Grados: Licenciada en educación, Magíster en Bioética, Magíster en Filosofía.

Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina
Firma:

Profesores Informantes:

- 1) Nombre: Fredy Andrés Seguel Palma
Profesión: Enfermero
Grados: Magíster en Salud Pública, mención Salud Ocupacional.

Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina.
Firma:

- 2) Nombre: Moira Tamara Holmqvist Curimil
Profesión: Enfermera
Grados:

Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina
Firma:

Fecha de Examen de Grado: Lunes 22 de octubre 2007.

Dedicada a todas las personas que hicieron posible que éste sueño se haga realidad:

A toda mi familia: hermano, tíos, primos y abuelos, especialmente a mis padres por ayudarme a emprender éste hermoso proyecto y por su apoyo y comprensión en los momentos difíciles.

A mi mamá Rina, por siempre estar a mi lado cuando te necesité.

A todo el Centro Integral de Adulto Mayor, especialmente a Mabel, directora del centro, por su disposición a colaborar con la investigación.

A todos mis amigos que han estado conmigo siempre, Marcela, Fabiola y Mauricio.

A todo mi equipo del Cesfam “Techo Para Todos”, especialmente a Fabiola, por su comprensión y oportunidad para ser parte de éste bello equipo de trabajo.

A todas mis profesoras que guiaron mi camino y que contribuyeron y me mostraron éste mundo tan fascinante que es el ser enfermera. Hoy me doy cuenta de toda la razón que tenían y el por qué de sus exigencias.

A mi esposo, por su amor, paciencia y ayuda.

Y finalmente a la persona que más amo en el mundo, que hace que todo esto tenga mayor sentido, mi adorado hijo Benjamín.

Gracias a todos ustedes, los quiero mucho.

INDICE DE MATERIAS

RESUMEN

SUMMARY

CAPITULO	PÁGINA
1. INTRODUCCION.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. OBJETIVOS.....	11
4. MATERIAL Y METODO.....	12
5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	14
6. RESULTADOS.....	17
7. DISCUSION.....	31
8. CONCLUSIONES.....	36
9. BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS	

RESUMEN

El cambio en la pirámide poblacional de nuestro país, debido a las bajas tasas de natalidad y de mortalidad, y a la mayor esperanza de vida en el grupo de los viejos, han hecho que el tema de los adultos mayores este “felizmente de moda”, ya que, cada vez se realizan mas esfuerzos en materia económica, social y de salud para favorecer el bienestar de este grupo que aumenta día a día.

Éste estudio describe algunas características biosicosociales del grupo de adultos mayores dependientes del Centro Integral del Adulto Mayor “Padre José Fernández” del Hogar de Cristo de Puerto Montt, y los diversos grados de depresión encontrados y la asociación al apoyo social percibido por él.

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; donde se utilizaron 3 instrumentos, un cuestionario de antecedentes para la recopilación de datos generales de la investigación, donde se incluyó parámetros como, sexo, procedencia, enfermedades, etc., la escala de depresión geriátrica de Yessavage abreviada en su versión española y el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-Unk, siendo posteriormente los datos analizados y tabulados con el programa computacional Microsoft Office 2003.

Este es un grupo con características de dependencia en cuanto a la condición de funcionalidad, primando el grupo de viejos jóvenes de 60 a 70 años y en su mayoría hombres, la mitad de este grupo reside más de un año en esta institución, al igual que aproximadamente más de la mitad no recibe ningún tipo de visita por parte de familiares, por lo que evidenciamos una baja red de apoyo familiar. Encontramos dentro de las patologías prevalentes la hipertensión arterial, secuelas de accidente vascular encefálico, deterioro sicoorgánico y principalmente uno de los factores que más influyó por sus consecuencias en los resultados y conclusiones de esta investigación, el alcoholismo.

En los resultados lo mas impactante de este estudio, fue la gran prevalencia de depresión en sus grados leve (entre 6 y 9 pts. de la escala de depresión geriátrica de Yessavage) y establecida (mayor a 10 pts.), con aproximadamente el 75% de la población en estudio, superando con creces, lo encontrado sobre depresión del adulto mayor institucionalizado en la literatura, además se describe la tendencia al bajo apoyo social de los adultos mayores de esta institución, con lo que podemos señalar que este influye directamente en los altos niveles de depresión encontrados.

SUMMARY

The change in the population pyramid of our country, due to the drops rates of natality and of mortality, and to the biggest hope of life in the group of the old ones, they have made that the topic of the adults bigger east "happily in fashion", since, every time they are carried out but I make an effort in economic, social matter and of health to favour the well-being of this group that increases day by day.

In this investigation it is sought to describe the characteristic bio-psychosocial of the dependent group of seniors of the senior's Integral Centre "Padre José Fernandez" of Hogar de Cristo, Puerto Montt and their depression grades associated to the social support perceived by it.

The study is of quantitative, descriptive and transverse type; where 3 instruments were used, a questionnaire of antecedents for the general summary of the investigation, the scale of depression geriatric of Yessavage abbreviated in their Spanish version and the questionnaire of functional social support of Duke-Unk, being later on the analyzed data and tabulated with the program computational Microsoft Office 2003.

This is a group with characteristic of dependence as for the condition of functionality, prevailing the group of old youths from 60 to 70 years and in their majority men, but of the half it resides but of one year in this institution, the same as approximately but the half of they doesn't receive any type of visit on the part of their families, for what we evidence a low net of family support. We find inside their pathologies prevalent the arterial Hypertension, consequences of accident vascular encephalic, deterioration psychogenic and mainly one of the factors that it influences in this investigation, the alcoholism.

The most impressive of this study, but at the same time also waited previously by the mentioned conditions of these seniors, it was the great depression prevalence in their grades it weighs and established, with approximately the population's 75% in study, overcoming amply, that found on the senior's depression institutionalized in the literature, the tendency is also described to the first floor social support of the seniors than this institution; with what we can point out that this it influences directly in the high opposing depression levels.

1.- INTRODUCCION

Para nadie es un misterio decir que nos encontramos frente a un país que está envejeciendo, y no solo nuestro país, ya que, el fenómeno se repite en otros países de América latina, esta transición demográfica descrita muchas veces en la literatura es debido a la disminución de la natalidad y mortalidad, asociado a un aumento de las expectativas de vida de nuestros adultos mayores. En Chile una de las razones de este cambio es gracias a los progresos terapéuticos y asistenciales, las mejores condiciones de vida y las propuestas del gobierno que a través del Ministerio de Salud, han orientado sus lineamientos a este grupo etáreo, y que ha influido directamente en el aumento de los años de vida, es por eso la importancia de estudiar la problemática de los adultos mayores por los profesionales de la salud, y especialmente de Enfermería. (Morales, M. 2001)

Así como los problemas a nivel de estado de salud y patologías crónicas recurrentes, derivados de la mala calidad de vida de nuestros adultos mayores, también nos encontramos con problemas, que generan aún un mayor descontento en ésta población y deterioro en su calidad de vida. En estos encontramos diversos problemas sicosociales, por ejemplo la marginación social, la exclusión del grupo familiar y posteriormente estados depresivos, que en éste caso generan la inquietud para esta investigación.

El índice de vejez ofrece una clara demostración, del cambio estructural que ha sufrido la población chilena hacia la senectud. Mientras que en el año 2000 la relación fue de 25 adultos mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, la correspondencia en el año 2010 será de 35 a 100, es decir aumentará a casi el 35% y de mantenerse las tendencias observadas hacia el año 2020 la proporción será casi de la mitad. (Morales, M. 2001)

Dentro de las problemáticas señaladas anteriormente, como lo menciona el Dr. Homero Gac (2005) encontramos la depresión que es una de las patologías que se presentan con mayor frecuencia en el grupo de adultos mayores, sobre todo cuando estos se encuentran institucionalizados, así señala que esta enfermedad puede alcanzar hasta el 25% de ellos en los hogares de ancianos.

El grupo de adultos mayores de este estudio tiene la característica de pertenecer a una institución de ayuda social, el Hogar de Cristo, donde, la mayoría de los casos son ancianos sin red de apoyo permanente donde, sus propios ingresos y los de la familia no alcanzan para mantenerlos o porque simplemente son marginados de la sociedad, características que los

hacen aún más vulnerables, además cabe señalar que son adultos mayores dependientes en diversos grados y por ende requieren de cuidados más especializados.

Una de las características que provoca en este grupo el aislamiento y la marginación social, es el alcoholismo crónico que tuvieron cuando jóvenes, lo que les llevó a perder a sus seres queridos, sus trabajos y sus bienes materiales, además de su salud. En nuestro país el alcoholismo alcanza niveles muy elevados (12.6% en su etapa crónica y terminal), es parte de la gran mayoría de las reuniones de amigos y familiares, además es posible por la diversa cantidad de licores producidos en Chile obtenerlos a bajo precio y ser accesible a todos los estratos sociales y edades.

Este estudio además de establecer un perfil general del adulto mayor acogido en el Hogar de Cristo pretende relacionar el apoyo social entregado por sus familiares o la propia institución, “percibido por el adulto mayor”, y como influye directamente en los estados anímicos, que estos podrían presentar, evaluado cuantitativamente por la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-Unk.

Finalmente lo que se pretende es dar la base para el planteamiento de intervenciones con este grupo de adultos mayores fomentando las actividades recreativas, incluyendo a la familia y cuidadores, incluso de la misma institución, para así con este apoyo brindado disminuir los índices de depresión y mejorar su calidad de vida.

2.- ANTECEDENTES

2.1 ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS DE LA POBLACION ADULTO MAYOR.

Al comenzar el siglo XXI, de los 15 millones de personas que constituyen la población total del país, un millón y medio son adultos mayores, lo que significa que un 15% de la población, tiene 60 años y más. En este grupo predominan las mujeres, que tienden a aumentar más marcadamente que los hombres hacia el año 2040. Esto muestra que los adultos mayores crecieron 14 veces en el Siglo XX y se estima que se duplicarán en 21 años más. (INE, 2003)

Como lo señala la encuesta de caracterización socioeconómica nacional del año 2003, continúa la tendencia al envejecimiento poblacional. Con respecto al año 2000, la población de 60 años y más, aumenta desde 1.645.252 a 1.785.218 personas. Ello significa que de constituir el 11% de la población total en el año 2000, los adultos mayores pasan a representar el 11.5% de la población total en el año 2003. (Casen, 2003)

Esto también lo señala claramente el censo del año 2002, que indica que actualmente la población menor de 15 años equivale a un 25.7% y los mayores de 60 años a un 11.4%, contrastando con la década de los años 60 donde los mismos grupos de edad representaban un 39.6% y 6.8% respectivamente. (Censo, 2002)

En nuestro país entre los años 1990 y 2003, hay un aumento de la participación social de la población de 76 años y más dentro de la población adulta mayor; se aprecia este fenómeno principalmente en las mujeres, mientras en el año 1990, el 22.5% de las mujeres adultas mayores tenían 76 años y más, en el año 2003 esta cifra asciende a 25.7%.

De la información obtenida del Senama en la población adulta mayor, es superior el porcentaje de mujeres, a medida que se incrementa la edad de este grupo aumenta también la participación social de ellas. En el año 2003 las mujeres de este grupo etáreo se distribuyen de la siguiente forma: entre 60 y 65 años representaban el 53.5% de los adultos mayores, entre 66 y 75 años el 55.4%, y de los de 76 años y más el 61.2%. Lo anterior se relaciona con la mayor esperanza de vida que registran las mujeres de nuestro país.

