



**“APOYO SOCIAL FAMILIAR PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR
DIABÉTICO QUE INICIA EL TRATAMIENTO CON INSULINA,
CONTROLADO EN EL CONSULTORIO DEL ADULTO DE LA COMUNA DE
VALPARAÍSO”**

Seminario de Tesis para Optar al Grado de Licenciado de Enfermería

**AUTORAS: Astrid Berg Moreno
Miriam Jorquera Acuña
Daniela Quinteros Zamorano
Claudia Soto Escobar
Daniela Vásquez Hidalgo**

DOCENTE GUIA: Lorena Bettancourt Ortega.

VALPARAÍSO CHILE

ENERO 2009



*“Dedicado a todo aquel que se interese en la investigación,
a las(os) Profesionales de Enfermería, a los futuros seminaristas,
para los cuales esperamos ser una guía de motivación en sus futuros
Seminarios de Tesis”*

Agradecemos:

*Primeramente a Dios,
que nos brindó la fortaleza para emprender este nuevo desafío
para superar todas las dificultades que surgieron,
entregándonos la motivación para continuar
cada vez que las nuestras fuerzas parecían flaquear.*

*Parte importante en la realización de este trabajo
fue el apoyo entregado por nuestras familias
quienes estuvieron presentes
en cada uno de los momentos difíciles de nuestras vidas,
entregándonos comprensión y amor, sin esperar nada a cambio y
por creer en nosotros y ser nuestro apoyo incondicional.*

*A nuestra Docente Guía Sra. Lorena Bettancourt,
quien entregó lo mejor de sí para guiarnos en la realización
de esta investigación, quien nos dio ánimo
cuando pensamos que no podríamos lograrlo y nos
dio su apoyo incondicional en todo momento.*

*A las Enfermeras del Consultorio del Adulto
quienes nos dedicaron parte de su tiempo
para permitir el desarrollo de
nuestra investigación.*

Infinitas Gracias a Todos.....

ÍNDICE GENERAL

	Paginas
Capítulo 1: Introducción	1
1.1 Introducción	2
1.2 Delimitación del problema	4
1.3 Definición de términos	5
1.4 Limitaciones del estudio	6
Capitulo 2: Marco Conceptual	7
2.1 Marco Teórico	8
2.2 Objetivos	25
2.2.1 Objetivo General	
2.2.2 Objetivos Específicos	
2.3 Definición y operacionalización de variables	26
Capitulo 3: Metodología	34
3.1 Diseño de la investigación	35
3.1.1 Constitución y organización grupo de tesis	
3.1.2 Tipo de estudio	
3.2 Definición del universo	36
3.3 Diseño Muestral.	
3.3.1 Unidad Muestral	
3.3.2 Antecedentes de la Muestra	
3.4 Metodología de recolección de datos	37
3.4.1 Descripción del Instrumento	
3.4.2 Estudio de confiabilidad del instrumento	39
3.5 Organización del trabajo en terreno	40
3.6 Criterio de análisis de datos	41
3.6.1 Vaciamiento de los datos	
3.6.2 Criterios para efectuar el análisis de la información	

Capítulo 4: Resultados	42
4.1 Análisis de Tablas y Gráficos	
4.1.1 Resultado y análisis descriptivo.	
Capítulo 5: Conclusión, Recomendaciones o Sugerencias y Resumen	80
5.1 Conclusión	81
5.2 Recomendaciones o sugerencias	84
5.3 Resumen	85
Lista de Referencias Bibliográficas	86
Bibliografía General	89
Anexos	96
<i>ANEXO N° 1: Glosario</i>	97
<i>ANEXO N° 2: Instrumento “Estructura del Apoyo Familiar del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2”</i>	99
<i>ANEXO N° 3: Informe entrevista N° 1.</i>	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas	Paginas
Tabla n°1 <i>Distribución Tamaño de la Red del Adulto Mayor</i>	43
Tabla n°2 <i>Distribución Dispersión Geográfica Adulto Mayor</i>	45
Tabla n°3 <i>Distribución de la Fuerza en sus Vínculos (Reciprocidad)</i>	46
Tabla n°4 <i>Distribución Frecuencia del Contacto: Diario</i>	47
Tabla n° 5 <i>Persona Significativa en el Cuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.</i>	48
Tabla n°6 <i>Distribución Según Sexo del Adulto Mayor</i>	50
Tabla n°7 <i>Distribución Según Rango de Edad del Adulto Mayor</i>	51
Tabla n°8 <i>Distribución Según Situación de Pareja del Adulto Mayor</i>	52
Tabla n°9 <i>Distribución Según Con Quien Vive el Adulto Mayor</i>	53
Tabla n°10 <i>Distribución Según Previsión de Salud del Adulto Mayor</i>	55
Tabla n°11 <i>Distribución Según Nivel de Instrucción del Adulto Mayor</i>	56
Tabla n°12 <i>Distribución según número de hospitalizaciones del Adulto Mayor por descompensación de la Diabetes Mellitus tipo 2</i>	57
Tabla n°13 <i>Distribución del tiempo con insulino terapia del Adulto Mayor</i>	58

Tabla n°14 <i>Distribución funcionalidad del adulto mayor / índice de Katz</i>	59
Tabla n°15 <i>Distribución del Tiempo con Diabetes Mellitus Tipo 2</i>	61
Tabla n°16 <i>Distribución Tipo de Familia del Adulto Mayor</i>	62
Tabla n°17 <i>Distribución del Grupo Familiar del Adulto Mayor</i>	63
Tabla n°18 <i>Mediana de Edad de los Integrantes de la Familia del Adulto Mayor</i>	65
Tabla n°19 <i>Distribución Según Nivel Más Alto de Escolaridad de la Familia del Adulto Mayor</i>	67
Tabla n°20 <i>Distribución del Mecanismo de Adquisición de Insulina</i>	68
Tabla n°21 <i>Distribución del Cumplimiento del Horario de Administración del Tratamiento Insulínico</i>	69
Tabla n° 22 <i>Preparación del Tratamiento Insulínico</i>	70
Tabla n° 23 <i>Distribución de la Administración Tratamiento Insulínico</i>	71
Tabla n° 24 <i>Distribución del Manejo de la Rotación de los Sitios de Punción</i>	72
Tabla n° 25 <i>Distribución de los Adultos Mayores que Realizan Hemoglucotest</i>	73
Tabla n° 26 <i>Distribución de los Adultos Mayores que Ajustan la Dosis de Insulina Según Valor de Hemoglucotest</i>	74
Tabla n° 27 <i>Nivel de Autonomía o Dependencia en el Manejo de la Insulinoterapia</i>	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos	Paginas
Gráfico n°1 <i>Histograma: Tamaño de la Red</i>	44
Gráfico n°2 <i>Dispersión Geográfica</i>	45
Gráfico n°3 <i>Reciprocidad</i>	46
Gráfico n°4 <i>Frecuencia del Contacto: Diario</i>	47
Gráfico n° 5 <i>Persona Significativa en el Cuidado</i>	48
Gráfico n°6 <i>Sexo</i>	50
Gráfico n°7 <i>Rango de Edad</i>	51
Gráfico n°8 <i>Situación de Pareja</i>	52
Gráfico n°9 <i>Con Quien Vive</i>	53
Gráfico n°10 <i>Previsión de Salud</i>	55
Gráfico n°11 <i>Nivel de Instrucción</i>	56
Gráfico n°12 <i>Número de hospitalizaciones</i>	57
Gráfico n°13 <i>Tiempo con insulino terapia</i>	58
Gráfico n°14 <i>Funcionalidad del adulto mayor / Índice de Katz</i>	59
Gráfico n°15 <i>Tiempo con Diabetes Mellitus Tipo 2</i>	61
Gráfico n°16 <i>Tipo de Familia</i>	62
Gráfico n°17 <i>Histograma: Distribución del Grupo Familiar del Adulto Mayor</i>	63

Gráfico n°18 <i>Histograma: Mediana de Edad de los Integrantes de la Familia del Adulto Mayor</i>	66
Gráfico n°19 <i>Nivel Más Alto de Escolaridad</i>	67
Gráfico n°20 <i>Mecanismo de Adquisición de la Insulina</i>	68
Gráfico n°21 <i>Cumplimiento del Horario de Administración</i>	69
Gráfico n° 22 <i>Preparación del Tratamiento Insulínico</i>	70
Gráfico n° 23 <i>Administración Tratamiento Insulínico</i>	71
Gráfico n° 24 <i>Manejo de la Rotación de los Sitios de Punción</i>	72
Gráfico n° 25 <i>Realiza el Hemogluco test</i>	73
Gráfico n° 26 <i>Ajuste de la Dosis según Hemogluco test</i>	74
Gráfico n°27 <i>Nivel de Autonomía o Dependencia en el Manejo de la Insulinoterapia</i>	75
Gráfico n°28 <i>Número de Hospitalizaciones según el nivel de instrucción (por sobre el promedio nacional)</i>	
Gráfico n°29 <i>Número de Hospitalizaciones según el nivel de instrucción (bajo el promedio nacional)</i>	76
Gráfico n°30 <i>Número de hospitalizaciones de los Adultos Mayores con insulinoterapia entre los 9 meses y 11 meses 29 días</i>	78
Gráfico n°31 <i>Funcionalidad de los adultos mayores con inicio de la insulinoterapia menor a 4 meses</i>	79

CAPÍTULO 1:
INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

Las costumbres, creencias, apoyo social y familiar, actitudes, al igual que los modos y estilos de vida, influyen en el pensar, sentir y actuar de las personas, expresándose en el contexto de su ambiente físico, social y cultural. Esto influye no sólo en la concepción del mundo de los individuos, sino en la percepción y vivencia que pueden llegar a tener en un momento determinado sobre la relación salud – enfermedad.

La Enfermería Profesional se ha convocado, desde hace algunos años con mayor énfasis en este nuevo milenio, a abordar la perspectiva social en el estudio de la salud humana, pues ya es reconocido por todos la influencia de los procesos y fenómenos sociales en el mantenimiento y desarrollo de la salud.

Múltiples estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra, ya que no sólo le otorga los cuidados necesarios en su tratamiento sino que también le brinda el apoyo emocional y psicológico que estos pacientes requieren, el cual se manifiesta a través de la compañía física, la escucha y orientación en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento.

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, ya que debe adaptarse a la nueva condición que enfrenta uno de sus integrantes los cuales en su mayoría sufren por esta situación la cual les genera la pérdida de su rol tanto en la sociedad como dentro de su la familia, ya que muchas veces y a causa de las limitaciones que conlleva una enfermedad crónica los incapacita en la realización de actividades al igual que en la colaboración dentro de la familia, generando en ellos sentimientos de inutilidad y de carga para la misma. A menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia a ésta, generando complicaciones en su estado de salud.

En las Enfermedades Crónicas es donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social, ya que como flagelo de este nuevo siglo, están muy vinculadas al estilo de vida que las personas asumen y el apoyo familiar que recibe, lo que influye directamente en la evolución de la enfermedad y en la prevención de complicaciones.

Existe en el mundo un estimado de que el 60% de las personas son portadoras de Enfermedades Crónicas y en Chile aumenta su incidencia de forma creciente.

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención demandan, ya que se caracteriza por generar

complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas en los pacientes y en especial en los Adultos Mayores cuyas características propias del envejecimiento, tales como la pérdida de la agudeza visual, alteraciones motoras, y pérdida de la memoria, que generan en este tipo de paciente limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria. Es por esta razón que las redes de apoyo con las que cuente un Adulto Mayor, ya sea familia, amigos y otros, se transforman en el pilar fundamental para este tipo de pacientes quienes requieren de la supervisión y orientación en la toma de decisiones que sólo ésta les puede entregar, formando parte esencial del tratamiento, motivándolo y brindándole el apoyo emocional que los pacientes con enfermedades crónicas requieren.

Puesto que la Diabetes Mellitus requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. Un individuo con esta patología se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“APOYO SOCIAL FAMILIAR PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DIABÉTICO QUE INICIA EL TRATAMIENTO CON INSULINA, CONTROLADO EN EL CONSULTORIO DEL ADULTO DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DESDE EL 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2007 AL 30 DE AGOSTO DEL 2008”

1.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adulto Mayor diabético que inicia el tratamiento con insulina:** Es aquel Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 que inicia el tratamiento con insulina, posterior a una descompensación con una glicemia mayor de 180 mm/dl en ayunas y mayor a 220 mm/dl post prandial, que se controla en el Consultorio del Adulto de la Comuna de Valparaíso, durante el periodo de inicio de la terapia.

- **Adulto Mayor diabético controlado:** Es aquel Adulto Mayor que asiste mensualmente a control crónico con Enfermera y cada 3 meses a control Médico, en el Consultorio del Adulto de la Comuna de Valparaíso.

- **Apoyo familiar:** Es aquel apoyo recibido por el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 proveniente de familiares consanguíneos o no consanguíneos que cohabitan o no. Este comprende dos dimensiones estructural y funcional.
 - **Estructural:** Considera el tamaño de la red, y el tipo de relación en cuanto a cercanía, reciprocidad y frecuencia. Involucra la persona significativa en el cuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.

 - **Funcional:** Es el tipo de apoyo que recibe de los familiares, consanguíneos o no y considera las relaciones familiares que tiene el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. en su familia involucrando el apoyo emocional, apoyo material o instrumental.

1.3 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.
- En relación a la definición de la muestra es conveniente utilizar más de un centro de salud, esto permitirá tener un universo con una mayor diversidad y amplitud, y así obtener datos más fidedignos.
- Utilizar un número menor de variables, ya que con la experiencia de nuestro trabajo pudimos darnos cuenta que este factor puede desviar el objetivo principal.

Etapa de ejecución

- a) Aplicación del instrumento.
 - Exclusión de personas por no cumplir los criterios de inclusión para el estudio.
 - Dificultad para acceder a los domicilios de los Adultos Mayores debido a características de la población (urbano marginal).
 - Falta de tiempo para realizar la aplicación del instrumento, ya que este no es auto aplicable y requería de un encuestador.
 - Algunos de los datos recolectados de la ficha médica del usuario no coincidieron con la realidad, por ejemplo domicilios, teléfonos, etc.
 - El instrumento se dirigía exclusivamente al usuario, razón por la cual en algunas situaciones limitó la recolección de los datos ya que no se podía contar con la información de algún familiar.
- b) Análisis de datos
 - Dificultad en la tabulación de datos debido a la escasez de conocimientos en el manejo de datos estadísticos.
 - Escasa disponibilidad de tiempo de las tesistas por carga académica de otras cátedras.
 - Retraso en el tiempo de realización y entrega de gráficos, lo cual provocó una demora en el análisis de datos.
 - Respecto a la tabulación de datos se hace hincapié a que se debe trabajar con un estadístico especialista en salud, ya que así él podrá con sus conocimientos de análisis y salud aportar efectivamente al estudio, sin caer en errores que más tarde puedan provocar un retraso en el avance de este.

CAPITULO 2:
MARCO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 60 años y que finaliza con la muerte.⁽¹⁾

El significado que el Adulto Mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el Adulto Mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los Adultos Mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo.⁽¹²⁾

Desde finales del siglo XVIII los ancianos son los mayores de 60 años. Tras la Segunda Guerra Mundial, la edad de jubilación (entre 60 o 65 años según los países) se entiende como la edad de entrada de la vejez. Esta definición ha sido puesta en cuestión, a partir del momento en que la vejez puede extenderse sobre 20 años o más. Ello ha conducido a subdividir el período de la vejez sobre una base cronológica, distinguiendo entre las personas de tercera edad (jubiladas o jóvenes viejos de menos de 75 años) y la cuarta edad (viejos-viejos de más de 75 años). Otros entienden como *muy viejos* a los de más de 85 años.⁽²⁾

En América Latina los avances económicos y sociales logrados durante la segunda mitad del siglo XX se reflejaron en una sostenida disminución de la mortalidad. A lo largo de esos cincuenta años, la población total se triplicó y el número de Adultos Mayores se quintuplicó, hasta llegar a 40 millones.⁽³⁾

En Chile, según el Censo de Población y Vivienda realizado el año 2002 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en todo el territorio nacional, el 11,4% son Adultos Mayores, es decir, 1.717.478 personas. De estos, 758.049 son hombres (10,2%) y 959.429 son mujeres (12,5%). Según las proyecciones realizadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE / CEPAL), durante el primer cuarto del siglo XXI el número de Adultos Mayores de Chile se incrementará en 130%. En el 2005 la región de Valparaíso presenta el mayor porcentaje de Adultos Mayores, seguida por la región de Magallanes y de la Antártica Chilena (13% y 12%, respectivamente). El 2010, el porcentaje de Adultos Mayores de la región de Magallanes superaría al de la región de Valparaíso.⁽⁴⁾

Cabe agregar que dicho proceso también presenta especificidades según género. Dado que la esperanza de vida de las mujeres es generalmente mayor que la de los hombres, al aumentar la edad se ensanchan las diferencias entre uno y otro sexo. Se estima que en Chile en el año 2008 la esperanza de vida de la mujer es de 81.22 años y la del hombre de 75.32 años.⁽³⁾

De estas cifras se infiere que en Chile los retos sociales, económicos y culturales ligados al envejecimiento son especialmente importantes a corto y mediano plazo; es decir, las urgencias en este campo son mayores que en las naciones que actualmente se distinguen por un envejecimiento más avanzado.⁽³⁾

Debido al aumento en la expectativa de vida las enfermedades crónicas se ven incrementadas en este grupo, en gran parte por el deterioro funcional propio del proceso de envejecimiento. Las enfermedades crónicas se definen como un conjunto de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo e incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan⁽⁵⁾. Dentro de este grupo de patologías se incluyen: enfermedades cardiovasculares, enfermedades neoplásicas, enfermedades del metabolismo de las cuales se destaca la Diabetes Mellitus, enfermedades crónicas del pulmón, enfermedades músculo-esqueléticas osteoarticulares.

De estas enfermedades la de mayor prevalencia e impacto en el grupo del los Adultos Mayores es la Diabetes Mellitus tipo 2⁽⁶⁾. La prevaecía de ésta a nivel mundial se estima que aumentará en un 40% durante los próximos 10 años, pasando de 150 a 210 millones de pacientes. La prevalencia global en Chile demostrada por la Encuesta Nacional de Salud en el año 2003, fue de 4,2%, (4,8% en hombres y 3,8% en mujeres), la cual se eleva a 9,4% en el grupo de 45-64 años y a 15,2% en los de 65 y más años, y es significativamente más alta en el nivel socioeconómico bajo que en los niveles más altos. Casi la mitad de las muertes por Diabetes Mellitus tipo 2 ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% corresponde a mujeres.⁽⁶⁾ En la región de Valparaíso la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 en la población global corresponde a un 8.0% para mujeres y un 6.1% para hombres, lo que la hace una de las regiones con mayor cantidad de población diabética, significando esto un desafío para los servicios de salud locales, en cuanto al tratamiento y la prevención de complicaciones propias esta enfermedad.

Debido a estas complicaciones generadoras de discapacidad y al riesgo cardiovascular que presentan los diabéticos, son ocupados gran parte de los recursos sanitarios de todos los países⁽⁶⁾. El tema de la discapacidad en el Adulto Mayor cobra relevancia cuando se considera que está relacionado con la pérdida de la funcionalidad

asociado a la presencia de temblores, artrosis, trastornos cognitivos o afectivos y dificultades visuales, lo que se ve reflejado en la capacidad que tiene un Adulto Mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. ⁽¹¹⁾

La *Diabetes Mellitus* se considera como un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglicemia) ocasionados por defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas ⁽⁶⁾. Se diferencian 2 tipos de diabetes:

- *Diabetes Mellitus tipo 1*, se caracteriza por una ausencia de la producción de insulina. El 95% de esta enfermedad se presenta antes de los 25 años. ⁽⁷⁾

- *Diabetes Mellitus tipo 2*, se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa ([resistencia a la insulina](#)). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la [obesidad](#); anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes no insulino dependiente. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, desencadenar este tipo de diabetes. Es la variedad más frecuente de diabetes y está experimentando un aumento mundial tan importante que muchos lo califican de epidemia. ⁽⁶⁾

La esperanza de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mal tratados es un tercio más corta que la población general. ⁽⁹⁾

Frenar el aumento de la mortalidad por Diabetes Mellitus tipo 2, fue el objetivo que Chile se propuso alcanzar como parte de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, y la meta, mantener la tasa estandarizada por edad en 14 x 100.000 habitantes. De acuerdo a los últimos datos disponibles, no se ha podido frenar la tendencia ascendente, como lo demuestra la tasa del 2004 que alcanza 21,2 x 100.000 habitantes lo que corresponde a 3.415 personas fallecidas. ⁽⁶⁾

Para ayudar a cumplir este objetivo el Ministerio de Salud elaboró una Guía Clínica de la Diabetes Mellitus tipo 2 cuyo propósito es recomendar buenas prácticas dirigidas al equipo multidisciplinario de salud, con el fin de asegurar atención médica oportuna, promover el autocuidado, prevenir las complicaciones y detectar precozmente las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2. ⁽⁶⁾

La evaluación periódica de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 puede mejorar la calidad de la atención médica y, como consecuencia, los resultados clínicos en el paciente. El número y tipo de control/consulta promedio anual por el equipo básico multidisciplinario (médico, nutricionista y enfermera), estará en función de las

características y necesidades de la persona, el grado de control metabólico y comorbilidades, entre otras variables. Aquellas personas que no logran los objetivos metabólicos con el tratamiento indicado, deberán ser controladas con mayor frecuencia, según cada caso en particular y criterio clínico.⁽⁶⁾

El paciente que no logra las metas del tratamiento no farmacológico y farmacológico con hipoglicemiantes orales, pasa a insulino terapia y sus controles deben ser: con Médico al comienzo es mensual, posteriormente cada cuatro meses. El control con Enfermera es mensual. El control con Nutricionista según demanda o indicación Médica o de Enfermera. El control con exámenes de laboratorio es cada 4 meses junto con el control médico.

Para cumplir con las metas de control y evitar complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes, se realizan principalmente los siguientes exámenes de laboratorio:

- Glicemia (capilar o en sangre venosa), ayunas o postprandial en cada visita.
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): 3 controles al año (c/4 meses). Este examen brinda un buen estimado de qué tan bien está siendo manejada la [diabetes](#) durante los últimos 2 a 3 meses. En general, cuanto más alto sea el nivel de HbA1c, mayor será el riesgo para el paciente de desarrollar tanto complicaciones agudas como crónicas.
- Además se les realiza perfil lipídico, creatininemia, orina completa en muestra matinal, proteinuria en orina de 24 horas y microalbuminuria.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan ciertas características clínicas, de cuales las más representativas son la obesidad (85%), hipertensión arterial, dislipidemia y un elevado riesgo cardiovascular, por lo menos el 70%, de diabéticos tipo 2 fallece por consecuencias de accidentes cardiovasculares.⁽¹⁰⁾

En el Adulto Mayor la Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad poco sintomática, por lo que su diagnóstico se efectúa en alrededor del 50% de los casos por exámenes de laboratorio solicitados por otra causa y no por sospecha clínica. La escasa sintomatología clásica determina que, con alta frecuencia, se diagnostique tardíamente y en presencia de complicaciones crónicas. Alrededor de un 20% de Adultos Mayores son portadores de esta patología y casi un 40% tienen intolerancia a la glucosa, la cual es un factor predisponente para padecerla.⁽⁶⁾ El control de esta enfermedad en el Adulto Mayor puede ser particularmente difícil debido a las circunstancias especiales asociadas al envejecimiento de las cuales destacan los defectos auditivos y visuales, así como la memoria deficiente a corto plazo, son relativamente frecuentes en esta población y todo eso logra interferir con la educación del paciente y el acatamiento al régimen.⁽¹⁰⁾

La Diabetes Mellitus tipo 2 presenta dos tipos de complicaciones: las agudas y las crónicas.

