

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PROYECTO DE INVESTIGACION

TEMA: Cambios en la dinámica familiar relacionado con el grado de dependencia funcional del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva en el período abril a junio del 2013

ELABORAN:

MD Carlos Enrique Llumi Quinga Maila

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Carmen Elena Cabezas Escobar

TUTOR METOLÓGICO: Dr. José Sola Villena

2013

TITULO

Cambios en la dinámica familiar relacionado con el grado de dependencia funcional del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva en el periodo abril a junio del 2013

LUGAR: Fundación Tierra Nueva

AUTORES:

Carlos Enrique LlumiquingaMaila, R3 de Medicina Familiar de la P.U.C.E

Dra. Carmen Cabezas, Director del Proyecto de Investigación, Tratante de Medicina Familiar, profesora de pregrado y postgrado de la facultad de medicina de la P.U.C.E

Dr. José Sola Villena, Tutor Metodológico del Proyecto de Investigación, profesor de pregrado y postgrado de la facultad de medicina de la P.U.C.E

AGRADECIMIENTOS

Al creador de todo lo que nos es placentero ver, sentir, escuchar, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer me encontrado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón, agradezco en primer lugar a Dios.

A mis Padres por el apoyo, amor y esfuerzo que me han brindado incondicionalmente todos estos años muy valiosos en mi vida.

A mis Esposa, una gran mujer a quien admiro, respeto y amo con todo mi corazón, es una fortaleza en mi vida.

A Fernando, Janeth y Fernandita, que forman parte de mi corazón y mi vida, una gran familia a quien me es grato agradecerles por toda la atención, cariño, amor, que me han ofrecido desde siempre.

A los profesores de la P.U.C.E, y en especial al Dr. Edgar León, un pilar fundamental en estos tres años de formación académica grupal e individual, gracias por el amigo, el compañero, el profesor que nos ha brindado sin importar las circunstancias.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme la vida para seguir adquiriendo nuevos conocimientos y retos.

De igual forma dedico este trabajo a mi familia, por darme la fuerza, por creer y confiar incondicionalmente mí.

A la Fundación Tierra Nueva y mis pacientes por permitirme formar parte de sus vidas y de la de sus familias.

A mis profesores, Dra. Carmen Cabezas, Dr. José Sola, Dra. Erika Tinoco, que formaron parte de este trabajo para que sea elaborado.

RESUMEN

Cambios en la dinámica familiar relacionado con el grado de dependencia funcional del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva

Objetivo.- Determinar la dinámica familiar relacionada con el grado de dependencia funcional del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva

Método.- Estudio descriptivo transversal a través de cuestionarios y escalas, estandarizadas y validadas para el ámbito en el que se aplican, a los pacientes adultos mayores y familiares; en primer lugar para determinar el grado de dependencia funcional, mediante la escala de Barthel, con ayuda del familiar mediador del cuidado y del personal de salud de rehabilitación física o directamente al adulto mayor, en segundo término a los familiares más cercanos al paciente para determinar la funcionalidad familiar mediante la escala FACES III, en el servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva

Resultados.- El grado de dependencia funcional del total de los adultos mayores entrevistados en el servicio de rehabilitación física de la Fundación Tierra Nueva, corresponden a dependencia funcional moderada seguida por la dependencia funcional severa, siendo el sexo femenino el más prevalente, mientras que, en relación a la dinámica familiar la gran mayoría de los participantes presentó una funcionalidad familiar conectada-caótica.

Al correlacionar, el grado de dependencia funcional del adulto mayor con la dinámica familiar, se determina que, la dependencia funcional de un miembro de la familia es el factor que afianza los cambios dinámicos en el sistema familiar, lo cual es establecido por datos estadísticos significativos que aceptan la hipótesis planteada.

Conclusión:La Familia sufre cambios relacionados con la dinámica familiar, secundaria a un factor desencadenante en este caso la dependencia funcional del adulto mayor dentro del sistema familiar.

ABSTRACT

Changes in the Family Dynamics related to elder people's degree of functional dependence on the Physical Rehabilitation Service at Tierra Nueva Foundation.

Objective.- Determine the family dynamics related to the functional dependence degree of elder people on the Physical Rehabilitation Service at Tierra Nueva Foundation.

Method.- Transversal descriptive study through questionnaires and standardized valid scales for the area to be applied in elderly patients and familiars; in first place to determine the degree of functional dependence through the Barthel scale, with the assistance of the familiar in charge of care, the physical rehabilitation staff or directly applied to the elderly individual. In second term to the closest family members of the patient in order to determine the familiar functionality through the FACES III scale, at the Tierra Nueva Foundation's Physical Rehabilitation Service.

Results.-The degree of functional dependence of all the elderly members interviewed at the Foundation Tierra Nueva's Physical Rehabilitation Service, correspond to a moderate functional dependence followed by a severe functional dependence, being the female sex the most prevalent; meanwhile, in relation to the family dynamics most of the participants showed a connected – chaotic family functionality.

Correlating, the degree of functional dependence of elderly people with the family dynamics, determines that the functional dependence of a family member is the

factor that reinforces the dynamic changes in the family system, which is supported by significant statistic data that accepts the formulated hypothesis.

Conclusion. - the family suffers changes related with the Family Dynamics, secondary to an unleashing factor, in this case the functional dependence of the elderly individual within the family system.

INDICE

1.- Introducción.....	10
1.1. Antecedentes	13
1.2 Justificación	20
1.3 Planteamiento del problema	21
1.4 Objetivo general:	21
1.5 Objetivos especificos:.....	21
1.6 Hipótesis	21
2.- Marco teorico.....	22
2.1 Marco conceptual.....	22
2.2 Marco rerencial	25
2.2.1 La familia	25
2.2.2 Elementos Básicos de la Estructura Familiar.....	26
2.2.3 Subsistemas Familiares	30
2.2.4 Funciones de la familia.....	31
2.2.5 Crisis familiares	32
2.2.6 Funcionalidad familiar	34
2.2.7 Tipología familiar.....	37
2.2.8 Ciclo vital familiar	39
2.2.9 Escalas para medir la funcionalidad familiar.....	42
2.2.10 Adulto mayor	53
3.Metodología	66
3.1 Operacionalizacion de variables	67
3.2 Muestra y tipo de estudio	69
4 Resultados.....	75
4.1 Cuadros y gráficos.....	75
5. Discusión	88
5. 1Conclusiones	91
5.2 Recomendaciones.....	93
Bibliografía:.....	97
Anexos	102

1.- INTRODUCCIÓN

América Latina y el Caribe, por el cambio de la estructura en la pirámide poblacional, está envejeciendo paulatina e inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado, aunque con niveles variables en cada territorio. En todos los países de la región, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios en todos los países de la región; en la actualidad, constituyen el 8%, con valores que oscilan entre un 5% en Nicaragua, 17% en Uruguay, y el 6,5% de la población ecuatoriana. 11. (Regional, Latinoamericano, & Unidas, 2005).

El envejecimiento se produce y continuará haciéndolo a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en países desarrollados, debido a la disminución de la mortalidad, aumento en el promedio de vida poblacional y al cambio de la estructura en los servicios de salud que priorizan la atención a la población adulta mayor. En el año 2050, un vasto número de países de América Latina alcanzará la proporción de personas mayores que se observa actualmente en naciones desarrolladas, que cuentan con un soporte institucional y de servicios más avanzado.

El acceso a una atención de salud satisfactoria durante el ciclo de vida, hacen que la población de 60 años y más presente un perfil epidemiológico complejo secundario al incremento de la edad promedio de la población que conlleva al aumento de la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas.

Los datos de la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (S.A.B.E), cuyo objetivo es describir y analizar las condiciones de salud del adulto mayor, entre estas el estado funcional, redes de apoyo familiar, vivienda, historia laboral, realizada en siete ciudades de la región, ilustran la intensidad con que ocurren las transferencias de apoyo en que participan los adultos mayores. Una alta proporción de personas

mayores reciben protección familiar; que varía de 82% en Barbados, 89.3% en Ecuador, 93% en São Paulo y la Habana, Entre los tipos de apoyo, los más destacados son los que implican servicios, bienes y dinero, y el más importante proviene de los miembros que conviven en el hogar, además de los hijos que viven lejos del hogar paterno. 48.(Freire, 2010)

Esta situación es el resultado de las circunstancias demográficas predominantes tres o cuatro décadas atrás; las que podrían modificarse en el futuro como consecuencia de la disminución de la red de apoyo potencial producto de la baja de la fecundidad y de los cambios en los roles de género. Particularmente difícil es la situación de las personas que serán mayores en los próximos años, que deberán prepararse para su propia vejez en condiciones poco propicias, al tiempo que dar ayuda a sus antecesores, sabiendo que si no logran integrarse adecuadamente en el mercado de trabajo y acumular activos suficientes para su vejez, no contarán con el mismo tipo de apoyo familiar que ellos están ofreciendo a sus mayores. Por otra parte, la incorporación plena de la mujer al mundo del trabajo fuera del hogar implica la necesidad de una readecuación de las funciones de cuidado entre hombres y mujeres, ya que disminuye la disponibilidad de un recurso que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. 11(Regional et al., 2005)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), establece que, mientras la población general está aumentando en 1,5% anualmente, la población de 60 años o más está creciendo a una tasa anual de 3,5%. 4.(A. D. E. La & La, 2012) y para el año 2025 se proyecta, por lo menos en veintidós países de las Américas; el 15% o más de la población tendrá o superará los 60 años de edad, lo cual significa que actualmente las personas viven en promedio más años que antes y que la proporción de adultos mayores de 60 años de edad con respecto a los más jóvenes se encuentra en franco crecimiento.

Este envejecimiento poblacional es en sí mismo un fenómeno multidimensional con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el mundo actual. Por todos estos antecedentes el envejecimiento de la población debe ocupar un lugar prioritario en la agenda de los gobiernos, los sistemas de salud y los sistemas formadores de recursos humanos para la atención de salud de las poblaciones.

A pesar de que la prolongación de la vida humana es un éxito de la sociedad moderna, aparecen problemáticas de salud, tales como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, el incremento de la dependencia y la transformación de las características de los usuarios de los servicios de salud, entre otros. 3.(Del & Mayor, n.d.)

En nuestro medio la Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que los adultos mayores se encuentran dentro de los grupos de atención prioritaria y por lo tanto recibirán una atención especializada y primordial sea este servicio público o privado. 5.(Salud, 2012)

El modelo de atención integral del sistema nacional de salud del Ecuador que incluye al modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como reto mejorar la calidad de vida, viendo y respondiendo a las necesidades de las personas, comunidades y familias tomado en cuenta el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural fomentando el cuidado y autocuidado de la salud en cada momento de su ciclo vital, lo que garantiza la continuidad de su salud , incluso cuando la condición sea terminal. 5.(Salud, 2012)

El enfoque sistémico de la atención en nuestro medio, nos ha permitido entender que la salud y la enfermedad es un proceso interrelacionado tanto en los contextos biológicos, psicológicos y sociales, por lo tanto su abordaje fundamental está encaminada a la atención integral de estos componentes.

El contexto familiar y el impacto que produce sobre este sistema, el cuidado de una persona con dependencia, deben ser factores esenciales objeto de estudio, si se desea entender la dimensión psicosocial del cuidado de los familiares en situaciones de dependencia. Esto toma importancia en lograr que la adaptación del sistema familiar a las enfermedades que se presenta en los pacientes adultos mayores, el acceso a la alimentación, medicamentos y controles de salud sea muy importante en el cuidado de estos pacientes.

1.1.– ANTECEDENTES

En algunos países de Latinoamérica como es el caso de Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

Más del 80% tiene pensiones o jubilación pero éstas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren. Un porcentaje creciente de adultos mayores carece de ingresos de pensiones contributivas en tanto proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario, no generando derechos a beneficios sociales hasta muy añosos (pensión a la vejez) o cuando tienen una discapacidad severa. Junto al previsible aumento de demanda de cuidados, han ocurrido una serie de cambios sociales, especialmente en la estructura familiar entre los que se destaca la incorporación de la mujer al mundo laboral y con ello la mengua de un recurso tradicional destinado a la atención de los más vulnerables. La reducción del entorno familiar y con ello de la red capaz de cuidar al individuo en situación de enfermedad

o dependencia. Se estima que de 5 personas cuidadores promedio en 1950, se pasará a 2 ó 3 en el año 2025, uno de los cuales también será mayor de 65 años.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin que nadie les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad, planteándose un enorme desafío para un sistema de salud basado exclusivamente en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar

Uruguay en sus estudios indican que la prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumenta con la edad y en ello confluyen aquellos con patología mental previa que envejecen y quienes instalan enfermedades mentales en esta etapa de la vida. Se incluyen en estos problemas los trastornos afectivos, la demencias, las psicosis, el abuso de sustancias (alcoholismo y fármacos) y problemas multifactoriales con impacto sobre la salud mental como el abuso, el maltrato y/o la negligencia en los cuidados.

Además, el envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existente en 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025. Los cambios en la estructura familiar se asocian con la fuerte reducción del número de integrantes de la familia, la baja natalidad y la emigración internacional de cohortes jóvenes. La integración de la mujer al mundo laboral ha significado también la disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables.

Según la definición del modelo de salud a desarrollar en Uruguay, manifiestan que un sistema de atención integral e integrado de los adultos mayores supone la

organización de contextos y estructuras de atención, servicios y apoyos diversos, comunitarios e institucionales (sanitarios, sociales, ambientales y habitacionales, espacios de participación, protección de derechos, etc.), en un modelo centrado en las necesidades multidimensionales del adulto mayor. El mismo, debe promover el envejecimiento activo, saludable y participativo, a la vez que debe ser capaz de asegurar una atención global, cobertura universal, continua, progresiva y flexible, según cambian las necesidades de las personas. Para ello el sistema y modelo debe caracterizarse por unas condiciones básicas: debe ser accesible: que no exista factores limitantes como la discriminación por edad, situación económica etc., los servicios y programas deben ser coordinados y multidisciplinarios, sistema y modelo de responsabilidad compartida: lo que supone responsabilidad de actores diversos que incluye a los propios adultos mayores (responsabilidad individual), las familias, los grupos comunitarios, efectores del sector privado, los gobiernos locales y todos los organismos del Estado. Que estos entiendan el tema, queda ser un sistema modelo equitativo y sostenible: la equidad supone la oportunidad de acceso a servicios cualquiera sea la condición de la persona, debe trabajar sobre el aseguramiento de la calidad y su mejora continua: ello implica que los servicios para los adultos mayores deben sustentarse en una adecuada competencia de quienes los prestan y del personal incluido, así como de una adecuación de las estructuras.

10.(Mayor, 2005)

Finalmente, en Uruguay concluyen que el objetivo principal, supone fortalecer redes de apoyo, para que los adultos mayores permanezcan en la comunidad, allí donde reside la mayoría. En ello la estrategia de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y su fortalecimiento del primer nivel constituyen aspectos sustanciales de esta política 10.(Mayor, 2005)

En Ecuador de acuerdo al Censo del 2010 las personas adultas mayores en el Ecuador llegarían a 942.000 aproximadamente, de un total de 14'500.000 habitantes, lo que significa un 6,5% de la población ecuatoriana, en manera general se puede decir que el 70% de la población adulta mayor se encuentra entre los 65 y 85 años, y en relación al sexo el 48% corresponde al masculino y el 52% al femenino. 1 (Inclusi, 2012). Su mayor ubicación es en la costa y sierra, su estado civil es casado con un 44,48%, seguido de viudo con un 26,89%. En relación a su nivel socio económico, la encuesta S.A.B.E (encuesta de salud, bienestar y envejecimiento) refiere que aproximadamente el 30% carece de ingresos y su sobrevivencia depende de la familia, la incorporación en condiciones precarias al mercado laboral, el acceso a albergues públicos y privados o viven en la mendicidad; cerca del 38% realiza alguna actividad económica

En el país, a partir del año 2007 hasta la presente, se ha avanzado considerablemente en lo que se refiere a promulgación y revisión de leyes y normas que reconocen los derechos de los adultos mayores. 1.(Inclusi, 2012)

La Constitución Ecuatoriana del 2008 *reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria;* mientras que la de 1998 los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos. 1.(Inclusi, 2012)

Comoparte de estos estatutos , la Ley del Anciano, expedida en el año 1991 tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia

médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa. 1.(Inclusi, 2012)

Considerando estos derechos los temas de mayor importancia que están fundamentados en la legislación nacional son: la erradicación de la discriminación en la vejez y el aumento de coberturas de los sistemas de seguridad social contributivos y no contributivos. Es por ello que dentro del ámbito programático, en el Ecuador se ejecutan programas de erradicación de la discriminación a los adultos mayores, acceso a servicios de salud, la investigación nacional relacionada con las personas adultas mayores, las campañas de atención a discapacidades donde se incluye una atención preferencial a adultos mayores, y la jubilación.

Sobre este último, el programa de jubilación no contributiva se orienta a atender a la población adulta mayor que no está cubierta por ningún tipo de seguridad social llegando a ser más del 75% de la población adulta mayor total del país, y el programa de jubilación contributiva que tiene una cobertura del 25% de la población mencionada 1.(Inclusi, 2012)

De los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, en su Capítulo Tercero el Art.35 describe de forma completa la nueva visión política en torno al adulto mayor; que se relacionan con los derechos a la salud especializada y gratuita, a la seguridad y participación, entre otros.

De igual manera, se establecen importantes articulados sobre los derechos de las personas adultas mayores a la protección, seguridad social, educación, acceso a la justicia, así como se manifiestan específicamente las responsabilidades y obligaciones del Estado en el reconocimiento de estos derechos, particular que debemos destacar por tratarse de un logro para la población de adultos mayores. 6.(Constituci, Nro, & Estado, 2008)

La ley Orgánica de salud señala que todo proceso de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación debe beneficiar a las personas con enfermedades catastróficas, consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad que incluye a los adultos mayores que las padezcan. Para dar operatividad a esta norma jurídica el MSP ha implementado el Plan de Acción Integral a la Población Adulto Mayor “ con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida” 1.(Inclusi, 2012)

Por lo tanto el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como autoridad sanitaria y con el fin de garantizar el derecho del pueblo ecuatoriano a la salud, en el Acuerdo Ministerial, establecen y aprueban el Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población Adulta Mayor, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, que cuenta con guías clínicas, normas y protocolos para el adulto mayor .1.(Inclusi, 2012)

En cumplimiento de esta función, el Ministerio de Salud Pública entrega las “Guías Geronto-Geriátricas de Atención Primaria 2008”, documento que permitirá fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes de las personas adultas mayores y consecuentemente, prevenir las discapacidades, con el apoyo de un sistema de salud adecuadamente preparado, en especial el talento humano, que es el eje central para lograr cumplir el deber y la razón de ser de la institución.

