

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



TESIS

**APOYO FUNCIONAL Y NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL EN
ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL
CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016**

**PRESENTADA POR BACHILLER
YULIANA MELISSA MUÑOZ CORTEZ**

**PARA OPTAR POR TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA DE ENFERMERIA**

ICA – PERU

2017

ASESORA:

Lic. Victoria Ponce Pio

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos que más lo necesito y bendecirme con la posibilidad de caminar a su lado durante toda mi vida.

A mis padres que siempre me dan su apoyo incondicional a quienes debo este triunfo profesional, por su trabajo y dedicación por darme una formación académica y sobre todo humanística y espiritual.

Agradezco a mi asesora Lic. Victoria Ponce Pio por su participación e importante aporte en la realización de esta tesis bajo su dirección, su apoyo, confianza y capacidad para guiar mis ideas, ha sido un aporte invaluable.

Por último, al Centro de Salud de Tate, a sus profesionales, personal administrativo y pacientes adultos mayores, va mi más sincero agradecimiento por su participación activa en el desarrollo de mi tesis.

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poder realizar mis metas trazadas. Y a mis hijas todo esto es por ustedes.

RESUMEN

La perspectiva de ciclo de vida introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso del ciclo de la vida pero no implica que el individuo no se integre a la sociedad, es por ello que hoy en día involucra varias etapas o diferentes ámbitos de la organización social ya que el fenómeno del envejecimiento de la población muestra repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales que ha demostrado que las personas deben preocuparse y ser partícipes de su salud en particular en la tercera edad ya que es importante que el adulto mayor experimente sentimientos de diferentes tipos uno de ellos la soledad en distintos grados de su vida por lo que el profesional de enfermería debe integrar el apoyo social como una de las medidas que ayuda a mitigar el impacto que tiene la soledad sobre la salud física y mental y de evaluar o garantizar una correcta identificación del adulto mayor. Objetivo: Determinar el apoyo funcional y soledad social en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016. Metodología: El estudio fue descriptivo, cuantitativo y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 77 adultos mayores que asisten al centro de salud. La técnica de estudio fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario. Resultados: Respecto al apoyo funcional se evidencia que el 48.05%(37) es medio; que el 32.47%(25) es alto y el 19.48 (15) es bajo. Respecto al nivel de soledad se evidencia que el 51.95%(40) es medio; que el 25.97%(20) es alto y el 22.08% (17) es Bajo. Conclusiones: Los resultados mostraron que el apoyo funcional es medio y que el nivel de soledad social es medio.

Palabras claves: Apoyo social, Funcional, Soledad social, adulto mayor

ABSTRACT

The perspective of life cycle introduces the notion that old age is one more stage in the life cycle process but it does not imply that the individual does not integrate into society, that is why today it involves several stages or different areas of social organization, since the phenomenon of population aging shows considerable repercussions in the functioning of social structures that have shown that people must be concerned and participate in their health, especially in the elderly, as it is important that the The older adult experiences feelings of different types, one of them loneliness in different degrees of his life, for this reason the nursing professional must integrate social support as one of the measures that helps the impact of loneliness on physical and mental health and evaluate or guarantee in improving a correct identification of the elderly. Objective: To determine the functional support and social loneliness in older adults who attend the Tate Health Center, Ica, December 2016. Methodology: The study was descriptive, quantitative and cross-sectional; the sample consisted of 77 older adults who attend the health center. The study technique was the survey and the data collection instrument was the questionnaire. Results: With regard to functional support, it is evident that 48.05% (37) is medium; that 32.47% (25) is high and 19.48 (15) is low. Regarding the level of loneliness, it is evident that 51.95% (40) is medium; that 25.97% (20) is high and 22.08% (17) is Low. Conclusions: The results showed that functional support is medium and that the level of social loneliness is medium.

Keywords: Social support, Functional, Social loneliness, older adults

PRESENTACION

Una característica esencial del ser humano es la de ser una persona social dado que contiene diferentes aspectos sociales que determina la salud de la persona adulta mayor para poder ser parte de la vida integral de la sociedad ya que la sociedad ha estado evolucionado con el transcurso del tiempo caracterizando gradualmente los cambios y la capacidad de adecuarse a la sociedad de hoy, el cambio es difícil ya que la sociedad la mayoría de persona adulta mayores necesitan jugar un papel importante para poder sobrevivir aunque no siempre se logran obtener un apoyo necesarios para mantener la funcionalidad por ello que la información que se brinda en el presente trabajo ayudara obtener el apoyo y oportunidades necesarias para continuar contribuyendo al bienestar propio de la sociedad que garantiza la protección adecuada para poder envejecer y vivir el final de su vida con dignidad y apoyo familiar y social.

El estudio tuvo como objetivo: Determinar el apoyo funcional y soledad social en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016.

Se encuentra organizado en 5 capítulos: El capítulo I comprende, el problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivo específico, justificación del problema y el propósito de estudio. En el capítulo II comprende, marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, variable de estudio y definición operacional de términos. En el capítulo III comprende, material y métodos, tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV comprende: Resultados y discusión. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
I.c. OBJETIVOS:	16
I.c.1. OBJETIVO GENERAL	16
I.c.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	16
I.d. JUSTIFICACIÓN	17
I.e. PROPÓSITO	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	19

II.b. BASE TEÓRICA	23
II.c. HIPÓTESIS	39
II.d. VARIABLE	39
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	39
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. TIPO DE ESTUDIO	41
III.b. ÁREA DE ESTUDIO	41
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	43
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. RESULTADO	45
IV.b. DISCUSIÓN	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES	56
V.b. RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	58
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	66

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1	DATOS GENERALES RESPECTO A LA EDAD, SEXO, GRADO E INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL, CON QUIEN VIVE, OCUPACIÓN ACTUAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	45
2	APOYO FUNCIONAL GOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	80
3	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION; PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	81
4	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION; USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	81
5	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION; INDICE DE PARTICIPACION SOCIAL SUBJETIVA EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	81

6	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL GLOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	82
----------	--	-----------

LISTOS DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1	APOYO FUNCIONAL GOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	47
2	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION; PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	48
3	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION; USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	49
4	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION; INDICE DE PARTICIPACION SOCIAL SUBJETIVA EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	50
5	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL GLOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016	51

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	67
ANEXO N°2	INSTRUMENTOS	71
ANEXO N° 3	TABLA DE CODIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS	75
ANEXO N°4	ESCALA DE STANONES	78
ANEXO N°5	TABLAS DE FRECUENCIA	80
ANEXO N°6	TABLA MATRIZ	83

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, la prevalencia del sentimiento de soledad en el adulto mayor *“arroja datos amplios, puede aumentar en un 14% las probabilidades de muerte prematura de las personas mayores, según una investigación realizada por John Cacioppo, profesor de psicología en la Universidad de Chicago y uno de los principales expertos sobre la soledad en Estados Unidos. El trabajo ha mostrado que el impacto de la soledad en la muerte prematura es casi tan fuerte como el impacto de una situación socioeconómica precaria, la cual aumenta las posibilidades de morir antes en un 19%”*.¹

Una sociedad cambiante cuyos aspectos sociales, económicos y culturales generan *“un estilo de vida caracterizado por el establecimiento de relaciones interpersonales cada vez más restringidas que propician el aislamiento social. Así la soledad se presenta como uno de los estados psicológicos que involucra un sentimiento de estar desconectado del mundo que nos rodea, y en especial de las relaciones con los demás, asociándose a este sentimiento el aislamiento social, la falta de redes sociales, y la marginación, pero la verdadera soledad se relaciona al sentirse solo, triste y nostálgico, sentimiento que surge, aunque se esté físicamente rodeado de personas. Por su parte, en España la soledad es expresada por el 8% de las personas mayores”*.²

En Gran Bretaña, la prevalencia de soledad severa en adultos mayores *“fue del 7%, mientras que, en Finlandia, el 34% sufre de soledad a veces y, a menudo o siempre, el 5%. En Estados Unidos, uno de cada cinco adultos mayores presenta soledad. 19.3%”*³ Al respecto Figueroa, Gutiérrez y Miranda, en su investigación realizada en la ciudad de Chile,

reportan que el 62,92% de los sujetos percibieron altos niveles de apoyo social”.⁴

El apoyo social juega “un papel fundamental en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al propiciar bienestar, prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas, además dicho término desempeña un indispensable papel en el quehacer cotidiano de esta población, puesto que contribuye a su desarrollo humano, y, por ende, ayuda a mejorar su calidad de vida”.⁵

En Chile se realizó un estudio sobre los predictores de soledad en el cual explicaron que “el 52% se relaciona a la soledad. Las variables que se asociaron con la soledad en este estudio fueron la presencia de enfermedades crónicas ($p=0.036$), la edad ($p=0.009$), el tipo de convivencia ($p=0.001$), la satisfacción con la vida ($p=0.001$), la percepción del estado de salud ($p=0.004$) y del ánimo ($p=0.001$) y el apoyo social ($p=0.001$), mientras que las que no aportaron información significativa fueron la auto-eficacia, el sexo, la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de estudios”.⁶

En Perú, específicamente Trujillo, “los resultados de una investigación cualitativa dan a conocer categorías que emergieron del estudio como ajuste témporo–espacial en la vida familiar, percepción de soledad, percepción de fuerza/ vitalidad, articulando pasado, presente y futuro, modulando la socialización familiar–social, reafirmando el compromiso familiar – social y reaprendiendo el amor a la vida”.⁷

A nivel de provincia de Ica “cuenta con una población de 787,170 habitantes, donde el 10.5% representa la población adulta mayor (82,695), lo cual este grupo poblacional predomina necesidades afectivas, sociales, económicas debido a los cambios por la modernización y hace

*que los adultos mayores continúen sus vidas adoptando aspectos vivenciales sobre la percepción de la soledad y apoyo funcional”.*⁸

Durante la trayectoria como estudiante, se ha logrado afianzar empatía por este grupo poblacional, con los cuales se han realizado diversas actividades asistenciales, preventivo-promocionales y recreativas, en este interactuar constante es que surgió la inquietud de saber qué es para una persona adulta mayor, los aspectos vivenciales sobre la percepción de la soledad y apoyo funcional de este grupo poblacional. En vista de lo antes planteado se formula la siguiente pregunta de investigación:

I.b. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cómo es el apoyo funcional y soledad social en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016?

I.c. OBJETIVOS

I.c.1. OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar el apoyo funcional y soledad social en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016.

I.c.2. OBJETIVO ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar el apoyo funcional en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate según:
 - El cuestionario DUKE UNC
- ❖ Identificar la soledad social en adultos mayores según:
 - Precepción de apoyo social
 - Uso de nuevas tecnologías
 - Índice de participación social subjetiva

I.d. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La soledad es un concepto que poco se discute en la sociedad actual debido a la renuencia de las personas a admitirla pues supone una vergüenza admitir que se está o ha estado sola(o) a pesar de que es una de las principales fuentes de sufrimiento para el ser humano y uno de principales temores que manifiestan las personas mayores junto con el morir solo, por lo que la intervención de enfermería debería dirigirse a su mitigación y prevención.

La investigación radica en la importancia que la enfermera es la profesional que más tiempo pasa cerca del usuario, ya sea en el hospital o en la comunidad lo que la pone en una posición ventajosa para detectar en forma precoz a las personas en situación de riesgo de experimentar soledad, especialmente a aquellas que poseen escasas redes sociales y de ayudarles a crear o mantener mejores redes antes de que afecte su estado de salud y que muchas veces ésta es concomitante con otros problemas de salud siendo necesario conocer a priori a través de las visitas domiciliarias, dónde se debe buscar a aquellas personas con alto riesgo de experimentar soledad, ya que su identificación permitirá poder realizar una adecuada planificación de acciones preventivas que disminuyan la importancia de este problema.