Con respecto al estado civil, predominan los casados con un 52.3%, en tanto los viudos representan un 26.8% y solteros con un 9.1%. El porcentaje de viudez es también mayor en las mujeres de este grupo etáreo. (Casen, 2003)

La encuesta de Caracterización Socioeconómica del año 2003 informa que entre el año 1990 y 2003, se observa un importante descenso del analfabetismo en los adultos mayores. En 1990 el 15.9% de ellos era analfabeto, cifra que disminuye a 13.2% en el año 2003. Además también en este periodo el promedio de escolaridad de esta población creció desde 6.0 a 6.6 años de estudio. Esto se señala porque cada vez el estado ha realizado más esfuerzos en materia educacional, ha crecido el interés de la población por la educación y en el caso de los adultos mayores a lo largo de todo el país se han implementado programas especiales de alfabetización para ellos. Además se infiere que las futuras generaciones de adultos mayores presentarán mayores niveles de preparación en comparación con los actuales y disminuirán aún más las tasas de alfabetización. (Casen, 2003)

2.2 ANTECEDENTES DE LA INTERNACION DEL ADULTO MAYOR

En la sociedad actual las personas de la tercera edad, tienen cada vez menos cabida en el grupo familiar, por lo que hoy en día, para muchas familias es casi imposible cuidar a un adulto mayor en sus casas, por distintos motivos, ya sea, por situaciones de carácter económico o, porque simplemente resultan ser un problema para la dinámica familiar; por lo que algunos quedan sumidos en el abandono y con deterioros importantes en su calidad de vida. Cabe destacar que un alto porcentaje de ellos, viven solos, sin percibir ingresos económicos, y otros, en la completa marginalidad.

Una alternativa a este problema y considerando este gran aumento de la población adulto mayor, son las instituciones que los acogen, conocidas como hogares de ancianos, asilos, hospederías y actualmente como establecimientos de larga estadía para adultos mayores.

Con respecto al número de adultos mayores residentes en instituciones de larga estadía, se estima que en Chile habría un total de 1668 residencias de ancianos, de éstos el 37.4%, corresponden a la definición de “Residencias colectivas informales” y el otro 62.6% a las “Residencias colectivas formales”. Al censo del año 1992 se encuentran 14.114 AM posiblemente institucionalizados (1.08%), cifra que en el censo del año 2002 sube a un total de 26.854 AM. Si se supone una tasa de crecimiento de la población similar a la observada entre ambos censos y se proyectan las cifras, da como resultado que podría haber 83.500 AM institucionalizados para el año 2025. (Marín, P. y cols. 2004)

Dentro de las causas que motivan la internación en estos centros se encuentran causas médicas, sociales y económicas, las médicas tienen que ver básicamente con el deterioro físico o cognitivo, que aumentan el estado de dependencia de los adultos mayores y dificultan o disminuyen la realización en forma autónoma de las actividades del diario vivir. Las sociales devienen por estados de soledad, carencia de familia o redes sociales, desintegración familiar, y/o agotamiento familiar para hacerse cargo de la atención de los adultos mayores, sobre todo cuando las patologías pasan a ser de larga data. Dentro de las problemáticas económicas, que podrían incidir en el deterioro del nivel de vida, pueden considerarse la pérdida de su poder adquisitivo, la imposibilidad de alimentarse adecuadamente y la responsabilidad de mantener su vivienda.

En general, hay una concurrencia de causas, con predominio de una de ellas; lo que conduce a la decisión de su internación como solución a esta situación. La internación suele ser solicitada por hijos, familiares o vecinos; muy pocas veces son los adultos mayores quienes deciden su institucionalización. (Gestión Hogares de Ancianos, Documento Internet 2005).

Una de las causas en este grupo de adultos mayores de esta investigación es el alcoholismo, de la cual directa o indirectamente influyeron en su posterior internación. El alcoholismo es una enfermedad crónica asociada al consumo excesivo de bebidas alcohólicas de manera prolongada, que provoca dependencia e interfiere en la salud física, mental, social y familiar del individuo. (Galanter, M. 2006)

El alcoholismo conduce a muchos comportamientos destructivos. La embriaguez como habíamos mencionado puede alterar las relaciones familiares y sociales, y provoca frecuentemente divorcios. El ausentismo extremo al trabajo conduce al desempleo; con frecuencia, los alcohólicos no pueden controlar su comportamiento, tienden a realizar sus labores ebrios y sufren lesiones físicas por caídas, peleas o accidentes automovilísticos. Algunos alcohólicos se vuelven violentos y está claramente ligado a la violencia doméstica contra las mujeres. (Galanter, M 2006)

2.3 ANTECEDENTES DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR “PADRE JOSE FERNANDEZ” DEL HOGAR DE CRISTO.

Dentro de la diversa gama de instituciones que acogen al adulto mayor, el Hogar de Cristo es una de ellas, siendo una institución de carácter no gubernamental, creada bajo el alero del Sacerdote católico Padre Alberto Hurtado y que tiene como misión: “acoger dignamente y con amor a los más pobres entre los pobres y en especial a lactantes, preescolares, niños, jóvenes en riesgo social, adultos, adultos mayores, discapacitados físicos y

enfermos terminales”, promoviendo la autonomía e integración dentro del grupo familiar y la comunidad.

El **Centro Integral del Adulto Mayor “Padre José Fernández”**, tiene la misión de atender adultos mayores de extrema pobreza dependientes o postrados con el fin de contribuir a su bienestar, mejorando sus condiciones de vida.

Los adultos mayores que ingresan a este sistema de atención son personas con distintos niveles de deterioro físico y cognitivo, que requieren cuidados especializados y que no cuentan con apoyo familiar apropiado para seguir viviendo en forma independiente o para participar en Centros diurnos o en Programas de Atención Domiciliaria.

Pueden postular a los programas del área del adulto mayor:

- Personas mayores de 60 años.
- Sin ingresos económicos o con ingresos equivalentes a una pensión asistencial (\$35.000 aproximadamente).
- Con apoyo familiar insuficiente
- Que vivan en condiciones inadecuadas (hacinamiento, promiscuidad), o aquellos adultos mayores que viven en la calle u hospederías.
- Víctimas de maltrato o violencia intrafamiliar.
- Con dependencia alcohólica.
- Que presentan alguna enfermedad de alto riesgo o invalidante.
(Hogar de Cristo, 2007)

Las residencias de adultos mayores del Hogar de Cristo atienden las necesidades básicas de ellos, y además promueven el fortalecimiento de la red de apoyo familiar del adulto mayor, prestando orientación sicosocial. (Hogar de Cristo, 2005)

2.4 OTROS ANTECEDENTES.

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, denominado senescencia por Bouliere, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas se

manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida. Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que, aunque conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo, porque nadie envejece por otro. (García y cols. 2000).

Según Langarica Salazar (2005), el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas, den al individuo aspecto de anciano.

En este mismo contexto, la edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar en edad cronológica, fisiológica, síquica y social. La edad cronológica representa el número de años transcurridos desde el momento del nacimiento del individuo; la edad fisiológica dado por el funcionamiento orgánico que determina, en los individuos su edad biológica y, por tanto, el grado de funcionalidad y de deterioro de sus órganos y tejidos; la edad síquica, es muy difícil de diferenciar ya que depende de cada individuo y de las experiencias vividas y finalmente la edad social que establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en donde el individuo se desenvuelve, sin embargo, los límites de éstas edades pueden ser cambiantes según las necesidades económicas y políticas del momento. (García y Cols. 2000).

Considerando el aspecto biológico del envejecimiento, el avance de la edad es responsable de cambios morfológicos y funcionales en todos los órganos y parénquimas: lo que se traduce en problemas en el aparato locomotor, la piel, sistemas digestivo, respiratorio, inmunológico, nervioso central y periférico, entre otros. Sin embargo, estos cambios fisiológicos, llamados así por ser esperados en esta etapa de la vida, son frecuentemente complicados por la existencia de patologías crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, osteoporosis, cataratas, patologías dentales y trastornos emocionales, por enumerar los más prevalentes. Estas alteraciones sumadas al deterioro "normal", demandan mayores exigencias en cuanto a la atención del adulto mayor, esto tuvo como consecuencia que en nuestro país hasta los años 90, se mantuviera una idea de atención centrada en los aspectos terapéuticos ("medicalización" del adulto mayor), en desmedro de una perspectiva más integral. (Morales, M. 2001)

Santander (2000), establece que la atención en salud está bajo una perspectiva integral. Sin considerar únicamente las terapias médicas tradicionales, nos encontramos con el enfoque de necesidades de Maslow, que abarca de esta manera al individuo mirado desde una perspectiva biosicosocial, desarrolla así, una pirámide sobre las necesidades de las personas. Esta pirámide se distribuye de acuerdo a las prioridades, localizándose en la base las necesidades fisiológicas asociadas al instinto de conservación, luego en un segundo nivel las necesidades de seguridad, amor pertenencia y finalmente las de autoestima y realización personal.

Si bajo éste modelo, las necesidades del nivel más fundamental de esta jerarquía están satisfechas, el individuo se inclina naturalmente a la satisfacción de necesidades de nivel superior, e inversamente si éstas no se cubren, las personas tienden a obviar los niveles superiores y regresar a niveles primarios de satisfacción.

En muchos hogares, los adultos mayores solo reciben de su entorno atención a las exigencias fisiológicas y de seguridad física. Las necesidades superiores de amor, autoestima y realización de sí mismo, no reciben atención y no es extraño observar en ellos conductas regresionales. Al no tener estas necesidades de nivel superior satisfechas, el adulto mayor, comienza con una serie de emociones negativas que pueden conducirlo a una depresión.

La prevalencia de depresión en la comunidad entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3% en Estados Unidos, en tanto la prevalencia en el año 2000 en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general, llegando esta al 11.3%. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos, la prevalencia de depresión se eleva a un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. (Santander, J. 2000). También señala que la depresión se asocia al vivir solo en los ancianos, y se da más frecuentemente en los varones.

Según un reciente estudio de la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Merck para el envejecimiento, somos el país con mayor número de adultos mayores depresivos, de acuerdo al estudio que se realizó en siete países, esto también podría explicarse según Marín (2004), porque mucha gente asocia erróneamente el envejecimiento normal con el sentirse decaído. Este señala “Consideran corriente que los viejitos pierdan el ánimo, y no se dan cuenta que en realidad es depresión. Los adultos mayores creen que estar tristes, desanimados y pesimistas es habitual, pero eso no corresponde a la realidad. Ni la familia ni los médicos se dan cuenta que ellos están deprimidos”. (Marín, P. 2004)

Esta información concuerda con dos publicaciones, una de la “Mental Health Association of Colorado”, que señala que los síntomas de depresión ocurren aproximadamente en el 15% de los residentes de la comunidad de mas de 65 años y en los hogares de ancianos se eleva al 25% en algunas regiones, y otra del “Programa de Geriatría” de la escuela de medicina de la PUC del Dr. Homero Gac, que señala que la depresión se presenta entre un 15 a un 25% en los hogares de ancianos. (Mental Association of Colorado, Documento Internet 2005),

Según Alvarado y Cols. (2004), hay una diferencia de los niveles de depresión en los hogares de ancianos entre los adultos mayores que llevan menos de 5 años institucionalizados, y los que llevan mas cantidad de años, éste estudio revela que los residentes que vivieron mas de 5 años, pero menos de 10 en los hogares de ancianos, mostraron una frecuencia significativamente mas baja de depresión que aquellos quienes vivieron 5 años o menos en estos hogares. Según los autores, es posible que estos ancianos hayan sufrido de depresión en

los primeros años de estancia en los hogares por decepción de haber sido separados de sus familias, o incluso por obligación a residir en estos hogares. (Alvarado, C. y Cols. 2004)

La depresión puede manifestarse por síntomas síquicos y también corporales, entre los primeros se encuentran síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo, éste es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan la pérdida de interés por las cosas, como también la capacidad para disfrutar (constituyendo el núcleo central de la depresión) y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse e ideas de suicidio y los síntomas corporales o somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias, pérdida de peso con falta de apetito, cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas como son: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano. Hay también una serie de factores de diversa índole que concurren en la vejez y que pueden favorecer la aparición de este trastorno, entre ellos se encuentran: pérdida de salud que acontece con la edad; presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas; merma de la capacidad económica; pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma; cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales; factores biológicos, dentro de los cuales se presentan cambios en el sistema hormonal y pérdida de memoria lo que pudieran ser un factor de vulnerabilidad. (Salud del Anciano, Documento Internet, 2004)

La vulnerabilidad del adulto mayor, más que en otro grupo etáreo, hace que tenga aún mayores necesidades. Las necesidades requeridas por él tienen una base biológica, psicológica y dependen también del **apoyo social**. Este último resulta fundamental, para mantener y/o mejorar su calidad de vida y disminuir los trastornos de carácter psicoafectivos. Este apoyo social se enmarca principalmente en una buena comunicación e información, la permite a las personas creer que se preocupan de ellos y les quieren y que son estimados y valorados.

