

Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Localidad Kennedy, Bogotá, 2005*

Characterization of total family risk in families with disabled elder adults, Patio Bonito, Kennedy District, Bogotá, 2005

Caracterização do risco familiar total em famílias com idosos deficientes, Patio Bonito, Localidade Kennedy, Bogotá, 2005

VILMA FLORISA VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ**

Resumen

Este artículo presenta los resultados del estudio cuyo objetivo fue caracterizar el riesgo familiar total en familias de adultos mayores con discapacidad, mediante un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, la muestra fue de 72 familias y se utilizó el instrumento RFT 7-70 (1).

Los resultados muestran predominio de familias con riesgo alto (52,8%) y medio (34,7%), alta correlación entre las sub-

categorías: servicios de salud y ambiente socioeconómico (0,50), prácticas de salud y estilos de vida (0,49), prácticas de salud y morbilidad (0,46), ambiente psicoafectivo y composición familiar (0,46), servicios de salud y prácticas de salud (0,43), estilo de vida y morbilidad familiar (0,42), servicios de salud y ambiente psicoafectivo (0,42), estilo de vida y ambiente psicoafectivo (0,40).

En conclusión, los factores de riesgo biológicos, sociales y del medio ambiente interactúan, mostrando alta vulnerabilidad en las familias pobres de adultos mayores con discapacidad, que requieren mejorar la accesibilidad e intervención de los servicios de salud, sociales y redes de apoyo, brindando atención integrada, con enfoque intersectorial, interinstitucional y familiar.

Es necesario el compromiso de las familias, la comunidad, las instituciones y los profesionales de salud, que trabajen mancomunadamente en pro de mejorar la calidad de vida de las personas y familias más vulnerables.

Palabras clave: familia, riesgo, anciano, enfermería, investigación (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

This article presents the results of the study whose objective was to characterize the total family risk in families with disabled elder adults, through a descriptive study with a quantita-

* Trabajo realizado en el marco del proyecto "Caracterización de familias beneficiarias del programa Atención para el bienestar del adulto mayor en situación de pobreza del Centro Operativo Local de Kennedy, 2005", financiado por la División de Investigación Bogotá DIB de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. código: 20201006189

** Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Investigadora de los Grupos: Cuidado Cultural de la Salud, y Salud Familiar, Enfermería Familiar y Medición en Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correspondencia: Universidad Nacional de Colombia, Unidad Camilo Torres, Posgrados de Enfermería Bloque B-2, oficina 702; calle 44 N° 45-67, Bogotá D.C. Colombia. Teléfono: 3165000 Extensiones: 10339- 17085. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co. Bogotá, Colombia.

Recibido: 21-12-07

Aprobado: 10-10-08

tive approach, the sample was 72 families and RFT 7-70 (1) instrument was used.

The results show a predominance of families with high (52,8%) and medium risk (34,7%), high correlation between the subcategories: health services and socio-economic environment (0,50), health practices and lifestyles (0,49), health practices and morbidity (0,46), psycho-affective environment and family structure (0,46), health services and health practices (0,43), lifestyle and family morbidity (0,42), health services and psycho-affective environment (0,42), lifestyle and psycho-affective environment (0,40).

In conclusion, the biological, social and environmental risk factors interact, showing a high vulnerability level in poor families with disabled elder adults that require improvement in access to and in intervention from health and social services and support networks, providing integrated care, with intersectorial, inter-institutional and with a family approach.

The commitment of families, community, institutions and health professionals is necessary, who should work jointly to improve the quality of life of the most vulnerable people and their families.

Key words: family, risk, aged, nursing, research

Resumo

Este artigo apresenta os resultados do estudo dirigido a caracterizar o risco familiar total em famílias de idosos com deficiências, por meio de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi de 73 famílias e utilizou-se um instrumento RFT 7-70 (1).

Os resultados evidenciam o predomínio de famílias com risco alto (52,8%) e meio (34,7%), alta correlação entre as subcategorias: serviços de saúde e ambiente socioeconômico (0,50), práticas de saúde e estilos de vida (0,49), práticas de saúde e morbidade (0,46), ambiente psico-afetivo e composição familiar (0,46), serviços de saúde e práticas de saúde (0,43), estilo de vida e morbidade familiar (0,42), serviços de saúde e ambiente psico-afetivo (0,40).

Em conclusão, os fatores de risco biológicos, sociais e meio-ambientais interagem e mostram uma alta vulnerabilidade nas famílias pobres de idosos deficientes que precisam de maior acessibilidade e intervenção dos serviços médicos, sociais e de redes de apoio, oferecendo atenção integrada, com abordagem intersectorial, interinstitucional e familiar.

O compromisso das famílias, a comunidade, as instituições e os profissionais de saúde é necessário para adiantar um trabalho conjunto visando melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias mais vulneráveis.

Palavras chave: Família, Risco, Idoso, Enfermagem, Pesquisa

INTRODUCCIÓN

Durante el último siglo se registraron acelerados cambios en los sistemas familiares, que imprimieron una rápida dinámica de transformaciones en sus relaciones, estructuras y funciones. Estas transformaciones representan tendencias globales, ilustradas en diferentes estudios (2). En general se produjo un aumento de la longevidad, descenso de la tasa de natalidad, se elevó el nivel de vida, disminuyó la carga del trabajo doméstico, la familia redujo su extensión y pasó a ser más nuclear en su estructura. Se incrementó la tasa de divorcios, los nacimientos fuera del matrimonio se tornaron más aceptados social, cultural y jurídicamente. Las mujeres han logrado un reconocimiento de sus derechos civiles y políticos y valoración social de su autonomía, pues su ingreso al trabajo y la educación formal –sin ser eximidas de la responsabilidad en el ámbito familiar– ha generado una relativa libertad de acción en ellas, con profunda incidencia en las dinámicas familiares. Así mismo se han agudizado factores de discriminación y exclusión. En las familias más pobres la mujer asume predominantemente la crianza, la previsión económica y los oficios del hogar; las personas mayores están reasumiendo el papel de crianza de los hijos e hijas y las tareas y dinámica familiar, los jóvenes postergan su independencia, las madres adolescentes y los nuevos arreglos de pareja entre jóvenes se ven obligados a convivir en los hogares de origen, producto de la precariedad del trabajo, de los bajos ingresos familiares y del difícil acceso a bienes y servicios. La reconstrucción de familias extensas, impulsadas por la necesidad, potencia en algunos casos conflictos de violencia intrafamiliar (3).