Las **complicaciones agudas** se denominan descompensación diabética, son dos y se caracterizan por el gran aumento de azúcar en la sangre (hiperglicemia). Dentro de estas encontramos: La Cetoacidosis Diabética y la Descompensación Hiperosmolar.

También existe otro tipo de complicación aguda en pacientes diabéticos tipo 2: la **hipoglicemia**. Ésta se produce cuando las concentraciones de glucosa plasmática son anormalmente bajas, por debajo de 50mg/dl. Se desencadena cuando el paciente se administra una cantidad excesiva de insulina, o la dosis de sus hipoglicemiantes orales es elevada. También se consideran causas de hipoglicemia en un diabético la omisión o el retraso en alguna comida, y el ejercicio intenso. La alteración también puede llevar al coma, y a daños cerebrales irreversibles.

Las **complicaciones crónicas** son: la **pérdida progresiva de la visión**, lo que se conoce como retinopatía diabética; las **alteraciones renales** o nefropatía diabética, que en muchos casos los pacientes llegan a necesitar de diálisis para sobrevivir; las **alteraciones neurológicas** o neuropatía diabética, que se manifiestan como pérdida progresiva de la sensibilidad, sensación de hormigueo, y dolor en manos y pies; el **pie diabético y otras alteraciones de continuidad en piel** y las **complicaciones cardiacas** por la aterosclerosis.

Debido a que los Adultos Mayores pueden tener múltiples problemas médicos, el cuidado de su Diabetes Mellitus tipo 2 puede ser un reto. Los exámenes médicos regulares y la cooperación de los enfermos y sus familias aseguran el éxito del tratamiento. En estas personas los objetivos del tratamiento son más limitados y los criterios de control deben ser menos rígidos y exigentes, debiéndose pretender fundamentalmente mantenerlos asintomáticos, con una buena calidad de vida, libres de patologías infecciosas y complicaciones agudas.

Si el paciente continúa con un control deficiente de la glucosa en la sangre a pesar de los cambios en el estilo de vida y de tomar medicamentos orales, deberá comenzar a utilizar insulina.

El control metabólico en la edad avanzada continúa siendo muy importante para prevenir las complicaciones, sobre todo en el grupo entre 60 y 75 años que actualmente desarrolla una actividad intensa y tiene una expectativa de vida mayor que la de hace unos años.

Para evitar las complicaciones tempranas y tardías, existen dos tipos de tratamiento: no farmacológico y farmacológico.

Tratamiento No Farmacológico:

Tratamiento nutricional

La dieta es la medida terapéutica más eficaz, con la cual se logra el control adecuado en más del 50% de estos pacientes. Sin embargo, no es fácil modificar los hábitos dietéticos en el Adulto Mayor debido a costumbres muy arraigadas, bajos recursos económicos, sumado a la carencia de dientes que dificultan la masticación. Todos estos factores determinan que los pacientes diabéticos tipo 2 les resulte difícil ingerir comidas nutritivas adecuadas con intervalos regulares. Ello puede ser especialmente peligroso en los pacientes tratados con insulina ⁽⁸⁾

Actividad física

Muchos estudios demuestran los beneficios del ejercicio en las personas Adultas Mayores; se observa una mejoría en cuanto a la obesidad, la tolerancia a la glucosa, los perfiles de lípidos y las habilidades físicas y también puede reducir el riesgo cardiovascular.

En el Adulto Mayor diabético tipo 2 es necesario hacer un examen físico completo antes de que inicien el ejercicio. Finalmente, en cualquier tipo de trabajo físico debe prevenirse una hipoglicemia, indicando colaciones extras con una cantidad de hidratos de carbono acorde al esfuerzo realizado y también hidratación previa de un litro. ⁽⁹⁾

Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento farmacológico del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 está dirigido a lograr las metas de tratamiento, no sólo de la hemoglobina glicosilada, sino también de presión arterial, lípidos sanguíneos y en general reducir el riesgo cardiovascular.

Hipoglicemiantes orales:

El tratamiento farmacológico está indicado en aquellos pacientes diabéticos tipo 2, sin síndrome diabético agudo, que no responden al tratamiento con dieta y ejercicios en un plazo de 2-4 meses. Cuando la terapia oral unida al tratamiento no farmacológico no logra un buen control glicémico, aparece la necesidad de utilizar insulina. Independiente de lo anterior, según otras fuentes consideran que después de 15 a 20 años de enfermedad, la mayoría de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 requiere insulina, habitualmente por presentar ya hiperglicemia de difícil control con antidiabéticos orales (denominado fracaso secundario de tratamiento), pero también

asociado a la presencia de otras enfermedades que hagan aconsejable la retirada de los antidiabéticos orales como la insuficiencia renal o hepática graves.

Insulinoterapia

Una persona con Diabetes Mellitus tipo 2 puede requerir insulina en forma transitoria en descompensaciones agudas graves, infecciones, infarto agudo de miocardio, accidente vascular encefálico, uso de medicamentos que elevan la glicemia (especialmente glucocorticoides), cirugía y embarazo.

En este punto es importante que la función intelectual sea la adecuada, ya que se requiere de destreza y capacitación especial para el manejo de la insulina. El paciente o quien lo asiste debe tener la capacidad de manejar jeringas, agujas y frascos-ampolla y medir su glucemia por métodos de autocuantificación en el hogar.⁽¹⁰⁾

Hay que tener presente que a lo largo de la vida, el diabético se enfrenta a múltiples episodios de estrés físico y psíquico que influyen en su glicemia, y que exigen una adaptación de la terapia insulínica. Para enfrentar estas situaciones, el paciente deberá realizar múltiples controles de glicemia capilar (auto monitoreo) y adecuar su terapia a las variaciones antes mencionadas.

Existen variados tipos de insulina en el mercado tales como: Insulina de Acción Rápida, de Acción Intermedia y de Acción Ultra lenta. Según sus requerimientos el paciente deberá usar uno u otro tipo de insulina.

En el establecimiento Consultorio de Adulto utilizan insulina de acción rápida, de acción lenta, para el tratamiento de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

Educación al paciente sobre el manejo de la insulina

La educación al paciente debe ser individual y realizada por un profesional de Enfermería capacitado. El objetivo de la educación es lograr que el paciente adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para manejar su enfermedad y sea capaz de tomar decisiones informadas en situaciones del diario vivir.

El profesional de Enfermería realizará las sesiones educativas con el paciente y su familia a continuación de la consulta del Médico o con mayor frecuencia, si el caso así lo requiere.

Dentro de la educación los aspectos más importantes a considerar son la mezcla de insulina, los sitios de punción, la conservación de la insulina y reconocer las complicaciones del tratamiento insulínico.

Mezcla de insulina

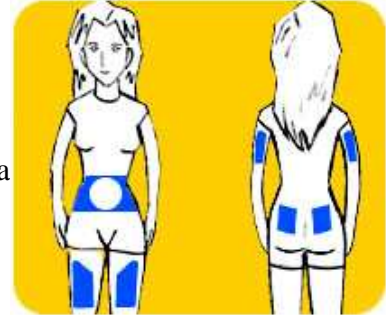
Generalmente las insulinas Lenta y Rápida a menudo se mezclan en la jeringa, de manera de recibir una sola inyección. Este procedimiento es complejo para un adulto mayor debido a sus limitaciones propias del envejecimiento, razón por la cual requiere de la supervisión y colaboración de terceras personas.

Sitios de punción

La insulina se inyecta en el tejido subcutáneo.

Las zonas más usadas son:

- Brazo: Cara externa, tercio medio.
- Glúteo: Parte superior y lateral de las nalgas.
- Abdomen: Zona media, excluir zona periumbilical.
- Muslos: Parte lateral y anterior.



La rotación de los puntos de punción evita la aparición de deformaciones llamadas lipodistrofias en estos sitios de inyección. ⁽¹¹⁾

Autocontrol

El objetivo del autocontrol es entregarle al paciente la responsabilidad del manejo de su enfermedad, haciendo ajustes terapéuticos según los resultados de sus niveles de glicemia. En la mayoría de los casos, las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con hipoglicemiantes orales o en terapia asociada con esquemas simples de insulina (1 ó 2 dosis diarias de insulina intermedia) en el nivel primario de atención, no requieren autocontrol. No obstante lo anterior, estos centros deben contar con los equipos y cintas reactivas, en la cantidad necesaria y con disponibilidad permanente, a objeto de que los pacientes puedan concurrir a realizarse exámenes en sangre capilar de acuerdo al criterio o indicación del médico, las veces que sea necesario. Ejemplos: al inicio del tratamiento, en enfermedades intercurrentes, ajustes de dosis, períodos de inestabilidad metabólica, etc. Esta modalidad de atención requiere contar con personal de Enfermería capacitado.

Aquellos pacientes en tratamiento insulínico con esquemas complejos atendidos por especialista, requieren contar con equipos y cintas para el autocontrol. El tipo y frecuencia de éste dependerá de cada caso particular y la indicación será responsabilidad del médico tratante, con un mínimo de un control diario cambiando el horario del examen. Considerar que en algunos casos podrá ser necesario hasta 3-4 exámenes al día.

Las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con 3 o más inyecciones diarias de insulina deben realizar autocontrol. En otros tipos de esquemas terapéuticos,

menos de 3 inyecciones de insulina al día, tratamiento con drogas orales o no farmacológico, el autocontrol puede ser útil para lograr los objetivos terapéuticos.

Complicaciones del tratamiento insulínico

Hay que aceptar que la terapia de insulina es una tarea difícil para el Adulto Mayor diabético tipo 2 y su familia debido a las posibles complicaciones a las cuales puede verse enfrentado (hipoglicemia, infecciones en el sitio de la inyección y lipodistrofia). El paciente, además de aprender a inyectarse insulina, realizar e interpretar el automonitoreo de glicemia, conocer los tiempos de acción de las insulinas, debe considerar las variables que modifican su glicemia y estar capacitado para tomar decisiones terapéuticas correctas, que en otras patologías son de absoluta responsabilidad del médico.

Es importante reconocer que la enfermedad, es un proceso largo y extenuante de cuidado, donde no solo se encuentran involucrados los pacientes como tal, sino que esto a su vez influye en sus familiares, su círculo laboral y también la comunidad. Es por esto que es de gran necesidad enfrentar a la Diabetes Mellitus tipo 2 como una pandemia del siglo XXI, donde todos los actores necesariamente deben encontrarse inmiscuidos y participar activamente frente a la enfermedad.

Es por esto que visto la necesidad de la educación a los familiares de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, ya que sin lugar a duda la enfermedad no se acaba con tomar una pastilla, sino, que depende del correcto tratamiento y educación que se dé, el familiar del paciente diabético cumple un papel muy importante, puesto que es él, con el que se relaciona dentro de su cotidianidad y comparte diversiones como son las épocas de fiestas, comidas y reuniones familiares. La familia constituye la primera red social de apoyo en una persona, en especial en los Adultos Mayores.

Redes sociales

Se entiende por redes sociales a la práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o potencial que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos.

La red social se refiere a la dimensión estructural o institucional vinculada a un individuo. Son ejemplos de red: los vecinos, las organizaciones religiosas, el sistema de salud y el escolar. Aunque la evidencia indica que todos estamos inmersos en redes sociales, éstas se comportan de manera diferente para hombres y mujeres y cambian con el curso de vida. Asimismo, las redes sociales no siempre son de apoyo y se transforman con los procesos sociodemográficos, culturales y políticos que se experimentan en cada formación social.

La red social es una tela de relaciones entre varios individuos que tienen vínculos sociales, en donde los recursos de apoyo fluyen más fácilmente a través de estos vínculos. Las dimensiones que componen esta red social son: tamaño (número de personas con las cuales se tiene contacto social), dispersión geográfica (cuanto mayor la cercanía, mayor la probabilidad de contacto), fuerza en sus vínculos (grado de intimidad, reciprocidad, expectativa de duración y disponibilidad, e intensidad emocional), densidad e integración de los contactos (cantidad de personas cercanas), composición y homogeneidad de sus miembros (grado de semejanza entre los individuos, tales como: edad, condición socioeconómica y otros), simetría (grado de reciprocidad en las relaciones) raíces sociales (identificación del individuo con su medio).⁽¹⁶⁾

Es importante distinguir apoyo social de red social, pues son conceptos relacionados, sin embargo con diferencias entre sí. El apoyo social se encuentra en su dimensión personal, estando constituido por miembros de esta red social, importante para las familias.

El Apoyo Social como proceso dinámico, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, contextualizado según la etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales, etc. Además es un proceso interactivo en el cual ciertas ayudas son obtenidas de una red social.

El apoyo social posee dos dimensiones, una estructural y una funcional. La estructural está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo, tales como el tamaño de la red, las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella.

El Apoyo Social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido v/s apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste. Entre sus funciones están los aspectos materiales, instrumentales, emocionales, cognitivos (la información, la orientación)

Los **apoyos materiales** implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.).⁽¹⁸⁾

Los **apoyos instrumentales**, como el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.⁽¹⁸⁾

Los **apoyos emocionales**, que se expresan mediante el cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas (visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.).⁽¹⁸⁾

Los **apoyos cognitivos**, que se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), a la entrega de consejos para entender una situación, etc.⁽¹⁸⁾

Las fuentes del apoyo provienen de dos esferas, las formales y las informales:

El **sistema formal** de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. Por ejemplo las organizaciones religiosas, sistema de salud y el escolar.⁽¹⁸⁾

El **sistema informal** está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo entre otros. A este tipo pertenecen junta de vecinos, amigos, familia, clubes deportivos entre otros.⁽¹⁸⁾

La base de las diferentes redes de apoyo social es la que brinda la familia y corresponde a las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de él a partir de lazos de parentesco. Para el Adulto Mayor la familia constituye la fuente de apoyo más importante, sin embargo, esto no lo limita a relacionarse exclusivamente dentro del núcleo familiar. Por lo anterior, existe la necesidad de fomentar la participación e integración social de los adultos mayores en todos los ámbitos o sectores de la sociedad: en la vida cultural, política, económica y espiritual de la comunidad.

La comunidad toda, desde párvulos a adultos medios, debe procurar conocer e interactuar con los Adultos Mayores. Solo interactuando con ellos se llegará a valorar sus aportes, sus percepciones, muchas veces llenas de sabiduría, sus actitudes y visión de la vida que pueden resultar muy orientadoras para las generaciones posteriores.⁽¹⁷⁾

Se define familia al grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneos, por matrimonio o adopción. Para este estudio se considerará a los familiares significativos para el adulto mayor que conforman su red de apoyo.

La familia puede cohabitar o no con el Adulto Mayor y prestar ayuda de diferentes maneras. En este estudio quienes cohabiten con él serán considerados como grupo familiar, según la literatura esta instancia es considerada como una de las formas más

comunes de apoyo en las personas mayores, aunque se da también sin ella, especialmente el apoyo material y emocional.

El papel de la familia se refleja en su función de vínculo intermedio entre el individuo y la sociedad, siendo el ente socializador por excelencia ya que es la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Esta juega un papel insustituible en la transmisión de hábitos, costumbres, valores, tabúes, mitos, creencias y actitudes. La familia, además, es un agente formador de la personalidad, con posibilidades únicas para este fin. Dentro de esos hábitos, costumbres y creencias están incluidas las que tienen que ver con la salud de los miembros de la familia ya que es la institución con mayores potencialidades en la promoción, prevención y educación de la salud y de los comportamientos saludables de sus miembros, al generar conductas protectoras o de riesgo en los individuos. Tiene una función protectora y amortiguadora en los eventos estresantes de sus miembros y dependiendo de cuan efectivo sea contribuirá a la formación individuos más sanos o menos saludables desde el punto de vista personológico en particular y psico-biológico en general y con mejores posibilidades para autorregular su comportamiento en el medio de manera eficiente. Además la presencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuye al bienestar y la salud, así como su ausencia puede generar malestar y vulnerabilidad al estrés.⁽¹⁴⁾

Podemos clasificar estructuralmente a la familia, según la clasificación empleada por la Comisión Nacional de la Familia, nombrada en Chile por el ex Presidente Patricio Aylwin (1990) en que:

Familia nuclear: es aquella integrada por una pareja adulta, con hijos o sin ellos, o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos, estas corresponden a un 80.7% del total de familias en Chile. Puede a su vez subdividirse en:

- Familia nuclear biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos. La encuesta Casen 2006 muestra que el tipo de familia más numeroso es la familia biparental -con padre y madre- ésta ha tendido a decrecer a lo largo de los años: entre 1990 y 2006 bajó desde el 67.3% al 61.2%.
- Familia nuclear monoparental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos. Ha aumentado durante el periodo de 1990 a 2006, desde un 22.2% a un 25.6% respectivamente.

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. Esta familia puede subdividirse tal como la nuclear, en simple, biparental y monoparental. . En Chile el

porcentaje de familias extendidas corresponde a un 19.3% en 2006 y de estas, más de dos terceras partes (71.8%) corresponde a familias compuestas por hijos allegados a sus padres.

Familia compuesta: integrada por dos parejas que viven bajo el mismo techo, generalmente ligadas por lazos de consanguinidad: pareja de padres con un hijo casado y cónyuge o abuelos, ambos vivos y padres de varios hijos. Es, por lo tanto, una variedad o forma especial de familia extensa

Familia unipersonal: integrada por una persona sin hijos. Han aumentado las familias unipersonales (desde el 10.5% en 1990 al 13.2% en 2006). Del total de familias unipersonales, la proporción que representan las familias unipersonales femeninas ha ido aumentando en el tiempo. En 1990 constituían el 54.3% del total y en 2006 este porcentaje aumentó al 68.8%. La mayor parte de ellas (60.2%) tiene más de 60 años y se encuentra en situación de viudez. En el caso de los hombres, el porcentaje de familias unipersonales ha disminuido desde 45.7% en 1990 a 31,2% en 2006. Si bien no presentan una distribución muy marcada en cuanto a edad, sí lo hacen en cuanto a su estado civil, predominando entre ellos los solteros (51.8%).

Hogar no familiar: donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable

En general, tanto las familias nucleares como las extendidas han tendido a disminuir de tamaño: en el caso de las familias nucleares, desde 3.6 miembros en promedio en 1990 a 3.3 miembros en 2006; en el caso de las extendidas, de 5.9 miembros en promedio en 1990 a 5.5 miembros en 2006. En suma, en promedio las familias extendidas están compuestas por 2 personas más que las familias nucleares.⁽¹⁹⁾

La familia como sistema social experimenta acontecimientos, tanto normativos (sucesos universales, propios del ciclo vital como el matrimonio), como paranormativos (sucesos frecuentes, no esperados durante el ciclo vital como la enfermedad o la hospitalización), los cuales permiten que la familia experimente periodos de transición y cambios, produciéndose muchas veces sentimientos de estrés y frustración que pueden romper la estabilidad familiar (momento en que la Enfermera posee un rol importante para intervenir, con el objetivo de mantener o recuperar la estabilidad familiar). Estas relaciones tienen alta relevancia en el estado de salud de la familia en el caso del Adulto Mayor cuando atraviesa por una situación de enfermedad que va comprometiendo su autovalencia progresivamente.

Es importante valorar ciertos aspectos en los Adultos Mayores ya que influye directamente en la calidad de vida de ellos y sus cuidadores. Para ellos existen distintas escalas de valoración de las actividades de la vida diaria tales como: Índice de Katz, Escala de Barthel y Escala de Autocuidado de Kenny, la Escala de Incapacidad Física de la Cruz roja, entre otras. El Índice de Katz es el más utilizado en nuestro país, valora de forma dicotómica las funciones de bañarse, vestirse, uso del retrete, desplazamiento cama-sillón, continencia y alimentación. El índice clasifica en 8 categorías a los adultos mayores según su grado de dependencia.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en:

Actividades Básicas: como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos.

Actividades Instrumentales: limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, entre otras actividades.

Con el paso de los años la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria se ve alterada por el proceso degenerativo del envejecimiento y más aun durante una enfermedad. Esto incide en la autonomía del adulto para realizar las actividades, es por ello que la familia es clave para suplir las falencias del Adulto Mayor equilibrando la dependencia y la independencia, en este contexto surge la figura del **cuidador primario** como la persona que asume la responsabilidad en la atención del Adulto Mayor, le entrega apoyo, y está dispuesta a tomar decisiones por el paciente, asimismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar y lo acompaña la mayor parte del tiempo. La aceptación del rol del cuidador no significa excluir a los demás miembros de la familia de la parte que les corresponde en las responsabilidades que el Adulto Mayor con diabetes mellitus 2 insulino requirente no puede asumir. Es necesario igual, compartir las cargas y las responsabilidades, más allá de la definición de un cuidador primario.

Vivir con los parientes es, en términos generales, recomendable; seguir ligado a su familia lo fortalece emocional y afectivamente. La vida en común representa también una cierta vigilancia para su integridad física, porque a una determinada edad el Adulto Mayor, aunque esté sano, estará más expuesto a sufrir accidentes y en situación de enfermedad quien lo cuide requerirá conocimientos acerca de como sobrellevar este nuevo estado de su familiar.⁽¹⁵⁾ Lograr que el familiar adquiera estos conocimientos y sea un apoyo efectivo para el Adulto Mayor, es parte inherente de la función de enfermería, ya que ésta constituye un servicio a la comunidad basado en las necesidades de salud de las personas y familias que el profesional proporciona como parte integrante y calificada

de los programas de prevención, protección, recuperación de la salud, dando especial énfasis a la educación individual y de grupo, y al estimular la participación activa de la comunidad en la solución de los problemas que la afectan.

Tal como se establece en el Código Sanitario, los servicios profesionales de Enfermería comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud. El rol del Profesional de Enfermería en los pacientes que han sido afectados por la Diabetes Mellitus tipo 2, se desarrolla a través de los 3 niveles de atención, en los cuales la enfermera debe gestionar el Programa de Salud Cardiovascular, programar, organizar, coordinar, evaluar y supervisar dicho programa, y a nivel de atención directa, se encarga principalmente de la educación en cuanto al cumplimiento del tratamiento, tanto no farmacológico como farmacológico, con el fin de que el Adulto Mayor se comprometa con su autocuidado y adquiera responsabilidad en cuanto al bienestar físico que puede lograr manteniendo controlada su enfermedad.