Según Badia y Cols. (1999), el apoyo social es una de las variables de interrelación entre el individuo y las personas que le rodean que han demostrado relación con el estado de salud. Suele distinguirse entre apoyo social real y percibido, siendo este último el que corresponde a la percepción subjetiva que puede evaluarse a través de entrevistas y cuestionarios. La presencia de un adecuado apoyo social tiene un efecto amortiguador o moderador ante los elementos de estrés ambientales, disminuyendo su impacto como factores de riesgo de distintas enfermedades con componentes psicosomáticos y los trastornos depresivos y ansiosos.

Dentro del concepto de apoyo social, además de sus dimensiones objetivas y subjetivas, se incluyen diversos tipos en función de la fuente que proporciona el apoyo y de la modalidad del mismo, puede provenir de las personas con mayor vinculación afectiva, de relaciones más circunstanciales e incluso de los dispositivos psicosanitarios. Cualquiera de estas fuentes puede proporcionar apoyo material, comunicacional-informativo o emocional.

Según Aranda y Cols. (2001) un alto porcentaje de depresión en los hogares de adultos mayores institucionalizados (37.7%) está directamente asociado con la edad, con la frecuencia de contactos, y principalmente con el tipo de apoyo y la satisfacción en la relación con hijos, amigos y otros familiares.

Para corroborar esto según Pando (1998) en un estudio realizado con personas mayores de 65 años, en la zona metropolitana de Guadalajara, mostró que la falta de apoyo, sobre todo por parte de los familiares, incrementa el riesgo de aparición de enfermedades y que las pobres redes de apoyo social acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos. Más específicamente George (1989) y Terra (1987) observaron que el tamaño de la red de apoyo y el grado de apoyo percibido eran predictores de la incidencia de síntomas depresivos.

3.-OBJETIVOS.

3.1.- OBJETIVO GENERAL

- Identificar características biosicosociales del grupo de adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Hogar de Cristo de Puerto Montt.

3.1.1.-Objetivos específicos

- Determinar características sociodemográficas de los adultos mayores residentes en el Hogar de Cristo.
- Reconocer la situación de salud de los adultos mayores residentes en el Hogar de Cristo, en relación a presencia de patologías crónicas y diagnóstico de funcionalidad.

3.2.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de la depresión y su relación con el apoyo social percibido por el adulto mayor residente en el Hogar de Cristo de Puerto Montt.

3.2.1.- Objetivos Específicos

- Determinar características sociales, en relación a tipo de familia de origen, familiar que los visita y la frecuencia de las visitas que reciben.
- Identificar cuantitativamente el grado de depresión de los adultos mayores.
- Determinar cuantitativamente la percepción del apoyo social percibido por los adultos mayores.
- Identificar la relación existente entre la depresión del adulto mayor y el apoyo social percibido por éste.

4.- MATERIAL Y METODO.

4.1.- TIPO DE ESTUDIO:

La investigación a realizar es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Transversal, ya que se realiza un corte en el tiempo, donde las variables son estudiadas simultáneamente, delimitándose un periodo de tiempo y descriptiva porque está dirigido a determinar las características de la población en estudio y la predicción e identificación de las relaciones que existen entre 2 o más variables.

4.2.- POBLACIÓN Y/O MUESTRA:

La población en estudio está constituida por los adultos mayores con distintos grados de dependencia acogidos en el Centro Integral de Adulto Mayor “**Padre José Fernández**” del Hogar de Cristo de Puerto Montt. El estudio se realizará con 21 adultos mayores que cumplen con los criterios establecidos para la investigación.

Los criterios de exclusión para ésta investigación serán los adultos mayores con alteraciones cognitivas preexistentes de moderadas a graves e hipoacusia severa, ya que, se requiere de su participación permanente en la recolección de la información.

4.3.- METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para la recolección de la información se utilizaron 3 instrumentos, que fueron aplicados por la propia investigadora, además de la ficha clínica del paciente y en circunstancias especiales, datos que proporcionen los cuidadores o la Directora del centro.

El primer instrumento es un **Cuestionario de Antecedentes Generales** elaborado por la investigadora, en la que se recogió la información obtenida de las fichas clínicas de los adultos mayores, para determinar su perfil general.

El segundo instrumento es una de las escalas más utilizadas en la actualidad en la población anciana, el cuestionario “*Geriatric Depression Scale*” de Yessavage (GDS), escala recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, para medir

depresión. Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Sheikh y Yessavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas), que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, 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.

Para esta investigación fué utilizada la **Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage abreviada en su versión española (GDS-VE)**, adaptada y validada por Martínez de la Iglesia y Col. en el año 2002, que por su sencillez puede ser utilizado por cualquier personal de la salud, es fácilmente comprendida por el sujeto en estudio y se logra hacer un diagnóstico de depresión mas rápido y efectivo. Se considera normal con 0 a 5 puntos, depresión leve con 6 a 9 puntos y depresión severa, con puntaje mayor o igual a 10 puntos.

El tercer instrumento es el **Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK** (Functional Social Support Questionnaire; Broadhead y col., 1988), que tiene como propósito la evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a la que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.

La escala Duke-Unk, modificada por Brodhead, es un cuestionario de auto evaluación formado por 11 ítems, que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. En general, los ítems del cuestionario recogen valores referidos a dos dimensiones del apoyo social funcional, esto es, al confidencial y al efectivo. Cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) a 5 (“tanto como deseo”). Éste instrumento fue validado por Bellón y Col. en 1996. Se considera apoyo normal con una puntuación superior a 32 puntos y apoyo bajo con una menor a 32 puntos.

4.4.- TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

La tabulación de los datos se realizó en planillas computacionales realizadas en el programa Microsoft office 2003.

Los resultados se analizaron en base a los objetivos a cumplir, utilizándose principalmente gráficos para interpretar los resultados.

5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	OPERACIONALIZACION
Edad	Años cumplidos de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	60-69 70-79 80 y más.
Sexo	Género al cual pertenece el adulto mayor.	Femenino Masculino
Escolaridad	Cantidad de cursos que se han aprobado en un establecimiento educacional.	Analfabeto Básica incompleta Básica completa Media Sin Antecedentes
Estado civil	Condición que tiene el individuo ante la sociedad y si tiene vida en pareja o no.	Soltero Viudo Separado Casado Sin Antecedentes
Tiempo de permanencia en la institución	Tiempo que ha transcurrido desde su ingreso hasta la actualidad.	0-3 meses 3-6 meses 6 meses a 1 año Entre 1 y 2 años Más de 2 años
Ingreso mensual	Dinero mensual recibido sin importar origen.	Sin ingreso Pensión asistencial Pensión invalidez Jubilación
Patologías crónicas asociadas	Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de adultos mayores en estudio.	Hipertensión Diabetes Mellitus 2 EPOC OH crónico Otras.....

Personas que visitan	Familiares o amigos que visitan al adulto mayor, ya sea, en forma esporádica o frecuente.	Hijos Nietos Amigos Otros No lo Visitan
Procedencia	Zona donde habitaba el adulto mayor antes de la internación.	Urbano Rural

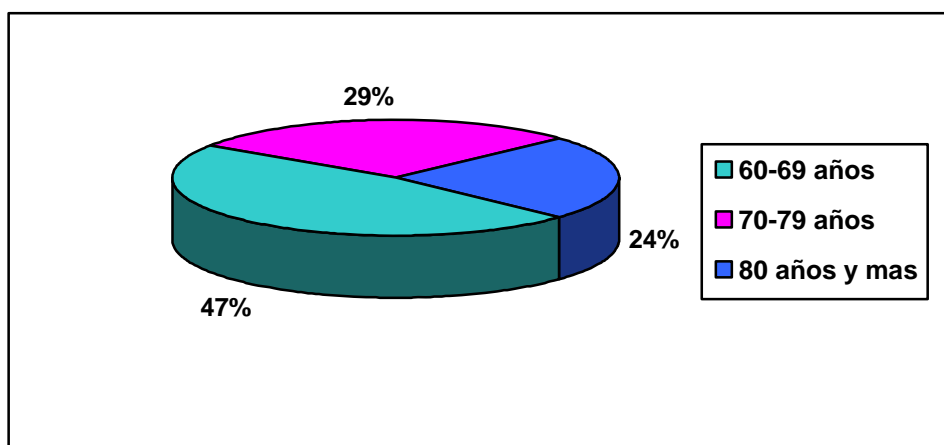
Tipo de familia de origen	Estructura familiar a la cual pertenecía el adulto mayor antes de ingresar a la institución.	FAMILIA EXTENSA: Adulto mayor que vive con diversos familiares (hijos, nietos, hermanos. etc.) FAMILIA NUCLEAR: Adulto mayor que vivía con su cónyuge. ALLEGADO: Vivía con personas ajenas a su familia. VIVIA SOLO: Adulto mayor que vive solo. OTROS HOGARES: Adulto mayor que proviene de otra institución d larga estadía o centro de atención diurno. SIN ANTECEDENTES: Adulto mayor del cual no fue posible recopilar datos familiares anteriores a su internación.
Funcionalidad	Condición determinada por el diagnostico de evaluación de funcionalidad del adulto mayor (EFAM)	AUTOVALENTE: es el adulto mayor capaz de realizar tanto actividades básicas, como instrumentales por si mismo, sin la ayuda de otra persona. AUTOVALENTE CON RIESGO: es igualmente el individuo que puede realizar sus actividades cotidianas sin ayuda de otro, la diferencia se encuentra en las patologías crónicas que pueden estar descompensadas o tener alguna alteración de tipo emocional principalmente. DEPENDIENTE: es la persona que si bien puede realizar actividades básicas, no es capaz de realizar actividades que requieran un poco mas de complejidad, pueden tener perdida de la funcionalidad o alteraciones de memoria principalmente. Estos adultos

		mayores necesitan de la ayuda de otros para realizar sus actividades.
Apoyo social	Relación de apoyo percibida por el individuo medido por el cuestionario de apoyo social de DUKE-UNK	<p>.... Mucho menos de lo que deseo</p> <p>.... Menos de lo que deseo</p> <p>.... Ni mucho ni poco</p> <p>.... Casi como deseo</p> <p>.... Tanto como deseo</p>
Depresión geriátrica	Trastorno del ánimo manifestado por el adulto mayor medido a través de la escala de depresión geriátrica de YESAVAGE	<p>Normal: 0-5 Ptos.</p> <p>Depresión leve: 6-9 Ptos.</p> <p>Depresión establecida: igual o mayor a 10 Ptos.</p>

6. RESULTADOS

A continuación serán presentados los datos obtenidos mediante el Cuestionario de Antecedentes Generales, la Escala de Depresión de Yessavage y el Cuestionario de Apoyo Social Duke-Unk, de la investigación “Prevalencia de la depresión y apoyo social percibido por el adulto mayor dependiente acogido en el Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo, a través de los siguientes gráficos:

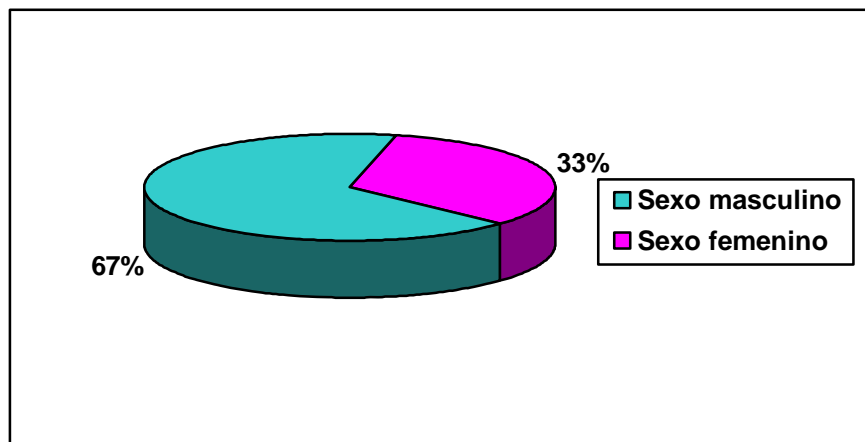
GRAFICO N° 1: Distribución porcentual según de los adultos mayores según edad acogidos en el Centro Integral del Adulto Mayor. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Datos recopilados del cuestionario de Antecedentes Generales de la población en estudio, de la presente investigación.