Por otra parte, la población de adultos mayores está aumentando, de ahí que, el alargamiento de la vida, originado por nuevos tratamientos de enfermedades, puede incrementar la relación de dependencia y el requerimiento de atención de la población adulta, por lo que “se multiplicarán sus necesidades de atención en materia de salud y apoyo económico” (4) brindado sobre todo por la familia que debe asumir en primer lugar el cuidado y el bienestar de los adultos mayores.

Ahora bien, Bogotá, por efecto migratorio, es una ciudad multicultural y pluriétnica. De acuerdo con el censo de 2005 (5), en la capital habitan 6.776.009 personas, con un promedio de 3,4 personas por hogar, hay

envejecimiento de su población, dado que cada vez crece el porcentaje de adultos mayores de 60 años y disminuye el porcentaje de nacimientos, lo que influye en las familias en lo relacionado con la responsabilidad del cuidado y asistencia de adultos mayores enfermos y con discapacidad. Debido a la sobremortalidad masculina, las mujeres viejas, en su mayoría viudas o sin cónyuge, viven con hijos, con hijos y nietos, con otros parientes o con no parientes (6).

La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Bogotá para el año 2003 era la más alta del país: 77,6%. Sin embargo existe una fragmentación hacia el aseguramiento individual, representado en que en la misma familia sus miembros se encuentran afiliados al régimen subsidiado o al contributivo y los no afiliados son atendidos como “vinculados” en la red hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Así los servicios de salud y el cuidado y atención a las personas mayores con discapacidad son áreas sensibles a los cambios demográficos que se están experimentando, ya que se encuentran vinculados a la familia, al ser esta la mayor y más importante proveedora de cuidados a los gerontes.

Según estimativos de la Organización Mundial de la Salud, un 12% del total de habitantes de un país pueden estar en condiciones de discapacidad. “Las personas con discapacidad (PCD), muchas de ellas víctimas de la violencia y del conflicto armado, viven en regiones como Centroamérica, concentradas en sectores marginados y empobrecidos, fuera del mercado de trabajo y cuando menos la mitad de ellas en edad productiva” (7).

La discapacidad, entendida como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (8), limita la actividad de los adultos mayores, quienes requieren ayuda permanente en un porcentaje mayor (61%) que el grupo de jóvenes, pues supone una mayor limitación funcional por la dependencia de una PCD que conlleva que otro miembro de la familia vea reducida su participación laboral; de igual forma una PCD que no puede trabajar reduce la renta total potencial de la familia, forzando a los otros miembros a trabajar más y se restringen las oportunidades del hogar (9).

En cuanto a la situación familiar del colectivo de personas con discapacidades, cabe destacar que se observan

porcentajes elevados de viudas, especialmente entre las mujeres con porcentajes algo superiores que padecen dependencia en actividades de la vida diaria (AVD). Además, entre las mujeres mayores con discapacidad, no son ellas, en la mayoría de los casos, las sustentadoras principales del hogar sino que, por el contrario, dependen de los ingresos de su cónyuge o pareja o de otros familiares (10).

En sentido amplio, la discapacidad es vista como un problema del individuo, pues es él quien presenta una anormalidad física, sensorial o mental, que hace necesaria la rehabilitación centrada en el sujeto como paciente, el cual requiere intervención médica individualizada. Pero el problema de la discapacidad no está limitado únicamente a la persona, involucra a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general (11), y es la familia la que se constituye en la red básica de soporte y cuidado de la persona con discapacidad.

Según Tsai Pao Fena (12), son numerosos los estudios que demuestran efectos adversos en el estado de salud de los cuidadores cuando tienen que desarrollar más horas de trabajo y un mayor cuidado directo a los pacientes. El rol de cuidador, además, interfiere con la estabilidad económica, con la ejecución de otros roles y con las relaciones interpersonales. De forma que, el Departamento Nacional de Planeación, en un estudio basado en la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, encontró que, “las familias extensas monoparentales tienen bajo su cuidado una significativa cantidad de personas con limitaciones físicas o mentales” (13), que influyen en la funcionalidad familiar.

Más aún, Mayhew (10) afirma que, “mientras para la región conformada por los países más desarrollados se espera una estabilización en el crecimiento de personas con discapacidades alrededor de 2050, en los países menos desarrollados se estima que dicho crecimiento continuará para todos los grupos de edad. Por su parte, se espera que los incrementos proyectados del gasto público asociado con el incremento del número de personas con discapacidad sean modestos porque la mayor parte de los servicios de atención seguirán siendo provistos por las familias y la comunidad”. Sin embargo, si se tienen en cuenta los cambios que se están produciendo en el seno de las familias, con mayor participación de la mujer en el mercado laboral y menor cantidad de hijos, se prevé que estos afecten directamente la capacidad para atender las

personas mayores con dificultades en el desarrollo de actividades de la vida cotidiana. De esta manera cabe esperar que el incremento en el número de personas con discapacidades aumente la demanda de servicios de salud y cuidados de larga duración al sector público y privado.

Lo anterior permite justificar la caracterización del riesgo de las familias de los adultos mayores con discapacidad del sector de Patio Bonito, Localidad Octava, Kennedy, en Bogotá, con el fin de contribuir en la planeación, desarrollo y evaluación de políticas e intervenciones sociales a nivel local y nacional. Contribuye al conocimiento de la realidad de estas familias, detectando los principales riesgos que las afectan, de acuerdo con los riesgos biológico-familiares, del medio ambiente y de los servicios de salud, los cuales generan gran impacto en la salud de los individuos y las comunidades. Esto indica que la familia debe ser la principal receptora de los servicios de salud y permite emprender acciones de enfermería para el mantenimiento de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las familias. Y asume que las familias con adultos mayores en situación de discapacidad y pobreza están consideradas como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad, dada la confluencia de numerosos factores de riesgo individuales, biológicos, sicosociales y de los servicios de salud, que permean la situación cotidiana y hacen que en la actualidad las políticas públicas asuman un compromiso social hacia esta población, buscando facilitar y crear oportunidades y potenciar las capacidades de las personas y las familias.