Se justifica porque demográficamente la población adulta mayor está en ascenso ocasionando que las condiciones de salud también se vean afectadas acarreando en al adulto mayor no solo problemas sociales sino también económicos y psicológicos como se enfoca en esta investigación.

La relevancia para la disciplina de enfermería es que a través de las herramientas metodológicas pueda contribuir a disminuir su efecto en la salud integral de los mayores, especialmente en cuanto a la calidad de los contactos sostenidos por éstos con su familia y amigos con la finalidad de tener en cuenta dichas percepciones en el momento de crear programas de atención de Enfermería, lo cual permitirá mejorar las prestaciones de salud que se dan día a día a este grupo poblacional.

I.e PROPÓSITO

La investigación se basó en el aumento que respecta a la soledad que presentan los adultos mayores junto al apoyo que reciben los mismos, y así poder compararlos con otras investigaciones generando así nuevos parámetros de investigación para determinar la calidad de vida que pueden llevar los adultos mayores.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

II.a ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Silva F. En el año 2016 realizó una investigación de diseño observacional, transversal, con el objetivo de identificar las **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, APOYO SOCIAL Y SENTIDO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS. MADRID.** La muestra consto de 40 participantes, 20 personas adultas mayores casadas y 20 viudos, en los se encuentran hombres y mujeres. Además, también se pretende analizar en qué medida las variables independientes, apoyo social y estrategias de afrontamiento influyen en la variable dependiente, sentido de vida; para ello han llevado a cabo análisis de diferencias de medias para observar las diferencias entre grupos; hombres y mujeres, viudos y casados. A través de un análisis de regresión múltiple se observa que dos de las tres dimensiones de estrategias de afrontamiento del COPE-28, afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, son capaces de explicar en un porcentaje significativo de varianza del sentido de vida. Como conclusiones principales, se destaca que no existen diferencias estadísticas significativas en relación con el sexo y al estado civil, en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido vital al igual que no hay diferencias en cuanto al sexo. Además, se ha encontrado que un porcentaje muy alto de la varianza de estrategias centradas en el problema y en la emoción explica el sentido de vida.⁹

Baizana J. En el año 2015 realizó una investigación de diseño descriptivo con el objetivo de determinar las **CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y EN SITUACIÓN DE ABANDONO. LA ANTIGUA GUATEMALA.** Para la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios elaborados por el investigador, los cuales fueron

sometidos a juicio de expertos. Se seleccionó una muestra de 30 adultos mayores, 15 hombres y 15 mujeres, a los que se aplicaron de forma individual ambos cuestionarios. Luego de analizar los resultados se concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de soledad y las conductas de afrontamiento utilizadas por el grupo de estudio, siendo la conducta de afrontamiento más utilizada por ambos grupos de estudio la referente a Apoyo Religioso y la menos utilizada la referente a Expresión de Emociones, por lo que se recomienda al hogar crear programas que integren herramientas, psicológicas, religiosas y sociales que permitan fortalecer cada una de las conductas de afrontamiento evaluadas en la investigación. ¹⁰

Alfonso L, Soto D, Santos N. En el año 2014 realizaron un estudio descriptivo mediante un diseño no experimental, transversal, con el objetivo de caracterizar la **CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DEL CÍRCULO DE ABUELOS DEL CONSULTORIO 3 PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD “5 DE SEPTIEMBRE” EN CONSOLACIÓN DEL SUR. CUBA.** Se realizó con una muestra no probabilística, los instrumentos utilizados fueron la escala M.G.H de calidad de vida, escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet y la entrevista semi-estructurada. Resultados. Predominio del sexo femenino, edades de 60 a 69 años, estado civil casado y con culminación de los estudios universitarios. La estructura familiar se caracterizó por la presencia de núcleos de familias pequeñas y bigeneracionales. La calidad de vida que prevaleció fue alta, presentando un mayor nivel de satisfacción la dimensión salud. El apoyo social percibido que predominó fue alto, constituyendo la familia la principal fuente generadora de apoyo para este grupo. El 75% de los adultos mayores que percibieron un apoyo social alto, solo el 40% presentaron mayores niveles de calidad de vida. Conclusiones. La investigación ha demostrado que la alta percepción de apoyo social

referida por la población objeto de estudio se expresa en una mayor calidad de vida en los ancianos de edades tempranas. ¹¹

Cardona J, Villamil M, Henao E, Quintero A. En el año 2013 realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal con el objetivo de determinar **EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES. MEDELLIN COLOMBIA.** Realizado en personas de 55 y más años que asisten a los grupos de la tercera edad del municipio de Medellín para un total de 1.169 encuestados. Para la recolección de la información se aplicó el instrumento escala ESTE de medición de la soledad, validado para Colombia. Resultados: se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer; las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad y, a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad. Conclusiones: las variables de edad, estado civil, grado de escolaridad, estrato y número de personas con las que se convive, están asociadas con la soledad en el adulto mayor. ¹²

Vivaldi F, Barra E. En el año 2012 realizaron una investigación con el objetivo de examinar las relaciones entre el **BIENESTAR PSICOLÓGICO, APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE SALUD EN ADULTOS MAYORES. CHILE.** La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido

que aquellas sin pareja estable. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos.¹³

Manosalva K. En el año 2015 realizó un estudio de tipo Cuantitativo. Descriptivo-Correlacional, con el objetivo de determinar la relación entre el **APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE DEPRESION DEL ADULTO MAYOR PROGRAMA DE ATENCION INTEGRALDE SALUD DEL ADULTO MAYOR HRDT. TRUJILLO**. El universo muestral estuvo constituido por 100 adultos mayores a quienes se les aplicó dos instrumentos: apoyo familiar y nivel de depresión. Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, con frecuencias numéricas y porcentuales, de los cuales se obtuvo lo siguiente: 78 por ciento de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20 por ciento bueno y el 2 por ciento malo. Por otro lado, el 78 por ciento de adultos mayores no tienen depresión, el 20 por ciento depresiones leves y el 2 por ciento depresiones moderadas. De allí que el 64 por ciento tienen apoyo familiar regular presentan nivel leve de depresión. Se aplicó la prueba de independencia de criterios (Chi-Cuadrado) el cual evidencia que existe relación significativa entre el apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del Hospital Regional Docente de Trujillo 0,05 ($p = 0.039$).¹⁴

Los antecedentes considerados para esta investigación enfocan la magnitud del problema y la información que se requiere respecto al apoyo funcional social y el nivel de soledad que presenta en el adulto mayor por lo que se debe aplicar medidas que ayuden a disminuir dicha situación problemática. Estos antecedentes además servirán para aclarar, comparar o discernir en la discusión el que le dará el valor real a esta investigación.

II.b BASES TEÓRICAS:

APOYO SOCIAL FUNCIONAL.

Podría definirse como un proceso de interacción entre una o varias personas, que a través del contacto sistemático entre ellos se establecen vínculos de amistad y de esta forma reciben apoyo material, emocional y afectivo, en la solución de las situaciones cotidianas en momentos de crisis y en el día a día. ¹⁵

La familia es uno de los apoyos principales, tanto a la hora de afrontar situaciones estresantes, como para el día a día, ya que dan atención y protección. ¹⁶

Los adultos mayores que viven con familiares no solo presentan mayores niveles de salud mental y física, si no también emocional, en comparación con las personas que viven solas.

Además, incluso dentro de la familia, el propio matrimonio es un apoyo fundamental, sobre todo para el varón, que en muchos casos dependen de su mujer para ciertas actividades y presenta una red social más baja que la mujer. ¹⁷

Los adultos mayores casados encuentran un apoyo fundamental por parte de su pareja, y que las personas viudas son más propensas a enfermar, además que presentan mayores índices de mortalidad y accidentes. Asimismo, el apoyo social se podría considerar un elemento protector en relación con la salud de los adultos mayores, ya que disminuye los efectos negativos del estrés y aumenta el bienestar y satisfacción con la vida. ¹⁸

Se sabe que el apoyo social percibido influye en el bienestar, ya que proporciona estabilidad emocional, protección y atención de otros.

También permite al individuo sentirse más productivo, tener más sentido de vida y un mayor autocontrol sobre sí mismo.¹⁹

El apoyo social, juega un papel fundamental a la hora de afrontar sucesos vitales como el duelo del cónyuge, ya que tener una red social a la que poder acudir si es preciso para sentir su soporte, es muy importante. No solo es importante en plano social o psicológico de la persona, sino que también es importante en cuanto a la dimensión de salud biológica.

CUESTIONARIO DUKE –UNC

La población en general se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1- 3). El rango de puntuación oscila entre 11 y 33 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo.²⁰

INDICADORES DEL CUESTIONARIO DUKE –UNC

Recibir visitas de los amigos y familiares: Las personas que reciben un mayor apoyo social en términos de visitas, llamadas telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participación en actividades sociales, gozan de mejor salud. El impacto positivo en la salud es mayor cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva.²¹

Recibir ayuda en asuntos relacionados con su casa: La medida en que el equilibrio en el intercambio de apoyos pueda ser un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las personas mayores depende de la equivalencia del intercambio, sean estos apoyos tangibles o no y sean éstos expresados a través de actos recíprocos o generados por la misma persona que da el apoyo. Al respecto Kim et al, plantea que cuando se tiene un intercambio recíproco de apoyos, hay efectos psicológicos

positivos en las personas involucradas, lo cual no sucede cuando el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se produce sentimientos de estar sobrecargado y frustrado. Al otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento.

Recibir elogios y reconocimientos por buen trabajo: La participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más prevalente en hombres, puede llevar a que estén más integrados socialmente en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres desarrollar relaciones más cercanas en el ámbito familiar y comunitario. En ambos casos, sin embargo, la llegada al inicio de la vejez implica un momento de transición, coincidente con la salida de los hijos de la familia, que puede tener efectos negativos en ambos. En el caso de las mujeres con la pérdida del rol de apoyo y cuidado que se le asignaba a la madre y en el caso del hombre con el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral.

Contar con personas que se preocupan de lo que le sucede: El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales son claramente distintos entre hombres y mujeres. Puede decirse que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan con bastante claridad en las edades avanzadas.

Recibir amor y afecto: En lo que respecta a las redes de apoyo familiar de la población mayor, estas se expresan diferentemente en hombres y mujeres. Parte de estas variaciones tienen relación con características sociodemográficas como el estado civil de unos y otros.

El matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres. Igualmente, el número de los hijos tiene una actuación diferencial con respecto al padre o la madre. La mortalidad a través de los diferenciales en la esperanza de vida también tiene efectos diferenciales, puesto que los hombres al tener una vida más corta viven la vejez en compañía, lo que en algunas latitudes se complementa

cuando la edad de la cónyuge es muy inferior. Las diferencias de género muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en cualquiera de esas categorías.

22

La familia, amigos y vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan los adultos mayores, las investigaciones acerca de la familia y los mayores “han demostrado ampliamente que la familia es la que provee la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a ancianos con discapacidad física y mental.”²³

Tener la posibilidad de hablar con alguien de los problemas en el trabajo o en casa: La amistad tiene significados diferentes para hombres y mujeres en edad avanzada, también hay continuidades y discontinuidades en ambas. Sus objetivos son diferentes y los efectos para cada uno cambian también dependiendo del lugar de residencia. Las amistades de los hombres siguen basándose en las actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo. Se dice que hay una ventaja psicológica entre la población femenina, pero seguramente esto responde a procesos de socialización diferenciales.²⁴

Tener la posibilidad de hablar con alguien de los problemas personales y familiares: El tener amigos puede implicar estar activo, trasladarse, moverse, lo cual es un factor que retarda la aparición de ciertas discapacidades. Por el lado de la familia, se mencionan los posibles efectos del proceso de condicionamiento que puede producirse, tener la posibilidad de conversar con alguien es positivo para la salud y bienestar del adulto mayor.

