



**“ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON ADULTO MAYOR ENCAMADO,
DEL PROGRAMA POSTRADO DE DOS
CONSULTORIOS DE VALPARAÍSO”.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Integrantes:

Carmen Astargo V
Karla Ayala M.
Carmen Droguett V
Soledad González G.
Marcela Martínez C.
Yanet Martínez M.

Docentes:

Mitzi Letelier V
Lorena Bettancourt O.

Valparaíso, Enero del 2008.

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo y la fuerza que nos brindaron durante este largo proceso.

A nuestras profesoras guías por incitarnos a ser perseverantes y a cumplir con los objetivos de la investigación y a todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a que este trabajo se viera concretado, otorgándonos incondicionalmente su ayuda en los momentos más difíciles.

Las autoras

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar”

Antonio Machado

Índice General

	Páginas
Capítulo 1 Introducción	
1.1 Introducción.	2
1.2 Fundamentos.	3
1.3 Delimitación del problema.	6
1.4 Definición de términos.	7
1.5 Limitaciones del estudio.	8
Capítulo 2 Marco Conceptual	
2.1 Marco Teórico.	10
2.2 Objetivos.	
2.2.1 Objetivo General.	42
2.2.2 Objetivos Específicos	42
2.3 Definición y operacionalización de variables.	43
Capítulo 3 Metodología	
3.1 Diseño de la investigación.	
3.1.1 Constitución y organización grupo tesis.	45
3.1.2 Tipo de estudio.	45
3.2 Definición del universo.	45
3.3 Diseño muestral.	46
3.3.1 Unidad muestral.	46
3.4 Método de recolección de datos.	46
3.4.1 Descripción del instrumento.	47
3.5 Organización del trabajo en terreno.	48
3.6 Criterio de análisis de datos.	49
Capítulo 4 Resultados	
4.1 Antecedentes de la Muestra.	50
4.2 Resultado y análisis descriptivo.	51
Capítulo 5 Conclusión, Resumen y Recomendaciones	
5.1 Conclusión.	73
5.2 Recomendaciones	76
5.3 Resumen	77
Lista de referencias bibliográficas	81
Bibliografía General	87

Anexos

Anexo 1	
-Instructivo para la aplicación del instrumento	94
-Instrumento	96
Anexo 2	
-Escala de evaluación de habilidades de adaptabilidad Familiar	104
-Escala de evaluación del nivel de adaptabilidad	106
Anexo 3	
-Índice de Katz	107

Índice de Tablas

	Página
Tabla 1: Distribución según estructura familiar del adulto mayor encamado	51
Tabla 2: Distribución según edad promedio de los integrantes de la familia del adulto mayor encamado	52
Tabla 3: Persona encargada del cuidado del adulto mayor encamado	53
Tabla 4: Características del cuidador del adulto mayor encamado según relación de parentesco, sexo y edad.	54
Tabla 5: Distribución según edad del adulto mayor encamado	56
Tabla 6: Distribución según sexo del adulto mayor encamado	57
Tabla 7: Distribución por sexo y edad del adulto mayor encamado	58
Tabla 8: Distribución según situación de pareja del adulto mayor	59
Tabla 9: Distribución según etapificación de dismovilidad del adulto mayor encamado	60
Tabla 10: Distribución según tiempo de instalación de la dismovilidad	61
Tabla 11: Distribución según tiempo de evolución de la dismovilidad	62
Tabla 12: Evolución de la dismovilidad – Instalación de la dismovilidad	63
Tabla 13: Edad-características de la dismovilidad (instalación y evolución de la dismovilidad)	64
Tabla 14: Tipo de disciplina según estructura familiar	65
Tabla 15: Tipo de cambio de rol al interior de la familia según estructura familiar	66
Tabla 16: Tipo de liderazgo según estructura familiar	67
Tabla 17: Tipo de cambios según estructura familiar	68
Tabla 18: Distribución de las familias según nivel de adaptabilidad familiar	69
Tabla 19: Nivel de adaptabilidad familiar según tipo de familia	70
Tabla 20: Nivel de adaptabilidad familiar según tiempo de evolución de la dismovilidad.	71

Índice de Gráficos

	Página
Gráfico 1: Distribución según estructura familiar del adulto mayor	51
Gráfico 2: Distribución según edad promedio de los integrantes de la familia del adulto mayor encamado	52
Gráfico 3: Persona encargada del cuidado del adulto mayor encamado	53
Gráfico 4: Distribución por sexo y edad del adulto mayor encamado	58
Gráfico 5: Distribución según situación de pareja del adulto mayor encamado	59
Gráfico 6: Distribución según etapificación de dismovilidad del adulto mayor encamado	60
Gráfico 7: Distribución según tiempo de instalación de la dismovilidad	61
Gráfico 8: Distribución según tiempo de evolución de la dismovilidad	62
Gráfico 9: Evolución de la dismovilidad – instalación de la dismovilidad	63
Gráfico 10: Tipo de disciplina según estructura familiar	65
Gráfico 11: Tipo de cambio de rol al interior de la familia según estructura familiar	66
Gráfico 12: Tipo de liderazgo según estructura familiar	67
Gráfico 13: Tipo de cambios según estructura familiar	68
Gráfico 14: Distribución de las familias según nivel de adaptabilidad	69
Gráfico 15: Nivel de adaptabilidad familiar según tipo de familia	70
Gráfico 16: Nivel de adaptabilidad familiar según tiempo de evolución de la dismovilidad	71

Índice de Figuras

		Página
Figura 1	Número de adultos mayores dismovilizados por consultorios de la comuna de Valparaíso, hasta marzo del 2007.	12
Figura 2	Cuadro de ETADI	20

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Muchos han sido los cambios de los que ha sido testigo el mundo moderno, los avances en distintas áreas de las ciencias, en especial en el campo de la medicina, han determinado a que hoy en día la calidad de vida del ser humano sea mayor que a principios de siglo, aumentando las expectativas de vida y alargando, cada vez más, la vida de las personas.

Actualmente nuestro país vive este proceso de cambios demográficos, lo que se ha traducido en un aumento de la población Adulta Mayor, representando el 11,36% de la población nacional. Como resultado de este proceso, se ha debido enfrentar un nuevo escenario: como abordar la situación de salud de este emergente grupo etáreo.

Un problema de salud frecuente en los Adultos Mayores es la pérdida de la funcionalidad, lo que favorece a que éstos sean más propensos a diversas complicaciones, entre las cuales se encuentra la dismovilidad, la cual se define como la “molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones patológicas de diverso origen: biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión”. La evolución de ésta a una dismovilidad profunda se denomina encamamiento, concepto emergente que viene a reemplazar el término postración.¹

La problemática del encamamiento trae consigo repercusiones en todas las esferas de la vida del Adulto Mayor, tanto en el ámbito social, económico, psicológico y sobretodo el entorno inmediato del Adulto Mayor, es decir, la Familia, la cual debe movilizar recursos emocionales, económicos e intelectuales a fin de superar esta nueva situación de vida y lograr la adaptación a ésta.

Desde el punto de vista de la adaptación familiar y a raíz de la presencia de un Adulto Mayor encamado, el profesional de Enfermería tiene un rol primordial, debido a la responsabilidad emanada desde el código sanitario, en lo relativo a la promoción, mantención y recuperación de la salud, y prevención de enfermedades y/o lesiones, entendiendo la salud como el completo bienestar físico, mental y social, con énfasis en los dos últimos aspectos de la salud.

En base a lo anteriormente señalado, es que se considera relevante estudiar como es la adaptabilidad familiar, a raíz de la presencia de un integrante Adulto Mayor encamado, tema tan poco analizado y conocido por parte de los profesionales de la salud y fundamental en el quehacer de Enfermería, debido al enfoque de salud familiar que propone la reforma en salud de nuestro país.

¹DINAMARCA, M, José Luís. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005.

1.2 Fundamentos

- A nivel mundial, las estadísticas revelan un planeta en donde la población de Adultos Mayores (AM) se incrementa cada día más, habiendo hoy en día alrededor de 600 millones de personas mayores de 60 años, que corresponde a cerca del 10% de la población mundial actual. Se estima que en los últimos treinta años, la población mundial de AM ha crecido en un 400%.²
- Según el censo realizado en Chile en el año 2002, la población mayor de 60 años, corresponde al 11,36% de la población total del país. A nivel regional, las estadísticas revelan que en la región de Valparaíso existen 206.872 habitantes mayores de 60 años, lo que representa al 13,43% de la población regional total, revelando ser la región más envejecida del país.³
- La expectativa de vida ha incrementado, ya en 1998 alcanzaba los 75 años y según proyecciones del INE, en el año 2010 alcanzará los 78,45 años, siendo mayor en mujeres (81,53 años) que en hombres (75,49 años).
- En la vejez se hace frecuente la aparición de trastornos y discapacidades físicas, lo que suele tener consecuencias afectivas negativas, como lo es la depresión. La presencia de alteraciones sensoriales disminuye las posibilidades de autonomía funcional, incrementa la necesidad de dependencia y al mismo tiempo fomenta el aislamiento social y sentimientos de soledad, con la consiguiente pérdida de oportunidades para obtener las gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social. Se agregan las enfermedades crónicas, que disminuyen la calidad de vida por encontrarse fuera del control personal de cura.⁴
- Debido al rápido envejecimiento de la población y el aumento en la expectativa de vida de las personas a nivel mundial, la OMS ha planteado tres objetivos sanitarios generales: Control de factores determinantes de las enfermedades más relevantes, enfermedades con mayor carga de mortalidad con medidas de efectividad probadas,

²ASHFORD, Lory. Datos a destacar de la población mundial en el año 2004 [en línea] <www.prb.org> [consulta: 07 mayo 2007].

³INE. Estadísticas en salud. [en línea] <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007].

⁴ANZOLA, Elías. Capítulo II visión integral de los ancianos. Capítulo III aspectos psicológicos del envejecimiento. En su: La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Publicación científica N° 546. Washington DC. USA. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1994. pp. 57-58; 67-72.

problemas de salud no mortales, pero que generan una disminución de la calidad de vida.⁵

- En Chile existe la Política Nacional del Adulto Mayor, la que tiene por objetivos: Contribuir a mantener o recuperar la autonomía del AM, con el fin de mejorar su calidad de vida, prevenir la mortalidad por causas evitables y contribuir de esta manera a prolongar la vida e incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa-rehabilitación, específicas en la perspectiva de un envejecimiento activo.⁶
- Gran parte de los AM, sea por factores internos o externos, pueden llegar a la condición de dismovilidad y finalmente de encamamiento.⁷
- En la provincia de Valparaíso, la situación de dismovilidad severa afecta a 757 personas AM, de ellos, 289 están a cargo de un cuidador y 468 no lo tienen.⁸
- La dismovilidad y su evolución a encamamiento, provoca una crisis en la familia que causa una desorganización en la funcionalidad y la estructura de ésta.
- Según un estudio realizado por el Dr. Dinamarca en Limache a través del Programa de Asistencia Domiciliaria al Dismovilizado (PADIS), de los Hospitales Geriátrico y Santo Tomás de Limache, arrojó que la dismovilidad es mayor en mujeres en proporción 3:1, además a mayor edad, mayor prevalencia de dismovilidad en el AM. También mostró que el 90% de los casos son diagnosticados luego de 1 año o más desde su instalación. Respecto a la funcionalidad, el 58% de los pacientes presentaba un índice de Katz entre F y G. Además un 20% de las personas portadoras de dismovilidad requerirá una hospitalización al año.
- El estudio realizado por el Dr. Dinamarca en Limache, indica que el 80% de los cuidadores vive en el mismo domicilio del paciente, un 48% corresponde a los hijos del enfermo y el 8% son cónyuges. Además señala que un tercio de los cuidadores

⁵BOLETÍN ESCUELA MEDICINA. Metas sanitarias 2000-2010. [en línea] <www.escuela.med.puc.cl/paginas/Postgrado/DiplomaAdminis/Materiales2003/ObjetivosSanitarios> [consulta: 04 abril 2007].

⁶GOBIERNO DE CHILE. Política Nacional del Adulto Mayor. [en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 05 septiembre 2007].

⁷DINAMARCA, M, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 30-35.

⁸CARRASCO, Ana María. Jefa técnica área Salud Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.

son mayores de 60 años y que un 75% de los cuidadores cuenta con una buena red social de apoyo.⁹

- Ante un estado de dismovilidad se vive una situación límite en la familia, se produce una crisis que causa una desorganización en la funcionalidad y en la estructura, que requiere tiempo y apoyo para volver a organizarse. Además, la situación se puede hacer todavía más complicada dependiendo del rol que desempeñaba el enfermo (por ejemplo, sustentar económicamente a la familia).¹⁰
- En la comuna de Valparaíso, existe una población de 23.080 AM inscritos, de éstos 757 son personas que se encuentran en situación de dismovilidad en diversos grados, de los cuales, 289 están a cargo de un cuidador y 468 no tienen cuidador.¹¹

⁹GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. En su: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam, 2000 pp. 280-289

¹⁰GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. En su: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam, 2000 pp. 279-300.

¹¹CARRASCO, Ana María. Jefa técnica área Salud, Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.

1.3 Delimitación del problema

Descripción de la adaptabilidad familiar cuando hay un integrante AM encamado, perteneciente al Programa de Postrado de los Consultorios Mena y Quebrada Verde de la Corporación Municipal de Valparaíso, durante el mes de enero del año 2008.

1.4 Definición de términos

Adaptabilidad familiar: Es la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.¹²

Adulto mayor encamado: Persona que tiene edad mayor o igual a 60 años y que permanece la mayor parte del día en cama (incluye desde la capacidad de levantarse e incorporarse en la cama hasta imposibilidad de movimiento en cama) y que según índice de Katz, presenta valores F (independencia en una de las Actividades de la Vida Diaria [AVD]) o G (dependencia en todas las AVD).

Índice de Katz: Instrumento que clasifica el nivel de funcionalidad del AM, según la dependencia/independencia para la realización de las AVD, las que son: alimentarse, vestirse, bañarse, ir al baño, moverse y continencia.

Programa de postrado: Este programa se encarga de la atención a personas con pérdida de autonomía y en situación de dependencia severa o personas postradas. El programa se inserta dentro de la atención primaria de salud y tiene por objetivo mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con postración permanente y/o pérdida de la autonomía, junto con apoyar a su cuidador, se lleva a cabo a través de visitas domiciliarias mensuales, realizadas por personal autorizado de la atención primaria. Son beneficiarios de este programa las personas pertenecientes al Sistema Público de Salud, que de manera permanente, sufren de postración y/o pérdida de autonomía severa.

¹²OLSON, DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En su: Falicov CJ (compiladora), Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires. Editores Amorrortu, 1991. pp. 99-129

1.5 Limitaciones del estudio

Etapa de diseño

- Falta de experiencia en la aplicación de contenidos entregados en la cátedra metodología de la investigación.
- Reiteradas modificaciones en marco teórico y delimitación del problema.
- Dificultad en el avance del seminario de tesis, producto de trabajar en forma paralela con otras cátedras durante el año académico.
- Diferencias y falta de organización del grupo en un principio.

Etapa de ejecución

A) Aplicación del instrumento

- Postergación de la fecha de aplicación del instrumento debido al retraso de corrección de éste.
- Dificultad para acceder a los domicilios de los AM encamados, debido a las características geográficas de Valparaíso.
- Poca optimización del tiempo de aplicación del instrumento, debido a no ser autoaplicable, requiriéndose para esto de una visita domiciliaria.
- Exclusión de algunas familias con AM, quienes no cumplían con los criterios de inclusión para el estudio.

B) Análisis de los datos

- Falta de conocimientos sobre estadística en cuanto a conocimientos teóricos y prácticos, lo que se evidenció al llevar a cabo la incorporación y análisis de los datos en el programa estadístico SPSS.
- Diferencias de tiempos disponibles para la reunión de las tesistas, por motivos laborales y familiares, situación que influyó y retrasó la etapa de análisis de los datos.
- Tiempo en que se realizó la etapa de análisis de los datos debido al atraso del trabajo durante el año académico.

CAPÍTULO 2
MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico.

El envejecimiento es un proceso natural que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo vital. Es un proceso continuo, universal e individual, pues depende de las condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y del estilo de vida de cada persona; es también un proceso progresivo, asincrónico debido a que los diferentes órganos envejecen a velocidad disímil; perjudicial debido a la pérdida de funciones fisiológicas; irreversible, ya que muestra cambios físicos, psíquicos y sociales, los cuales no son posibles de corregir, pero que se pueden acelerar o retardar; al mismo tiempo la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que la persona tuvo durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen el envejecimiento como “un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio. Así, el individuo hace esfuerzos por alcanzar un nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios biofisiológicos y aquellos otros que ocurren en los medio ambientes socioeconómicos y cultural más amplios”.¹³

Este proceso natural de envejecimiento se ha manifestado como una preocupación creciente en las últimas décadas, debido al rápido crecimiento que ha ido experimentando la población mundial desde las décadas de los años 1970 y 1980; es así, como las estadísticas a nivel mundial revelan un planeta en donde la población de AM se incrementa cada día más.

Chile no es la excepción de este proceso de cambios demográficos, que comenzó en la década del 80' cuyas causas han sido: Baja en la tasa de natalidad, fecundidad y estancamiento de la tasa de mortalidad. Es así, como en el censo de 1982 la población mayor de 65 años correspondía al 5,8% de la población y en el año 2000 el Instituto Nacional de Estadística (INE) registró un 6,7%. Según el censo realizado en el país en el año 2002, la población total corresponde a 15.116.435 personas en el territorio nacional. De este número de habitantes, 1.717.478 corresponden a la población mayor de 60 años, lo que representa al 11,36% de la población total.¹⁴ Además del aumento de la población AM, la expectativa de vida también se ha incrementado, en los años 30 ésta era de 45 años, ya en 1998 alcanzaba los 75 años y según proyecciones del INE, en el año 2010

¹³REGALADO, Pedro, Médico geriatra. Envejecimiento activo: Un marco Político.OMS. [en línea].<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>> [consulta: 01 mayo 2007].

¹⁴INE. Estadísticas en salud. [en línea]. <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007].

alcanzará los 78,45 años, siendo mayor en mujeres (81,53 años) que en hombres (75,49 años).¹⁵

A nivel regional se encuentra una realidad bastante parecida a la nacional. Las estadísticas revelan que en la región de Valparaíso existen 206.872 habitantes mayores de 60 años, lo que representa al 13,43% de la población regional total, mostrando un porcentaje más alto de AM en la región, que en la población nacional.

Otras estadísticas a nivel nacional, recogidas del censo del año 2002 hacen alusión a la situación de pareja de la población chilena, que revelan que un 34,6% de ellos son solteros, 46,2% casados, 8,9% convivientes, 4,7% separados, 0,4% anulados y 5,2% viudos.¹⁶

La población AM de la región de Valparaíso se distribuye en los tres Servicios de Salud, es así como el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio atiende a 59.885 AM, correspondiente al 13,64% de la población del sector; en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota se encuentra una población de AM de 120.518, que corresponde al 13,73% de la población, y el Servicio de Salud Aconcagua cuenta con una población de 26.469 AM, correspondiente al 11,83% de la población total del Servicio de Salud. Estas estadísticas revelan que la región de Valparaíso es la más envejecida del país.¹⁷

Referente al punto anterior, en la provincia de Valparaíso, es posible encontrar consultorios pertenecientes a la Corporación de Salud de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso (CORMUVAL), que tiene una población 23.080 AM inscritos, de los cuales 757 son personas que se encuentran en situación de dismovilidad, de ellos 289 están a cargo de un cuidador y 468 no tienen cuidador. Además, coexisten los consultorios Jean Marrie Thierry y Plaza Justicia que no pertenecen a la CORMUVAL, sino que dependen directamente del Servicio de Salud. La población de AM del primero es de 1.786 de los cuales 12 están en situación de dismovilidad. Lo que respecta al segundo, posee una población de 3.111 de AM de ellos 40 se encuentran dismovilizados.¹⁸

¹⁵ÁVILA, Carol. Situación epidemiológica del adulto mayor en Chile. [en línea]<www.maedwave.cl/enfermeria/enfgeriatrica/1/1.act> [consulta: 24abril 2007].

¹⁶INE. Estadísticas demográficas. [en línea]. http://www.sernam.cl/basemujer/analisis/estado_civil_segun_censos.pdf [consulta: 09 mayo 2007].

¹⁷INE. Estadísticas en salud. [en línea]. <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007].

¹⁸CARRASCO, Ana María, Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.

Número de AM dismovilizados por consultorios de la comuna de Valparaíso, hasta marzo del 2007.

Consultorio	Población adulta mayor	AM dismovilizado	Dismovilizado con cuidador
Placeres	2.961	60	21
Esperanza	1.783	36	12
Barón	3.100	37	18
Padre Damián	527	40	20
Rodelillo	1.476	32	24
Placilla	972	26	16
Reina Isabel	2.953	140	56
Las Cañas	761	25	14
Mena	2.889	153	40
Cordillera	958	48	14
Quebrada Verde	3.939	130	40
Puertas Negras y Laguna Verde	761	30	14

Fig. 1

Como lo muestran las estadísticas, Chile atraviesa por un proceso de transición demográfica en el que además de enfrentar el crecimiento del número de la población AM, también se enfrenta la situación de salud en que se encuentra este grupo etáreo.