FAMILIA CON ADULTOS MAYORES, RIESGO Y DISCAPACIDAD

En muchos países, entre ellos Colombia, los cuidados de las personas mayores de 60 años han estado y continúan estando a cargo de la familia fundamentalmente. Sin embargo, dadas las tendencias demográficas y epidemiológicas del país en los primeros años del siglo XXI, se están verificando cambios importantes en el seno de las familias, caracterizados por menor número de hijos, una creciente participación de la mujer en el mercado laboral, aumento de enfermedades crónicas, que limitan la capacidad de las familias para ofrecer los cuidados que requieren las personas en edad avanzada con discapacidad. En general, en todos los países se observa que las

tasas de discapacidad de las mujeres mayores son superiores a las de los hombres; la esperanza de vida total de las mujeres es bastante más elevada que la de los hombres, pero también lo es para ellas la esperanza de vida con discapacidad; por tanto, además de vivir más años, las mujeres viven más años con discapacidad (10).

Al comenzar el siglo XXI es cada vez más común la supervivencia de tres y aun de cuatro generaciones en las familias. Como afirma Pérez (14), contar en la adultez, e inclusive en la vejez, con la existencia de los propios progenitores es algo que promueve transformaciones en los roles, comportamientos, estilos y condiciones de vida de las personas de todas las edades, y por supuesto en las relaciones intergeneracionales.

En Colombia, la familia es la principal institución para defenderse de la incertidumbre, requiere de un alto grado de cooperación, que en casos de emergencia genera un fuerte sentimiento de solidaridad que aprieta las ramas de parentesco (13), por encima de los conflictos entre sus miembros, “salva a esta molécula social de su desintegración el fuerte funcionalismo que para la sobrevivencia individual éste representa”. Al fin y al cabo “son más las razones para permanecer unidos que para disociarse” (15), especialmente en los estratos 1 y 2 donde se encuentra el mayor número de personas con discapacidad (9). La pérdida de los roles paternal, maternal y ocupacional favorece la probabilidad de aumentar los riesgos por la pobreza como resultado de los costos que demandan los diferentes servicios que requiere el adulto mayor. Así, “la familia extensa, viva o no en el mismo hogar, ha sido reconocida como una modalidad de aseguramiento como lo afirma, Rosenzweig y Stark, 1997. Las economías de escala que genera este tipo de hogares les permite mitigar la pobreza y disponer del ingreso colectivo para enfrentar las crisis” (13).

El estudio de un grupo de pensionados reportó “disfunción familiar en 67% de los participantes (incluye disfunción moderada y severa), relacionada con el alto grado de estrés sicosocial que viven estas personas y sus cuidadores o familias, e indica una deficiencia importante en las funciones básicas de la familia (afecto, recursos, adaptación). El estrés sicosocial crónico en el cuidador es un factor de riesgo para convertirse con el tiempo en síndrome de maltrato al anciano. Los peligros arquitectónicos en casi la mitad de los hogares son un factor de riesgo

para caídas. Los problemas ambientales, junto con la alta prevalencia de incapacidades en estos pensionados, justifican la necesidad de ayuda social consistente en comidas calientes, modificaciones ambientales, aditamentos, aseo del hogar y lavado de ropas” (16). Los problemas de accesibilidad e inseguridad limitan el desplazamiento o transporte del anciano fuera de casa para realizar un mínimo de actividad física-recreativa, compra de provisiones, o cuando necesita atención médica urgente. El espacio reducido y el hacinamiento en la mitad de los domicilios es un factor de riesgo para un ambiente deprivado, contagio de infecciones, accidentes (quemaduras) e incendios, por ejemplo, al cocinar (17).

Por otra parte, Ladino y Ladino (18) evidencian en la literatura que “el cuidado ofrecido por los familiares a los adultos mayores con discapacidad es informal, especialmente para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin recibir remuneración económica por ello” (19); por lo general son mujeres, y la relación de parentesco con el sujeto de cuidado es de esposas e hijos, predominando las hijas (19-26). Igualmente los cuidadores son adultos medios y mayores que en general manifiestan muchos sentimientos que les genera asumir el rol de cuidadores familiares, ya que incrementa el número de responsabilidades y problemas de salud y genera pérdida de privacidad, tiempo libre y vida social, que repercute en el bienestar de la familia y en la salud de los cuidadores familiares, que tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud físicos, son más propensos a problemas cardiovasculares e inmunológicos y depresión, asociados fundamentalmente con el estrés (12) por los cambios drásticos en sus vidas, al tener que modificar su cotidianidad para adaptarse a las demandas del familiar con discapacidad.

Por lo tanto, las crisis de la salud están correlacionadas con el ingreso y el ciclo de vida familiar: a menor ingreso mayor magnitud e incidencia de la “enfermedad grave” y de la “invalidez física o mental”, y a medida que se avanza en el ciclo de vida familiar aumenta, como es de esperar, la incidencia de enfermos graves y de inválidos (13).

Entonces, a pesar de los cambios sociales que han afectado los patrones de formación de la familia, en el ámbito nacional, esta continúa siendo proveedora de apoyo para los ancianos con discapacidad, además de la

red constituida principalmente por vecinos y amigos y por los servicios que ofrecen las instituciones públicas, como el proyecto 7217, “Atención para el bienestar de la persona mayor en situación de pobreza que habita en Bogotá D. C.”, que tiene como objetivo: “Responder a las demandas de las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, fortaleciendo la autonomía, la participación y las redes familiares y sociales a través de acciones de corresponsabilidad y de confluencia intersectorial pública, privada y comunitaria” (27), y el programa de “Salud a su Hogar” (28) de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, que atiende desde una perspectiva de universalización, basada en la equidad, e integra los procesos de educación para la salud, de protección de la vida, de prevención de las enfermedades, de atención curativa, de seguimiento y de rehabilitación. No obstante, casi 30% de las PCD no tienen protección social en salud, por lo tanto no reciben rehabilitación y refieren como razón principal la inaccesibilidad a los servicios (9).

