

Vivir en dependencia: Develando la experiencia de la persona mayor dependiente

Evelyn Iriarte Parra,¹ María Soledad Rivera Martínez,¹ Alejandra-Ximena Araya Gutiérrez²

¹Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile (Santiago, Chile). ²Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería (Santiago, Chile)

Correspondencia: esiriart@uc.cl (Evelyn Iriarte Parra)

Resumen

Objetivo principal: Develar el significado de la vivencia de la persona mayor chilena (PM) sobre 80 años respecto a su condición de dependencia. Metodología: Investigación cualitativa fenomenológica descriptiva. Se logró la saturación del fenómeno con ocho entrevistas en profundidad en PM sobre 80 años usuarias de dos Centros de Salud Familiar de la atención primaria de salud con dependencia moderada a severa. El análisis se realizó aplicando el método propuesto por Streubert y Rinaldi en 2011. Resultados principales: El fenómeno se develó en tres categorías comprensivas: 1) Cambio repentino en la funcionalidad de la persona mayor, 2) Sentimiento de inutilidad, 3) Facilitadores en el proceso de ser dependiente. Conclusión principal: Las PM octogenarias dependientes destacan la importancia de la familia y cuidadores, constituyendo una red de entorno cuidador, apoyo social y acompañamiento, favoreciendo un clima afectivo de gratitud y reciprocidad. Estos hallazgos pueden otorgar elementos claves en el proceso de atención de enfermería de estos pacientes, así como también en el establecimiento de políticas públicas intersectoriales enfocadas en las experiencias, conocimientos y valores que las PM en condición de dependencia poseen. Palabras clave: Persona mayor. Actividades de la vida diaria. Investigación cualitativa. Cuidados de Enfermería.

Living in dependence: unveiling the experience of the dependent elderly person

Abstract

Objective: To reveal the meaning of the experience lived by Chilean elderly person over 80 years regarding their dependency. Methods: Descriptive phenomenological qualitative research. Eight in-depth interviews were conducted in elderly person over 80 years with moderate to severe dependence, users of two Chilean Family Health Centers. The analysis was carried out applying the method proposed by Streubert and Rinaldi in 2011. Results: The phenomenon was revealed in three comprehensive categories: 1) Sudden change in the functionality of the older person, 2) Feeling of uselessness, 3) Facilitators in the process of being dependent. Conclusions: The aged dependent people emphasize the importance of the family and caregivers, constituting a caregiver environment network, social support and accompaniment, favoring an affective climate of gratitude and reciprocity. These findings can provide key elements in the nursing care process of these patients, as well as in the establishment of intersectoral public policies focused on the experiences, knowledge and values that the aged dependent people possess. Key-words: Aged. Activities of daily living. Qualitative research. Nursing Care.

Introducción

En el mundo, la población de personas mayores (PM) es uno de los segmentos con mayor proyección de crecimiento, esperando que alcance un 21% en 2050.¹ En Chile, el 65,6% de las PM sobre 85 años son dependientes.²

El progresivo deterioro biológico y aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento son resultados de la interacción de factores biomédicos y contextuales. Esto puede manifestarse de diversas formas, asociándose con una declinación de las capacidades funcionales y autonomía de las PM.²

La dependencia se ha definido a partir de la concurrencia de tres factores: existencia de una limitación física, psíquica o intelectual; incapacidad para realizar por sí mismo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.^{3,4} Esto implica un quiebre de las dinámicas normales, ocurriendo un suceso que actúa como una disrupción, significando mayores restricciones y falta de autonomía en la vida de la PM.^{5,6}

En cuanto a la experiencia emocional, se trata de una vivencia principalmente marcada por emociones negativas.⁵⁻⁸ Se han descrito como sentimientos predominantes de la vejez la tristeza, sufrimiento y la añoranza de épocas pasadas.⁸ La depen-

dencia para la PM ha sido definida bajo la percepción de subordinación, interrupción biográfica, insatisfacción con la vida, sentimiento de ser una carga y el establecimiento de una relación de cuidado basada en la resignación o resistencia.^{6,7}

Frente a todo lo anterior las PM se refugian en su entorno cuidador, de manera tal de ver facilitada su experiencia para sobrellevar su condición. Se ha descrito en la literatura la importancia del apoyo y la necesidad de ayuda por parte de la familia,^{4,6,8} valorando el cuidado como un regalo altruista y un sentimiento de relación intensa y positiva con el otro.⁷ Asimismo, se ha planteado que la reciprocidad con el cuidador aumenta en la medida que se comparte la experiencia entre los involucrados.⁹