Al respecto, se describen cuatro factores principales que intervienen en la salud de las personas durante el proceso de envejecimiento, estos son: Sociales, psicológicos, ambientales y biológico-físicos.

A.- Factores Sociales

Este factor implica la eventual retirada de las actividades laborales y responsabilidades anteriores, debido a la jubilación. Este nuevo escenario que experimentan los AM produce una baja en la relación con los demás, su movilidad se hace más difícil, la comunicación y la participación social bajan de intensidad.

Algunas situaciones que influyen en el factor antes descrito son:

a.- Pérdida de posición social: Relacionado con el sentimiento de inutilidad, ya que para los AM, la productividad es esencial, por lo que el no trabajar genera en ellos sentimientos de inutilidad y confusión en relación a su función social, lo cual puede provocar, en la mayoría de los casos, alteraciones en la salud mental, como la depresión.

b.- Pobreza: En la actualidad en Chile los AM reciben en promedio 83.000 pesos para vivir, lo cual es insuficiente para muchos de ellos, ya que con este dinero deben comer, vestirse, pagar los servicios básicos entre otras cosas. Cabe mencionar que la pobreza traspassa el problema económico, que se traduce en un menor acceso a la información, lo que les dificulta conocer y acceder a ciertos beneficios.¹⁹

c.- Soledad: Debido al escaso contacto con otras personas como también en la calidad de dichos contactos. Esto se ve influenciado por las dificultades en el traslado que tienen numerosos AM, causa que les impide salir de sus hogares con cierta regularidad. Al mismo tiempo, durante esta etapa de vida comienzan a fallecer los amigos cercanos, parejas, etc., lo que limita aún más el círculo social y por consiguiente, el número de visitas y contactos sociales.

d.- Desconexión del medio ambiente: Muchos AM tienen sentimientos de inutilidad, soledad y falta de ganas para vivir, lo que puede llegar a develar la presencia de depresión, condición que generalmente pasa inadvertida. Los AM pueden llegar a

¹⁹ PORTAL ADULTO MAYOR. Pros y contras de las modalidades de jubilación. [en línea]<http://64.233.169.104/search?q=cache:Pw1gjcxRth0J:www.portaladultomayor.com/cgibin/pam/display.pl%3Fbri%3Dpam%26cat%3D1339%26plantilla%3Dnewnivel_2.htm%26sis%3D1+promedio+pensiones+adulto+mayor&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl> [consulta: 19 julio 2007].

desconectarse del medio, sus actividades sociales se limitan, lo que se traduce en un desapego a la vida. Se agrega además, la disminución en las interacciones sociales, debido a que sus hijos se marchan (nido vacío), sus relaciones laborales finalizan y los amigos se alejan o mueren, lo cual puede significar un sentimiento de desesperanza e inutilidad en caso de no haber logrado el cumplimiento de las tareas del crecimiento y desarrollo adecuadas. Debido a este sentimiento producido en algunos de ellos, con el tiempo se van perdiendo algunas facultades, lo que a su vez, sumado a enfermedades crónicas, produce mayor dependencia de los demás, aumentando el sentimiento de soledad y produciendo finalmente estrés social tanto para la persona como para quienes lo rodean.

Entre los factores sociales encontramos también las redes de apoyo, las cuales tienen por objetivo ayudar a estas personas, dando satisfacción a las necesidades que se encuentran alteradas e insatisfechas, abarcando desde el aspecto material (dinero, ropa, etc.), instrumental (proveedor), emocionales (afecto, compañía) y cognitivos (información, consejos).

B.- Factores Psicológicos

El proceso de envejeciendo va provocando cambios de orden mental y psicológico, tal como ocurre con la memoria, la que se hace más evocadora de acontecimientos cronológicamente lejanos que de los más cercanos.

Los AM pueden experimentar diversos sentimientos tales como:

a.- Aflicción: La que generalmente se da por sentimientos de pérdida, ya sea del trabajo, del estatus social, de la pareja, de los amigos. Además algunos problemas de salud pueden generar aflicción como la pérdida de una extremidad por amputación. Es importante considerar que cada vez que alguien sufre una pérdida de algo o alguien importante, entran en juego los mecanismos de afrontamiento de problemas; el enfrentar una situación amenazadora, conlleva el tránsito por una serie de etapas en este proceso de aflicción que incluyen la negación, la ansiedad, la agresión y la depresión; cabe mencionar que a menudo los AM tienen dificultad para resolver sus problemas, debido a que no comprenden la situación dificultosa, ni a sí mismos en relación a los problemas; se suma a esto el deterioro orgánico propio de la edad y la reducción de los mecanismos de afrontamiento, motivos que aumentan la factibilidad de sufrir problemas de salud o enfrentar los mismos.

b.- Dependencia: Incluye desde la dependencia física, es decir, las limitaciones funcionales que pueda tener el AM, económica hasta la dependencia emocional y familiar, lo que limita al AM en sus relaciones sociales. Influyen además problemas en relación a que se les considere dependientes socialmente, puesto que la familia y la

comunidad, contribuyen en que cada día los AM se hagan más dependientes, producto de las restricciones sociales (jubilación), lo que conlleva un deterioro de la función del rol.

c.- Temor a morir: Parte del proceso de la vida, es el enfrentamiento de la muerte, la cual en los AM se ve cada vez más inminente. Este temor puede intervenir considerablemente en la salud de los AM, tanto como factor estresor, como agravante de la salud. A lo que más temen los AM, es a morir solos y con dolor, lo que indica que los temores frente a la muerte no difieren mucho de los de la población en general.²⁰

C.- Factores Ambientales

Chile no cuenta con la adecuada infraestructura que garantice la seguridad en el hogar de las personas, entendiéndose este concepto de seguridad como la disminución o ausencia de las condiciones que puedan poner en riesgo la integridad de las personas, los que incluyen problemas en la infraestructura relacionados con desnivelaciones en el piso, iluminación deficiente, objetos que obstaculicen el paso o simplemente instalaciones que no faciliten al AM moverse libremente por la casa y que contribuyan a ser factor de riesgo para accidentes de consecuencias variables. El mantener el ambiente del hogar en forma segura disminuye el riesgo que tienen los AM de presentar accidentes con consecuencias de diversa gravedad, que puedan llevar a éstos a un estado de dismovilidad.²¹

D.- Factores Biológicos/Físicos

Este factor se refiere a los cambios que se producen en el organismo del AM. Para efectos de este estudio se da énfasis en el sistema músculo esquelético, ya que es éste el que define la capacidad funcional de la persona AM.

a.- Pérdida gradual de masa ósea: El crecimiento óseo está regulado por estímulos mecánicos (actividad física y peso), factores nutricionales y genéticos. La masa del esqueleto continúa una línea creciente desde la niñez, alcanzando su máximo entre los 20 y 30 años. Para su conservación es necesario la óptima formación ósea, la cual está ligada al aporte de fosfato y calcio, donde este último otorga al hueso la resistencia a la compresión.

²⁰BARO, Franz. Hacia el bienestar del adulto mayor, OPS. ISBN 9275314926. Publicación científica N° 492. Washington DC, Editorial OPS, 1985. pp87-92.

²¹SMITH, Pamela, La discapacidad por caídas se puede evitar. Revista Salud & Health Info. San Diego, California. Año 6. Julio 2007. [en línea]<<http://www.saludhealthinfo.com/es/seniors/Evitandolascaidas.html>> [consulta: 08 julio 2007]

Con la formación del sistema esquelético, se garantiza la íntegra composición del sistema muscular, el que en definitiva otorgará la fuerza y forma al cuerpo, mientras que los ligamentos y los tendones dan la flexibilidad y la conexión.

Cualquier componente que comience a fallar sin duda gatillará un problema o una alteración en la movilidad, especialmente en los AM, quienes sufren una serie de cambios con el progreso de la edad. Desde los 50 años en adelante, aumenta la resorción ósea, impidiendo la regeneración de tejido óseo ante el deterioro progresivo de éste, lo que hace más vulnerable al AM ante una caída y su recuperación se dificulta. Este deterioro se produce principalmente por la necesidad del AM de mantener los niveles sanguíneos de calcio y en el caso de que éstos no ingresen por la vía nutricional se produce la resorción de calcio de los huesos.

En las mujeres existen otros factores involucrados, como son la deficiencia de estrógenos, la mala absorción del calcio, el estilo de vida y la historia genética, sumándose a esto el hecho que durante los 5 a 8 años después de la menopausia, la mujer sufre un aumento de la pérdida ósea, potenciada por la disminución de la actividad física.

b.- Fuerza muscular disminuida: Los AM poseen una disminución de la fuerza muscular, ya que la masa muscular y el tamaño de las fibras sufren una atrofia, la que variará según el grado de ejercicio físico que haya tenido la persona durante su vida, esto significa que a mayor existencia de actividad física regular, menor será la velocidad con la que se perderá la fuerza muscular.

c.- Sistema neurológico deteriorado: Los AM sufren un deterioro en el sistema neurológico, por la disminución del número de neuronas y alteración de la secreción de neurotransmisores, lo que retarda el tiempo de reacción y velocidad de los movimientos, afectando negativamente la función muscular, traduciéndose en un enlentecimiento de la movilidad del AM.²²

Esta sucesión de cambios que ocurren a nivel orgánico son considerados como fisiológicos y son parte del llamado envejecimiento normal, en cambio el envejecimiento patológico está determinado por la presencia de alteraciones patológicas secundarias a enfermedades o por influencias ambientales, o sea, está establecido por etiología médica y síndromes de enfermedad. Cabe señalar que con la edad se produce

²²BURKE, M. y Walsh, M. Enfermería Gerontológico, Cuidados integrales al adulto mayor. 2ª Edición. Madrid, Editorial Hancourt Brace. 1998

un deterioro progresivo de las capacidades psicomotoras, que se hacen más evidentes a partir de los 65 años y que son extremas después de los 75 años.²³

Dentro de las alteraciones que determinan un envejecimiento patológico en los AM, en Chile se ha comenzado a usar el término Dismovilidad, sugerido por el Dr. Dinamarca, el cual lo define como la “molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundaria a situaciones patológicas diversas de origen biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión”.²⁴ La que puede ser:

- **Molesta:** Aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento.
- **Difícil:** Aquella movilidad que permite lograr lo deseado, pero que para ello altera el curso físico normal del movimiento.
- **Profunda:** Es aquella movilidad que no puede realizar ninguna de las AVD por ausencia de la capacidad para realizarlo.

Conceptualizaciones

Conceptos de Dismovilidad y Postración

Las personas postrados se denominan de esta forma por la posición viciosa de coxa y genuflexión secundaria a retracción y espasticidad del miembro inferior acompañada de anteflexión progresiva del tronco.

Este concepto es una denominación creada por la medicina occidental para referirse a esta condición no asociada a enfermedad geriátrica, sino fundamentalmente a malformaciones congénitas, secuelas de traumatismos raquímedulares y a las llamadas pestes. Académicamente postración es estar abatido por una enfermedad, sin especificar tiempos. Al respecto el Dr. Dinamarca propone que las personas con dismovilidad profunda sean llamados “encamados”. Entendiéndose como tal a la “persona que tiene edad mayor o igual a 60 años y que requiere de guía y supervisión total en las AVD, según índice de Katz F o G.”²⁵

²³LAMA, Jorge. Síndromes geriátricos. Revista diagnóstico vol. 42 año 2003. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/números/2003/marabr03/47-48.html>. 8 de Marzo del 2008 [online]

²⁴DINAMARCA, José Luis. De la Inmovilidad a la Dismovilidad en Geriatria. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005.

²⁵DINAMARCA, José Luis. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 30-35.

Las causas más evidentes de la dismovilidad corresponden a las alteraciones del aparato locomotor, aunque muchas veces ya está establecida una enfermedad de este sistema y cuando se determina la dismovilidad, el daño ya es persistente.

Existen 2 tipos de factores que influyen tanto en la aparición como la evolución de la dismovilidad, éstos son:

a. Factores contribuyentes:

Su presencia contribuye a la instauración de la dismovilidad, sobre todo si persisten en un gran número, pero no llevan per se a la dismovilidad. No obstante, una vez instalada, estos factores la agravan. Dentro de los que encuentran:

- Condiciones estadísticamente asociadas a edades geriátricas como disminución de la propiocepción y del tiempo de recreación, pérdida de la masa ósea y muscular, disminución de la fuerza muscular y del nivel de actividad, envejecimiento, sobreprotección y duelos.
- Condiciones patológicas asociadas a edades geriátricas como artrosis inicial, hipoacusia, anemia, incontinencia urinaria, hernias abdominales, crurales, inguinales, ortostatismo, hospitalizaciones, polifarmacia, ansiedad, trastorno del ánimo, síndrome demencial, obstáculos ambientales y maltrato.

b. Factores determinantes:

La presencia de estos factores, pueden llevar per se a la instauración de la dismovilidad, lo que ocurre en casi todos los casos. Se encuentran dentro de éstos:

- Condiciones estadísticamente asociadas a edades geriátricas como alteración de la sensibilidad baroreceptora, alteración de la vista.
- Condiciones patológicas asociadas a edades geriátricas como plejía, paresia o rigidez (accidente cerebro vascular, parkinson), dolor (artropatías, cáncer, enfermedad arterial obstructiva, úlceras de la piel, gastritis), disminución de la resistencia al ejercicio (desnutrición, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca).²⁶

Características de la dismovilidad

Según su historia natural se destaca: Efecto expansivo afectando no sólo a la persona, sino también a su entorno, adquiriendo la capacidad de transformar en

²⁶ Dinamarca, M, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 35-36.

pacientes a todos los que le rodean. Entonces se podría decir que la dismovilidad es contagiosa y posee las siguientes características.

- **Autoperpetuación:** Cada una de sus consecuencias influirá negativamente en las demás personas y en ella misma.
- **Progresión:** De relativo a absoluto, de leve a severo, de independiente a dependiente. Siempre será peor si se deja evolucionar sola. La molestia progresará a dificultad; la dificultad progresará a imposibilidad para moverse o trasladarse.
- **Ampliación:** Del paciente al cuidador; del cuidador a la familia; de la familia a los vecinos; de los vecinos al barrio; etc.
- **Deterioro múltiple:** Es una enfermedad mortal que ataca permanentemente, en forma multidimensional y variable, llevando a la aparición de otros síndromes geriátricos.²⁷

Etapificación de la Dismovilidad (ETADI)

La dismovilidad tiene un patrón evolutivo característico, no necesariamente lineal, pero sí progresivo. El saltarse etapas es debido principalmente a la ocurrencia de eventos sobrecargados o a la descompensación de patología crónica asociada.

Sirve para definir el nivel de atención para la persona, determinar las medidas terapéuticas y preventivas, contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas, establecer pronóstico funcional, además sienta una referencia para determinar el pronóstico vital de la persona.²⁸

²⁷DINAMARCA, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 37.

²⁸DINAMARCA, José Luís. Etapas de la dismovilidad en el adulto mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 40-47.

CUADRO DE ETADI

E T A P A S	Permanece la mayor parte del día				
	De pie	Sentado	Encamado		
	Con algún grado de molestia o dificultad en la marcha; o con disfunción de tronco, miembro superior, cabeza o cuello.	Permanece la mayor parte del día sentado.	Con capacidad de levantarse e incorporarse.	Con capacidad de movilizarse en la cama.	Sin capacidad de movimiento en cama.

S U B E T A P A S		1	2	3	4	5
		A	Camina sin ayuda.	Se sienta y se incorpora solo.	Puede salir de la cama solo o con ayuda.	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda.
B		Camina con ayuda (técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o de paredes.	Necesita ayuda para incorporarse y/o sentarse.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o necesita ayuda para realizar giros.	No puede expresarse, no puede darse a entender.

Fig.2

La determinación de la etapa de la dismovilidad en que se encuentra una persona, se realiza en base a su vida habitual, no a lo que sería capaz de hacer, según lo esperado para su edad. Estas etapas son: (*Ver figura 2*)

- 1: Paciente con vida en pedestación.
- 2: Paciente con vida sedente.
- 3, 4 y 5: Subetapas del encamamiento.

La dismovilidad se divide en reciente y antigua a contar de 1 año, ya que a partir de este tiempo la rehabilitación comienza a entorpecerse debido al estancamiento de secuelas, trabajándose más en la optimización funcional que en la regresión, aunque nunca se debe renunciar a ella.

El diagnóstico de dismovilidad se realiza independiente del tiempo que la persona lleve dismovilizado, integrándose el factor tiempo al diagnóstico en el concepto de riesgo de progresión, que incluye los conceptos de forma de instalación y el contexto clínico de las patologías de base y complicaciones. De esta manera tenemos:

- **Paciente con dismovilidad estabilizada:** Etapa A por más de 12 meses, con patología base compensada y sin complicaciones.
- **Paciente con dismovilidad en riesgo de progresión:** Subetapa A entre 6 y 12 meses; y en subetapa B por más de 12 meses. Con patología de base compensada y sin complicaciones ni patología aguda sobrecargada.
- **Paciente con dismovilidad en progresión:** Subetapa B por menos de 12 meses; en etapa A por menos de 6 meses en cualquier subetapa con patología de base descompensada y/o complicaciones y/o patología social.²⁹

Evolución de la dismovilidad en el AM

La dismovilidad aguda se diagnostica con mayor acuciosidad y rapidez, porque la pérdida de funcionalidad es abrupta y evidente. La larvada en cambio se diagnostica más lenta. Ambas se diagnostican cuando existe un deterioro importante, que generalmente coincide con la etapa avanzada.

- **Dismovilidad aguda:** Existe un lapso corto entre evento desencadenante y diagnóstico, que puede ser incluso inmediato. Permite sindicar enfermedad causal, funcionalidad previa normal, se salta varias etapas.

²⁹DINAMARCA, José Luís. Etapas de la dismovilidad en la persona mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 44.

- **Dismovilidad larvada:** Progresa lento, los períodos de paso entre una etapa y otra se hacen largos y las etapas del deterioro no son percibidas de forma clara, lo que dificulta determinar la etapa precisa en la que se encuentra. Es de diagnóstico tardío, hay varias enfermedades causales. Generalmente el diagnóstico se establece por un evento agudo.

Clasificación de la dismovilidad

Según etiologías:

- Dismovilidad de origen oncológico o asociado a patología oncológica.
- Dismovilidad de origen psiquiátrico o asociado a patología psiquiátrica.
- Dismovilidad secundaria o asociada a otras patologías.

Según forma de instalación:

- **Aguda**
 - En muy poco tiempo.
 - Existe claramente episodio causal. Ejemplo: Accidente cerebro vascular, hospitalización por infección, fracturas y traumatismos, infarto agudo al miocardio, amputación secundaria a diabetes y trastorno del ánimo.
 - Existe significativa pérdida de la función en relación al nivel previo.
- **Larvada**
 - Se ha ido instalando en el tiempo en forma insidiosa.
 - Puede o no existir etiología precisa. Se le atribuye a la vejez o a un conjunto impreciso de causas. Ejemplos: Osteoartritis degenerativas, obesidad, demencias, sedentarismo, enfermedad de parkinson, trastornos visuales, cáncer y trastornos del ánimo.
 - Es difícil establecer patrón comparativo con el nivel de funcionalidad previo, pues la pérdida de función ha sido lenta.

Según tiempo de evolución:

- **Reciente:** Menos de 1 año.
- **Antigua:** Más de 1 año, desde su instalación al momento del diagnóstico.³⁰

³⁰DINAMARCA, José Luís. Evaluación de la dismovilidad en la persona mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág.50-55.

Grupos de influencia

Existen dos grupos en los que la dismovilidad influye sobre su evolución:

- **Paciente:** Progresar por las diversas etapas, hasta llegar al encamamiento terminal y la muerte.
- **Cuidador y red social de apoyo (RSA):** Las patologías propias del cuidador influyen en el pronóstico de la dismovilidad del paciente, los pacientes que no cuentan con RSA sólida evolucionan rápido hacia etapas más profundas de la enfermedad y por consecuencia, a la muerte.

Perfil del Adulto Mayor con dismovilidad

Según un estudio realizado por el Dr. Dinamarca en la ciudad de Limache, Chile, a través del Programa de Asistencia Domiciliaria al Dismovilizado (PADIS), de los Hospitales Geriátrico y Santo Tomás de Limache, obtuvo los siguientes resultados:

1. Paciente

- a. Sexo y edad: Es mayor en mujeres en proporción 3:1, a mayor edad aumenta el nivel de dismovilidad.
- b. Etiología: Un 90% de los casos son diagnosticados luego de 1 año o más desde su instalación. 1 de cada 10 personas consulta, pero por patología causal, no la dismovilidad propiamente tal.
Los sistemas más afectados y enfermedades más frecuente diagnosticados son:
 - 1) Cardiovascular (ACV oclusivo y coronariopatías)
 - 2) Neuropsiquiátricas (demencia de tipo vascular, Parkinson)
 - 3) Visual (amaurosis)
- c. Enfermedades asociadas: Principal enfermedad no causal asociada es la hipertensión arterial (HTA) (33%) y la diabetes mellitus 2 (DM2)
- d. Funcionalidad y complicaciones:
 - 1) Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Alta prevalencia de dependencia absoluta 58% con índice de Katz F o G; 22% Katz A o B; 15% Katz C D y E. Paciente con dismovilidad son relativamente independientes o definitivamente dependientes.³¹
 - 2) Cantidad de fármacos: Alta prevalencia de polifarmacia, más de un 50% consume más de 5 fármacos.
 - 3) Riesgo social: La dismovilidad se relaciona con alto riesgo social.