Tener la posibilidad de hablar con alguien de los problemas económicos: La familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental de las personas mayores, “el cónyuge y los hijos/as son

los principales proveedores de ayuda económica y cuidados; y es el cónyuge con quién las personas mayores cuentan incondicionalmente, ya que con los hijos pueden hacerlo sólo en un plazo breve o frente a situaciones específicas.²⁵

Recibir invitaciones para distraerse y salir con otras personas: El mantenimiento de relaciones con las personas de la misma edad, con las que han compartido sucesos de la vida, genera una gran gratificación a partir del reconocimiento y confirmación mutua, así como la posibilidad de recordar tiempos pasados.²⁶

El tener relaciones con miembros fuera del núcleo esencial de la familia, son necesarios para la persona mayor. Y si es posible integrarlos poco a poco a la vida cotidiana, y entender la realidad de ellos, la amistad crece. Ellos tienen también sus problemas, y sus triunfos. La interacción social es de dos vías y a veces se precisa de alguien que lo escuche a uno, pero muchas veces hay que ser capaz de escuchar al otro. Hay que reconocerse en los demás, tratar de percibir sus carencias, sus deseos de compartir. Para el adulto mayor puede ser de gran ayuda emocional el preocuparse por los problemas de un amigo, que tal vez, también esté dispuesto a prestar su oído para escucharlo de vuelta.²⁷

Recibir consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante en su vida: Ya que esta es la conducta de afrontamiento a la que estas personas recurren con mayor frecuencia para afrontar el sentimiento de soledad

Recibir ayuda cuando está enfermo: El período de la adultez mayor es cada vez más prolongado y muchas familias por opción u obligación se encargan personalmente del cuidado de ellos. Esta labor normalmente recae en las mujeres que deben renunciar a otras actividades y aislarse del resto. Los miembros de la familia y los amigos pueden brindar apoyo de diversas maneras y muchas veces quieren ayudar. El recibir ayuda cuando están enfermos les permitan a

los adultos mayores compartir las herramientas que les han permitido afrontar el sentimiento de soledad.²⁸

SOLEDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la soledad como un sentimiento profundo de estar desconectado del mundo que nos rodea, en especial de los vínculos con los demás. Las personas que experimentan soledad describen una sensación de des pertenencia, de aislamiento y de falta de identificación con los demás. En definitiva, la soledad es el sentir que no forma parte de nada ni de nadie. Este concepto ha ido evolucionando, y actualmente se dice que el límite que existe entre la fase adulta y la vejez, establecen una relación con la edad fisiológica. Con frecuencia, en todas las sociedades, el límite de edad establecido se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales, necesarias para mantener la autonomía e independencia.²⁹

Karnick expone que la soledad es un hecho real, el hombre piensa, vive física, psicológica y espiritualmente por él y para él. La soledad es fundamental para la condición del ser humano y se refiere a la libertad personal, la elección, la intencionalidad y responsabilidad que este maneje. ³⁰

Tipos de soledad

Existen muchos tipos de soledad, algunas personas viven en compañía de amigos, familiares, vecinos, pero se sienten solos, incomprensidos, sin tener a alguien en quien confiar su vida, mientras otros viven encerrados en varias actividades sin tiempo para experimentar la soledad en que se encuentran. El ser humano es capaz de establecer alianzas con sus parecidos, pero también es capaz de vivir la experiencia de la soledad, de entrar en relación con el propio yo y enfrentarse a sí mismo.

Soledad de tipo existencial: Se relaciona con el significado de la vida, se reconoce como objeto de amor delante de Dios y de los demás, es

un conocimiento de sí en el amor, una de las principales características es ser abierta, atenta, y fuente de alegría, aunque se pasen horas de dolor o angustia no se impone ni se hace sentir como tal, conoce los verdaderos sufrimientos del amor del que ama sin esperar nada a cambio

Soledad social: En este tipo de soledad la persona no se siente parte de un grupo social. Cuando la capacidad para relacionarnos con los demás es deficiente aumenta la posibilidad de quedarse solo ya que las relaciones que se mantienen son menos entusiastas y empáticas. Otro aspecto de este tipo de soledad es que la persona se siente incapaz de entablar algún tipo de conversación y de establecer confianza con quienes la rodean, tiene miedo de que le hagan algo o la rechacen, crea una barrera a su alrededor, se encierra en sí mismo y vive el vacío que él mismo ha creado y que justifica con excusas como: “no me entienden, la gente sólo quiere hacerme daño, la gente me busca por interés

Soledad positiva: Esta ocurre cuando se reservan ciertos tiempos de soledad para entrar en relación consigo mismo, para vivir el propio ser con calma, con serenidad, conforme al propio ritmo. El estar solo por algún momento le permite a la persona reflexionar, valorarse, fortalecer el espíritu, renovar la energía y el entusiasmo para valorar todo lo que pasa por su mente y en su vida.³¹

Soledad crónica: Se origina a través de la interacción del factor biológico de la persona y las situaciones de la vida que están fuera del propio control, es decir que el individuo se siente incapaz de establecer relaciones sociales por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven. Este tipo de soledad como “soledad terminal” esto se debe a que cuando se depende en relación y apoyo de los demás y esta ayuda no es satisfactoria o no se tiene, afecta a muchas personas mayores al final

de sus vidas, ya que se da un aumento en la dependencia física y emocional

Soledad situacional: Esta soledad se manifiesta cuando suceden eventos estresantes, por ejemplo, una separación o pérdida de una relación, cuando uno de los miembros de la familia fallece, son sucesos breves, agudos y dolorosos, son eventos que se consideran de remisión rápida.

Soledad transitoria: Es considerada una de las más comunes, ya que se asocia con la aparición de breves sentimientos de soledad. La duración de la soledad se relaciona con el nivel de educación, del estatus marital, la historia del divorcio parental y de la utilización de las estrategias para solucionarla. Un ejemplo de este tipo de soledad es, al volver después del trabajo a una casa vacía, durante un fin de semana o en fiestas especiales.³²

CUESTIONARIO DE SOLEDAD SOCIAL ESTE II

Es un instrumento confiable por Ramona Rubio Herrera y las investigadoras Mercedes Pinel y Laura Rubio, validado de la primera escala de medición de la soledad social, desde el Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento de la Universidad de Granada (UGR), único departamento de este tipo en toda España.

Denominada Escala de Soledad Social Este II, este instrumento permitirá a los expertos analizar la experiencia subjetiva que tiene el sujeto ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías, entre otros, donde están implicados componentes cognitivos y emocionales.

La soledad en mayores realizado por la Universidad de Granada y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a lo largo del año 2009, es la continuación de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y el profesor Manuel Aleixandre para medir cuatro tipos de soledad: soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social.

Esta nueva escala está compuesta por 15 ítems (temas) con tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Los encuestados deben responder a cuestiones relacionadas con su percepción de apoyo social a partir de preguntas como “¿Tiene usted a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?” o “¿Se siente usted solo?”; con el uso de las nuevas tecnologías, (“¿Utiliza usted el móvil, el ordenador o Internet?”) y sobre el índice de participación social subjetiva (“¿Le resulta fácil hacer amigos?”).

Tal y como afirma Rubio, “lo único constante en este mundo es el cambio y mucho queda aún por analizar sobre la percepción y adaptación del ser humano a esos constantes cambios que le rodean”.³³

DIMENSIONES DE LA SOLEDAD SOCIAL

• **Percepción de apoyo social:** La soledad tiene relación con aspectos muy particulares de las relaciones y del apoyo social, concretamente con aquellos que son más subjetivos, emocionales, relacionales, globales y profundos. La soledad no es simplemente la falta de relaciones sociales (o de apoyo social), sino que se trata de una experiencia que sobreviene a la persona cuando ésta percibe la ausencia de un tipo muy específico de relación, estrechamente vinculado a la persona, o fuente que hace posible esa relación o suministra el apoyo social.³⁴

En muchos estudios se evidencia la relevancia que tiene el apoyo social para la salud en general de las personas, con aspectos como conexiones sociales, soledad, red de apoyo, vínculos familiares, nivel de ingresos, estrategias de socialización y relación parental entre otros, dan cuenta de ello.³⁵

Se entiende por apoyo social “la ayuda, consejo, bienestar e información que uno recibe de su red social, incluyendo la familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos.”³⁶

En el apoyo social, se resalta su carácter multidimensional, se encuentran al menos tres tipos: a) emocional, que hace referencia a la expresión por parte de los demás de gestos o conductas de cariño y estima; b) informativo, se refiere a consejo y guía; e c) instrumental, se trata de recibir de los demás bienes tangibles y asistencia en determinadas tareas que lo precisen.³⁷

Algunos autores han considerado el apoyo social percibido, como una variable de gran relevancia en los procesos de salud – enfermedad.

Y puede ser conceptualizado desde una dimensión estructural (tamaño de la red social) o desde una dimensión funcional (multifactorial). Este implica la confianza en que el apoyo social está disponible si se necesita.³⁸

• **Uso de nuevas tecnologías:** Definida como el ajuste a los nuevos sistemas tecnológicos que rodean actualmente al individuo.

Una de las posibilidades más significativas que las nuevas tecnologías juegan para las personas mayores, es la ayuda que les puedan prestar para superar uno de los mayores miedos que tienen estas personas: la soledad; tanto individual como en lo que respecta al aislamiento de sus familiares. De esta forma se aumenta la interacción en el ciberespacio, facilitándose con ello su autonomía personal y social.

Desde esta perspectiva, las nuevas tecnologías, y sobre todo Internet, pueden propiciar la creación de un entorno de comunicación, que facilite el desarrollo de las relaciones interpersonales y el contacto con su entorno, independientemente de la capacidad de movilidad del individuo o de la situación espaciotemporal donde se encuentre. Esta perspectiva sin lugar a duda va a repercutir en abrir una nueva forma de comunicación para este colectivo de personas. En un centro asistencial de Madrid presentaron un proyecto “Disminución de la

percepción de soledad de los pacientes ingresados a través de video llamadas”, que se realiza con “tablets”. “Una iniciativa que consiste en la realización de video llamadas a familiares o allegados de los pacientes que lo soliciten, con el objetivo de generar en ellos una mejora en su estado de ánimo y en su bienestar emocional”³⁹.

• **Índice de participación social subjetiva:** Son actividades, en concreto aquellas tareas relacionadas con la participación con otros mayores. ⁴⁰

Intervención de enfermería en la prevención de la soledad social

El funcionamiento social es un factor clave para el desarrollo de los pacientes en la comunidad. Razones que hacen a la valoración punto fundamental tanto para las intervenciones a realizar como para el propio pronóstico de los adultos mayores. ⁴¹

Se debe:

- Promover la capacidad de expresar sentimientos y emociones.
- Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos.
- Promover interacciones con connotación positiva.

Instrumentales

- Organizar programa de recuperación de relaciones, que incluirá:
- Personas de mayor afinidad.
- Formas o temas de interés común.
- Técnicas de habilidades sociales que favorezcan la interacción.
- Limitar la temática de corte negativo o triste.
- Favorecer en la interacción la expresión adecuada del trastorno, para permitir la ayuda de otros.