Por otro lado, la discapacidad, afecta más a hombres, lo cual quizás esté relacionado con un mayor riesgo por el tipo de actividades laborales que realizan estos, su mayor participación en el conflicto armado y la exposición a factores de riesgo relacionados con los hábitos de vida y de consumo. La mayor concentración de PCD está en el área rural, debido posiblemente a las condiciones de salubridad, la inequidad en el acceso a los servicios de salud, las menores oportunidades de cualificación laboral y el conflicto armado (9).

A continuación, se presentan los conceptos de familia, factor de riesgo y riesgo familiar total.

Para este estudio la *familia* se considera como “una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales y responsabilidades comunes. La familia está definida como todas las personas que un individuo considera su familia” (29). La *caracterización de las familias*, según afirma Amaya (1), desde un enfoque de riesgo, es la descrita en función de parámetros de estructura (tipología, ciclo vital familiar y composición) y los riesgos individuales y familiares; la *estructura familiar* hace referencia a la descripción de composición de la familia (número de personas, promedio, edad, sexo)

tipología familiar (familia nuclear, familia nuclear modificada, familia nuclear reconstruida, familia extensa, familia extensa modificada, familia atípica) y el ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolar, familia con adolescente, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana, familia multicíclica).

El *factor de riesgo* se define como “una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud” (30) y el *riesgo familiar total* es considerado como “la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración” (31). En salud, el enfoque de riesgo pretende valorar la presencia de “una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud” (30), con el fin de mejorar la planeación y ejecución de las intervenciones de salud. Los factores de riesgo se clasifican en tres categorías, afirma Amaya, citando a Clement Stone, Eigsti y McGwire:

- a) Características biológicas o hereditarias (algunas características genéticas incrementan el riesgo de determinadas enfermedades y dolencias).
- b) Los factores físicos, sociales familiares, económicos y ambientales (por ejemplo las poblaciones menos favorecidas tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud).
- c) Los patrones de comportamiento y el estilo de vida (muchas de las causas principales de mortandad y enfermedad son determinadas por los patrones en el estilo de vida, como la dieta, el tabaco, el ejercicio, el alcohol y el consumo de drogas) (1).

El *riesgo familiar total* hace referencia a “la probabilidad de consecuencias adversas individuales o familiares (morbilidad, mortalidad y disfunción), debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración” (31). Con base en los resultados de varias investigaciones, Amaya (31) presenta, entre otros, los siguientes supuestos teóricos:

- Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (por su composición, trayectoria de morbimortalidad), socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida,

prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.

- Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables y, algunos, modificables.
- Los riesgos se asocian a características propias de la edad, a las prácticas de autocuidado o cuidado dependiente intrafamiliar o institucional.
- La calificación de riesgo familiar total se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.
- Los servicios sociales de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de la efectividad de operación.
- Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.

Amaya afirma, citando a Ezzati y colaboradores, que “los efectos de los factores de riesgo pueden contribuir a la salud a través de la prevención” (31), es decir que, mediante los resultados de la medición del riesgo total en familias con adultos mayores con discapacidad pobres, pueden identificarse los factores de riesgo más frecuentes, a los cuales se deben orientar la creación y el desarrollo de políticas en salud y acciones preventivas de eventos no deseables en salud o enfermedades, que finalmente promuevan la salud individual y familiar.

Las familias pobres con adultos mayores con discapacidad son consideradas de alta vulnerabilidad al enfrentarse diariamente a mayores factores de riesgo, como lo indican investigaciones realizadas en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, donde se encontró el más alto promedio del riesgo familiar total de los estudios realizados a nivel municipal con familias pobres de adultos mayores con enfermedad vascular hipertensiva y cronicidad de por lo menos un año, en el municipio de Facatativá (32), el cual mostró predominio de familias con riesgo alto (95,6%), especialmente relacionado con las subcategorías de prácticas de salud (4,24) y ambiente socioeconómico (4,04); y la investigación de familias con adultos mayores pobres en el municipio de Funza (33), que reportó riesgo familiar total alto en el 47,9% de las familias, relacionado especialmente por las subcategorías de morbilidad en la familia (3,35) y ambiente socioeconómico (2,99). Además estos resultados presentan datos cercanos a los obtenidos en el Club Azucenas del Quindío (34), Localidad Cuarta, San

Cristóbal, en Bogotá, donde influyó el riesgo familiar total medio (46%) y alto (42,2%), y las subcategorías calificadas con promedio en alto riesgo fueron: morbilidad familiar (3,37) y ambiente socioeconómico (3,30). Resultados que difieren del estudio en Villavicencio (35) con familias de estrato tres, que reportó en su mayor parte bajo riesgo familiar total (83%).

Además los estudios realizados en Funza (33) y la Localidad Cuarta de Bogotá (34) revelan correlación entre las subcategorías de Ambiente sicoafectivo con Estilo de vida familiar, con promedios de 0,56 y 0,65 respectivamente, seguido de Morbilidad familiar con Prácticas de salud, con promedios de 0,40 y 0,57. Esto refleja cómo las familias pobres con miembros adultos mayores con discapacidad, desde la perspectiva de riesgo son muy vulnerables y requieren cuidados tanto para las personas mayores como para su familia, con prácticas de cuidado dirigidas al desarrollo de potencialidades familiares, individuales y sociales, que contribuyan a la salud familiar.

Lo anterior es de especial interés de la investigadora para ratificar cómo las familias con personas con discapacidad son de alto riesgo familiar y dignas de especial atención por los profesionales de la salud, los planeadores de políticas públicas y de la comunidad en general.