³¹DINAMARCA, José Luís. Estadísticas y epidemiología en dismovilidad. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 72-92.

- 4) Riesgo de hospitalización: Un 20% de las personas que padecen de dismovilidad requerirá una hospitalización al año.

2. Cuidadores

- a. Sexo: Un 94% de las personas a cargo de personas dismovilizadas son mujeres.
- b. Domicilio y relación/parentesco: El 80% de los cuidadores vive en el mismo domicilio del paciente. En casi todos los casos existe una fuerte relación afectiva, familiar o de pareja. Un 48% son hijos, 8% son cónyuges.
- c. Edad: Un tercio de los cuidadores son mayores de 60 años.
- d. Red social de apoyo: Un 75% de los cuidadores cuenta con una buena RSA, 1 de cada 4 no cuenta con nadie más que el mismo para desempeñarse en la vida.³²

Redes de apoyo social

Dentro de las redes de apoyo social, se encuentran las redes primarias, las cuales están conformadas por la familia, amigos y vecinos; es dentro del hogar donde se satisfacen una gran variedad de necesidades tales como:

- **De socialización**, entendiéndolo por las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que éstos mantienen en el exterior.
- **De cuidado**, entendido como la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros.
- **De afecto**, es decir, las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia.
- **De reproducción**, referida a la capacidad de procreación que los padres de familia realizan para la formación y expansión de la misma.
- **De estatus económico**, concebida como el establecimiento del patrimonio o de la economía que da el sustento financiero a la familia.

Después de la familia; los amigos y vecinos son una fuente importante de apoyo de los AM, ya que pueden representar gran parte de la ayuda que reciben en presencia o ausencia de su familia.

Existen también las redes secundarias y las redes institucionales o formales, las primeras son aquellas conformadas en el mundo externo a la familia (grupos recreativos, grupos de AM, organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, organizaciones religiosas; así como las relaciones laborales o de estudio) y tienen como

³²DINAMARCA, José Luís. Evaluación de la dismovilidad en la persona mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 55-56.

fin favorecer la autonomía de los AM, ayudar en su socialización y alejarlos de la soledad. Las redes institucionales están integradas por el conjunto de organizaciones del sector público o privado (gubernamentales o no gubernamentales), las que se dedican a proporcionar diversos servicios y apoyo asistenciales a esta población en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información. Comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales cuyos programas atienden necesidades de este grupo etéreo en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, ayudas económicas y otra clase de servicios impulsados para procurar el bienestar de los AM; en Chile se encuentran:³³

- El Instituto de Normalización Previsional (INP): Los que entregan entre otros, pensiones especiales para los AM, tales como pensión asistencial de vejez y de viudez.
- Red de atención de salud: Que otorga una serie de prestaciones de salud específicas para el AM, las cuales se desprenden de la Política Nacional para el Adulto Mayor.
- El Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR): Posee el programa “Vacaciones Tercera Edad”.
- En Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS): Ha creado programas de ayuda, que benefician a los AM con discapacidad y trabaja en coordinación con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).³⁴

Como se ha mencionado, la familia es la principal red de apoyo social primaria, ésta es considerada la más universal de las instituciones y que a partir de la cual se ejerce mayor influencia sobre los individuos que la componen.³⁵ Es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual, se mueven todos los individuos de una forma u otra, y por ello el conocimiento de la realidad de las familias es fundamental para poder llegar a la comprensión de los procesos familiares; elemento que la enfermera debe considerar al momento de otorgar los cuidados.

Para efectos del estudio se utiliza la siguiente definición de familia, “la familia es un grupo de personas que viven juntos en el mismo hogar. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir,

³³FUNDACIÓN CARITAS PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR, FUNDAB México DF, 2005. Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores “Redes de apoyo social para el adulto mayor”.Pág. 2-8.

³⁴SENAMA. Fondo nacional del adulto mayor. [en línea] <www.senama.cl> [consulta: 05 septiembre 2007]

³⁵NOVEL, Martí G.y Lluch Canut M.T. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. 1º Edición. Barcelona, España, Editorial Masson S.A 2005. pp 69.

alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad”.

La familia se puede clasificar según estructura en diversas formas, pero las que predominan en nuestro país son las siguientes:

- **Familia Nuclear:** Integrada por una pareja adulta, con o sin hijos, o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos. Este tipo de familia corresponde al 57% de las familias en Chile, según el censo de año 2002.
- **Familia Extensa:** Integrada por una pareja o uno de sus miembros, con hijos o sin ellos, y por otros miembros que pueden ser o no parientes. Corresponden al 21,9% de las familias chilenas, según los datos del censo del año 2002.³⁶

Las funciones que tradicionalmente ha venido ejerciendo la familia son:

- a. **Función Productiva:** Se basaba en unidad económica única.
- b. **Función Educativa:** Se basaba en la transmisión de conocimientos, habilidades y patrones culturales.
- c. **Función Religiosa:** Se basaba en la educación religiosa.
- d. **Función Recreativa:** Es a través de la cual los individuos se proporcionaban entretenimiento mutuo.
- e. **Función Protectora:** La defensa frente a los demás se organizaba a partir del grupo familiar.

Aunque en mayor o menor medida la familia aún continúa ejerciendo algunas de estas funciones, con ciertos cambios de forma e intensidad, la industrialización, urbanización, secularización y globalización crecientes han ido privándola de la mayoría de ellas, produciéndose cambios en su funcionamiento, los que han afectado tanto a la estructura propiamente tal de la familia como a sus miembros.

Son también funciones de la familia las siguientes:

- **Función Biológica:** En la que socialmente se considera como tarea principal la procreación, crianza de los hijos, protección para la salud, además de la satisfacción de necesidades básicas.
- **Función Afectiva:** Para el desarrollo emocional de sus miembros es necesario que la familia cree las condiciones que lo posibiliten. Para esta tarea se apoya en dos pilares fundamentales: el vínculo afectivo y la adquisición de confianza básica; ésta le ofrece a los miembros los elementos que le facilitan construir el concepto de sí mismo y autonomía.

³⁶CASEN 2003. Biblioteca Red Lectora Online. [en línea] <<http://www.bibliotecas-cra.cl/RedLectora/familia/definicion1.html>> [consulta: 25 noviembre 007]

- **Función Socializadora:** La familia es el principal agente o factor de la educación; incluso podemos decir que es el factor fundamental del ser humano. Su función educadora y socializadora supone que un conjunto de personas aceptan, defienden y transmiten una serie de valores y normas interrelacionados a fin de satisfacer diversos objetivos y propósitos. La meta de la familia es socializar al individuo.³⁷

Todo lo anterior descrito se explica a través del funcionamiento familiar, para el cual diversos autores han descrito distintas teorías, las cuales explican el funcionamiento familiar, entre ellas destacan:

Teoría de sistemas

Esta teoría se refiere a que la familia es un sistema de miembros que interactúan entre sí. Cada integrante establece relaciones tanto con los miembros del sistema, como consigo mismo, lo que les da la característica de individualidad a éstos. En la dinámica familiar influyen factores étnicos, culturales y socioeconómicos. Las relaciones intrafamiliares pueden describirse como subsistemas, los cuales a su vez forman parte de un suprasistema o sistema mayor con el que interactúa el sistema familiar, esto vendría siendo la sociedad en la cual está inserta la familia. Es por esto, que es importante conocer este concepto, ya que en las familias con AM encamados existen dinámicas y relaciones entre sus integrantes que influyen positiva o negativamente frente a una determinada situación, provocando que la familia intente adaptarse. En el caso de estas familias la dinámica y relaciones pueden verse interrumpidas, dañadas o sufrir múltiples cambios, por lo cual la familia modifica la forma de interactuar para obtener nuevamente el equilibrio.

Dentro de la familia se encuentran los siguientes subsistemas:

- **Conyugal:** Formado por esposo y esposa, sus integrantes tienen sus propios códigos de comunicación, en donde la ausencia de palabras les permite el entendimiento mutuo de forma eficaz al interior de la familia.
- **Parental:** Formado por los padres, pero visto desde el punto de vista de los hijos, este subsistema hace referencia a la relación entre quienes tienen a su cargo la crianza y la socialización de los hijos.
- **Fraternal:** Conformado por los hermanos, subsistema que permite tener una relación de apoyo mutuo, pudiendo resolver conflictos que se puedan presentar.
- **Filial:** Conformado por los hijos, pero visto desde el punto de vista de los padres.

³⁷FUNDACION CHILE UNIDO. Crisis de la familia o de sus funciones familiares. 2001. [en línea] <www.chileunido.cl/corrientes/docs_corrientes/cdeo21funcionesfamiliares.pdf> [consulta: 28 noviembre 2007]

- **Afectivo – empático:** Interacción que conduce al cuidado físico y emocional de cada uno de los miembros de la familia.³⁸

Teoría del rol

Rol se define como aquellas prescripciones y expectativas de los demás y uno mismo respecto a qué conductas se requieren en una posición particular, éste es influenciado social y culturalmente, incluye tres componentes:

- **Valores:** Valor que el individuo da al rol.
- **Actitudes:** Actitudes que el individuo tiene hacia el rol y la conducta que lo constituye.
- **Conducta:** Acciones que significan el rol.

Dentro de la familia cada integrante puede tener varios roles, para que no exista conflicto entre ellos, estos deben ser compatibles a través de la yuxtaposición de los valores, actitudes y conductas de cada rol.

El conflicto de rol se presenta cuando un individuo se encuentra en una situación en la que las expectativas de rol o las conductas están en contradicción con dos o más roles o con el mismo rol.

Los sistemas familiares que reflejan claramente roles definidos muestran menor dificultad para que los miembros individualmente alcancen las expectativas o cumplan con las obligaciones del rol.

El rol es un vínculo que el individuo tiene para comunicar y enfrentar el mundo, el cual permite dar explicación, comprensión e interpretación a la interacción social. Por lo tanto, cada miembro conformador de un grupo manifiesta comportamientos que lo ayudan a interrelacionarse con otros, lo cual hace que sea actor pasivo o activo dependiendo de su posición, cumpliendo de esta forma con diferentes funciones, deberes y derechos que han sido inculcados en el núcleo familiar y social durante el desarrollo biopsicosocial de todo individuo.³⁹

Teoría de la Crisis

³⁸FLORENZANO, R. Familia y salud de los jóvenes. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1995

³⁹ROSSI, D. Katlyn García. Características de los roles asumidos en la dinámica familiar por adolescentes explotadas Sexualmente. [en línea] <http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/81.pdf> [consulta: 05 noviembre 2007]

Plantea que la crisis es la tensión que produce una situación alterando el funcionamiento del individuo y de la familia, rompiendo la homeostasis existente.⁴⁰

La crisis familiar ocurre como resultado de una situación novedosa o de un acontecimiento en el que no es suficiente la solución típica de problemas, la nueva situación no está dentro del terreno de las capacidades de solución de problemas normales de la familia. La situación estresante puede conducir al desequilibrio dentro de la unidad familiar.⁴¹

Las crisis que se resuelven favorablemente proporcionan a la persona y familia dos posibilidades: retroceder a la situación de homeostasis o equilibrio anterior a la crisis, o bien mejorar las competencias y habilidades para la resolución de problemas y potenciar crecimiento personal, en una nueva situación de homeostasis familiar.⁴²

Por el contrario, quienes son incapaces de resolver las situaciones de crisis, viven en una situación de desequilibrio y trastorno tan importante, que requieren ayuda especializada y terapia individual y familiar.

Una crisis tiene una duración limitada y sigue su curso normal, el tiempo que se espera en este proceso va desde algunos días hasta semanas. Es importante mencionar que en personas solas o con apoyos externos limitados, se encuentran en una situación más vulnerable y tienen menos probabilidades de resolverla con éxito.⁴³

Las personas pueden vivenciar las crisis como una amenaza (se vive con miedo), una pérdida (con sentimientos depresivos) o un desafío (moviliza energías y acciones dirigidas a la resolución del problema).

La evolución y resolución de la crisis, va a depender de los recursos internos que se tengan, así como de valores, normas y grados de adaptación personal y social.⁴⁴

⁴⁰NOVEL, Martí G. y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 106 - 111.

⁴¹TREVINO, Z. O Sanhueza. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y Enfermería. Revista Aquichan. Universidad de la Sabana. Colombia. 2001. [en línea <www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?articulo=2051865&orden=6985> [consulta: 24 noviembre 2007]

⁴²JACKSON, D. The Question of Family Homeostasis. USA., Editorial Mc Graw-Hill, 2004. pp. 69-74.

⁴³NOVEL, Martí G. y Canut, Lluch Enfermería Psicosocial y Salud Mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A. 2000. pp 106 - 111.

⁴⁴CHÁVEZ, J. Introducción a la medicina familiar. México, Editorial Universidad Autónoma San Luís de Potosí. 1992.

Tipos de Crisis

Las crisis suelen ser clasificadas en dos tipos: Crisis normativas o evolutivas y crisis paranormativas o situacionales.

- **Crisis normativas:** Constituyen las crisis anticipadas de la evolución humana, ejemplos de éstas son aquellas que se producen durante los periodos de transición y maduración de las personas, tales como el nacimiento, adolescencia, vejez. En ellos el estrés es un denominador común, que requiere habilidades de afrontamiento y adaptación. Dos crisis madurativas o de desarrollo específicas propias de la edad adulta son las crisis de la mitad de la vida y la crisis de la jubilación.
- **Crisis situacionales:** Están constituidas por las eventualidades estresantes y traumáticas de naturaleza externa, las cuales pueden a veces anticiparse, aunque lo corriente es que ocurran de forma relativamente rápida e impensada. Ejemplos de crisis situacionales son las pérdidas (de personas u objetos significativos, de función o parte corporal, etc.), las catástrofes naturales o desastres bélicos, enfermedades y hospitalizaciones, el ser víctima de abusos o de violencia tanto familiar como social y el encamamiento.

Hay tipos de crisis situacionales que pueden ser anticipadas, tales como el hecho de casarse, tener el primer hijo, muerte de los esposos, etc., que requieren que los roles de la persona sean lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las nuevas situaciones en las que se tiene que actuar.

La distinción entre crisis evolutivas y situacionales no siempre es tan clara como se ha expuesto. Algunas veces, ambos tipos de crisis pueden superponerse en un mismo evento, por ejemplo en el caso de los AM encamados se combina una situación de crisis evolutiva, por el estado de adultez mayor y crisis situacional que representa la situación de encamamiento.⁴⁵

Las características de la situación de crisis son:

- El período de una crisis es autolimitante.
- La tensión se eleva con un sentimiento general de desamparo.
- La crisis puede desembocar en la pérdida de funcionamiento familiar.⁴⁶

⁴⁵NOVEL, Martí y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 103 - 107.

⁴⁶NOVEL, Martí y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 108 – 109

Existen una serie de factores que influyen en la respuesta a la crisis, estos son:

- **Percepción del acontecimiento estresante:** El que puede ser percibido por la persona de varias formas, como pérdida, como amenaza a la satisfacción de una necesidad o como una exigencia.
- **Estado físico y emocional:** Influye el nivel de salud, de energía actual y componentes genéticos. Para afrontar las situaciones de crisis se necesita movilizar energía.
- **Mecanismos de defensa y nivel de madurez personal:** Si las capacidades adaptativas se encuentran limitadas o el estrés sobrepasa a la persona, ésta responderá a la crisis de forma inapropiada. Por el contrario, la persona o familia que posee elementos para afrontar las eventualidades no esperadas, pueden resolver mejor la crisis.
- **Experiencias previas con situaciones similares:** La familia y los miembros del grupo familiar necesitan aprender a hacer frente al estrés, a los cambios y a las pérdidas. Una crisis demasiado reciente puede reavivar sentimientos y pensamientos negativos, mientras que una crisis anterior eficazmente resuelta puede haber aumentado el autoestima y la autoconfianza, por lo tanto, las futuras crisis pueden ser manejadas con más seguridad de éxito. Lo contrario ocurrirá con una crisis anterior no resuelta de manera efectiva, ya que en este caso existirían efectos negativos acumulativos.
- **Realidad de la situación actual:** Es decir, de las pérdidas personales, materiales o económicas sufridas o los cambios en el estilo de vida necesarios para adaptarse a una pérdida.
- **Influencias culturales:** En relación a como la persona fue formada en la familia para resolver situaciones de crisis: el uso de la religión, de las ceremonias o rituales para manejar las separaciones y las pérdidas, y las expectativas de recibir apoyo durante la crisis.
- **Disponibilidad y respuesta:** Tanto de la familia como de los amigos íntimos, grupos u otros recursos comunitarios. El apoyo tanto emocional como material disminuye los efectos del estrés y ayuda al sistema familiar a mejorar su autoconcepto y a disminuir la vulnerabilidad de las personas en crisis.⁴⁷

La dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal, la cual se ve afectada en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del padecimiento de una enfermedad crónica, el encamamiento o el fallecimiento de uno de sus miembros, los cuales tienen una expresión particular en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación y de los recursos con que cuenta para

⁴⁷NOVEL, Martí y Canut, Lluch. Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 108 - 109

hacerle frente. En este caso la labor que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis situacionales o paranormativas.

Fases de la crisis

Caplan, establece cuatro fases para describir las respuestas de la persona a las eventualidades estresantes:

Fase 1: Comienza cuando aparece una situación imprevista y estresante se produce un incremento de tensión que hace que la persona ponga en marcha sus habilidades de resolución de problemas y de toma de decisiones habituales, para reducir el malestar y la incomodidad. El esfuerzo de la persona irá encaminado a resolver el problema y a restaurar la homeostasis anterior.

Fase 2: Cuando los métodos habituales de resolución de problemas fallan, el nivel de estrés se incrementa y la persona puede tener sentimientos de ineffectividad e incapacidad personal. Los niveles de funcionamiento pueden empezar a desorganizarse, y el método de resolución de problemas que se usa es el del ensayo y error.

Fase 3: Al no haberse encontrado la solución para la eventualidad estresante, la tensión sigue aumentando y el individuo empieza a movilizar recursos internos y externos, utilizando reservas de energía y mecanismos de emergencia. Como consecuencia puede ocurrir que consiga: redefinir el problema de acuerdo con las experiencias pasadas; definir ciertos aspectos irresolubles y/o poco importantes, resignarse a abandonar objetivos inalcanzables. Si estas medidas de emergencia sirven para resolver el problema, el equilibrio emocional se recupera y se reduce la tensión producida por la situación de estrés.

Fase 4: Cuando la situación de estrés no se ha resuelto de forma efectiva, el nivel de tensión aumenta todavía más y la incapacidad para afrontar la situación se manifiesta. La persona puede expresar sentimientos de impotencia, desesperanza y abandono, así como incapacidad cognitiva para definir los problemas, evaluar la realidad o formular un plan de actuación dirigida a resolverlos. En esta fase se produce lo que Caplan denomina la “ruptura”, un estado de extrema desorganización en el individuo o en el grupo familiar con grandes consecuencias.

Referente a estas crisis las personas ponen a prueba los distintos mecanismos adaptativos. El ser humano crece y se desarrolla a través de un proceso de adaptación continuo. La adaptación hace referencia a la “capacidad de la persona para enfrentarse a

los cambios internos y externos del medio, manteniendo el equilibrio y potenciando el crecimiento y desarrollo de las personas”.⁴⁸

Las respuestas adaptativas que cada persona desarrolla frente a una situación determinada pueden ser positivas o negativas, entendiéndose por respuestas adaptativas positivas aquellas que contribuyen y proporcionan equilibrio personal, y por respuestas adaptativas negativas aquellas formas de comportamiento disfuncionales.

Diversas autoras en el área de la Enfermería han descrito el concepto de adaptación, definiéndolo y señalando sus principales características. Myra Estrin Levine, la define como “un proceso de cambio mediante el cual un individuo se ajusta a la realidad de su entorno externo e interno para permanecer íntegro”. Señala además que “la adaptación es una cuestión de grado y no un proceso de todo o nada. Cuando los cambios pueden predecirse, pueden ser observados y medidos”.⁴⁹ Por otro lado Callista Roy señala que “las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.”⁵⁰

Helen C. Erickson indica, que “la adaptación se produce cuando el individuo o familia responden a los agentes estresantes internos y externos de forma dirigida hacia la salud y al crecimiento”.⁵¹

Para efectos de este estudio se utiliza la teoría de la adaptabilidad de Olson, extraída de su modelo circunplejo, quien trabaja con la escala de cohesión y adaptabilidad familiar, la cual tiene por objetivo el diagnóstico del funcionamiento familiar. Se identifican tres dimensiones, estas son: cohesión, comunicación y adaptabilidad. Define la adaptabilidad familiar como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.⁵²

⁴⁸CAPLAN G. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos aires. Argentina, Editorial Paidós. 1980.

⁴⁹TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5° edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003. pp 214-218.

⁵⁰TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5° edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003. pp271-274.

⁵¹TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5° edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003. pp 444-452.

⁵²OLSON, DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En su: Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires. Editores Amorrortu, 1991. pp. 99-129

La descripción, medición y diagnóstico de la adaptabilidad incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

Existen cuatro niveles de adaptabilidad que se describen, estos son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Los niveles de adaptabilidad flexible y estructurada son favorables para el funcionamiento de la familia, rígida y caótica son los más problemáticos.⁵³

Este modelo circunplejo asume que hay una relación entre el funcionamiento familiar y dos de las dimensiones de la conducta mencionadas anteriormente: cohesión y adaptabilidad. Para ello, dentro de este modelo se cuenta con un instrumento aplicable a las familias, denominado FACES III, el cual consta de veinte preguntas, de las cuales diez de ellas se orientan a la dimensión de cohesión y las diez restantes corresponden a la dimensión de adaptabilidad. A cada pregunta se le asigna un valor numérico, para posteriormente y de acuerdo al puntaje obtenido se clasifica y categoriza a las familias.