Respecto al ámbito social, las relaciones con el entorno próximo suelen ser escasas. Se han descrito las dificultades para movilizarse como el principal obstáculo para la participación social.⁴ Frente a la vulnerabilidad física y aislamiento social surge un fuerte arraigo a creencias religiosas-espirituales.⁷

Se ha sugerido la importancia de adoptar un enfoque centrado en las necesidades de las PM que viven en situación de dependencia. Así, las propias preferencias y necesidades deben ser el foco con el fin de mejorar sus posibilidades de ejercer su libre determinación.¹⁰ Lo anterior sugiere a los profesionales de la salud focalizarse en las habilidades, recursos y perspectivas de las PM.¹¹

Se justifica explorar en profundidad esta experiencia desde la perspectiva de quien la está viviendo para generar información útil para diseñar intervenciones basadas en necesidades. Asimismo, los profesionales de enfermería necesitan obtener un conocimiento comprensivo en profundidad sobre el tema, ya que su razón de ser es el cuidado humano. Así, el objetivo general de esta investigación es develar el significado de la vivencia de la PM chilena sobre 80 años respecto a su condición de dependencia.

Metodología

Investigación cualitativa fenomenológica descriptiva. El muestreo fue por conveniencia incluyendo PM sobre 80 años, aptas para establecer un diálogo durante una entrevista, en condición de dependencia moderada-severa determinada de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Índice de Barthel (puntajes entre 55-20 puntos) y con estado cognitivo no sugerente de demencia de acuerdo al Minimental State Examination (MMSE) abreviado (puntaje >13 puntos), ambos con vigencia de 6 meses desde su aplicación. Se realizaron 8 entrevistas, número definido a partir de la saturación de unidades de significado.

Se solicitó autorización a dos Centros de atención primaria ubicados en la Región Metropolitana, Chile. Posteriormente, se pidió la colaboración de un funcionario acreditado (médico del Centro de salud) para acceder a la base de datos de las PM que eran parte del programa de visitas domiciliarias y que cumplieran los criterios de inclusión. Dado que era una población pequeña, se invitó a participar a todos los sujetos que figuraban inscritos en ese programa. Luego, mediante contacto vía telefónica, el funcionario solicitó autorización verbal de las PM para brindar datos de contacto a la investigadora; esta los contactó y los invitó a participar de la investigación. Seis PM que cumplieran con los criterios de inclusión rechazaron participar en esta investigación.

La recolección de información se realizó entre agosto y noviembre de 2016, mediante entrevistas en profundidad grabadas y transcritas textualmente para su análisis. Se realizó grabación de cada entrevista. A cada participante se le entrevistó una vez. Dichas entrevistas fueron realizadas en el domicilio de los participantes con duración de 45-60 minutos. En 2 de las 8 entrevistas, existió presencia del cuidador principal en el lugar de la entrevista, condición solicitada por el entrevistado.

Previo a la realización de cada entrevista, la investigadora principal explicó cada uno de los aspectos explícitos en el consentimiento informado de esta investigación. Después de resolver dudas, se procedió a firmar el consentimiento informado. Características tales como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, comorbilidades, grado y tiempo de dependencia, tipo de cuidador (remunerado o familiar) fueron preguntadas antes de iniciar la entrevista. La pregunta orientadora que guió la entrevista fue: *¿Sería tan amable de compartirme qué significa para usted ser cuidado y necesitar ayuda en sus actividades diarias, como por ejemplo comer, vestirse, bañarse, ir al baño?*

Las entrevistas fueron realizadas por una enfermera con formación en metodología cualitativa. El resto de los investigadores poseían el grado de Doctoradas en Enfermería con experiencia previa en investigación cualitativa, quienes apoyaron la etapa de diseño de investigación y el análisis de sus resultados.