Puede claramente observarse que casi el cuarto (24%) del grupo de adultos mayores del estudio sobrepasa los 80 años de edad. La mitad corresponde al grupo de viejos jóvenes y el otro 29% al tramo de edad intermedio. Cabe destacar que el alto porcentaje de adultos mayores de 80 años podría también influir en la dependencia y patologías de estos adultos mayores.

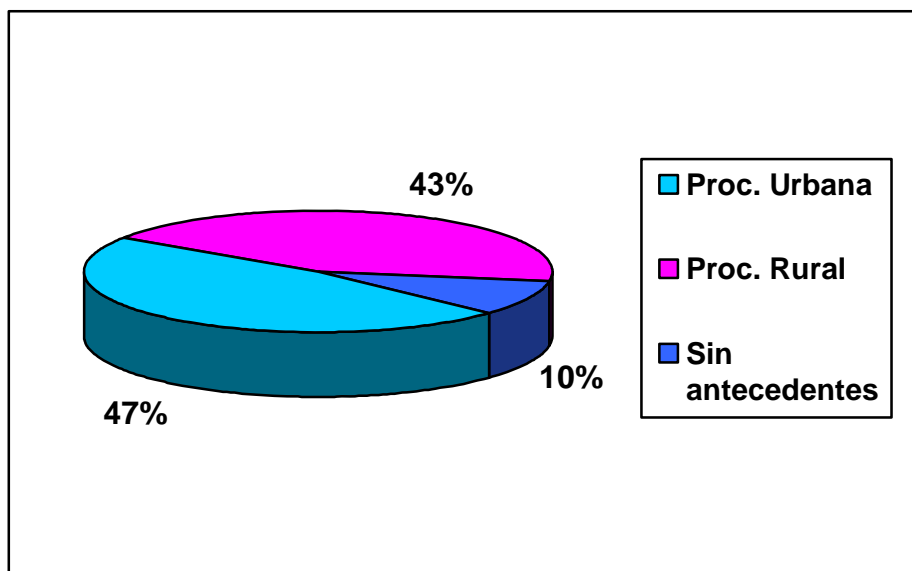
GRAFICO N° 2: Distribución porcentual según sexo de los adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Adulto Mayor. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem

Puede observarse que el sexo predominante en este grupo de adultos mayores corresponde al sexo masculino con un 67% con respecto al grupo de las mujeres que abarca un 33%. Esto demuestra la mayor tendencia al abandono social hacia el sexo masculino.

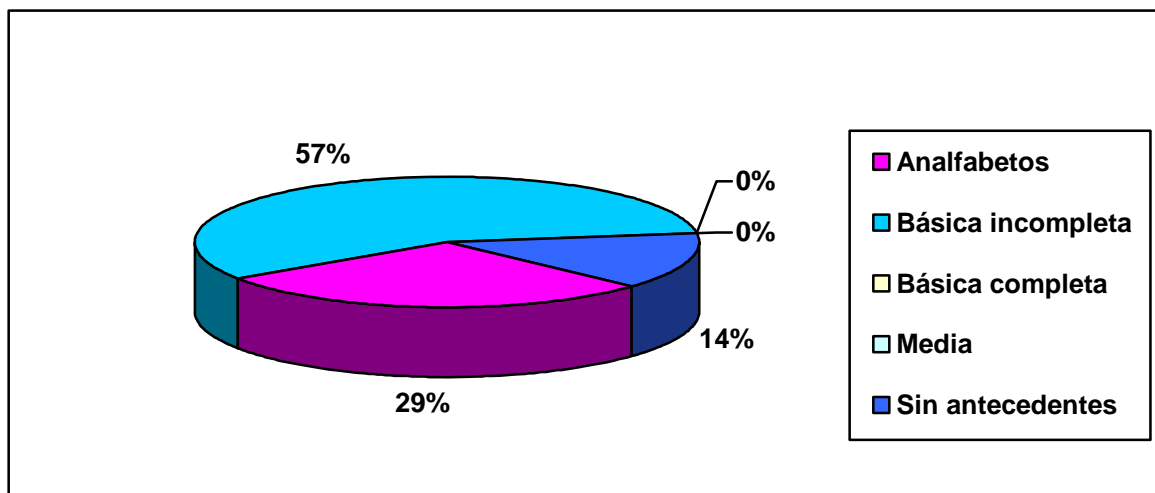
GRAFICO N°3: Distribución porcentual según procedencia urbano o rural del grupo de adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Adulto Mayor del Hogar de Cristo. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem

De acuerdo al presente gráfico el grupo de adultos mayores presenta porcentajes relativamente similares respecto a procedencia urbana con un 47% y rural con un 43 %. Lo que demuestran estos porcentajes es debido a la alta ruralidad de nuestra zona geográfica.

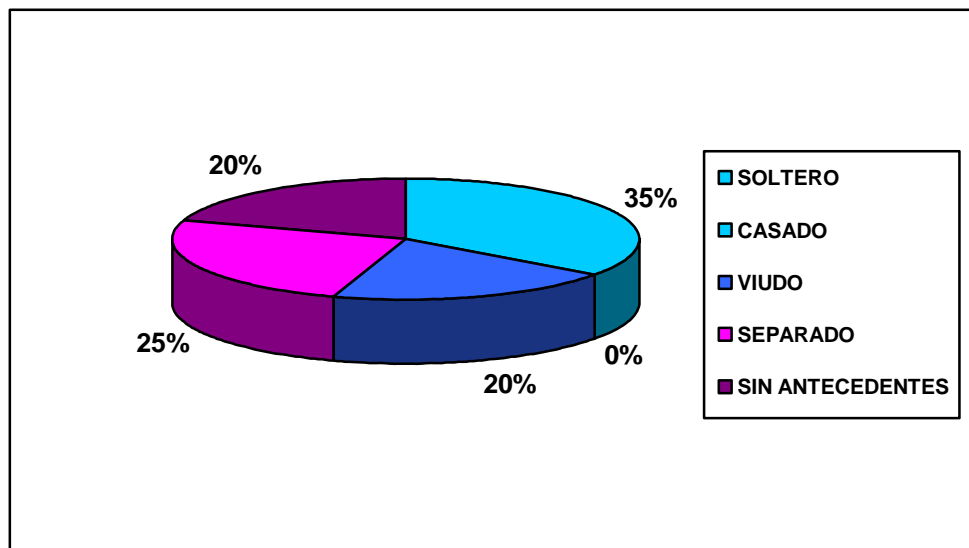
GRAFICO N° 4: Distribución porcentual según nivel de escolaridad del grupo de adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Adulto Mayor. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem

Se observa en esta representación gráfica que la mayoría de los adultos mayores en estudio posee escolaridad básica incompleta (57 %) seguido del grupo sin escolaridad (29 %). No se encontró casos con un nivel de escolaridad mayor.

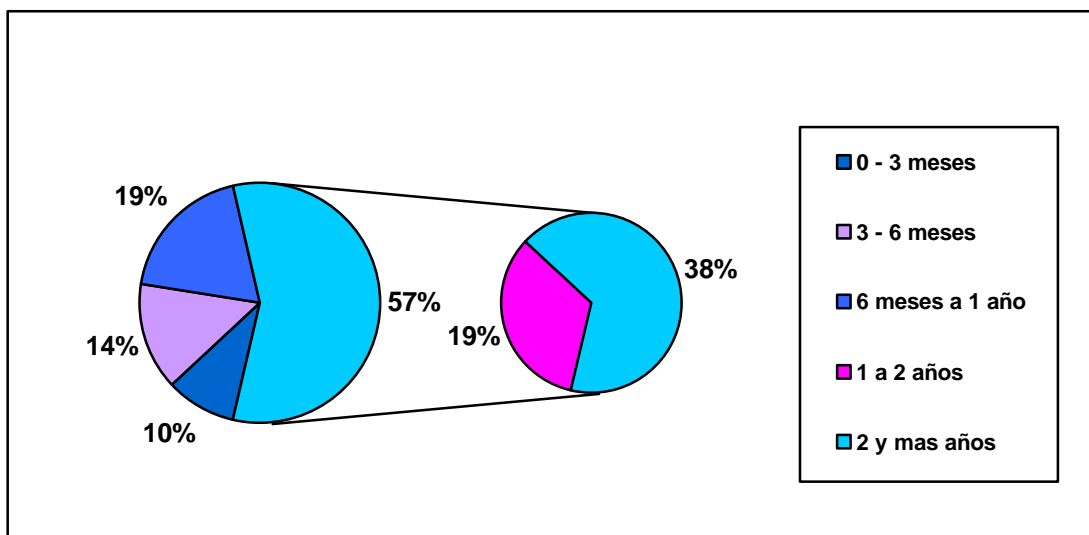
GRAFICO N° 5: Distribución porcentual según estado civil del grupo de adultos mayores acogidos en el centro integral del adulto mayor. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem.

Puede observarse en el presente gráfico que el 80% de los adultos mayores del estudio no cuenta con pareja. Cabe mencionar que por las condiciones del grupo de adultos mayores en estudio, esta información se obtuvo de la ficha social del Hogar de Cristo, que muchas veces está incompleta y que en este caso fue de 20% sin antecedentes por lo que el dato podría ser mayor.

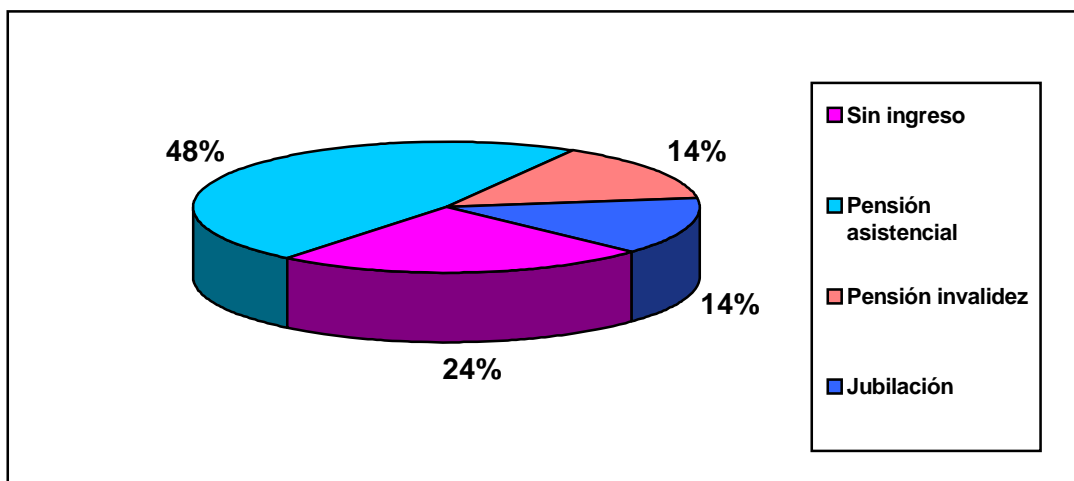
GRAFICO N° 6: Distribución porcentual según tiempo de permanencia en la institución de los adultos mayores del Centro Integral del Hogar de Cristo. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem.