Olson sugiere que puntajes moderados de cohesión, representan un balance entre muy poca cercanía (desapego) y demasiada cercanía (aglutinamiento), al igual que puntajes moderados de adaptabilidad, representan un balance entre muy poco cambio (rigidez) y demasiado cambio (caos) en la familia. Muy por el contrario, es lo que sucede con puntajes demasiado altos en estas dos dimensiones descritas, ya que representan tipos familiares extremos.

Si se reflexiona acerca de las distintas definiciones de adaptación o adaptabilidad, se puede evidenciar la orientación a la cual se ven encaminadas las actividades de Enfermería, las cuales deben favorecer esta dimensión en las personas ante aquellas situaciones estresantes, conflictivas y dolorosas tales como la dismovilidad avanzada de un integrante AM dentro del grupo familiar, donde muchas veces las familias por si solas no cuentan con los recursos suficientes para enfrentar esta crisis.⁵⁴

⁵³OLSON, DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* 1979; 14: 1-35

⁵⁴NOVEL, Martí y Canut, Lluch *Enfermería psicosocial y salud mental*. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A. 2000. pp 3-8.

Sin lugar a dudas, el estado de dismovilización, a nivel familiar, genera una situación límite, se produce una crisis que causa una desorganización en la funcionalidad y en la estructura familiar, la cual requiere tiempo y apoyo para volver a organizarse. Además, la situación se puede hacer todavía más complicada dependiendo del rol que desempeña el enfermo (por ejemplo, sustentar económicamente a la familia). Si las relaciones o el funcionamiento previo familiar no era satisfactorio, o si hay otros factores agravantes como la ausencia de familiares que se pueda hacer cargo del paciente, factores económicos u otros factores estresantes, el grado de ansiedad que se produce es mucho mayor, dificultando la adaptación de todos los integrantes familiares.

Varias características del AM encamado como son la rapidez con que se inmoviliza, el tiempo y evolución de la dismovilidad, así como la etapa de la misma, indican el impacto que produce sobre las familias esta situación, además condicionan y modulan el grado de reajuste que ha de presentar la familia para afrontarlo.

Si la persona encamada llegó a este estado de una forma muy rápida, secuelado de un accidente cerebro vascular por ejemplo, obliga a la familia a realizar un cambio agudo en su estructura y a movilizar rápidamente recursos en poco tiempo, lo que produce un desgaste mayor. Si la dismovilidad es progresiva, la familia se va adaptando a lo largo del tiempo y la movilización de recursos aumenta aún más.

La situación de encamamiento de curso progresivo creciente, que requieren una adaptación continua, pueden ocasionar el desgaste de la familia y sobre todo del cuidador principal, dado que tiene que ir cubriendo nuevas funciones, que son aquellas que la persona no puede realizar.

La dismovilidad avanzada, cuando llega a la situación de encamamiento, repercute en la forma de ajuste familiar, ya que este puede aparecer al comienzo, en el transcurso o al final de una enfermedad, originando, las dos últimas circunstancias una complicación aún mayor si cabe que en indeterminados casos incide sobre la familia y cuidadores que ya acumulan cierta sobrecarga tanto física como psicológica.

El impacto que produce el encamamiento de una persona sobre su familia depende de gran manera del papel que éste venía desarrollando hasta entonces y de los recursos que disponga dicha familia.

Sin duda el encamamiento genera repercusiones en la dinámica familiar, generando problemas familiares diferentes, por lo tanto ésta debe cumplir con una serie de tareas, tales como aprender a vivir con la persona encamada, aceptar sus limitaciones y las complicaciones derivadas de su estado de dismovilidad, adiestrarse e informarse sobre lo que tiene que hacer, dando un significado a todo el proceso que les permita cierta sensación de control y competencia, por último la familia tiene que ser capaz de reorganizarse para dar una respuesta adecuada a la situación que están viviendo.

Frente a esta situación, en las familias existe una tradición de obligaciones, deudas y lealtades, que inmediatamente se ponen de manifiesto cuando hay que decidir quien se va a hacer cargo de la persona encamada. Esta decisión tan importante, que

suele ser una de las primeras planteadas en la familia, es un proceso de fuerte impacto emocional donde afloran conflictos no resueltos y viejas dinámicas de adaptación familiar.

En la mayoría de las ocasiones la situación mencionada anteriormente, se resuelve sin mayores problemas surgiendo de una forma natural, acogiendo a la persona encamada, el cual pasa a ser parte de una familia nuclear, transformando a ésta en extendida. En otras ocasiones aparecen los conflictos familiares desde el principio generando distanciamiento y separaciones entre los miembros de la familia que repercuten directamente sobre la atención que se brinda a la persona encamada. Si éstas se mantienen, es posible que aparezcan signos de disfuncionalidad en el cuidado de la persona encamada.⁵⁵

Los cuidados al AM encamado dependerá en parte del enfermo, su estado general y mental, de los recursos de la familia, quienes finalmente toman la decisión de cuidarlo en el hogar por sus medios, contratar a algún cuidador o internarlo en una entidad pública o privada para ser atendido por personal capacitado en el cuidado y manejo de este tipo de personas. Por otro lado los Servicios de Salud Públicos se encargan de velar por el correcto y óptimo cuidado de estas personas. En general lo que se intenta es mantener la capacidad funcional, evitar complicaciones y lograr mejor calidad de vida tanto para el AM y sus familias.

Tomando en cuenta los cambios epidemiológicos y demográficos que han sucedido a nivel nacional y mundial, es que la OMS ha planteado los siguientes objetivos sanitarios:

- Control de factores determinantes de las enfermedades más relevantes.
- Enfermedades con mayor carga de mortalidad con medidas de efectividad probadas.
- Problemas de salud no mortales, pero que generan una disminución de la calidad de vida.⁵⁶

Este desafío que se enfrenta a nivel mundial por su gran magnitud, ha hecho que los países creen programas específicos para abarcar estas necesidades emergentes, es así como en Chile el Ministerio de Salud, en 1996, a incorporado en su programación, para el cumplimiento de esta meta, la Política Nacional para el Adulto Mayor, la que tiene como principal objetivo "lograr un cambio cultural de toda la población sobre la

⁵⁵GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. *En su:* Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam, pp. 279-300.

⁵⁶BOLETÍN ESCUELA MEDICINA. Metas sanitarias 2000-2010. [en línea]<www.escuela.med.puc.cl/paginas/Postgrado/DiplomaAdminis/Materiales2003/ObjetivosSanitarios.ppt> [consulta: 04 abril 2007]

valoración y trato hacia los AM, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los AM".⁵⁷

Considerando que el objetivo de esta Política, es mejorar la calidad de vida de los AM, la OMS en 1994 define este concepto como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"⁵⁸.

El mejorar la calidad de vida de las personas es uno de los objetivos en salud en nuestro país, respecto a esto es que la Política Nacional del Adulto Mayor, apunta a mejorar la calidad de vida, se requiere que la sociedad perciba y valore el patrimonio moral y experiencial, así como la riqueza espiritual y cultural de la que son portadores los AM. Esto pretende lograr que la sociedad civil cambie su percepción y valorización del envejecimiento, el que actualmente se ve como una etapa de inactividad, enfermedades, declive y pasividad. Esta visión implica un desafío social y un cambio cultural, en donde la sociedad asuma que la mayoría de AM son sanos, que poseen valor, que pueden y necesitan estar activos, y que son capaces de mantenerse integrados en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en el sector laboral.

Esta política tiene los siguientes fundamentos:

- **Equidad:** Hacer justicia a personas que han sufrido marginación de distinta naturaleza, reconociendo sus derechos y dándoles lo que les corresponde como personas y por lo que han aportado a la sociedad.
- **Solidaridad intergeneracional:** Lograr una integración social entre las distintas generaciones, basada en el recíproco respecto y comprensión.
- **Pleno respeto a la dignidad de los AM y al ejercicio de sus derechos como personas y ciudadanos:** Esto es en los distintos ámbitos del desarrollo humano: educación, trabajo aún cuando estén jubilados, salud y recreación, entre otros.⁵⁹

Dentro de los principios más relevantes de la Política Nacional del Adulto Mayor destacan el principio de autovalencia, envejecimiento activo y ciudadanía plena, el cual es el punto central sobre el cual se sustentan las acciones a favor del AM el reconocimiento de su autovalencia, es decir, la capacidad de valerse por sí mismos, lo cual les permite ser autónomos y tener un envejecimiento activo. La prevención y educación para un envejecimiento sano, toma importancia puesto que la prevención debe ser un enfoque prioritario en lo social, lo psicológico, lo económico y, por supuesto, en

⁵⁷MINSAL. Política Nacional del Adulto Mayor. [en línea] <www.minsal.cl> [consulta: 01 septiembre 2007]

⁵⁸SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionado con la salud. Revista Ciencia y Enfermería. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=e> [consulta: 04 junio 2007]

⁵⁹GOBIERNO DE CHILE. Política nacional del adulto mayor.[en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 01 septiembre 2007]

materia de salud. Toda la población, a través de la familia y las redes sociales, debe recibir educación sobre el sistema previsional, sobre su propio proceso de envejecimiento y, además, conocimientos acerca de la forma de relacionarse con los AM. A su vez, los actuales AM deben recibir información y asistencia para su autocuidado. Otro principio de relevancia es la investigación e innovación integrada y constante, ya que llama a motivar investigaciones públicas y privadas, en procura de encontrar nuevas o mejores medidas para atender los requerimientos propios de los AM.

Es así como desde la Política Nacional del Adulto Mayor nace el Programa de Salud del Adulto Mayor, el cual comienza en el año 1998, y tiene por objetivos:

- Contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- Prevenir la mortalidad por causas evitables y contribuir de esta manera a prolongar la vida.
- Incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa-rehabilitación específicas en la perspectiva de un envejecimiento activo.⁶⁰

Para el efectivo logro de las metas propuestas, en el Sistema de Salud del país, se han implementado prestaciones especiales para cubrir las necesidades de los AM de la manera más integral, donde se ha acentuado el trabajo en la atención primaria en temas de prevención.

Debido a lo anterior descrito, es que en todos los niveles de atención se realizan acciones específicas.

En la atención primaria el Programa del Adulto Mayor considera:

- Control de salud
- Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM)
- Consulta de morbilidad, programa cardiovascular.
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).
- Vacunación antiinfluenza una vez al año a los mayores de 65 años.
- Promoción de actividades educativas grupales.

El profesional de Enfermería cumple un rol importante en la aplicación del EFAM, instrumento que mide la funcionalidad del AM en forma integral, y que permite predecir la pérdida de la funcionalidad y clasificarlo para posteriormente planificar los cuidados necesarios a fin de evitar la pérdida de autovalencia. Las clasificaciones son:

- Autovalente sin riesgo o independiente.
- Autovalente con riesgo de perder la funcionalidad: leve, moderado, severo.
- Dependiente.

⁶⁰GOBIERNO DE CHILE. Política nacional del adulto mayor.[en línea]
<http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 05 septiembre 2007]

El objetivo es mantener una vejez saludable con énfasis en las enfermedades potencialmente invalidantes, modificando conductas de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, identificando señales de alarma en forma temprana para educar a las personas.

En la quinta región la Atención Primaria presta servicios sanitarios a una población de 541.026 AM, de los cuales el 42,8% son autovalentes, 29,4% está en riesgo, 24,3% son dependientes y el 3,3% son AM encamados entendiéndose esta definición como a aquella persona con alto grado de discapacidad que le impide realizar acciones en AVD (según índice de Katz): Bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, continencia de esfínteres, alimentarse.⁶¹ De este porcentaje de postrados, el 88,4% son mayores de 70 años.⁶²

En la atención secundaria se realizan actividades de especialidades médicas, seguro catastrófico el que es gratuito para los AM.

En la atención terciaria se realiza:

- Programa de oportunidad de la atención para cirugías electivas.
- Atención ambulatoria de especialidades.
- Atención hospitalaria, en donde encontramos dos niveles de atención hospitalaria.

Debido a los nuevos desafíos que ha traído el envejecimiento de la población, con respecto al aumento de los años vividos y las consecuencias negativas para la funcionalidad de las personas, es que en Chile en el año 2006 se implementa a nivel ministerial el Programa de Postrado, el que tiene por objetivo mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas encamadas o con pérdida de la autonomía, junto con brindar apoyo a su cuidador y/o familia. La meta ministerial es lograr implementar este programa en todos los centros de salud y consultorios del país, es por esta razón que en la atención primaria de salud, el programa de atención de postrados se lleva a cabo por medio de un equipo de profesionales, constituido por kinesiólogo, médico, asistente social y enfermera, destacando también dentro de equipo al técnico de Enfermería; gracias a éstos, se puede otorgar una atención integral tanto a la persona encamada como a su cuidador y familia.

⁶¹GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. decreto N° 134, D.O. del 15/03/2003. Título III, De la dirección técnica y del personal, artículo N° 11. (Publicado en Diario Oficial del 15 de marzo de 2006). <http://www.portaladultomayor.com/cgi-bin/pam/display.pl?bri=pam&plantilla=newnivel_2.htm&cat=2097&sis=10> [consulta: 13 julio 2007].

⁶²DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD MINSAL. Estadísticas en salud. [en línea] <<http://deis.minsal.cl/index.asp>> [consulta: 24 abril 2007]

Es el profesional de Enfermería quien, debido a sus conocimientos, competencias y habilidades, es el líder y gestor del cuidado, tal como indica el código sanitario, del cual emanan los derechos y obligaciones de los profesionales de la salud; en su artículo 113, especifica el rol que debe cumplir el profesional de Enfermería, respaldando su quehacer. Por lo anteriormente mencionado, es que este profesional es el más capacitado dentro del equipo de salud, para encargarse de la implementación y desarrollo de este programa.

La Enfermera dentro del Programa de atención a postrado realiza las siguientes actividades:

- Ingresa a la persona encamada al programa y realiza plan de seguimiento.
- Realiza la primera visita domiciliaria a la persona encamada y familia para: Diagnosticar funcionalidad con Índice de Katz, aplicar ficha de ingreso y abrir tarjetón de seguimiento, elaborar plan de cuidados para la cuidadora.
- Supervisa las visitas domiciliarias realizadas por el técnico de Enfermería.
- Realizar al menos cuatro visitas domiciliarias anuales, para evaluar ajustes del plan de cuidados de la cuidadora, realizar procedimientos de Enfermería y capacitación en el uso de ayudas técnicas: silla de ruedas, colchón y cojín antiescaras.
- Capacitación a la familia y/o cuidador.

Este programa se encarga de la atención a personas con pérdida de autonomía y en situación de dependencia severa o personas postradas y se inserta dentro de la atención primaria de salud. Son beneficiarias las personas pertenecientes al sistema público de salud y debe ser postrado permanente, es decir, persona que requiera de apoyo, guía y supervisión en todas o independiente en una de las AVD (según índice de Katz G y F): bañarse, vestirse, usar el inodoro, continencia de esfínteres, trasladarse, alimentarse y que no se encuentren institucionalizados, además la persona debe contar con un familiar o cuidador responsable, que viva con ella en el domicilio y que se compromete a participar en una capacitación o reforzamiento si lo requiere.

El programa de atención de postrado incluye capacitación a la familia, visitas domiciliarias para valorar la calidad del cuidado al interior del domicilio, además de un estipendio mensual de veinte mil pesos a los cuidadores.⁶³

Este programa se lleva a cabo en la atención primaria de salud y se presenta como una solución para brindar a las personas con niveles altos de dependencia o dependencia severa, una atención oportuna, realista y de calidad, ya que es a través de las visitas domiciliarias que se realizan, donde se puede observar la verdadera realidad en la que viven las familias y como influye ésta en la vida de las personas, es además en los hogares, en donde se llevan a cabo las relaciones, surgen y se solucionan problemas,

⁶³MINISTERIO DE SALUD CHILE. Programa “Apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de autonomía”. [en línea] [consulta: 14 julio 2007]

los cuales deben ser detectados por el profesional de Enfermería para poder intervenir junto al equipo de salud y de esta forma otorgar un mejor cuidado a la persona encamada y mantener un clima armónico en los integrantes, para que puedan mejorar la calidad de vida de sus integrantes.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general.

Conocer la adaptabilidad familiar a raíz de la presencia de un Adulto Mayor encamado, perteneciente al Programa de Postrado de los Consultorios Mena y Quebrada Verde de la Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.

2.2.2 Objetivos específicos

- Describir el perfil de las familias con AM encamado, según estructura familiar, edad de los integrantes de la familia, persona encargada del cuidado del Adulto Mayor encamado.
- Describir el perfil del AM encamado en domicilio beneficiarios del Programa de Postrado del MINSAL pertenecientes a los Consultorios Mena y Quebrada Verde de la Corporación Municipal de Salud de Valparaíso, según edad, sexo y situación de pareja y etapificación y características en cuanto a forma de instalación y tiempo de evolución de la dismovilidad, según Dr. Dinamarca (ETADI).
- Describir las habilidades de la adaptabilidad de las familias con un AM encamado, según nivel de disciplina, cambio de rol, liderazgo y cambios.
- Describir el nivel de adaptabilidad de las familias con integrante AM encamado, según sea caótica, flexible, estructurada y rígida.

2.3 Definición y operacionalización de variables.

Variables

Variables	Definición	Dimensión	Subdimensión	Indicadores
Perfil Adulto Mayor encamado en domicilio	Características biopsicosociales de una persona de 60 años o más, que se encuentran en situación de dismovilidad severa (encamamiento), con un nivel de funcionalidad determinado según índice de Katz.	<p>1. Edad</p> <p>2. Sexo</p> <p>3. Situación de pareja</p> <p>4. Rol que cumplía el encamado en su familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de edad • Femenino • Masculino • Casado • Soltero • Separado • Divorciado • Viudo • Convive • Expresivo. • Instrumental. • Ninguno. 	<p>1.1.1 Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 - 64 • 65 - 70 • 71 - 74 • 75 - 78 • 80 y más • Si • No • Si • No • Si • No

		<p>5. Forma de instalación de la dismovilidad</p> <p>6. Tiempo de evolución de encamamiento.</p> <p>7. Nivel funcionalidad por AVD según índice de Katz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aguda • Larvada <ul style="list-style-type: none"> • Reciente • Antigua <ul style="list-style-type: none"> • F Independiente en 1 AVD • G Dependiente en todas las AVD 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • Más de 1 año <p>Si No</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
<p>Etapificación de la Dismovilidad</p>	<p>Clasificación de la dismovilidad según etapas.</p>	<p>Encamado</p> <p>3: Con capacidad de levantarse e incorporarse.</p> <p>4: Con capacidad de moverse en la cama.</p>	<p>3.1. Subetapa A: Puede salir de la cama solo o con ayuda</p> <p>3.2. Subetapa B: No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.</p> <p>4.1. Subetapa A: Puede moverse EESS e II y/o puede realizar giros sin ayuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

		5. Sin capacidad de movimiento en cama	<p>4.2. Subetapa B: Puede movilizar EESS o II y/o necesita ayuda para realizar giros.</p> <p>5.1. Subetapa A: Puede expresarse y darse a entender.</p> <p>5.2. Subetapa B: No puede expresarse, no puede darse a entender</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No
Perfil de la familia	Características de las familias.	<p>1. Estructura familiar.</p> <p>2. Edades de los integrantes de la familia.</p> <p>3. Persona encargada del cuidado del Adulto Mayor encamado</p>	<p>Tipo de familia</p> <p>Rango de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madre/Padre • Hija/Hijo • Cónyuge • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Extendida • Nuclear • Compuesta • Otras • 0-19 años • 20 a 59 años. • 60 y más • SI • NO
Habilidades de adaptabilidad	Descripción de la capacidad de un sistema conyugal o	1. Liderazgo	<p>1.1. Ausencia de liderazgo</p> <p>1.2. Liderazgo compartido</p>	

Familiar	familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo; dado por el tipo de liderazgo, cambio de roles, disciplina y cambios.	<p>2. Cambios</p> <p>3. Disciplina</p> <p>4. Cambio de roles (instrumental y expresivo)</p>	<p>1.3 .Liderazgo a veces compartido</p> <p>1.4 .Liderazgo autoritario</p> <p>2.1. Aleatorios</p> <p>2.2. Siempre compartidos</p> <p>2.3. A veces compartido</p> <p>2.4. Fijos</p> <p>3.1. Irregular</p> <p>3.2. Democrática</p> <p>3.3. Cierta grado de democracia</p> <p>3.4. Estricta</p> <p>4.1. Frecuentes</p> <p>4.2. Si es necesario</p> <p>4.3. Sólo cuando se solicita que haya un cambio</p> <p>4.4. Ausencia de cambios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Nivel de adaptabilidad de la familia	Determinar el grado de desarrollo de las habilidades de adaptabilidad de la familia, según se clasifique como flexible, estructurada, rígida o caótica.	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada o alta. • Baja o moderada • Muy baja adaptabilidad. •Muy alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50-58 puntos. • 41-49 puntos. • 29-40 puntos. • 16-28 puntos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexible. • Estructurada. • Rígida. • Caótica

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación

3.1.1. Constitución y organización del grupo de tesis

El grupo de seminario de tesis lo conforman seis estudiantes, de cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El tema seleccionado para el desarrollo de la tesis, en un principio, correspondió a la Calidad de Vida del Adulto Mayor Postrado en domicilio, el cual fue cambiado en reiteradas ocasiones, ante la dificultad para acotar la delimitación del problema. Contamos con la asesoría de las docentes del Departamento de Enfermería del Adulto y del Adulto Mayor de la Escuela, Enfermera matrona señorita Mitzi Letelier Valdivia, Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerontología Social y especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica, y la señora Lorena Bettancourt Ortega, Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Universidad de Valparaíso y Magíster © en Enfermería, Universidad Andrés Bello.