Las Guías Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud, se elaboraron en base a evidencias científicas, estudios epidemiológicos y avances tecnológicos contemporáneos y abordan la valoración: clínica, funcional, mental-emocional, nutricional, social, y rehabilitación; además los síndromes geriátricos, como también la principal sintomatología y las enfermedades prevalentes causantes de la

mortalidad en las personas adultas mayores, lo que ayuda a fortalecer y consolidar la atención integral de calidad, y está dirigida a profesionales y técnicos del área de la salud, del primer nivel que tienen a su cargo y responsabilidad la atención de las personas dentro del marco del nuevo modelo de atención comunitario, familiar e intercultural 9. (“GUÍAS CLÍNICAS GERONTO - GERIÁTRICAS,” 2008)

Referente al Código Civil los artículos de importancia al tema dictan la obligatoriedad de los hijos a cuidar de los padres en su ancianidad, en estado de demencia y en todas las circunstancias de la vida en que necesiten sus auxilios. 1.(Inclusi, 2012)

Dentro del Código de la Niñez y Adolescencia en el artículo 103, Deberes fundamentales de los hijos e hijas lo que se destaca de estos artículos se relacionan con la obligatoriedad de los hijos e hijas a asistir de acuerdo a su edad y capacidad a sus progenitores que requieran de ayuda, especialmente en caso de enfermedad, durante la tercera edad y cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos; y, colaborar en las tareas del hogar, de acuerdo a su edad y desarrollo, siempre que no interfieran con sus actividades educativas y desarrollo integral. 2.(Ni, 2002)

Tanto en la Constitución como en la Ley de Seguridad Social, en el Ecuador, abordan el tema de las prestaciones de vejez, cuyo objeto es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento, descrito en la Sección tercera, Seguridad Social, Art. 369 de la Constitución. 6.(Constituci et al., 2008)

1.2 JUSTIFICACIÓN

La Constitución Ecuatoriana como los Sistemas de Salud han tomado interés en la intervención a este tipo de población, estableciendo leyes y normas que amparan sus derechos a ser partes prioritarias dentro del sistema biopsicosocial, dando como resultado aumento en el promedio de vida, sin embargo, esta longevidad en crecimiento trae consigo consecuencia entre éstas enfermedades crónicas degenerativas y grados variables de dependencia funcional, ésta última sea o no esperada conlleva a que el entorno familiar que es parte fundamental y tiene relación directa con el proceso del ciclo vital individual presente cambios en su dinámica familiar. Si bien está muy evidente que se ha tomado medidas en el cuidado de la salud del adulto mayor en forma global, la intervención directa con la base fundamental del ciclo vital individual que es la familia, está poco clara siendo esta el pilar para mantener una visión general del sistema familiar y con mayor razón cuando se ve afectada si uno de sus integrantes sufre la pérdida de su independencia funcional, lo que podría originar un importante impacto en esa familia alterando los roles de cada uno y por consiguiente su funcionalidad, de ésta manera es un desafío formar parte de los estudios dirigidos a este tipo de población , considerando a la familia y al adulto mayor con dependencia funcional como la base de la intervención.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el grado de dependencia funcional del paciente en la dinámica familiar del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva?

1.4 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la dinámica familiar relacionada con el grado de dependencia funcional del adulto mayor, del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva.

1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Establecer el grado de dependencia funcional del paciente adulto mayor del Servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva.
- b) Describir la dinámica familiar del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva.
- c) Señalar los factores sociodemográficos y su relación con el grado dependencia del adulto mayor.

1.6 HIPÓTESIS

La dinámica familiar desempeña un importante papel como mediadora inicial del manejo de personas con dependencia funcional, ésta función sustancial puede conducir a cambios dinámicos dentro del sistema familiar.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES

Familia

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

17 (Dra, Vargas, & Definición, n.d.)

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. 18(Concepto & Evolución, 2009)

La familia se conceptualiza como un sistema abierto que interactúa entre sí, que mantiene relaciones hacia fuera con otros sistemas como son las instituciones de salud y/o de educación y es la principal red de apoyo social para las personas con dependencia.19 (González, n.d.)

Dinámica familiar

El funcionamiento familiar se define de acuerdo a las diversas pautas de interrelación que se establecen entre los miembros del grupo familiar. Estas se encuentran mediadas o ajustadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto. 19 (González, n.d.)

De acuerdo con ello, la familia es funcional cuando contiene un nivel adaptabilidad a determinados cambios, crisis o conflictos y puede adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones viables a la situación problemática. En este sentido, la dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan al comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que esta funcione bien o mal como unidad 20 (Enrique et al., 2006)

Adaptabilidad familiar

También denominada flexibilidad se refiere a la habilidad que tiene la familia para cambiar su estructura de poder, la relación de los roles y reglas en respuesta a tensiones puntuales o evolutivas.³⁴(Universidad & Deusto, 2006)

Cohesión Familiar

Es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. 35(Maass, 2003)

Adulto mayor

Según la OMS las personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se las denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años de edad se le denominara de forma indistinta persona de la tercera edad 23.(Del & Mayor, n.d.)

Autonomía

Es la facultad que tiene la persona para decidir sus propias acciones
30 (“Guía de Actuación en las Atención Primaria,” n.d.)

Dependencia funcional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la dependencia como la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requieren una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano.

Es una discapacidad que ocasiona restricción o falta de capacidad (resultado de una deficiencia) para realizar una actividad, considerada normal para un ser humano

21(Initiative, 1990)

EL Consejo de Europa, define a la dependencia como:

Un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

22(“consejoeuropa dependencia.pdf,” n.d.)

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 La familia

La familia según la teoría general de sistemas se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998).

A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. 32(González, n.d.)

Pino y Poupin, la definen como un sistema, como el conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupa cada uno de los otros. Desde esta visión sistémica se concibe a la familia como un sistema con una organización abierta, separada del exterior por sus fronteras y estructuralmente formados por subsistemas, demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad, y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. El aporte de la teoría de sistemas mencionada nos permite comprender que la familia está conformada por subsistemas: el subsistema conyugal, parental y filial. En caso de que aparezca la enfermedad, todos los subsistemas se ven afectados 26.(Cigoli, 2008)

El hogar constituye la estructura de relaciones en la vida de las personas. Dicho espacio socio afectivo es especialmente importante en las personas con dependencia, dado que la edad, la jubilación y la aparición de limitaciones funcionales pueden motivar la pérdida de otros ámbitos de participación

Otros estudios plantean que la familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. En este sentido, la familia constituye la unidad básica y la principal red de apoyo psicosocial, sobre todo, en situaciones de crisis como la enfermedad, la vejez y la dependencia 27 (Rey & Carlos, 2013)

2.2.2 Elementos Básicos de la Estructura Familiar

Límites.- Según, Minuchin, los límites o fronteras en cualquier sistema incluyen reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en que los extraños pueden acceder al sistema, para mantener el equilibrio armonioso. En una familia funcional los límites son líneas imaginarias que definen los deberes y obligaciones entre los miembros del subsistema, estos pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Los límites varían entre los subsistemas de acuerdo a su permeabilidad, la claridad de los límites dentro de la familia constituyen un parámetro para evaluar la funcionalidad familiar.

Estas conductas presididas por reglas dan lugar a tres tipos de fronteras:

Límites difusos: Son difíciles de determinar, porque no definen reglas de interacción, es característica de las familias aglutinadas.

Límites rígidos: Son difíciles de alterar en un momento dado, es característica de las familias desligadas.

Límites claros: Los límites claros son permeables, fortalecen las jerarquías, se desarrolla el sentido de pertenencia al grupo familiar, existe intercambio de información con otros sistemas. Es evidente las diferencias entre los subsistemas generacionales, hay lealtad suficiente para mantenerse unidos a pesar de sus diferencias, se estimula al desarrollo personal y respeta la autonomía.

Los límites familiares internos, son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen ser distintas de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Así, normalmente los padres tienen más poder de decisión que los hijos. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos (difíciles de determinar), rígidos (difíciles de alterar en un momento dado) y claros (definibles y a la vez modificables). Se considera que los límites claros sostienen una adaptación ideal. Los límites difusos caracterizan a las familias aglutinadas, quienes al carecer de límites claramente establecidos no saben cuál es el papel de cada uno de sus miembros, sus características son: a) exagerado sentido de pertenencia, b) ausencia o pérdida de autonomía personal, c) poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía, d) frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/ afectivo en los niños, y e) el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia. Los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas, sus límites son demasiado rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema, comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común, sus características son: a)

exagerado sentido de independencia, b) ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia, c) no piden ayuda cuando la necesitan, d) toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros, e) el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, y f) bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo. Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior.

Los límites exteriores, se denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia.

Roles

El concepto de rol, Minuchin lo designa como el elemento que demarca la posición entre los miembros de la familia, se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna funciones necesarias, es la única manera de organizar la estructura de la familia.

Al hablar de roles en la familia hay que considerar los contextos culturales circundantes, estratos socio-económicos, periodos históricos, aspectos interaccionales y elementos estructurales. 31 (Modelo, Olson, & Olson, n.d.)

Jerarquía

Define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y fronteras entre generaciones.

Para la funcionalidad familiar, Minuchin considera importante tener, bien clara y definida la jerarquía en cada contexto familiar.

La inversión de jerarquías de poder ejecutivo se considera más destructoras para la estructura familiar.

Alianzas y coaliciones

Alianza es el interés compartido por dos miembros de la familia, se hace referencia a uniones relacionales positivas entre ciertos miembros del sistema familiar.

31(Modelo et al., n.d.)

Coalición se refieren a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero, en acuerdos mutuos se benefician frente a un tercero. Cuando las coaliciones traspasan las fronteras generacionales, se produce una perturbación en la jerarquía familiar.

28(Gonz, Psic, & Rico, n.d.)

Tríada rígida, se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos conyugales. *Se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida:*

- a) Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro
- b) Coalición estable: uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor, esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge
- c) Rodeo: se produce cuando se define a un hijo como «malo» y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o bien se le puede definir como «enfermo» y se unen para cuidarlo y protegerlo.28(Gonz et al., n.d.)

Estabilidad y cambio

La familia se puede considerar como un sistema en constante transformación, lo que significa que es capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y a las exigencias del entorno; esta adaptación asegura la continuidad y a

la vez el crecimiento psicosocial de los miembros (Lila et al., 2000), si bien es un proceso que ocurre debido al equilibrio entre las dos fuerzas que prevalecen en todo sistema, es decir la tendencia a mantener estable el sistema adaptándose a los cambios. 32(González, n.d.)

2.2.3 Subsistemas Familiares

Cada familia tiene su particularidad de interacción. Sin embargo, el funcionamiento familiar se define de acuerdo a las diversas pautas de interrelación que se establecen entre los miembros del grupo familiar. Estas se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto.

Por su parte Minuchin (1979, 1981, 1998), Montalvo (en Minuchin, 1979), Fishman (1994) y Umbarger (1993), entre otros, desarrollaron el enfoque estructural en la terapia familia en donde postularon algunas ideas para el estudio de las familias, a saber: Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

En un sistema familiar se dan los siguientes subsistemas:

a) Conyugal: entre los miembros de la pareja funciona la complementariedad y acomodación mutua, negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas.

b) Parental: tras el nacimiento de los hijos, el subsistema conyugal ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educacionales, se ha de asumir una nueva función, la parental, sin renunciar a las que se caracterizan al subsistema conyugal.

c) Filial: la relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación con figuras de autoridad y entre iguales.

2.2.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Se refiere al papel que cumplen las familias en dos dimensiones: con el sistema social y con la dinámica interna familiar.

Funciones Universales con la Sociedad

Función Reproductora.- En términos biológicos la humanidad se mantiene por la existencia de la familia, esta reproducción humana se inicia y se mantiene por la relación de pareja y por el cuidado de los padres con sus hijos respectivamente.

Función Protectora.- Su protección tiene como objetivo permitir que cada integrante de la familia logre cierto tipo de destrezas y habilidades, para poder enfrentarse en forma independiente con la sociedad en general

Función Afectiva.- La relación y la afectividad forman parte fundamental para el desarrollo del ser humano

Función Socializadora.- Encaminada a la formación de valores, actitudes y conductas de los seres humanos 49 (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Funciones Internas Familiares

Comunicación.- Esta función es el pilar que permite el cumplimiento de las demás tareas, desde una caricia, un grito hasta un silencio forman parte de la comunicación.

Afectividad.- El amor y los afectos que rodea al ser humano son ofrecidos principalmente por la familia.

Apoyo.- La solidaridad familiar permite el desarrollo de todos sus integrantes.

Adaptabilidad.- La capacidad de ser flexibles ante los cambios permanentes o transitorios que se pueden presentar.

Autonomía.- La familia provee un sentido de compromiso, fidelidad, pertenencia a un grupo humano, pero de igual manera promueve el respeto a su independencia.

Reglas y normas.- Dirigido a tener claro el rol de cada miembro y sus niveles de jerarquía para formar su funcionamiento. 49 (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

2.2.5 CRISIS FAMILIARES

Son incidentes de la vida que intervienen en la dinámica familiar en sus dimensiones de adaptabilidad y cohesión.

La respuesta de adaptación ante la crisis dependerá de lo siguiente:

- a) El tipo de crisis y el nivel de estrés que genera.
- b) Las bases y fortalezas aprendidas en experiencias anteriores, lo que ayudará a tener capacidad de graduar los roles, límites, funciones de los miembros en la familia.
- c) Redes de apoyo que ayudan a la familia a salir de la crisis.

Tipo de Crisis

Crisis Normativas.- Son aquellos eventos que son evidentes durante el trayecto evolutivo del ciclo vital individual y familiar, es por lo tanto el deber del médico familiar es intervenir en estos procesos de forma preventiva señalando a la familia de lo que sucederá, entre estas se encuentran:

49 (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

- 1.- De Adición: Matrimonio, embarazo, nacimiento de un hijo, regreso de un familiar al hogar.
- 2.- De Pérdida: Muerte de anciano, salida de un hijo del hogar por estudio o trabajo.
- 3.- De Estatus: Ingreso a la escuela, colegio o universidad, trabajo; jubilación. 49 (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Crisis no Normativas.- Son aquellos eventos inesperados durante el trayecto evolutivo del ciclo vital individual y familiar, no es posible proveerlas.

Entre estas están las siguientes:

- 1.- De Adición: Embarazo no planificado, convivencia de un familiar sin previa planificación.
- 2.- De Pérdida.- Muertes inesperadas por accidentes, pérdida de la independencia funcional, pérdida del año escolar, divorcio, aborto, robo.
- 3.- Cambios de Status.- Despido intempestivo, pérdida de autoridad o jerarquía en el trabajo. 49 (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Estas crisis suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar, y en la mayoría de los casos las familias y/o sus miembros requieren de atención médica. Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar.

2.2.6 Funcionalidad familiar

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad.

Otro enfoque, es el que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y rehabilitación.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento.

De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede “desencadenar” la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia.

La cohesión (unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación) ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. Así mismo, la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida, se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas 42. (Irene & Espinosa, 2009)

“Gubbins et al. (1999) advierten que la familia está implicada en las situaciones de salud y enfermedad de sus integrantes, no sólo debido a la transmisión de pautas culturales al respecto. El proceso de influencia recíproca que acontece en la dinámica interna familiar, plantea bases para decir que si, por ejemplo, un integrante de la familia se enferma, su estado afecta en mayor o menor medida al resto de los integrantes del grupo”. El grado en que se vea afectada por la enfermedad de uno de sus miembros, dependerá de múltiples factores. Entre ellos podemos destacar el grado de cohesión interna del sistema y a nivel de cada uno de sus sub-sistemas 43 (Silva, 2007)

Las personas mayores tienen la expectativa de que sus hijas y esposas participen en el cuidado cuando no puedan valerse por sí mismas. Dicha adscripción del rol de cuidador sigue una pauta de género 24 (Comarcal, 2009).

El cuidado se articula a través de una tradición cultural de interdependencia familiar sobre la base de intercambios de reciprocidad lo cual es asumido como un deber

moral fundamentado en el amor filial. Este hecho supone que la familia es el escenario natural en el que transcurren los intercambios de cuidados de salud de las personas, además de ser el espacio preferido por los mayores, por lo que, unas relaciones familiares armónicas reducen la incertidumbre respecto a esta necesidad.

24 (Comarcal, 2009)

Se ha señalado que la enfermedad y la dependencia impactan a la familia en su conjunto por lo que, el análisis de dicho impacto es fundamental para comprender la importancia de la familia en el proceso de cuidado. Con el fin de comprender este hecho se examina a continuación los conceptos fundamentales de familia y función familiar.

La familia se conceptualiza como un sistema abierto que interactúa entre sí, que mantiene relaciones hacia fuera con otros sistemas como son las instituciones de salud y/o de educación y es la principal red de apoyo social para las personas con dependencia. Asimismo, la familia se define como la unidad básica de la sociedad y es una red de relaciones emocionalmente cargadas, y se considera que el afecto mutuo entre sus miembros es la base de solidaridad y lealtad 23(Del & Mayor, n.d.)

Desde el punto de vista sociológico, la familia se concibe como el grupo social primario y dinámico, constituido por dos o más personas, que forman un núcleo de convivencia y que están unidas por lazos de sangre, legales o consensuales y afectivos, cuyas relaciones se caracterizan por la intimidad, la solidaridad y la duración. Por tanto, las relaciones familiares y la red de apoyo socio familiar constituyen un factor de relevancia 25.(Espina, n.d.)

2.2.7 Tipología familiar

La familia como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y en estrecha función de necesidades básicas con historias y códigos propios que le otorgan particularidad. La estructura del grupo familiar se transforma con el correr del tiempo, y va adaptándose y reestructurando, para lograr seguir funcionando.

Ver la estructura familiar requiere prestar atención a los intercambios conductuales más elementales del lenguaje verbal y no verbal.

El concepto estructura de familia de los tiempos modernos que se tenía del modelo occidental, va evolucionando constantemente en relación a las condiciones socioculturales y en particular en función de las relaciones, se ha modificado en su estructura y formas de convivencia. 32(González, n.d.)