De apoyo

- Estimular y acompañar en las primeras interacciones.
- Proporcionar apoyo en las carencias.

- Si hay una cantidad insuficiente de contactos sociales o familiares, planificar conjuntamente la forma de aumentarlos de manera progresiva. Marcar objetivos realistas para las nuevas interacciones sociales.
- Adecuar el entorno para minimizar las barreras físicas que dificultan o impiden las relaciones sociales e identificar formas alternativas a la presencia física, como las llamadas telefónicas o los contactos por carta; valorar la posibilidad de utilizar los servicios de voluntariado social.
- Si hay dependencia del alcohol o drogas ilegales, aconsejar la consulta con el profesional de salud mental.
- Si está ingresado en un centro de cuidados, favorecer la participación en actos colectivos como comer en el comedor, ir a la sala de estar a ver la televisión, participar en juegos de mesa, etc., y flexibilizar al máximo el horario de visitas.
- Ayudar a identificar situaciones que faciliten las relaciones con personas de todos los grupos de edad.
- Animar a la persona a cambiar de entorno, por ejemplo, salir al cine o ir al teatro.
- Si hay barreras para la comunicación, determinar la forma de eliminarlas o minimizarlas: uso de un audífono, aprender el idioma dominante, establecer un sistema alternativo a la comunicación hablada (escritura, signos, dibujos, etc.).
- Discutir los beneficios de la asistencia a terapias de grupo o grupos de ayuda mutua.
- Si el deterioro de la interacción social se debe a padecer una enfermedad con un importante rechazo social (sida, tuberculosis), determinar a qué personas o grupos de soporte puede acudir: voluntarios sociales o religiosos, familiares allegados, etc.
- Identificar a los grupos de la comunidad que puedan servir de apoyo o ayudar a la persona a integrarse: como centros para jubilados, centros

de día para los ancianos, participación en asociaciones o grupos de ayuda mutua.

- Pactar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer, así como la forma de incluirlas en su vida diaria.
- Fomentar las actividades de enriquecimiento personal como leer, aprender idiomas, hacer trabajos manuales; desaconsejar el permanecer demasiado tiempo pasivo, por ejemplo, viendo la televisión.
- Ayudar a la persona a identificar elementos positivos que faciliten la aceptación de sí mismo.
- Usar el rol-playing para practicar la mejora de las habilidades y técnicas de comunicación.
- Discutir la posibilidad de unirse a un grupo de voluntariado social como medio para ayudar a otras personas y para aumentar la cantidad y calidad de los contactos sociales. ⁴²

TEORÍAS DE ENFERMERÍA QUE SE RELACIONA CON LA INVESTIGACIÓN:

DOROTHEA OREM:

Orem nos dice que la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social. El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

El eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

En base a lo planteado el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos

de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. ⁴³

TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: HILDEGARDE PEPLAU

La tarea de comunicarnos ha existido desde siempre. Como seres humanos que interactuamos con nuestro entorno, emitimos continuamente mensajes verbales o no verbales, al mundo que nos rodea. Desde Enfermería, para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, debemos saber comunicarnos. Para ello, debemos de adquirir una serie de habilidades y destrezas que nos aseguren el bienestar del paciente en su aspecto holístico (bio- psico- social) tales como empatizar o una escucha activa basada en el respeto. En definitiva, saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier situación en la que, lo que esté en detrimento no sea el ámbito físico o social del individuo, sino el psicológico

La comunicación es un pilar fundamental en el desempeño del rol del profesional de Enfermería, como administrador de cuidados, condicionando esta comunicación, tanto verbal como no verbal, la calidad de nuestras relaciones

Considerando a la persona como un ser holístico (bio- psico- social) debemos, como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención no solo técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, sino debemos centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, que va más allá de una simple respuesta a la cotidianidad, brindando un asesoramiento y apoyo que dé respuesta a nuestro receptor de una forma integral. Un apoyo que puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado, hasta un simple apretón de manos, una mirada o un abrazo, convirtiendo esta relación en una dimensión más del cuidado y, todo ello justificado en la gran necesidad de la persona demandante de cuidados de sentirse acogido, escuchado y comprendido. ⁴⁴

II. c. HIPÓTESIS

II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL:

El apoyo funcional es bajo y el nivel de soledad social es alto en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016.

II. c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS

H.D.1: El apoyo funcional según el cuestionario Duke Unc es bajo en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016.

H.D.2: El nivel de soledad social según percepción de apoyo social, el uso de nuevas tecnologías y el índice de participación social subjetiva es alto en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016.

II.d. VARIABLES:

VARIABLE 1:

V. 1. Apoyo funcional

VARIABLE 2:

V.2. El Nivel Soledad social.

II.e DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- **Apoyo funcional social:** Es un proceso de interacción entre una o varias personas, que a través del contacto sistemático entre ellos se establecen vínculos de amistad y de esta forma reciben apoyo material, emocional y afectivo, en la solución de las situaciones cotidianas en momentos de crisis y en el día a día.

- **Soledad:** Es definida como un sentimiento profundo de estar desconectado del mundo que nos rodea, en especial de los vínculos con los demás

- **Soledad social:** En este tipo de soledad la persona no se siente parte de un grupo social. La persona tiene miedo de establecer confianza con quienes la rodean, tiene miedo de que le hagan algo o rechacen, crea una barrera a su alrededor, se encierra en sí mismo y vive el vacío que él mismo ha creado y que justifica con excusas.

- **Adulto mayor:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual d 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.

CAPITULO III: MATERIALES Y METODO

III.a TIPOS DE ESTUDIO

El estudio es una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; cuantitativo porque los resultados se expresan en frecuencias y porcentajes; descriptivo porque determinó el comportamiento de las variables sin establecer relación entre ellas; y de corte transversal porque se recoge la información en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en el Centro de Salud de Tate de Salud de la ciudad de Ica, de categoría I-3, que se encuentra ubicada en la avenida Principal S/N. cuenta con atenciones de servicio de medicina, obstetricia, odontología, laboratorio, de ecografías y tópico además su horario de atención del centro de salud es de las 08:00 de la mañana hasta 20:00 de la noche.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron 173 adultos mayores que asisten al centro de salud de Tate, de los cuales la muestra fue determinada por muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión en un total de 77 adultos mayores.

Criterio de inclusión

- Adultas mayores de 61 años
- Adultas mayores de ambos sexos
- Adultas mayores que aceptan voluntariamente la aplicación de la encuesta
- Adultas mayores que están orientado en espacio, tiempo y persona
- Adultas mayores que sepan leer y escribir

Criterio de exclusión

- Adultas mayores que no acuden al centro de salud de Tate.
- Adultas mayores menores de 61 años.
- Adultas mayores que no aceptan participar en el trabajo de investigación.
- Adultas mayores con enfermedades neurológicas.
- Adultas mayores que no está orientado en espacio, tiempo y persona.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Para la variable apoyo funcional, se utilizó como instrumento el Cuestionario Duke-Unc, el cual consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1- 3), teniendo como alternativo de respuestas: siempre, a veces, nunca. Para la variable el nivel de soledad social es un instrumento confiable por Ramona Rubio Herrera y las investigadoras Mercedes Pinel y Laura Rubio, validado de la primera escala de medición de la soledad social, desde el Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento de la Universidad de Granada (UGR), único departamento de este tipo en toda España, el cual está compuesta por 15 ítems (temas) con tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se inició luego de concluir el trámite administrativo donde se solicitó la autorización para la aplicación de los instrumentos el que permitió una buena coordinación con las autoridades del Centro de Salud de Tate y se aplicó el cuestionario con la autorización de la aplicación del instrumento en su totalidad de la muestra indicada.

Después de haberse planteado los objetivos y beneficios del estudio correspondiente se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos y teniendo en cuenta las consideraciones éticas de la investigación, respetando la decisión de libre voluntad del investigado de responder la encuesta, respetando su privacidad, confidencialidad, autonomía y justicia.

III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez recolectado los datos, previo control de calidad, se procedió a tabular los datos, codificando cada variable estudiada. Los datos obtenidos se insertaron en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel para luego ser transferido al programa estadístico para su procesamiento de resultados. Para la presentación de los resultados se utilizaron estratigráficos para elaborar los cuadros donde mencionan los resultados que se discuten, basándose en la base teórica donde finalmente se formulan recomendaciones y conclusiones.

Para la Primera variable: Apoyo Funcional, se aplicó la siguiente escala:

Alto: Mayor de 26 puntos

Medio: De 26 a 20 puntos

Bajo: Menor 20 puntos

Para la segunda variable: El Nivel de Soledad Social, se aplicó la siguiente escala:

Alto: Mayor de 21 puntos

Medio: De 21 a 14 puntos

Bajo: Menor 14 puntos

Dimensión Percepción de apoyo social

Alto: Mayor de 9 puntos

Medio: De 9 a 4 puntos

Bajo: Menor 4 puntos

Dimensión uso de nuevas tecnologías

Alto: Mayor de 5 puntos

Medio: De 5 a 4 puntos

Bajo: Menor 4 puntos

Dimensión Índice de participación social subjetiva

Alto: Mayor de 7 puntos

Medio: De 7 a 4 puntos

Bajo: Menor 4 puntos

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS

TABLA N° 01

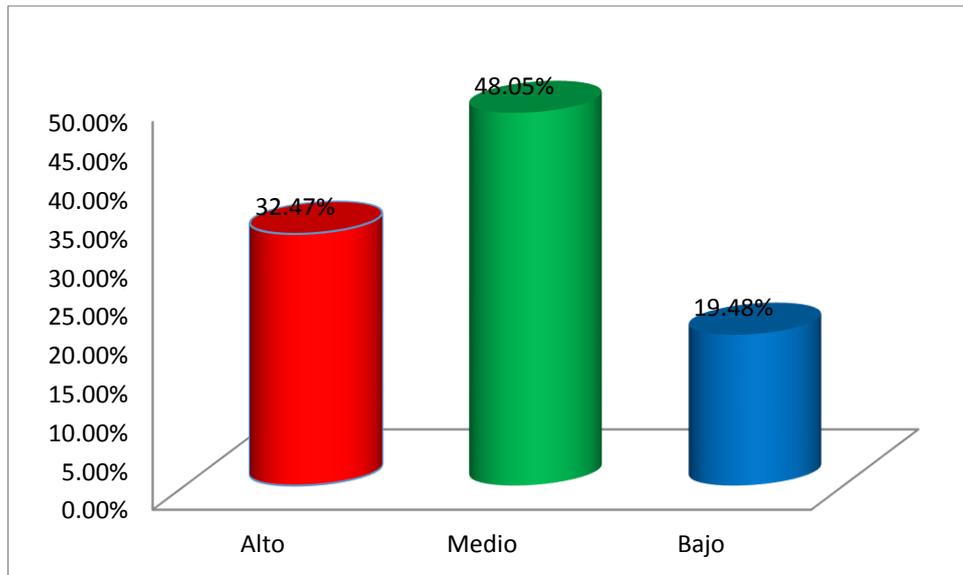
DATOS GENERALES DE ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN
EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE

2016

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
61 – 70 años	29	37.66
71 – 80 años	32	41.56
Más de 80 años	16	20.78
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	44	57.14
Masculino	33	42.86
GRADO DE INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	34	44.16
Secundaria	32	41.56
Superior	11	14.28
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero (a)	9	11.69
Casado (a)	37	48.05
Conviviente	5	6.49
Viuda (o)	26	33.77
CON QUIEN VIVEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Viven con su esposo(a)	24	31.17
Con hijos (a)	36	46.75
Con otros familiares	12	15.58
Viven solo	5	6.5
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajadores independientes	9	11.69
Dependientes	5	6.49
Jubilados	22	28.57
Ama de casa	41	53.25
TOTAL	77	100