El trabajo de tesis se inició en abril del año 2007. Durante las primeras sesiones, las docentes guías nos dieron a conocer la forma del desarrollo del seminario de tesis, se distribuyeron los cargos organizacionales de presidenta, secretaria y tesorera, los cuales tenían una duración de 2 meses para cada integrante del grupo, a excepción del cargo de tesorera, el cual era de forma permanente ocupado por la señorita Soledad González G. También, se comenzó con la búsqueda del material bibliográfico en libros, revistas e internet, para la delimitación del estudio.

El trabajo se desarrolla a través de sesiones regulares, los días viernes de 14:30 a 18:00 horas, sesiones que en algunas ocasiones contaban con la presencia de las docentes guías para asesorías. Además, el grupo se reunía en forma extraordinaria los miércoles o jueves de 14:30 a 18:00 hrs para poder ir cumpliendo los objetivos de la tesis.

3.1.2. Tipo de estudio

Estudio descriptivo.

3.2. Definición del universo

Para el estudio se determinó un universo compuesto por un número 84 familias con Adultos Mayores encamados/postrados, pertenecientes al Consultorio Mena (52 familias) y al Consultorio Quebrada Verde (32 familias), quedando una muestra compuesta de 33 familias con AM encamados, del las cuales 22 pertenecen a los dos sectores del consultorio Mena y 11 a los cuatro sectores del Consultorio Quebrada Verde de Valparaíso.

3.3. Diseño muestral

Para el estudio, la muestra fue seleccionada por conveniencia aleatoria proporcional. Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

- Adulto mayor de 60 años.
- Pertenecer al programa postrado del MINSAL.
- Presentar índice de Katz F o G.
- Estar en situación de encamamiento.

3.3.1. Unidad muestral

Para el estudio se determinó como unidad muestral al caso índice correspondiente a los pacientes encamados severos que cumplieran con los criterios de inclusión, pertenecientes a los consultorios Mena y Quebrada Verde, durante el periodo comprendido entre el 14 y el 25 de enero del 2008.

De ésta manera la muestra total (n) alcanzó la cifra de 33 familias.

3.4. Metodología de recolección de datos

Para la investigación se utilizó un instrumento (ver anexo 1) elaborado a partir del modelo circunplejo de Olson, adaptado por las tesis, el cual es una encuesta tipo entrevista.

El instrumento fue confeccionado a fines del mes de diciembre del 2007 y fue terminado la primera semana de enero del 2008, los criterios de confiabilidad se lograron a través de la revisión del profesor Alberto Caro, estadístico y docente de la Facultad de Ciencias y Don Víctor Maray, docente de la Escuela de Psicología, ambos pertenecientes a la Universidad de Valparaíso. Además, este instrumento fue probado por las alumnas tesis, mediante la aplicación a cuatro familias que cumplían con los criterios de inclusión, del consultorio Mena, los cuales quedaron fuera del estudio, debido a que el instrumento presentó errores de redacción, lo que impidió la comprensión de éste. Esta situación permite corregir los errores.

La recolección de datos fue realizada por las tesis, en el periodo comprendido entre el 14 y el 29 de enero del 2008, de 10 a 18 horas, teniendo una hora de colación.

Las tesis, para la aplicación de los instrumentos, debían portar su delantal blanco e identificación, previo a éste se realizó un consentimiento informado de tipo verbal al cuidador. En relación a los principios éticos, se aseguró la confidencialidad de los datos recopilados, manteniéndolo en un lugar seguro, en donde sólo las tesis tenían acceso.

Para la aplicación del instrumento se realizó una visita domiciliaria, en la cual se empleó un tiempo máximo de una hora para encontrar el domicilio y se estimó de un tiempo máximo de 30 minutos para la aplicación de la encuesta.

3.4.1. Descripción del Instrumento

La encuesta consta de 41 preguntas divididas en dos partes:

Primera parte

Antecedentes personales del AM encamado: Preguntas cerradas y dicotómicas enumeradas del 1 al 16.

Segunda parte: Antecedentes familiares: Consta de 2 ítems

Ítem I: Antecedentes generales de la familia: Preguntas enumeradas del 1 al 9, de las cuales 3 son abiertas y 6 cerradas. En la pregunta número 3 se debe sacar el promedio o la media de las edades, según corresponda. Por ejemplo, si las edades de los integrantes de la familia son de diversos grupos etáreos, se utiliza la media. Si las edades de los integrantes son similares se utiliza el promedio de éstas.

Ítem II: Preguntas enfocadas al nivel de adaptabilidad: Enumeradas del 10 al 25, las cuales son cerradas. En la pregunta número 10, se debe excluir al Adulto Mayor encamado y a menores de edad, que componen el grupo familiar. A las preguntas de este ítem, se le asigna un puntaje de 1 a 4 desde la pregunta 10 a la 22, y de la pregunta 23 a la 25 se les asigna un valor de 1 a 2. Con estos resultados se obtienen los valores mínimo y máximo, el mínimo tiene como valor 15 debido a que corresponde a 15 preguntas, todas deben ser respondidas y la respuesta con menor valor es de 1 punto. Por otra parte el máximo se obtiene al sumar las respuestas con mayor valor, lo que conlleva a que el resultado máximo sea 58 puntos.

Luego de la obtención de los valores mínimo y máximo se define el valor medio el que será el 60%, esto para pedir mayor exigencia y para que el instrumento entregue mayor confiabilidad. Del 60% hacia arriba se divide en adaptabilidad estructurada y flexible y, hacia abajo los niveles de adaptabilidad rígida y caótica.

Posteriormente se encasillan los resultados obtenidos en los distintos niveles y se obtiene el nivel de adaptabilidad familiar, los que pueden ser:

- Flexible 50-58 puntos.
- Estructurada 41-49 puntos.
- Rígida 29-40 puntos.
- Caótica 15-28 puntos.

En el caso de las habilidades de adaptación, se utiliza la misma metodología.

3.5. Organización del trabajo en terreno

Antes de aplicar los instrumentos, fue necesario realizar cartas para ser entregadas personalmente a las directoras de los Consultorios Quebrada Verde y Mena, en donde se solicitaba la autorización para la aplicación del instrumento a los familiares de los pacientes encamados pertenecientes al programa de postrado; revisión de fichas y/o cartolas de dichos consultorios. Además se mencionaba en términos generales, la finalidad del estudio. Éstas fueron aceptadas por las directoras de dichos establecimientos, Sra. Gloria Salazar y la Sra. Ana María Aguilera, quien además es la coordinadora de los campos clínicos.

Posterior a la autorización del trabajo en terreno, por parte de ambos consultorios, se inicia, en el mes de enero, la recolección de información general de los pacientes beneficiarios del programa postrado y se realiza la prueba del instrumento de recolección de datos a cuatro familias con AM encamado, en el consultorio Mena. Esta visita se realizó en compañía del técnico paramédico a cargo del programa postrado. La muestra fue seleccionada en forma aleatoria proporcional y la elección de las familias fue al azar.

Se realiza una visita domiciliaria a la familia del AM encamado, con el objetivo de aplicar el instrumento de tesis cuyo tema es “Adaptabilidad en familias con adulto mayor encamado, del programa postrado de dos consultorios de Valparaíso”, además se recogen diversos datos para completar la tarjeta de control y seguimiento de pacientes dismovilizados, con la cual trabaja el consultorio Quebrada Verde.

Los instrumentos fueron aplicados a contar del día 25 al 29 de enero del 2008 desde las 10:00 hasta las 19:00 hrs. por cuatro tesistas, formando duplas, donde cada pareja realiza una visita domiciliaria a las familias con AM encamados, presentándose con delantal blanco y piocha de identificación.

Los días 25 y 26 se trabajó en los sectores seleccionados pertenecientes al Consultorio Quebrada Verde y los días 28 y 29 en los sectores del Consultorio Mena.

Las tesistas, luego de cada jornada, se reúnen para unificar criterios respecto a la aplicación del instrumento y las dificultades presentadas.

3.6. Criterio de análisis de datos

Para la realización del análisis de datos, el grupo de tesis utilizó el programa estadístico SPSS con la supervisión y ayuda del Sr. Carlos Castillo, estudiante de Ingeniería Informática de la Universidad de Valparaíso. Los datos fueron tabulados por los integrantes de la tesis y posteriormente utilizados en el programa estadístico antes mencionado, según el plan de análisis diseñado previamente.

Una vez obtenida la información y porcentajes, se realiza la confección de los gráficos, comenzando posteriormente el análisis de los datos a partir de los resultados que arroja el estudio.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

4.1 Antecedentes de la muestra

La muestra se constituye por un número de 33 familias con AM en situación de encamamiento, pertenecientes al programa de postrado del Ministerio de Salud, de los Consultorios Quebrada Verde y Mena de la Corporación Municipal de Valparaíso. De estas personas, el 57,6% son mujeres, el 51,5% corresponden a familias extendidas. El nivel de adaptabilidad que se presenta mayoritariamente es del nivel flexible y estructurada, con un 36,4% y un 33,3% respectivamente. En relación al cuidador, este rol es asumido principalmente por los hijos, en un 54,5% de los casos. El rango de edad más recuente de los integrantes de las familias con AM encamados es de 50 a 59 años, lo que corresponde al 36,4%.

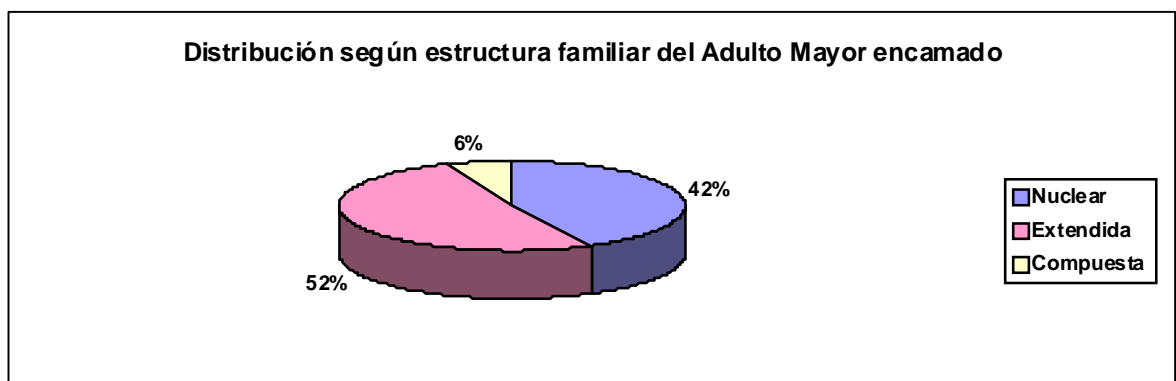
4.2 Resultados y análisis descriptivo

PERFIL DE LA FAMILIA

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR
ENCAMADO

	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	14	42,4%
Extendida	17	51,5%
Compuesta	2	6,1%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 1

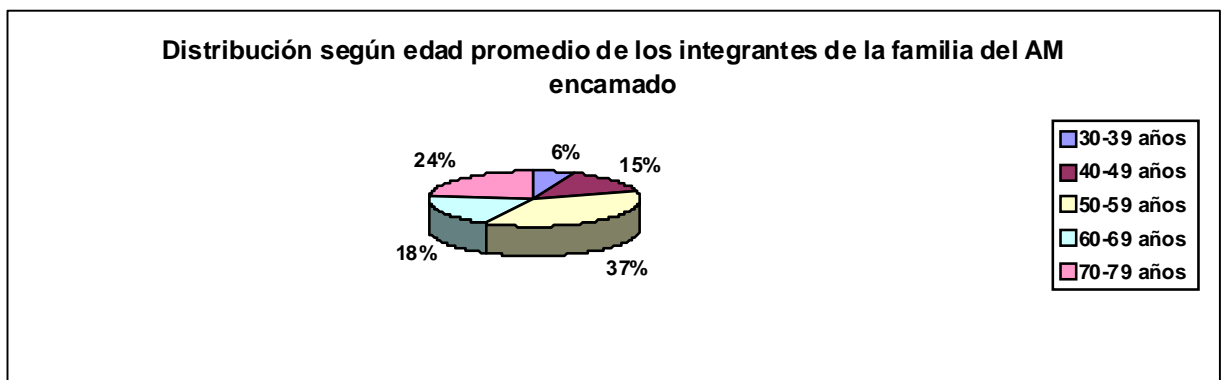


Los resultados del estudio indican que un 42,4% de familias de los AM encamados son de tipo nuclear, un 51,5% son de tipo extendida y sólo un 6,1% es de tipo compuesta. Los resultados que arrojó el estudio concuerdan con la afirmación del Dr. García, médico español, quien refiere que el tipo de familia en el que se encuentra inserto el AM encamado es de tipo extendida. Las estadísticas obtenidas difieren de la realidad nacional, ya que en Chile el tipo de familia que predomina es nuclear con un porcentaje de 57%, según el censo del año 2002 y sólo el 21,9% de las familias es de tipo extendida.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD PROMEDIO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR ENCAMADO

Edad promedio de la familia	Frecuencia	Porcentaje
30 a 39 años	2	6%
40 a 49 años	5	15,2%
50 a 59 años	12	36,4%
60 a 69 años	6	18,2%
70 a 79 años	8	24,2%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 2

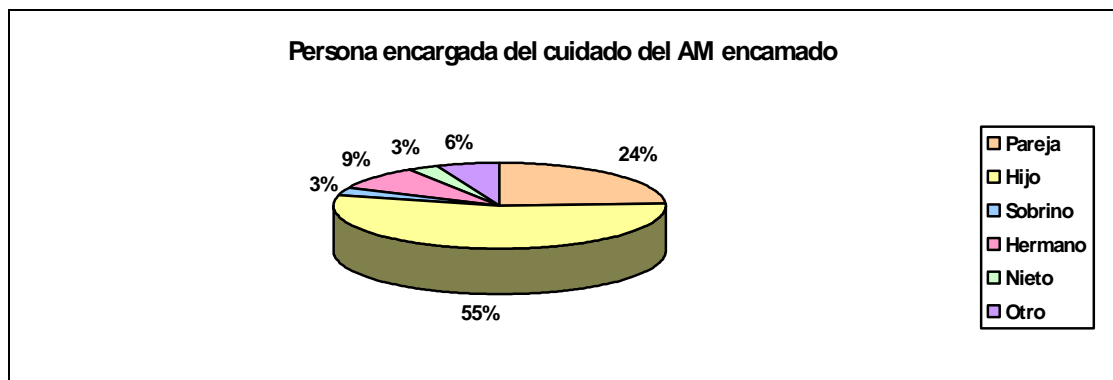


Los resultados del estudio arrojan un promedio de edad de las familias con integrante AM encamado que va desde los 50 años en adelante. Del total de la muestra un 42,4% corresponde a AM de 60 años y más.

TABLA N° 3
PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DEL AM ENCAMADO

Persona encargada del cuidado	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	8	24,2%
Hijo	18	54,5%
Sobrino	1	3,0%
Hermano	3	9,1%
Nieto	1	3,0%
Otro	2	6,1%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 3



Se observa que el cuidador principal generalmente son los hijos, en un 54,5% de los casos. En segundo lugar se encuentran las parejas del AM encamado, con un 24,2%. El estudio del Dr. Dinamarca refleja dicha realidad, pero difiere levemente, ya que en su investigación se da que un 48% de los cuidadores corresponden a los hijos y sólo un 8% son los cónyuges de los AM encamados.

TABLA N° 4
CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR ENCAMADO
SEGÚN RELACION DE PARENTESCO, SEXO Y EDAD.

Relación del cuidador con el AM encamado			Sexo del cuidador		Total
			Femenino	Masculino	
Pareja	Edad del cuidador	41 a 60 años	2	0	2
		Mayor de 60 años	6	0	6
	Total			8	0
Hijo	Edad del cuidador	41 a 60 años	10	1	11
		Mayor de 60 años	4	3	7
	Total			14	4
Sobrino	Edad del cuidador	41 a 60 años	1	0	1
	Total			1	0
Hermano	Edad del cuidador	41 a 60 años	1	0	1
		Mayor de 60 años	2	0	2
	Total			3	0
Nieto	Edad del cuidador	Menor de 18 años	1	0	1
	Total			1	0
Otro	Edad del cuidador	41 a 60 años	2	0	2
	Total			2	0

Según se aprecia en la tabla, el cuidado de los AM encamados se encuentra a cargo mayoritariamente por el sexo femenino, el cual corresponde al 87,8%, realidad que concuerda con el estudio del Dr. Dinamarca, el cual señala que el 94% de las personas encargadas del cuidado son mujeres.

En relación a la edad de los cuidadores, el 51,5% de ellos se encuentran en el rango de edad entre los 41 y 60 años, y el 45,4% es mayor de 60 años. En relación a este último punto el estudio del Dr. Dinamarca señala que 1/3 de los cuidadores de AM encamados corresponden a personas mayores de 60 años.

PERFIL DEL ADULTO MAYOR

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL ADULTO MAYOR ENCAMADO

Edad del AM	Frecuencia	Porcentaje
60 a 64 años	2	6,0%
65 a 70 años	2	6,1%
71 a 74 años	5	15,2%
75 a 79 años	11	33,3%
80 y más años	13	39,4%
Total	33	100%

Se puede observar que los AM encamados se concentran en edades de 71 años en adelante, presentándose una mayor cantidad en las edades superiores a 80 años, con un 39,4%. Cabe señalar que con la edad se produce un deterioro progresivo de las capacidades psicomotoras, el que se hace más evidente a partir de los 65 años y que es aún más notorio después de los 75 años.

Resultados que concuerdan con estadísticas del estudio del Dr. Dinamarca en el cual se señala que a mayor edad aumentan los casos de dismovilidad.

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL ADULTO MAYOR ENCAMADO

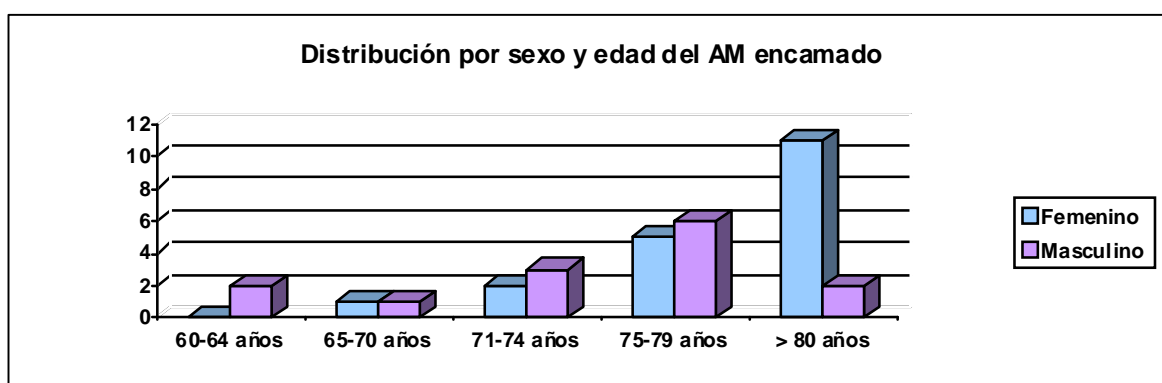
Sexo del AM	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	19	57,6%
Masculino	14	42,4%
Total	33	100%

Los resultados del estudio arrojan que los AM encamados son mayoritariamente mujeres, presentándose en un 57,6% de los casos. Lo que concuerda con la investigación del Dr. Dinamarca, el cual señala que la dismovilidad se hace presente mayoritariamente en mujeres. Según su estudio la proporción entre este grupo etario es de 3 mujeres por cada 1 hombre.