Queda de manifiesto en la siguiente representación gráfica, el alto porcentaje de adultos mayores (57%) que tiene más de 1 año de residencia en la institución. Éste dato podría ser relevante por los índices de depresión y bajo apoyo social percibido señalado más adelante.

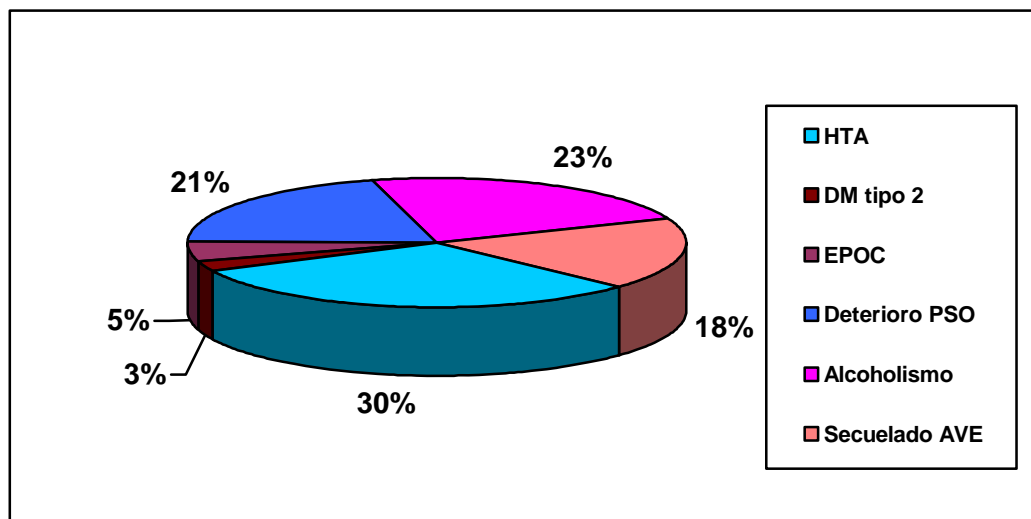
GRAFICO N°7: Distribución porcentual según tipo de ingreso monetario mensual del grupo de adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Adulto Mayor. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem.

De acuerdo al siguiente gráfico el mayor porcentaje de adultos mayores posee pensión asistencial (48 %), la que como se sabe es mínima. El siguiente grupo corresponde a los sin ingresos mensuales (24 %) y finalmente, el grupo de adultos mayores con pensión de invalidez y jubilación (14 %) cada uno. Cabe destacar que sólo el grupo de adultos mayores que tiene mayor autovalencia tiene la posibilidad de recibir de la dirección del establecimiento una cantidad mínima de dinero para compra de sus objetos personales, por razones obvias, dado que la institución se hace cargo de satisfacer sus necesidades básicas.

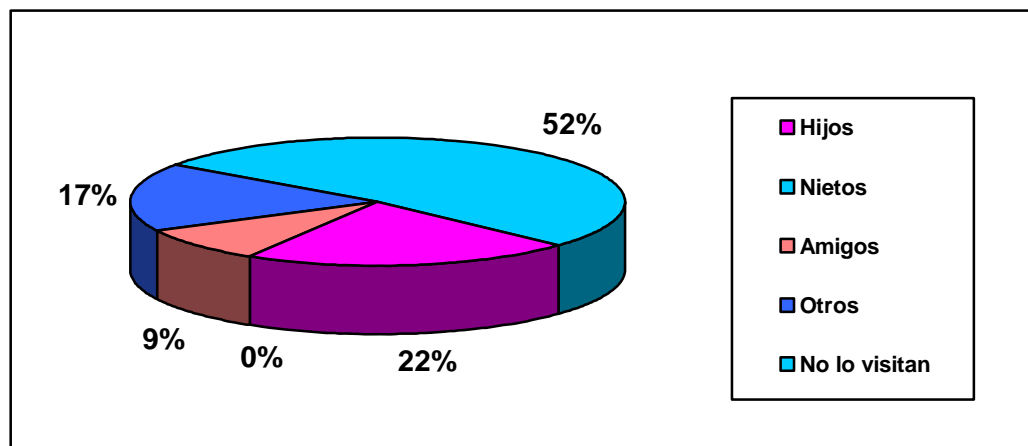
GRAFICO N° 8: Distribución porcentual de patologías crónicas asociadas, según incidencia, de los adultos mayores del Centro integral del Hogar de Cristo. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem.

De acuerdo al siguiente gráfico se puede observar que las patologías prevalentes en este grupo de adultos mayores tiene relación con HTA y sus consecuencias (secuela por AVE), afecta a casi la mitad de la población en estudio. Un 23 % presenta alcoholismo y el 21 %, deterioro psicoorgánico (PSO). En un porcentaje minoritario presentan EPOC y DM con porcentaje de un 5 % y un 3 % respectivamente. El dato se obtuvo considerando cada patología como excluyente una de otra. Llama la atención que casi un cuarto de la población presenta alcoholismo.

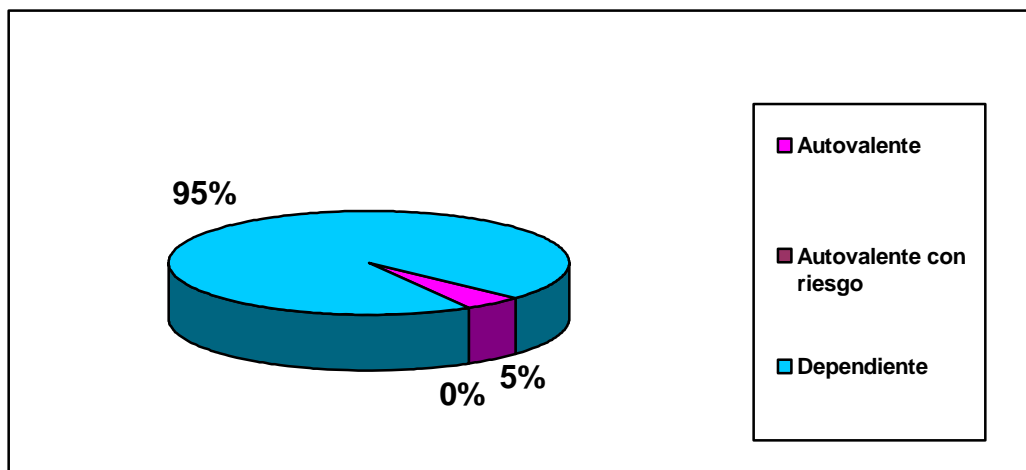
GRAFICO N° 9: Distribución porcentual de acuerdo a personas que visitan a los adultos mayores institucionalizados en el Centro Integral para el Adulto Mayor. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la mayor parte de los adultos mayores no reciben visitas (52 %), el 22 % es visitado por hijos, el 17 % por otras personas con alguna relación familiar y el 9 % por amigos. Ninguno de los adultos mayores del estudio recibe visita de nietos.

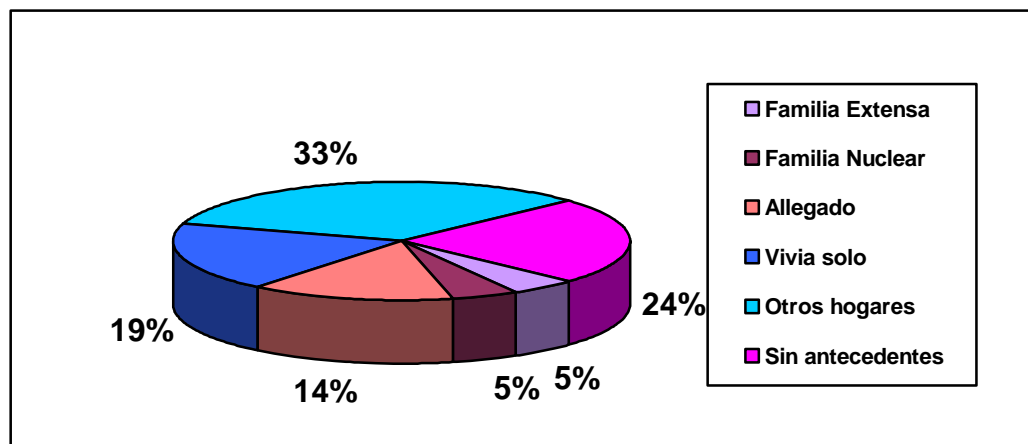
GRAFICO N°10: Distribución porcentual de acuerdo a Diagnóstico de Funcionalidad, dado por el instrumento EFAM- CHILE. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Idem.

Puede observarse en la siguiente representación gráfica que la mayoría de los adultos mayores presenta dependencia siendo sólo de 5 % la población autovalente. Esto demuestra objetivamente la condición de los adultos mayores de esta investigación y la asociación a la pérdida de funcionalidad, analfabetismo, pérdida de memoria, asociación de patologías crónicas y estados de angustia y depresión.

GRAFICO N° 11: Distribución porcentual de acuerdo a familia de origen de los adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Hogar de Cristo. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.

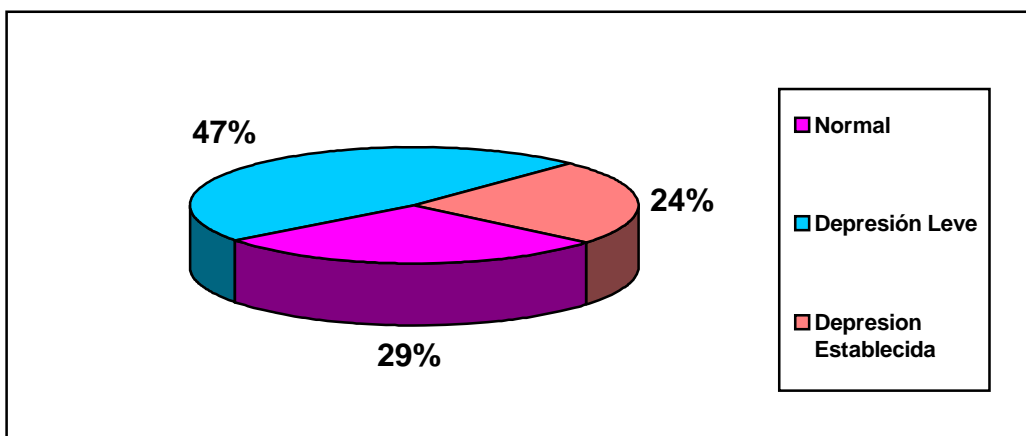


Fuente: Idem.

De acuerdo al presente gráfico un tercio de los adultos mayores provenía de otras instituciones de larga estadía (33 %), en un cuarto de la población se desconoce el antecedente de su origen previo (24 %); adultos mayores que vivían solos o en condición de allegados 19 % y 14 % respectivamente; mientras que la minoría corresponde a los provenientes de familia extensa y nuclear con un 5 % en igualdad de porcentajes.

Cabe mencionar que la información del origen familiar de otros hogares, incluso del mismo centro, era de muy difícil acceso debido a la escasez de información en la ficha de los adultos mayores, ya que en muchas ocasiones fueron dejados en la institución y no volvieron más a verlos.