El análisis de las entrevistas fue efectuado de acuerdo a Streubert y Rinaldi.¹² Los datos fueron codificados por dos de las entrevistadoras. Se inició con un "bracketing o reducción fenomenológica". Las entrevistas y transcripciones de estas se leyeron en primera instancia para obtener un sentido general de la experiencia y luego se realizó una re-lectura hasta identificar unidades de significado. Este procedimiento se realizó con cada una de las entrevistas hasta lograr la saturación. Luego, se agruparon las unidades en categorías comprensivas y se describió el fenómeno. La saturación de los datos se logró después que ningún fenómeno emergió en las últimas dos entrevistas analizadas. se realizó "member checking" a cuatro de los ocho participantes. Para velar por el rigor metodológico de este estudio se aplicaron los criterios de rigurosidad de Guba & Lincoln.¹³ No se utilizó ningún software específico para análisis de datos cualitativos.

Las citas de los participantes fueron identificadas con un número para presentar los hallazgos. Estos fueron coherentes con lo planteado en la introducción del estudio, brindando así consistencia a lo develado en cada entrevista. Los temas principales se develaron en el discurso oral de los participantes; temas menores se especifican en el escrito oficial de la tesis de la autora principal.

El rigor ético del estudio fue realizado de acuerdo a los siete requisitos éticos de Ezekiel Emanuel¹⁴ y contó con aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Comité Ético Científico del Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente.

Resultados

El perfil de los participantes se describe en la tabla 1. Este corresponde a PM sobre 80 años, predominantemente mujeres viudas con patologías crónicas concomitantes, y con dependencia moderada. La labor de cuidador era realizada principalmente por hijas quienes no recibían remuneración. La causa de

dependencia generalmente se asociaba a un proceso de deterioro progresivo producto de patologías crónicas, un episodio de enfermedad aguda o accidentes como sufrir una caída.

El fenómeno se develó en cuatro categorías comprensivas (ver Diagrama 1): 1) Cambio repentino en la funcionalidad de la persona mayor, 2) Sentimiento de inutilidad y 3) Facilitadores en el proceso de ser dependiente.

1) Cambio repentino en la funcionalidad de la PM

Esta categoría se define como la percepción de transformación secundaria a las pérdidas de ciertas funciones que impiden realizar actividades básicas, tales como traslado, recreación y trabajo que repercuten directamente en la calidad de vida de la PM dependiente. Consecuentemente, el hecho de perder la autonomía lo obliga a solicitar ayuda de otras personas para realizar acciones consideradas muy sencillas, lo cual aumenta y refuerza su estado de dependencia.

“Tengo que estar afirmada de alguien que me sostenga o afirmada de algo, porque no puedo caminar. ¡No puedo caminar porque me duelen las piernas! Me canso, me canso mucho. Estoy cansada. Hasta porque hablo me canso en muchas cosas, ¡en todas, en todas!. Hasta para ir al baño yo necesito la ayuda de ella (cuidadora). A veces no me puedo ni parar tampoco, y ahí está ella parándome, subiéndome, porque las manos no me dan”(E1).

Para la PM llegar a un estado de vejez significa afrontar las consecuencias de un deterioro corporal. Las PM relatan una discrepancia entre la percepción que tienen de su cuerpo antes y después de su estado de dependencia, desconociéndose a sí mismos. En este mismo sentido la experiencia se vive como este cuerpo vivido que ya no es un amigo que acompaña y no les permite la realización de las actividades de la vida, ahora es una carga que se hace presente mediante el cansancio, el dolor y la limitación. Así, la dependencia se instala en la vida de la PM como un cambio que produce inestabilidad en la vida diaria. Este tránsito desde la autovalencia a la dependencia generalmente se produce de manera abrupta por un evento puntual asociado a caídas, hospitalización o enfermedad aguda que provocan daño crónico y modifican su vida para siempre.

“Después de un mes y medio, un día en la mañana, cuando volvimos me caí (...) Yo en mi casa me había caído muchas veces, pero nunca pasó nada gracias a Dios. Acá como era cerámica, me fracturé la cadera (...) Esto fue hace 4 años, entonces grité, me caí. Después de eso mi vida nunca volvió a ser como antes, tuvieron que empezar a ayudarme”(E5).

Producto de este cambio, las PM muestran un sentimiento de anhelo y nostalgia por las actividades realizadas cuando aún se era autovalente y la percepción de incapacidad de llevar a cabo actividades que antes eran de su agrado. Además, la rutina y otras esferas se ven afectadas por dichos cambios, generando una sensación de inestabilidad, inseguridad e incertidumbre.