TABLA N° 7
DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DEL ADULTO MAYOR ENCAMADO

Edad del AM	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
60 a 64 años	0	2	2
65 a 70 años	1	1	2
71 a 74 años	2	3	5
75 a 79 años	5	6	11
80 y más años	11	2	13
Total	19	14	33

GRÁFICO N° 4



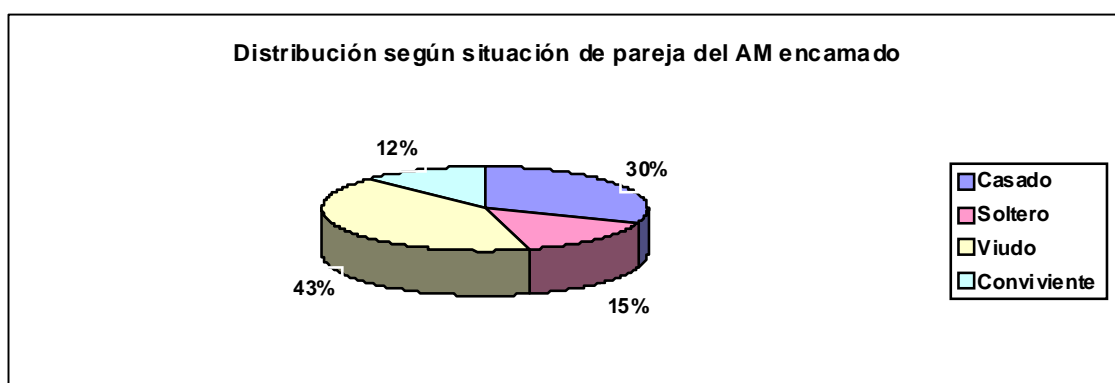
El estudio realizado arroja una mayor concentración de AM de sexo femenino, con un 57,6%. Además, se observa un número significativo de AM encamados con edades de 75 años en adelante, cifras que difieren en los distintos sexos, es así, como en el sexo masculino la edad de encamamiento se concentra entre los 71 y 79 años. En el caso de las mujeres esta situación se presenta a edades más avanzadas, desde los 75 años en adelante, concentrándose la mayor parte en el intervalo de 80 años y más. Es importante considerar estos datos, ya que según estadísticas del INE, la expectativa de vida en Chile, en el año 2010, será para las mujeres de 81,53 años y para los hombres 75,49 años.

Estos resultados concuerdan con las conclusiones que realiza el Dr. Dinamarca en su estudio, el cual postula que la dismovilidad es mayor en mujeres que en hombres y que a mayor edad aumentan los casos de dismovilidad.

TABLA N° 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA DEL ADULTO MAYOR
ENCAMADO

Situación de pareja AM	Frecuencia	Porcentaje
Casado	10	30,3%
Soltero	5	15,2%
Viudo	14	42,4%
Conviviente	4	12,1%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 5



Los resultados del estudio indican que los AM encamados son en su mayoría viudos (42,4%) y casados (30,3%).

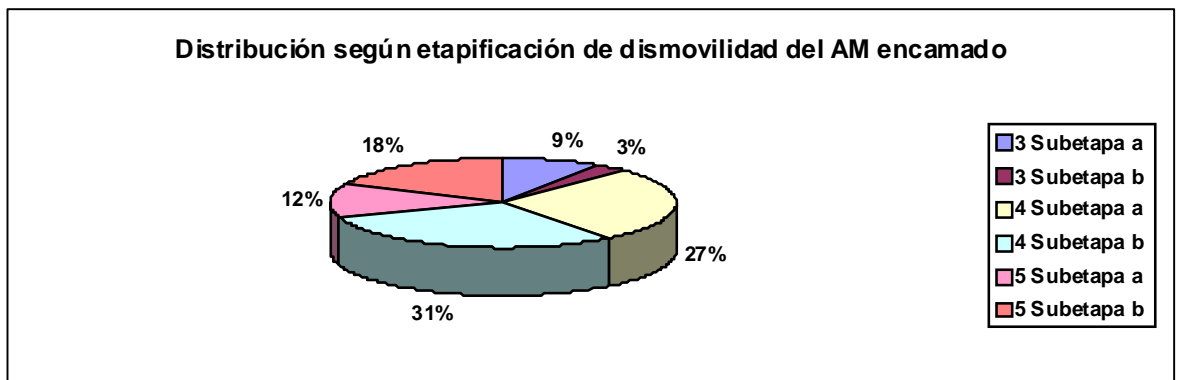
A nivel nacional las estadísticas indican que la situación de pareja en la población general es de 46,2% de personas casadas y 5,2% son viudos, no precisándose el estado civil por grupo etáreo.

De este estudio se puede deducir que el cuidado del AM encamado viudo se encuentra en su mayoría a cargo de los hijos, ya que los resultados obtenidos señalan que el 54,5% de los cuidadores corresponde a este grupo.

TABLA N° 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ETAPIFICACIÓN DE DISMOVILIDAD DEL
ADULTO MAYOR ENCAMADO

Grado de Dismovilidad	Frecuencia	Porcentaje
3 subetapa a	3	9,1%
3 subetapa b	1	3,0%
4 subetapa a	9	27,3%
4 subetapa b	10	30,3%
5 subetapa a	4	12,1%
5 subetapa b	6	18,2%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 6

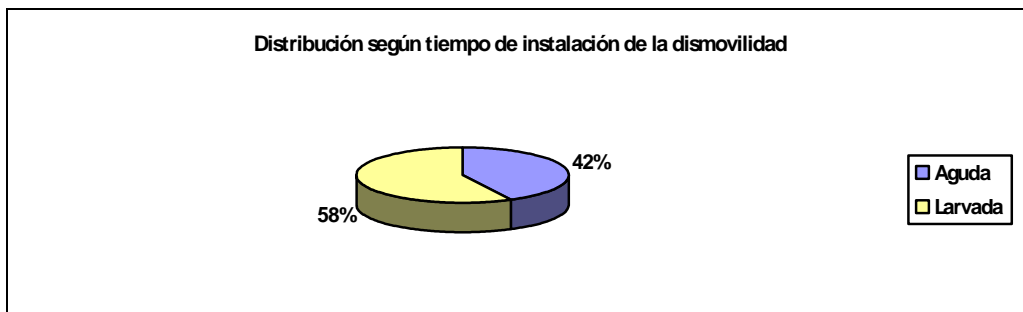


Según los resultados del estudio y en base a la clasificación de dismovilidad del Dr. Dinamarca, los datos obtenidos indican una cantidad mayor de AM con dismovilidad grado 4 en ambas subetapas (57, 6%), otro porcentaje significativo se concentra en el tipo de encamamiento grado 5 (30,3%).

TABLA N° 10
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE INSTALACIÓN DE LA DISMOVILIDAD

Tiempo de instalación	Frecuencia	Porcentaje
Aguda	14	42,4%
Larvada	19	57,6%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 7

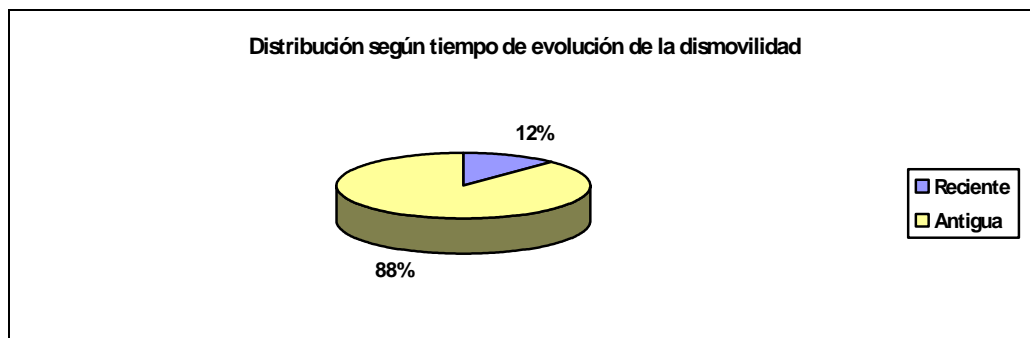


Respecto a la forma de instalación de la dismovilidad, los resultados del estudio arrojan que en 14 casos de la muestra se presenta una dismovilidad de instalación aguda, equivalente a un 42,5% de los AM y 19 casos con dismovilidad de instalación larvada, lo que corresponde a un 57,5% de los casos estudiados.

TABLA N° 11
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DISMOVILIDAD

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
Reciente	4	12,1%
Antigua	29	87,9%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 8

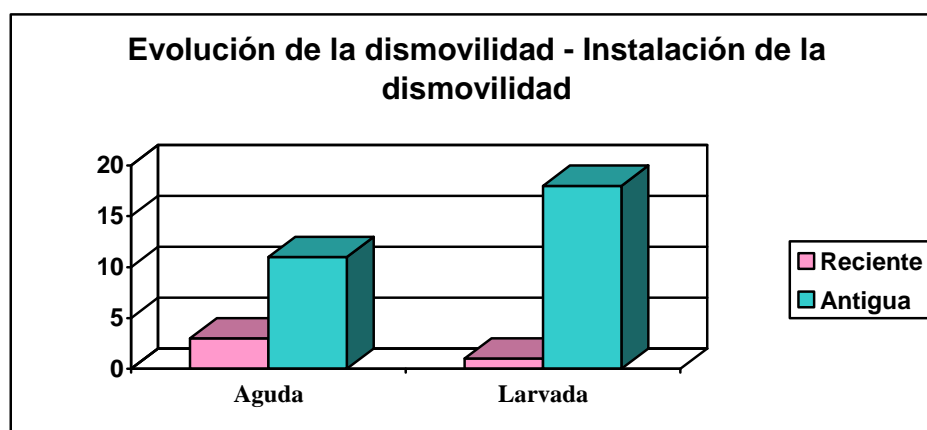


La mayor parte del estudio presentó una dismovilidad de evolución antigua, en un 87,8% de los AM estudiados. Por otro lado se puede observar que el 12,1% de los AM encamados presenta dismovilidad de evolución reciente.

TABLA 12
EVOLUCIÓN DE LA DISMOVILIDAD - INSTALACIÓN DE LA DISMOVILIDAD

Evolución de la dismovilidad	Instalación de la dismovilidad		Total
	Aguda	Larvada	
Reciente	3	1	4
Antigua	11	18	29
Total	14	19	33

GRÁFICO N° 9



De los 33 casos estudiados se observa en un 54,5% una dismovilidad de instalación larvada de evolución antigua, el 3% presenta dismovilidad de instalación larvada de evolución reciente. El 33,5% de los AM presentan una dismovilidad de instalación aguda de evolución antigua, finalmente se observa que un 9% de los AM encamados tienen una dismovilidad de instalación aguda de tipo reciente. Estos resultados indican que la forma de instalación y evolución dominante en la muestra es la dismovilidad de instalación larvada de evolución antigua.

TABLA N° 13
EDAD – CARACTERÍSTICAS DE LA DISMOVILIDAD (INSTALACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA DISMOVILIDAD)

Edad			Evolución de la Dismovilidad		Total
			Reciente	Antigua	
60 a 64 años	Instalación Dismovilidad	Aguda	0	1	1
		Larvada	0	1	1
	Total		0	2	2
65 a 70 años	Instalación Dismovilidad	Aguda	0	1	1
		Larvada	0	1	1
	Total		0	2	2
71 a 74 años	Instalación Dismovilidad	Aguda	1	1	2
		Larvada	0	3	3
	Total		1	4	5
75 a 79 años	Instalación Dismovilidad	Aguda	0	5	5
		Larvada	0	6	6
	Total		0	11	11
80 y más años	Instalación Dismovilidad	Aguda	2	3	5
		Larvada	1	7	8
	Total		3	10	13

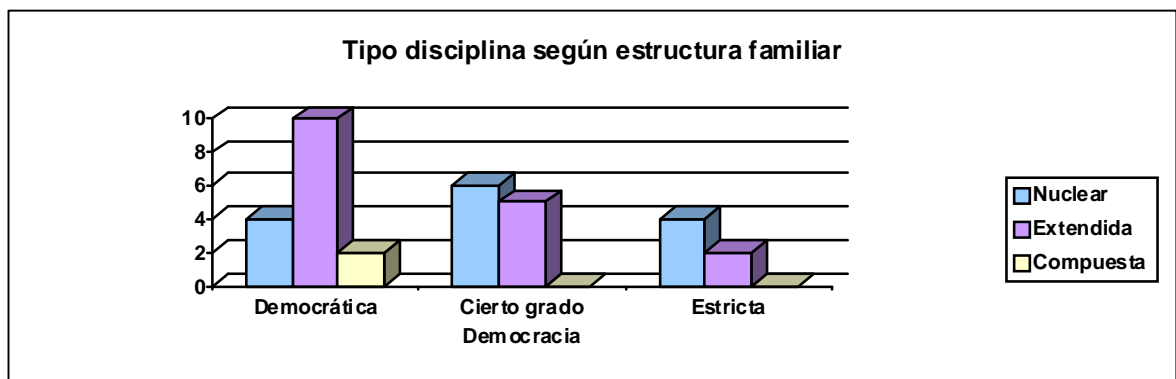
En la tabla se destaca que en el rango de edad entre 75 y 79 años, se observa dismovilidad de instalación aguda de evolución antigua en cinco de los casos de AM encamados, lo que equivale a un 15,1% de la muestra y en seis de los casos se presenta instalación larvada de evolución antigua, equivalente a un 18,1% de la muestra. En los AM encamados de 80 años y más, se observan siete casos de personas con dismovilidad de instalación larvada de evolución antigua, equivalente a un 21,2% de la muestra. Estos resultados coinciden con los postulados del Dr. Dinamarca, en el que indica que a mayor edad, existe un mayor grado de dismovilidad.

HABILIDADES DE ADAPTABILIDAD AL INTERIOR DE LA FAMILIA SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR

TABLA N° 14
TIPO DE DISCIPLINA SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR

		Disciplina			Total
		Democrática	Cierto Grado de Democracia	Estricta	
Estructura Familiar	Nuclear	4	6	4	14
	Extendida	10	5	2	17
	Compuesta	2	0	0	2
Total		16	11	6	33

GRÁFICO N° 10



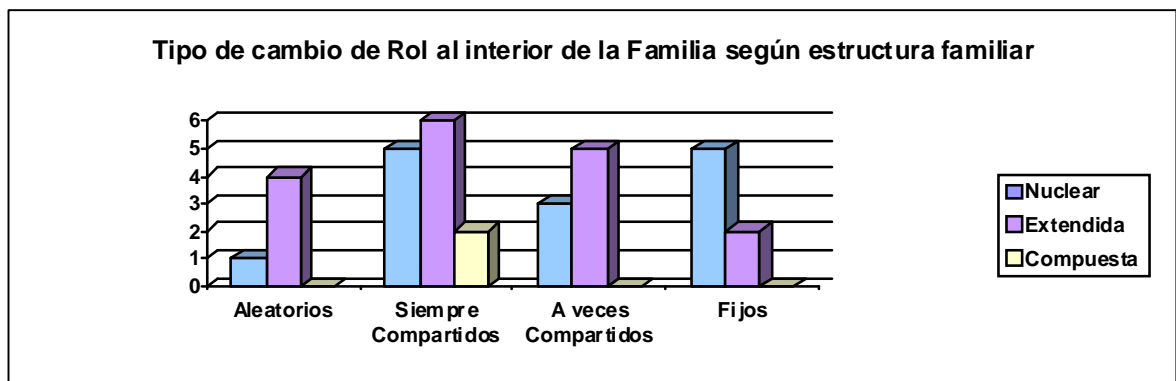
En relación a la disciplina según la estructura familiar, se aprecia que la disciplina de tipo “democrática” se manifiesta en las familias extendidas con un 30,3% de los casos. El tipo de disciplina “con cierto grado de democracia” se observa en las familias de estructura nuclear en un 18,1%. En relación al tipo de disciplina “estricta”, esta se da mayoritariamente en las familias nucleares, en el 12,1% de éstas.

Podemos decir que las familias extendidas tienden a presentar un tipo de disciplina más democrática que en las nucleares.

TABLA N° 15
TIPO DE CAMBIO DE ROL AL INTERIOR DE LA FAMILIA SEGÚN
ESTRUCTURA FAMILIAR

Estructura Familiar	Cambio de Rol				Total
	Aleatorios	Siempre Compartidos	A veces Compartido	Fijos	
Nuclear	1	5	3	5	14
Extendida	4	6	5	2	17
Compuesta	0	2	0	0	2
Total	5	13	8	7	33

GRÁFICO N° 11



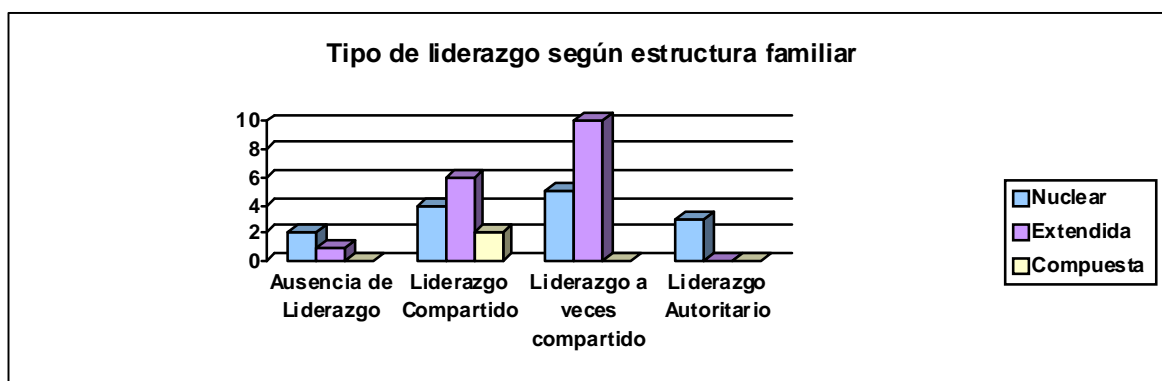
En relación al nivel de cambio rol según el tipo de familia, se observa que las familias nucleares de la muestra poseen preferentemente un cambio de rol “a veces compartidos” con un 15,1% y también roles “fijos” con el mismo porcentaje. Respecto a las familias extendidas presentan cambios de roles “siempre compartidos” con un 18,1% de los casos. Las familias compuestas presentan un cambio de rol “siempre compartido” con un 6,06%.

Según los resultados se puede señalar que en las familias extendidas y nucleares respecto al tipo de cambio se hacen presente “si es necesario”

TABLA N° 16
TIPO DE LIDERAZGO SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR

		Tipo de Liderazgo				Total
		Ausencia de liderazgo	Liderazgo compartido	Liderazgo a veces compartido	Liderazgo autoritario	
Estructura Familiar	Nuclear	2	4	5	3	14
	Extendida	1	6	10	0	17
	Compuesta	0	2	0	0	2
Total		3	12	15	3	33

GRÁFICO N° 12

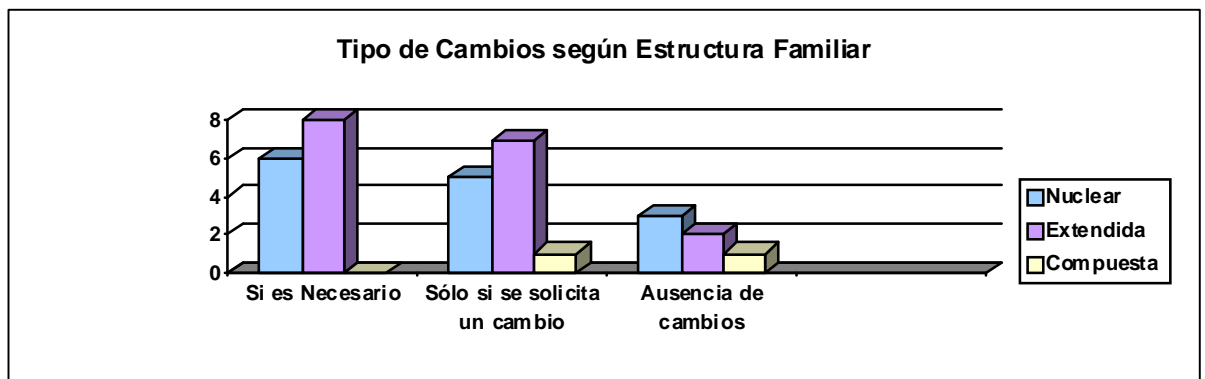


De los resultados obtenidos según el nivel de liderazgo y estructura familiar se destaca el tipo de liderazgo “a veces compartido” en las familias nucleares con un 15,1% de los casos. El liderazgo “siempre compartido” se hace presente en las familias extendidas con un 30,3% de los casos.

TABLA N° 17
TIPO DE CAMBIOS SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR

		Cambios			Total
		Si es necesario	Sólo cuando se solicita que haya un cambio	Ausencia de cambios	
Tipo de Familia	Nuclear	6	5	3	14
	Extendida	8	7	2	17
	Compuesta	0	1	1	2
Total		14	13	6	33

GRÁFICO N° 13



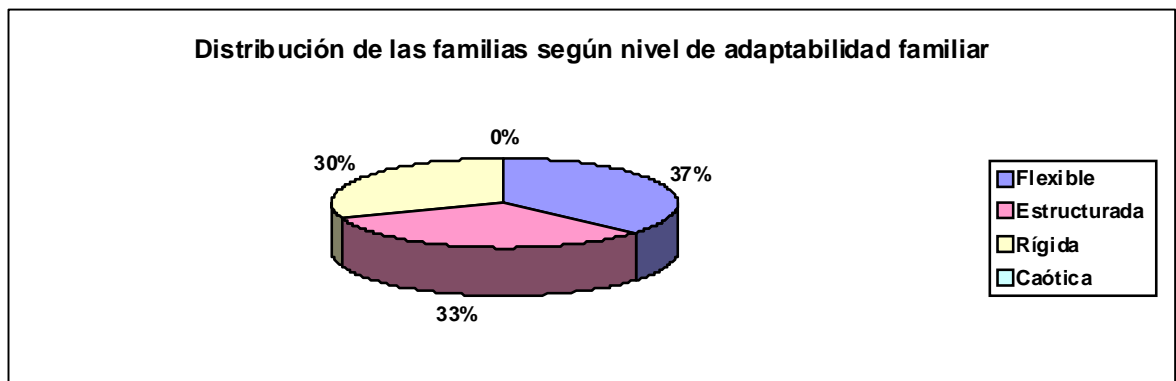
De los resultados obtenidos según tipo de cambios en relación con estructura familiar se destaca el tipo de cambio “si es necesario” en las familias nucleares con un 18,1% de los casos y un 15,1% de familias con tipo de cambio “sólo cuando se solicita que haya un cambio”. Lo que respecta a las familias extendidas se observa un 24,2% con tipo de cambio “si es necesario” y un 21,2% de las familias con nivel cambio “sólo cuando se solicita que haya un cambio”.