Familia nuclear

Está conformada por la pareja de dos adultos que viven juntos con los hijos de la relación. Es conocida tradicionalmente en países occidentales modernos, este tipo de familia tenía prevalencia en la década de los 50, donde el niño venía de la escuela y encontraba respuestas mágicas de sus padres. Algunos recuerdan con nostalgia ese estilo de vida, donde la madre permanecían en casa, casi a tiempo completo, es comparada como la crisis que surge al enfrentarse hoy a una ausencia, por sus jornadas laborales. Las consecuencias generadas por la segunda guerra mundial, modificó este tipo de familia, puesto que los salarios del padre no eran suficientes para solventar necesidades básicas, además por la movilidad y el crecimiento de los centros fabriles, entraron en juego nuevos valores: la diversión, satisfacción en roles domésticos y auto indulgencia

Familia extensa

La estructura da preferencia a los lazos de sangre, es común en este tipo de familias cohabitar tres generaciones, alguno de los adultos de la pareja vive con sus padres por razones como: el aumento de la esperanza de vida, hace necesario responsabilizarse de los ancianos.

Familia mixta o reconstituida

Es la unión a otra pareja, para formar una nueva familia después de un divorcio y su sociabilización, como también si los padres viudos se vuelven a emparejar.

Los hijos viven alternadamente con cada uno de sus padres a fin de mantener lazos de unión familiar, pues los meros lazos de sangre crean parentesco. El cónyuge que viene a asumir el título de padrastro o madrastra tiene un permiso limitado para actuar como progenitor, en principio no queda definido cuál va a ser el rol del nuevo adulto que se incorpora.

Personas sin Familia

Se incluye en esta denominación a: adultos solteros que viven solos; divorciados o viudos que viven solos; ancianos viviendo solos. (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Equivalentes Familiares

Aquellos individuos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, por ejemplo convivencia entre amigos.

Familia Corporativa

Se refiere aquellas personas que conviven bajo un mismo techo y que mantienen una relación organizativa de trabajo en común. Es el caso de comunidades religiosas, misioneros, etc. (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Familia Ampliada

Cualquier tipo de familia que acoge a un familiar con lazos de consanguinidad más lejanos, ejemplo de ello es aquella familia nuclear que ha recibido en su casa a su tía, primo o abuela y vive con ellos. (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

2.2.8 Ciclo vital familiar

La familia es la célula de la sociedad en donde se comparten un proyecto de vida, con sentimientos de pertenencia, se establecen relaciones de intimidad y reciprocidad, en ella se destacan las relaciones interpersonales, con el tiempo éstas definen el ciclo vital familiar.

El ciclo evolutivo de la familia en términos sistémicos desde el punto de vista multigeneracional, está basado en el propuesto por Murray Bowen, sobrepasan referencias exclusivas de la familia nuclear.

La familia, tiene que operar constantes transformaciones por demandas internas y externas, esto requiere alternancias entre periodos de homeostasis, periodos de crisis y fluctuación.

El ciclo de vida familiar comienza con la conformación de la pareja y culmina ya crecidos los hijos con su regreso a los originarios roles conyugales 32(González, n.d.)

Conformación de la pareja

Es el periodo que la gente joven elige a su pareja comienzan a establecer el aprendizaje de las relaciones y deciden vivir juntos.

Etapas del enamoramiento, en ella parece que se amontonan las virtudes y el amor es para siempre, también “entraña la complicación simultánea de realizar nuevas separaciones respecto de las familias de origen”.

El matrimonio pasa a ser idealmente un proceso que envuelve a dos personas, cada uno desempeña un rol de individuación y un rol de pertenencia, mientras ambas luchan por una especie de relación simétrica. Es importante en esta etapa llegar a acuerdos en la relación que mantendrán con la familia de origen, tiempos para los amigos, actividades laborales, procreación de los hijos, además se requiere de conocimiento y adaptación entre los dos.

Su proceso emocional clave de transición, constituye el compromiso con el nuevo sistema.

Los cambios de segundo orden requeridos para el progreso de desarrollo son: formación del sistema marital, ajustes en las relaciones con la familia extensa y los amigos para incluir a los cónyuges. 32(González, n.d.)

Familia con hijos pequeños (0 a 5 años)

El nacimiento de un primogénito, desacomoda de forma visible la estructura familiar, la pareja tiene que estar sólida para poner límites.

Su proceso emocional clave de transición, es la aceptación de los nuevos miembros al sistema familiar.

Los cambios de segundo orden, requiere ajuste marital para abrir espacios a los hijos, asunción de los roles parentales, ajuste en las relaciones con la familia extensa e incluir los roles entre padres y abuelos. 29(Familia, 2009)

Familia con hijos escolares (6 a 12 años)

En esta etapa los niños van a la escuela, padres y abuelos participan en la educación.

Su proceso emocional clave de transición es la consolidación de la relación más amplio con los sistemas, escolares y sociales.

En los cambios de segundo orden, implica ajustes de normas de diferenciación de la familia y fortalecimiento de la identidad familiar. 29(Familia, 2009)

Familia con hijos adolescentes (13 a 18 años)

Los hijos se encuentran entre la pubertad y la adolescencia, sin duda los padres han alcanzado éxitos en su vida laboral y profesional, el tiempo disponible puede ampliar su círculo de amistades y con la familia extensa. La mujer puede retomar actividades que estaban relegadas.

Su proceso emocional clave de transición es el incremento de flexibilidad de la familia para integrar la autonomía de los hijos.

Los cambios de segundo orden demandan negociación en la relación parental, para permitir la movilidad del adolescente dentro y fuera del sistema familiar, reenfoque de la vida marital y personal de los padres. 29(Familia, 2009)

Familia en Plataforma de Lanzamiento

Inicia con el fin de la adolescencia de sus hijos, continuando hasta que el último de sus hijos abandone el hogar

Los hijos se independizan de la familia nuclear por estudios o también para conformar una pareja.

La salida de los hijos, provoca a unos padres serios conflictos, debido al vínculo o rol que han venido desempeñando. 29(Familia, 2009)

Familia en Nido Vacío

En esta etapa existe un reencuentro entre la pareja, ya que sus hijos han salido del hogar, en ocasiones sus vidas lo han desarrollado en función de sus hijos descuidando su propio crecimiento lo cual puede generar desconocimiento entre la

pareja, pero cuando ésta ha fortalecido su propia relación lo que generará, es un tiempo nuevo para los dos. Además junto a esto viene un nuevo rol el ser abuelos. .
(Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

La Familia Anciana

Cada persona debe aprender a vivir sus cambios corporales individuales como parte natural del desarrollo de la vida.

La persona sentirá mejor salud emocional si ha logrado cumplir algunas de sus metas propuestas, si ha logrado mantener una buena autoestima y si ha mantenido buena relación afectiva tanto con su familia cercana como extendida y el mundo social, estas cercanías le serán de gran apoyo para mantener un adecuado estilo de vida. .
(Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Lo que más temeroso de la vejez es la soledad, la pérdida de las propias capacidades: físicas, mentales, suficiencia para valerse por sí mismos y contemplar la posibilidad de depender inevitablemente del cuidado de otros

Una de las crisis fuertes en esta etapa es la muerte de uno de los cónyuges, condición que requiere del apoyo incondicional de la familia

29(Familia, 2009)

2.2.9 Escalas para medir la funcionalidad familiar

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado frecuentemente la necesidad de aplicar instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar.

Han transcurrido más de tres décadas desde que empezaran a surgir a finales de los años setenta los diversos modelos de evaluación familiar. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el

modelo circunplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979). Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* en 1980. Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones.

Una vez construido el modelo los autores desarrollaron el *FACES*, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, *FACESII*, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, *FACES III*, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar.

En este sentido, el *FACES III* es un buen instrumento. No obstante, es aplicable únicamente a población no clínica. Debido a ello, en los últimos años los autores han tratado de desarrollar una cuarta versión, *FACES IV*, cuyo objetivo es ser aplicable a población clínica, en la cual los niveles extremos de las dos dimensiones serían disfuncionales. Sería por lo tanto un instrumento que reflejaría el funcionamiento curvilíneo de ambas dimensiones (Olson, Tiesel, Gorall y Fitterer, 1996).

Entre otras escalas que miden la funcionalidad familiar se encuentran:

FF-SIL.- Test de funcionamiento familiar, instrumento construido para evaluar cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las

variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 pto.
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi siempre	5 ptos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57	Familias funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional

La aplicación del test, va dirigido a familias con sospecha de disfunción.

El instrumento se aplica a un miembro de la familia, preferentemente al jefe de núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro o los miembros que produzca el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar.

FSS (FamilySatisfactionScale). Escala de Satisfacción Familiar. Elaborada por Olson, Stewart y Wilson (1990), basándose en la escala del mismo nombre desarrollada por Olson y Wilson (1982). Originalmente esta escala constaba de 14 ítems, pero posteriormente Olson la redujo a únicamente 10, con los cuales se evalúa el grado de satisfacción experimentado con aspectos relacionados con la cohesión y adaptabilidad familiar. Este instrumento fue desarrollado en relación con el modelo circunplejo y con el fin de cubrir una de sus hipótesis, la cual señala que es más importante la satisfacción que experimenta una familia sobre su nivel de cohesión y adaptabilidad, que donde está situada en el modelo. La fiabilidad de la escala alcanzada en nuestro estudio mediante el procedimiento alfa de Cronbach ha sido de 0,92. Asimismo, la factorización de sus elementos a partir de un análisis de componentes principales mostró unidimensionalidad, llegando a explicar un 57,9% de la varianza. 34.(Universidad & Deusto, 2006)

FES (FamilyEnvironmentScale). Escala de Clima Familiar. Es una de las primeras escalas que se desarrollaron para evaluar las características socio ambientales y las relaciones entre los miembros en el seno de la familia y una de las pocas adaptadas al castellano. La escala consta de 90 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), agrupados en 10 subescalas que definen tres áreas fundamentales. La dimensión Relacional evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza; está integrada por tres subescalas: Cohesión ($r= 0,79$), Expresividad ($r= 0,64$) y Conflicto ($r= 0,63$). La dimensión Desarrollo explora la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no por la vida familiar; esta área comprende 5 subescalas: Autonomía ($r= 0,40$), Actuación ($r= 0,44$), Interés intelectual-cultural ($r= 0,60$), Participación social-recreativa ($r= 0,44$) y Moralidad-Religiosidad ($r= 0,41$). La dimensión Estabilidad proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen entre sí los miembros de la familia; la forman las subescalas de Organización ($r= 0,78$) y Control ($r= 0,61$). El valor r entre paréntesis que figura tras cada dimensión y subescala corresponde a los coeficientes de fiabilidad obtenidos mediante la aplicación del procedimiento 20 de Kuder-Richardson. 34.(Universidad & Deusto, 2006)

Cuestionario FACES III de Olson

La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) es la tercera versión de una serie de escala de FACES, desarrollada para evaluar las dos dimensiones mayores del Modelo Circunplejo, como son cohesión y adaptabilidad familiar. El Modelo Circunplejo fue desarrollado por David Olson y sus colegas, como un intento de integrar investigación, teoría y práctica. 33.(Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010)

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles intermedios los relacionados con un buen funcionamiento familiar 34.(Universidad & Deusto, 2006)

La razón fundamental por la cual este instrumento fue seleccionado es porque mantiene una fiabilidad y validez aceptables, y su aplicación va dirigida a población no clínica.

Validez de construcción

Una de las mayores metas al desarrollar FACES III, fue reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad, para llevarla tan cerca a cero (0) como fuera posible. En la Faces II ($r = .65$), ésta correlación se redujo casi a cero en Faces III ($r = .03$). Así resultaron dos dimensiones claramente independientes, y ocasionó una buena distribución de los valores de estas dos dimensiones.

La Cohesión Familiar es definida como el vínculo o la unión emocional que tienen entre sí los miembros de la familia. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: vínculo emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. 35.(Maass, 2003)

Niveles de cohesión familiar

- 1.- Desligada (muy baja)
- 2.- Separada (baja a moderada)
- 3.- Conectada (moderada a alta)
- 4.- Enmarañada (muy alta)

La cohesión desligada, desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

En la cohesión separada si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

En la cohesión conectada o unida, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

En la cohesión enmarañada o enredada, prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común 35.(Maass, 2003)

La Adaptabilidad Familiar es definida como la capacidad o habilidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo

La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como:

- a) Poder (capacidad de afirmación, control, disciplina)
- b) Estilos de negociación
- c) Relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

Niveles de adaptabilidad familiar

- 1.- Rígida (muy baja),
- 2.- Estructurada (baja a moderada)
- 3.- Flexible (moderada a alta)
- 4.- Caótica (muy alta).

La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

La adaptabilidad flexible, existe un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

La estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

La rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. .(Schmidt et al., 2010)

Distribución de Ítems de la Escala Fases III

La prueba consta de 20 ítems:

10 ítems corresponden a cohesión, los resultados relativos a la dimensión de cohesión se distribuyen en 2 ítems para cada una de los siguientes aspectos:

- a) Lazos emocionales (11-19)
- b) Límites familiares (7-5)
- c) Intereses comunes y recreación (13-15)
- d) Coaliciones (1-17)
- e) Tiempo y amigos (9-3).

10 ítems corresponden a adaptabilidad, se distribuye en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos:

- a) Liderazgo (6-18)
- b) Control (12-2)
- c) Disciplina (4-10)
- d) Roles y reglas de relación (8-14-16-20).

El Modelo permite clasificar a las familias en:

1.- 16 tipos específicos:

Cuadro. 1 Clasificación de la Dinámica Familiar según Modelo de Olson

		<i>Cohesión</i>			
		<i>Desligada</i>	<i>Separada</i>	<i>Unida</i>	<i>Aglutinada</i>
<i>Adaptabilidad</i>	<i>Caótica</i>	<i>Caótica Desligada</i>	<i>Caótica Separada</i>	<i>Caótica Unida</i>	<i>Caótica Aglutinada</i>
	<i>Flexible</i>	<i>Flexible Desligada</i>	<i>Flexible Separada</i>	<i>Flexible Unida</i>	<i>Flexible Aglutinada</i>
	<i>Estructurada</i>	<i>Estructurada Desligada</i>	<i>Estructurada Separada</i>	<i>Estructurada Unida</i>	<i>Estructurada Aglutinada</i>
	<i>Rígida</i>	<i>Rígida Desligada</i>	<i>Rígida Separada</i>	<i>Rígida Unida</i>	<i>Rígida Aglutinada</i>

MARTÍNEZ-PAMPLIEGA *et al.* Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

2.- En tres grupos más generales:

- a) Familias Extremas
- b) Familias de Rango Medio
- c) Familias Equilibradas

Distribución de Ítems

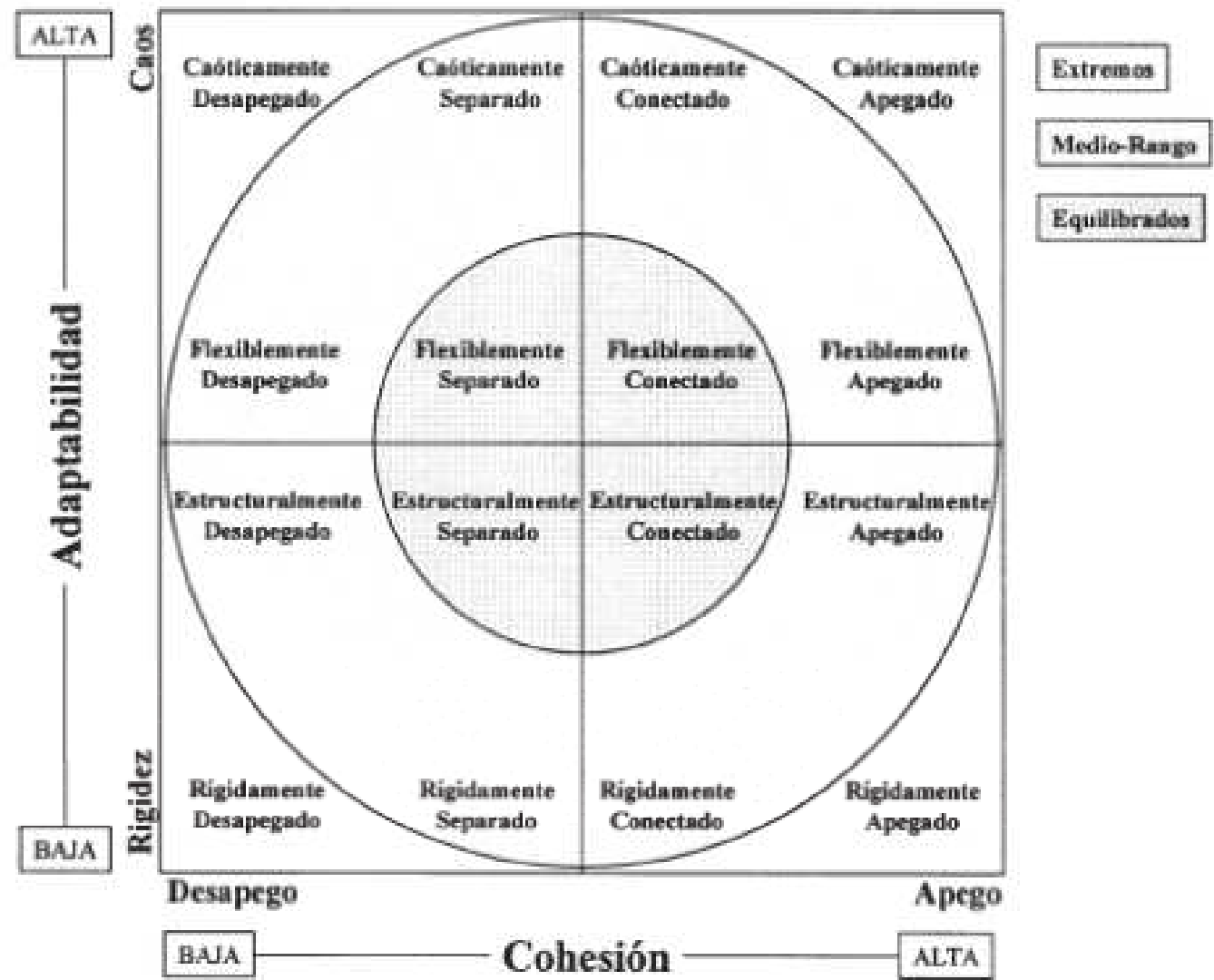
La prueba consta de 20 ítems. Al analizar la distribución interna de los ítems, encontramos que 10 ítems corresponden a cohesión y 10 ítems a adaptabilidad. Los resultados relativos a la dimensión de cohesión se distribuyen en 2 ítems para cada una de los siguientes aspectos: lazos emocionales (11-19), límites familiares (7-5), intereses comunes y recreación (13-15), coaliciones (1-17), tiempo y amigos (9-3).