METODOLOGÍA

La investigación se realizó aplicando un diseño descriptivo-cuantitativo, transversal, que permitió caracterizar la estructura y el riesgo familiar total en familias de adultos mayores con discapacidad, beneficiarios del programa: “Atención para el bienestar del adulto mayor en situación de pobreza”, en el Centro Operativo Local Kennedy (COL), residentes en el sector de Patio Bonito entre septiembre y diciembre del año 2005. El universo está dado por 2.688 familias que conviven con adultos mayores beneficiarios del programa (36). La población está constituida por 100 familias (lista entregada por el COL) que conviven con adultos mayores en situación de discapacidad y pobreza, beneficiarios del programa, residentes en el sector de Patio Bonito. Se tuvo acceso solo a 72 familias de adultos mayores con discapacidad, que voluntariamente participaron en el estudio, que se encontraron en la casa y cumplieron con los criterios de inclusión: familia con adulto mayor con discapacidad, beneficiarias del programa “Atención para el bienestar del adulto mayor

en situación de pobreza”, durante los meses de septiembre a diciembre de 2005, con un informante mayor de 15 años miembro de la familia, con capacidad física y mental para responder a los instrumentos, residentes en el sector de Patio Bonito y con mínimo un año de permanencia en la familia.

Materiales y métodos

Se utilizó el instrumento RFT 7-70 (riesgo familiar total), elaborado por Amaya con registro TX-4-978-54 (37). El total de preguntas de este instrumento es de 70; se clasifican por categorías, así: la primera individual o por grupos de edad, la segunda biológico-familiar (que consta de composición familiar, morbilidad de la familia y mortalidad), la tercera de medio ambiente (que comprende factores de ambiente socioeconómico, ambiente físico de vivienda y vecindario, ambiente sicoafectivo familiar, estilo de vida y prácticas de salud) y la cuarta los servicios de salud y la familia. El índice de confiabilidad del instrumento es 0,84 por prueba sicométrica de Kuder-Richardson. La validez concurrente con el Apgar “resultó con correlaciones significativas con un valor de -2; con el EEEF-41; y con el EPCP-4” (24). La validez predictiva se confirmó con el índice de participación en cuidados prenatales.

Los pasos seguidos durante el proceso de investigación fueron: autorización de la autora para aplicación del instrumento, autorización de la gerente del COL, aplicación de prueba piloto, entrega en el mes de agosto de lista de 100 familias residentes en el sector de Patio Bonito, con beneficiarios adultos mayores con discapacidad. Se entrenaron dos estudiantes de octavo semestre (Edwin Triviño y Marcela Gómez) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sobre los aspectos conceptuales y de aplicación del instrumento RFT 7-70, para apoyar en el trabajo de aplicación de los instrumentos. La entrevista se efectuó en la casa donde reside el adulto mayor con su familia. El entrevistado de la familia que aceptó colaborar en la recolección de los datos firmó el consentimiento informado. El tiempo aproximado de duración de la aplicación fue de 60 minutos en las familias en que respondió un adulto mayor y 45 minutos en las familias en que contestó un adulto. La búsqueda de direcciones de los beneficiarios del programa presentó bastante dificultad por la alta movilidad de

estas familias, por no encontrarse personas adultas para responder la encuesta y por el cambio de direcciones; las anteriores observaciones demoraron la consecución de la población, por lo que se decidió que las 72 familias a las que se tuvo acceso, firmaron el consentimiento informado y respondieron el instrumento, hasta el 31 de diciembre, quedaran como muestra. Posteriormente se realizó la imputación de cada formulario, se utilizó el programa Microsoft Access en la sistematización para la base de datos y en SPSS se efectuó el análisis estadístico¹ y análisis de resultados.

De manera especial en el análisis de resultados se evidenció que en la aplicación del instrumento RFT 7-70 se encontraron preguntas que no aplican por las características de las familias con adultos, como el caso de presencia de menores de edad, lo cual requirió la asesoría de la autora de los instrumentos, quien autorizó la aplicación del cálculo de prorrato para el riesgo familiar total. Este método “pondera un puntaje bruto para el número de ítems que conforman la prueba, de acuerdo con el número de ítems realmente contestados” (24). Para prorratar un puntaje bruto se aplica la ecuación $X = (PB \times 70)/C$, donde X es el valor bruto prorratoado, PB es el puntaje bruto obtenido y C corresponde al número de ítems contestados.

Aspectos éticos del estudio

El desarrollo del estudio se ajustó a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, referente a las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” (38), especialmente al artículo 5 que especifica que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (artículo 6); contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación (literal g); se llevará a cabo con la autorización del representante legal de la institución investigadora y la institución donde se realice la investigación, el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por el comité de ética en investigación de la facultad (artículo 11). La investigación se clasifica en categoría a. Investigación sin riesgos, ya que no se realiza ninguna

intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

RESULTADOS

Se presentan en dos grupos: identificación familiar y riesgo familiar total.

Identificación familiar

Se encontró predominio de mujeres (64%) y personas adultas mayores de 60 años (38,4%), relacionado por el criterio de inclusión de la investigación que comprende familias con adultos mayores con discapacidad, donde el cuidado de estos por lo general es asumido por mujeres de la familia, predominando las esposas y las hijas (17), que en numerosas ocasiones conlleva la constitución de familias extensas o atípicas, como en el estudio, en el cual hay primacía de familias extensas modificadas (50%), atípicas (26%) y extensas (10%). Es decir que 86% de familias son de tipo extensas y atípicas, lo que expresa que “en Colombia la familia es la principal institución para defenderse de la incertidumbre” (13).

El promedio de personas por familia es de 4,3, superior al encontrado por el censo 2005 con 3,9 personas por hogar en Bogotá. Lo que se explica posiblemente por el aumento en la esperanza de vida de la población femenina, 73 años, según reportes del DANE 1997, y el incremento de mujeres en la zona urbana como consecuencia de los desplazamientos rural-urbanos. El grupo de población entre



1 Con el apoyo del estadístico Alberto Rodríguez.

los 19 y 59 años, económicamente activa, representa el 39,9% de la población total, lo que indica que la responsabilidad del mantenimiento recae sobre dicho grupo, es decir que la relación de dependencia es alta, pues el 26,3% de la población es menor de 18 años y 33,6% son adultos mayores de 60 años.

La población se percibe mayoritariamente enferma (52,4%), percepción diferente a la de los colombianos según la cual la mayoría de la población considera su estado de salud como bueno, y de Bogotá que tiene los porcentajes más altos de personas que perciben su salud como excelente, muy buena y buena (84% de la población) (39). Resultado influido por el alto porcentaje de población adulta mayor con discapacidad, donde la incidencia de la “enfermedad grave” y de la “invalidez física o mental”, a medida que se avanza en el ciclo de vida familiar, aumenta la incidencia de enfermos graves y de inválidos (13).