Según los resultados se puede señalar que en las familias extendidas y nucleares respecto al tipo de cambio la tendencia que se hace presente es “si es necesario”.

TABLA N° 18
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN NIVEL DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Nivel de adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Caótica	0	0
Flexible	12	36,4%
Estructurada	11	33,3%
Rígida	10	30,3%
Total	33	100%

GRÁFICO N° 14



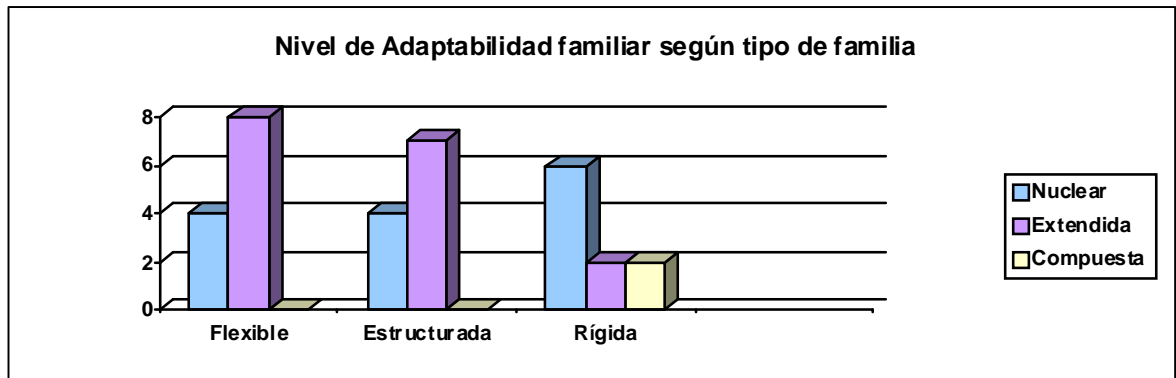
Los resultados del estudio señalan que de las 33 familias de la muestra, un 36,4% de ellas presentan un nivel de adaptabilidad flexible y un 33,3% presenta nivel de adaptabilidad estructurada, ambos niveles son favorables para el funcionamiento de la familia.

Los resultados pueden deberse a las características de la dismovilidad, ya que el estudio arrojó que un 87,8% presenta dismovilidad de evolución antigua y de instalación larvada con un 57,5% de la muestra, lo cual favorece la adaptabilidad familiar.

TABLA N° 19
NIVEL DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR SEGÚN TIPO DE FAMILIA

		Nivel de Adaptabilidad de la Familia			Total
		Flexible	Estructurada	Rígida	
Tipo de Familia	Nuclear	4	4	6	14
	Extendida	8	7	2	17
	Compuesta	0	0	2	2
Total		12	11	10	33

GRÁFICO N° 15



De los resultados del estudio se destaca que el 24,2% de las familias de la muestra son de tipo extendida y presentan un nivel de adaptabilidad flexible y un 21,2% de las familias son de tipo extendida con un nivel de adaptabilidad estructurada.

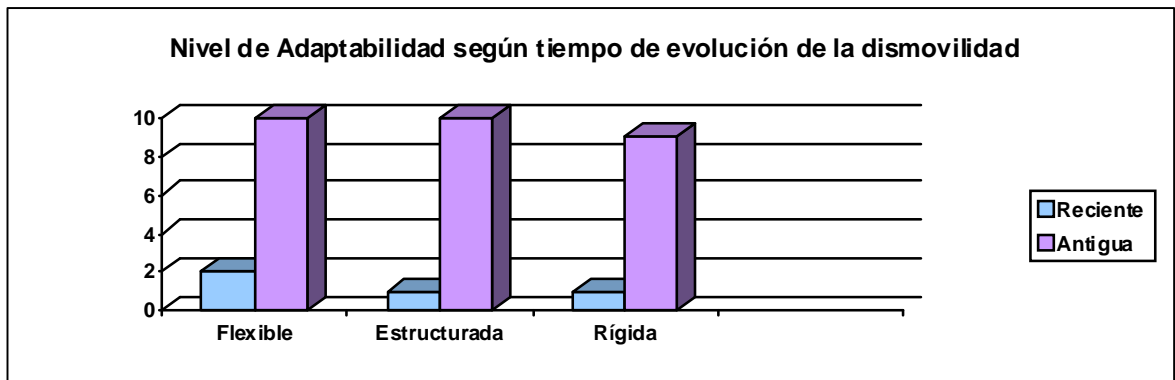
Se observa que un 18,1% de las familias de la muestra, son de tipo nuclear con nivel de adaptabilidad rígida, un 12,1% de las familias es de tipo nuclear con adaptabilidad flexible y el mismo porcentaje representa a familias de tipo nuclear con nivel de adaptabilidad estructurada.

Cabe destacar que la familia de tipo extendida es considerada un factor protector familiar, lo cual contribuiría a que este tipo de familia presente un nivel de adaptabilidad mayor que las nucleares.

TABLA N° 20
NIVEL DE ADAPTABILIDAD SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DISMOVILIDAD

		Nivel de Adaptabilidad de la Familia			Total
		Flexible	Estructurada	Rígida	
Evolución de la Dismovilidad	Reciente	2	1	1	4
	Antigua	10	10	9	29
Total		12	11	10	33

GRÁFICO N° 16



En relación al tiempo de evolución antigua de la dismovilidad, el 33,3% de las familias presenta un nivel de adaptabilidad flexible y el mismo porcentaje representa a las familias con nivel de adaptabilidad estructurada.

En las familias con un AM con evolución de la dismovilidad de forma reciente, el 6% de las familias presenta un nivel de adaptabilidad flexible, y el 3% posee un nivel de adaptabilidad estructurada.

Estos resultados pueden indicar que a mayor tiempo de evolución de la dismovilidad del AM la familia se adapta mejor, lo que se refleja en que el 66,6% de estas poseen un mayor nivel de adaptabilidad (flexible y estructurada).

CAPÍTULO 5

CONCLUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusión

Al finalizar este trabajo se puede señalar que los objetivos generales y específicos fueron logrados, arrojando la siguiente realidad.

En relación al perfil de la familia del AM encamado, el estudio reveló que el 42,4% de familias son de tipo nuclear, 51,5% de tipo extendida, y sólo un 6,1% de las familias es de tipo compuesta. Los resultados concuerdan con la bibliografía respecto al tipo de familia en el que se encuentra inserto el AM encamado, el cual es de tipo extendido.

Respecto al promedio de edad de las familias con integrante AM encamado, va desde los 50 años en adelante y señala que un 42,4% corresponde a AM de 60 años y más.

El cuidado del AM esta centrado mayoritariamente en el sexo femenino, el cual corresponde al 87,8%, realidad que concuerda con el estudio del Dr. Dinamarca, el cual señala que el 94% de las personas encargadas del cuidado son mujeres. En lo relativo al cuidador principal, el estudio arroja que este rol recae generalmente sobre los hijos, en un 54,5% de los casos, y en segundo lugar se encuentran las parejas del AM encamado, con un 24,2%. En relación a la edad de los cuidadores, el 51,5% de ellos se encuentran en el rango de edad entre los 41 y 60 años, y el 45,4% es mayor de 60 años.

Respecto al perfil del AM encamado, en relación a la edad, ésta se concentra desde los 71 años en adelante, presentándose preferentemente en edades superiores a los 80 años. Con respecto al sexo del AM encamado, se da mayoritariamente en mujeres, presentándose en un 57,6% de los casos. Estos resultados concuerdan con las estadísticas del estudio del Dr. Dinamarca, el cual señala que a mayor edad aumentan los casos de dismovilidad y que la dismovilidad se hace presente en el género femenino en una proporción de 3:1. En relación a la situación de pareja del AM encamado el 42,4% de ellos son viudos y el 30,3% son casados.

En relación a las características de la dismovilidad, según la etapificación del Dr. Dinamarca, los resultados del estudio arrojan una cantidad mayor de AM con dismovilidad grado 4 en ambas subetapas, lo que corresponde al 57,6% de la muestra, lo cual indica un alto grado de dependencia en las actividades de la vida diaria, ya que según la clasificación del Dr. Dinamarca, estas personas son capaces de movilizar extremidades y pueden realizar giros en la cama.

Respecto a la forma de instalación de dismovilidad que predomina es larvada, la que corresponde a un 57,5% de la muestra y según la evolución de ésta se presenta con mayor frecuencia la dismovilidad de evolución antigua en un 87,8% de los casos del estudio.

Respecto a las habilidades de adaptabilidad familiar con AM encamado, en lo relativo al tipo disciplina según el tipo de familia, se aprecia que las familias extendidas de la muestra poseen una disciplina del tipo democrática, en un 30,3% de los casos. En cuanto al nivel de cambios de rol según el tipo de familia, se observa que las familias nucleares de la muestra presentan un cambio de rol “a veces compartidos” con un 15,1% y también roles “fijos” con el mismo porcentaje mencionado.

Respecto a las familias extendidas, estas presentan cambios de roles “siempre compartidos” con un 18,1% de los casos. En relación al tipo de familia con el nivel de liderazgo, señala que en las familias nucleares se destaca el tipo de liderazgo “a veces compartido” con un 15,1% de los casos. En las familias extendidas se hace presente el liderazgo “siempre compartido” con 30,3% de los casos. En lo relativo al tipo de familia con nivel de cambios, el estudio indica que en las familias extendidas y nucleares el tipo de cambio se hace presente sólo “si es necesario”.

En relación al nivel de adaptabilidad de las familias con integrante AM encamado el estudio revela que el 36,4% de ellas presentan un nivel de adaptabilidad flexible y un 33,3% presenta nivel de adaptabilidad estructurada, es decir que el nivel de funcionamiento familiar favorece la adaptación de la familia en distintas situaciones de crisis.

Referente al nivel de adaptabilidad y el tipo de familia, en el estudio se destaca que el 24, 2% de las familias de la muestra son de tipo extendida y presentan un nivel de adaptabilidad flexible. Es importante destacar que la familia de tipo extendida es considerada un factor protector familiar, lo cual contribuiría a que este tipo de familia presente un nivel de adaptabilidad mayor que las nucleares.

Cabe destacar, que a pesar de que la mayor parte de las familias presentan un nivel favorable de adaptabilidad (flexible o estructurada), no existe un equilibrio entre las distintas habilidades, observándose en muchas de las familias algunas más desarrolladas que otras, lo que podría llegar a dificultar la dinámica familiar y el enfrentamiento de problemas.

Retomando lo anterior, el estudio revela que, en general, las familias presentan niveles de adaptabilidad favorables para enfrentar y adaptarse a las situaciones de crisis que se presenten, existe también un porcentaje de las familias en las cuales el nivel de adaptabilidad es rígido, el que presenta mínimas o nulas capacidades de enfrentamiento de situaciones problemáticas, es por ello, que cobra relevancia que el profesional de enfermería centre la atención a una acabada valoración de las habilidades de adaptabilidad de las familias, especialmente a las de tipo nuclear, ya que son éstas las más vulnerables por considerarse con menores herramientas y redes de apoyo para la adaptabilidad, ya sea tanto al momento inicial del contacto con ellas, como durante todo el proceso de enfermedad de la familia. El rol profesional de la enfermera se basa en el cuidado integral de las personas y familias, lo que recobra mayor importancia en el

contexto de la reforma de salud actual, en donde el nivel primario de atención es el protagonista.

La serie de cambios demográficos que vive el mundo y nuestro país, en donde el número de AM crece día a día, conlleva a tener un gran número de personas con dismovilidad en distintos grados, las que pueden finalmente llegar a la dependencia en las actividades de la vida diaria, estas necesidades las que en su mayoría serán satisfechas por las redes primarias de apoyo, que principalmente es la familia, quien deberá desarrollar las habilidades para poder enfrentar esta nueva situación de vida, tanto en el cuidado del AM, como en la dinámica familiar. Es responsabilidad del profesional de enfermería entregar las herramientas necesarias a las familias, que ayuden a otorgar cuidados de calidad y que contribuyan a la adaptación de éstas, por lo tanto la enfermera deberá conocer y potenciar las habilidades de adaptación de las familias y de esta manera favorecer el equilibrio de sus integrantes.

5.2 Recomendaciones

- Ampliar la aplicación del instrumento, diseñado por las tesis, que mide la adaptabilidad familiar, el cual sea aplicado por la enfermera al ingreso de la persona al programa y sea anexado a la ficha familiar.
- Que el profesional de enfermería se preocupe de realizar una valoración acuciosa de las habilidades de adaptación de la familia con integrante AM dismovilizado.
- Entregar herramientas a los estudiantes de enfermería en el pregrado, para poder intervenir en las familias y mejorar el nivel de adaptabilidad.
- Realizar estudios posteriores para profundizar en el tema de la adaptabilidad familiar.
- Incorporación del concepto de Dismovilidad, especialmente en los profesionales de la Atención Primaria de Salud, para poder identificar a tiempo la evolución de la dismovilidad en las personas de todas las edades, sobre todo en los AM, para contribuir a mejorar su independencia, funcionalidad y finalmente, su calidad de vida.
- Integrar en las cátedras de la carrera de Enfermería, a nivel de pregrado, el concepto de Dismovilidad.
- Que el equipo de salud realice estudios sobre Dismovilidad en la población adulta y AM.
- Actualizaciones constantes del nivel de dismovilidad de los AM pertenecientes al programa de postgrado del MINSAL.
- Tomar como prioridad la realización de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor EFAM, en la Atención Primaria de Salud, especialmente en las mujeres mayores de 75 años, debido a los resultados del estudio.
- Que el profesional de enfermería entregue una mayor cantidad de herramientas sobre el cuidado de las personas AM encamadas, a sus cuidadores y familias.

5.3 Resumen

Este estudio es de tipo descriptivo, cuyo objetivo general es conocer la adaptabilidad familiar a raíz de la presencia de un Adulto Mayor encamado, perteneciente al Programa Postrado de los Consultorios Mena y Quebrada Verde de la Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.

Para la investigación, la muestra fue seleccionada por conveniencia aleatoria proporcional. Los criterios de inclusión para el estudio fueron: Adulto mayor de 60 años, pertenecer al programa postrado del MINSAL, presentar índice de Katz F o G y estar en situación de encamamiento.

La muestra del estudio está compuesta por un número 33 Adultos Mayores encamados, de los cuales 22 pertenecen a los dos sectores del consultorio Mena y 11 a los cuatro sectores pertenecientes al Consultorio Quebrada Verde de Valparaíso.

Para la aplicación de los instrumentos se realizaron visitas domiciliarias a las familias con Adultos Mayores encamados. Para la realización del análisis de datos, el grupo de tesistas utilizó el programa estadístico SPSS. Una vez obtenida la información y porcentajes requeridos, se realiza la confección de los gráficos, comenzando posteriormente el análisis de los datos a partir de cada tabla y gráfico respectivamente. El análisis de los datos se orientó a dos áreas de importancia: Características del AM encamado en términos de dismovilidad y Características de la familia del AM encamado en términos de adaptabilidad familiar. Estas áreas se evaluaron por medio de un instrumento creado por las tesistas y con influencias del instrumento que mide Adaptabilidad Familiar de Olson y del libro “De Inmovilidad a Dismovilidad” en geriatría del Dr. José Luís Dinamarca; ya que ambos contribuyeron a la orientación teórica que guió el estudio.

Luego del análisis de los datos se puede concluir que la mayor parte de los AM encamados es de sexo femenino, concentrándose en las edades desde 75 años en adelante, observándose un porcentaje significativo en los rangos de 80 años y más en el caso de las mujeres de la muestra. Respecto a las características de las familias, se observa que en su mayoría son de tipo extendida, con un promedio de edad igual o mayor de 50 años, en cuanto al nivel de adaptabilidad de las familias se observan porcentajes similares en los niveles flexible, estructurada y rígida, siendo el primero el que concentra una mayor cantidad de familias, el nivel de adaptabilidad caótica no fue presentada por ninguna de las familias de la muestra. Se observa una diferencia entre los distintos niveles de disciplina, cambios, cambio de rol y liderazgo entre las familias, lo que en ocasiones no concuerda con los altos índices de familias con nivel de adaptabilidad flexible y estructurada, los que son los niveles de adaptabilidad familiar con mayor adaptación.

Es de importancia señalar que no existen estudios respecto a Adaptabilidad Familiar en familias con integrante AM encamado, por lo cual este estudio pretende

sentar el inicio de futuras investigaciones a este respecto, así como también relacionadas con el concepto de dismovilidad utilizado y planteado por el Dr. Dinamarca, el cual según creemos, sienta un nuevo enfoque de prevención en temas de funcionalidad, sobre todo en la población adulta y AM. Ambos temas son de relevancia para los profesionales de la salud involucrados en la atención de este tipo de personas y sus familias, sobre todo para el profesional de Enfermería, el cual cumple un rol fundamental dentro del Programa de Postrado en la atención primaria de salud, el cual se ocupa de la atención de las personas AM encamadas y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DINAMARCA, M, José Luís. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005.
2. ASHFORD, Lory. Datos a destacar de la población mundial en el año 2004 [en línea] <www.prb.org> [consulta: 07 mayo 2007].
3. INE. Estadísticas en salud. [en línea] <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007].
4. ANZOLA, Elías. Capítulo II visión integral de los ancianos. Capítulo III aspectos psicológicos del envejecimiento. En su: La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Publicación científica N° 546. Washington DC. USA. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1994. pp. 57-58; 67-72.
5. BOLETÍN ESCUELA MEDICINA. Metas sanitarias 2000-2010. [en línea] <www.escuela.med.puc.cl/paginas/Postgrado/DiplomaAdminis/Materiales2003/ObjetivosSanitarios> [consulta: 04 abril 2007].
6. GOBIERNO DE CHILE. Política Nacional del Adulto Mayor. [en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 05 septiembre 2007].
7. DINAMARCA, M, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 30-35.
8. CARRASCO, Ana María. Jefa técnica área Salud Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.
9. GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. En su: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam, 2000 pp. 280-289
10. GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. En su: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam, 2000 pp. 279-300.

11. CARRASCO, Ana María. Jefa técnica área Salud, Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.
12. OLSON, DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En su: Falicov CJ (compiladora), Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires. Editores Amorrortu, 1991. pp. 99-129
13. REGALADO, Pedro, Médico geriatra. Envejecimiento activo: Un marco Político.OMS. [en línea].<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>> [consulta: 01 mayo 2007].
14. INE. Estadísticas en salud. [en línea]. <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007].
15. ÁVILA, Carol. Situación epidemiológica del adulto mayor en Chile. [en línea]<www.maedwave.cl/enfermeria/enfergeriatrica/1/1.act> [consulta: 24 abril 2007].
16. INE. Estadísticas demográficas. [en línea]. http://www.sernam.cl/basemujer/analisis/estado_civil_segun_censos.pdf [consulta: 09 mayo 2007].
17. INE. Estadísticas en salud. [en línea]. <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007].
18. CARRASCO, Ana María, Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.
19. PORTAL ADULTO MAYOR. Pros y contras de las modalidades de jubilación. [en línea] <http://64.233.169.104/search?q=cache:Pw1gjcXRth0J:www.portaladultomayor.com/cgi-bin/pam/display.pl%3Fbri%3Dpam%26cat%3D1339%26plantilla%3Dnwnivel_2.htm%26sis%3D1+promedio+pensiones+adulto+mayor&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl> [consulta: 19 julio 2007].
20. BARO, Franz. Hacia el bienestar del adulto mayor, OPS. ISBN 9275314926. Publicación científica N° 492. Washington DC, Editorial OPS, 1985.pp87-92.
21. SMITH, Pamela, La discapacidad por caídas se puede evitar. Revista Salud & Health Info. San Diego, California. Año 6. Julio 2007. [en

línea]<<http://www.saludhealthinfo.com/es/seniors/Evitandolascaidas.html>>
[consulta: 08 julio 2007]

22. BURKE, M. y Walsh, M. Enfermería Gerontológico, Cuidados integrales al adulto mayor. 2ª Edición. Madrid, Editorial Hancourt Brace. 1998
23. LAMA, Jorge. Síndromes geriátricos. Revista diagnóstico vol. 42 año 2003. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/números/2003/marabr03/47-48.html>. 8 de Marzo del 2008 [online]
24. DINAMARCA, José Luis. De la Inmovilidad a la Dismovilidad en Geriatria. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005.
25. DINAMARCA, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 30-35.
26. Dinamarca, M, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 35-36.
27. DINAMARCA, José Luís. Etimología, definición y conceptos generales. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 37.
28. DINAMARCA, José Luís. Etapas de la dismovilidad en el adulto mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 40-47.
29. DINAMARCA, José Luís. Etapas de la dismovilidad en la persona mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 44.
30. DINAMARCA, José Luís. Evaluación de la dismovilidad en la persona mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág.50-55.
31. DINAMARCA, José Luís. Estadísticas y epidemiología en dismovilidad. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 72-92.