El punto central sobre el cual se sustentan las acciones a favor del Adulto Mayor es reconocer la autovalencia, es decir, la capacidad de valerse por sí mismos de la mayor parte de los Adultos Mayores, lo cual les permite ser autónomos y, por ende, tener un envejecimiento activo. Esto implica necesariamente planificar con los Adultos Mayores todas aquellas acciones que irán en su propio beneficio. A su vez, reconocer esta autonomía del Adulto Mayor es también reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que los representen en su diversidad de inquietudes e intereses⁽¹⁷⁾

Respecto de esto, toma relevancia la teoría de enfermería del Autocuidado, desarrollado por Dorothea Orem, la cual utilizaremos como herramienta para este estudio.

Teoría de Dorothea Orem: El autocuidado

Para Dorothea Orem (1993) Enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de Enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes y de sus familias.⁽¹²⁾

Se define Autocuidado a la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.⁽¹²⁾

De acuerdo a este concepto Orem formuló la Teoría del Autocuidado, la cual se divide en tres subteorías:

- 1) Teoría del Autocuidado: trata de porqué y como las personas cuidan de sí mismas.
- 2) Teoría del Déficit de Autocuidado: trata de cómo Enfermería puede ayudar a las personas
- 3) Teoría de los Sistemas Enfermeros: trata de sobre las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Para nuestro estudio la subteoría del Déficit del Autocuidado será el fundamento teórico sobre el cual desarrollaremos este trabajo, debido al incremento de las enfermedades crónicas que afectan al grupo de los Adultos Mayores sumado a la pérdida de la funcionalidad que trae consigo el envejecimiento (deterioro de la visión y audición, pérdida de la memoria, etc), es por esta razón que se hace de vital importancia la promoción del autocuidado.

La Teoría del Déficit de Autocuidado establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas al desarrollo o desviaciones de su salud y que esta sujeción los limita para ejercer el autocuidado continuo o los lleva a que su autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un Déficit de Autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

A partir del concepto de Déficit de Autocuidado Orem define **3 Sistemas de Enfermería:**

- **Totalmente Compensatorio:** Enfermera suplente al usuario en el autocuidado.
- **Parcialmente Compensatorio:** El autocuidado es cubierto por algunas acciones que lleva a cabo el usuario y por otras que debe realizar la Enfermera.
- **De Apoyo Educativo:** Usuario realiza su autocuidado, pero la Enfermera ayuda para que el otro se motive y se atreva a hacerlo.

El rol más importante del profesional de Enfermería consiste en el fortalecimiento de las actividades propias del autocuidado debido a la alta morbimortalidad y discapacidades que genera esta enfermedad crónica. Lo anterior ocurre en especial al inicio de la terapia insulínica, donde el profesional de Enfermería debe darle, no sólo al paciente sino que también a la red de apoyo familiar, instrucciones precisas y comprensibles sobre el manejo de la terapia. Lo anterior se torna de vital importancia debido a las implicancias que tiene el envejecimiento sobre la autonomía del paciente.

Resulta fundamental integrar a la familia, fortaleciendo los vínculos entre ellos. Si un familiar del Adulto Mayor diabético tipo 2 conoce que por causas de estrés los niveles de glucosa se elevan, tratará de encontrar el equilibrio en la vida de los pacientes. Si educamos a los familiares en estrategias de apoyo y ayuda a estos pacientes diabéticos tipo 2 se reducirán también las complicaciones asociadas. El entorno donde vive el paciente se volverá más accesible, el Adulto Mayor será comprendido y estimulado para un correcto manejo de su enfermedad, ya que debemos recordar que esta enfermedad dura para toda la vida y el apoyo en su familia será el que marque la evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Puede ser que el apoyo familiar influya de manera positiva, aunque también puede significar una influencia negativa cuando la dinámica familiar no es favorable. Además de presentarse este tipo de conflictos hay diferencias entre los familiares cuando no se está de acuerdo con algún tipo de cuidado que requiere el Adulto Mayor. Lo anterior puede solucionarse si se deja en claro que con dichos cuidados es posible retrasar o evitar descontrol y en un momento dado, complicaciones en el futuro. Al aclarar las diferencias dentro de la familia en cuanto al trato que se proporciona se llegará a una mejor conclusión que beneficiará al familiar enfermo para mantener su autocuidado.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivos Generales

- I. Describir la estructura del apoyo social familiar en el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requirente, que inicia el tratamiento con insulina.
- II. Identificar las características del Adulto Mayor que inicia tratamiento insulínico y las de su familia.

2.2.2 Objetivos Específicos

- I.a.-Determinar la estructura del apoyo familiar del Adulto Mayor respecto a número de integrantes, tipo de vínculo o contacto con el Adulto Mayor, cercanía, reciprocidad, frecuencia del contacto y persona significativa en el cuidado del Adulto Mayor.
- II.a.-Describir las características del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requirente, en cuanto a sexo, edad, situación de pareja, con quién vive, previsión de salud, nivel de instrucción, número de hospitalizaciones, tiempo con insulino terapia, funcionalidad, tiempo con Diabetes Mellitus tipo 2 ,
- II.b. Describir el Perfil de la familia del Adulto Mayor en relación a tipo de familia, edad de los miembros y nivel más alto de escolaridad.
- II.c.- -Determinar el nivel de autonomía o dependencia del Adulto Mayor en el manejo del tratamiento con insulina.

2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores
1.- Estructura del Apoyo Familiar del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2	Considera el número de interacciones familiares y el tipo de relación en cuanto a cercanía, reciprocidad y frecuencia. Involucra el tamaño de la red y la persona significativa en el cuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2	1.1.-Tamaño de la red <i>(Se refiere al número de personas que componen la red)</i>	1.1.1- Número de interacciones familiares.	-1 -2 -3 -4 -5 ó más
		1.2.- Dispersión geográfica	1.2.1.- Cercanía Cuanto mayor cercanía, mayor la probabilidad de contacto	- Cohabita - Vecinos -Mismo barrio -Misma comuna
		1.3.- Fuerza en sus vínculos	1.3.1.- Reciprocidad La red de apoyo da ayuda al Adulto Mayor y la recibe de él.	-Labores hogareñas de los nietos -Cuidados de los nietos -Ambos (labores hogareñas y cuidado de los nietos) -Ninguno
		1.4- Frecuencia del contacto: <i>(Número de veces que el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 establece el contacto)</i>		Diario / ¿Con quién? - Conyugue - Conyugue + hijo (s) - Conyugue + hijo (s) + otro(s) - Hijos - Hijos + otro(s) - Otros

		1.5.-Persona significativa en el cuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2		<ul style="list-style-type: none">- Esposa/conviviente- Esposo/conviviente- Hija- Hijo- Nieta- Nieto- Otro
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
2.-Perfil del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2	Conjunto de características de la persona mayor de 60 años de sexo femenino o masculino con Diabetes Mellitus tipo 2 que inicia el tratamiento con insulino terapia	2.1.-Sexo	- Masculino - Femenino
		2.2.-Rango de edad	- De 60 a 74 años - De 75 a 84 años - Mayor de 85 años
		2.3.-Situación de pareja	- Casado / convive - Separado - Soltero - Viudo - Otro
		2.4.-Con quién vive	- Con conyugue -Con conyugue + hijo (s) -Con conyugue + hijo (s) + otro (s) - Con hijo (s) - Con hijo (s) + otro (s) - Con otro (s)
		2.5.-Previsión de salud	- FONASA - ISAPRE - CAPREDENA - Otro
		2.6.-Nivel de Instrucción (años cursados de educación formal)	- Básico: <i>completo/ incompleto</i> - Medio: <i>completo/ incompleto</i> - Superior: <i>completo/ incompleto</i> - Analfabeto

		<p>2.7.-Número de hospitalizaciones (Por descompensación de la diabetes mellitus tipo 2 durante los últimos 11 meses 29 días luego de iniciada la terapia)</p>	<p>-1 -2 -3 -4 o más - Ninguna</p>
		<p>2.8 .- Tiempo con insulinoterapia</p>	<p>Rango: -Menos de 4 meses -Entre 5 y 8 meses Entre 9 y 11 meses 29 días -No sabe/ no contesta</p>
		<p>2.9- Funcionalidad del Adulto Mayor (Índice de Katz)</p>	<p><i>A*: independiente para todas las actividades</i> <i>B*: independiente para todas las actividades, salvo en una</i> <i>C*: independiente para todas las actividades, salvo en baño y otra más</i> <i>D*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido y otra más</i> <i>E*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido, el uso del retrete y otra más</i> <i>F*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más</i> <i>G*: dependiente en todas las actividades</i></p>

		2.10.-Tiempo con Diabetes Mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none">- Menos de 5 años- Entre 5 y 15 años- Entre 16 y 25 años- Más de 26 años- No contesta/ no sabe
--	--	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
3.-Perfil de la familia	<i>Contempla el análisis de la composición de la familia y el tipo de vínculo existente entre sus miembros</i>	3.1-Tipo de familia	-Extendida <ul style="list-style-type: none"> ✓ Biparental ✓ Monoparental ✓ Simple -Nuclear <ul style="list-style-type: none"> ✓ Biparental ✓ Monoparental ✓ Simple -Unipersonal
		3.2- Grupo familiar <i>(Corresponde al grupo de personas que cohabitan con el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2)</i>	- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 ó más
		3.3- Mediana edad de los integrantes de la familia	Rango: - < 20 años -21 – 30 años -31 – 40 años -41 – 50 años -51 – 60 años -61 – 70 años - 71 – 80 años -> 80 años
		3.5-Nivel más alto de escolaridad de la familia del Adulto Mayor	- Básico: <i>completo/incompleto</i> - Medio: <i>completo/incompleto</i> - Superior: <i>completo/incompleto</i> - Analfabeto

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
4.- Nivel de autonomía o dependencia en el manejo de la insulino terapia	Conjunto de habilidades adquiridas por el Adulto Mayor con diabetes mellitus tipo2, que para mantener niveles adecuados de glicemias debe seguir un esquema de administración de insulina en múltiples dosis o mezclas y ser evaluados periódicamente.*	4.1.-Mecanismo de adquisición de insulina <i>(Persona que se encarga de ir a buscar la insulina)</i>	- (5) Paciente solo - (4) Paciente con familiar - (3) Familiar solo - (2) Familiar con otro - (1) Otro
		4.2.- Cumplimiento del horario de administración	- (5) Paciente solo - (4) Paciente con familiar - (3) Familiar solo - (2) Familiar con otro - (1) Otro
		4.3.-Preparación de tratamiento insulínico <i>(Carga de la jeringa y mezcla de la insulina)</i>	- (5) Paciente solo - (4) Paciente con familiar - (3) Familiar solo - (2) Familiar con otro - (1) Otro
		4.5.Administración <i>(Inyección de la insulina)</i>	- (5) Paciente solo - (4) Paciente con familiar - (3) Familiar solo - (2) Familiar con otro - (1) Otro
		4.6.-Manejo de la rotación de los sitios de punción	- (5) Paciente solo - (4) Paciente con familiar - (3) Familiar solo - (2) Familiar con otro - (1) Otro

		4.7.-Realiza el Hemoglucotest	-(6)Paciente solo -(5)Paciente con familiar -(4) Familiar solo -(3) Familiar con otro -(2)Otro -(1)No lo realiza/ no contesta
		4.8.-Ajuste de la dosis según Hemoglucotest: <i>(Se refiere a la correcta ejecución del esquema de administración de insulina; según los valores glicemia)</i>	-(6)Paciente solo -(5)Paciente con familiar -(4) Familiar solo -(3) Familiar con otro -(2)Otro -(1)No lo realiza/ no contesta

Tabla de Puntuación en el Nivel de Autonomía o Dependencia en el Manejo de la Insulinoterapia

37 Puntos: Autónomo

36 a 31 Puntos: Dependencia Leve

30 a 25 Puntos: Dependencia Moderada

< 24 Puntos: Dependiente Total

CAPÍTULO 3:
METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Constitución y organización de grupo de tesis

El grupo de seminario de tesis lo conforman cinco 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 “Describir el apoyo social informal familiar con que cuenta el adulto mayor en el período de convalecencia en una población beneficiaria del INP”, el cual fue cambiado en reiteradas ocasiones ante la dificultad para acotar la delimitación del problema. Actualmente el tema es “Describir la estructura del apoyo familiar con el que cuenta el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 que inicia el tratamiento con insulina, controlado en el Consultorio del Adulto del Hospital Eduardo Pereira”.

Contamos con la asesoría de la docente del Departamento de Enfermería del Adulto y del Adulto Mayor de la Escuela la Sra. 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 Marzo del año 2008, se comenzó con la búsqueda del material bibliográfico en libros, revistas e Internet, para la delimitación del estudio. Durante las primeras asesorías, la docente guía nos dio 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 3 meses para cada integrante del grupo, con el objetivo que todas tuviéramos la posibilidad de desarrollar todos los cargos.

El trabajo se desarrolla a través de reuniones en su mayoría semanales con la profesora guía para la asesoría, los días jueves o viernes de 14:30 a 16:00 horas. Además, el grupo se reunía una o dos veces por semana dependiendo de la carga académica de las integrantes del grupo, con el objetivo de cumplir con el cronograma propuesto al principio del año escolar.

3.1.2 Tipo de estudio

Estudio descriptivo.

3.2 Definición del universo

Todos los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 insulino requirente que iniciaron su tratamiento insulínico en el transcurso de 11 meses y 29 días, en el período comprendido entre el 1 de Septiembre del 2007 al 30 de Agosto del 2008.

3.3 Diseño muestral

Para el estudio, la muestra fue seleccionada por conveniencia aleatoria proporcional, de un total de 560 pacientes Adultos diabéticos insulino requirentes que se controlan en el Consultorio del Adulto de la Comuna de Valparaíso, 68% correspondían a Adultos Mayores de los cuales 54 cumplían con los criterios de inclusión para este estudio, finalmente la muestra quedó constituida por 32 Adultos Mayores, debido a diversos motivos tales como: direcciones erróneas, negación a participar en el estudio, hospitalización, defunción, insuficiente información en los antecedentes del paciente.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron pacientes:

- Adulto mayor de 60 años.
- Adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 que inicia el tratamiento con insulina
- Controlado en el consultorio del Adulto mayor
- Pertenecentes a la comuna de Valparaíso

3.3.1 Unidad muestral

Para el estudio se determinó como unidad muestral al caso índice correspondiente a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requirente que cumplieron con los criterios de inclusión, pertenecientes al consultorio del Adulto mayor de la comuna de Valparaíso, durante el periodo comprendido entre el 1 de Septiembre de 2007 al 30 de Agosto de 2008

De ésta manera la muestra total (n) alcanzó la cifra de 32 pacientes y sus familias.

3.3.2 Antecedentes de la muestra

Se consideró para el presente estudios a la población de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 insulino requirente que iniciaron su tratamiento insulínico en el transcurso de 11 meses y 29 días, en el período comprendido entre el 1 de Septiembre del 2007 al 30 de Agosto del 2008, pertenecientes al consultorio del Adulto mayor de la comuna de Valparaíso. De esta población se considero como muestra a 32 pacientes diabéticos tipo 2 insulino requirentes y sus respectivas familias, a los cuales se les aplicó un instrumento tipo entrevista elaborado por las tesisistas.

3.4 Metodología de recolección de datos

3.4.1 Descripción del instrumento

“ESTRUCTURA DEL APOYO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

El instrumento consta de 29 preguntas divididas en cuatro ítems:

ITEM N° I Perfil del adulto mayor

Consta de 15 preguntas con alternativas numéricas, de acuerdo a la respuesta señalada por el usuario esta deberá anotarse en el cuadrado que se encuentra a la derecha de cada pregunta,

En la pregunta n° 4 si corresponde se deberá transcribir la información textual otorgada por el Adulto Mayor.

En la pregunta n° 6, nivel de instrucción, se considera enseñanza básica a los primeros 6 años de escolaridad básica aprobados más los 2 años siguientes de 1° y 2° de humanidades que equivaldrían a 7mo y 8vo.

Enseñanza media se considera desde 1° a 4° medio, o bien desde 3° a 6° de humanidades.

Enseñanza superior se considera cualquier estudio posterior a estos 12 años conformados por la básica y la media o las humanidades, ya sea en instituto superior, centro de formación técnica o universidad.

En la pregunta n° 10, se entiende por “uso del baño”, que el adulto mayor sea capaz de satisfacer su necesidad de eliminación vesical e intestinal usando el WC.

En la pregunta el n° 15, “hospitalizaciones durante el último año” se refiere a las veces en que el Adulto Mayor ha estado hospitalizado por descompensación de su enfermedad (Diabetes) durante el periodo comprendido de un año.

ITEM N° II Perfil de la familia

Preguntas enumeradas de la 16 a 18 de las cuales una es abierta, y se debe transcribir la información textual otorgada por el Adulto Mayor y dos de alternativa numéricas, anotando el número que corresponda.

En la pregunta n° 16 se deberá 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 etarios se utilizara la media. Si las edades de los integrantes son similares se utilizara el promedio de estas.

En la pregunta n° 17, “tipo de familia” está dirigida al encuestador, ya que debe ser inferida de la pregunta n° 16 “quienes compones su grupo familiar” el encuestador debe determinar el tipo de familia.

La pregunta n° 18, se refiere al nivel de instrucción más alto de algún familiar del Adulto Mayor con el cual vive; está dirigida al encuestador ya que debe ser inferida de la pregunta n° 16 que se refiere a la escolaridad de cada integrante del grupo familiar.

ITEM N° III Apoyo informal familiar

Preguntas enumeradas de la 19 a la 21

En la pregunta n° 21, “persona que más lo ayuda con su tratamiento insulínico” se refiere al familiar que protagoniza el cuidado del adulto mayor, es decir, es quien más le otorga el apoyo

ITEM N° IV Nivel de autonomía o dependencia en el manejo del tratamiento

Preguntas enumeradas de la 22 a la 29, corresponden a preguntas cerradas, anotando el número que corresponda, excepto la pregunta 25 en la cual se debe anotar la respuesta textual que mencione el Adulto Mayor.

En la pregunta n° 27, se entiende por “rotación de los sitios de punción” al cambio de las zonas de administración de la insulina, que debe realizarse según la técnica descrita en el marco teórico.

En la pregunta n° 29, se entiende por “ajuste de la dosis de insulina” a la variación de las unidades de insulina que debe administrarse según los resultados del Hemoglucotest.

3.4.2 Estudio de confiabilidad del instrumento

Para la investigación se utilizó un instrumento (ver anexo 3) elaborado por grupo de tesis el cual es un instrumento de tipo entrevista.

El instrumento fue confeccionado durante el mes de Agosto del año 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.

Se realizó una prueba del instrumento de recolección de datos a través de una entrevista mixta efectuada en el domicilio de los usuarios, previo se realizó el consentimiento informado vía telefónica, durante la semana del 29 de Septiembre al 3 de Octubre del 2008. La muestra estaba conformada por 5 usuarios, Adultos Mayores, de ambos sexos, a quienes previamente se les explicó y solicitó su consentimiento por vía telefónica.

Objetivos de la prueba de confiabilidad del instrumento:

- Determinar el tiempo promedio utilizado en la aplicación del cuestionario
- Identificar preguntas que puedan dar cabida a errores
- Determinar posibles dificultades en la aplicación del cuestionario
- Captar sugerencias y opiniones de los usuarios que participan en el estudio

En resumen la prueba permitió:

- Determinar el orden correcto de las preguntas
- Modificar aquellas preguntas que repetían su contenido
- Realizar las correcciones pertinentes llegando con esto al instrumento definitivo.

3.5 Organización del trabajo en terreno

Las tesistas, para la aplicación de los instrumentos, debían portar su delantal blanco e identificación, previo a esto se realizó un consentimiento informado vía telefónica al Adulto Mayor. En relación a los principios éticos, se aseguró la confidencialidad de los datos recopilados, manteniéndolo en un lugar seguro, en donde sólo las tesistas tienen acceso. Además en la recolección de los datos, las preguntas que generen dudas no serán explicadas, sino que se volverán a leer en forma pausada y con un tono acorde a la necesidad del entrevistado.

Para la aplicación del instrumento se realizó una visita domiciliaria, en la cual se empleó un tiempo máximo de 30 minutos para encontrar el domicilio y se estimó de un tiempo máximo de 20 minutos para la aplicación de la encuesta.

En caso de que el Adulto Mayor no se encuentre en su domicilio al momento de la aplicación del instrumento, se realizará una segunda visita domiciliaria. En caso de que la dirección no corresponda, no abran la puerta o que el Adulto Mayor en la segunda visita domiciliaria no se encuentre, se informará al consultorio y se realizará un nuevo sorteo con los Adulto Mayor que cumplan con los criterios de inclusión, con el fin de completar la muestra para el estudio.

A través de la aplicación del instrumento se logró determinar qué:

- La aplicación del cuestionario tendría una duración promedio de 20 minutos por persona, pudiendo ser menor o mayor este tiempo dependiendo de la capacidad del Adulto Mayor para comprender las preguntas y su disposición.

- Las preguntas realizadas en su mayoría eran atinentes a la información que se buscaba medir, no obstante fue necesario modificar algunas de estas, ya que se repetía la información y el orden.

- De acuerdo a la experiencia vivida durante la prueba del instrumento, se concluyó que las personas factibles de incluir en este estudio, podían presentar mayor tiempo con insulino terapia de lo que aparecía en la ficha con lo que quedaban excluidos de nuestro estudio.

Previo a la recolección de datos:

Se realizó el envío de una carta al Director de Consultorio de Adulto, la cual fue enviada al Hospital Eduardo Pereira para ser aprobada por el Director de esta institución.

Luego de ser autorizadas para trabajar en el Servicio de Atención secundaria, se fijaron las fechas y horarios para realizar la selección de usuarios y la recolección de datos de acuerdo con los criterios de inclusión definidos anteriormente.

Los datos fueron recolectados de las fichas clínicas de cada usuario, los días 24, 25 y 26 de septiembre de 14⁰⁰ a 16⁰⁰ hrs.

3.6 Criterio de análisis de datos

3.6.1 Vaciamiento de los datos

Unidad de análisis: Cada Adulto Mayor de que cumple con los criterios de inclusión para este estudio, que contesta la encuesta.

Para la tabulación de los datos obtenidos con la aplicación del instrumento, se utilizó Microsoft Office 2007, Programa Excel en el cual se ingresaron cada una de las variables con sus dimensiones y subdimensiones como por ejemplo: sexo femenino o masculino, mayores de 60 años, número del grupo familiar, mediana de edad de sus integrantes, persona significativa en el cuidado del Adulto Mayor, mecanismo de adquisición de la insulina, etc.

Programa de análisis de datos: Microsoft Office 2007, Programa Excel

3.6.2 Criterios para efectuar el análisis de la información

El análisis de este trabajo estuvo basado en el instrumento que se elaboró para los Adultos Mayores de 60 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requirentes, que comenzaron la terapia con insulina en el último año, domiciliados en la comuna de Valparaíso. Para dicho análisis se contó con criterios de evaluación que se detallan a continuación con su respectiva tabulación.