“Yo pensaba que me iban a cuidar si me pasaba algo, pero no fue así. Andaba de casa en casa. Me fui como dos meses de allá. Dos años aquí, después me fui a Calama. Nadie va allá, entonces andaba de casa en casa. No me gustaba andar de casa en casa y estaba cansada de eso”(E2).

2) Sentimiento de inutilidad

La pérdida de funciones corporales, sociales y/o la imposibilidad de realizar actividades que constituirían la vida y daban identidad a la PM, provoca en ellos la vivencia de inutilidad. El sufrimiento es una experiencia particular y devastadora asociado a las pérdidas por la condición de envejecimiento avanzado y a la dependencia. Se sufre por la impotencia de sentirse inútil para realizar aquellas actividades sencillas y elementales. Pareciera que estar imposibilitado para satisfacer sus necesidades y depender de otros, diluye su identidad. Por otro lado, en algunas ocasiones este sufrimiento es dolor físico que se espera sea pasajero, pero al comprobarse que se instaló y se queda como un compañero indeseado no queda otro remedio que convivir con él. Ahora su cuerpo vivido es cuerpo sufrido. Estas experiencias afectivas de angustia y sufrimiento se acompañan de resignación porque se tiene certeza de que ahora no hay cura de su condición actual.

“Sufro porque no puedo ayudar a hacer cosas. No puedo hacer nada (...) Entonces me da pena. Me dan deseos de hacer cosas porque cuando yo le podía ayudar a ella, era feliz (...) Sufro por encontrarme que estoy inútil. ¡Ya no sirvo para nada ya! Y esperando, estoy avanzada en edad también, ya no puedo esperar otra cosa”(E1).

Al estar al cuidado de alguien más, se percibe que se obstaculiza la vida de quien lo cuida, generando sentimientos de culpa por no ser autosuficiente. Asimismo, se siente que se limita la vida normal del cuidador, percibiéndose como carga.

“No, está bueno ya, los preocupo mucho (...) Se desviven ellos...pero yo sé que los molesto. Ellos tienen que hacer su vida también”(E6).

Las actividades en las que más se manifiesta incapacidad son las relativas a las básicas para subsistir, despertando malestar, incomodidad y desconcierto, asumiéndose como discapacitados producto de su limitación física.

“Me siento muy mal porque no puedo hacer mis cosas, tengo que andar pidiendo por favor. Lo peor de esto es que estoy discapacitada (...), tienen que llevarme al baño, dejarme en la taza, limpiarme; yo no puedo. Acostarme, levantarme es lo más pesado para mí”(E2).

3) Facilitadores al ser dependiente

Esta categoría se compone de tres sub-dimensiones.

a) Compañía de familiares, cuidadores y otras redes

La experiencia de depender del cuidado de otras personas es percibida como compensatoria frente a las emociones negativas que genera la dependencia. El ser cuidado es considerado una experiencia que brinda seguridad, protección y acompañamiento, cuando este es proporcionado por su cuidador principal y por su familia.

“La tengo a ella y es muy buena conmigo. Ella me cuida. Todas las cosas que yo no puedo hacer, me las hace ella. En cada momento cuando la necesito ella va. Es mi hija, soy su mamá así que me atiende muy bien, me siento contenta porque estoy con ella. Estoy acostumbrada con ella. Ella es la que tiene que estar”(E1).

Junto a lo anterior, se entiende el rol del cuidador remunerado como un quehacer que implica diversas funciones a cumplir en el hogar. Pese a ser un trabajo remunerado, la PM puede

llegar a formar un vínculo muy estrecho ya que se reconoce el trabajo otorgado y el tiempo compartido.

“Vivo con ella. Ella es mi compañera, ¡Ella es todo! Es muy buena. Ella es como mi hija. Yo le confío todo y ella me confía todo a mí. Me ayuda a levantarme, vestirme, ir al baño...”(E2).

Asimismo, para la PM es importante sentirse acompañada y buscar un refugio en la palabra de Dios para afrontar la situación de dependencia. Dios y los santos son presencia que acompaña, amigos que cuidan y tranquilizan. Esta relación cuando es comunitaria se fortalece.

“Tengo a la virgencita y a mi amigo Jesús y me encomiendo a ellos para que me cuiden y me protejan. Ellos me han dado valentía y a veces, aunque no sienta a nadie cerca por lo menos estoy tranquila. Todos los domingos me llevan a misa en silla de ruedas. A todos los santitos que tengo les rezo en la noche para que ellos me protejan y me cuiden”(E5).