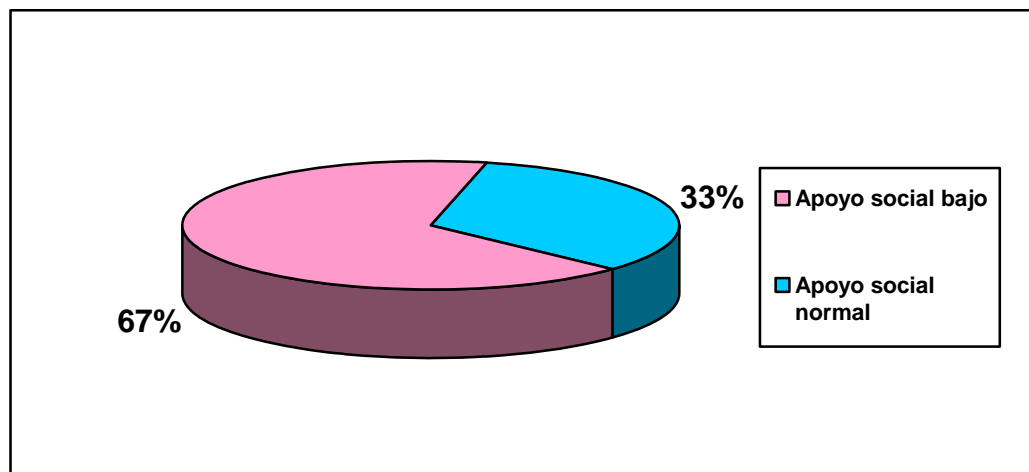
GRAFICO N°12: Distribución porcentual según clasificación por Grados de Depresión de los adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Hogar de Cristo. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Datos obtenidos del análisis del Test de Yessavage para medir grados de depresión, aplicada a la población en estudio.

Como se observa en el gráfico, los adultos mayores que presentan depresión leve corresponden a casi la mitad de la población de estudio (47%), un tercio presenta diagnóstico normal (29%) y otro 24% corresponde a los AM con diagnóstico de depresión establecida. Queda de manifiesto que el diagnóstico de depresión según la Escala de Yessavage en sus distintos grados corresponde al 71 % de los participantes.

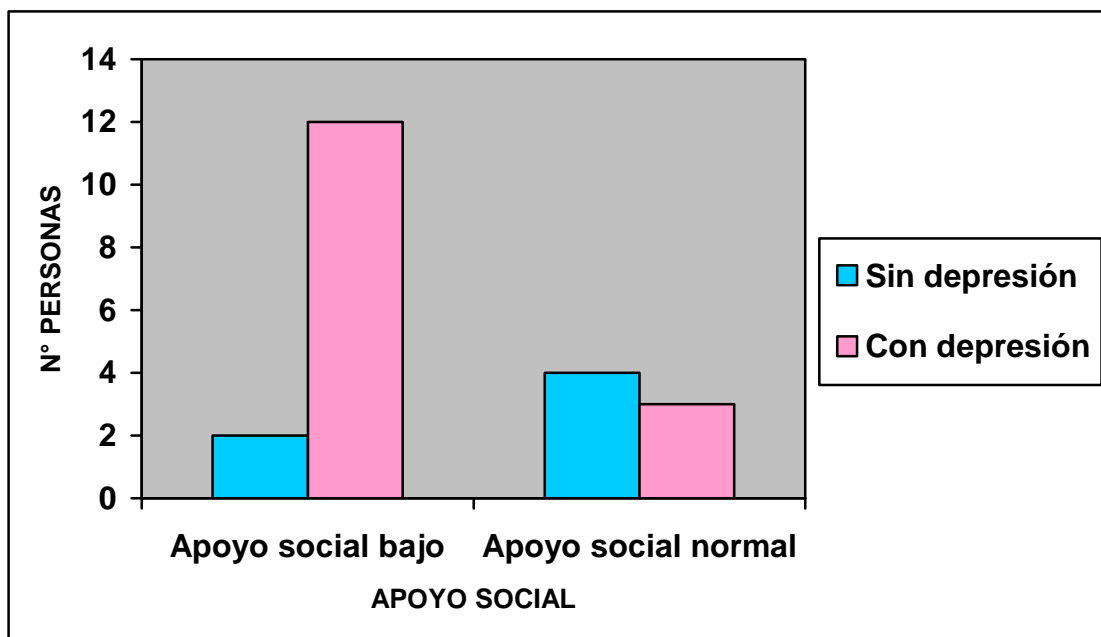
GRAFICO N° 13: Distribución porcentual de los Grados de apoyo social percibido por los adultos mayores acogidos en el Centro Integral del Hogar de Cristo de Puerto Montt. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Datos obtenidos del análisis del Cuestionario Duke-Unk, para medir apoyo social, aplicado a la población de adultos mayores en estudio.

El gráfico muestra que solo un tercio (33%) de los adultos mayores percibe apoyo social que se clasifica de normal, mientras que todo el porcentaje restante (67%) declara un bajo apoyo social.

GRAFICO N° 14: Distribución numérica de los adultos mayores, según la Escala de Depresión geriátrica de Yessavage, asociado al apoyo social bajo y apoyo social normal, según el cuestionario Duke-Unk de apoyo social percibido, en el Centro integral del Hogar de Cristo. Periodo agosto 2005 a marzo 2006.



Fuente: Datos obtenidos del análisis de datos del cuestionario de Apoyo Social y de la Escala de Depresión de Yessavage, aplicados a los adultos mayores del Centro Integral del Hogar de Cristo.

En esta representación gráfica se observa la relación entre la variable apoyo social y grado de depresión. A menor grado de apoyo social percibido por los adultos mayores, mayor es el nivel de depresión que presentan. En tanto que en el grupo que declara percibir apoyo social normal es menor la cantidad de personas con estado depresivo. Por lo anterior, se podría plantear que a mayor apoyo social percibido menor es el índice de depresión y viceversa.

7.- DISCUSION.

En esta investigación respecto a la **distribución por edad**, se obtuvo que el mayor porcentaje corresponde a adultos mayores de la sexta década (47%) denominados viejos jóvenes, este dato concuerda con el aportado por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica del año 2003, que avala el aumento de la tendencia al envejecimiento poblacional entre el año 2000 y el 2003 con un aumento de 11% a 11,5% en personas con edad igual o mayor a 70 años en este periodo; también coincide con el Censo del año 2002 donde más específicamente, el grupo de adultos mayores de 60 a 69 años corresponde al grupo más representativo en número en esta pirámide poblacional.

A diferencia de la realidad mundial y también de nuestro país, en el Centro Integral del Adulto Mayor, el mayor porcentaje en la **distribución según sexo** en la población de estudio corresponde a hombres (67%), Según datos del Servicio Nacional del Adulto Mayor, la mayor población son mujeres las que superan el 58% en promedio obviamente, no es comparable una realidad con la otra. Esto podría justificarse debido a la situación en que son recibidos estos adultos mayores, generalmente la mayoría presentan alcoholismo y abandono social y familiar que en su mayoría, ocurre en hombres más que en mujeres, de acuerdo a los datos proporcionados por el Hogar de Cristo.

De acuerdo a los datos proporcionados por este estudio respecto a **procedencia**, el mayor porcentaje corresponde a personas del área urbana (47%), seguido muy de cerca por población rural (43%). De acuerdo al Censo del año 2002, en Chile el 86.6% de la población habita en zonas urbanas. En la décima región, estos parámetros cambian debido a las condiciones geográficas de la región donde aproximadamente, el 70% es población urbana.

Respecto a **escolaridad**, un 57% de adultos mayores cuenta con escolaridad básica incompleta y el 29% son analfabetos. En relación a la realidad encontrada en nuestro país de acuerdo a la encuesta Casen 2003, el porcentaje de analfabetismo bajó a 13.2% y el nivel de escolaridad subió de 6 años a 6.6 años de estudio; situación muy similar a lo obtenido en el Censo del año 2002. En él, el promedio de analfabetismo en este grupo etáreo corresponde a 15% y señala que la mayoría de la población ha recibido instrucción de enseñanza básica. Nuevamente encontramos el contraste de la realidad nacional con la población en estudio, ya que en éste no se encontraron personas con un grado de escolaridad mayor y el porcentaje de analfabetismo es muy superior.

Acerca del **estado civil**, un 80% de la población no cuenta con pareja ya que del grupo que tenía la condición de casado actualmente está viudo. Cabe destacar que otro porcentaje de ellos es soltero, ya que por su grado de alcoholismo y bebedor problema principalmente, quedaron solos o perdieron sus parejas y también a sus hijos. En Chile, de acuerdo a información del SENAMA, la mayor concordancia se produce en el grupo de los viudos, ya que de acuerdo a esta información este porcentaje alcanza el 26%, muy distinto al grupo de los solteros con un 9.1% y al de los casados con más del 50% de la población adulto mayor, nuevamente volvemos a percibir la diferencia de esta realidad con la nacional.

Respecto a **tiempo de permanencia** en la institución, el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentra residiendo en la institución por un periodo mayor a un año, si bien no puede establecerse claramente cuál es el promedio de tiempo en que permanecen en la institución, ni tampoco compararlos con otras instituciones de larga estadía, ya que las condiciones físicas, psicológicas, de marginalización y abandono social pueden contribuir a un fallecimiento precoz dado que es muy distinta a un Hogar de adultos mayores convencional. Lo que provoca una cierta contradicción es que los adultos mayores no se sienten apoyados socialmente, se sienten marginados pero a la vez también, se sienten pertenecientes a una institución que los ha acogido y los ha cuidado.

En relación al **tipo de ingreso mensual**, un cuarto de la población son adultos mayores sin ningún tipo de ingreso económico; casi la mitad son ancianos con pensión asistencial y en igual proporción perciben pensión por invalidez y por jubilación (14%). Esto puede otorgar una visión general de la vida que llevaban estos adultos mayores antes de entrar en el Hogar. En su gran mayoría fueron personas sin trabajo, sin ingreso económico y sin familia por quién luchar o simplemente, las perdieron por causa del alcoholismo. El ingreso monetario de estos adultos mayores es administrado por la institución sin embargo, la Directora del establecimiento, les proporciona una cantidad de dinero mensual aquellas personas con menor nivel de dependencia, de forma de contribuir a que no pierdan totalmente su autonomía, puedan realizar algunos encargos y comprar útiles personales. En cuanto a la realidad de nuestro país, al año 2000 el 17.4% de la población mayor de 65 años contaba con el beneficio de la pensión asistencial, en este estudio la cifra se eleva a 48%, como se había mencionado anteriormente. (Gana, P. 2004)

Al revisar los datos del estudio respecto a prevalencia de **patologías crónicas**, el mayor porcentaje se produce por Hipertensión arterial con un 30% de la población; cifra muy parecida al promedio nacional que alcanza aproximadamente a un 33,7% (Encuesta Nacional de Salud, 2003). Le sigue de cerca el alcoholismo (23%) que, como lo había señalado anteriormente, no llama la atención por las características de la población en estudio. En Chile, de acuerdo a un estudio realizado por CONACE en el año 2002, de los casi 5 millones de personas estimadas como usuarias actuales de alcohol, cerca de 600 mil personas, 12% de la población entre 12 y 64 años de edad, presenta dependencia alcohólica, esto produce serios trastornos en su vida personal y social a causa del consumo abusivo de bebidas alcohólicas

que incluso, puede llegar a un nivel de alcoholismo crónico. También un estudio realizado por la OPS (2002) señala que el 20% de la población es bebedor problema, siendo un 15% de ellos sin dependencia y un 5% con dependencia alcohólica, al igual señala que esto ocurre más frecuentemente en varones.

Teniendo en cuenta estos antecedentes de nuestra realidad nacional, donde encontramos un porcentaje importante de alcoholismo con dependencia, se encuentra un 5% de personas que tienen dependencia alcohólica absoluta y en su mayoría, son hombres sin redes de apoyo y marginados socialmente, ya que por el alcohol perdieron todo lo que habían logrado en su vida, trabajos y seres queridos. (5° Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2002)

Al estudiar la variable **visita**, más de la mitad (52%) del grupo de adultos mayores del estudio no reciben visitas de familiares ni conocidos, esta situación radica porque la mayoría de ellos son personas abandonados por sus familiares debido a las condiciones de alcoholismo antes mencionadas y marginados socialmente por esto mismo; sólo el 22% es visitado por hijos, el 17% visitado por otras personas como vecinos y parientes y el 7% por amigos, que en algunas ocasiones según comentan los mismos adultos mayores, es lo único que tienen y se recuerdan de ellos.