CAPÍTULO 4:
RESULTADOS

4.1 Análisis de Tablas y Gráficos

4.1.1 Resultados y análisis descriptivo

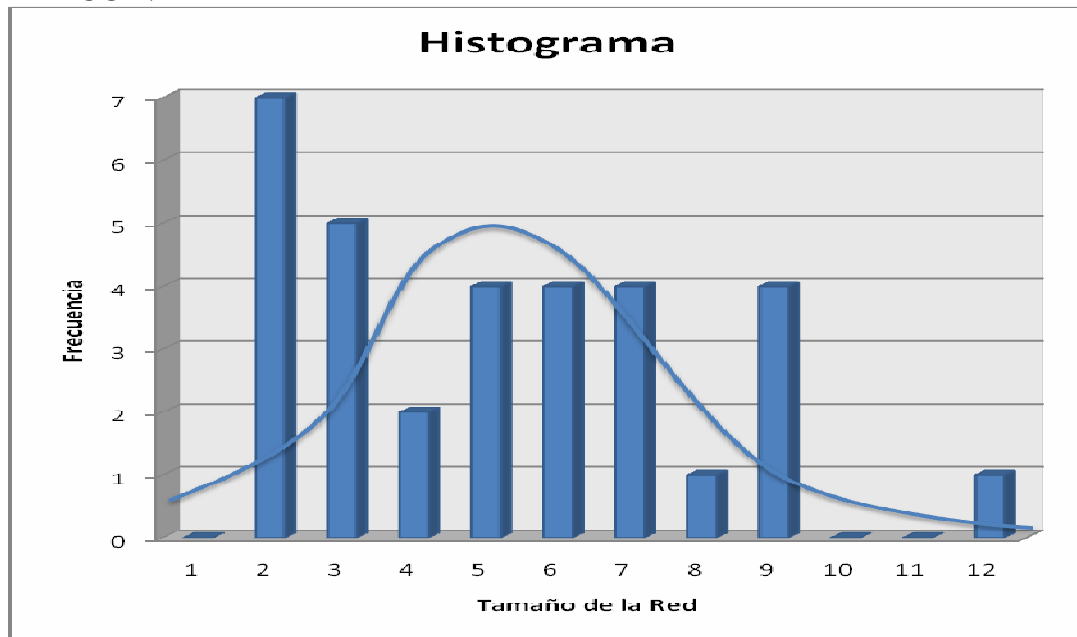
VARIABLE 1: Estructura del Apoyo Informal Familiar Del Adulto Mayor

TABLA N°1
Distribución Tamaño de la Red del Adulto Mayor

N	Válidos	32
	Perdidos	0
Media		5,16
Moda		2
Mínimo		2
Máximo		12

Número de elementos que componen la red	Frecuencia (número de adultos mayores que cuentan con este tamaño de red)	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2	7	21,9	21,9	21,9
3	5	15,6	15,6	37,5
4	2	6,3	6,3	43,8
5	4	12,5	12,5	56,3
6	4	12,5	12,5	68,8
7	4	12,5	12,5	81,3
8	1	3,1	3,1	84,4
9	4	12,5	12,5	96,9
12	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°1



La media de la red de apoyo de los Adultos Mayores de este estudio corresponde a 5.5 personas, lo que significa estar por encima del promedio para Chile, correspondiente a 1.5 personas. Es más, el 100% de los encuestados cuenta con una red conformada por más de 2 integrantes.

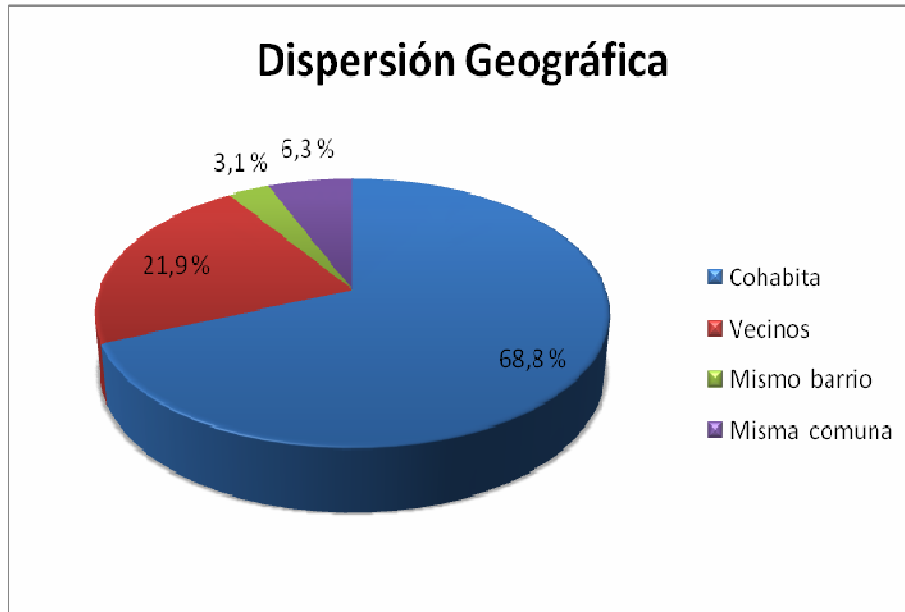
El 56.3% posee 5 o menos elementos en su red de apoyo familiar, siendo superior al promedio en el mismo grupo etario, 4.5 personas, en América Latina, España y México, e inferior al promedio de Argentina, según estudios sobre redes de apoyo en el Adulto Mayor.

Lo anterior significa que los adultos mayores de este estudio cuentan con una red de apoyo familiar numerosa, por lo que la familia constituiría un factor protector para ellos, en cuanto a la cantidad de apoyo que pueda brindarles en situaciones cotidianas o de mayor vulnerabilidad, como sería el inicio de la terapia con insulina.

TABLA N°2
Distribución Dispersión Geográfica Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cohabita	22	68,8	68,8	68,8
	Vecinos	7	21,9	21,9	90,7
	Mismo barrio	1	3,1	3,1	93,8
	Misma comuna	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°2

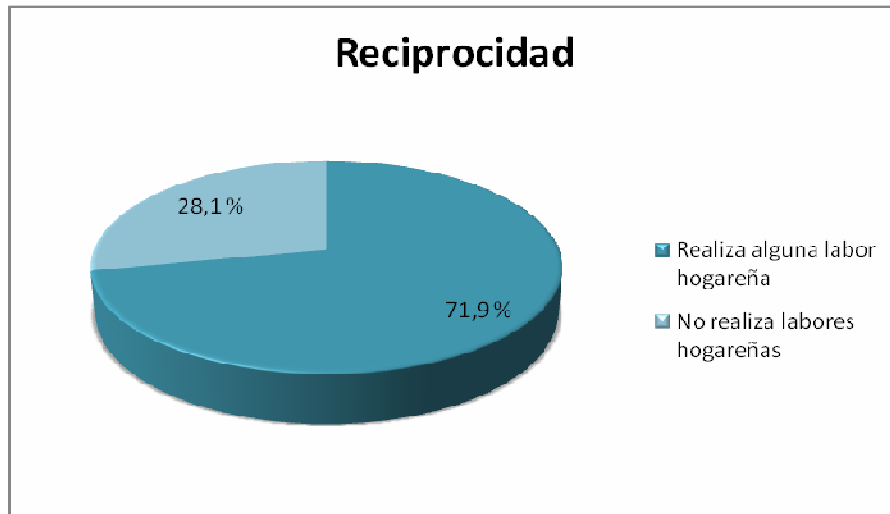


El 68.8% de los Adultos Mayores encuestados cohabita con alguna de sus redes de apoyo familiares y el 21,9 % cuenta con esta red como vecino. Lo anterior significa que existe una cercanía geográfica y rápido acceso para recurrir a la red en caso de necesitarla en un 90.7 % de los encuestados, por lo cual casi la totalidad de los Adultos Mayores de este estudio posee un apoyo familiar cercano donde obtener con facilidad ayuda en caso de necesitarla, constituyendo así un factor de protector en el inicio de la terapia con insulina.

TABLA N°3
Distribución de la Fuerza en sus Vínculos (Reciprocidad)

Actividades que realiza el Adulto Mayor.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ambos (cuidado de los nietos-labores hogareñas)	9	28,1	28,1	28,1
Cuidado de los nietos	2	6,3	6,3	34,4
Labores hogareñas	12	37,5	37,5	71,9
Ninguno	9	28,1	28,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°3

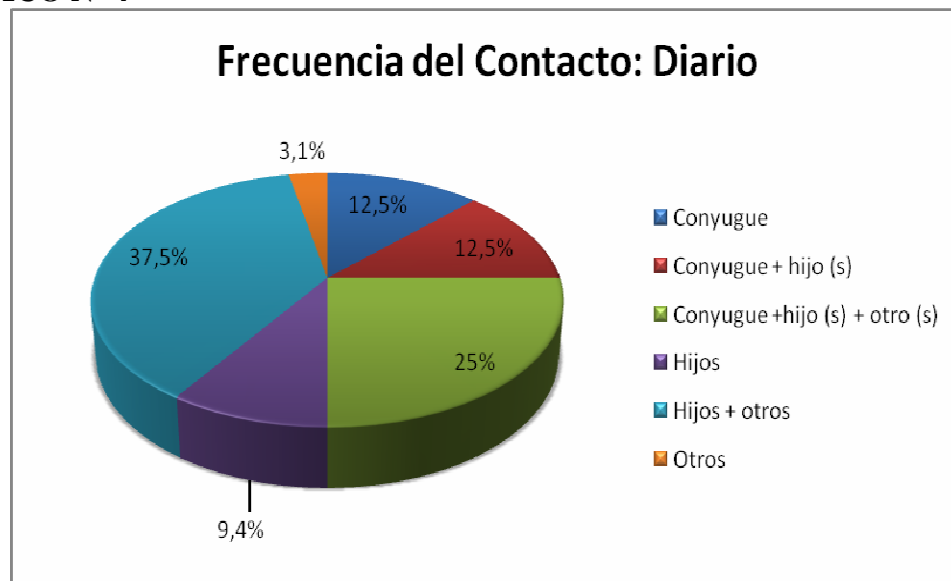


El 71.9% de los encuestados realiza alguna actividad de ayuda doméstica para sus familiares, mientras que sólo el 28.1% refiere no hacerlo. Del 100% el 37.5% brinda ayuda a través de la realización de labores hogareñas, el 6.3% lo hace cuidando a los nietos y el 28,1 % realiza ambas acciones. De lo anterior se desprende que la mayoría de los Adultos Mayores encuestados ayuda a algún familiar, resultando un apoyo recíproco. Se puede inferir que esto se debe en parte al promedio de edad de los Adultos Mayores, a su alta funcionalidad y a la cercanía geográfica con sus familiares.

TABLA N°4
Distribución Frecuencia del Contacto: Diario

Familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Conyugue	4	12,5	12,5	12,5
Conyugue + hijo (s)	4	12,5	12,5	25,0
Conyugue +hijo (s) + otro (s)	8	25,0	25,0	50,0
Hijos	3	9,4	9,4	59,4
Hijos + otros	12	37,5	37,5	96,9
Otros	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRAFICO N° 4

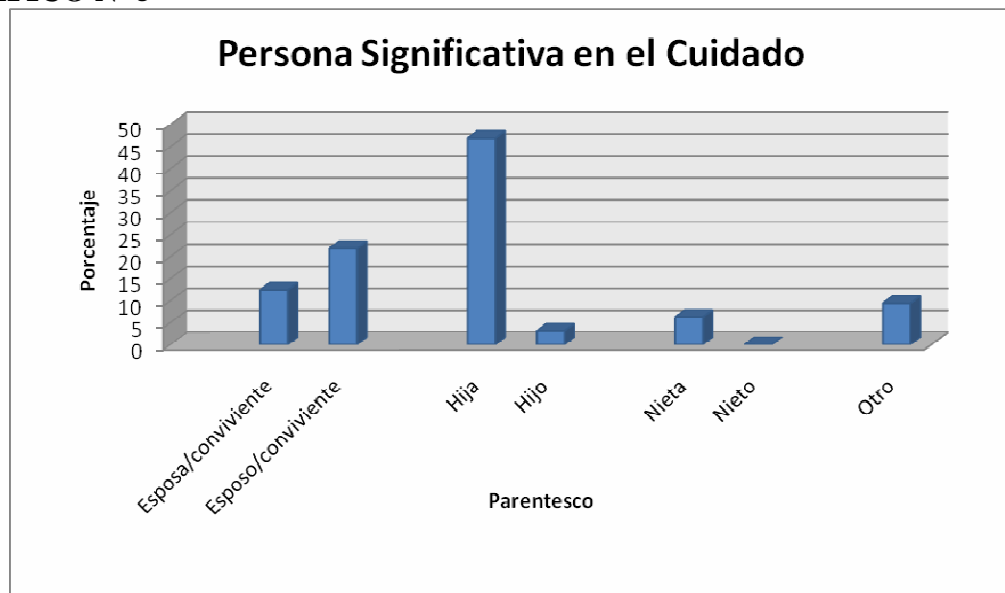


Respecto a la variable frecuencia del contacto se encontró que el 100% de los Adultos Mayores encuestados tiene un contacto en forma diaria por lo menos con el o los integrantes de su grupo familiar con quienes cohabita. Dentro de esta red de apoyo de contacto diario, en el 100% de los Adultos Mayores se encuentra la persona significativa en el cuidado para él. Lo anterior significa que las personas que inician el tratamiento insulínico de este estudio podrían solicitar fácilmente ayuda por parte del familiar más significativo en el cuidado para él, en caso de necesitarlo.

TABLA N° 5
Persona Significativa en el Cuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.

Persona significativa en el cuidado del Adulto Mayor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esposa/conviviente	4	12.5	12.5	12.5
	Esposo/conviviente	7	21.9	21.9	34.4
	Hija	15	46.9	46.9	81.3
	Hijo	1	3.1	3.1	84.4
	Nieta	2	6.3	6.3	90.7
	Nieto	0	0.0	0.0	90.7
	Otro	3	9.4	9.4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 5



El 100% de los cuidadores corresponden a familiares, lo que está por sobre el porcentaje de un estudio mexicano sobre redes de apoyo, donde la familia abarcaba el 82.9% del cuidado.

El 65.7% de los cuidadores corresponde a sexo femenino. Esto se encuentra bajo el porcentaje del mismo estudio, correspondiente al 84.3%.

El 34,4% de los Adultos Mayores recibe apoyo de su pareja y el 50% por parte de sus hijos.

A pesar de que el porcentaje de cuidadores esposos o convivientes es superior a de cuidadoras esposas o convivientes, 21,9 % por sobre 12,5%, esto no significa que según este estudio las parejas de sexo masculino cuiden más a sus mujeres, sino que se debe a que del 100% de Adultos Mayores encuestados el 81,25% pertenecen al sexo femenino.

El 46,9% de los cuidadores corresponde a hijas, lo que está bajo el promedio nacional, constituido por 64,3 %.

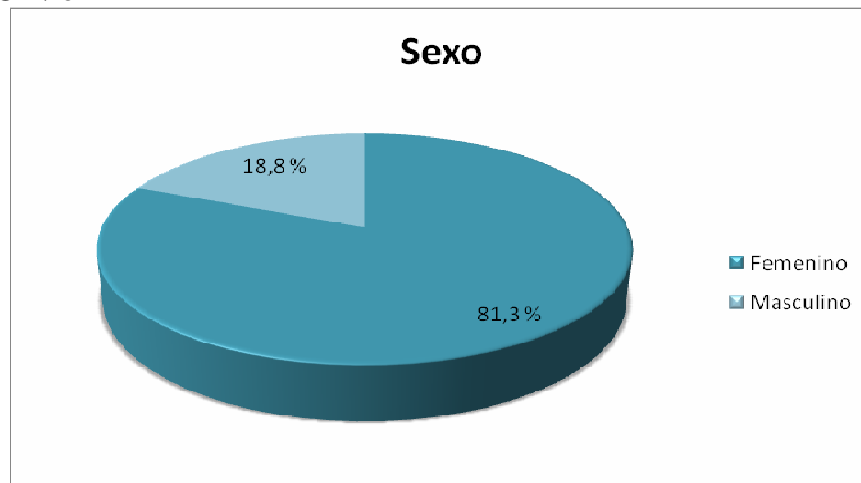
Lo anterior significa que para este estudio el cuidado recibido por los Adultos Mayores proviene exclusivamente de la familia, la que se constituye como la fuente de apoyo más importante, tal como aparece en diversos estudios sobre apoyo.

VARIABLE 2: Perfil Del Adulto Mayor

TABLA N°6
Distribución Según Sexo del Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	26	81,3	81,3	81,3
	Masculino	6	18,8	18,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°6

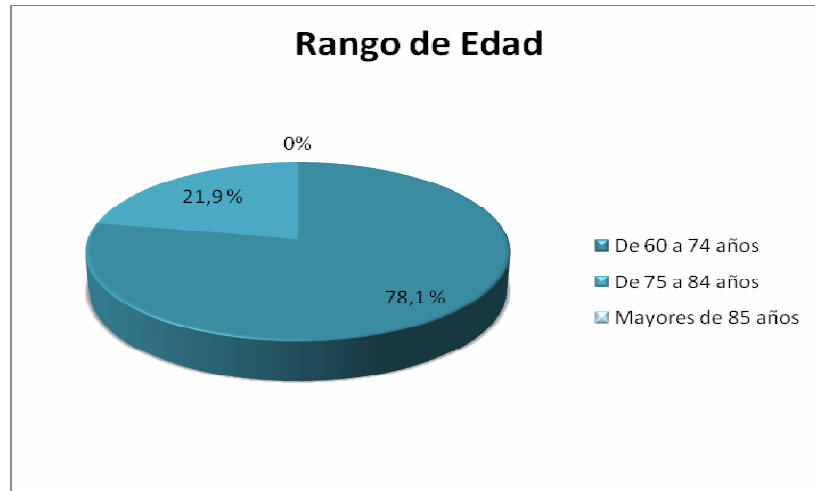


Los resultados del estudio arrojan que los Adultos Mayores que inician el tratamiento con insulina, son en su mayoría de sexo femenino con un 81,3%. Al considerar la población Adulta Mayor estimada al año 2008, se verifica que existe una mayor proporción de mujeres (55,87%) que de hombres (44,13%), superando en el caso de las mujeres el millón de ciudadanas y en el de los hombres los novecientos mil. En Valparaíso la población Adulta Mayor se distribuye en un 56,57% para las mujeres y un 43,43% para los hombres.

TABLA N°7
Distribución Según Rango de Edad del Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos De 60 a 74 años	25	78,1	78,1	78,1
De 75 a 84 años	7	21,9	21,9	100,0
Mayores de 85 años	0	0	0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°7



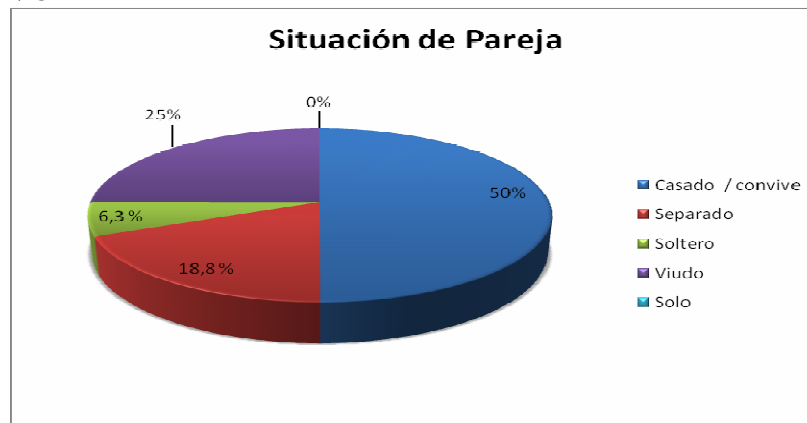
Se puede observar que el rango de edad predominante en los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra entre los 60 y 74 años de edad representando el 78,1% de la muestra. Los Adultos Mayores sobre los 85 años representan el 0% de la muestra, por lo que se puede inferir que al padecer esta enfermedad mueren más jóvenes.

Estos resultados concuerdan con la realidad nacional de los Adultos Mayores que se encuentran entre los 60 y 74 años de edad quienes representan el 70,14% de la población total. Los tramos de mayor edad representan una menor proporción, especialmente los mayores de 80 años con un 13,7% del total.

TABLA N°8
Distribución Según Situación de Pareja del Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado / convive	16	50,0	50,0	50,0
	Separado	6	18,8	18,8	68,8
	Soltero	2	6,3	6,3	75,0
	Viudo	8	25,0	25,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°8



Los resultados del estudio indican que los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, que se encuentran casados o conviven representan el 50% del total, lo que concuerda con la realidad nacional de la situación de pareja del Adultos Mayores la cual corresponde a un 57,2%.

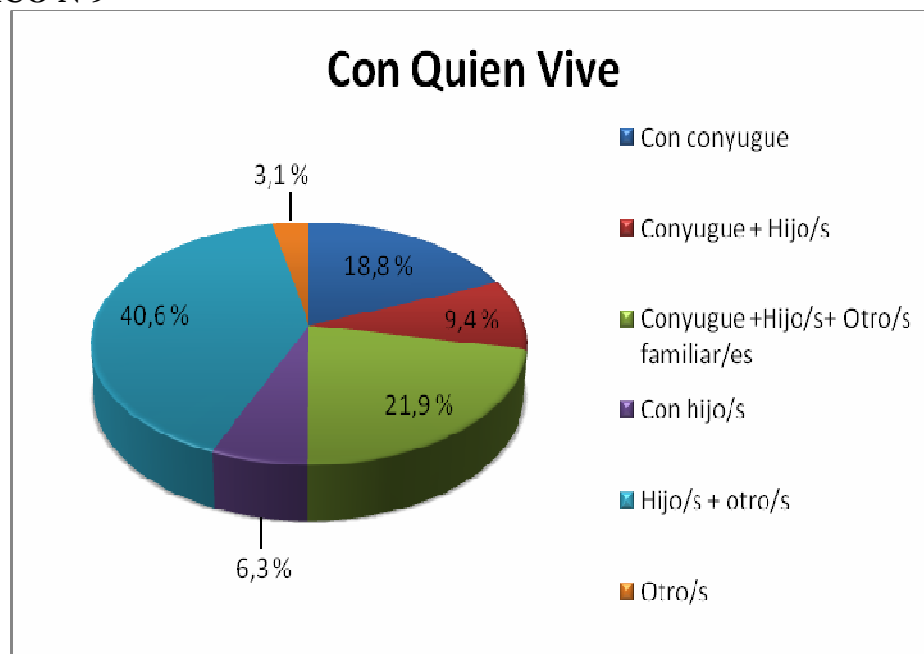
En segundo lugar se encuentran los Adultos Mayores viudos con un 25%, lo cual se ajusta a la realidad nacional de 24,94%, siendo esta situación mayor en mujeres.

Es importante destacar y como veremos en el siguiente gráfico, que aunque el porcentaje de Adultos Mayores separados representa el 18,8%, los resultados obtenidos nos indican que ninguno de estos vive en hogar unipersonal, resalta el fuerte vínculo que mantienen los padres con sus hijos aún en la etapa de madurez de estos, realidad que contrasta con otros países, en los cuales el abandono del hogar familiar por parte de sus hijos ocurre a temprana edad.