La enfermedad más nombrada como antecedente familiar es la hipertensión arterial (68%), seguida de otras crónicas como cáncer (32%), artritis (29%), enfermedad renal (29%) y diabetes (26%). La distribución de enfermedades es más alta que la informada para la carga de la enfermedad; la hipertensión es la más frecuente, especialmente en mujeres, seguida por el cáncer; esto podría deberse a la mayor sobrevivencia urbana. Algunas de estas enfermedades son producto de factores ambientales y estilos de vida que son susceptibles de ser prevenibles o modificables en los miembros afectados, involucrando en todo momento al grupo familiar.

Respecto a los años de permanencia en el sector, se encuentra que solo 22% de las familias lleva viviendo allí más de 20 años. En general la población puede ser calificada como poco estable por su baja permanencia en el sector; hay una amplia movilidad de residencia, al ser en su mayoría arrendatarios. Este aspecto desfavorece la continuidad de los programas sociales y de salud. Las instituciones de apoyo más reconocidas por las familias son el Centro Operativo Local en la totalidad de las familias estudiadas, que además de ser un criterio de inclusión, reciben subsidio por parte del programa, seguido del centro de salud (86,1%) y grupos religiosos (76,4%).

Riesgo familiar total

El riesgo familiar total se midió a través del instrumento RFT 7-70, que se califica según el puntaje total: bajo

riesgo si es igual o menor de 12, riesgo medio si está entre 13 y 21 y riesgo alto si es de 22 o más (1).

La tabla 1 muestra predominio del riesgo familiar total alto (52,8%) y medio (34,7%), confirmando el alto riesgo familiar total en las familias con adultos mayores con enfermedad crónica (32). Lo que sugiere que familias pobres con personas adultas mayores con enfermedad crónica o discapacidad son de alto riesgo familiar, y es mayor el riesgo familiar si residen en la zona rural. Estos resultados sugieren la alta vulnerabilidad de las familias con gerontes con enfermedad crónica o discapacidad, que requieren una mayor visibilidad e intervención de los servicios sociales, de salud y redes de apoyo.

Tabla 1. Distribución del riesgo familiar total.

Riesgo	Frecuencia	%
Bajo	9	12,5
Medio	25	34,7
Alto	38	52,8

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70. Bogotá, Localidad Kennedy, sector Patio Bonito. 2005.

Principales riesgos familiares

De los setenta riesgos estudiados en las familias con adultos mayores con discapacidad (tabla 2), en los diez primeros lugares se destacan cuatro relacionados con factores biológicos familiares: presencia de adultos mayores en la totalidad de familias, riesgos individuales de salud en el grupo de edad mayor de 60 años (98,6%), más de un enfermo en la familia (69,4%), riesgo por grupo de edad entre 31 y 49 años (51,4%), y seis relacionados con factores del medio ambiente, donde se destacan dos riesgos referidos al ambiente socioeconómico: jefe del hogar sin empleo (65,3%) y analfabetismo de la madre (56,9%); dos relacionados con prácticas de salud: manejo inadecuado de patologías como la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, hipertensión arterial, enfermedades de transmisión sexual, entre otras (55,6%), y manejo inapropiado de salud de la mujer (50%); y dos con estilo de vida de la familia relacionado con ambiente psicoafectivo por la falta de recreación en las familias (68,1%) y la inactividad y aislamiento social de los viejos (56,9%).

Tabla 2. Distribución de los diez principales riesgos familiares (%).

Riesgos	Porcentaje
Adultos mayores de 50, niños, adolescentes	100,0
Riesgo por grupo de edad mayor de 60 años	98,6
Más de un enfermo en la familia	69,4
Falta de recreación en familia	68,1
Jefe de hogar sin empleo/familiares sin ingreso/menor trabajador	65,3
Analfabetismo (escolar/funcional) de la madre	56,9
Inactividad/aislamiento social de ancianos	56,9
Manejo inapropiado: EDA, IRA, HTA, ETS, otros	55,6
Riesgo por grupo de edad entre 31 y 49 años	51,4
Manejo perinatal inapropiado y salud de la mujer	50,0

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70. Bogotá, Localidad Kennedy, sector Patio Bonito. 2005.

Estos resultados señalan que las familias con adultos mayores de 60 años con discapacidad son vulnerables y requieren la presencia eficaz de los servicios de salud, por presentar más de un enfermo en las familias (69,4%), con manejo inapropiado de patologías crónicas e infecciosas (55,6%) y de salud de la mujer (50%), sumado a la inactividad y aislamiento social de los ancianos (56,9%), en medio de un contexto de pobreza, especialmente relacionado con familias sin ingresos, estratos 1 y 2, y con analfabetismo de las madres. Los resultados destacan que la alternativa de solución de la problemática de estas familias requiere de un trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario, donde confluyan los sectores público, privado y comunitario.

Riesgo familiar total por subcategorías

El riesgo familiar total distribuido en diez subcategorías de mayor a menor promedio (tabla 3) señala en alto riesgo familiar las subcategorías morbilidad de la familia (3,2), servicios de salud (3,1) y ambiente socioeconómico (2,99). En riesgo medio las subcategorías estilo de vida familiar (2,3) y ambiente sicoafectivo familiar (2,1).

Resultados que difieren de los reportados en Facatativá en familias con adultos mayores con enfermedad vascular hipertensiva y cronicidad de por lo menos un año, donde las siete subcategorías presentaron alto riesgo familiar: prácticas de salud (4,2), ambiente sicoafectivo familiar (4,0), ambiente socioeconómico (4,0), servicios de salud (3,5), estilo de vida familiar (3,4), morbilidad de la familia (3,2) y riesgo por grupo de edad (3,0).

Tabla 3. Distribución de riesgo familiar por subcategorías.

Subcategoría	Promedio	Desviación estándar
Morbilidad de la familia	3,24	1,41
Servicios de salud y familia	3,19	2,32
Ambiente socioeconómico	2,99	1,51
Estilo de vida familiar	2,33	1,31
Ambiente sicoafectivo familiar	2,17	1,61
Composición familiar	1,93	1,08
Riesgo por grupo de edad	1,83	1,17
Prácticas de salud	1,61	1,59
Ambiente físico de vivienda y vecindario	1,15	1,21
Mortalidad de la familia	0,29	0,70

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70. Bogotá, Localidad Kennedy, sector Patio Bonito. 2005.