Respecto al **diagnostico de funcionalidad**, cabe mencionar que el instrumento EFAM Chile fue creado en el año 2003, siendo muy posterior su incorporación real como instrumento de trabajo para la valoración funcional del adulto mayor, es por eso que aún no hay estudios exactos que digan específicamente qué es lo que sucede en Chile y cómo se distribuyen en porcentajes en estos tres grupos. (Sanhueza y cols., 2005) Lo que se encuentra es el estudio realizado por el sociólogo chileno Oscar Domínguez en 1985 con apoyo de la OPS, en que se señala que el 66.7% de la población adulta mayor es autónoma, un 30% frágil y un 3.3% totalmente dependiente; cifras muy distintas a las que entrega este estudio, donde solo uno de los adultos mayores era autovalente. Esto puede justificarse porque este hogar recibe precisamente a adultos mayores con condición de dependencia y no personas autovalentes, por las mismas circunstancias no es posible poder comparar ambas situaciones, y si bien, es cierto que el instrumento EFAM Chile, es un muy buen instrumento predictor de la pérdida funcionalidad, no es el mejor instrumento para este grupo, ya que aquí prácticamente no se puede realizar la clasificación de autovalente, autovalente con riesgo y dependiente, ya que casi todos entran en la última clasificación. Por lo anterior, sería mejor utilizar otro instrumento que evaluara las capacidades para realizar las actividades de la vida cotidiana e identificar más precisamente el grado de dependencia de estos adultos mayores.

En relación a la **familia de origen**, el mayor porcentaje de los adultos mayores del estudio proviene de otras instituciones de larga estadía, lo que equivale al 33% siendo principalmente el que está en esta situación el grupo de adultos mayores que cursó con alcoholismo y que vivía en las hospederías de la misma institución; le siguen en porcentaje los adultos mayores sin antecedentes de su familia, que por lo relatado por el personal de la

institución, fueron dejados allí pero nunca más acudieron a buscarlos ni visitarlos, este grupo fue abandonado socialmente (24%). Otra cifra no menos importante es el 19% que vivía solo y que fueron internados principalmente porque ya no podían cuidar de sí mismos, no tenían quien lo hiciera por ellos, y se volvieron dependientes a causa de múltiples enfermedades, un 14% que corresponde al grupo de los allegados, fue principalmente por su grado de dependencia y enfermedades que fueron institucionalizados por sus familiares y/o cuidadores y un 5% corresponde a los adultos mayores con familia nuclear y extensa, que corresponde precisamente al grupo que es visitado por sus familiares.

En este estudio $\frac{3}{4}$ de la población de adultos mayores, según la escala de depresión geriátrica de Yessavage, tiene un diagnóstico de **Depresión**, un 47% corresponde a un nivel leve y un 24% de la población a depresión establecida; el resto del porcentaje que equivale a un 29% corresponde a adultos mayores con diagnóstico de normalidad. Esto nos deja claro que más de un 70% de adultos mayores tiene síntomas depresivos, este número es muy superior a lo encontrado en estudios en Chile y otros países del mundo; por ejemplo en un estudio realizado en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco en el año 2001, se señala que un 37.7% eran casos depresivos incluso, utilizando la misma escala de depresión geriátrica de Yessavage y con adultos mayores institucionalizados.

También en Chile un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Merck para el envejecimiento en el año 2004, ubica a nuestro país en los primeros lugares de patologías depresivas en Latinoamérica con un 21.6% en la población general, pero sin internación. De esta manera, se puede dimensionar mayormente lo que pasa en el mundo y sobre todo en Chile, que como señalamos anteriormente es un país con tendencia depresiva, y más aún, en la realidad que viven los adultos mayores del Hogar de Cristo, que por su mismo abandono y falta de apoyo social y familiar, generan más exacerbadamente síntomas depresivos que el resto de la población, incluso que los mismos adultos mayores institucionalizados en otros hogares, donde muchas veces, ellos mismos han decidido su internación y los familiares se preocupan de ellos y son visitados frecuentemente.

Respecto al **grado de apoyo social**, los adultos mayores encuestados en este estudio, tienen un bajo apoyo social (67%) de acuerdo a lo arrojado por el cuestionario DUKE-UNK de apoyo social percibido. Mientras que en el restante 33% se considera apoyo social normal. Esto se puede asociar claramente a que más de la mitad de estos adultos mayores nunca recibe visitas, lo que expresa claramente cómo se sienten, además la mayoría, por su condición muchas veces de alcohólico nunca pudieron mantener una vida familiar y conyugal estable y terminaron en abandono. Esto genera que la situación percibida en el caso de los adultos mayores que manifestaron un bajo apoyo social, sientan esto principalmente como una situación de abandono por parte de la sociedad en general y sentimientos de soledad. Estas cifras coinciden bastante bien con lo proporcionado por la Escala de Depresión de Yessavage, ya que coinciden claramente las cifras de adultos mayores con bajo apoyo social y los que presentan depresión ya sea leve o establecida.

Este estudio es muy coincidente con los datos del estudio de depresión y redes de apoyo sociales de Jalisco (2001), ya que en éste, un 77.3% de adultos mayores presenta redes sociales de apoyo muy deterioradas, no hay una clara asociación con la situación objetiva de la red social pero sí, se relaciona con la valoración subjetiva que el adulto mayor hace de su propia red de apoyo, muy similar a lo realizado en este estudio, ya que principalmente, el trabajo fue realizado con lo percibido por el adulto mayor respecto de su red de apoyo.

De acuerdo al gráfico N° 14, en relación a **depresión y apoyo social**, es posible mostrar que los bajos niveles de apoyo social encontrado en los adultos mayores del estudio, incide directamente en el mayor número de casos de Depresión leve y establecida en este grupo de adultos mayores, y puede verse también, un mayor número de personas con diagnóstico normal según la Escala de Depresión de Yessavage, en personas que consideraron contar con un apoyo social bueno. Por eso a menor apoyo social mayores son los índices de depresión y viceversa.

8.- CONCLUSIONES

- El grupo de adultos mayores más preponderantes en esta investigación corresponde al grupo de los jóvenes, es decir de los 60 a 69 años con un 47%. Por ende sería necesario centrar la atención en éste grupo, ya que se encuentran en una etapa del ciclo vital, donde aún tienen más años de esperanza de vida y sería posible intervenir para mejorar dentro de lo posible su calidad de vida.
- En su mayoría en esta investigación hay adultos mayores varones con una equivalencia a casi un $\frac{3}{4}$ (67%) de la población en estudio y un poco más de $\frac{1}{3}$ (33%) de mujeres, contrastando con la realidad nacional donde es mayor el porcentaje de mujeres que hombres. Por eso podría ser posible que en el mismo centro se generaran instancias de trabajo de grupo y actividades orientadas a ambos sexos, centrándose principalmente en actividades para el sexo masculino.
- Se comprueba que la procedencia es similar en cuanto a área urbana y rural con un 47% y un 43% respectivamente, lo que se puede explicar por el alto porcentaje de ruralidad de nuestra zona. Con respecto al nivel de escolaridad, más de la mitad de estos adultos mayores solo posee escolaridad básica incompleta (57%) y más de $\frac{1}{3}$ (29%) es analfabeto. Es muy difícil por las condiciones del grupo poder implementar un programa educativo propiamente tal, pero si lo mencionado anteriormente.
- La mayoría de las personas de este estudio son solas, ya que el mayor grupo es soltero con un 35%, el otro separado con un 25% y el 20% viudo. De las personas que eran casadas pasaron después al porcentaje de los viudos, esto también explica el bajo apoyo social percibido por ellos. Por eso se hace necesario tratar de establecer algún tipo de comunicación con familiares y/o mejorar los vínculos de amistad con sus pares y cuidadores del centro.
- Con respecto al tiempo de permanencia en la institución el mayor porcentaje corresponde a los adultos mayores internados más de 1 año en el centro con un 57%. Esto es muy difícil de comparar con otra institución, ya que es muy relativa su estadía que puede ser más larga por su mejor condición de salud o también puede ser más corta por sus problemas de salud que inciden en los fallecimientos posteriores.
- La mitad de la población recibe pensiones asistenciales, un cuarto recibe pensiones de invalidez y jubilaciones con un porcentaje igual y el otro cuarto no recibe ningún tipo

de ingreso económico, por lo que la institución debe afrontar con todos los gastos que se generan por su cuidado. También se demuestra con estas cifras que solo el 14% de la población en estudio tuvieron un trabajo estable en su vida. Dentro del punto tomado anteriormente, por las condiciones de este grupo no podría realizarse un trabajo en el cual se les capacitara y pudieran ofrecer sus trabajos, pero quizás podría intentarse con el grupo que posee menos limitaciones y así ellos sentirse mejor consigo mismos y tener una remuneración para sus artículos personales, y a la vez, dar a conocer la labor que realiza la institución.

- Decir que la patología crónica más prevalente en este grupo de adultos mayores es la hipertensión arterial ya no es novedad, ya que prácticamente conforma más de un tercio de la población chilena, caracterizando generalmente este tipo de patologías a países en desarrollo o en vías de serlo, esta información la encontramos más detalladamente en el análisis de los datos de esta investigación. Lo que queda en este grupo es llevar un plan de enfermería de tal manera que los pacientes traten en lo posible de mantenerse compensados y así evitar complicaciones posteriores por infartos y accidentes vasculares.
- Lo que sí es más dramático y lo hemos mencionado anteriormente es la alta cifra de pacientes alcohólicos crónicos dependientes con una cifra del 23% de ellos. Si bien es cierto ellos actualmente no consumen alcohol, ya que se encuentran internados y muchos en muy malas condiciones físicas, esta fue la enfermedad o “desgracia” como algunos de ellos la llaman, que hizo que perdieran todo en sus vidas, por eso es necesario incorporarlos a actividades que los mantengan ocupados y socializar con sus pares y cuidadores.
- Más de la mitad de nuestros adultos mayores (52%) son personas abandonadas socialmente, ellos desde que están internados no reciben ningún tipo de visitas, solo el apoyo y la acogida que le entrega el personal de esta institución. Menos de un tercio recibe visitas de hijos y el otro porcentaje el cual llama bastante la atención ya que no tienen consanguinidad, es el grupo de adultos que recibe visitas de vecinos y amigos; muchos de estos amigos y vecinos eran los “que le tendían a mano”, según relatan ellos, cuando estaban solos y abandonados. En lo posible siempre se debe, y es política de la institución que no haya ningún tipo de restricciones de visita porque se trata en lo posible que ellos no pierdan sus vínculos afectivos con sus parientes y amigos.
- Prácticamente todo el grupo de nuestros adultos mayores del estudio son personas dependientes (95%), excepto uno de ellos que es “más joven” y que se encuentra allí por su condición de alcoholismo, esto es precisamente así ya que ésta institución es específicamente para adultos mayores dependientes.

- Un gran porcentaje de nuestros adultos mayores no tenía familia de origen por lo menos conocida por el personal o la institución. Más del tercio de ellos eran adultos mayores provenientes de otras hospederías del mismo Hogar de Cristo y por su cambio de situación a dependiente fueron trasladados allí; otro porcentaje no menos importante, (24%) no se encuentran antecedentes de su origen, solo relatan que fueron dejados allí y nunca nadie volvió. Los otros porcentajes de adultos que vivían solos y de allegados, quedaron en la institución por sus delicadas condiciones de salud. Solo 2 de ellos provenía de familias constituidas.