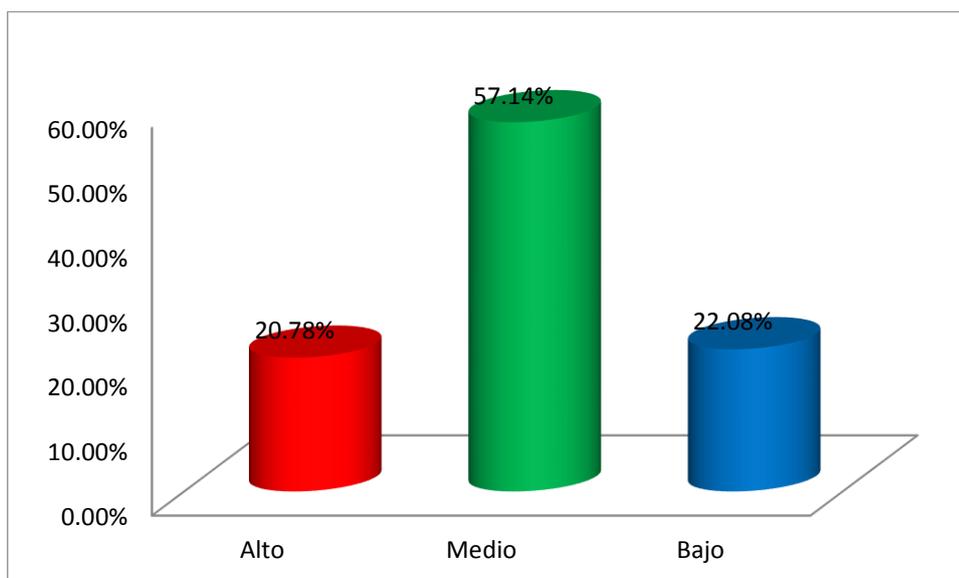
Respectó a los datos generales de los adultos mayores encuestados según edad se halló que el 41.56% tuvieron de 71- 80 años y el 20.78% tuvieron más de 80 años. Según su Sexo se halló que el 57.14 % es del sexo femenino y el 42.86 % son de sexo masculino. Según su Grado de Instrucción el 44.16 % tiene el nivel primario y el 14.28 % tiene el nivel superior. Según su estado civil el 48.05% son casado (a) y el 6.49% son divorciados. Según con quien vive se halló que el 46.75% viven con sus hijos 6.50 % viven solos. Según su Ocupación el 53.25% son ama de casa, y el 6.49% son dependientes.

GRÁFICO 1
APOYO FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE
ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016



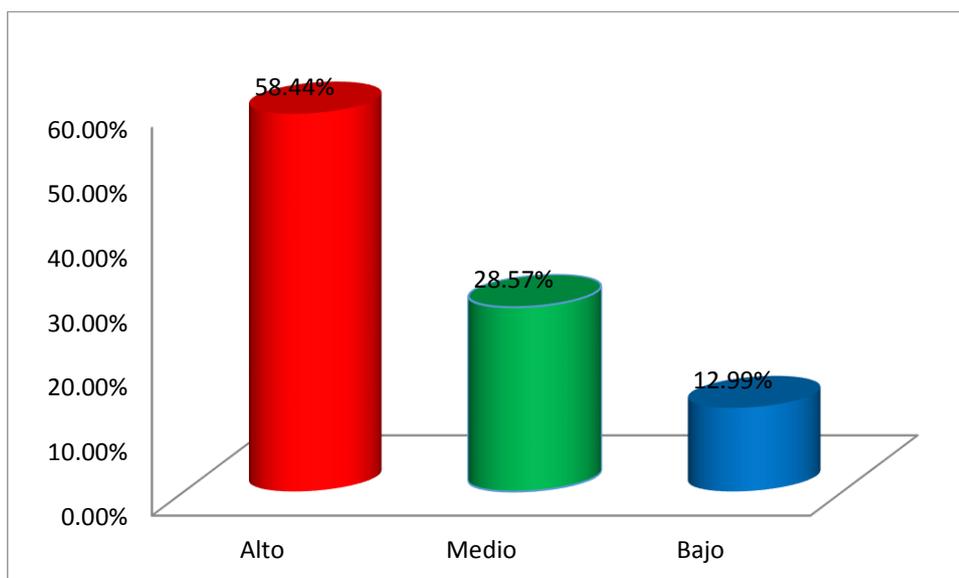
Respecto al apoyo funcional se evidencia que el 48.05%(37) es medio; que el 32.47%(25) es alto y el 19.48 (15) es bajo.

GRÁFICO 2
NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION PERCEPCIÓN DE
APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN
EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016



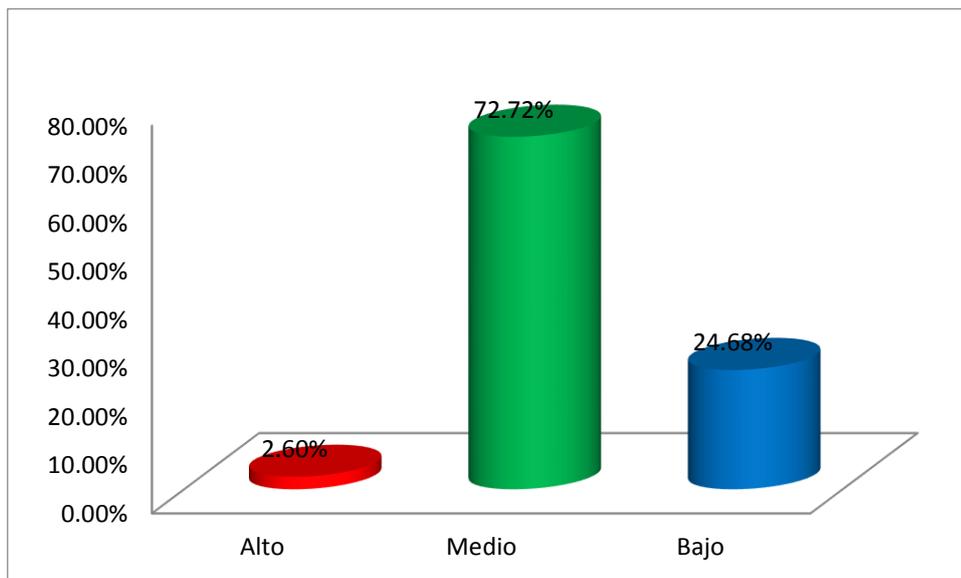
Respecto al nivel de soledad según la dimensión percepción de apoyo social se evidencia que el 57.14%(44) es medio; que el 22.08%(17) es bajo y el 20.78 (16) es alto.

GRÁFICO 3
NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION USO DE NUEVAS
TECNOLOGÍAS EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN
EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA
DICIEMBRE
2016



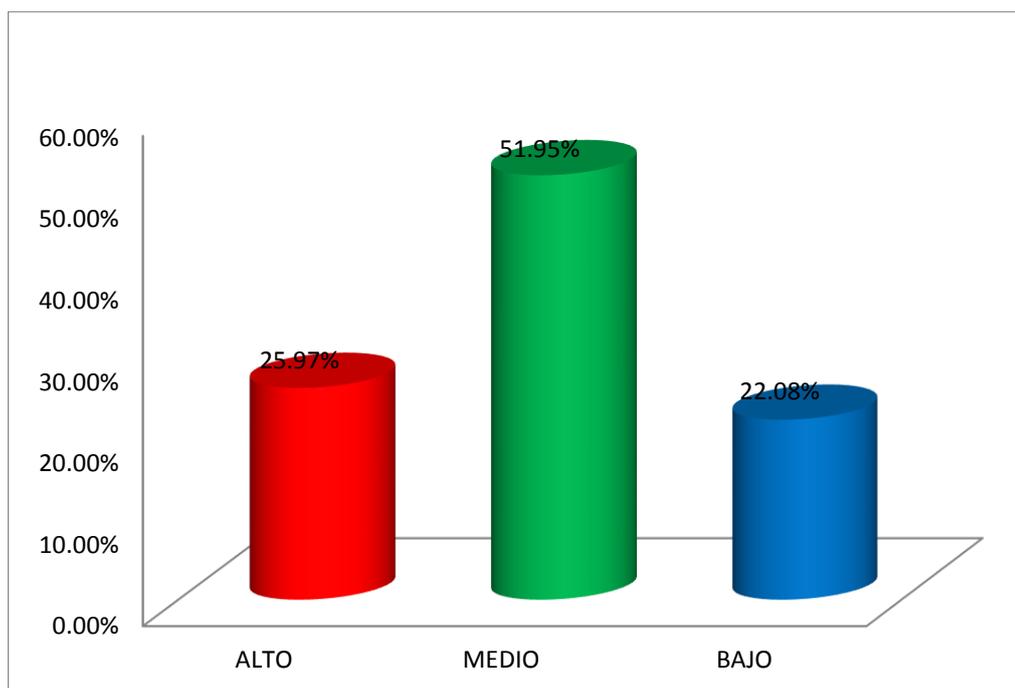
Respecto al nivel de soledad según la dimensión percepción de uso de nuevas tecnologías se evidencia que el 58.44%(45) es alto; que el 28.57%(22) es medio y el 12.99(10) es Bajo.

GRÁFICO 4
NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN DIMENSION ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE, ICA DICIEMBRE 2016



Respecto al nivel de soledad según la dimensión índice de participación social subjetiva se evidencia que el 72.72%(56) es medio; que el 24.68%(19) es bajo y el 2.60% (2) es alto.

GRÁFICO 5
NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL GLOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE
SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016



Respecto al nivel de soledad se evidencia que el 51.95%(40) es medio; que el 25.97%(20) es alto y el 22.08% (17) es Bajo.

IV.b DISCUSION

Una vez recolectados los datos a través de las encuestas realizadas, estas fueron procesadas, obteniéndose los resultados expresados en los gráficos anteriores, los cuales se analizan a continuación:

Tabla N° 1: Respectó a los datos generales de los adultos mayores encuestados según edad se halló que el 41.56% tuvieron de 71- 80 años y el 20.78% tuvieron más de 80 años. Según su Sexo se halló que el 57.14 % es del sexo femenino y el 42.86 % son de sexo masculino. Según su Grado de Instrucción el 44.16 % tiene el nivel primario y el 14.28 % tiene el nivel superior. Según su estado civil el 48.05% son casado (a) y el 6.49% son divorciados. Según con quien vive se halló que el 46.75% viven con sus hijos 6.50 % viven solos. Según su Ocupación el 53.25% son ama de casa, y el 6.49% son dependientes.

Alfonso L, Soto D, Santos N.¹⁰ Se encontró que el sexo femenino predomina, respecto a las edades de 60 a 69 años, sus estados civiles son casado y con culminación de los estudios universitarios. Aspectos que difieren de esta investigación toda vez un alto porcentaje está entre los 70 y 80 años, es de esperar, que cuanto más edad tengan los adultos mayores tendrán mayor necesidad de apoyo, sin embargo, es preocupante ya que se tiene un porcentaje significativo de viudos.