Lo anterior demuestra cómo las familias con adultos mayores con discapacidad son afectadas principalmente por la morbilidad de la familia, dado que estas familias tienen adultos mayores dependientes por discapacidad (86%), dificultad en el manejo de enfermos y personas con discapacidad (78,6%) y presentan más de una persona enferma (73,6%), lo que indica que la familia se hace vulnerable a nuevos casos de enfermedad o discapacidad. Así, la calificación de riesgo familiar total se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida (4).

Es un panorama preocupante ya que los factores biológicos-familiares, de los servicios de salud y de ambiente socioeconómico ahondan la problemática de las familias de interés, lo que sumado a los cambios propios

del envejecimiento puede aumentar la dependencia y disfuncionalidad familiar y, como describen Gage y Leidy (1991), citados por Amaya (1), “sujetos de bajo nivel socioeconómico tienen mayor probabilidad de caer en la categoría de alto riesgo”.

Así, los resultados de las diez subcategorías de riesgo familiar total encontrados y analizados en el grupo de familias con adultos mayores con discapacidad, hacen necesario ofrecer un enfoque de riesgo para la salud familiar como plantea Amaya (37): el primero de ellos sería el mejoramiento en la atención de la morbilidad de las familias por los servicios de salud, priorizando en estilos de vida y prácticas de salud a través de acciones de promoción y prevención y mejoramiento de las condiciones socioeconómicas; donde el compromiso sea tanto de las instituciones gubernamentales como de los propios individuos y familias que padecen estas circunstancias.

Correlación de subcategorías

Se encontró alta correlación entre las subcategorías de servicios de salud y ambiente socioeconómico (0,50), prácticas de salud y estilos de vida (0,49), prácticas de salud y morbilidad (0,46), ambiente sicoafectivo y composición familiar (0,46), servicios de salud y prácticas de salud (0,43), estilo de vida y morbilidad familiar (0,42), servicios de salud y ambiente sicoafectivo (0,42), estilo de vida y ambiente sicoafectivo (0,40).

Así se concluye que los factores de riesgo críticos interactúan, como afirma Wartenberg; “...rara vez una persona enfrenta un evento crítico en forma exclusiva” (13). La interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores (40). “Los riesgos familiares se asocian y conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto” (31).

El sistema de seguridad social debe buscar ante todo mejorar la accesibilidad de los servicios a las familias pobres con adultos mayores con discapacidad, buscando disminuir la probabilidad de factores de alto riesgo (morbilidad de la familia, servicios de salud, ambiente socioeconómico, estilo de vida familiar y ambiente sicoafectivo familiar); para ello es necesario el compromiso de las familias, la comunidad, las instituciones y los profesionales de salud, que trabajen mancomunadamente en pro de

mejorar la calidad de vida de las personas y familias más vulnerables.

CONCLUSIONES

La aplicación del instrumento RFT 7-70 permitió caracterizar las 72 familias con adultos mayores con discapacidad, en riesgo alto (52,8%) y medio (34,7%); existen unos factores que afectan en mayor proporción que otros; los riesgos que más pesan son: morbilidad de las familias (3,24), servicios de salud (3,19), ambiente socioeconómico (2,99), estilo de vida (2,33), ambiente sicoafectivo (2,17) y composición familiar (1,93), lo cual muestra un panorama preocupante para estas familias ya que los factores biológico-familiares, del ambiente y de los servicios de salud ahondan su problemática.

De los 315 miembros de los grupos familiares, 126 son adultos entre 19 y 59 años; este grupo es responsable de sostener al resto de los miembros de la familia, cada integrante de este grupo tiene a su cargo más de una persona, es decir que la relación de dependencia es alta, sobre todo cuando en el 55,6% de las familias el jefe del hogar está sin empleo. Predominan las familias extensas modificadas (50%), atípicas (26%) y extensas (10%), posiblemente como estrategia de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de vida, lo que hace necesario cuidar al adulto mayor con discapacidad en su contexto familiar.

En las familias estudiadas 56,1% son mujeres, especialmente adultas mayores (38,4%), posiblemente porque estas familias demandan cuidadoras para la atención de los adultos mayores con discapacidad.

De otra parte, un poco menos de la mitad de la población (48%) ha vivido en el sector más de diez años, lo que refiere una alta movilidad de la población: son familias pobres de estratos 1 y 2 que se perciben enfermas (52,4%) y con poco riesgo (0,6%). Se encuentran afectados principalmente por patologías crónicas relacionadas con la hipertensión arterial (68,1%), cáncer (31,9%), artritis (29,2%), infartos (27,8%) y diabetes (26,4%). Las instituciones de apoyo más reconocidas son el COL (100%), el centro de salud (83%) y los grupos religiosos (76,4%), dado que tienen capacidad de resolver los problemas de salud que aquejan a la mayoría de las familias pobres con adultos mayores con discapacidad.

Las familias se clasifican por riesgo familiar total (evaluado por el instrumento RFT 7-70): en riesgo alto 52,8% y riesgo medio 34,7%, que al reunirlos equivalen al 87,5%, cifra que permite priorizar la implementación de un programa en salud familiar con el propósito de controlar el riesgo o modificar los existentes a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con intervención intersectorial e interdisciplinaria.

Todos los servicios y prácticas del plan obligatorio de salud (POS) y el plan de atención básica (PAB) son necesarios para garantizar la salud de la familia, especialmente los de medicina general, salud de la mujer y manejo de enfermedades crónicas. El seguimiento de adultos mayores con discapacidad en el hogar es una prioridad ya que hay alta dependencia por discapacidad, dificultad en el cuidado, especialmente en actividades de la vida diaria, y más de un enfermo en la familia. La presencia de estos riesgos hace necesaria la continuidad del programa "Salud a su hogar" de la Secretaría Distrital de Salud.