Lo relativo a adaptabilidad se distribuye en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos: liderazgo (6-18), control (12-2), y disciplina (4-10), y, 4 ítem para roles y reglas de relación (8-14-16-20).

Interpretación

Olson (1985), considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tienen 4 rasgos y su correlación determina 16 tipos familiares, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar descritos anteriormente. 35.(Maass, 2003)

Cuadro. 2 Modelo Circumplejo de Olson



MARTÍNEZ-PAMPLIEGA *et al.* Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

2.2.10 ADULTO MAYOR

Según la OMS las personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se las denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años de edad se le denominara de forma indistinta persona de la tercera edad. 23.(Del & Mayor, n.d.)

Erikson propone su teoría del Desarrollo de la Personalidad sobre la base de los estudios psicoanalíticos de Freud y sobre la base de la carga genética que le permite al ser humano el beneficio gradual de sus destrezas. Para su teoría revisa las múltiples relaciones que tiene cada individuo sea niño, adulto o anciano con su familia y el entorno social.

Los postulados básicos de Erikson señala que el ser humano va cambiando así, en los primeros meses de vida el niño podría decir “soy lo que me dan”, más adelante “soy lo que puedo recibir” y, más tarde “soy lo que puedo dar”.

Según las etapas del desarrollo individual de Erikson, el adulto mayor se encuentra en la etapa constituida por la integridad vs desesperanza “soy lo que me sobrevive”, por un lado la integridad es referente a la capacidad de aceptar la propia biografía, de evaluar la influencia que uno ha ejercido en el entorno y de admitir la mortalidad. La desesperanza es el no aceptar las pérdidas y el no aceptar la muerte. (Armas Norma; Díaz Lenin, 2007)

Valoración Geriátrica Integral

Para la Valoración Geriátrica Integral es necesario el empleo de distintos instrumentos de medida que permitan realizar las valoraciones en diversas áreas como: clínica, funcional, mental y social.

La utilización de algunas escalas, fáciles de aplicar y bien validadas facilitará el proceso de evaluación, haciéndolo más objetivo y pudiéndolo manejar en los diversos niveles asistenciales: hospitales, domicilios, residencias

La Valoración Geriátrica Integral es la principal herramienta, para el abordaje de este tipo de pacientes, es capaz de optimizar los resultados de la evaluación tradicional porque mejora el estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva, disminuye el número de medicamentos prescritos, disminuye la necesidad de institucionalización, aumentando el uso de la atención domiciliaria, mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia.³⁶ (*El anciano frágil*, n.d.)

Evaluación funcional

Toda valoración geriátrica debe incluir necesariamente la medición de forma estructurada de la capacidad funcional del paciente, en la práctica clínica se evalúa la capacidad del adulto mayor para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Las Actividades de la Vida Diaria se dividen en:

- 1.- Actividades Básicas (ABVD)
- 2.-Actividades Instrumentales (AIVD)
- 3.-Actividades Avanzadas (AAVD).

Actividades Básicas (ABVD) se refieren a las tareas propias del autocuidado: vestirse, deambular, bañarse, asearse, controlar los esfínteres, comer sin ayuda, etc.

Actividades Instrumentadas (AIVD) implican la capacidad del individuo para poder llevar una vida independiente en la comunidad, como por ejemplo: realizar las tareas del hogar, las compras, manejar la medicación, manejar los asuntos económicos, el teléfono, utilizar el transporte público, etc.

Actividades Avanzadas (AAVD) son aquellas tareas más complejas que el sujeto lleva a cabo como parte de su esparcimiento y realización personal, incluyen aficiones, actividades sociales, deportes, etc.

Las diferentes escalas de medición que se utilizan tienen validez siempre y cuando el valor de puntuación que se asigne en la escala, vaya acompañado de una relación de las actividades en las que el paciente es dependiente o independiente. Una cifra que no precise la dependencia o independencia no tiene ningún valor clínico. 36 (*El anciano frágil*, n.d.)

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

La funcionalidad es la capacidad de la persona para realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le den bienestar. El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad. La pérdida de la funcionalidad puede ser un indicador para identificar una nueva enfermedad, mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización, como de expectativa de vida activa, a mayor dependencia menor expectativa de vida, las escalas que nos ayudan con su valoración son:

- 1.- Índice de Barthel (IB).
- 2.- Índice de Katz (IK).

El Índice de Barthel

Fue diseñado inicialmente para la valoración de pacientes con accidentes cerebrovasculares, pero actualmente ha demostrado su utilidad en la evaluación de cualquier paciente adulto mayor. Es el instrumento recomendado por la Sociedad Inglesa de Geriátrica para la evaluación de las ABVD.

Mide la dependencia o independencia diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia en 10 ítem: alimentación, baño, vestido, aseo, uso del baño, micción, deposición, trasposos cama-sillón, deambulación y escaleras, siendo la puntuación de máxima dependencia 0 puntos y de máxima independencia 100 puntos; calificando los cambios de 5 en 5 puntos. Es muy útil para describir la realidad funcional y predecir los cambios a largo plazo 38.(Volume & Cerebral, 2005)

Fiabilidad.- El Índice de Barthel resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original y de 0.90-0.92 para la de Shah. 38.(Volume & Cerebral, 2005)

Validez.- La validez de constructo o de concepto es el grado en que una medida es compatible con otras con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. Por ejemplo el IB es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad. También está relacionada con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de dependencia), presentan mejor respuesta a la rehabilitación. . 38.(Volume & Cerebral, 2005)

Sensibilidad.- El IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque su capacidad para detectar cambios en situaciones extremas es limitada, esto es, si un paciente consciente obtiene una puntuación de 0 en el IB, y espontáneamente cae en un estado inconsciente, (por tanto en un mayor nivel de dependencia), el IB no cambia.³⁹(V. D. E. La, Física, Índice, & Damián-moreno, 1997)

Las pautas del Índice de Barthel

1.- La actividad funcional de un paciente se debe establecer usando la mejor evidencia disponible, es decir preguntando al paciente, amigos/parientes y los cuidadores quienes son las fuentes generales, pero la observación directa y el sentido común son también importantes. Sin embargo, la prueba directa al paciente no es necesaria ³⁸.(Volume & Cerebral, 2005)

2.- La gama de puntuación es de 0-100. Cuanta más alta es la puntuación, MAYOR es la independencia del paciente.

Interpretación del índice de Barthel

El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia.

La interpretación sugerida por Shah es:

0 – 20: Dependencia total

21 – 60: Dependencia severa

61 – 90: Dependencia moderada

91 – 99: Dependencia escasa

100: Independencia

Granger et al indican que comer es la actividad en la que se observa con mayor frecuencia la independencia. Mientras Wade y Hewer, concluyeron que el control

ocasional de heces fue la primera actividad en recuperarse y bañarse fue la actividad que se recuperaba más tarde. 38.(Volume & Cerebral, 2005)

El Índice de Katz

Es una escala sencilla y muy empleada que mide de forma jerárquica seis actividades: baño, vestirse, uso de retrete, movilidad, continencia y alimentación, tratando de reflejar la secuencia de la pérdida habitual de estas habilidades y clasificando a los pacientes de A a G: siendo A el de mayor independencia y G el más dependiente. 36 (*El anciano frágil*, n.d.)

Cuadro 3. Índice de Katz

1. BAÑO
<p>INDEPENDIENTE: SE BAÑA ENTISAMENTE SOLO, O BIEN REQUIERE AYUDA ÚNICAMENTE EN ALGUNA ZONA CONCRETA (P. EJ. ESPALDA).</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA LEVANTARSE EN MÁS DE UNA ZONA DEL CUERPO, O BIEN PARA ENTRAR O SALIR DE LA BAÑERA O DUCHA.</p>
2. VESTIDO
<p>INDEPENDIENTE: COGE LA ROPA Y SE LA PONE ÉL SOLO, PUEDE ABROCHARSE (SE EXCLUYE ATARSE LOS ZAPATOS O PONERSE LAS MEJILLAS O CALCETINES).</p> <p>DEPENDIENTE: NO SE VISTE POR SÍ MISMO, O PERMANECE PARCIALMENTE VESTIDO.</p>
3. USO DEL WC
<p>INDEPENDIENTE: VA AL WC SOLO; SE ABRE LA ROPA, SE LIMPIA EL SOLO.</p> <p>DEPENDIENTE: PRECISA AYUDA PARA IR AL WC Y/O PARA LIMPIARSE.</p>
4. MOVILIDAD
<p>INDEPENDIENTE: SE LEVANTA Y SE ACUESTA DE LA CAMA ÉL SOLO, SE LEVANTA Y SE SIENTA DE UNA SILLA ÉL SOLO, SE DESPLAZA SOLO.</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA LEVANTARSE Y/O ACOSTARSE, DE LA CAMA Y/O DE LA SILLA, NECESITA AYUDA PARA DESPLAZARSE O NO SE DESPLAZA.</p>
5. CONTINENCIA
<p>INDEPENDIENTE: CONTROL COMPLETO DE LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN.</p> <p>DEPENDIENTE: INCONTINENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA MICCIÓN O DEFECACIÓN.</p>
6. ALIMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE: COME SOLO, LLEVA ALIMENTO SOLO DESDE EL PLATO A LA BOCA (SE EXCLUYE CORTAR LOS ALIMENTOS).</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA COMER, NO COME SOLO O REQUIERE ALIMENTACIÓN ENTERAL.</p>
<p>A: INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES.</p> <p>B: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS UNA CUALQUIERA.</p> <p>C: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>D: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>E: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>F: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>G: DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.</p>

Adaptado de: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA

Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD)

Evalúan la relación con el entorno, implica mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva del paciente adulto mayor

La dependencia en algunas actividades instrumentales de la vida diaria, está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

La escala de Lawton-Brody fue creada en adultos mayores para valorar autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria.

Valora 8 rubros: capacidad para realizar compras, preparar comida, utilizar el teléfono, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transporte, capacidad de controlar la propia medicación y manejar dinero.

Se recomienda en toda valoración geriátrica inicial evaluar la capacidad para realizarlas actividades instrumentales de la vida diaria, utilizando escalas validada como la de Lawton-Brody.

Cuando se detecte limitación para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un paciente hospitalizado, se debe iniciar un programa de rehabilitación y tratar las causas desencadenantes (deterioro cognitivo, desnutrición, infecciones, caídas, fracturas, etc.) y continuar la rehabilitación luego de su egreso. 37(Pr & Cl, n.d.)

Evaluación del deterioro cognoscitivo

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria praxias, gnosias). El más común es la pérdida de la memoria.

Las funciones mentales superiores en el anciano pueden verse afectados por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit cognoscitivo leve puede

evolucionar a demencia, es por ello la importancia de realizar detecciones tempranas para el tratamiento oportuno.

Las pruebas de escrutinio para detección de deterioro cognoscitivo aunadas a una valoración integral con una H.C completa son la piedra angular del diagnóstico.

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado es útil como instrumento de detección.

Mantiene Sensibilidad del 79 – 100% Especificidad: 46- 100%, para detectar deterioro cognoscitivo

Los resultados deberán ser controlados por la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de:

24 puntos o más, para individuos de 5 a 8 años de escolaridad

22 puntos, para los que tiene de 0 a 4 años de escolaridad

En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognoscitivo:

Sin deterioro 24 puntos o más

Leve: 19 – 23 puntos

Moderado: 14 – 18 puntos

Severo: < 14 puntos

Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE, se recomienda valoración por el especialista (geriatra o neurólogo)

Se recomienda descartar causas secundarias de deterioro cognoscitivo y dar su tratamiento oportuno. 37(Pr & Cl, n.d.)

Evaluación farmacológica

Polifarmacia: Se refiere al uso de 5 o más fármacos, establecido por las guías clínicas mexicanas. 37(Pr & Cl, n.d.)

Diferentes estudios han demostrado que hasta el 90% de los adultos mayores de 65 años ingiere uno o más medicamentos, 50% 2 o más, y 12% 5 o más.

Evitar la prescripción de medicamentos considerados como inapropiados, de acuerdo a los criterios de Beers.

Los criterios de Beers incluyen 41 fármacos o familias de fármacos alópatas que se consideran inadecuados para administrar en personas mayores de 65 años en cualquier circunstancia, y 7 que se consideran inadecuados en determinadas circunstancias o dosis. 37. (Pr & Cl, n.d.)

Cuadro 4. Criterios de Beers

Criterios de Beers		
MEDICAMENTOS	ASUNTO	SEVERIDAD
Aceite mineral	Riesgo potencial de aspiración y efectos adversos. Existen alternativas más seguras.	Alta
Ácido Etacrínico	Riesgo potencial de hipertensión y desequilibrios de líquidos. Existen alternativas más seguras.	Baja
Amiodarona	Asociada con problemas del intervalo QT y riesgo de producir "torsades de pointes". Riesgo de alteraciones tiroideas. Escasa eficacia en ancianos	Alta
Amitriptilina	Debido a sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedativas, Amitriptilina raramente es el antidepresivo de elección en ancianos.	Alta
Anfetaminas (excluyendo metilfenidato)	Efectos adversos estimulantes del SNC.	Alta
Anfetaminas y anorexígenos	Estos fármacos tienen un potencial para causar dependencia, hipertensión, angina e infarto de miocardio.	Alta
Anticolinérgicos y antihistamínicos (Clorfeniramina, Difenhidramina, Hidroxizina, Ciproheptadina)	Todos los antihistamínicos pueden tener propiedades anticolinérgicas potentes. Se prefiere el uso de antihistamínicos no anticolinérgicos para tratar reacciones alérgicas.	Alta
Antiespasmódicos	Los antiespasmódicos gastrointestinales son altamente anticolinérgicos con una	Alta

(Diclofenaco, Alcaloides de la Belladona)	eficacia incierta. Se recomienda evitar estos fármacos (especialmente su uso prolongado).	
Barbitúricos (excepto Fenobarbital)	En ancianos son altamente adictivos, pudiendo causar más efectos adversos que la mayoría de los hipnóticos y sedantes.	Alta
Benzodiazepinas de acción corta a dosis mayores de: 3mg de Lorazepam, 2mg de Alprazolam, y 0,25mg de Triazolam	Debido a una sensibilidad incrementada a las Benzodiazepinas en ancianos, dosis más pequeñas podrían seguir siendo eficaces y mejor toleradas. La dosis total diaria no debe exceder la dosis máxima recomendada.	Alta
Benzodiazepinas de larga acción (Diazepam, y Clorazepato)	Estos fármacos tienen larga vida media en ancianos (con frecuencia días), produciendo sedación prolongada e incremento del riesgo de caídas y fracturas. En caso necesario es preferible una Benzodiazepina de acción corta e intermedia.	Alta
Cimetidina	Efectos adversos del SNC incluyendo confusión.	Baja
Clorpropamida	Presenta una vida media prolongada en ancianos y puede ocasionar hipoglucemia prolongada. Puede provocar secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH, según siglas en inglés).	Alta
Dextropropoxifeno	Ofrece pocas ventajas analgésicas frente a paracetamol, provoca estreñimiento y sedación y riesgo de caídas.	Baja

Digoxina	Alto grado de intoxicación por digital a dosis >0,125 mg/d, excepto en el tratamiento de las arritmias auriculares. La disminución del filtrado glomerular puede incrementar el riesgo de toxicidad. Existen opciones con menos riesgo.	Alta
Disopiramida	De todos los fármacos antiarrítmicos, es el más potente inotropo negativo, y además puede inducir insuficiencia cardíaca en ancianos. Usar preferiblemente otros antiarrítmicos.	Alta
Doxepina	Debido a sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedativas, raramente es el antidepresivo de elección en ancianos.	Alta
Estrógenos solos	Existe evidencia de potencial carcinogénico (cáncer de mama y endometrial) y escaso efectos cardioprotector en ancianas.	Baja
Fluoxetina	Larga vida media y riesgo de producir estimulación excesiva del SNC, alteraciones en el sueño e incremento de la agitación. Existen alternativas más seguras	Alta
Indometacina	De todos los AINE disponibles es el que produce más efectos adversos sobre el SNC, gástricos y renales.	Alta
Ketorolaco	Se debe evitar su uso inmediato y a largo plazo en ancianos, debido la mayoría presentan patologías gastrointestinales asintomáticas.	Alta
Meperidina	Puede causar confusión y presenta más desventajas que otros opiodes.	Alta
Metildopa	Puede causar bradicardia y exacerbar depresión en ancianos.	Alta
Metiltestosterona	Riesgo potencial de hipertrofia prostática y problemas cardíacos.	Alta
Nifedipino de acción corta.	Riesgo potencial de hipotensión y constipación	Alta
Nitrofurantoina.	Riesgo potencial de daño renal. Existen alternativas más seguras.	Alta

Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. ArchInternMed.

Visión y audición

La disminución de la agudeza visual es un factor de riesgo para caídas y dependencia funcional

Según el estudio NHIS del 2002 las causas de la alteración de la agudeza visual son:

Cataratas 53,4 %

Glaucomas 10,3 %

Diabetes mellitus 14,9 %

Degeneración macular relacionada al envejecimiento 8,7%

Es razonable realizar un examen oftalmológico anual especialmente en pacientes con diabetes mellitus y glaucoma.

La pérdida auditiva en los adultos mayores tiene una prevalencia del 25 al 40% en el grupo de 65 años y se incrementa hasta el 80% en mayores de 85 años, se asocia con síntomas depresivos y aislamiento social.

Para evaluar la audición se recomienda realizar la prueba de la voz susurrada o del susurro, la sensibilidad y especificidad varía del 70 y 100%. El evaluador se coloca a unos 15 cm atrás del paciente y susurra 10 palabras. La incapacidad de repetir el 50% de las palabras puede identificar a aquellos pacientes en los cuales no será útil un auxiliar auditivo. 37(Pr & Cl, n.d.)

Para la detección inicial de la pérdida de la agudeza visual o auditiva, es suficiente con preguntar al adulto mayor o a su cuidador primario lo siguiente:

1.- ¿Tiene dificultad para ver la televisión, leer o para ejecuta cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?

2.- ¿Tiene dificultad para oír?