En el gráfico N°1: Respecto al apoyo funcional se evidencia que el 48.05% es medio; que el 32.47% es alto y el 19.48 es bajo. Resultados que difieren con los de Alfonso L, Soto D, Santos N.¹⁰ Donde el 75% de los adultos mayores percibieron un apoyo social alto, constituyendo la familia como principal generador de apoyo para este grupo. Así también las investigaciones hechas por Vivaldi F, Barra E.¹² Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que

las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

El profesional de enfermería le pone atención al apoyo social porque a la edad del adulto mayor se requiere mayor comunicación, consejos, ayuda para seguir con una vida sin dependencia, por tanto el profesional orienta el cuidado como un proceso continuo, integral y multidisciplinario, donde se valore los aspectos sociales, que para el adulto mayor es necesario donde su necesidad de reconocimiento y estima no sea menoscabados, pues estos en una edad productiva sin limitaciones interactúa con el desarrollo de su vida, por tanto el afecto, la seguridad y entre otras cosas se debe atender y rescatar de él y de su entorno.

En el gráfico N°2: Respecto al nivel de soledad según la dimensión percepción de apoyo social se evidencia que el 57.14% es medio; que el 22.08% es bajo y el 20.78 es alto. Según Cheng L.³⁴ refiere muchos que muchos autores evidencian la relevancia que tiene el apoyo social para la salud de las personas, porque resalta su carácter multidimensional, donde interviene múltiples factores que podrían favorecer a mantener una vida controlada no solo de un estado físico, sino también emocional. En esta etapa debe tener en quien confiar, sentirse querido, con amigos y familiares que lleguen en el momento oportuno, y que demuestre expresiones, de ayuda en el adulto mayor para mejorar la situación que presenta.

En el gráfico N°3: Respecto al nivel de soledad según la dimensión percepción de uso de nuevas tecnologías se evidencia que el 58.44%(45) es alto; que el 28.57% es medio y el 12.99% es bajo. Se pudo encontrar un artículo publicado en Madrid, que la realización de video llamadas de los pacientes hospitalizados a familiares o allegados generaron un buen estado de ánimo y mostraron un bienestar emocional.

Aunque la investigación realizada por Baizana J.⁹ en una muestra es 30 adultos mayores, concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de soledad y las conductas de afrontamiento utilizadas por el grupo de estudio, siendo la conducta de afrontamiento más utilizada el apoyo religioso y la menos utilizada la referente a expresión de emociones.

La nueva tecnología en la sociedad moderna a menudo no se valora en la edad, consideran que su experiencia o el conocimiento son altos en los adultos mayores. La tecnología contribuye al avance en el campo de la sociedad, pero no se logra integrar con el adulto mayor por ello que el equilibrio y la coordinación son factores que influye mucho en el uso de la tecnología no son fácilmente aceptados, pues el interés y prioridades al llegar a cierta edad cambian significativamente en la mayoría de los casos son más complejo, es así como muchos consideran que no están para aprender.

En el gráfico N°4: Respecto al nivel de soledad según la dimensión índice de participación social subjetiva se evidencia que el 72.72% es medio; que el 24.68% es bajo y el 2.60% es alto. Manosalva K.¹³ estuvo constituido por 100 adultos mayores a quienes se les aplicó dos instrumentos: apoyo familiar y nivel de depresión. Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, con frecuencias numéricas y porcentuales, de los cuales se obtuvo lo siguiente: 78 por ciento de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20 por ciento bueno y el 2 por ciento malo. Por otro lado, el 78 por ciento de adultos mayores no tienen depresión, el 20 por ciento depresiones leves y el 2 por ciento depresiones moderadas. De allí que el 64 por ciento tienen apoyo familiar regular presentan nivel leve de depresión.

Referido al índice de participación social subjetiva hace que el adulto mayor se exprese de un modo poniendo empeño en realizar actividades e

lo posible para que su fuente de juventud forma parte de su importante vida por ello que en la circunstancia de la sociedad trata adaptarse para ser parte de ello, dado que el profesional de enfermería hace hincapié en un sistema de apoyo para que el adulto mayor se integre a las sociedad y reconozca o hacerlo participe en la actividades recreativas que debe realizar.

Para entender la salud como una dimensión del bienestar subjetivo, es necesario que los enfermeros redimensionen el cuidar, cambiando la mirada a una educación normativa de poco impacto a una educación en estilos de vida saludable con inserción social.

En el gráfico N°5: Respecto al nivel de soledad se evidencia que el 51.95%(40) es medio; que el 25.97% es alto y el 22.08% es bajo. Según las investigaciones realizadas por Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri A.¹¹ se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer; las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad y, a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad.

El presente estudio describe el problema de la soledad el adulto mayor profundizando sobre los factores y circunstancia que pueden causar este sentimiento en el proceso de envejecer por lo que se debe realizar posibles estrategias y recursos con la finalidad de prevenir, detectar y tratar la soledad en esta importante etapa de la vida.

Por tanto, el objetivo del rol de enfermería que brinda atención primaria de salud, debe estar centradas no solo al aspecto biológico sino más bien debe estar orientado al ámbito social. Por tanto, las actividades a realizarse deben ser individuales, grupales y familiares: valorizando el contexto sociocultural del adulto mayor, con la perspectiva de un envejecimiento saludable y con calidad.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES

El Apoyo Funcional según el cuestionario DUKE UNC fue medio en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016, **por lo que se rechaza la hipótesis derivada 1.**

El nivel de soledad social según la dimensión de percepción de apoyo social fue medio, según la dimensión uso de nuevas tecnologías fue alto y según la dimensión de índice de participación social subjetiva fue media en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica, diciembre 2016, **por lo que se rechaza la hipótesis derivada 2.**

V.b. RECOMENDACIONES

1. Respecto al apoyo funcional del adulto mayor es esencial para poder alcanzar un desarrollo a nivel psicológico y emocional dado que la convivencia desarrolla su autoestima y la aceptación incondicional de sus distintas personalidades hacen su maneras de ser, por ello que el profesional de enfermería debe trabajar en conjunto con el profesional en psicología para crear intervenciones que ayuden al adulto mayor a alcanzar un desarrollo tanto a nivel psicológico como emocional, de igual manera debe continuar fortaleciendo el Plan de Atención Integral del Adulto mayor, debido que es necesario centrarse en el ámbito social, priorizando la realización de actividades individuales, grupales y familiares dando énfasis el contexto sociocultural del adulto mayor que permita un envejecimiento saludable .
2. El problema de la soledad social en el adulto cada vez es más alta, donde confluye una serie de factores, y muchas veces no se puede intervenir, por desconocimiento, pero debe ser de interés del profesional tanto de enfermería como de psicología considerar las medidas preventivas, mediante un diagnóstico oportuno el que permitirá disminuir el impacto, por tanto el objetivo de la enfermera de atención primaria debe estar orientado a identificar el problema y buscar formas de afrontamiento, preparando a la persona y sus familiares con actividades capaces de desarrollar habilidades sociales que les permita comunicarse, valorar sus sentimientos y respetarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palacios A. La soledad en el adulto mayor 30 marzo, 2016. Costa Rica. [Base de datos]. Disponible en:
<http://www.elpais.cr/2016/03/30/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
2. Bermejo Higuera J. La soledad en los mayores. ARS Médica [publicación periódica en línea]. [Fecha de acceso junio 2015]; 8(8). Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica8/Art10.html>.
3. Theeke L. Predictores de la soledad en los Estados Unidos. Adultos mayores de 65 años. Arch Psychiatr Nurs. 2009; 23 (5): 387-396
4. Jiménez Figueroa A, Jara Gutiérrez M, Miranda Celis E. Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. Rev Semestral Asociación Brasileira Psicol Esc Educ [Internet].2012 ene-jun [Fecha de acceso junio 2015]; 16(1): 125-134. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/13.pdf>.
5. Fernández Alba R, Manrique Abril F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [Fecha de acceso 15 de agosto de 2015]; 19:1-9. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es.
6. Sequeira D. La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos. [Tesis doctoral inédita]; Universidad de Granada, España Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>.
7. Camino M, Bustamante S. Reaprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor de EsSalud-Huaraz. Revista Peruana [Tesis licenciatura]; Enferm. investig. desarro. 2004 enero–julio 6(1):9-17 Disponible en:
<http://www.revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/download/68/105>.

8. Ministerio de la mujer y población vulnerables. [homepage en Internet] Comisión Multisectorial. Estadísticas de Pam; 2015 [Fecha de consultada el 10 enero 2018]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/lca2.html>
9. Francisco-Silva I. Estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido de vida en adultos mayores de 65 años. [Tesis especialidad]; Madrid. 2016. [ddfv.ufv.es/bitstream/handle/.../Isolina%20Francisco%20Silva.pdf?](http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/.../Isolina%20Francisco%20Silva.pdf)
10. Baiza-Molina J. Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono. La Antigua Guatemala. [Tesis licenciatura]; Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Baiza-Juan.pdf>
11. Alfonso-Figueroa L, Soto-Carballo D, Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores del círculo de abuelos del consultorio 3 perteneciente al área de salud “5 de septiembre” en Consolación del Sur. Cuba. [Tesis especialidad]; 2014 Inicio > Vol. 20, Núm. 1 (2016) >Alfonso Figueroa.URL disponible en Disponible en:<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2339>.
12. Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri A. El sentimiento de soledad en adultos mayores. Medellín Colombia. [Tesis especialidad]; 2013. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/.../1919>
13. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. [Tesis licenciatura]; Chile. 2012 disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718...
14. Manosalva-Zambrano K. Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor programa de atención integral de salud del adulto

mayor. HRDT. [Tesis especialidad]; 2015 Trujillo URL disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/792>

15. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica Enfermería Global*, 2009. 16, 1-11.0
16. Bozo O, Toksabay N, Kürüm O. Actividades de la vida diaria, depresión y apoyo social entre los ancianos turcos. *Revista de Psicología*, 2009. 143, 193-205
17. Reyes C, Camacho M, Eschbach K, Markides K. El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colombia Médica*, 2006. 37, 45-49
18. Aguirre C, Bouffard L. Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la asociación colombiana de Gerontología y Geriatria*, 2008. 22, 1146-1162
19. Azpiazu M, Jentoft A, Villagrasa J, Abanades J, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista española de salud pública*, 76, 683-699
20. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.
21. Krassoievitch M. Redes sociales y vejez, documento preparado para el VII Simposio "Macaria: que hablen los ancianos", Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 24-26 de septiembre, México
22. Robles L. ¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos, no de familia. Ponencia a presentar en el Simposio viejos y viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, 14 al 18 de Julio, 2003, Santiago de Chile.
23. Sánchez M. El apoyo social informal. En: *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (Anzola, E., et al).

Publicación científica No. 546, pp. 360-368, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. Antonucci y Jackson, 1987.

- 24.** Montes de Oca V. Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre las mujeres adultas mayores. La experiencia de la Colonia de Aragón en la delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Documento presentado en la Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores, CEPAL 9 al 12 de diciembre, Santiago de Chile
- 25.** Barros, C Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor. Ponencia presentada en el Simposio Antropología de la Vejez, IV Congreso Chileno de Antropología, Universidad de Chile, Santiago de Chile, noviembre, 2001
- 26.** Arias C. Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. [Tesis maestría], Universidad de Mar del Plata, Argentina.
- 27.** Importancia de los amigos para el adulto mayor. León Medical Centers.
- 28.** Barash D. El envejecimiento. Barcelona: Biblioteca Científica. 1998. Salvat.
- 29.** Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental, conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, Suiza: URL disponible en: [//www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- 30.** Karnick P. Sentirse solo: perspectiva teórica. Nursing Science Quarterly, 18 (1), 7-12. Recuperado el 28 de mayo, 2010 de URL disponible en: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstrac//18/1/7>
- 31.** Roig J. La soledad en la sociedad contemporánea. Revista Crítica, (914), 20-25. Madrid: Fundación Castroverde
- 32.** Escotet G, González G, Flores J. Programa de Intervención paliativo del sentimiento de soledad en el anciano. Revista Medicina Integral, 37 (9), 408-415.