TABLA N°9
Distribución Según Con Quien Vive el Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Con conyugue	6	18,8	18,8	18,8
Conyugue + Hijo/s	3	9,4	9,4	28,2
Conyugue +Hijo/s+ Otro/s familiar/es	7	21,9	21,9	50,1
Con hijo/s	2	6,3	6,3	56,4
Hijo/s + otro/s	13	40,6	40,6	97
Otro/s	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°9



Se puede observar que la mayoría de los Adultos Mayores viven con sus hijos más otro(s), lo cual significa un importante apoyo tanto emocional como físico, lo que resultaría en un mayor éxito en el cumplimiento del tratamiento para el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2, especialmente durante el inicio del tratamiento que es

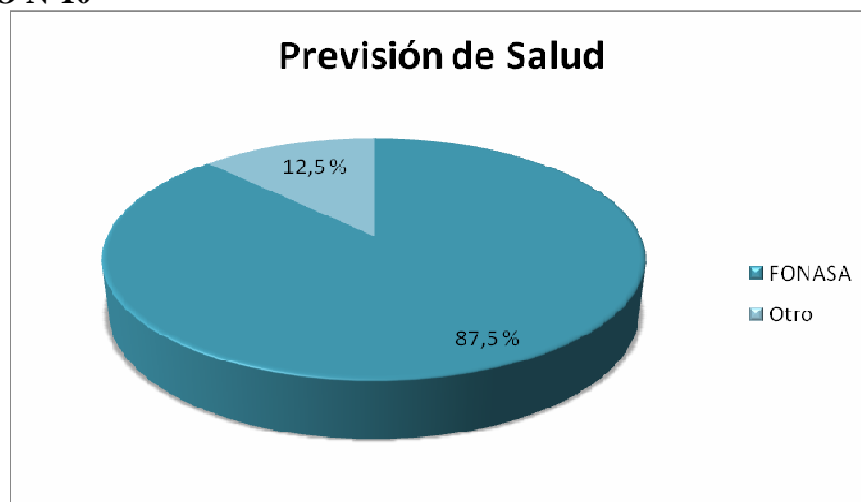
cuando más apoyo necesita para incorporar las destrezas y habilidades necesarias para la administración de insulina. En segundo lugar se encuentra la convivencia con la pareja, hijos más otros(a) con un 18,8% lo que resulta muy beneficioso para el Adulto Mayor por contar con el apoyo y contención emocional de la pareja.

Según las cifras de la Encuesta CASEN del año 2006 en nuestro país los hogares unipersonales representan el 8,7% del total de hogares; más del 50% de éstos corresponden a una persona mayor de 60 años. Estas cifras dan cuenta de las condiciones de soledad y desunión de la población Adulta Mayor a redes y vínculos de apoyo y contención socioeconómica y psicosocial como es la que se da primariamente dentro del hogar.

TABLA N°10
Distribución Según Previsión de Salud del Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos FONASA	28	87,5	87,5	87,5
Otro	4	12,5	12,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°10

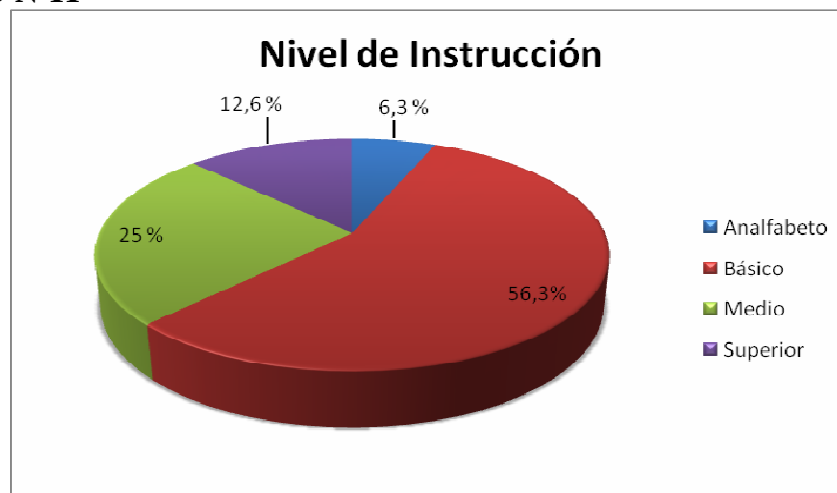


La gran mayoría de los Adultos Mayores se encuentran afiliados al sistema público de salud (FONASA) equivalente al 87,5%. A nivel nacional un 98% de las mujeres mayores de 60 años se encuentra cotizando en un sistema de salud. Entre estos el sistema público entrega una cobertura a un 88,3% de la población femenina y las ISAPRE u otro a un 5,3%; versus un 85% de cobertura pública y un 7% de cobertura de ISAPRE u otro en el caso de los hombres. El 12,5% de Adultos Mayores que no se encuentran afiliados a FONASA corresponden a CAPREDENA o no cuentan con previsión de salud.

TABLA N°11
Distribución Según Nivel de Instrucción del Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeto	2	6,3	6,3	6,3
	Básico incompleto	10	25,0	25,0	31,3
	Básico completo	8	31,3	31,3	62,5
	Medio incompleto	3	15,6	15,6	78,1
	Medio completo	5	9,4	9,4	87,5
	Superior incompleto	2	6,3	6,3	93,8
	Superior completo	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°11

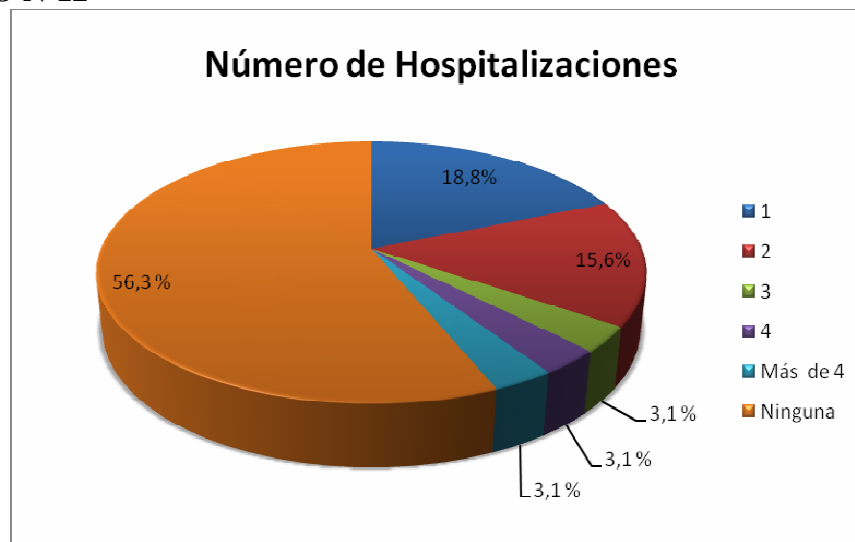


Se observa que un 56,3% de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 sólo presentan nivel de instrucción básica, en la medida que aumentan su edad disminuye su nivel de instrucción dado el escaso nivel de acceso a la educación primaria que caracterizó la primera mitad del siglo XX en nuestro país, la revisión de las tasas de analfabetismo entre la población mayor de 70 años resulta muy significativo. Según los últimos datos censales en Chile el 13,4% de los Adultos Mayores no sabe leer ni escribir, lo que significa una limitante muy importante para llevar a cabo un exitoso cumplimiento del tratamiento insulínico, es aquí donde el apoyo de la familia resulta muy necesario para el Adulto Mayor.

TABLA N°12
Distribución Según Número de Hospitalizaciones del Adulto Mayor por
Descompensación de la Diabetes Mellitus Tipo 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	6	18,8	18,8	18,8
	2	5	15,6	15,6	34,4
	3	1	3,1	3,1	37,5
	4	1	3,1	3,1	40,6
	Más de 4	1	3,1	3,1	43,8
	Ninguna	18	56,3	56,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°12

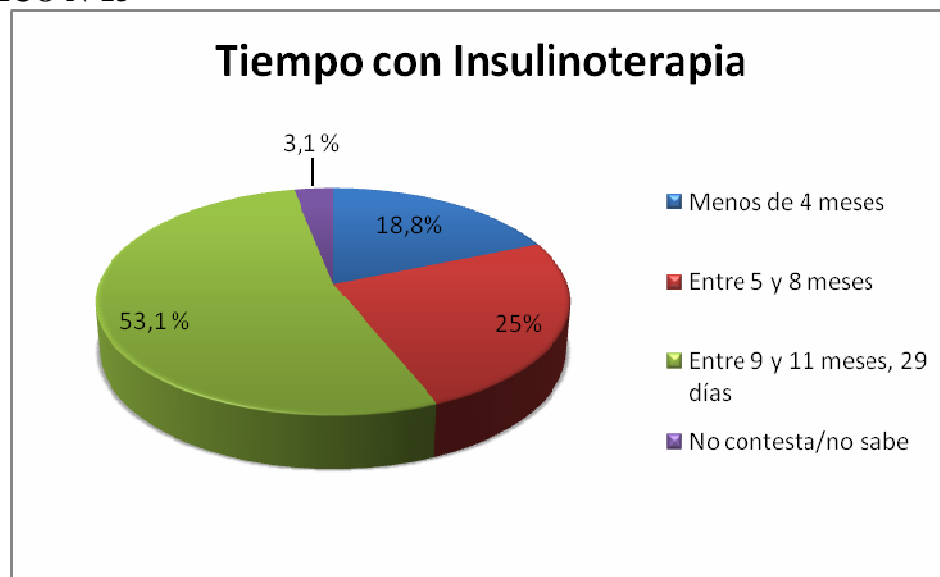


Como se observa la mayoría de los Adultos Mayores equivalente al 56,3% no ha presentado ninguna hospitalización el último año por causas asociadas a la Diabetes Mellitus, esto demuestra que el tratamiento con insulina ha sido bien llevado y que el apoyo hacia el paciente ha sido bueno, mientras que casi el 35% de los Adultos Mayores ha tenido entre 1 y 2 hospitalizaciones durante el último año.

TABLA N°13
Distribución del Tiempo con Insulinoterapia del Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 4 meses	6	18,8	18,8	18.8
	Entre 5 y 8 meses	8	25,0	25,0	43.8
	Entre 9 y 11 meses, 29 días	17	53,1	53,1	96.9
	No contesta/no sabe	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°13



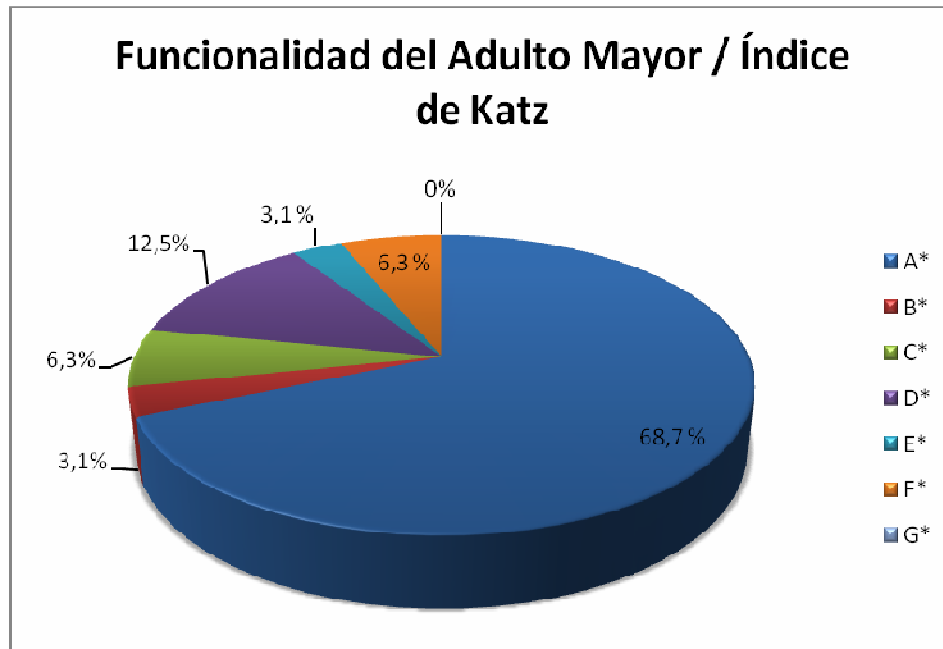
Los resultados del estudio indican que un 53,1% de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 inició la insulinoterapia entre 9 meses y 11 meses 29 días, esta cifra coincide muy de cerca con los que no han sido hospitalizados en el último año por descompensación diabética, lo que nos permite inferir que a mayor tiempo de insulinoterapia los Adultos Mayores en su mayoría junto con el apoyo de sus familias, logran un mejor manejo de su tratamiento insulínico y, en conjunto con la constante educación que debe recibir en cada visita a la Enfermera contribuyen a su bienestar.

TABLA N°14
Distribución Funcionalidad Del Adulto Mayor / Índice De Katz

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A*	22	68,7	68,7	68,7
	B*	1	3,1	3,1	71,9
	C*	2	6,3	6,3	78,1
	D*	4	12,5	12,5	90,6
	E*	1	3,1	3,1	93,8
	F*	2	6,3	6,3	100
	G*	0	0	0	
	Total	32	100	100	

A: independiente para todas las actividades; B*: independiente para todas las actividades, salvo en una; C*: independiente para todas las actividades, salvo en baño y otra más; D*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido y otra más; E*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido, el uso del retrete y otra más; F*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más; G*: dependiente en todas las actividades*

GRÁFICO N°14



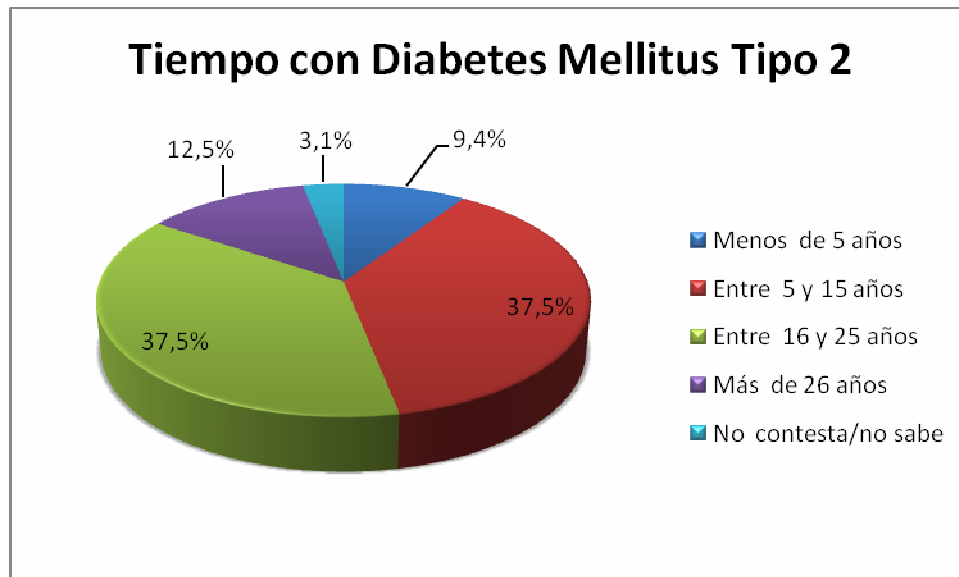
Según lo analizado el 68,7% de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 presenta Índice de Katz A, es sabido que la calidad de vida de los Adultos Mayores está altamente relacionado con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismos y participar en la vida familiar y social de manera plena y autónoma.

Luego se observa que un importante 12,5% de Adultos Mayores presenta índice de Katz D, esto puede explicarse debido a que según avanza la edad aumenta la prevalencia de discapacidad, lo que coincide con las edades de estos. Debido al aumento en la esperanza de vida de la población se espera que para el año 2010 un 38,6% de Adultos Mayores necesitaran un familiar o cuidador domiciliario.

TABLA N°15
Distribución del Tiempo con Diabetes Mellitus Tipo 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Menos de 5 años	3	9,4	9,4	9,4
Entre 5 y 15 años	12	37,5	37,5	46,9
Entre 16 y 25 años	12	37,5	37,5	84,4
Más de 26 años	4	12,5	12,5	96,9
No contesta/no sabe	1	3,1	3,1	100
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°15



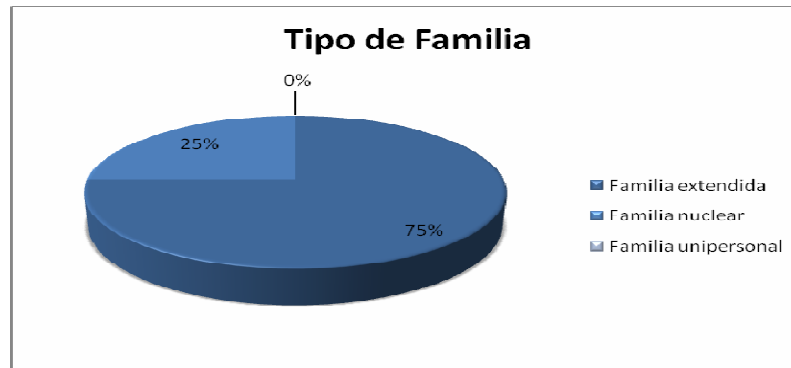
En relación al tiempo con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Adulto Mayor se encuentra que un 50 % lleva más de 15 años con esta patología, y sólo han iniciado su tratamiento con insulina hace 11 meses y 29 días, esto en su mayor parte favorecido por los nuevos tratamientos hipoglicemiantes orales, el apoyo familiar lo que implica un mejor manejo del tratamiento para el paciente diabético, la mayor educación recibida por el paciente por parte del equipo médico y las políticas del Ministerio de Salud, que ha permitido retrasar y controlar de mejor forma la morbilidad en el paciente Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.

VARIABLE 3: Perfil de la familia

TABLA N°16
Distribución Tipo de Familia del Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Extendida biparental	7	21,9	21,9	21,9
	Extendida monoparental	11	34,4	34,4	56,3
	Extendida simple	6	18,8	18,8	75,0
	Nuclear biparental	1	3,1	3,1	78,1
	Nuclear monoparental	1	3,1	3,1	81,3
	Nuclear simple	6	18,8	18,8	100,0
	Unipersonal	0	0	0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°16



En el gráfico se expresa que el 75,1 % de las familias participantes en el estudio corresponde a familias extendidas y que sólo el 25% son familias nucleares.

En Chile el porcentaje de familias extendidas corresponde a un 19,3% en el año 2006 y de estas, más de dos terceras partes (71,8%) corresponde a familias compuestas por hijos allegados a sus padres. Esto podría significar un mayor apoyo y preocupación mutua lo que favorece el apoyo emocional, afectivo e instrumental, lo cual constituye un factor protector para el Adulto Mayor.

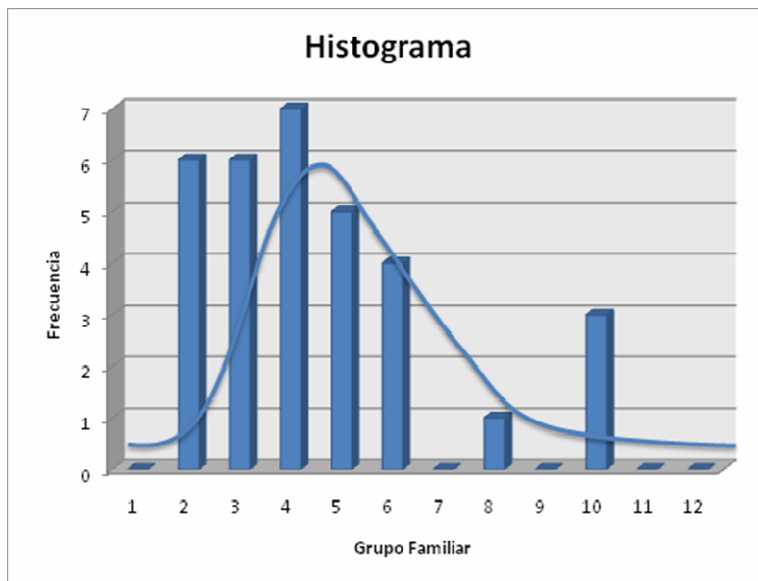
TABLA N°17
Distribución del Grupo Familiar del Adulto Mayor

Estadísticos

N	Válidos	32
	Perdidos	0
Media		4,53
Moda		4
Mínimo		2
Máximo		10

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	6	18,8	18,8	18,8
	3	6	18,8	18,8	37,5
	4	7	21,9	21,9	59,4
	5	5	15,6	15,6	75,0
	6	4	12,5	12,5	87,5
	8	1	3,1	3,1	90,6
	10	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°17



En este estudio se observa que la media de integrantes de las familias es de 4 personas encontrándose bajo el promedio nacional.

En Chile generalmente, tanto las familias nucleares como las extendidas han tendido a disminuir de tamaño: en el caso de las familias nucleares, desde 3.6 miembros en promedio en 1990 a 3.3 miembros en 2006; en el caso de las extendidas, de 5.9 miembros en promedio en 1990 a 5.5 miembros en 2006. En suma, el promedio de las familias extendidas están compuestas por 2 personas más que en las familias nucleares. Por lo cual se infiere que hay menos posibilidad de recibir apoyo si el número de integrantes de la familia es menor.