Si la respuesta es positiva para cualquiera de las preguntas se deberá buscar la causa tratable o enviar a valoración por el especialista.

Evaluación del riesgo de caídas

En la medida que envejece la población incrementa la incidencia de caída con sus consecuencias adversa en las áreas biológicas, psicológicas y sociales. Una caída puede generar dependencia funcional creando un círculo vicioso, pues este a su vez se relaciona con caídas. 37(Pr & Cl, n.d.)

Los factores de riesgo de caídas es fundamental en el paciente geriátrico y todo adulto mayor debe ser valorado considerando los factores de riesgo que presenta para caídas: Los factores de riesgo reportados son: deterioro cognitivo, diabetes mellitus tipo 2, sexo femenino, dependencia funcional.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios y escalas, estandarizadas y validadas para el ámbito en el que se aplican; determinando en primer lugar el grado de dependencia funcional mediante el Índice de Barthel a los pacientes adultos mayores, con ayuda del personal de salud del Área de Rehabilitación Física o sus familiares; en segundo término, para establecer la funcionalidad familiar mediante la escala FACES III a su familiar con el que acuda al servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva.

3.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	CATEGORIA	ESCALA	INDICADOR
DINAMICA FAMILIAR	Capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales	CUANTITATIVA CUANTITATIVA	COHESION ADAPTABILIDAD	FASES III COHESION MUY BAJA BAJA A MODERADA MODERADA A ALTA MUY ALTA ADAPTABILIDAD MUY BAJA BAJA A MODERADA MODERADA A ALTA MUY ALTA	COHESION Familia desvinculada Familia Separada Familia Conectada Familia enmarañada ADAPTABILIDAD Familia Rígida Familia Estructurada Familia Flexible Familia Caótica
DEPENDENCIA FUNCIONAL	Estado en el que se encuentran las personas ligadas a la falta o pérdida de autonomía funcional	CUANTITATIVA	DEPENDIENTE INDEPENDIENTE	INDICE DE BARTHEL ABVD COMER dependencia Con ayuda Independiente TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA Dependiente Con ayuda importante Con algo de ayuda Independiente	0 – 20 Dependencia total 21 – 60 Dependencia severa 61 – 90 Dependencia moderada 91 – 99 Dependencia escasa 100 Independencia
				ASEO PERSONAL Con ayuda Independiente USO DEL RETRETE Dependiente Con algo de ayuda Independiente BAÑARSE/DUCHARSE Dependiente Independiente DEAMBULAR Dependiente Independiente en silla de ruedas Con ayuda Independiente SUBIR Y BAJAR ESCALERAS Incapaz Algo de ayuda Independiente VESTIRSE Y DESVESTIRSE Dependiente Necesita ayuda Independiente CONTROL DE HECES Incontinencia Accidental Contiene	

				CONTROL DE ORINA Incontinencia Accidental Contiene	
EDAD	Tiempo que una persona, ha vivido desde que nació	CUANTITATIVA	ANOS	GRUPOS DE EDAD	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
INSTRUCCION	Conjunto de conocimientos adquiridos	CUALITATIVA	NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR		NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR
SEXO	Características biológicas que define a un ser humano como hombre o mujer	CUALITATIVA	CONDICIÓN GENETICA	HOMBRE MUJER	HOMBRE MUJER
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	CUALITATIVA	SOLTERO/A CASADO/A UNION LIBRE DIVORCIADO/A VIUDO/A		SOLTERO/A CASADO/A UNION LIBRE DIVORCIADO/A VIUDO/A

3.2 MUESTRA Y TIPO DE ESTUDIO

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, utilizando escalas estandarizadas y validadas para el ámbito en el que se aplican, a todos los pacientes adultos mayores dependientes y familiares, en el servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva,

Muestra

La población diana de este estudio corresponde a la totalidad de los pacientes adultos mayores con dependencia funcional, y al menos dos de sus familiares del Servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva

La muestra del presente estudio se basa en la prevalencia de la población adulta mayor con dependencia funcional representada por el 7,1 % establecida en la bibliografía estudiada. 14 (Dorantes-mendoza et al., 2007)

Lo que corresponde al tamaño de la muestra de 100 personas adultos mayores con dependencia funcional, determinada con la siguiente fórmula:

$N = Z^2 \cdot pq / d^2$ donde:

N= tamaño de la muestra

Z= desviación en relación a la curva de distribución normal, 1,96 que corresponde a 95% intervalo de confianza.

p= proporción estimada de la población objeto de estudio, que se estima que tiene una característica determinada.

q= 1-p

d= grado de precisión deseada (usualmente 0,05)

Ámbito

El trabajo de campo se realizó con los pacientes adultos mayores dependientes, dos de sus familiares y con personal de salud del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva

Criterios de inclusión para establecer la dependencia del paciente

- 1.- Paciente adulto mayor dependiente, de 60 años de edad o más, que acepte voluntariamente formar parte de las encuestas a establecer, previa valoración cognoscitiva mediante el mini mental test en el caso de ser necesario.
- 2.- Familiares que estén a cargo del cuidado del paciente adulto mayor dependiente, que acepte voluntariamente formar parte de las encuestas a establecer.
- 3.- Personal de salud del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva, encargado de la terapia física que recibe el adulto mayor

Criterios de inclusión para establecer la dinámica familiar

- 1.- Dos Familiares, cercanos a la realidad o que mantenga relación afectividad con el paciente adulto mayor dependiente, que acepten voluntariamente formar parte de las encuestas a instaurar.

Como criterios de exclusión

1. Familiar, paciente, cuidador y personal de salud encargado de la rehabilitación física, que no acepten voluntariamente a formar parte del estudio

Trabajo de campo

Como fase previa al inicio del trabajo de investigación, se solicitó a las autoridades correspondientes, su aprobación para proceder con la investigación.

Una vez autorizado la realización del trabajo de investigación, se informó del estudio a todo el personal sanitario de la Fundación Tierra Nueva.

Posteriormente y con base a los criterios de inclusión fijados, se realizó un censo general de los adultos mayores dependientes de acuerdo al registro general de la fundación. En base a dicho censo, se realizó una prueba piloto con 15 adultos mayores elegidos al azar. Esta actividad permitió entrenar la aplicación de las encuestas y valorar la fiabilidad de los instrumentos de medida y ajustarlos según los resultados del pilotaje.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Variable Dependiente

Dinámica (funcionalidad) familiar

Variable Independiente

Grado de dependencia del paciente Adulto Mayor

Descripción de los instrumentos de medida

Cuestionario de valoración de las variables del contexto

Cuestionario dirigido a obtener información sobre las variables sociodemográficas tanto de los pacientes adultos mayores con dependencia, como del familiar más cercano a su realidad (estado civil, nivel educativo, edad profesión, sexo,).

Índice de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1995)

Esta escala tiene por objeto registrar la situación personal del paciente, respecto a sus actividades básicas de la vida diaria. El IB evalúa el nivel de dependencia funcional del paciente en las siguientes 10 actividades de la vida diaria (AVD):

- 1.-Alimentación
- 2.-Empleo de ducha o baño
- 3.-Vestirse
- 4.-Aseo Personal
- 5.- Control Anal
- 6.-Control Vesical
- 7.-Uso del retrete
- 8.-Capacidad para trasladarse
- 9.-Desplazamientos

10.-Subida/bajada de escaleras

El IB se puntúa de 0 a 100. Las puntuaciones no son las mismas para cada actividad.

Los resultados globales se agrupan en las siguientes categorías:

0 y 20 puntos dependencia total

21 a 60 dependencia severa

61 a 90 dependencia moderada

91 a 99 dependencia escasa y 100 independencia

El IB orienta las tareas del personal encargado de asistir al paciente en el progreso de la capacidad funcional del mismo. El IB ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación.¹²

(Volume & Cerebral, 2005)

Escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar FACES III

La escala FACES III puede ser aplicada a cualquier tipo de familia y en cualquier ciclo vital, los ítems están elaborados para mayores de 12 años de edad, de los 20 ítems por los que está conformada la escala, 10 tienen relación con la adaptabilidad y 10 ítems con la cohesión. Los índices de validez y confiabilidad son buenos, el coeficiente de confiabilidad es del 0.90.

La calificación de la escala se realiza sumando los puntos según la opción seleccionada, la puntuación total corresponde a un diagnóstico de funcionamiento familiar.

Cohesión, es el vínculo emocional que tienen entre los miembros de un sistema, tiene cuatro niveles: familias enmarañadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desligadas (cohesión baja).

Se puntúa de la siguiente manera:

a) Funcionamiento familiar óptimo:

Familias conectadas: 32 - 36

Familias separadas: 27 – 31

b) Familias Problemáticas:

Familias enmarañadas: 36 – 40

Familias desligadas: 8 - 26

Adaptabilidad, es la capacidad que tiene el sistema como familia para cambiar su estructura de ser necesario.

Formada por los siguientes niveles: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad baja)

Se interpreta como:

a) Estabilidad funcional ante el cambio:

Familias estructuradas: 17 - 24

Familias flexibles: 25 – 32

b) Inestabilidad funcional ante el cambio:

Familias rígidas: 8 - 16

Familias caóticas: 33 – 40

La adaptabilidad y cohesión son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales y los niveles medios se relacionan con un buen funcionamiento familiar. 13 (Universidad & Deusto, 2006)

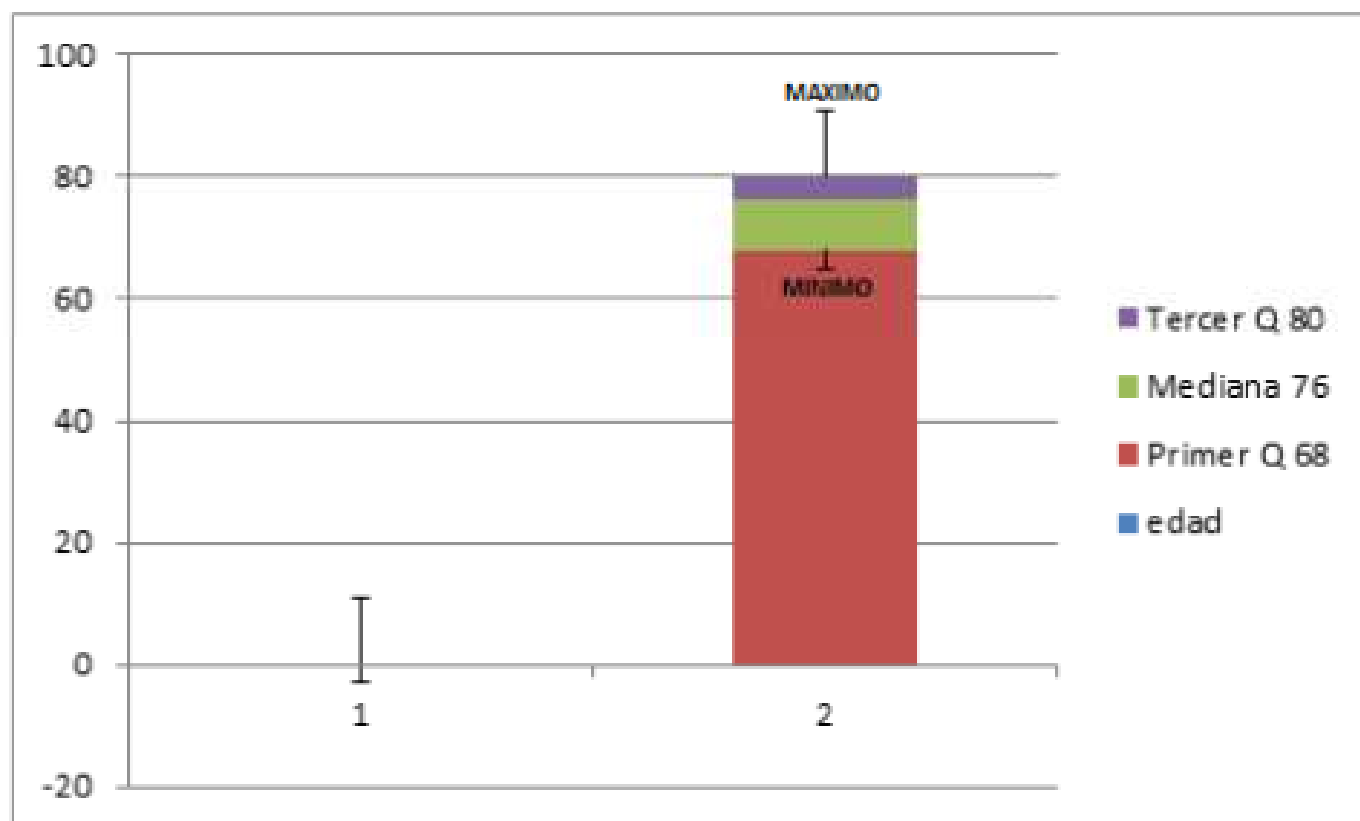
CAPITULO IV

4 Resultados

4.1 Cuadros y gráficos

DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Gráfico 1. Dependencia funcional del adulto mayor en relación a la edad
Medidas de Tendencia Central



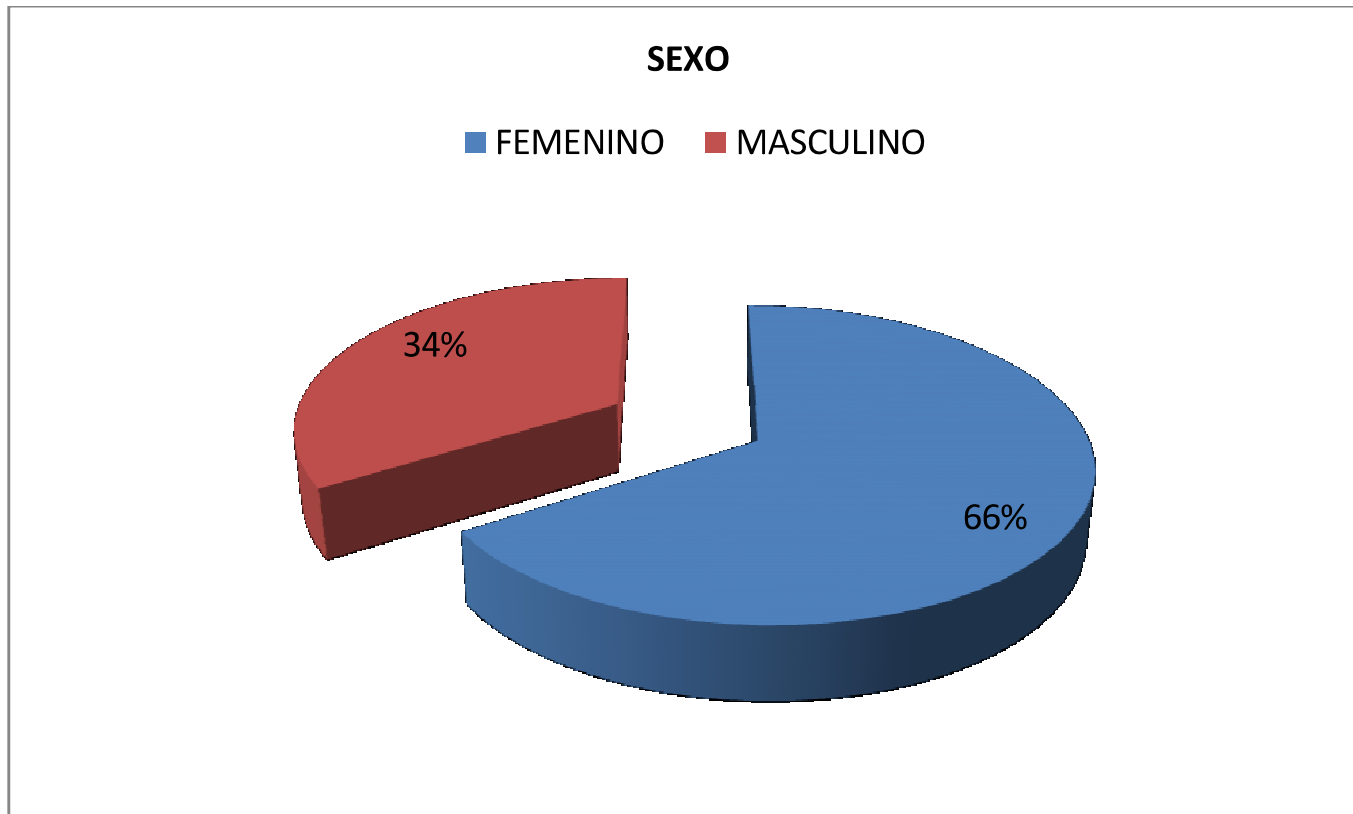
Elaborado por Carlos Llumiyinga

La variable edad mantiene una distribución mayor localizada por debajo de la mediana que corresponde a 76 años de edad, valor significativo, al representar a los adultos mayores, dado que el aumento de la longevidad acarrea incremento de enfermedades crónico-degenerativas que pueden afectar o agravar el estado funcional del adulto mayor.