33. Rubio L, Rubio R, Zafra M. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. Calidad de vida, Universidad de Granada.
34. Expósito F, Moya M. Soledad y apoyo social. Revista de Psicología Social, 2007, 14 (2-3) ,297-316.
35. Chen L, Chung S. Soledad, conexión social e ingresos familiares entre las mujeres y hombres en Taiwán. Comportamiento social y personalidad, 35 (10), 1353-1364.
36. Cobb S. El apoyo social como moderador del estrés en la vida. Psychosomatic Medicine, 38, 300-313
37. Gottlieb B. Estrategias de apoyo social: Directrices para la práctica de la salud mental. EE. UU: Sage Publications.
38. Aranda C, Pando M, Aldrete M. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara, Jal. México.2002. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29, 169-174.
39. Actualidad El Hospital Guadarrama de la Comunidad de Madrid emplea las nuevas tecnologías para mejora bienestar de los Pacientes. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1354665420235&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
40. Pavón F, Castellanos A. Aprendizaje de las personas mayores y nuevas tecnologías en: Alcalá M^a, Valenzuela E. (eds.): El aprendizaje de los mayores ante los retos del nuevo milenio, Madrid, Dykinson, 197-235.
41. Vázquez Morejón A, Jiménez García R. Escala de funcionamiento social: nueva aportación de sus características psicométricas en una adaptación española. Psychiatry Research, 2000; 93, 247 - 256.
42. Molina Mejías P, Muñoz Baeza D. Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social. Reduca [Enfermería, Fisioterapia y Podología], Serie Trabajos de Fin de Grado. 7 (1): 1-

54, 2015 ISSN: 1989-5305. URL disponible en:
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/download/1875/1883>.

43. Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824 Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.

44. Almudena D. Alférez Maldonado. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. URL disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Aguirre C, Bouffard L. Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. Revista de la asociación colombiana de Gerontología y Geriatria, 2008. 22, 1146-1162
- ❖ Aranda C, Pando M, Aldrete M. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara, Jal. México.2002. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29, 169-174.
- ❖ Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.
- ❖ Bozo O, Toksabay N, Kürüm O. Actividades de la vida diaria, depresión y apoyo social entre los ancianos turcos. Revista de Psicología, 2009. 143, 193-205
- ❖ Cozby, P. (2005). Métodos de investigación del comportamiento. México: Mc. Graw Hill
- ❖ Escotet G, González G, Flores J. Programa de Intervención paliativo del sentimiento de soledad en el anciano. Revista Medicina Integral, 37 (9), 408-415.
- ❖ Expósito F, Moya M. Soledad y apoyo social. Revista de Psicología Social, 2007, 14 (2-3) ,297-316.
- ❖ Pavón F, Castellanos A. Aprendizaje de las personas mayores y nuevas tecnologías en: Alcalá M^a, Valenzuela E. (eds.): El aprendizaje de los mayores ante los retos del nuevo milenio, Madrid, Dykinson, 197-235.
- ❖ Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824 Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.

- ❖ Rubio L, Rubio R, Zafra M. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. Calidad de vida, Universidad de Granada.
- ❖ Sánchez M. El apoyo social informal. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa (Anzola, E., et al). Publicación científica No. 546, pp. 360-368, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. Antonucci y Jackson, 1987.
- ❖ Thomae H. Haciéndole frente al estrés de la vejez. Rev Latinoam Psicol. 2002; 34(1-2):41-54.
- ❖ Vázquez Morejón A, Jiménez García R. Escala de funcionamiento social: nueva aportación de sus características psicométricas en una adaptación española. Psychiatry Research, 2000; 93, 247 - 256.
- ❖ Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Revista Electrónica Enfermería Global, 2009. 16, 1-11.0

ANEXOS

ANEXO 1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
APOYO FUNCIONAL	Es un proceso de interacción entre una o varias personas, que a través del contacto sistemático entre ellos se establecen vínculos de amistad y de esta forma reciben apoyo material, emocional y afectivo, en la solución de las situaciones cotidianas en momentos de crisis y en el día a día.	Es la percepción subjetiva que tiene el adulto mayor sobre el apoyo social percibido, el cual será medido a través de la aplicación de un cuestionario y tendrá como valor final de apoyo funcional bajo, medio, alto.	Cuestionario DUKE –UNC	<p>Recibir visita de amigos y familiares.</p> <p>Ayuda sobre asuntos de la casa.</p> <p>Elogios y reconocimientos.</p> <p>Preocupación por la persona.</p> <p>Amor y afecto.</p> <p>Socializar sobre problemas del trabajo o casa.</p> <p>Socializar sobre problemas económicos.</p> <p>Recibir invitaciones</p>

				Recibir consejos Recibir ayuda cuando está enfermo.
--	--	--	--	---

			•Índice de participación social subjetiva	<ul style="list-style-type: none">✚ Recibir invitaciones para salir.✚ Facilidad para hacer amigos.✚ Participar en actividades sociales.
--	--	--	---	---



ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Buenos días/tardes Sr. (a) mi nombre es Yuliana Muñoz Cortez, bachiller de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, me encuentro realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar el Apoyo funcional y nivel de soledad social en adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Tate, Ica Diciembre 2016. El cuestionario es anónimo por lo que no será necesario que me diga su nombre y apellidos

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera.

I. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

1. Edad:

- a) 61 a 70 años
- b) 71 a 80 años
- c) Más de 80 años

2. Sexo:

- a) M
- b) F

3. Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

4. Su estado civil es:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda(o)

5. Con quien vive:

- a) Con su esposo(a)
- b) Con sus hijos
- c) Con otros familiares
- d) Solo

5. Ocupación actual:

- a) Trabajador independiente
- b) Trabajador dependiente
- c) Jubilado
- d) Su casa

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios

APOYO SOCIAL FUNCIONAL (CUESTIONARIO DUKE –UNC)

ITEMS		Siempre	A veces	Nunca
		3	2	1
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares.			
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.			

3	Recibo elogios y reconocimientos 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 de mis problemas en el trabajo o en la casa.			
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares			
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de 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 cama.			
	PUNTUACIÓN			

ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL

FACTOR 1: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL			
	S	AV	N
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?			
1. ¿Cree que hay personas que se preocupan por			
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen faltar?			
4. ¿Siente que no le hacen caso?			
5. ¿Se siente triste?			
6. ¿Se siente usted solo?			
7. ¿Y por la noche, se siente solo?			
8. ¿Se siente querido?			
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?			
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?			
11. ¿Utiliza Ud. Internet?			
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?			
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?			
14. ¿Va a algún parque, asociación, club, donde se relacione con otros mayores?			
15. ¿Le gusta participar en las actividades recreativas que se organizan en su barrio?			
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL			

ANEXO 3

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES DEL CUESTIONARIO

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	CODIGO
EDAD	61 a 70 años	1
	71 a 80 años	2
	Más de 80 años	3
SEXO	Masculino	1
	Femenino	2
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior	3
SU ESTADO CIVIL ES	Soltera	1
	Casada	2
	Divorciada	3
	Viuda (o)	4
CON QUIEN VIVE	Con su esposo	1
	Con sus hijos	2
	Con otros familiares	3
	Solo	4
OCUPACION ACTUAL	Trabajador independiente	1
	Trabajador dependiente	2
	Jubilado	3
	Su casa	4

TABLA DE CÓDIGOS

TABLA DE CODIFICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO CON ESCALA DE LICKERT (APOYO SOCIAL)

APOYO SOCIAL FUNCIONAL			
ITEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	3	2	1
2	3	2	1
3	3	2	1
4	3	2	1
5	3	2	1
6	3	2	1
7	3	2	1
8	3	2	1
9	3	2	1
10	3	2	1
11	3	2	1

TABLA DE CÓDIGOS

**TABLA DE CODIFICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO CON ESCALA
DE LICKERT (SOLEDAD SOCIAL)**

SOLEDAD SOCIAL	ITEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	1	0	1	2
	2	0	1	2
	3	0	1	2
	4	2	1	0
	5	2	1	0
	6	2	1	0
	7	0	1	2
PERCEPCION DE APOYO SOCIAL	8	0	1	2
	9	0	1	2
	10	0	1	2
	11	0	1	2
USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS	12	0	1	2
	13	0	1	2
	14	0	1	2
	15	0	1	2
INDICE DE PARTICIPACION SOCIAL SUBJETIVA				

ANEXO 4
MEDICIÓN DE LA VARIABLE - ESCALA DE STANONES
APOYO FUNCIONAL SOCIAL

- 1.- Se calculó la Media $X = 23.22$
- 2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 4.28$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$$a = X + 0.75 (DS)$$

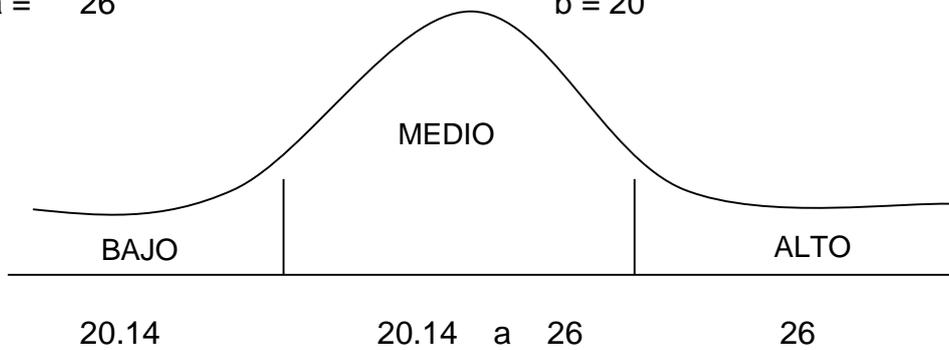
$$b = X - 0.75 (DS)$$

$$a = 23.22 + (0.75 \times 3.21)$$

$$b = 23.22 - (0.75 \times 3.21)$$

$$a = 26$$

$$b = 20$$



CATEGORÍAS:

INTERVALO

Alto

> 26

Medio

(20 a 26) puntos

Bajo

< 20 puntos

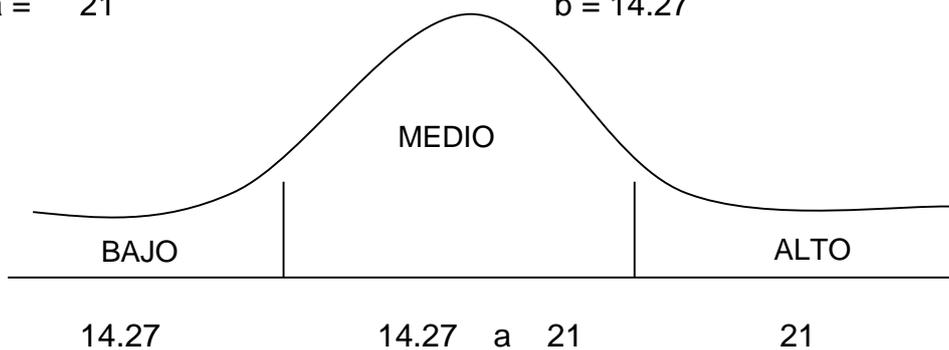
MEDICIÓN DE LA VARIABLE - ESCALA DE STANONES
SOLEDAD SOCIAL

- 1.- Se calculó la Media $X = 17.77$
- 2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 4.73$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$$a = X + 0.75 (DS) \qquad b = X - 0.75 (DS)$$

$$a = 17.77 + (0.75 \times 4.73) \qquad b = 17.77 - (0.75 \times 4.73)$$

$$a = 21 \qquad b = 14.27$$



CATEGORÍAS:	INTERVALO
Alto	> 21
Medio	(14.27 a 21) puntos
Bajo	< 14.27 puntos

ANEXO 5
LISTA DE TABLAS
TABLA N° 02

**APOYO FUNCIONAL GLOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE
SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016**

APOYO SOCIAL FUNCIONAL (CUESTIONARIO DUKE – UNC)	N°	%
Alto > 26 puntos	25	32.47
Medio (26 a 20) puntos	37	48.05
Bajo < 20 puntos	15	19.48
TOTAL	77	100%

TABLA N° 03

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL SEGÚN SUS DIMENSIONES EN
ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN
EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016**

DIMENSIONES	ALTO		MEDIANO		BAJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PERCEPCION DE APOYO SOCIAL	> 9		(9 a 4)		< 4		7	100%
	16	20.78%	44	57.14%	17	22.08%	7	
USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS	> 5		(5 a 4)		< 4		7	100%
	45	58.44%	22	28.57%	10	12.99%	7	
INDICE DE PARTICIPACION SOCIAL SUBJETIVA	> 7		(7 a 4)		< 4		7	100%
	2	2.60%	56	72.72%	19	24.68%	7	

PD: SE EVIDENCIA LAS TABLAS DE LAS TRES DIMENSIONES.