TABLA N°18
Mediana de Edad de los Integrantes de la Familia del Adulto Mayor

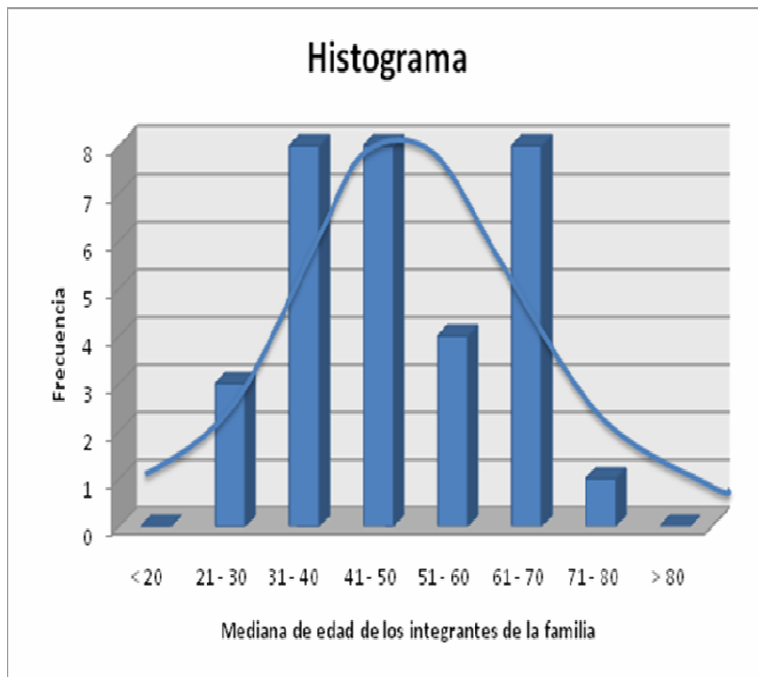
Estadísticos

N	Válidos	32
	Perdidos	0
Media		47,88
Moda		35(a)
Mínimo		25
Máximo		77

a. *Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos < 20	0	0	0	0
21 – 30	3	9,4	9,4	9,4
31 – 40	8	25	25	34,4
41 – 50	8	25	25	59,4
51 – 60	4	12,5	12,5	71,9
61 – 70	8	25	25	96,9
71 – 80	1	3,1	3,1	100,0
> 80	0	0	0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRAFICO N° 18



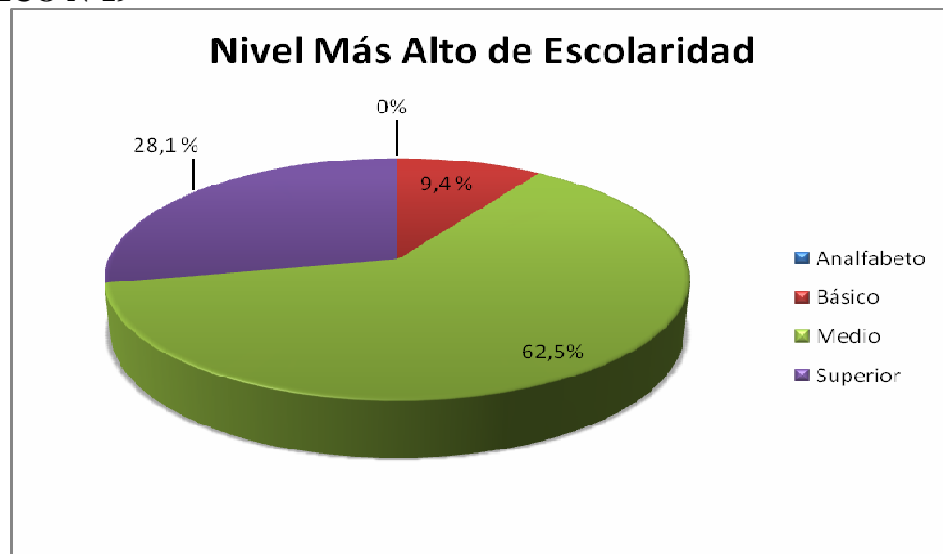
Media = 47,87
Desviación típica= 13,502
N= 32

La mediana de edad de las familias del Adulto Mayor corresponde a 47,87 años, esto se debe al envejecimiento progresivo de la población ya que, según el Censo de Población y Vivienda realizado el año 2002 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en todo el territorio nacional, el 11,4% son Adultos Mayores y la Región de Valparaíso en el 2005 presenta el mayor porcentaje de Adultos Mayores en Chile, que corresponde a 13%

TABLA N°19
Distribución Según Nivel Más Alto de Escolaridad de la Familia del Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeto	0	0	0	0
	Básico completo	3	9,4	9,4	9,4
	Medio completo	20	62,5	62,5	71,9
	Superior completo	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N°19



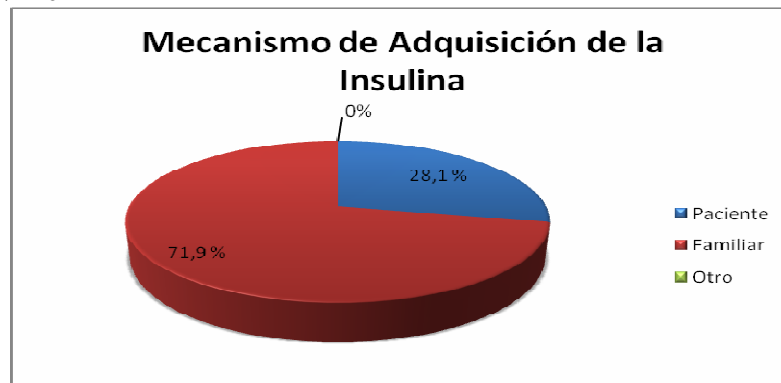
En este estudio se observa que el 62,5 % de las familias tienen su enseñanza media completa y el 28,1% enseñanza superior. En Chile los niveles de escolaridad de la población mayor de 18 años en el año 2006, corresponde a 10,2 años de estudios como promedio. Por lo que estas familias tienen un nivel de instrucción superior al promedio en Chile, lo cual podría favorecer la comprensión de la familia de las indicaciones de cuidados y tratamientos que debe tener el Adulto Mayor portador de Diabetes Mellitus tipo 2.

VARIABLE 4: Manejo de la insulinoterapia

TABLA N°20
Distribución del Mecanismo de Adquisición de Insulina

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Paciente solo	9	28,1	28,1	28,1
	Paciente con familiar	12	37,5	37,5	65,3
	Familiar solo	9	28,1	28,1	93,7
	Familiar con otro	2	6,3	6,3	100,0
	Otro	0	0	0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 20



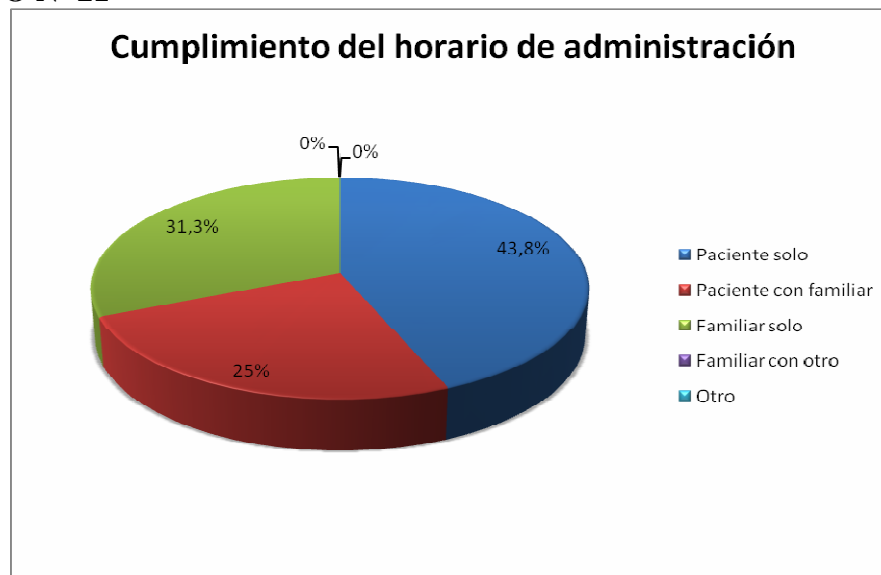
Se desprende de los gráficos que un 28,1% de los Adultos Mayores, son capaces de adquirir la insulina de forma independiente; es decir acuden solos a buscar la insulina al consultorio correspondiente, en contraste con un 71.9% que necesita de un familiar, ya sea para que lo acompañe a buscar la insulina o para que el familiar acuda solo a buscarla.

De estos datos se infiere que las familias son trascendentales en el tratamiento insulínico en este tipo de pacientes ya que por ser Adultos Mayores que se caracterizan por la pérdida de funcionalidad, se hace fundamental que cuenten con un familiar para que realicen esta actividad.

TABLA N° 21
Distribución del Cumplimiento del Horario de Administración del Tratamiento Insulínico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Paciente solo	14	43,8	43,8	43,8
	Paciente con familiar	8	25,0	25,0	68,8
	Familiar solo	10	31,3	31,3	100,0
	Familiar con otro	0	0	0	100,0
	Otro	0	0	0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 21



De los datos estadísticos se desprende que el 43,8% de los pacientes son capaces de recordar por si solos el horario de la administración de la insulina, sin embargo, también existe un alto porcentaje en donde los paciente necesitan de la intervención de un familiar, porcentaje que corresponde al 56.3% a los cuales un familiar debe recordar en qué momento les corresponde la administración de la insulina.

TABLA N° 22
Preparación del Tratamiento Insulínico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Paciente solo	13	40,6	40,6	40,6
	Paciente con familiar	7	21,9	21,9	62,5
	Familiar solo	10	31,3	31,3	93,8
	Familiar con otro	2	6,3	6,3	100,0
	Otro	0	0	0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 22

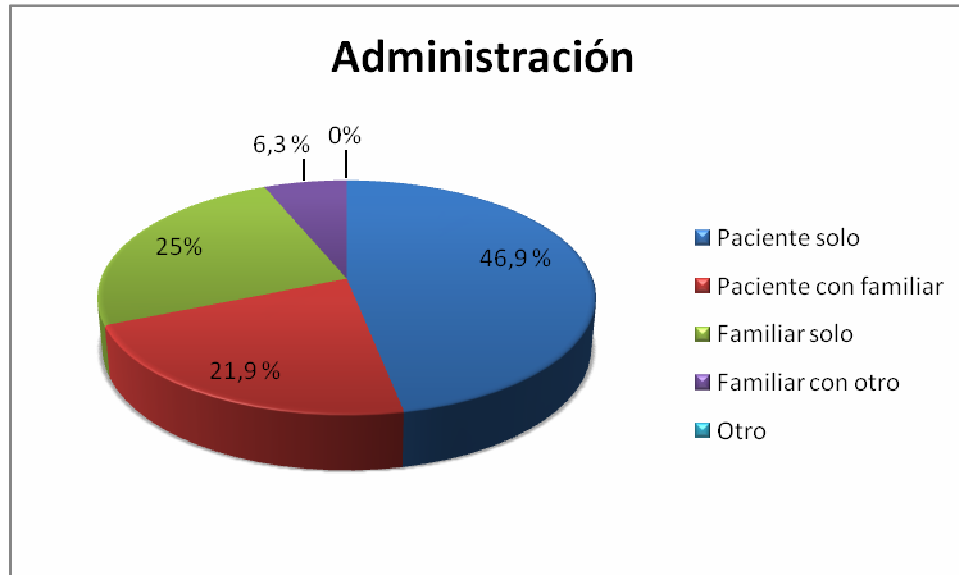


De los datos estadístico se desprende que el 40.6% que realizan esta actividad de manera independiente, son capaces de cargar las unidades de insulina correspondientes y realizar la mezcla de las insulinas en caso necesario, sin ayuda de terceras personas, en contraste con 59.5% de los pacientes que si requiere la ayuda de un familiar para realizar esta actividad, debido a las dificultades que se encuentra enfrentado, tales como la disminución de su agudeza visual y alteraciones en su motricidad, situaciones que dificultan la correcta carga de la jeringa y por consiguiente necesita que lo asistan en esta actividad.

TABLA N° 23
Distribución de la Administración Tratamiento Insulínico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Paciente solo	15	46,9	46,9	46,9
	Paciente con familiar	7	21,9	21,9	68,8
	Familiar solo	8	25,0	25,0	93,8
	Familiar con otro	2	6,3	6,3	100,0
	Otro	0	0	0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 23

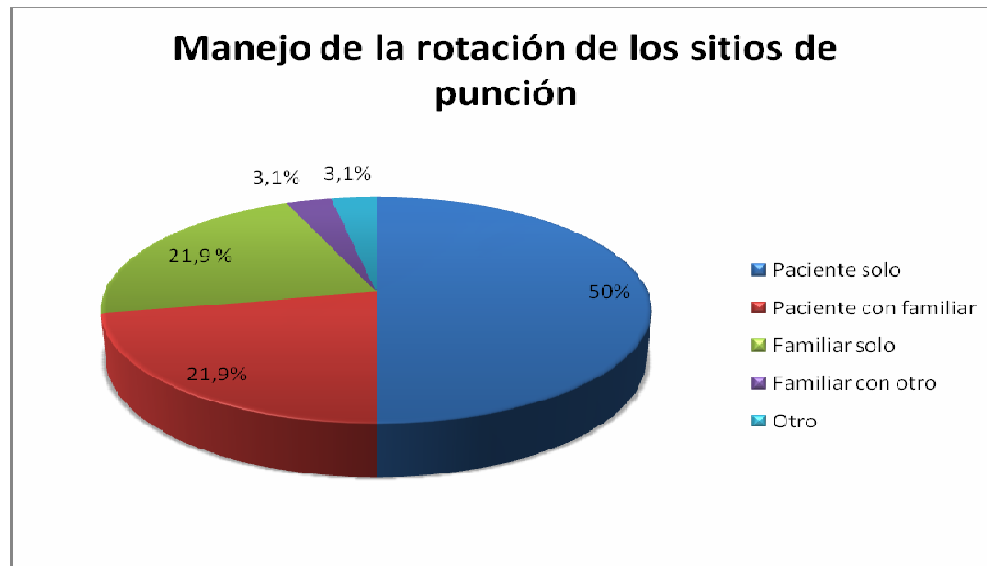


De acuerdo al gráfico se desprende que el 46.9% de los entrevistados pueden realizar esta actividad por sí solos, frente a un 53.2%, las cuales presentan alguna alteración ya sea motora o cognoscitiva, que le impide realizar esta actividad por sí mismos y necesita de un familiar que le administre la insulina.

TABLA N° 24
Distribución del Manejo de la Rotación de los Sitios de Punción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Paciente solo	16	50,0	50,0	50,0
Paciente con familiar	7	21,9	21,9	71,9
Familiar solo	7	21,9	21,9	93,8
Familiar con otro	1	3,1	3,1	96,9
Otro	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 24

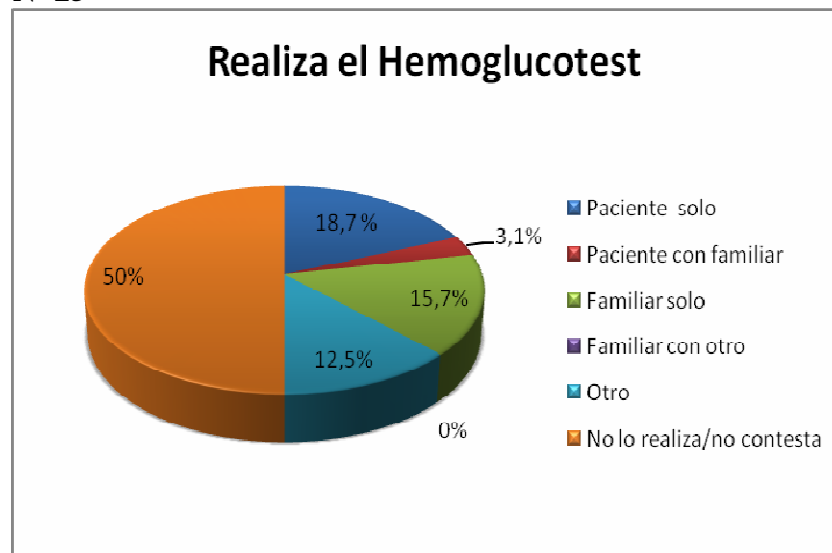


Se desprende de los datos estadísticos que un 50% de estos pacientes realiza la rotación de los sitios de punción de forma independiente, sin embargo el 50% restante requiere de otra persona o familiar, quien se encargue de recordar la rotación de los sitios punción en los cuales se administrara la insulina.

TABLA N° 25
Distribución de los Adultos Mayores que Realizan Hemoglucolest

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Paciente solo	6	18,7	18,7	18,7
Paciente con familiar	1	3,1	3,1	21,8
Familiar solo	5	15,7	15,7	37,5
Familiar con otro	0	0	0	37,5
Otro	4	12,5	12,5	50,0
No lo realiza/no contesta	16	50,0	50,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 25



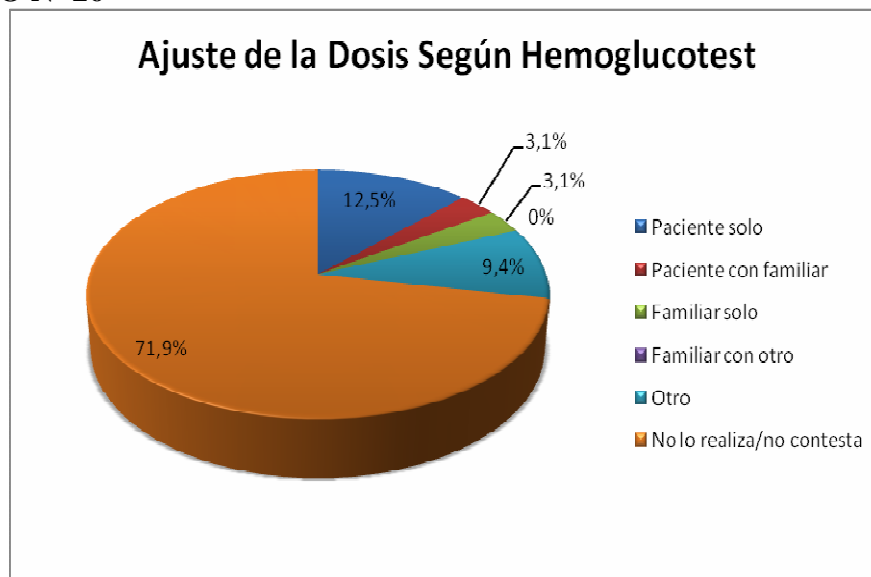
El 50% de estos pacientes no se realiza el Hemoglucolest durante la terapia, mientras que el 50% restante si se lo efectúa. De estos el 18.7% se lo practica de forma independiente sin ayuda de terceros, ya que cuentan con el Hemoglucolest. El 31.3% requiere de un familiar u otro quien le realice el test.

Del análisis de esta actividad se desprende que el 50% de los pacientes que no se realiza este procedimiento se debe a que muchos de ellos no cuentan con los recursos económicos para acceder y mantener el Hemoglucolest, sumado a la falta de apoyo por parte del consultorio ya que este no entrega la máquina de control para la glicemia.

TABLA N°26
Distribución de los Adultos Mayores que Ajustan la Dosis de Insulina Según Valor de Hemoglucotest

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Paciente solo	4	12,5	12,5	12,5
	Paciente con familiar	1	3,1	3,1	15,6
	Familiar solo	1	3,1	3,1	18,7
	Familiar con otro	0	0	0	18,7
	Otro	3	9,4	9,4	28,1
	No lo realiza/no contesta	23	71,9	71,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 26

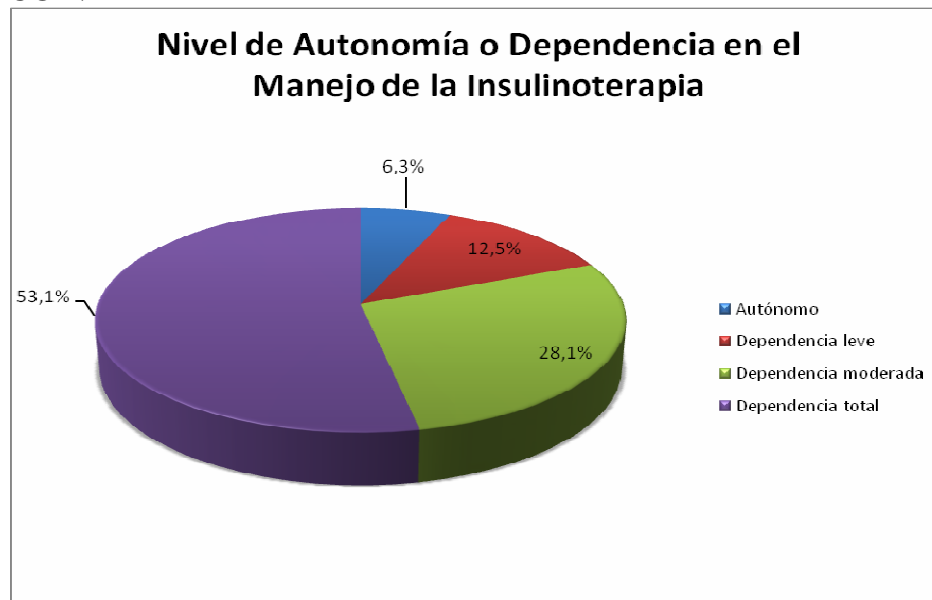


De los datos estadísticos se desprende que el 70.9% de los Adultos Mayores no se realiza o no responde respecto a la realización del ajuste de dosis según los resultados del Hemoglucotest, mientras que un 28.1% si se lo realiza ya sea de forma independiente o con ayuda de terceras personas.

TABLA N°27
Nivel de Autonomía o Dependencia en el Manejo de la Insulinoterapia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Autónomo	2	6,3	6,3	6,2
	Dependencia leve	4	12,5	12,5	18,7
	Dependencia moderada	9	28,1	28,1	46,8
	Dependencia total	17	53,1	53,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

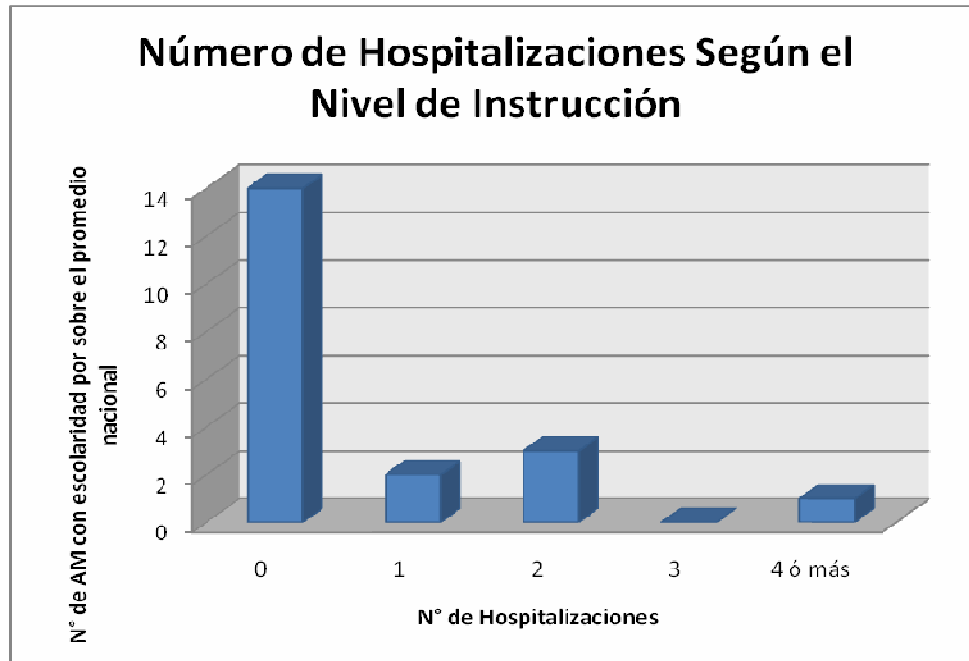
GRÁFICO N° 27



De los datos obtenidos podemos observar que sólo un 6,3% de los Adultos Mayores realiza su tratamiento insulínico en forma autónoma, de lo cual se desprende que el resto necesita de una u otra forma del apoyo de terceros, el que, como hemos visto en los gráficos anteriores, proviene principalmente de familiares.

Además se observa un 53,1% de Adultos Mayores que presentan dependencia total en cuanto a su tratamiento insulínico, siendo una cifra relevante para este estudio, ya que resalta la importancia del apoyo familiar en este tipo de pacientes para lograr un manejo eficiente del tratamiento lo que les permitirá mantenerse compensados.