Valores Mínimos: 65 años de edad

Valores Máximos: 91 años de edad

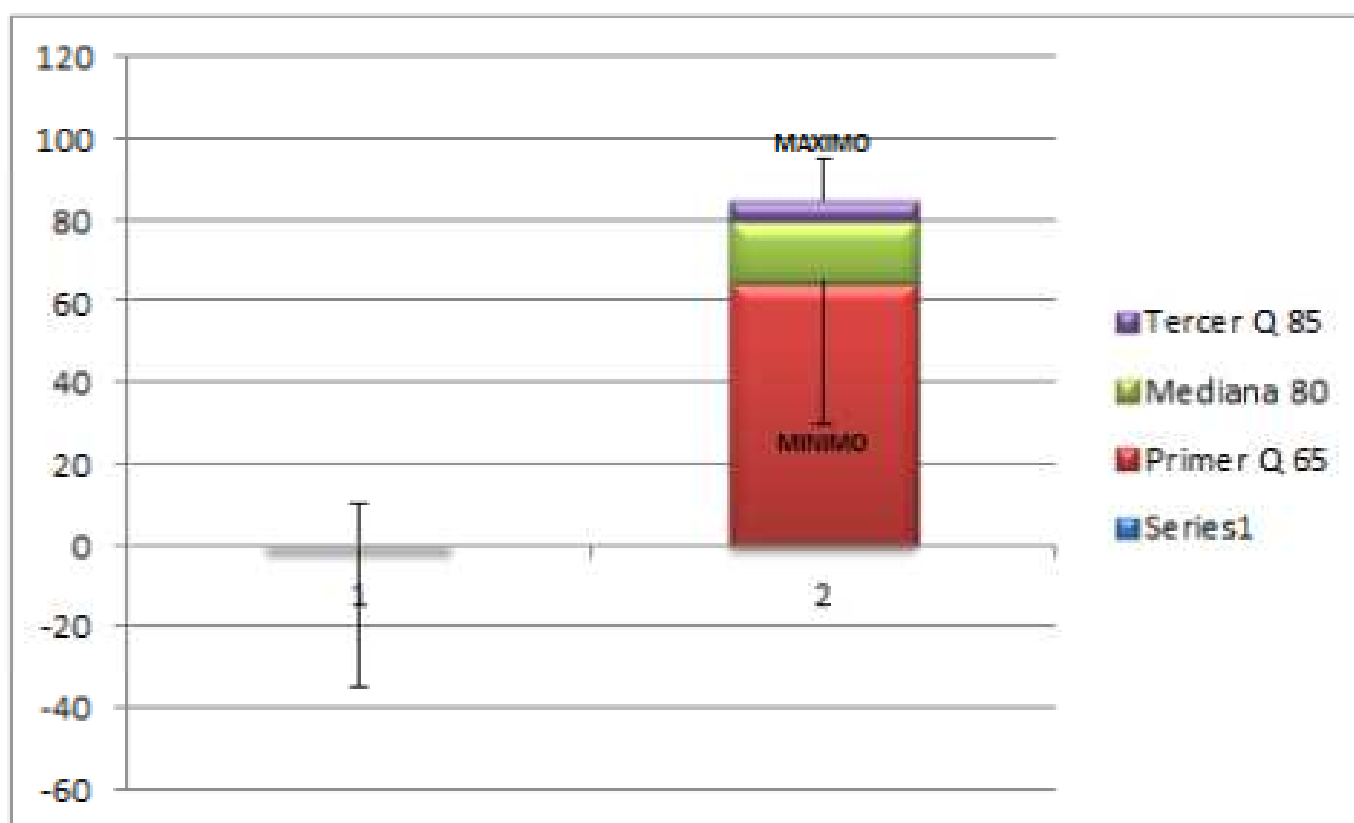
Gráfico 2. Dependencia funcional del adulto mayor en relación al sexo
Medidas Porcentuales



Elaborado por Carlos Llumiquinga

La dependencia funcional es mayor en el sexo femenino con un 66%, en comparación al sexo masculino 34%.

**Gráfico 3. Grado de dependencia funcional del adulto mayor
Medidas de Tendencia Central**



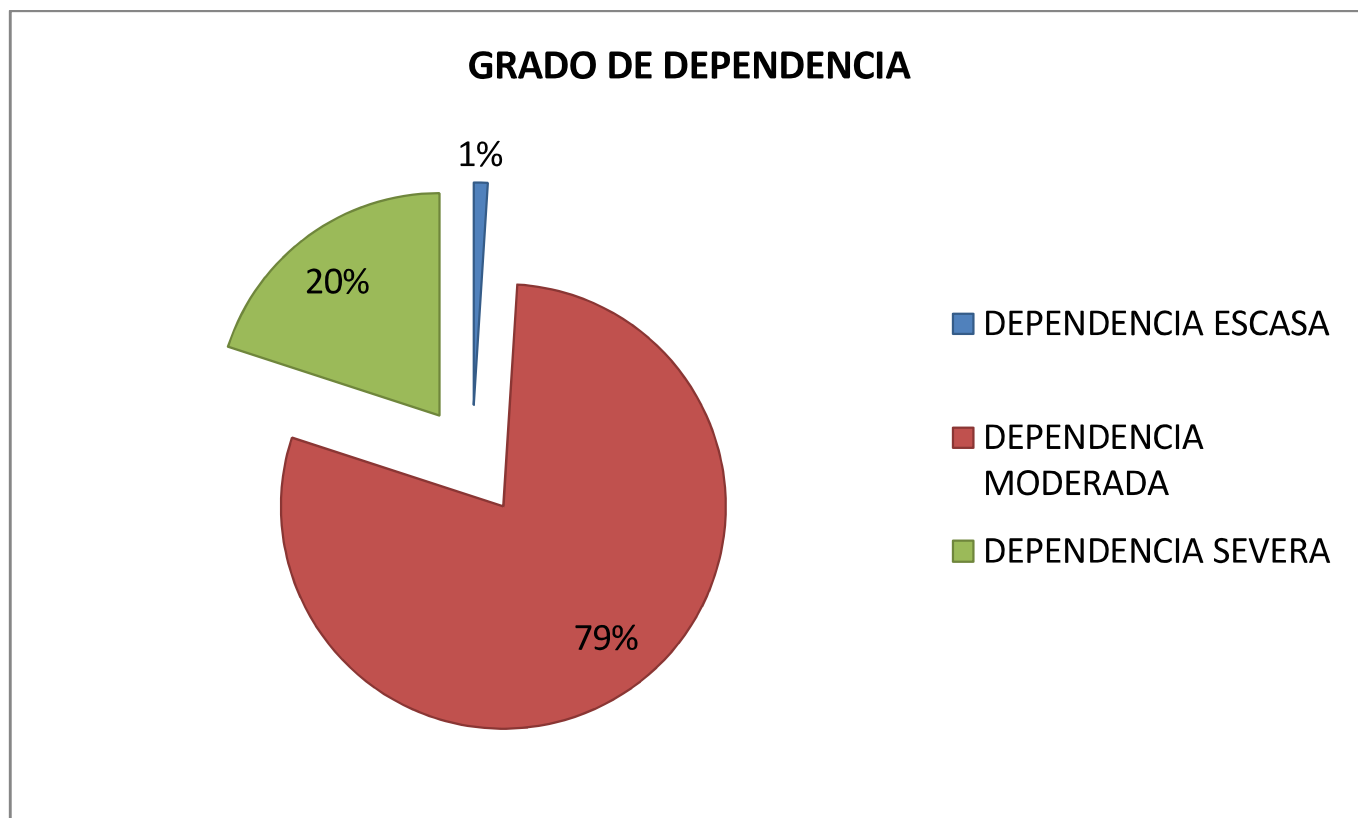
Elaborado por Carlos Llumiquinga

La variable dependencia funcional conserva una mediana de 80 puntos, su distribución es equivalente si lo relacionamos con los valores del Índice de Barthel, siendo estos entre 61 a 90 puntos los que determinan la “Dependencia Funcional Moderada”.

Valores Mínimos: 30 puntos: dependencia funcional severa

Valores Máximos: 95 puntos dependencia funcional escasa

**Gráfico 3.1 Grado de dependencia funcional del adulto mayor
Medidas Porcentuales**

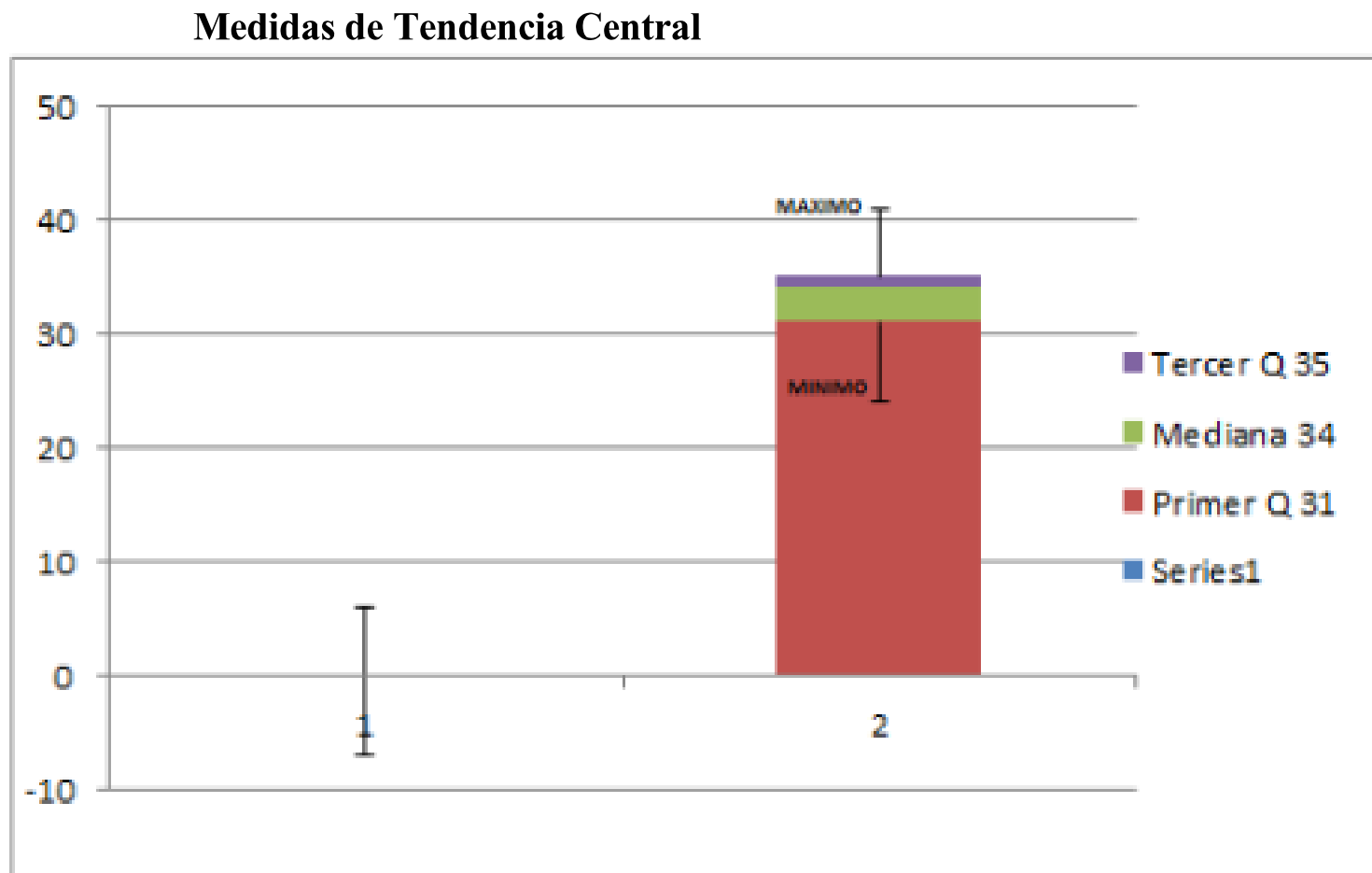


Elaborado por Carlos Llumiquinga

Representa el grado de dependencia funcional de un total de 100 pacientes entrevistados en el servicio de Rehabilitación de la Fundación Tierra Nueva, el 79 % corresponde a dependencia funcional moderada, 20% dependencia funcional severa, 1% dependencia funcional escasa.

DINAMICA FAMILIAR

Gráfico 4. Cohesión Familiar

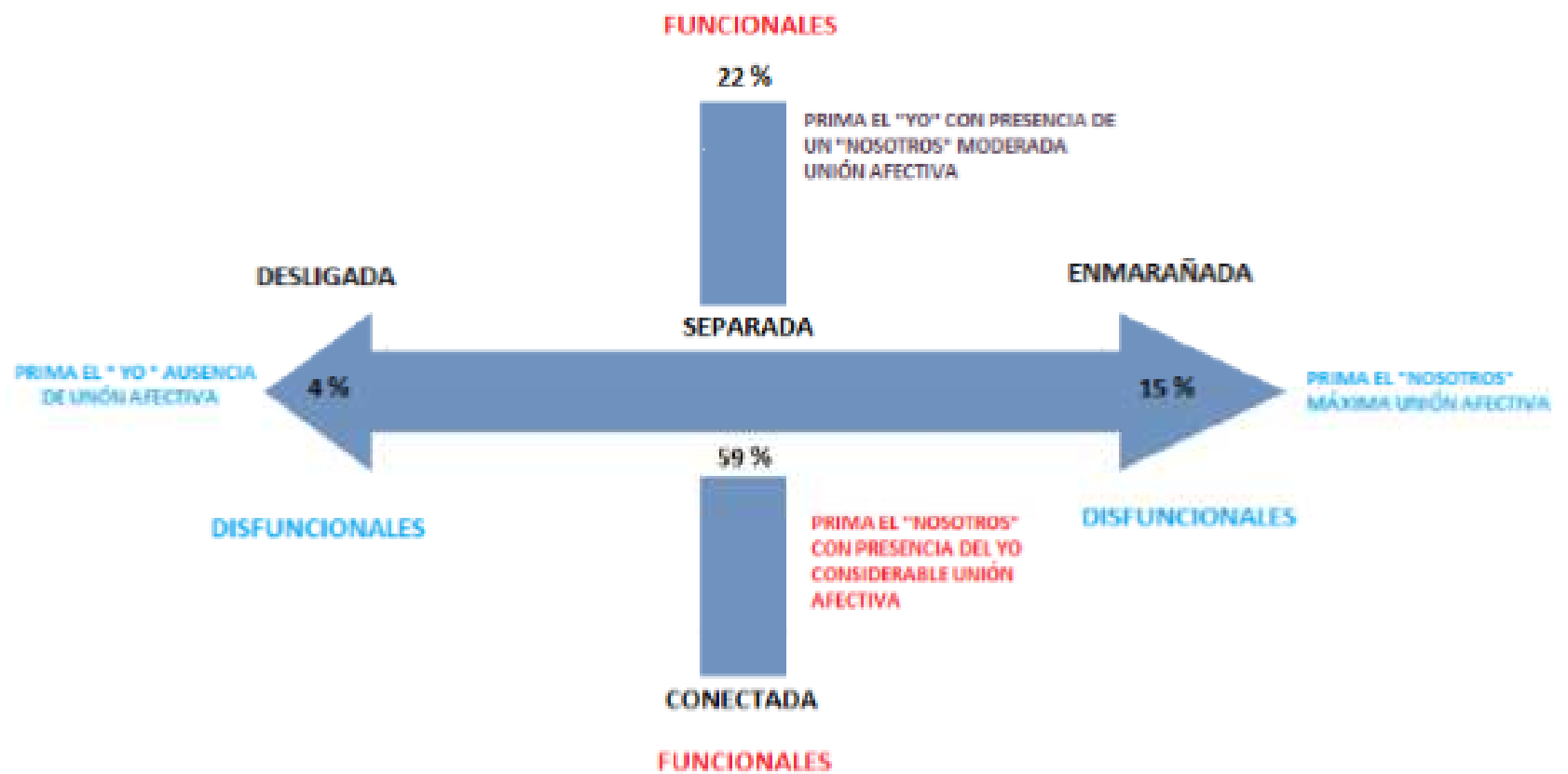


Elaborado por Carlos Llumiquinga

El cuestionario Faces III, determina qué, para que una familia se denomine “Conectada” el rango de valores se deben mantener entre 32 a 36 puntos, la mediana representada en este estudio corresponde a 34 puntos, por lo tanto, al tratarse de Familias Conectadas, es característico de estas mantener una considerable unión afectiva, así como fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia.

Gráfico 4.1 Cohesión Familiar

Medidas Porcentuales



Elaborado por Carlos Llumiquinga

La cohesión dentro de la dinámica familiar, está representada en el presente estudio como familias conectada 59%, familias separada 22%, familia enmarañada 15% , familias desligadas 4%, tomando en cuenta el mayor porcentaje a las familias conectadas se establece que son familias en donde prima el “nosotros”, con presencia del “yo”, presentan considerable unión afectiva, así como fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, lo que define a estas como familias funcionales desde el punto de vista cohesión.

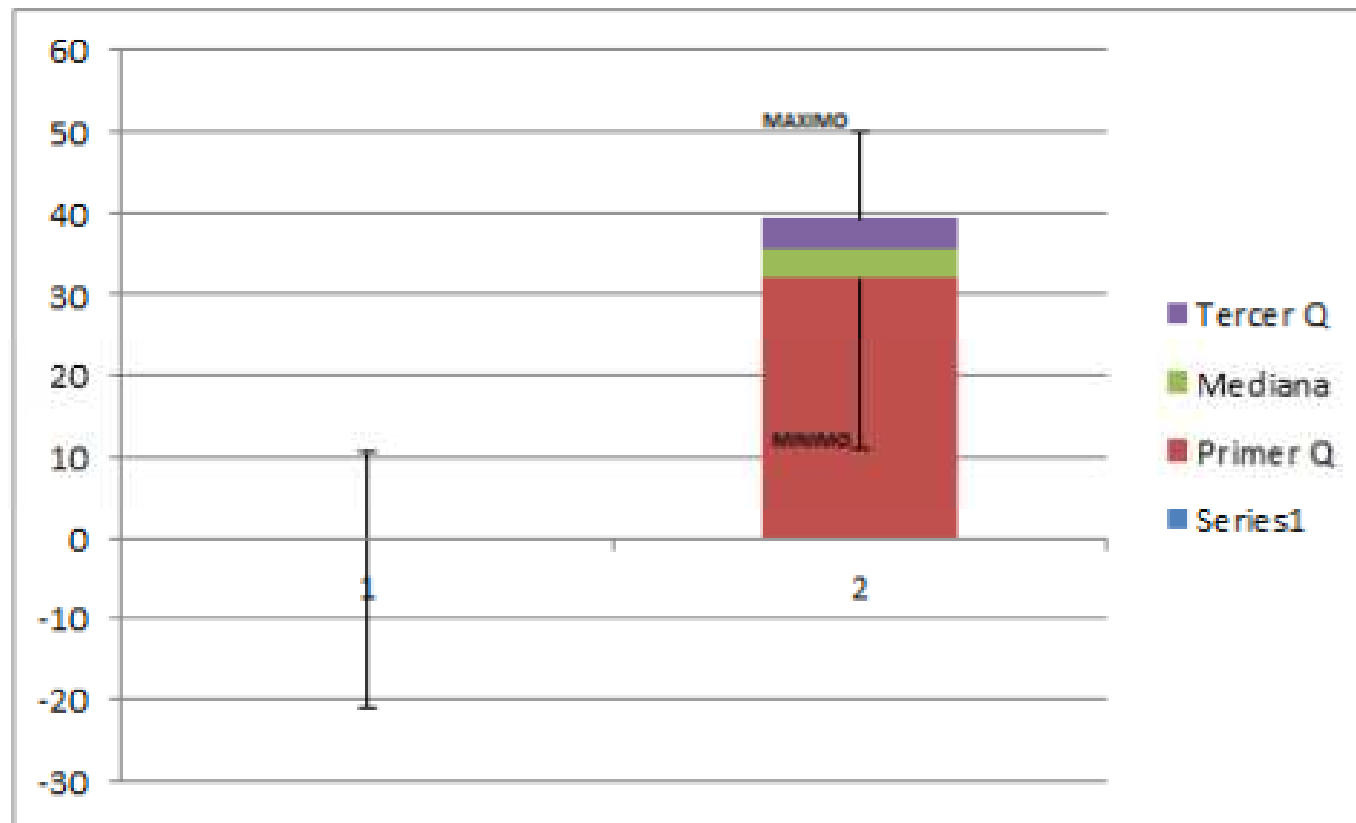
Gráfico 4.2. Odds ratio Cohesión Familiar

	ENMARAÑADAS DESLIGADAS		
GRADO DEPENDENCIA	FAMILIA ENMARAÑADA	FAMILIA DESLIGADA	Total
DEPENDENCIA MODERADA	15	2	17
Row %	88,24%	11,76%	100,00%
Col %	93,75%	66,67%	89,47%
DEPENDENCIA SEVERA	1	1	2
Row %	50,00%	50,00%	100,00%
Col %	6,25%	33,33%	10,53%
Total	16	3	19
Row %	84,21%	15,79%	100,00%
Col %	100,00%	100,00%	100,00%
	Point		
	Estimate		
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (crossproduct)		7,5	
Odds Ratio (MLE)		6,3246	

Elaborado por Carlos Llumiquinga

Para la razón de probabilidades, se tomó como referencia a familias catalogadas disfuncionales establecido por Olson como: “Desligadas y Enmarañadas”, obteniendo un ODDS RATIO 7,5 lo que indica que la relación de eventos es cierta y se puede dar, por lo tanto las posibilidades de acuerdo al panorama de lo encontrado diríamos que: los pacientes con dependencia funcional moderada y severa pueden provocar cambios en la dinámica familiar en relación a la “Cohesión”, presentando mayor correlación con Familias Enmarañadas, las mismas que se caracterizan por tener una máxima unión afectiva, fuertes exigencias de lealtad y fidelidad, exagerado sentido de pertenencia, pérdida de su autonomía personal debido al alto grado de dependencia respecto a las decisiones tomadas en común. Por ejemplo: Cuando alguien llega hacer actividades por separado, con frecuencia éstas son vividas por la familia como deslealtad, por lo tanto los intereses en conjunto son obligatorios.