- En realidad al comparar las variables de apoyo social y grados de depresión nos encontramos con muchas similitudes entre estas dos variables, ya que ellas fueron las que motivaron la inquietud a realizar éste estudio; ya que se pensó que el bajo apoyo social estaba directamente relacionado con los niveles de depresión. Así pudimos comprobar que más del 70% de esta población posee síntomas depresivos, de acuerdo a la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage y un 67% de ellos posee un bajo apoyo social percibido, lo que produce una similitud de concordancia entre estas dos variables. Lo que no era muy similar era el alto grado de depresión de estos adultos mayores particularmente de esta institución, comparado con los otros estudios realizados en Chile y en el mundo; inclusive algunos utilizando el mismo instrumento. Así pudimos establecer que era también otro el factor de este estudio que estaba acentuando aun más la situación de depresión, y ahí pudimos comprobar que el alcoholismo fue uno de los factores decisivos en el bajo apoyo social percibido por ellos, y por que no decirlo del bajo apoyo social real que tienen y como esto influyó en el alto grado de depresión manifestado por los adultos mayores institucionalizados en el “Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt”. Por eso debemos pensar que no es normal que la vejez sea sinónimo de angustia y depresión, y es labor de todos los profesionales de la salud que seamos capaces de detectar y tratar este problema a tiempo. En el Centro Integral del Hogar de Cristo existe la voluntad para tratarlo, pero no así los medios económicos, por eso se debe centrar en la prevención y actividades de tipo recreativas para mejorar en lo posible sus calidades de vida.

- Antiguamente la vejez era sinónimo de sabiduría y respeto, hoy por los cambios socioculturales se convierten prácticamente en una carga; queda una sensación de amargura al concluir los datos de este estudio, ya que el alcoholismo, la marginalidad y el abandono social, convierte a nuestros adultos mayores en seres tristes sin un rol social específico. La tranquilidad que deja es que esta institución si fines de lucro realiza una maravillosa labor acogiendo, cuidando y entregando amor a los más necesitados de los necesitados, este es un tema en el cual todos debemos reflexionar, ya que todos nacimos para envejecer.

9.- BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarado, C. y Cols.2004. Salud pública de México vol. 46, n 3. In: Cartas al editor. <http://www.insp.mx> (15/10/05)
2. Aranda, C. y Cols. 2001 “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco” Rev. de Psiquiatría. <http://www.nexusediciones.com> (09/07/07)
3. Badía, X. – Salamero, M. – Alonso, J., 1999: “La medida de la salud”. Guía de escalas de medición en español. PPV. Barcelona, 2º edición.
4. Casen 2003. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: “Principales resultados de la situación de los adultos mayores” In: <http://www.mideplan.cl> (05/09/05)
5. Censo, 2002: Síntesis de resultados. In: <http://www.ine.cl> (04/07/07)
6. Conace- Ministerio del Interior, Gobierno de Chile, 2002. “Estudio nacional de drogas en la población general de Chile” (quinto estudio) In: <http://www.conacedrogas.cl> (04/07/07)
7. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente, 2004. Servicio de Salud Andaluz. In: <http://www.infodisclm.com> (02/09/05)
8. Encuesta Nacional de Salud, 2003. El Vigía 20, boletín de vigilancia en salud pública de Chile, Ministerio de Salud. <http://epi.minsal.cl> (09/07/07)
9. García, M. – Torres, M. Pilar – Ballesteros, E., 2000: Enfermería Geriátrica. España, Edit. Masson 2º edición.
10. Gac, H.2005. Programa de Geriátrica: Publicaciones. In: "Failure to Thrive" o ¿Qué tiene este abuelo? <http://escuela.med.puc.cl> (14/10/05)

11. George y Terra.1989-1987. “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco” Rev. de Psiquiatría. <http://www.nexusediciones.com> (09/07/07)
12. Gestión de Hogares de Ancianos, 2005. De la rigidez a la flexibilidad, de la institución tradicional a la inteligente.
In: http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/gestion_hogares.pdf (02/09/05)
13. Galanter, M. 2006: “Manual Merck de información médica general”. Sección 7 uso y abuso de drogas y fármacos. Pág. 779. Editorial Océano año 2006.
14. Gana, P. 2007. Las pensiones no contributivas en Chile: Pensiones asistenciales (PASIS)
In: http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/docs/pasis_chile.doc. (04/08/07)
15. Hogar de Cristo “Documentos adulto mayor”, 2005. Requisitos de ingreso a Programas Residenciales. In: http://www.hogardecristo.com/hacemos/a_mayor.htm (01/09/05)
16. INE 2003.”Catastro de la Población Adulta Mayor”. In: <http://www.senama.cl> (03/09/05)
17. “La depresión y las personas de la tercera edad”, 2005. Documento Internet de la Mental association of colorado. In: <http://www.mhacolorado.org> (14/10/05)
18. Marín, P. y Cols. 2004. “Adultos mayores institucionalizados ¿Cómo saber cuántos son? Rev. médica de Chile, jul.2004, vol. 132, n° 7, p.832-838.
19. Morales, M. 2001. “Chile Envejece”. Prospectiva de los impactos políticos y sociales de éste fenómeno hacia el bicentenario. In: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs> (04/07/07)
20. Martínez de la Iglesia, J. y Cols. 2002. Medifam vol. 12, n.10 Madrid. In: Versión española del cuestionario de Yessavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación.
<http://64.233.161.104/search?q=cache:fdeO84eNBVkJ:scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/origi nal2.pdf+version+espa%C3%B1ola+del+cuestionario+yessavage+abreviado&hl=es> (10/10/05)

21. Marín, P. 2004. “Tengo Cansancio de vivir”, Dpto. de Geriatria de la Universidad Católica de Chile.

In: <http://gerontologiaorg/portal/information/showinformation.php?idinfo=177>

22. Pando. 1998 “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco” Rev. de Psiquiatría.

<http://www.nexusediciones.com> (09/07/07)

23. Santander, J. 2000 “Depresión en el adulto mayor”, boletín de la escuela de medicina de la UC. Vol.29, N° 1-2. In: <http://escuela.med.puc.cl> (10/10/05)

24. Salud del anciano, 2004. Documento Internet

In: <http://www.saludalia.com/docs/> (02/09/05)

25. Sanhueza, M. y Cols. 2005. “Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud”. Ciencia y Enfermería, vol. 11, n°2, pág. 17-21.

26. Salazar, L.2005. “El proceso de envejecimiento”

In: <http://www.enfermeria21.com> (04/07/07)

ANEXOS

ANEXO N° 1

ANTECEDENTES GENERALES

1. EDAD

- 60 – 70 años
- 71 – 80 años
- 81 y mas

2. SEXO

- Masculino
- Femenino

3. ESCOLARIDAD

- Analfabeto
- Básica incompleta
- Básica completa
- Media
- Sin Antecedentes

4. ESTADO CIVIL

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Separado
- Sin antecedentes

5. TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA INSTITUCIÓN

- De 0 a 3 meses
- De 3 a 6 meses
- Entre 6 meses a 1 año
- Entre 1 y 2 años
- 2 o mas años

6. INGRESO MENSUAL

- Sin ingreso
- Pensión asistencial
- Pensión de invalidez
- Jubilación

7. PATOLOGIAS CRONICAS ASOCIADAS

- Hipertensión
- Diabetes Mellitus 2
- EPOC
- OH crónico
- Otras ¿Cuáles? _____

8. PERSONAS QUE LO VISITAN

- Hijos
- Nietos
- Amigos
- Otros
- No lo visitan

9. DIAGNOSTICO DE FUNCIONALIDAD

- Autovalente
- Autovalente con riesgo
- Dependiente

10. TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN

- Familia extensa
- Familia nuclear
- Allegado
- Vivía solo
- Otro hogares
- Sin antecedentes

11. PROCEDENCIA

- Urbano
- Rural

ANEXO N° 2

Escala de depresión geriátrica de yessavage abreviada (Versión española): GDS - VE		
1. ¿En General, esta satisfecho/a con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales o aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, mas que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACION TOTAL		
Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuentan un punto		

Puntuación total de 0-5: Normal
 6-9: depresión leve
 >10: depresión establecida

ANEXO N° 3

Apoyo social percibido Cuestionario DUKE-UNK.

Ítem	Pregunta a realizar	respuesta
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares	
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	
3	Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	
5	Recibo amor y afecto	
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien, sobre mis problemas en el trabajo o la casa	
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien, sobre mis Problemas personales y familiares	
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien, sobre mis Problemas económicos	
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	
11	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	

Puntuación total:

Apoyo normal mayor a 32 puntos

Apoyo bajo menor a 32 puntos

➤ Criterios y puntuación:

1. Mucho menos de lo que desea
2. Menos de lo que deseo
3. Ni mucho ni poco
4. Casi como deseo
5. Tanto como deseo

➤ La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del apoyo real. Cuanto menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación menor de 32.

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado por la Sra. Pamela Barrientos V., estudiante de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, de todo lo que comprenderá, los cuestionarios que se me realizarán, y me entrega la seguridad de que cuanto yo exponga quedará en el anonimato.

Por consiguiente, mi identidad será mantenida en confidencialidad y me otorga el derecho a no contestar las preguntas que yo estime conveniente.

FIRMAS

INVESTIGADORA

PACIENTE

FECHA:

ANEXO N° 5

DATOS NUMERICOS DE LOS GRAFICOS PRESENTADOS

GRAFICO N°1: Distribución por edad de los adultos mayores.

Adultos mayores de 60 a 69 años: 10

70 a 79 años: 6

80 años y más: 5

GRAFICO N° 2: Distribución por sexo.

Sexo masculino: 14

Sexo femenino: 7

GRAFICO N° 3: Distribución según procedencia.

Procedencia urbana: 10

Procedencia rural: 9

Sin antecedentes: 2

GRAFICO N° 4: Distribución según nivel de escolaridad.

Analfabetos: 6

Básica incompleta: 12

Básica Completa: 0

Media: 0

Sin antecedentes: 3

GRAFICO N° 5: Distribución por estado civil.

Soltero: 7

Casado: 0

Viudo: 4

Separado: 5

Sin antecedentes: 4

GRAFICO N° 6: Distribución por tiempo de permanencia en la Institución.

0 a 3 meses: 2
3 a 6 meses: 3
6 meses a 1 año: 4
1 a 2 años: 4
2 o más años: 8

GRAFICO N° 7: Distribución según ingreso monetario.

Sin ingreso: 5
Pensión asistencial: 10
Pensión de invalidez: 3
Jubilación: 3

GRAFICO N° 8: Distribución según prevalencia de patologías crónicas.

HTA: 12
DM tipo 2: 1
EPOC: 2
Deterioro PSO: 8
Alcoholismo: 9
Secuelado AVE: 7

GRAFICO N° 9: Distribución por tipo de familiar que los visita.

Hijos: 5
Nietos: 0
Amigos: 2
Otros: 4
No lo visitan: 12

GRAFICO N° 10: Distribución según diagnóstico de funcionalidad (EFAM)

Autovalente: 1
Autovalente con riesgo: 0
Dependiente: 20

GRAFICO N° 11: Distribución según tipo de familia de origen.

Familia extensa: 1
Familia nuclear: 1
Allegado: 3
Vivía solo: 4
Otros Hogares: 7
Sin antecedentes: 5

GRAFICO N° 12: Distribución por grados de depresión según escala de Yessavage.

Normal: 6
Depresión Leve: 10
Depresión establecida: 5

GRAFICO N° 13: Distribución según grados de apoyo social percibido por el adulto mayor de acuerdo a cuestionario Duke-Unk.

Apoyo social bajo: 12
Apoyo social normal: 6

GRAFICO N° 14: Distribución numérica de los adultos mayores con depresión en sus distintos grados medidos por la escala de Yessavage, asociado al apoyo social percibido por el adulto mayor medido por el cuestionario Duke-Unk.

	Bajo apoyo social	Apoyo social normal
Sin depresión	2	4
Depresión leve	8	2
Depresión establecida	4	1