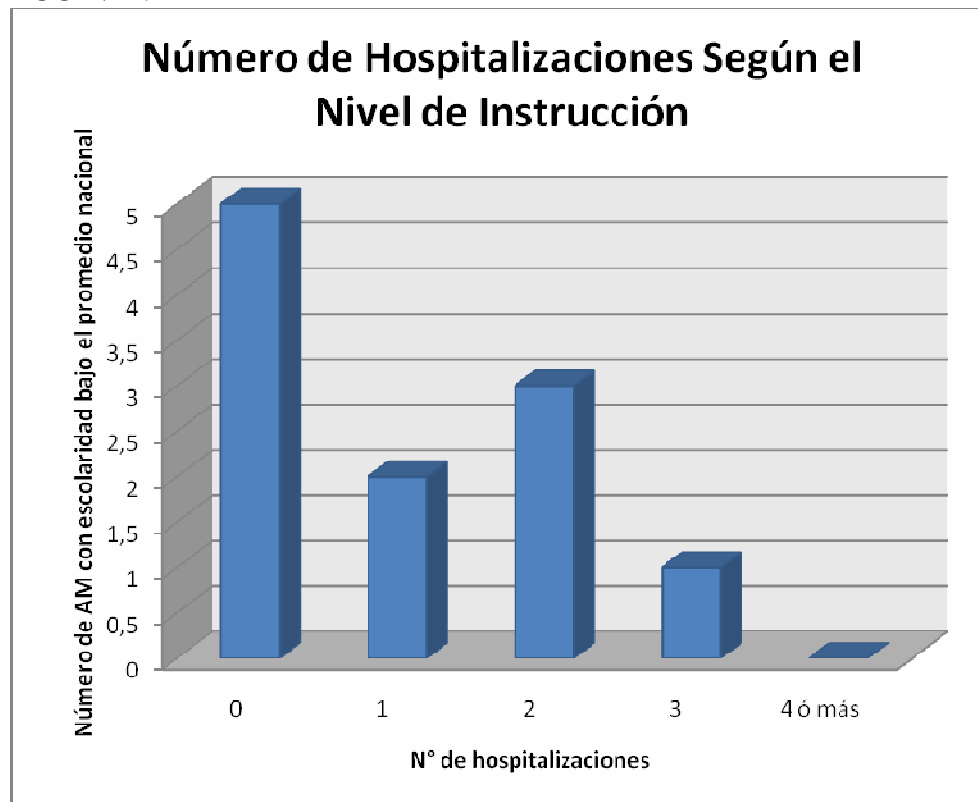
GRÁFICO N° 28



En el presente gráfico se observa que de los Adultos Mayores con escolaridad bajo el promedio nacional el 45,5% no ha presentado hospitalizaciones durante el último año, el 18,2% tuvo 1 hospitalización, el 27,3% 2 hospitalizaciones, el 9% ha tenido 3 hospitalizaciones y ninguno 4 ó más hospitalizaciones.

Se puede inferir entonces que el número de hospitalizaciones en el último año es menor en los Adultos Mayores con escolaridad por sobre el promedio nacional que en aquellos con baja escolaridad, por lo que podemos decir que el nivel de instrucción es un factor protector en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, tal como se explicó anteriormente. Por lo tanto, para aquellos Adultos Mayores de este estudio con más baja escolaridad resulta de vital importancia el apoyo familiar que reciban en cuanto al manejo de la enfermedad y a la terapia insulínica, para así evitar descompensaciones que puedan significarle una hospitalización, con los riesgos que esto conlleva para su salud. Es más, se infiere que para aquellos Adultos Mayores que debido a su escolaridad no puedan hacerse cargo de las indicaciones de su tratamiento, es necesario que otra persona los supla en este aspecto. Como se vio en este estudio, la persona que puede brindarle este apoyo resulta ser siempre un familiar, reforzando lo que anteriormente se dijo sobre la importancia de la familia como fuente de apoyo.

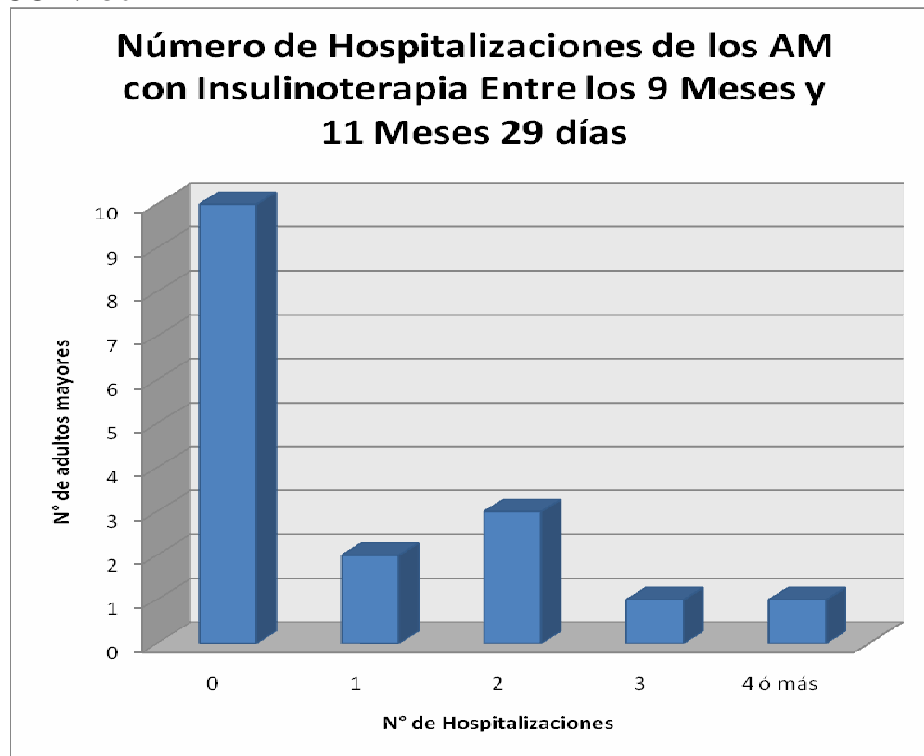
GRÁFICO N° 29



En el presente gráfico se observa que de los Adultos Mayores con escolaridad bajo el promedio nacional el 45,5% no ha presentado hospitalizaciones durante el último año, el 18,2% tuvo 1 hospitalización, el 27,3% 2 hospitalizaciones, el 9% ha tenido 3 hospitalizaciones y ninguno 4 ó más hospitalizaciones.

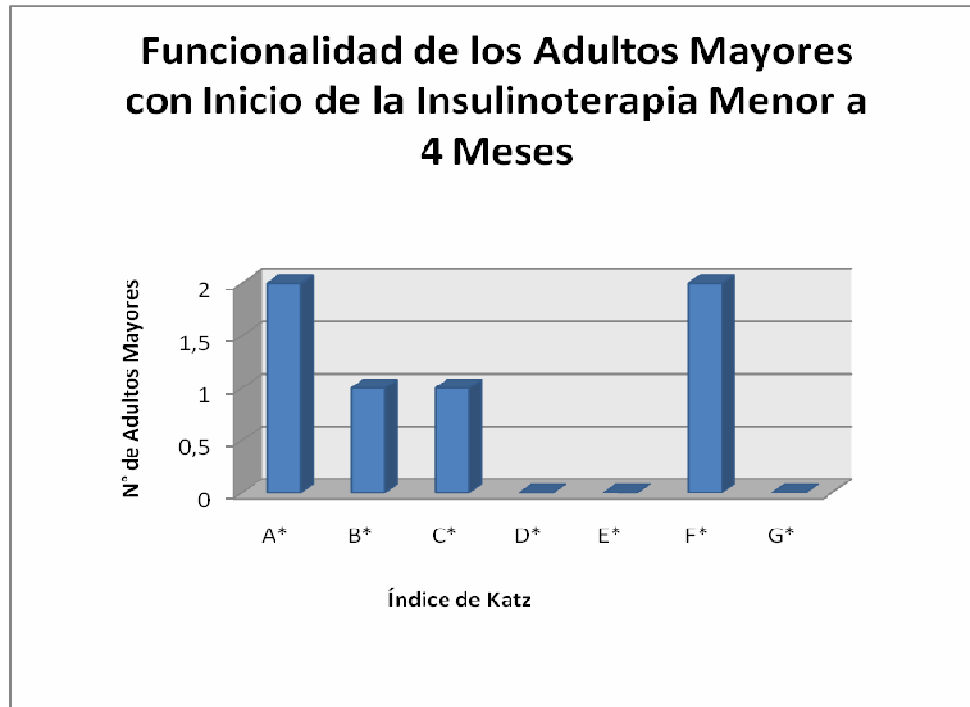
De esto se puede inferir que el número de hospitalizaciones en el último año es menor en los Adultos Mayores con escolaridad por sobre el promedio nacional con respecto a aquellos con baja escolaridad, por lo que podemos decir que la escolaridad es un factor protector en el manejo de la diabetes.

GRÁFICO N° 30



Del total de los Adultos Mayores que se encuentran con terapia de Insulina entre 9 meses y 11 meses 29 días, el 58,8% no ha presentado hospitalizaciones en el último año, el 11,7% ha presentado 1 hospitalización, el 17,6% ha presentado 2 hospitalizaciones, el 5,8% 3 hospitalizaciones y el 5,8% ha presentado 4 ó más hospitalizaciones. Se desprende que al igual que el total de los Adultos Mayores de este estudio la mayoría no ha presentado hospitalizaciones en el último año, por lo que se puede inferir que el apoyo que reciben los Adultos Mayores de este estudio es efectivo, ya que los ayuda a mantenerse compensados a pesar de haber iniciado un tratamiento complejo como lo es la insulinoterapia hace poco tiempo.

GRÁFICO N° 31



A: independiente para todas las actividades; B*: independiente para todas las actividades, salvo en una; C*: independiente para todas las actividades, salvo en baño y otra más; D*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido y otra más; E*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido, el uso del retrete y otra más; F*: independiente para todas las actividades, salvo en baño, vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más; G*: dependiente en todas las actividades*

Se observa que los Adultos Mayores con inicio de la insulinoterapia menor a 4 meses, el 33,3% presentan una alta funcionalidad, por lo que requeriría de apoyo solamente por parte de sus familiares para manejar efectivamente la terapia insulínica. El otro 33,3% presenta un grado mediano de limitación, por lo que necesitaría de mayor apoyo o suplencia para manejar la terapia. El 33,3% restante presenta un bajo grado de funcionalidad y alta dependencia por lo que en este grupo es de vital importancia el apoyo que reciban de terceros.

CAPÍTULO 5:

CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS Y RESUMEN

5.1 CONCLUSIÓN

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

En relación a la estructura del Apoyo Social Familiar del Adulto Mayor, el estudio reveló que el tamaño de la red de apoyo en un 100% corresponde a más de un integrante y que el promedio de ellos es de 6,3 integrantes por familia. En cuanto al grupo familiar, se encontró que está conformado en promedio por 4,53 integrantes, siendo un factor protector para el Adulto Mayor, quien por las características propias de su edad que le llevan a hacerse cada vez más dependiente, necesita del apoyo familiar para mantenerse compensado y alcanzar una buena calidad de vida.

En cuanto al desarrollo de su tratamiento, estas cifras significan que cada uno cuenta con la ayuda de un mayor número de familiares que el promedio nacional, lo que adquiere relevancia al ser la Diabetes Mellitus una patología crónica en donde la adhesividad al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico es central para retrasar o evitar las complicaciones de la misma.

En cuanto a la dispersión geográfica se encontró que la mayoría de los Adultos Mayores cohabita o son vecinos con sus familias, contrastando esto con lo ocurrido en países especialmente europeos donde el abandono del hogar de origen por parte de los hijos se produce a temprana edad. Por otra parte, podemos concluir que el Adulto Mayor ocupa un importante lugar dentro de su hogar ya que el 71,9% colabora tanto en labores domésticas como el cuidado de nietos, lo que significa que el apoyo es recíproco ya que el Adulto Mayor también le otorga ayuda a su familia, además la fuerza de los vínculos es muy importante y significativa ya que para el Adulto Mayor sentirse útil es medular para mantener su autoestima y permanecer activo; en la medida en que le brinda ayuda a su propia familia se prolongará su funcionalidad.

Por otro lado, le da un mayor espacio a la familia para realizar otras actividades, como la laboral mejorando la situación económica de ésta. Como sucede en el 100% del estudio el cuidador principal del Adulto Mayor es un familiar consanguíneo, correspondiente en un 65,7% a las hijas del Adulto Mayor, reflejando la trascendencia indiscutible de la familia como principal fuente de apoyo y dejando una vez más en evidencia el importante rol que cumple la mujer en la sociedad como primera cuidadora, a modo de extensión de la función maternal inherente al género y el hombre, en su mayoría, como el proveedor económico.

La frecuencia del contacto diario con el Adulto Mayor es de vital importancia para velar por su autocuidado y el consiguiente seguimiento del tratamiento insulínico, y específicamente, con el cuidador principal con quién el contacto es diario en el 100% de los casos, lo que significa que los Adultos Mayores de nuestro estudio cuentan con la aparente ayuda necesaria para mantenerse compensados en general el contacto diario sucede en un 62,5 % con el esposo, hija/o mas otros los cuales corresponder principalmente a los nietos, concordando con lo mencionado anteriormente acerca de la importancia que representa la familia para el Adulto Mayor.

El 81,3% de los Adultos Mayores de este estudio corresponde al sexo femenino, lo que concuerda con la bibliografía a cerca de la distribución por sexo de la población Adulta Mayor en Chile, además la distribución por edad corresponde al 78,1% de Adultos Mayores entre 60 y 74 años, encontrándose un 0% de Adultos Mayores de 85 años lo que concuerda con la actual esperanza de vida que tiene la población en Chile, en cuanto a sus familiares el 50% de estos se encuentra entre los 31 y 50 años lo que corresponde con la transición demográfica actual.

La situación de pareja observada en este estudio tampoco difiere mucho de la realidad nacional siendo esta cercana al 50% lo que significa un apoyo importante, no resulta menor señalar que una parte importante de las Adultos Mayores vive con hijos más otro familiar siendo estos generalmente los nietos y el 21,9% con el cónyuge, los hijos y nietos lo que corresponde a familias extendidas. Un 87,5 cuenta con previsión FONASA lo que le asegura una atención y control en salud periódico, especialmente en el Adulto Mayor diabético.

Un 56,3% posee nivel de educación básica y un 31,3% posee educación básica incompleta lo que concuerda con la bibliografía, además como es de esperarse las generaciones más jóvenes presentan niveles más altos de escolaridad siendo esta de un 62,5% para la educación media completa. Un 56,3% no ha sido hospitalizado durante el último año por causas asociadas a diabetes, lo que contrasta con un 3,1% que ha sido hospitalizado más de 4 veces por esta causa.

Con respecto al tiempo con insulino terapia se puede inferir que a mayor tiempo de iniciado el tratamiento se logra un mejor control y manejo, además de un mayor tiempo de educación por parte de la Enfermera con la cual el Adulto Mayor asiste a control.

Por ser la Diabetes Mellitus tipo 2 una enfermedad de larga data se encontró que la mayor parte de los participantes de este estudio la padecía desde entre hace 5 y 25 años.

La funcionalidad del Adulto Mayor está directamente relacionada con la capacidad para llevar a cabo un óptimo manejo del tratamiento y /o prevenir las complicaciones. En el estudio se encontró que la mayoría de los Adultos Mayores es independiente para realizar sus actividades de la vida diaria, sin embargo, se observó un gran nivel de dependencia en cuanto al manejo del tratamiento insulínico, ya sea para cumplir las diversas actividades que requiere el tratamiento como lo son a adquisición, preparación, administración, rotación de los sitios de punción, etc., por lo que se hace de vital importancia contar con la ayuda de algún familiar. Además es necesario destacar que gran parte no se realiza el Hemoglucotest y de los que si lo realizan, muy pocos ajustan la dosis de insulina según los niveles de glicemia, según esto podemos inferir que es en gran medida por la falta de recursos económicos.

El rol del profesional de Enfermería se basa en el cuidado de las personas y sus familias, lo que recobra mayor importancia en el contexto de la reforma de salud actual, donde la atención en nivel primario de hace de vital importancia en la educación, promoción y prevención especialmente de las enfermedades crónicas no transmisibles que generan una alta discapacidad.

Especialmente la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Adulto mayor requiere cambios en el estilo de vida de este donde el apoyo de la familia toma un papel central. Es responsabilidad del profesional de Enfermería entregar las herramientas necesarias a las familias que ayuden a bienestar de todos sus integrantes.

5.2 Recomendaciones o sugerencias

Luego de realizar este estudio sobre el “APOYO SOCIAL FAMILIAR PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DIABÉTICO QUE INICIA EL TRATAMIENTO CON INSULINA” se hacen las siguientes recomendaciones:

- Se debe reconocer la importancia de la familia y el apoyo que ésta brinda cuando un integrante porta patologías crónicas, ya que cuando el paciente no tiene las capacidades cognitivas o físicas para hacerse cargo de su tratamiento, puede sufrir las complicaciones propias de la enfermedad empeorando su calidad de vida.
- Es necesario reconocer la trascendencia de lo dispuesto en la Reforma de Salud y GES (Garantías Explícitas en Salud) en relación a la Guía Clínica de Diabetes Mellitus 2, acerca de la importancia de que el servicio cuente con los recursos materiales y humanos para mantener al paciente compensado.
- El profesional de Enfermería debe comprender la relevancia de la educación con respecto al manejo del tratamiento con insulina y al refuerzo de ésta, no sólo al usuario, sino también a su familia, debido a que ésta se transforma en el pilar fundamental dentro del tratamiento al brindar apoyo cuando las limitaciones producidas por la enfermedad impiden que el Adulto Mayor lo lleve a cabo por sí solo.
- Es importante que el equipo de salud realice un seguimiento con visitas domiciliarias a fin de evaluar la realidad en la cual se encuentra inserto el Adulto Mayor, su nivel de autonomía y vulnerabilidad, además de la efectividad de la red de apoyo familiar.
- Motivar al profesional y a los alumnos de pregrado de Enfermería a la realización de investigaciones que profundicen en el tema del “Apoyo Familiar en los Adultos Mayores”, ya que éste grupo etáreo crece progresivamente y se transforma en una población con mayor relevancia para la sociedad debido a su mayor vulnerabilidad.

5.3 Resumen

Objetivo:

Describir la estructura del apoyo familiar en el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2, que inicia el tratamiento insulínico.

Estudio descriptivo. Población Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 que iniciaron su tratamiento insulínico, pertenecientes al Consultorio del Adulto de la Comuna de Valparaíso. Se consideró como muestra a 32 pacientes a los cuales se les aplicó un instrumento tipo entrevista.

El estudio reveló que el tamaño de la red de apoyo en un 100% está compuesta por más de un integrante y que el promedio corresponde a 6,3 por familia, siendo esto un factor protector para el Adulto Mayor en su tratamiento. Destaca además que la mayoría de los Adultos Mayores cohabitan o son vecinos con sus familias, por lo cual la frecuencia de contacto es diaria y corresponde al 62.5% con el esposo, hijo o nieto el cual lo asiste en actividades tales como adquisición de la insulina, supervisión en la carga, mezcla y administración principalmente. Respecto al manejo de su tratamiento y en relación con el apoyo que le brinda la familia es que un 56,3% no ha sido hospitalizado durante el último año a causa de la diabetes resultado de una buena adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Adulto Mayor diabético. Apoyo familiar.

LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- ANIORTE, NICANOR. (Licenciado en Enfermería). Red de Enfermería de América Latina. Boletín Julio 2003 Artículo: El Proceso de Envejecimiento. Papel de la Enfermera ante las Necesidades del Anciano - Fuente: Enfermería y Salud (11-Junio-2001) Página personal de N. Aniorde (18-Junio-2001) [en línea] <<http://real.enfermeria.uanl.mx/boletin-julio-2003-2.html>> [consulta: 15 Abril 2008]
- 2.- GARCÍA A. Y Col. José. Dependencia y vejez. Una aproximación a un debate social. Universidad de Murcia. Editorial ARÁN. Madrid, España 2006. pag. 29
- 3.- MORALES I. VILLALÓN J y Col. Chile y los adultos mayores impacto en la sociedad del 2000. [En línea] <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf> [consulta: 10 marzo 2008]
- 4.- MORENO E, MILES J. Catastro de población adulta. Adultos mayores por regiones, comunas y porcentajes (documento de trabajo). Servicio nacional del adulto mayor. Ministerio Secretaría General Presidencia de la República de Chile. Fuente Instituto Nacional de Estadística INE [en línea] <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf> [consulta: 10 marzo 2008]
- 5.- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. [en línea] <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16062DocumentNo4072.PDF>> [consulta. 10 Mayo 2008]
- 6.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N°XX, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006.
- 7.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 1. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- 8.- CARMENA R. Catedrático de Medicina, Universidad de Valencia. Jefe del Servicio de Endocrinología y nutrición. Hospital Clínico Universitario, Valencia. Complejidad de la diabetes Mellitus tipo 2. Capítulo 6. [En línea] <[http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/a419b540aa008c95c1256e990038d5b2/\\$FILE/cap06.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/a419b540aa008c95c1256e990038d5b2/$FILE/cap06.pdf)> [consulta: 18 mayo 2008]

- 9.- ANGUITA DE SANTARSIERO F. Tercera Edad en el siglo XXI, sus desafíos. Curso: Asistente Geriátrico. Curso Verano Dic. 2001 / Mar. 2002. REDBA - RED ASISTENCIAL DE BUENOS AIRES. [En línea] <<http://www.redba.com.ar/Monografias/anguita.htm>> [consulta: 15 Abril 2008]
- 10.- KANE R, OUSLANDER J. y Col. Geriatria Clínica 3^a edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. p 313 -341
- 11.- SANHUEZA PARRA M, CASTRO SALAS M y MERINO ESCOBAR J. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc. enferm. dic. 2005, vol.11, no.2, p.17-21. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. [Consulta: 15 Octubre 2007]
- 12.- MARÍN LARRAÍN P. Y COL. Manual de Geriatria y Gerontología año 2000. Programa de Geriatria y Gerontología Departamento de Medicina Interna Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile Centro de Geriatria y Gerontología PUC, Chile [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>> [consulta: 15 Mayo 2008]
- 13.- ANÓNIMO. Acerca de la insulina. [En línea] <<http://www.diabetes.org/espanol/diabetes-tipo-2/insulina.jsp>> [consulta: 10 Abril 2008]
- 14.- REYES SABORIT A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes Con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003. Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. Ciudad Habana, 12 de Noviembre del 2003 [en línea] <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>> [consulta: 29 Marzo 2008]
- 15.- CASTANEDO PFEIFFER C. y Col. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Capítulo N° 1. [En línea] <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ballesteros-temas-01.pdf>> [consulta: 8 Junio 2008]
- 16.- DA SILVA I, y Col. Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. Rev Latino-am Enfermagem 2008 marzo-abril; 16(2). [En línea] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf> [consulta: 15 mayo 2008]

17.- COMITÉ NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR. GOBIERNO DE CHILE.
Política nacional para el adulto mayor. [En línea]

<http://www.cepal.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf> [consulta: 30 Abril 2008]

18.- GUZMÁN J.M, HUENCHUAN S. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003 [En línea]
<http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf>
[consulta: 10 Mayo 2008]

19.- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. GOBIERNO DE CHILE. Encuesta Casen evidencia importantes cambios en las familias chilenas. [En línea]
<<http://www.mideplan.cl/final/noticia.php?idnot=1463>> [consulta: 01 Octubre 2008]