Gráfico 5. Adaptabilidad Familiar
Medidas de Tendencia Central

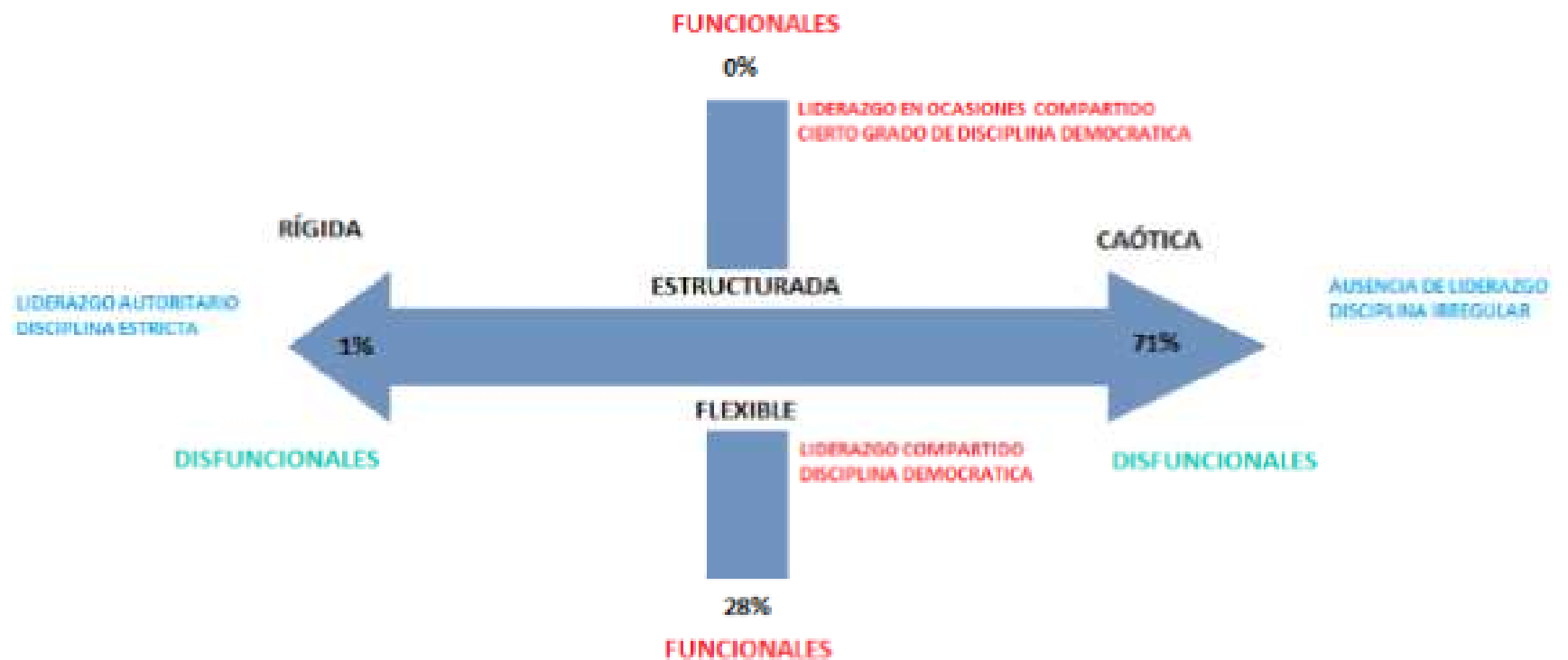


Elaborado por Carlos Llumiquinga

De acuerdo a los lineamientos del cuestionario Faces III, la familia “Caótica” está constituida por el rango de valores de 33 a 40 puntos, la mediana representada en este estudio corresponde a 35 puntos, lo que representa a “**Familias Caóticas**” caracterizadas por mostrar ausencia de liderazgo, lo que conlleva a cambios aleatorios de roles y reglas, éstas llegando a ser inconsistentes.

Gráfico 5.1 Adaptabilidad Familiar

Medidas Porcentuales



Elaborado por Carlos Llumiyinga

La dinámica familiar en relación a la adaptabilidad, está representada en el presente estudio como: familia caótica 71%, familia flexible 28%, familia rígida 1% , familias estructuradas 0%, en donde las familias caóticas se caracterizan por mantener disciplina irregular, ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, lo que hace referencia a familias disfuncionales a partir de la dimensión adaptabilidad.

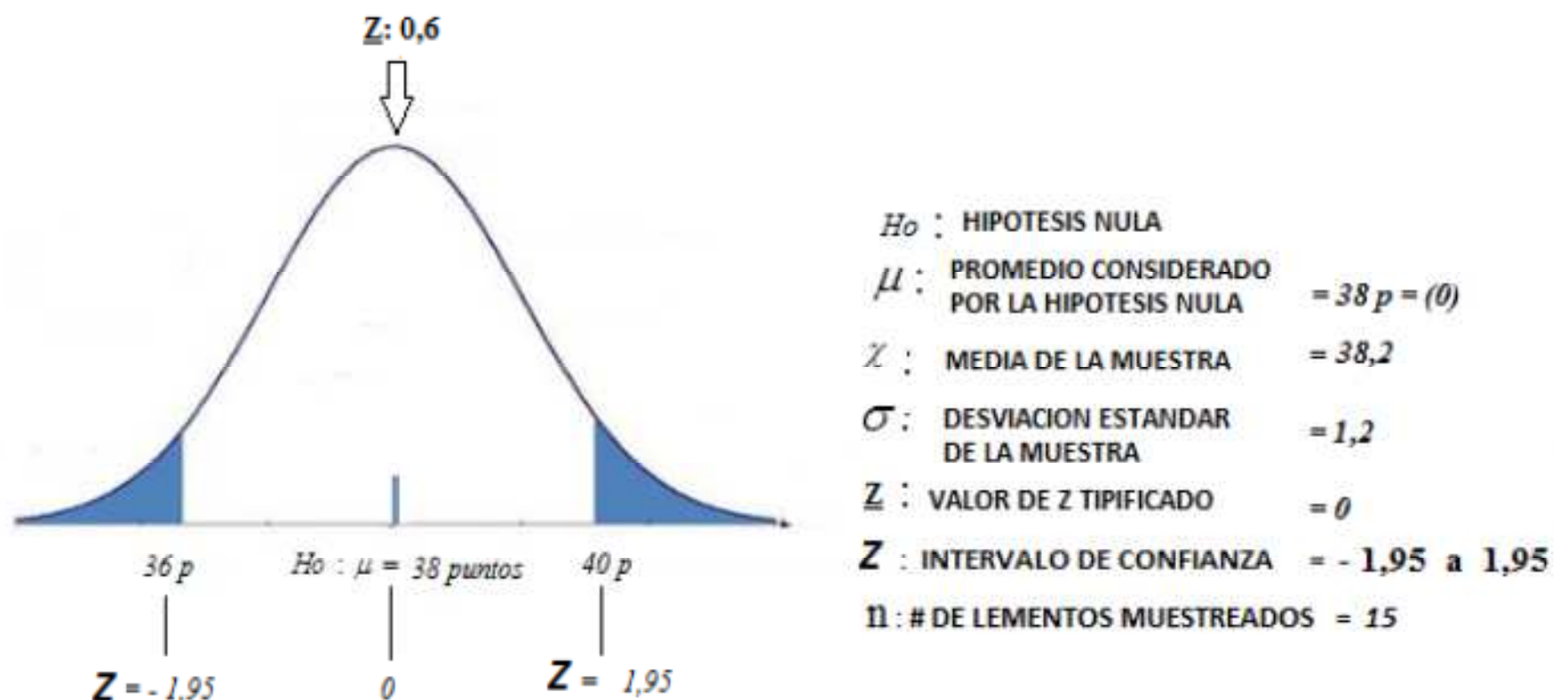
Gráfico 5.2 Odds ratio Adaptabilidad Familiar

	ADAPTABILIDAD FAMILIAR		
GRADO DEPENDENCIA	FAMILIA CAÓTICA	FAMILIA RÍGIDA	Total
DEPENDENCIA MODERADA	44	1	45
Row %	97,78%	2,22%	100,00%
Col %	83,02%	50,00%	81,82%
DEPENDENCIA SEVERA	9	1	10
Row %	90,00%	10,00%	100,00%
Col %	16,98%	50,00%	18,18%
Total	53	2	55
Row %	96,36%	3,64%	100,00%
Col %	100,00%	100,00%	100,00%
	Point		
	Estimate		
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (crossproduct)	4,8889		
Odds Ratio (MLE)	4,6904		

Elaborado por Carlos Llumiquinga

Se toma como referencia para la determinación del ODDS RATIO a “Familias Caóticas y Rígidas” estimadas como disfuncionales en el modelo circunplejo de Olson, los datos obtenidos en el estudio observado demuestran un coeficiente de probabilidades del 4,8 lo cual indica que las correlaciones son atribuibles. Al establecer las correlaciones, en su mayor proporción está determinado por aquella Familia Caótica, catalogada por presentar inestabilidad funcional ante la presencia de un integrante familiar con dependencia funcional moderada.

Gráfico 6. Prueba de hipótesis: valor de cola p



Elaborado por Carlos Llumiquinga

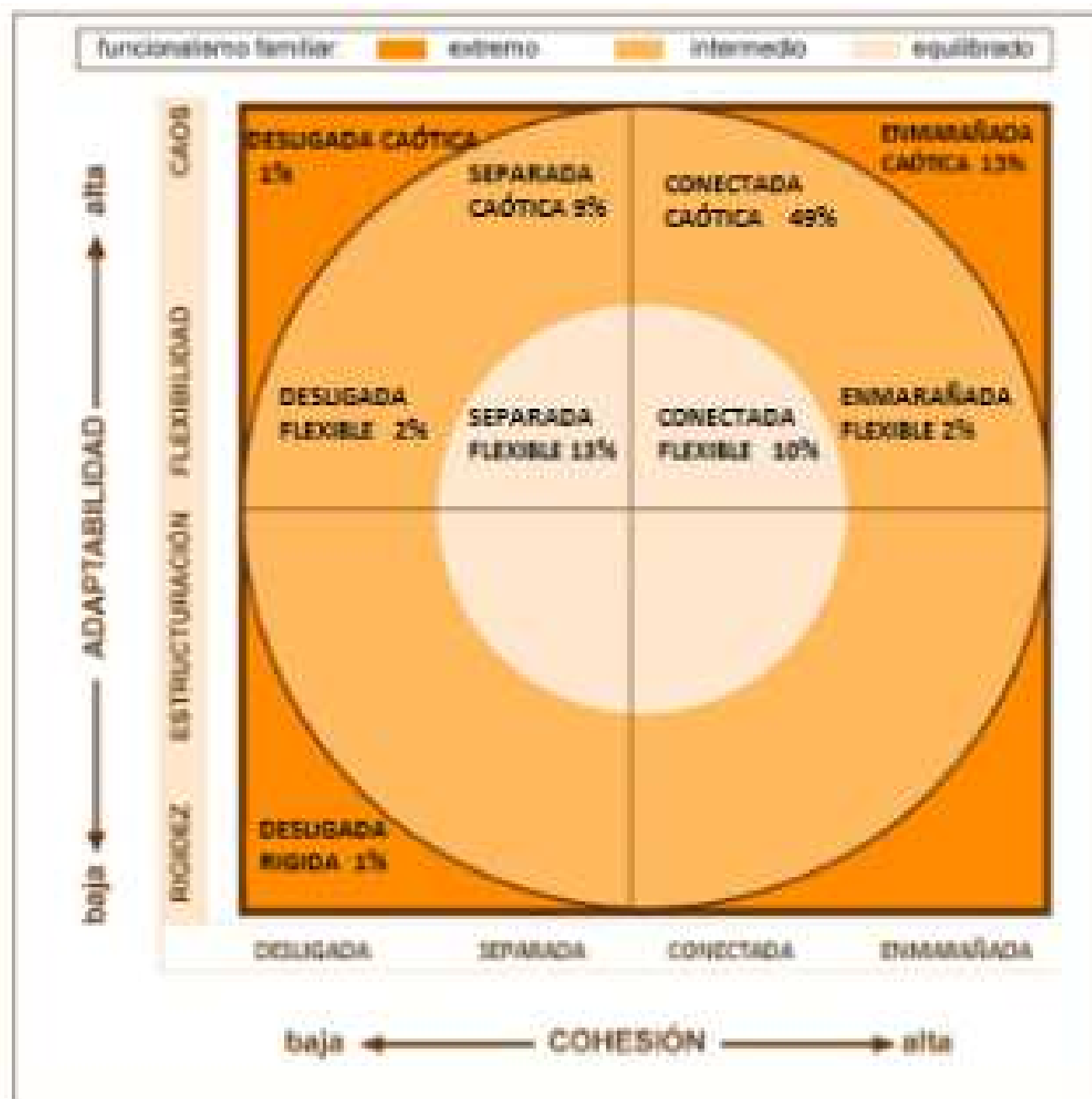
Para la determinación del valor de cola p se ha establecido como referencia los datos correspondientes a la dimensión Cohesión.

De acuerdo a lo establecido por Olson en la escala Faces III, para que una familia se considere con desequilibrio funcional, el rango de valores se debe mantener entre 36 a 40 puntos para la dimensión “Cohesión” subtipo “Enmarañado”, por lo tanto el cálculo estadístico se basó en estos parámetros, en donde la muestra que representa a las familias Enmarañadas, corresponde a 15, con un intervalo de confianza de **- 1,95 a 1,95**, desviación estándar de 1,2 con una media de la muestra de 38,2. El estadístico de la prueba demuestra que la Hipótesis Nula “Ho” cae dentro del nivel de aceptación, esto determina que se acepta la Hipótesis Nula y se rechaza la Hipótesis Alternativa, lo cual demuestra que existen cambios en la dinámica familiar cuando el adulto mayor presenta dependencia funcional y su nivel de confianza es del 95%.

Gráfico 7. Dinámica familia en relación a cohesión y adaptabilidad

Medidas Porcentuales

Esquema didáctico Modelo Circunflejo de Olson



MARTÍNEZ-PAMPLIEGA et al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale Modificado por Carlos Llumiquinga

De 100 entrevistas realizadas a dos familiares de los pacientes con dependencia funcional, es decir un total de 200, en el servicio de rehabilitación de la fundación tierra nueva, el 49% corresponde a familias conectadas caóticas, 13% familias enmarañadas caóticas, 13% familia separadas flexibles, 10% familias conectadas flexibles, 9% separada caóticas, 2% desligadas flexibles, 2% enmarañadas flexibles, 1% desligadas rígidas, 1% desligadas caóticas.

Tomando en cuenta el Modelo Circunflejo de Olson, las familias presentan las siguientes ubicaciones:

a) **Separadas Flexibles, Conectadas Flexibles: Familias Equilibradas**

Las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones. En los sistemas abiertos, los individuos se distinguen por su habilidad por experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elija. El funcionamiento es dinámico por lo que pueden cambiar. La familia es libre para moverse en la dirección en la que la situación, el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Ese tipo de familia es considerado el más adecuado

b) **Conectadas Caóticas: Familia de Rango Medio**

Las familias de esta categoría son extremas en una sola dimensión. El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés.

c) **Enmarañadas Caóticas en Familias Extremas**

Las familias de esta categoría son extremas tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad, tiene un funcionamiento menos adecuado

La cohesión y adaptabilidad dentro de la dinámica familiar, representa la interacción entre la unión y flexibilidad familiar, en el presente estudio existe mayor prevalencia de familias conectadas caóticas, lo cual indica que existe la presencia de unión afectiva , probablemente relacionada con su programación individual y familiar, esto permite mantener un factor protector hacia lo “caótico”, es decir a la ausencia de liderazgo, cambio aleatorio de roles, cambios frecuentes en sus reglas las mismas que son inconsistentes, disciplina irregular ; por lo tanto la unión afectiva permite mantener la estabilidad del sistema familiar.

CAPITULO V

5. Discusión

Helsin y colaboradores, Tze-Pin y colaboradores, encontraron que la dependencia funcional predomina en mujeres en donde mencionan al género como parte de la descripción de la población estudiada, similar a lo encontrado en el presente trabajo.⁴³(R. R. Rey et al., 2004).