32. DINAMARCA, José Luís. Evaluación de la dismovilidad en la persona mayor. En su: De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005. Pág. 55-56.
33. FUNDACIÓN CARITAS PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR, FUNDAB México DF, 2005. Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores “Redes de apoyo social para el adulto mayor”.Pág. 2-8.
34. SENAMA. Fondo nacional del adulto mayor. [en línea] <www.senama.cl> [consulta: 05 septiembre 2007]
35. NOVEL, Martí G.y Lluch Canut M.T. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. 1º Edición. Barcelona, España, Editorial Masson S.A 2005. pp 69.
36. CASEN 2003. Biblioteca Red Lectora Online. [en línea] <<http://www.bibliotecas-cra.cl/RedLectora/familia/definicion1.html>> [consulta: 25 noviembre 007]
37. FUNDACION CHILE UNIDO. Crisis de la familia o de sus funciones familiares. 2001. [en línea] <www.chileunido.cl/corrientes/docs_corrientes/cdeo21funcionesfamiliares.pdf> [consulta: 28 noviembre 2007]
38. FLORENZANO, R. Familia y salud de los jóvenes. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1995
39. ROSSI, D. Katlyn García. Características de los roles asumidos en la dinámica familiar por adolescentes explotadas Sexualmente. [en línea] <http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/81.pdf> [consulta: 05 noviembre 2007]
40. NOVEL, Martí G. y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 106 - 111.
41. TREVIÑO, Z. O Sanhueza. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y Enfermería. Revista Aquichan. Universidad de la Sabana. Colombia. 2001. [en línea] <www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?articulo=2051865&orden=6985> [consulta: 24 noviembre 2007]

42. JACKSON, D. The Question of Family Homeostasis. USA., Editorial Mc Graw-Hill, 2004. pp. 69-74.
43. NOVEL, Martí G. y Canut, Lluch Enfermería Psicosocial y Salud Mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A. 2000. pp 106 - 111.
44. CHÁVEZ, J. Introducción a la medicina familiar. México, Editorial Universidad Autónoma San Luís de Potosí. 1992.
45. NOVEL, Martí y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 103 - 107.
46. NOVEL, Martí y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 108 – 109
47. NOVEL, Martí y Canut, Lluch. Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A.. 2000. pp 108 - 109
48. CAPLAN G. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos aires. Argentina, Editorial Paidós. 1980.
49. TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5º edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003. pp 214-218.
50. TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5º edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003. pp271-274.
51. TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5º edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003. pp 444-452.
52. OLSON, DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En su: Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires. Editores Amorrortu, 1991. pp. 99-129
53. OLSON, DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Family Process 1979; 14: 1-35
54. NOVEL, Martí y Canut, Lluch Enfermería psicosocial y salud mental. 1º Edición. Barcelona. España, Editorial Masson S.A. 2000. pp 3-8.

55. GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. En su: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam, pp. 279-300.
56. BOLETÍN ESCUELA MEDICINA. Metas sanitarias 2000-2010. [en línea]<www.escuela.med.puc.cl/paginas/Postgrado/DiplomaAdminis/Materiales/2003/ObjetivosSanitarios.ppt> [consulta: 04 abril 2007]
57. MINSAL. Política Nacional del Adulto Mayor. [en línea] <www.minsal.cl> [consulta: 01 septiembre 2007]
58. SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionado con la salud. Revista Ciencia y Enfermería. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=e> [consulta: 04 junio 2007]
59. GOBIERNO DE CHILE. Política nacional del adulto mayor.[en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 01 septiembre 2007]
60. GOBIERNO DE CHILE. Política nacional del adulto mayor.[en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 05 septiembre 2007]
61. GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. decreto N° 134, D.O. del 15/03/2003. Título III, De la dirección técnica y del personal, artículo N° 11. (Publicado en Diario Oficial del 15 de marzo de 2006). <http://www.portaladultomayor.com/cgibin/pam/display.pl?bri=pam&plantilla=newnivel_2.htm&cat=2097&sis=10> [consulta: 13 julio 2007).
62. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD MINSAL. Estadísticas en salud. [en línea] < <http://deis.minsal.cl/index.asp>> [consulta: 24 abril 2007]
63. MINISTERIO DE SALUD CHILE. Programa “Apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de autonomía”. [en línea] [consulta: 14 julio 2007]

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Libros

- ANZOLA PÉREZ, Elías. Capítulo II visión integral de los ancianos. Capítulo III aspectos psicológicos del envejecimiento. En su: La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Publicación científica N° 546. . Washington DC. USA. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1994. pp. 57-58; 67-72
- FUNDACIÓN CARITAS PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR, FUNDAB México DF, 2005. Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores “Redes de apoyo social para el adulto mayor”.Pág. 2-8.
- GARCÍA, M. Familia ante el paciente inmovilizado. En su: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. España, Editorial Fundesfam.
- NOVEL, Martí G. y Lluch Canut M.T. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. 1º Edición. Barcelona, España, Editorial Masson S.A 2005.
- FLORENZANO, R. Familia y Salud de los Jóvenes. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1995
- BARO, Franz. Hacia el Bienestar del adulto Mayor, Organización Panamericana de la Salud. ISBN 9275314926. Publicación científica N° 492. Washington DC, Editorial OPS, 1985. pp 87-92.
- BURKE, M. y Walsh, M. Enfermería Gerontológico, Cuidados integrales al adulto mayor. 2ª Edición. Madrid, Editorial Hancourt Brace. 1998
- DINAMARCA, José Luis. De la Inmovilidad a la Dismovilidad en Geriatria. Primera edición, Santiago, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría, año 2005
- CHÁVEZ, J. Introducción a la medicina Familiar. México, Editorial Universidad Autónoma San Luís de Potosí. 1992.
- CAPLAN G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos aires. Argentina, Editorial Paidos. 1980.
- TOMEY, Marriner A. y Alligood, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. E 5º edición. Madrid. España, Editorial Elsevier España S.A. 2003.

- OLSON, DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En su: Falicov CJ (compiladora), Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires. Editores Amorrortu, 1991.

Documentos institucionales on line

- INE. Estadísticas en salud. [en línea] <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm> [consulta: 09 mayo 2007]
- GOBIERNO DE CHILE. Política nacional del adulto mayor. [en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 05 septiembre 2007]
- SENAMA. Fondo nacional del adulto mayor. [en línea] <www.senama.cl> [consulta: 05 septiembre 2007]
- MINSAL. Política Nacional del Adulto Mayor. [en línea] <www.minsal.cl> [consulta: 01 septiembre 2007]
- GOBIERNO DE CHILE. Política nacional del adulto mayor.[en línea] <http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 01 septiembre 2007]
- DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD MINSAL. Estadísticas en salud. [en línea] < <http://deis.minsal.cl/index.asp>> [consulta: 24 abril 2007]
- MINISTERIO DE SALUD CHILE. Programa “Apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de autonomía”. [en línea] [consulta: 14 julio 2007]
- GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. decreto N° 134, D.O. del 15/03/2003. Título III, De la dirección técnica y del personal, artículo N° 11. (Publicado en Diario Oficial del 15 de marzo de 2006). <http://www.portaladultomayor.com/cgibin/pam/display.pl?bri=pam&plantilla=newnivel_2.htm&cat=2097&sis=10> [consulta: 13 julio 2007).

Documentos on line

- ASHFORD LORY. Datos a destacar de la población mundial en el año 2004 [en línea] <www.prb.org> [consulta: 07 mayo 2007]
- 5 BOLETÍN ESCUELA MEDICINA. Metas sanitarias 2000-2010. [en línea] <www.escuela.med.puc.cl/paginas/Postgrado/DiplomaAdminis/Materiales2003/ObjetivosSanitarios> [consulta: 04 abril 2007]
- DR. PEDRO J. REGALADO DOÑA, Médico geriatra. Envejecimiento activo: Un marco Político. Organización Mundial de la Salud. [en línea]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>> [consulta: 01 mayo 2007]
- ÁVILA CAVIARES CAROL. Situación epidemiológica del adulto mayor en Chile. [en línea] <www.maedwave.cl/enfermeria/enfgeriatrica/1/1.act> [consulta: 24 abril 2007]
- PORTAL ADULTO MAYOR. Pros y contras de las modalidades de jubilación. [en línea] <http://64.233.169.104/search?q=cache:Pw1gjcXRth0J:www.portaladultomayor.com/cgibin/pam/display.pl%3Fbri%3Dpam%26cat%3D1339%26plantilla%3Dnewnivel_2.htm%26sis%3D1+promedio+pensiones+adulto+mayor&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl> [consulta: 19 julio 2007].
- CASEN 2003. Biblioteca Red Lectora Online. [en línea] <<http://www.bibliotecas-cra.cl/RedLectora/familia/definicion1.html>> [consulta: 25 noviembre 007]
- FUNDACION CHILE UNIDO. Crisis de la Familia o de sus Funciones Familiares. 2001. [en línea] <www.chileunido.cl/corrientes/docs_corrientes/cdeo21funcionesfamiliares.pdf> [consulta: 28 noviembre 2007]
- ROSSI, D. Katlyn García. Características de los roles asumidos en la dinámica familiar por adolescentes explotadas Sexualmente. [en línea] <http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/81.pdf> [consulta: 05 noviembre 2007]

- SMITH PAMELA. La discapacidad por caídas se puede evitar. Revista online Salud & Health Info. San Diego, California. Año 6. Julio 2007. [en línea] <<http://www.saludhealthinfo.com/es/seniors/Evitandolascaidas.html>> [consulta: 08 julio 2007]
- BOEREE GEORGE. Teoría de la personalidad. [en línea]. <<http://webspaceship.edu/cgboer/eriksonesp.html>> [consulta: 07 junio 2007]
- TREVIÑO, Z. O Sanhueza. Teorías y Modelos relacionados con Calidad de Vida en Cáncer y Enfermería. Revista Aquichan. Universidad de la Sabana. Colombia. 2001. [en línea] <www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?articulo=2051865&orden=6985> [consulta: 24 noviembre 2007]
- BOLETÍN ESCUELA MEDICINA. Metas sanitarias 2000-2010. [en línea] <www.escuela.med.puc.cl/paginas/Postgrado/DiplomaAdminis/Materiales2003/ObjetivosSanitarios.ppt> [consulta: 04 abril 2007]
- SCHWARTZMANN LAURA. Calidad de vida relacionado con la salud. Revista Ciencia y Enfermería. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=e> [consulta: 04 junio 2007]

ANEXOS

ANEXO 1

Instructivo para la aplicación del instrumento

Objetivo: Describir la adaptabilidad familiar con adulto mayor encamado en domicilio, perteneciente al programa de postrados de los Consultorios Mena y Quebrada Verde, de la Corporación Municipal de Valparaíso.

La encuesta ha sido creada por tesistas IV año de Enfermería, la cual será aplicada por las mismas, en el domicilio de los adultos mayores encamados, al llegar a éste ellas deberán tener una presentación personal, que consiste en un delantal blanco y piocha de identificación institucional. Aquí las tesistas darán a conocer los objetivos de la investigación, solicitarán la cooperación del cuidador y asegurarán la confiabilidad de los datos.

Antes de la aplicación del instrumento, se deben considerar los siguientes criterios de inclusión para obtener la muestra:

- Adulto mayor de 60 años
- Pertenecer al programa postrado del MINSAL
- Presentar índice de Katz F o G
- Estar en situación de encamamiento

La encuesta será aplicada al cuidador principal del AM encamado, previo consentimiento informado verbalmente, las respuestas serán completadas por la encuestadora. Es un instrumento que consta de 43 preguntas con alternativas, se debe indicar con una línea oblicua (/), con lápiz pasta de color azul, la alternativa que refiera el entrevistado. En el caso de que éste no se encuentre en domicilio, se realizará una segunda visita domiciliaria.

Con la finalidad de resguardar la confiabilidad en la recolección de los datos, las preguntas no serán explicadas, sino se volverán a leer de forma pausada y con un tono acorde a la necesidad del entrevistado.

En el caso de que el adulto mayor encamado haya fallecido, la dirección no corresponda, no abran la puerta o el cuidador por segunda visita domiciliaria no se encuentre, se avisarán dichas situaciones al consultorio y se realizará un nuevo sorteo con los adultos mayores encamados, con el fin de completar la muestra para el estudio.

En caso de que el adulto mayor encamado viva solo o no cumpla con alguno de los criterios de inclusión será automáticamente eliminado de la muestra.

Si en la pregunta 4, la respuesta es ninguno, se debe saltar a la pregunta número 6.

En la pregunta número 10, se debe excluir al Adulto mayor encamado y a menores de edad, que componen el grupo familiar.

En la pregunta 15, si la respuesta es a, se debe saltar a la pregunta 16, si la respuesta es b, saltar a la pregunta 17, y si la respuesta es c, saltar a la pregunta 16.

Folio:

INSTRUMENTO

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL ADULTO MAYOR ENCAMADO

1. Edad:

- a. 60 – 64
- b. 65 – 70
- c. 71 – 74
- d. 75 – 79
- e. 80 y más

2. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

3. Situación de pareja:

- a. Casado
- b. Soltero
- c. Separado
- d. Divorciado
- e. Viudo
- f. Conviviente

4. Rol que cumplía el encamado dentro de la familia (Si la respuesta es ninguno, se debe saltar a la pregunta número 6.):

- a. Expresivo (dueña/o de casa, a cargo del cuidado de los integrantes de la familia)
- b. Instrumental (trabajador/a, proveedor, pensionado)
- c. Ninguno (no cumple roles anteriores)

5. Integrante de la familia que asumió el rol del AM encamado:

- a. Pareja
- b. Hijo/a
- c. Sobrino/a
- d. Hermano/a
- e. Nieto/a
- f. Tía/o
- g. Otro
- h. Ninguno

6. Nivel de funcionalidad según índice de Katz (ver índice de Katz adjunto):

- a. Independiente en una de las AVD (índice de Katz F)
- b. Dependiente en todas las AVD (índice de Katz G)

7. Forma de instalación de la dismovilidad:

- a. Aguda (de forma repentina, previo a esto la persona era independiente)
- b. Larvada (de forma paulatina, presentando dependencia progresiva)

8. Tiempo de evolución de la dismovilidad:

- a. Reciente (menos de un año)
- b. Antigua (más de un año)

9. Su familiar, antes de quedar postrado/encamado, Dejó de realizar AVD que acostumbraba a hacer, como:

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Bañarse | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b. Vestirse | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c. Uso WC | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d. Movilidad | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e. Alimentación | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| f. Continencia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

10. Su familiar, antes de quedar postrado/encamado, Dejó de realizar algunas actividades recreativas que acostumbraba a hacer, como: salir a caminar o salir con amigos:

- a. Si
- b. No

11. Antes de quedar postrado/encamado, usted observó en su familiar alguna disminución en:

- a. Peso/contextura
- b. Fuerza muscular
- c. Otros
- d. Ninguno

12. Si su familiar presentó algún cambio usted los asocia a:

- a. Al pasos de los años
- b. Sobreprotección al adulto mayor
- c. Pérdida de algo o alguien importante (duelo)
- d. Enfermedad

13. Actualmente, el adulto mayor es capaz de:

- a. Levantarse e incorporarse en la cama
- b. Movilizarse en la cama
- c. Es incapaz de moverse en la cama

En caso de responder alternativa a, ir a pregunta 16

En caso de responder alternativa b, ir a pregunta 17

En caso de responder alternativa c, ir a pregunta 18

14. Actualmente, el adulto mayor es capaz de:

- a. Salir de la cama solo o con ayuda
- b. No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.

15. Actualmente el adulto mayor es capaz de:

- a. Puede movilizar EESS e II y/o puede realizar giros sin ayuda
- b. Puede movilizar EESS o II y/o necesita ayuda para realizar giros.

16. Actualmente el adulto mayor es capaz de:

- a. Puede expresarse y darse a entender
- b. No puede expresarse, no puede darse a entender

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

I Ítem

1. Apellidos: _____

2. Número de integrantes de la familia: _____

3. Edades:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____
- f. _____

Promedio: _____

4. Tipo de familia:

- a. Nuclear
- b. Extendida
- c. Compuesta
- d. Otra

5. Edad del cuidador:

- a. Menor de 18 años
- b. 18 a 25 años
- c. 26 a 40 años
- d. 41 a 60 años
- e. Mayor de 60 años

6. Sexo del cuidador:

- a. Femenino
- b. Masculino

7. Situación de pareja:

- a. Casado
- b. Soltero
- c. Separado
- d. Divorciado
- e. Viudo
- f. Conviviente

8. Relación con el adulto mayor encamado:

- a. Pareja
- b. Hijo/a
- c. Sobrino/a
- d. Hermano/a
- e. Nieto/a
- f. Tía/o
- g. Otro.

9. ¿Quién lo ayuda en los cuidados?:

- a. Familiar
- b. No familiar
- c. Ambos
- d. Ninguno

II Item

10. ¿En su familia, quién toma las decisiones? Por ejemplo: El orden del hogar, quien va a trabajar, como se distribuye el dinero. (Para esta pregunta se debe excluir al adulto mayor encamado y a los menores de edad):

- a. Todos juntos (4)
- b. A veces uno y a veces otro (3)
- c. Sólo un integrante (2)
- d. Nadie (1)

11. Frente a un problema en su hogar, se pueden producir cambios en los roles (entendiendo como rol, el papel que cumple usted dentro de la familia, ejemplo: cuidar o trabajar) estos cambios los hacen:

- a. Compartiendo los roles siempre (4)
- b. Compartiendo los roles a veces (3)
- c. Nunca se cambian los roles (2)
- d. Al azar (1)

12. En su familia la disciplina, cómo la definiría:

- a. Todos los integrantes de la familia siguen las normas (por ejemplo horarios de comer, de acostarse y levantarse) (4)
- b. Sólo en algunas ocasiones se siguen las normas (3)
- c. Siempre se obedecen las normas (2)
- d. Rara vez se siguen las normas (1)

13. Los cambios familiares se producen (ejemplo: nuevo miembro en el hogar, cesantía, separación):

- a. Si es necesario (4)
- b. Cuando alguien pide un cambio (3)
- c. No hay cambios (2)
- d. Frecuentemente (1)

14. ¿Cuándo hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los miembros que componen el grupo familiar?:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

15. En cuanto a la convivencia en el hogar, se tiene en cuenta la opinión de los integrantes de la familia:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

16. Los miembros del hogar dan su opinión libremente en relación a diversas situaciones familiares que se presenten. Ejemplo: Enfermedad de un integrante:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

17. En su familia a todos les resulta fácil expresar su opinión:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

18. En su familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

19. Todos tienen posibilidad de opinión en las decisiones familiares respecto a la persona postrada:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

20. Los miembros de la familia comentan los problemas y se sienten bien con las soluciones encontradas:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

21. En su familia todos los adultos comparten la responsabilidad de cuidar a la persona postrada:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

22. Si la situación de salud de la persona postrada empeora, los miembros de su familia se apoyan entre si:

- a. Siempre
- b. Con frecuencia
- c. A veces
- d. Nunca o casi nunca

23. Tras la situación de postración de su familiar, considera usted que los miembros del hogar han logrado asumir la situación:

- a. Si (2)
- b. No (1)

24. Frente a la situación de postración del adulto mayor, la familia conversó para decidir qué hacer:

- a. Si (2)
- b. No (1)

25. La situación de postración del adulto mayor, en un inicio creó una situación de desequilibrio familiar:

- a. Si (2)
- b. No (1)

Casi siempre: 4 Con frecuencia: 3 A veces: 2 Nunca o casi nunca: 1

Anexo 2

Escalas Evaluación de Habilidades de Adaptabilidad

Cambio de Rol

3	Aleatorio
4	
5	Siempre Compartidos
6	
7	A veces Compartidos
8	
9	Fijos
10	

Disciplina

5	Irregular
6	
7	
8	
9	
10	Democrática
11	
12	
13	
14	Cierto grado de Democracia
15	
16	
17	
18	Estricta
19	
20	

Liderazgo

3	Ausencia de liderazgo
4	
5	
6	Liderazgo compartido
7	
8	Liderazgo a veces compartido
9	
10	
11	Liderazgo autoritario
12	

Cambios

5	Frecuentes
6	
7	
8	Si es necesario
9	
10	
11	Solo cuando se solicita que haya un cambio
12	
13	
14	Ausencia de cambios
15	
16	

Escala de Evaluación del Nivel de Adaptabilidad Familiar

Puntaje
58
57
56
55
54
53
52
51
50
49
48
46
45
44
43
42
41
40
39
38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
27
26
25
24

23
22
21
20
19
18
17
16

	Nivel de Adaptabilidad Flexible
	Nivel de Adaptabilidad Estructurada
	Nivel de Adaptabilidad Rígida
	Nivel de Adaptabilidad Caótica

Anexo 3

INDICE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Nombre : Edad: Servicio:

Evaluación	Primera Fecha Puntuación	Segunda Fecha Puntuación	Tercera Fecha Puntuación
Bañarse: (tina o ducha) Independiente			
Dependiente			
Vestirse: Independiente			
Dependiente			
Ir al Baño Independiente			
Dependiente			
Movilidad Independiente			
Dependiente			
Continencia Independiente			
Dependiente			
Alimentación Independiente			
Dependiente			
RESULTADO			

- A = Independiente en 6 AVD
- B = Independiente en 5 AVD
- C = Independiente en 4 AVD
- D = Independiente en 3 AVD
- E = Independiente en 2 AVD
- F = Independiente en 1 AVD
- G = Dependiente en 6 AVD