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. ALFARO G. y col. Perfil de la Familia del Diabético: Características Sociodemográficas y Clínicas. ArchMedFam 2002; 4(3): 95-98. [En línea] <[http://www. Geocities.com/archmedfam/4-3/famdiab.pdf](http://www.Geocities.com/archmedfam/4-3/famdiab.pdf)> [consulta: 15 Abril 2008].
2. ALVAREZ MERAZ D. Evaluación del Apoyo Familiar, Conocimiento sobre Diabetes Mellitus, Dieta su Adherencia y su Relación con el Control Glicémico en Pacientes con Diabetes, 2005. [En línea] < http://www.digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/PDF> [consulta:22 Julio 2008]
3. ARANDA, C. y col. Depresión y Redes Sociales de Apoyo en el Adulto Mayor Institucionalizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna; 28(2): 69-74; 2001.
4. ARECHAVALA MANTULLIZ C. y CASTILLO. M “Validación de una Escala de Apoyo Social Percibido en un Grupo de Adulto Mayores Adscritos un Programa de Hipertensión de la Región Metropolitana” Ciencia de Enfermería. [Online].Junio.2002, Vol.8 N° 1, p49-55. [En línea] <http://www.scielo.cl/cielo.php?script=sci_arttex&pid=S0717-95532002000100007&Ing=es&nrm=iso>.ISSN0717-9553. [consulta : 24 de Abril de 2008]
5. ARIZA, E y col. Factores Asociados al Control Metabólico en Pacientes Diabéticos tipo 2 en Salud Uninorte, Barranquilla, 2005; 21:28-40 [En línea] <http://www.ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/4_factores%20asociados%20%control%metabolico.pdf>.[Consulta: 16 de Abril de 2008]
6. Asociación Americana de Diabetes “Apoyo familiar para el Difícil Manejo de la Diabetes Mellitus 2 Durante las Temporadas de Fiestas” Noviembre del 2006. [En línea] <<http://www.diabetes.org/tipe-2diabetes/stress.jsp>>.[Consulta: 21 de Abril de 2008]
7. AVILA, C. Situación Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile, 2007 [en línea] <<http://www.maedwave.cl/enfermeria/enfgeriatrica/1/1.act>> [consulta: 12 Agosto 2008]

8. CASEN 2003. Estudio Evidencia Importantes Cambios en las Familias Chilenas [en línea]
<http://www.chile.com/tpl/articulo/detalle/print.tpl?cod_articulo=92980>
[consulta: 15 Mayo 2008]
9. CLEMENTE. M.A. “Rede Sociales de Apoyo en Relación al Proceso de Envejecimiento humano” Revisión Bibliografía Interdisciplinaria. Vol.20, (1): 31-60, Buenos Aires, 2003.
10. CONCHA, S.y MARINA, L. Modelo Psicopsocial y Envejecimiento, Análisis y Reflexividad y Posibilidades y Políticas de la Tercera Edad. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. N°4, Noviembre, 2004. [En línea]
<<http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/tocmpleta/0,1371,SCID253d14190%2526ISID%253D498,00.html>> [Consulta: 02 de Octubre de 2007]
11. DOMENECH, D. Atención Integral a la Salud, 2002 [en línea]
<<http://www.eldiariomedico.com.uy/22%20de%20febrero%202008/2.html>>
[consulta: 13 Junio 2008]
12. Dr. IRIGOYEN-CORIA. A. y col. “El Anciano y su Familia. Pan-American Family Medine Clinics. (Vol.1):10-15,2006. [En línea]
<<http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012006/vol012006.pdf>> [consulta : 18 de Abril de 2008].
13. ESCUELA DE MEDICINA. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor.PUC, 2000 [En línea]
<<http://www.escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>> [consulta: 18 Abril 2008]
14. FADDA G. y Col. Valparaíso: una Ciudad Amigable con el Adulto Mayor. Rev Mad. N° 16, mayo de 2007. Pp. 65-78 [en línea]
<http://www.revistamad.uchile.cl/16/fadda_05.pdf> [15 Abril 2008]
15. FLORENZANO, R. Familia y Salud en los Jóvenes. Santiago, Chile Ediciones Universidad Católica de Chile. 1995.

16. Fundación “Cáritas” para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P FUNBAM-México DF, año 2005. Guía de Aprendizaje no Formal para Adultos Mayores. Redes de las Redes sociales de Apoyo de los Adultos Mayores. [En línea] <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redes_Adulto_mayor.pdf> [consulta: 25 Marzo 2008]
17. FUNDORA, M. Diabetes Mellitus: La Crónica de la Historia en: Historia de la Medicina y la Enfermería, Endocrinología y Nutrición. Revista Electrónica Portales Médicos. 2007 [En línea] <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/553/1/Diabetes-mellitus-la-cronica-de-la-historia.html>> [Consulta: 15 de Octubre de 2007]
18. GUÍAS ALAD. Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 [En línea] <http://www.es.geocities.com/guiasalad/GUIAS_ALAD_2000.pdf> [consulta: 1 y 2 julio 2008]
19. GUZMAN, JM; HUENCHUAN, S; MONTES DE OCA, V. Capítulo II: Marco Teórico Conceptual sobre Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores. Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (Santiago de Chile, 9 al 12 de Diciembre de 2002).
20. GUZMÁN, J.M., HUENCHUAN, S. y MONTES DE OCA, V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual 14 al 18 de Julio de 2003[en línea] <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf> [consulta: 27 de Noviembre de 2007.]
21. INE. Estadísticas en Salud. [en línea] <http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo2002.htm> [consulta:21 Julio 2008]
22. MARTINEZ PÉREZ. V “Respuesta Adaptativa a la Diabetes Mellitus y su Relación con el Envejecimiento” Revista Cubana de Medicina General Integral, Volumen 20 N° 4,Julio-Agosto 2004. [En línea] <<http://cielo.sid.cu/cielo.php?script=sgi-arttext&Id=50864-21252004000400007&ling=es&issn=0864-2125>> [Consulta: 23 de Marzo de 2008]
23. MEDELLÍN-VELEZ, B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en rev Enfer Inst Mez Seguro Soc 2007; 15 (2): 91-98 < <http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/484cfa12-2FFB-429E-9C71-7FC634D3D8/A/O/RevEnf2052007.pdf>>. [Consulta: 3 de Octubre de 2007].

24. MELLA .R. y col “Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Mayo del 2004, Santiago.
25. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. [En línea] SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N°XX, 1ª edición. Santiago: MINSAL, 2006. <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/diabetesGes.pdf>> [consulta: 05 Abril 2008]
26. MINISTERIO DE SALUD. (MINSAL) Programa del Adulto Mayor, 2001 [en línea] <<http://www.fondef.cl/bases/fondef/INST/0003737.HTML>> [consulta: 13 mayo 2008]
27. MONTES DE OCA, V. Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores (teoría, evidencias e indicadores). Curso Calidad de Vida de Personas Mayores: Instrumentos para el Seguimiento de Políticas y Programas. Madrid 2002. [Consulta: 14 de Septiembre de 2007]
28. MORALES NÚÑEZ A. Redes de Apoyo Familiar y la Salud del Adulto Mayor, Costa Rica 2005 [en línea] < <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/amorales.pdf> > [consulta: 18 Abril 2008]
29. MORALES P, I y VILLALÓN del C, J. Chile y los Adultos Mayores Impacto en la Sociedad del 2000, 1999. <http://www.ine.cl/canales/chile_estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/paf/mayor2000.pdf> [Consulta: 16 de Abril de 2008]
30. NEBORT MANEL y Col.”La Construcción de las Bases de la Buena Salud en la Vejez: Situación en la Américas”.Revista Panamericana de la Salud Publica, “Efecto Protector del Apoyo Social en la Mortalidad en Poblaron Anciana; Estudio Longitudinal”. Revista Española de la Salud Pública, Vol 76 (N° 6) 2002
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes Nota descriptiva N° 312. Septiembre de 2006. [En línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3127es7index.html>> [consulta: 25 Marzo 2008].

32. PACE, A:E: y col. El Conocimiento sobre Diabetes Mellitus en el Proceso de Autocuidado. Rev.latinoam.enfermagem 2006, septiembre-octubre; 14 (5) [En línea] <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5a1%pdf>> [consulta: 14 Septiembre 2007]
33. PEREZ-MARTINEZ, V. Respuesta Adaptativa a la Diabetes Mellitus y su Relación con el Envejecimiento; Rev Cubana Med Gen Integr v.20 n.4 Ciudad de la Habana jul-ago 2004. [En línea] <<http://scielo.sld.cu/cielo.php?pid=S0864-21252004000400007&script=sciarttext>> [Consulta: 16 Septiembre 2007]
34. PUGA D. y Col. Red Social y Salud del Adulto Mayor en Perspectiva Comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Población y Salud en Mesoamérica. Revista Electrónica Publicada por el Centro Centroamericano de Población Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica. Julio – Diciembre, 2007; Volumen 5, número 1, artículo 1 [En línea] <<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/index.htm>> [consulta: 05 Abril 2008]
35. REYES SABORIT A. Apoyo Social y Funcionamiento Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003. [En línea] <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>> [consulta: 25 Junio 2008]
36. ROBLES SILVA, L de Universidad de Guadalajara, México. La Red Social del Anciano Durante la Enfermedad: Un Acercamiento Cualitativo. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio 2003. [En línea] <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_roblesleticia2-pdf> [Consulta: 16 de Septiembre de 2007]
37. SALINAS MARTINEZ. Adulto Mayor y compañía “Necesidades en salud del Diabético Usuario del 1º nivel de atención”. Salud pública de México Vol. 43 N° 4 Agosto del 2004.

38. Seminarios y Conferencias. "Redes de apoyo social de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe" (Santiago de Chile, 9 al 12 de Diciembre de 2002). Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población Cooperazione Italia Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago de Chile, Octubre de 2003.
39. SENAMA. Fondo Nacional del Adulto Mayor [En línea] <<http://www.senama.cl>> [Consulta: 25 Agosto 2008]
40. TEJADA, L.M., GRIMALDO, B.E. MALDONADO, O. Percepciones de Enfermos Diabéticos y Familiares Acerca del Apoyo Familiar y el Padecimiento. Respyn, Vol.7, N°1, Enero-Marzo 2006. [En línea] <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/comunicaciones/percepciones_diabetes.html> [Consulta: 15 Abril 2008]
41. VERA NORIEGA. J.A. y col. Bienestar y Redes de Apoyo Social en Población de la Tercera Edad Centro de Investigación en Alimentos y Desarrollo A.C 2004. [En línea] <<http://www.ciad.mx/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/producción%20Academica/Cap%20libro/2004/45.pdf>>- [Consulta: 21 Abril 2008]
42. VILLALOBOS-PÉREZ, A. Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, Versión III en una Muestra de Pacientes Diabéticos de Costa Rica. Acta Colombiana de Psicología 9(2), 31-38, 2006
43. VILLALOBOS-PEREZ A. y Col. Factores Involucrados en la Adhesión al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en un Muestra de Pacientes Diabéticos de la Zona Norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. Universidad Católica de Costa Rica, Programa de Investigación en Neurociencia y Depto. de Bioquímica, Escuela de Medicina de Costa Rica, 2007 [En línea] <http://www.usta.edu.co/diversitas/doc_pdf/diversitas_5/vol.3no.1/articulo_2.pdf> [consulta: 1 Abril 2008]
44. ZAVALA, M. y col. Funcionamiento del Adulto Mayor. En Ciencia y Enfermería XII (2) 53-62, 2006 [En línea] <<http://www.scielo.cl/scielo.php??.pid=50717-955320060002000007&sarpt=SCIarttext>> [consulta: 29 Septiembre 2007]

45. ZEA, MC. Y TORRES, BP. Adultos Mayores Dependientes Hospitalizados: la Transición del Cuidado. Investigación y Educación en Enfermería (25) 1: 40-49, 2007.

46. IV Congreso Latinoamericano de Geriátría y Gerontología.(4° 03 al 06 de Septiembre 2003, Santiago de Chile) Percepción del Apoyo Social y su Relación con el Bienestar Sicosocial de los Adulto Mayor en el Gran Santiago. 13p.

ANEXOS

ANEXO N° 1

GLOSARIO

Administración de la insulina: Técnica que consiste en administrar por vía subcutánea una inyección con la dosis de insulina correspondiente y manteniendo las medidas asépticas. (Definición realizada por el grupo)

Adulto Mayor: Persona de sexo femenino o masculino mayor de sesenta años con diabetes mellitus tipo 2 que inicia el tratamiento con insulina, durante el periodo de inducción.

Apoyo: Vínculo de ayuda, continuos y duraderos con los que la persona cree contar, para favorecer su bienestar biosicosocial.

Apoyo Social : Es el apoyo que proviene de la familia, los amigos, vecinos, conocidos y la comunidad quienes configuran diferentes tipos de apoyo sociales, lo que se entiende como proceso interactivo en el cual ciertas ayudas son obtenidas de una red social con variadas funciones.

Cercanía: Corresponde al grado de intimidad y confianza percibido por el Adulto Mayor, entre él y su red de apoyo familiar.

Conservación de la insulina: Es el conjunto de acciones orientadas a la preservación de la insulina con el objeto de mantener sus propiedades en condiciones óptimas. (Definición realizada por el grupo)

Diabetes Mellitus tipo 2: Es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina

Familia: Es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción. Para este estudio se considerará a los familiares significativos en la red de apoyo del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. Constituye la unidad básica de la sociedad.

Grupo familiar: Corresponde al grupo de personas que cohabitan con el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. En base a esta definición, para este estudio, se establecerá como el tipo de familia.

Insulino requirente: Pacientes que para mantener los niveles adecuado de glicemias deben seguir una terapia con esquema de insulina en múltiples dosis o mezclas y ser evaluados periódicamente.

Inicio de terapia con insulina: Para este estudio se considera inicio de la terapia desde la primera dosis de insulina en conjunto con la educación que recibe el paciente en el consultorio durante el periodo comprendido entre el 1 de Septiembre de 2007 hasta el 30 de Agosto del año 2008.

Perfil de la familia: Contempla el análisis de la composición de la familia y el tipo de vinculo existente entre sus miembros.

Preparación de la insulina: Procedimiento que comprende la mezcla de la insulina si corresponde y la carga de la jeringa según la indicación medica, respetando los principios de asepsia. (Definición realizada por el grupo)

Reciprocidad: Dice relación con el grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, es decir, el equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. La reciprocidad es un elemento importante en el funcionamiento normal de una red de apoyo.

Tiempo con Diabetes Mellitus: Comprende el periodo desde le diagnóstico de la enfermedad hasta el inicio del estudio.

ANEXO N° 2

Instrumento “Estructura del apoyo familiar del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2”

I.- PERFIL DEL ADULTO MAYOR

1. SEXO	Masculino	1
	Femenino	2
2. QUÉ EDAD TIENE	<> 60 a 74 años	1
	<> 75 a 84 años	2
	> 85 años	3
3. CUÁL ES SU SITUACION DE PAREJA	Casado o convive	5
	Separado	4
	Viudo	3
	Soltero	2
	Otro	1
4. CON QUIEN VIVE	Conyugue/conviviente	6
	Conyuge + Hijo/s	5
	Conyuge+hijos+ Otros familiares	4
	Hijos + nietos	3
	Hijos	2
	Otros/ solo	1
5. QUÉ PREVISIÓN TIENE	FONASA	4
	ISAPRE	3
	CAPREDENA	2
	Otro	1
6. HASTA QUE CURSO ESTUDIO	Superior Completo	7
	Superior incompleto	6
	Medio Completo	5
	Medio incompleto	4
	Básico Completo	3
	Básico incompleto	2
	Analfabeto	1

7. ¿ES CAPAZ DE ALIMENTARSE POR SI SOLO O REQUIERE AYUDA DE OTRAS PERSONAS?

Dependiente	2
Independiente	1

8. ¿TIENE PROBLEMAS PARA CONTROLAR LAS GANAS DE OBRAR Y ORINAR?

Dependiente	2
Independiente	1

9. ¿UTILIZA BASTÓN, BURRITA U OTRO ELEMENTO DE APOYO O REQUIERE AYUDA DE OTRAS PERSONAS?

Dependiente	2
Independiente	1

10. ¿REQUIERE AYUDA PARA UTILIZAR EL BAÑO?

Dependiente	2
Independiente	1

11. ¿PUEDE VESTIRSE O DESVESTIRSE SOLO?

Dependiente	2
Independiente	1

12. ¿PUEDE BAÑARSE SOLO?

Dependiente	2
Independiente	1

13. ¿HACE CUANTO TIEMPO LE DIAGNOSTICARON LA DIABETES?

< 5 años	5
<>5 y 15 años	4
<> 16 y 25 años	3
> 26 años	2
No sabe/no contesta	1

14. ¿HACE CUANTO TIEMPO QUE UD COMENZÓ LA TERAPIA CON INSULINA?

< 4 meses	4
<> 4 y 8 meses	3
<>9 y 12 meses	2
No contesta o No sabe	1

15. ¿CUÁNTAS HOSPITALIZACIONES HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Ninguna	6
1 hospitalización	5
2 hospitalizaciones	4
3 hospitalizaciones	3
Más de 4	2
No sabe /no recuerda	1

II.- PERFIL DE LA FAMILIA

16. ¿QUIÉNES COMPONEN SU GRUPO FAMILIAR?

Relación (parentesco)	Edad	Nivel de instrucción (Escolaridad)	Donde vive
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En su familia 8
Vecinos 7
En su barrio 6
En su comuna 5
En otra comuna 4
En la región 3
En otra región 2
En otro país 1

17. TIPO DE FAMILIA:

Nuclear Simple	8
Nuclear Biparental	7
Nuclear Monoparental	6
Extendida Simple	5
Extendida Biparental	4
Extendida Monoparental	3
Compuesta	2
Hogar no familiar	1

18. DENTRO DE LAS PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR ¿QUIÉN PRESENTA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD MÁS ALTO?

Analfabeto	7
Básico incompleto	6
Básico Completo	5
Medio incompleto	4
Medio Completo	3
Superior incompleto	2
Superior Completo	1

III .-APOYO INFORMAL FAMILIAR

19. ¿QUÉ TAN FRECUENTE SE RELACIONA CON SUS SERES QUERIDOS?
ESPECIFIQUE

19.1.- Diario: ¿Con quién?

Parentesco	Número de Veces
_____	_____
_____	_____
_____	_____

19.2 - Semanal: ¿Con quién?

Parentesco	Número de Veces
_____	_____
_____	_____
_____	_____

19.3 – Mensual ¿Con quién?

Parentesco	Número de Veces
_____	_____
_____	_____
_____	_____

19.4.- Anual: ¿Con quién?

Parentesco	Número de Veces
_____	_____
_____	_____
_____	_____

20. ¿REALIZA USTED ALGUNA ACTIVIDAD DE AYUDA PARA CON SUS FAMILIARES?

Labores hogareñas	5
Cuidado de nietos	4
Ambos	3
Otro	2
Ninguna	1

21. ¿CUÁL ES LA PERSONA QUE MÁS LO AYUDA CON SU TRATAMIENTO INSULINICO? Especifique

Relación (Parentesco) _____

¿En qué actividades? _____

(Administración, recordar horario)

1- Hija
2- Hijo
3- Esposa
4- Esposo
5.- Nieta
6- Otro

IV.- NIVEL DE AUTONOMÍA O DEPENDENCIA EN EL MANEJO DEL TRATAMIENTO

22. ¿QUIÉN VA A BUSCAR LA INSULINA? (PERSONA QUE BUSCA LA INSULINA) MECANISMO DE ADQUISICIÓN DE INSULINA

Paciente solo	5
Paciente con familiar	4
Familiar solo	3
Familiar con otro	2
Otro	1

23. ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE RECUERDA EL HORARIO EN EL CUAL DEBE ADMINISTRARSE LA INSULINA?

Paciente solo	5
Paciente con familiar	4
Familiar solo	3
Familiar con otro	2
Otro	1

24. ¿QUIÉN REALIZA LA CARGA Y/O MEZCLA DE INSULINA PARA SU TRATAMIENTO?

Paciente solo	5
Paciente con familiar	4
Familiar solo	3
Familiar con otro	2
Otro	1

25. ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE LE RECUERDA EL HORARIO EN EL CUAL DEBE ADMINISTRARSE LA INSULINA?

Relación (Parentesco)_____

26. ¿QUIÉN REALIZA LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA?

Paciente solo	5
Paciente con familiar	4
Familiar solo	3
Familiar con otro	2
Otro	1

27. ¿QUIÉN SE ENCARGA DE ROTAR LOS SITIOS DE PUNCIÓN?

Paciente solo	5
Paciente con familiar	4
Familiar solo	3
Familiar con otro	2
Otro	1

28. ¿QUIEN REALIZA EL HEMOGLUCOTEST?

Paciente solo	6
Paciente con familiar	5
Familiar solo	4
Familiar con otro	3
Otro	2
No lo realiza/No contesta	1

29. ¿QUIÉN SE ENCARGA DE AJUSTAR LA DOSIS DE INSULINA SEGÚN SU HEMOGLUCOTEST?

Paciente solo	6
Paciente con familiar	5
Familiar solo	4
Familiar con otro	3
Otro	2
No lo realiza/No contesta	1

ANEXO N° 3

Informe entrevista N° 1.-

A: Enfermera Consultorio del Adulto Mayor.
Sra Edith Avila, encargada programa cardiovascular

Resumen:

El Consultorio del Adulto Mayor pertenece a la atención secundaria de salud, es decir, se recibe atención especializada, se da en Hospitales y Consultorios de Especialidades, en algunos casos incluye hospitalización. Este consultorio atiende a 792 pacientes con patología crónica (Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemia), de los cuales hay 560 pacientes en su mayoría adultos mayores con Diabetes mellitus 2 todos insulino dependientes, durante el transcurso del presente año se han controlado a 492 pacientes.

El control del paciente lo efectúa el Médico o la Enfermera según sean las condiciones iniciales del paciente. El registro del paciente se efectúa mediante tarjetón con distinción de colores por patología y posteriormente se ingresa a una base de datos informática.

Problema detectado: Administración de la insulina por parte del paciente en su hogar.

*Posibles causas: Pérdida de la agudeza visual
Deficiente apoyo familiar
Estados confusionales del paciente
Falta de instrucción*

Los pacientes que más se descompensan son en su mayoría los Adultos Mayores, que cuentan con deficiente o nulo apoyo familiar, también a menudo durante periodos de festividades en que la familia mantiene escasa preocupación por el seguimiento de una dieta adecuada del paciente, en familias de bajos recursos económicos, con bajo nivel de escolaridad o que atraviesan por periodos sostenidos de estrés.

La familia que apoya se reconoce por asistir, interesarse e involucrarse en el tratamiento integral del paciente esto es: ejercicio, dieta y tratamiento farmacológico adecuado, cumplir con la fecha de asistencia a control.

Ventajas detectadas:

Gran interés y disponibilidad de la Enfermera por trabajar con nuestro grupo.
Acceso a la base de datos de los pacientes.