Se considera que la relación predominante hacia el sexo femenino está dado por factores que intervienen en su ciclo vital individual y familiar entre estos: el mayor compromiso en el cuidado de sus hijos, las funciones domésticas, la salud familiar y además del trabajo remunerado que a la larga traen consecuencias en la salud de las mujeres. ⁴⁰.(Mayor, 2007).

La actividad funcional de los pacientes fue establecido mediante el índice de Barthel, usando la mejor evidencia disponible como lo recomienda la bibliografía, es decir preguntando al paciente, amigos/parientes y los cuidadores quienes son las fuentes generales. ³⁸ (Volume & Cerebral, 2005).

En estudios realizados demuestran que al hacer comparación entre tres índices que miden la funcionalidad del adulto mayor, el Índice de Barthel presenta mayor operatividad, utilidad y confiabilidad, pero sólo contempla qué actividades no puede realizar la persona, y no valora el grado de apoyo que necesita. ⁴⁵ (Camps et al., 2009).

La dinámica familiar determinada mediante la escala Faces III y siguiendo el modelo circunplejo de Olson la divide en 16 grupos familiares y 3 niveles, de los 16 establecidos por Olson encontramos que el **49% corresponde a familias conectadas caóticas**, 13% familias enmarañadas caóticas, 13% familia separadas flexibles, 10% familias conectadas flexibles, 9% separada caóticas, 2% desligadas flexibles, 2% enmarañadas flexibles, 1% desligadas rígidas, 1% desligadas caóticas.

La mayoría de las familias estudiadas presenta una cohesión de tipo conectada, donde existe una considerable unión afectiva, lealtad, fidelidad e interdependencia entre sus miembros, aunque con tendencia hacia la dependencia; tienden a realizar actividades compartidas, tienen intereses en conjunto y se prefieren las decisiones colectivas.

Referente a la adaptabilidad dentro de las familias evaluadas presentan el tipo caótico es decir, son familias que muestran un ambiente confuso, con ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios, reglas inconsistentes, decisiones impulsivas y control paterno sin éxito.

Al combinar las dimensiones cohesión y adaptabilidad del modelo circunflejo de Olson se encontró que las familiares más frecuentes en el servicio de Rehabilitación de la Fundación Tierra Nueva fueron las de familia conectada caótica

Se aprecia la tendencia en estas familias a estar unidas (familias conectadas) en la cual los cambios son desorganizados y confusos (caótico).

Como se plantea en estudios previos, las dimensiones de adaptabilidad y cohesión no son independientes entre sí, es decir, la flexibilidad y vinculación emocional están asociadas en el sistema familiar de modo tal que, con frecuencia, las familias con altos niveles de vinculación emocional son también familias más flexibles, llegando en ocasiones al extremo de dicha dimensión que sería un ambiente caótico. 46 (Olson & Ph, 1999)

Este es un instrumento cuyo objetivo es valorar la dinámica familiar mediante dos dimensiones la cohesión y adaptabilidad, existe dos limitantes, la primera que no puede ser aplicable en población clínica, es decir, en pacientes con patologías que comprometan la salud de la persona, es por ello que su intervención fue realizada a sus familiares, la segunda limitante de esta escala es que no mide la “comunicación” siendo ésta otra dimensión la misma que es utilizada en el faces IV y si es aplicable a la población clínica. 47 (Ball et al., 2009)

La gran mayoría de las familias mostró un nivel de funcionamiento familiar moderadamente balanceado, con una adecuada cohesión; la adaptabilidad fue mayoritariamente caótica, lo que en conjunto sitúa a estas familias, según el modelo circumplejo de Olson en un nivel de funcionamiento moderadamente funcional, es decir son un tipo de familias que mantienen alterada una de las dimensiones de la dinámica familia “la adaptabilidad”

5. 1Conclusiones

Factores sociodemográficos

La mediana para la edad corresponde a los de 76 años de edad, de éstos el sexo femenino mantiene una mayor prevalencia, en comparación al hombre.

Se estima que el predominio femenino está establecido por existir un mayor compromiso con el cuidado del hogar, los hijos, la salud familiar, además de mantener una relación más directa y cercana con el cuidado de los familiares con dependencia, junto a esto se suma el trabajo remunerado, todo lo mencionado son factores contribuyentes que acarrea consecuencias que afectan la salud de la mujer. 24 (Comarcal, 2009), 40.(Mayor, 2007)

Dinámica familiar y dependencia funcional del adulto mayor

Tomando en cuenta los objetivos planteados en el presente trabajo, encontramos que la percepción de la dinámica familiar de los familiares de pacientes adultos mayores con dependencia funcional, a partir de los resultados presentados se concluye que, al correlacionar la dependencia funcional del adulto mayor y la cohesión familiar en la razón de probabilidades, mantiene un ODDS RATIO de 7,5 lo que indica que la correlación es cierta y no al azar. Por lo tanto al figurarla perspectiva de lo encontrado diríamos que: predominan las familias conectadas lo cual indica, que a pesar de los cambios en la dinámica familiar secundarios a un factor tensional en éste caso “la dependencia funcional de un familiar” , se mantiene la unión afectiva y su propósito es mantener la funcionalidad del sistema familiar.

En la correlación de la dependencia funcional del adulto mayor con la adaptabilidad familiar, se obtiene un cociente ODDS RATIO de 4,8 lo que define una correlación cierta, siendo las Familias Caóticas de mayor relación de probabilidades dentro del suceso, en estas familias lo característico es que define a su perfil es, mantener un liderazgo ineficaz, generar

disciplinas débiles lo que conlleva a un déficit en la claridad de la función de sus roles, pudiendo incluso existir cambios aleatorios de los mismos y consecuentemente frecuentes cambios en las reglas y el cumplimiento inconsistente de las mismas.

La dependencia funcional moderada mantiene un índice de mayor prevalencia en los pacientes del Servicio de Rehabilitación de la Fundación Tierra Nueva, junto a esto la funcionalidad familiar mantiene parámetros intermedios es decir al tratarse de Familias Caóticas Conectadas, no son funcionales pero tampoco disfuncionales, mantienen un límite intermedio; por ejemplo al referirse a la Cohesión Familiar prevalece las familias conectadas lo que significa que mantienen una considerable unión afectiva acompañada de fidelidad cuyo lema es el “nosotros”, sin excluir la existencia del “yo” garantizando el involucramiento familiar pero permitiendo la distancia personal, toda esta dinámica tienen gran valor y actúan como factor protector frente a lo Caótico, siendo esta la dimensión que ocasiona el desequilibrio de la dinámica familiar.

Por lo tanto el funcionamiento en las familias *conectadas caóticas*, presenta algunas dificultades en una sola dimensión en este caso adaptabilidad, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés.

5.2 Recomendaciones

Relacionadas con la dependencia funcional del adulto mayor dirigido al personal médico de atención primaria

- a) La diferencia relacionada con el género al describir la dependencia funcional del adulto mayor que corresponde al sexo femenino sugiere la presencia de factores que predisponen a este hecho, entre éstos: el trabajo doméstico, el cuidado de los hijos, el cuidados de la salud familiar sumado en muchos casos al trabajo remunerado; son funciones presentes durante el ciclo de vida que afecta la salud de las mujeres, sin embargo aunque los hombres se ven afectados en menor medida, no dejan de formar parte de las afecciones en su calidad de vida , por lo que la detección oportuna de limitaciones funcionales permitirá implementar estrategias de apoyo en el contexto familiar para mantener y recuperar, en la medida de lo posible, la independencia en este grupo de población. Anticiparse a los problemas, es la mejor manera de enfrentarlos. 40.(Mayor, 2007)
- b) Con estos datos, si se estimula la equivalencia de funciones, referentes a trabajo doméstico, cuidado de los hijos y de la salud familiar, los resultados a largo plazo serian equilibrados respecto a la dependencia funcional.
- c) Al considerarse prioritaria la valoración funcional, por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud y de la calidad de vida de los adultos mayores, el iniciar actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia, ya se contribuye a un envejecimiento saludable, por ejemplo el fomentar actividad física,

alimentación saludable y la relación social en la población, contribuye a mantener el bienestar biopsicosocial de la persona.

Dirigido al personal de salud en rehabilitación física

- a) El Índice de Barthel también está relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de dependencia), presentan mejor respuesta a la rehabilitación, sería conveniente aplicar el cuestionario al inicio del abordaje de los pacientes y al final de su rehabilitación.³⁸(Volume & Cerebral, 2005)

Relacionadas con la dependencia funcional del adulto mayor y la dinámica familiar dirigido al personal médico de atención primaria

- a) Considerando los rasgos característicos de las familias caóticas conectadas, se recomienda que las intervenciones de este tipo de pacientes sean grupales ya que de forma individual, los pacientes no mantienen liderazgo y su disciplina es inestable, al iniciar la intervención conjunta el compromiso es mayor debido a la simbiosis que presentan entre los miembros de la familia, fortaleciendo de esta manera el abordaje de esta familia junto al compromiso de cumplir la función de sus roles.
- b) Se estima que al predominar la unión afectiva en estas familias la intervención grupal mejoraría en mayor medida la adherencia terapéutica
- c) Al existir involucramiento y fidelidad en las familias conectadas, iniciar, su intervención a partir de estos puntos, obtendríamos como resultado mayor compromiso con el cuidado del familiar dependiente, indirectamente se estaría

abordando y fortaleciendo las funciones de sus roles, manteniendo una disciplina regular y tomando inicial liderazgo.

- d) La escala Faces III al ser un instrumento de gran utilidad, sería conveniente su uso en el abordaje inicial que permita tener una visión amplia de la dinámica dentro del sistema familiar y permitirnos de esta manera un manejo conjunto.

Recomendaciones encaminadas a la familia

- a) En la medida que la familia sea capacitada para identificar tempranamente los problemas de salud, facilita la intervención oportuna brindando apoyo y seguridad en la continuidad de su atención.
- b) En el caso de que uno de los miembros del sistema familiar necesite rehabilitación, la familia puede contribuir a que el miembro asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genera esta incapacidad, de esta manera mantendríamos una cohesión y adaptabilidad adecuadas.
- c) Es importante planificar estrategias de intervención dirigidas a promover una adecuada salud familiar iniciando por la autoayuda para que de esta manera sean capaz de hallar independientemente soluciones adaptativas ante situaciones de crisis.
- d) La orientación de la familia, como recurso, estimularía la función protectora de la familia ante la crisis. Así por ejemplo, la familia controla el seguimiento del tratamiento por parte del paciente.

- e) La funcionalidad familiar al ser un buen predictor en la salud mental de los cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional, las intervenciones con la familia, anteriormente descritas, tienen directa relación con el bienestar biopsicosocial del cuidador. 44(“Papel del cuidador e influencia familiar,” 2011)

Bibliografía:

- 1.- Inclusi, M. D. E. (2012). Ministerio de inclusión económica y social.
- 2.-Ni, L. (2002). Código de La Niñez y Adolescencia, (832), 1–53.
- 3.- Del, E. N. S., & Mayor, A. (n.d.). *No Title*.
- 4.- La, A. D. E., & La, U. D. E. (2012). Plan estratégico 2008-2012 de la ops modificado (proyecto) o, (328).
- 5.- Salud, G. D. E. L. A. (2012). MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD - MAIS.
- 6.- Constituci, N., Nro, R. O., & Estado, E. (2008). Constitución de la república.
- 7.- Familiar, M. (2010). Artículo de revisión.
- 8.- Antol, R. P., & Abell, A. (n.d.). *Una mirada al panorama futuro de la población española*.
- 9.- Guías Clínicas Geronto - Geriátricas. (2008).
- 10.- Mayor, A. (2005). Programa nacional del adulto mayor.
- 11.- Regional, P., Latinoamericano, C., & Unidas, N. (2005). *desarrollo en América Latina*
- 12.- Volume, V., & Cerebral, P. (2005). edigraphic.com, 4.

- 13.- Universidad, A. M., & Deusto, D. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español 1, 6, 317–338.
- 14.- Dorantes-mendoza, G., Ávila-funes, J. A., Mejía-arango, S., & Gutiérrez-robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores : un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México , 2001, 22(1), 1–11.
- 15.- Volume, V., & Cerebral, P. (2005). edigraphic.com, 4.
- 16.- Maass, J. (2003). CHILENA DE, 41
- 17.- Dra, R., Vargas, I., & Definición, F. (n.d.). Familia y Ciclo Vital Familiar.
- 18.- Concepto, L. A. F., & Evolución, T. Y. (2009). La familia: concepto, tipos y evolución.
- 19.- González, A. (n.d.). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia, (1), 1–14.
- 20.- Enrique, C., Pivaral, C., Pérez, I. R., Pérez, G. G., Barrios, P. O., Barrios, P. O., & López, C. A. (2006). Redalyc.Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México.
- 21.- Initiative, T. C. (1990). LONG-TERM CARE NEEDS An analysis on Long-Term Care.
- 22.- Consejouropa dependencia.pdf. (n.d.).
- 23.- CAPÍTULO 1. EL ADULTO MAYOR 1.1. ¿ Quiénes el adulto mayor? (n.d.).

- 24.- Comarcal, H. (2009). Repercusión del apoyo informal en la salud de nuestros pacientes urológicos, (4), 26–29.
- 25.- Espina, A. (n.d.). ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA Y Un programa de intervención en la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa Joana Jaureguizar.
- 26.- Cigoli, V. (2008). La revue du redif, 1–63
- 27.- Rey, U., & Carlos, J. (2013). Atención Primaria Funcio ´ n familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia, 41(11), 621–628. doi:10.1016/j.aprim.2009.03.005
- 28.- Gonz, J. D., Psic, T. Y., & Rico, G. B. (n.d.). *No Title*.
- 29.- Familia, L. A. (2009). 8 . 5 6, 10–20.
- 30.- Guía de Actuación en las Atención Primaria. (n.d.).
- 31.- Modelo, C., Olson, C. De, & Olson, D. (n.d.). Capitulo 4 - Modelo Circumplejo de Olson.
- 32.- González, A. (n.d.). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia, (1), 1–14.
- 33.- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿ Modelo de dos o tres factores? Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors?, 3(1417), 30–36.

- 34.- Universidad, A. M., & Deusto, D. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español 1, 6, 317–338
- 35.- Maass, J. (2003). CHILENA DE, 41.
- 36.- El anciano frágil. (n.d.).
- 37.- Pr, D. E., & Cl, C. (n.d.). NTEGRAL en Unidades de Atención Médica Evidencias y Recomendaciones.
- 38.- Volume, V., & Cerebral, P. (2005). edigraphic.com, 4.
- 39.- La, V. D. E., Física, D., Indice, E. L., & Damián-moreno, J. C. J. (1997). Evaluating Physical Incapacity : the Barthel Index labor de rutina en los centros y unidades de discapacidad física
- 40.- Mayor, A. (2007). Dependencia Funcional y, 15(1), 436–439.
- 41.- Irene, M., & Espinosa, M. (2009). La Familia y los Procesos de Enfermar, 1(1).
- 42.- Silva, F. G. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad.
- 43.- Rey, R. R., Secades, R. M., Cando, M. D. V., Rigueiro, M. T., Medicina, S. De, Unidad, I., Hospitalización, D., et al. (2004). Estado de salud de los muy ancianos : situación clínica y funcional de la población centenaria, 21, 543–547.
- 44.- Papel del cuidador e influencia familiar. (2011)., 47–48.
- 45.- Camps, E., Lola, B., Periz, A., Colomer, M., Laia, C., Fonts, C., Alonso, M. P., et al. (2009). cientes renales crónicos según índices de Barthel , Lawton y baremo de Ley de Dependencia, 12(2), 104–110.

- 46.- Olson, D. H., & Ph, D. (1999). Circumplex Model of Marital & Family Systems.
- 47.- Ball, D. C., González, L., Masjuan, N., Trápaga, A., Arca, D. Del, Scafarelli, L., & Feibuscheurez, A. (2009). ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR -FACES IV- : FAMILY FUNCTIONING ASSESSMENT DEVICE - FACES IV- :, (1), 43–56.
- 48.- 48.- Freire, W. B. (2010). Presentación Antecedentes Diseño y planificación Resultados Recomendaciones, 2009–2010.
- 49.- Armas Norma, Diaz Lenin (2007). ENTRE VOCES Y SILENCIOS: LAS FAMILIAS POR DENTRO

ANEXOS

ESCALA FACES III

Encuestador: Carlos Llumiquinga

Fecha:

Código: _____

Edad: _____ instrucción: _____ Estado civil _____

Sexo _____

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)

Describa su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 11. Nos sentimos muy unidos
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es muy importante
- 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

Observaciones:

INDICE DE BARTHEL

Encuestador: Carlos Llumiquinga

Fecha:

Código: _____

Edad: _____ instrucción: _____ Estado civil _____

Sexo _____

Instrucciones: Escriba una X en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija.

Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar pan, carne , etc.	5
	Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (una o dos personas)	5
	Necesita algo de ayuda (física o verbal)	10
	independiente	15
Aseo personal	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos, dientes	5
Uso del retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente (entra, sale, limpiarse, vestirse)	10
Bañarse/ Ducharse	Dependiente	0
	Independiente para bañarse o ducharse	5
Deambular	Dependiente	0
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente camina solo 50 metros	15
Subir y bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal	5
	Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad, sin ayuda	5
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones	10
Control de heces	Incontinencia (o necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Contiene	10
Control de orina	Incontinencia, o con sonda es incapaz de cambiarse la bolsa	0
	Accidente excepcional (uno/ 24 horas)	5
	Contiene, durante al menos 7 días	10

Observaciones:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Carlos Llumiquinga., médico R3 de medicina familiar necesito su consentimiento en la participación del siguiente estudio:

CAMBIOS EN LA DINAMICA FAMILIAR RELACIONADO CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE REHABILITACION DE LA FUNDACION TIERRA NUEVA

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
3. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Fecha:

Firma del participante/paciente:

.....

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento

Fecha:

Investigador:

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, CARLOS ENRIQUE LLUMIQUINGA MAILA con C.I. 171700076-2, autor del trabajo de graduación intitolado: "CAMBIOS EN LA DINÁMICA FAMILIAR RELACIONADO CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DE LA FUNDACIÓN TIERRA NUEVA EN EL PERÍODO ABRIL A JUNIO DEL 2013" en la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 09 de agosto de 2013



Dr. Carlos Enrique Llumiquinga Maila
C.I. 171700076-2