TABLA N° 04

**SOLEDAD SOCIAL GLOBAL EN ADULTOS MAYORES QUE
SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE TATE,
ICA DICIEMBRE
2016**

SOLEDAD SOCIAL	N°	%
Alto > 21 puntos	20	25.97
Medio (21 a 14) puntos	40	51.95
Bajo < 14puntos	17	22.08
TOTAL	77	100%

ANEXO 6:
TABLA DE MATRIZ

APOYO SOCIAL FUNCIONAL												
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL
1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	21
2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	20
3	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	18
4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	30
5	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	17
6	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	27
7	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	30
8	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	21
9	2	1	2	3	2	2	1	2	1	1	2	19
10	3	2	1	3	2	1	2	3	1	2	3	23
11	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	17
12	3	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	28
13	1	1	2	3	3	2	2	1	1	1	1	18
14	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	3	23
15	2	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3	25
16	2	3	2	3	2	3	3	3	1	2	3	27
17	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	22
18	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	17

19	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	19
20	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	22
21	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	14
22	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	21
23	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	22
24	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	17
25	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	19
26	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	30
27	2	1	2	3	3	2	2	2	1	3	3	24
28	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	16
29	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	3	21
30	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	28
31	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	30
32	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	3	23
33	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	28
34	1	1	2	2	2	3	2	1	3	2	2	21
35	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	27
36	2	1	3	3	3	2	3	3	2	2	3	27
37	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	17
38	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	17
39	3	2	3	3	3	2	1	1	2	1	3	24
40	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	16
41	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	27

42	2	1	1	2	2	1	2	3	1	2	3	20
43	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	26
44	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3	20
45	2	1	3	3	3	2	2	2	2	3	3	26
46	2	1	1	3	3	3	2	2	2	3	3	25
47	3	1	1	2	1	2	1	2	3	2	2	20
48	2	2	1	2	2	2	2	2	1	3	3	22
49	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	29
50	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	20
51	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	27
52	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	28
53	2	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	26
54	3	1	3	3	3	2	2	2	2	3	3	27
55	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	27
56	3	2	2	3	3	1	1	2	2	1	3	23
57	3	2	1	3	3	2	1	3	1	2	2	23
58	2	1	3	2	2	1	2	2	1	1	3	20
59	2	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	22
60	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	29
61	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	17
62	3	1	2	2	3	3	1	2	3	2	3	25
63	3	1	2	3	3	3	2	3	3	1	3	27
64	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31

65	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	28
66	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	21
67	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	3	20
68	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	30
69	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	21
70	2	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	22
71	2	1	1	3	3	3	3	2	2	2	3	25
72	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	21
73	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	29
74	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	29
75	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	21
76	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	21
77	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	27

SOLEDAD SOCIAL																			
ITEMS	PERCEPCION DE APOYO SOCIAL									USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS				INDICE DE PARTICIPACION SOCIAL SUBJETIVA					TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	SUB. TOTAL	9	10	11	SUB.TOTAL	12	13	14	15	SUB.TOTAL	
1	1	1	2	1	1	1	1	1	9	2	2	2	6	2	1	2	2	7	22
2	1	1	2	1	1	1	1	1	9	0	2	2	4	2	1	2	2	7	20
3	2	1	2	2	2	1	1	1	12	2	2	2	6	2	1	2	2	7	25
4	0	0	1	1	1	2	2	0	7	1	0	2	3	1	1	2	1	5	15
5	1	2	2	1	1	1	1	2	11	2	2	2	6	1	1	1	1	4	21
6	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	2	3	2	1	1	1	5	10
7	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	1	2	5	2	1	2	1	6	15
8	1	0	2	1	1	0	0	1	6	0	2	2	4	2	1	2	2	7	17
9	1	0	1	1	2	1	2	1	9	1	2	2	5	1	2	1	2	6	20
10	1	0	1	2	2	2	1	2	11	1	2	2	5	1	1	2	1	5	21
11	1	2	2	0	2	2	2	1	12	2	2	2	6	1	2	1	2	6	24
12	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	2	2	6	1	1	2	2	6	16
13	1	1	2	1	2	2	2	1	12	2	2	2	6	2	1	2	2	7	25
14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	2	2	6	2	1	2	2	7	21
15	0	0	1	0	1	1	1	1	5	2	2	2	6	2	1	2	2	7	18
16	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	2	2	6	2	1	2	2	7	15
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	2	2	6	2	1	2	2	7	21
18	1	1	2	2	1	1	1	1	10	2	2	2	6	2	1	2	2	7	23
19	2	1	2	2	1	1	1	1	11	0	2	2	4	2	1	2	2	7	22

20	1	1	2	1	1	0	0	1	7	0	2	2	4	1	1	2	2	6	17
21	2	2	2	1	2	2	2	2	15	0	2	2	4	1	1	2	2	6	25
22	1	2	1	1	1	1	1	1	9	0	2	0	2	1	1	2	2	6	17
23	1	1	2	1	2	2	2	1	12	2	2	2	6	2	1	2	2	7	25
24	2	1	2	2	2	2	2	0	13	0	2	2	4	2	1	2	2	7	24
25	1	1	2	1	2	1	1	1	10	2	2	2	6	2	1	2	2	7	23
26	0	1	0	1	0	2	0	0	4	0	1	0	1	0	1	0	1	2	7
27	0	1	0	1	1	1	1	0	5	2	2	2	6	2	1	2	1	6	17
28	2	1	2	1	0	1	1	1	9	2	2	2	6	2	1	2	2	7	22
29	1	1	2	1	1	2	2	1	11	2	2	2	6	2	1	2	2	7	24
30	0	0	1	0	1	1	1	0	4	2	2	2	6	2	1	0	1	4	14
31	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	1	1	2	1	1	2	1	5	10
32	1	0	0	1	1	1	1	1	6	2	2	2	6	1	1	2	2	6	18
33	0	0	1	1	1	0	2	1	6	2	2	2	6	2	1	2	2	7	19
34	1	1	0	2	2	2	1	1	10	2	1	2	5	2	1	2	2	7	22
35	0	1	0	1	2	1	2	1	8	1	2	2	5	2	1	2	1	6	19
36	0	1	0	1	1	0	0	0	3	0	1	2	3	2	1	2	0	5	11
37	2	1	0	0	2	2	2	1	10	2	2	2	6	2	1	2	2	7	23
38	1	2	0	1	2	0	2	1	9	2	2	2	6	2	1	1	2	6	21
39	0	1	1	1	2	2	2	0	9	0	1	0	1	0	1	2	2	5	15
40	1	1	2	2	2	2	2	1	13	2	2	2	6	1	1	2	2	6	25
41	0	1	0	0	1	1	0	0	3	0	2	2	4	1	0	1	0	2	9
42	1	0	1	2	1	1	2	1	9	2	2	2	6	2	2	2	1	7	22

43	1	0	0	1	1	1	1	0	5	2	2	2	6	1	1	1	1	4	15
44	0	0	1	2	1	1	1	1	7	2	2	2	6	1	1	2	1	5	18
45	0	1	1	1	2	1	1	1	8	2	2	2	6	2	0	2	1	5	19
46	1	1	0	1	1	2	2	1	9	2	2	2	6	2	0	2	1	5	20
47	1	1	2	1	2	1	2	1	11	0	2	1	3	0	1	0	1	2	16
48	1	0	0	1	1	2	0	1	6	1	2	2	5	2	0	2	1	5	16
49	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	2	5	2	0	0	0	2	8
50	1	1	1	0	1	1	0	1	6	2	2	2	6	1	0	2	1	4	16
51	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	4	0	0	2	1	3	8
52	1	1	1	1	1	1	0	0	6	1	2	2	5	1	0	2	1	4	15
53	0	0	0	1	1	1	1	0	4	1	2	2	5	2	0	2	1	5	14
54	0	0	0	1	1	1	0	0	3	1	2	2	5	0	0	2	1	3	11
55	1	0	1	1	1	1	0	0	5	1	2	2	5	1	0	2	0	3	13
56	2	0	1	1	2	0	0	0	6	2	2	2	6	2	1	2	2	7	19
57	1	0	1	1	1	1	1	0	6	0	0	2	2	2	0	0	2	4	12
58	1	2	2	1	1	2	0	2	11	1	2	1	4	2	2	2	2	8	23
59	1	1	1	1	2	2	2	1	11	2	2	2	6	1	2	2	1	6	23
60	0	0	1	1	1	0	0	0	3	1	1	2	4	1	0	2	1	4	11
61	1	1	1	1	2	2	2	1	11	2	2	2	6	2	2	2	2	8	25
62	0	0	1	1	0	1	2	0	5	0	1	2	3	1	1	2	0	4	12
63	2	1	0	2	1	1	1	0	8	2	2	2	6	0	2	2	0	4	18
64	0	0	1	0	1	0	1	0	3	2	2	2	6	0	0	0	0	0	9
65	0	0	1	1	1	1	1	0	5	2	2	2	6	2	1	2	2	7	18

66	1	0	1	1	1	1	1	0	6	1	2	2	5	1	1	2	1	5	16
67	0	0	1	1	1	1	0	1	5	2	2	2	6	2	1	2	1	6	17
68	0	0	0	1	2	2	1	0	6	2	2	2	6	2	1	2	1	6	18
69	1	0	1	1	1	0	0	1	5	2	2	2	6	1	1	2	2	6	17
70	1	1	1	1	2	2	2	1	11	2	2	2	6	1	2	2	1	6	23
71	1	1	2	1	1	1	0	1	8	2	2	2	6	1	1	2	1	5	19
72	1	1	1	2	1	1	1	1	9	2	2	2	6	1	2	2	1	6	21
73	0	0	1	0	1	1	0	0	3	2	2	2	6	1	2	1	0	4	13
74	0	0	1	0	1	1	0	0	3	2	2	2	6	1	2	1	1	5	14
75	1	1	1	2	1	1	1	1	9	2	2	2	6	1	2	2	1	6	21
76	1	1	1	1	1	1	0	0	6	2	2	2	6	0	2	1	0	3	15
77	1	0	1	0	1	0	1	1	5	2	2	2	6	1	2	1	1	5	16