Las familias con adultos mayores con discapacidad presentan alta correlación entre las subcategorías de servicios de salud y ambiente socioeconómico (0,50), prácticas de salud y estilos de vida (0,49), prácticas de salud y morbilidad (0,46), ambiente sicoafectivo y composición familiar (0,46), servicios de salud y prácticas de salud (0,43), estilo de vida y morbilidad familiar (0,42), servicios de salud y ambiente sicoafectivo (0,42), estilo de vida y ambiente sicoafectivo (0,40). Los datos anteriores evidencian cómo las familias con adultos mayores con discapacidad son de alto riesgo familiar, facilitado por la interrelación de factores de riesgo críticos en medio de la adversidad.

Finalmente el estudio y la medición de los riesgos de las familias con personas con discapacidad permiten contribuir al desarrollo del conocimiento de los riesgos y sus relaciones, para promover el diseño de estrategias hacia la prevención e intervención en salud familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Amaya de Peña P. Riesgo familiar total 7-70, ISF: GEN-25. Referentes teóricos-conceptuales y análisis de medición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1992, 1998 y 2000, pp. 4-8.

(2) Goode W (1963). Word revolution and family patterns; Hart N (2005). Acerca de la procreación y el poder. En: *New Left Review*, 35, Madrid; y Therborn G (2004). *Between sex and power: Family in the word*. Londres. En: Alcaldía Mayor de Bogotá. Política pública por la garantía de los derechos, el reconocimiento de la diversidad y la democracia en las familias. Plan de desarrollo Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. 2004-2008, p. 15.

(3) Alcaldía Mayor de Bogotá. Política pública por la garantía de los derechos, el reconocimiento de la diversidad y la democracia en las familias. Plan de desarrollo Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. 2004-2008, pp. 15-17.

(4) Comisión Económica para América Latina (Cepal). *Familia y futuro: un programa regional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile; 1994, p. 106.

(5) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Informe preliminar del censo 2005. <http://www.dane.gov.co>

(6) Ordóñez (1998). En: Ministerio de Comunicaciones, 2004, p. 48.

(7) Inter American Development Bank. *Disability and the labor market in American Latin*. <http://iadb.org/>; consulta: julio 2005.

(8) UIPC-Imsero. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Unidad 3. Versión revisada octubre 2003, p. 2.

(9) Hernández-Hernández. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2005; 7(2).

(10) Monteverde M. Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, 2004, pp. 14-16.

(11) Céspedes GM. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*. 2005; 5(1):108-113. Chía, Colombia.

(12) Moreno E, Náder A, López C. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en Enfermería*. 2004; V(XII):28.

(13) Departamento Nacional de Planeación. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Misión Social. *Familias colombianas: estrategias frente al riesgo*. Bogotá: Alfaomega Colombiana; 2002.

(14) Pérez D (2000). En: Ministerio de Comunicaciones, 2004, p. 52.

(15) Gutiérrez de Pineda V. 1975. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Bogotá: Ascofame.

- (16) Reyes Ortiz CA. Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. Colombia Médica; 1998:29.
- (17) Arias L, Herrera J. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia Médica; 1994: 26-28.
- (18) Ladino E, Ladino Y. Cuidadores familiares en situación de discapacidad. Trabajo de grado para optar al título de enfermera. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006.
- (19) Escuredo Rodríguez B, Díaz Álvarez E, Cortés Pascual O. Cuidadores informales: necesidades y ayudas. Rol de Enfermería. 2001; 24(3):183-189.
- (20) Lara Pérez L, Díaz M, Herrera Cabrera E, Silveira Hernández P. "Síndrome del cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Revista Cubana de Enfermería. 2001; 17(2).
- (21) Morimoto T, Schreiner A, Asano H. Perception of burden among family caregivers of post-stroke elderly in Japan. International Journal of Rehabilitation Research. 2001; 24:221-226.
- (22) Brereton L, Nolan M. "Seeking": A key activity for new family carers of stroke survivors. Journal of Clinical Nursing. 2002; 11:22-31.
- (23) O'Connell B, Baker L. Managing as carers of stroke survivors: Strategies from the field. International Journal of Nursing Practice. 2004; 10:121-126.
- (24) Kuuppelomaki M. et al. Family carers for older relatives: Sources of satisfaction and related factors in Finland. International Journal of Nursing Studies. 2004; 41:121-126.
- (25) Sisk R. Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies; 2000; 37:37-42.
- (26) Eaves Y. Rural African American caregivers: "And stroke survivors" satisfaction with health care. Topics in Geriatric Rehabilitation. 2002; 17(3).
- (27) Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan estratégico del Departamento Administrativo de Bienestar Social, Bogotá sin indiferencia, 2004-2008.
- (28) Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Salud a su hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.
- (29) Friedemann ML. The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks; 1995. p. 8.
- (30) Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington, D. C.; 1986, p. 13.
- (31) Amaya P. Instrumento riesgo familiar total, RFT 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004, pp. 19, 20, 24, 38, 64, 65.
- (32) Olaya L. Factores de riesgo en familias con ancianos que presentan enfermedad vascular hipertensiva en el municipio de Facatativá; 2001.
- (33) Velásquez V. Caracterización de las familias con adultos mayores beneficiarios o potenciales beneficiarios del programa de Atención integral a la población adulta mayor en Funza, Cundinamarca, año 2003; pp. 130-133.
- (34) Cataño N. Caracterización de las familias con adultos mayores de 60 años en el club Azucenas del Quindío, barrio Quindío, localidad cuarta de San Cristóbal, Bogotá D. C.; 2004, p. 92.
- (35) Herrera LM. Caracterización de las familias que conviven con adultos mayores en la ciudad de Villavicencio; 2001, pp. 119, 120.
- (36) Ramírez Y. Informe de gestión, año 2005, proyecto 7217 del Departamento de Bienestar Social del Distrito. Bogotá; 2005, p. 5.
- (37) Amaya de Peña P. Pruebas IPSF - GG - RFT: 7-70. Aspectos psicométricos. Instrumentos e instructivos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000, pp. 19-30.
- (38) Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- (39) Profamilia. Encuesta de demografía y salud; 2005, pp. 346-357.
- (40) Schlesselman J (1982). En: Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, No. 7, 2ª ed. Washington, D. C.; 1999: 18.