Se valora la preocupación, acompañamiento y el cuidado integral del equipo de atención de salud brindado mediante visitas domiciliarias; se destaca la confianza que los profesionales generan, la atención y entrega de medicamentos e insumos sin costo.

“En estos momentos se están preocupando, porque he tenido la ayuda del consultorio y muy buena la atención. Yo le entrego la confianza y lo que venga, bienvenido será”(E4).

El encontrarse rodeado de personas que contribuyen y que se preocupan de ellos es interpretado como una inyección de salud para la PM, quienes ven dichas prestaciones como una fuente de acompañamiento y vitalidad.

“Me han visitado harta los médicos (...) Yo muy agradecido de la visita, porque parece que me inyectaron salud y vida”(E6).

El compartir con otras personas que se encuentran en la misma situación es considerado una oportunidad y una instancia para sentirse más acompañado; se atenúan sentimientos de soledad, mantiene la funcionalidad social y se generan vínculos.

“Lo paso bien, todos los jueves voy a una reunión allá (Centro de PM). Jugamos a la lota, tomamos onces, conversamos. A veces nos hacen ejercicios. Esto nos ayuda bastante, por ejemplo para mí que estoy siempre sola”(E8).

b) Clima afectivo virtuoso

El acompañamiento de una red de entorno cuidador, favorece en la PM un clima afectivo caracterizado por la gratitud, reciprocidad y lazos emocionales. La gratitud cobra una importancia fundamental ya que cuando aun las condiciones físicas no sean óptimas, se agradece el acompañamiento y ayuda de otros.

“Yo vivo agradecido de mis hijos, sin ellos no sería nada, yo ya estaría quizás muerto hace tiempo. Lamentablemente es así la vida. Me siento mal físicamente, pero agradecido de mis hijos, muy agradecido de ellos”(E6).

Además de sentir gratitud por quien lo cuida, por la paciencia que se tiene y por el tipo de vínculo que se forma, se reconoce una relación de cuidado que es mutua en la cual ambos tienen que aportar.

“Yo le propongo otras cosas y si yo puedo ayudarla, compartimos. Ella me ayuda a mí, yo le ayudo a ella para hacer lo que a mí me gusta”(E1).

Frente al cuidado del cuidador principal se genera un vínculo de dependencia emocional muy estrecho. El cuidador forma parte la vida diaria de la PM, generando un clima de estabilidad, confianza y seguridad. Se teme que la cuidadora muera antes ya que implicaría abandono.

“No me acostumbraría en ninguna otra parte, ni con las otras hijas (...) Nunca nos hemos separado. Sufro porque si me llegara a faltar y quedo viva no sé qué voy a hacer (...) Sería muy difícil para mí mi vida sin ella. Yo estoy acostumbrada con ella”(E1).

c) Seguridad económica como respaldo

La seguridad económica es algo muy importante en la vida de la PM ya que los requerimientos materiales van en aumento en la medida que se van presentado más limitaciones funcionales y enfermedades. En consecuencia, disponer de ingresos permite a la PM satisfacer estos gastos, y además colaborar en el hogar, lo cual lo hace sentir útil al poder ayudar y retribuir el cuidado otorgado por otros.

“Nos ayudamos las dos. Como yo ahora recibo mi pensión, yo la ayudo y si yo no tengo, ellos me dan lo que yo necesito”(E1).

Discusión

El cuidado de PM en condición de dependencia está a cargo de las familias, situación bastante estudiada desde la perspectiva de los cuidadores informales. Sin embargo, la evidencia es escasa desde la perspectiva de quien vive el fenómeno.¹⁵

Esta investigación permitió develar hallazgos con respecto al cambio repentino en la funcionalidad de la PM, el sentimiento de inutilidad referido por estas y cuáles son los facilitadores para ser dependiente. Todos estos aspectos han sido relacionados con los significados de la experiencia de la PM dependiente mayor de 80 años, situación que no ha sido tan investigado y, en Chile, este es el primer estudio que relata la experiencia de este grupo etario con su relación de dependencia desde una perspectiva fenomenológica.

De acuerdo al cambio repentino tras la pérdida de la funcionalidad, en la ancianidad se observan declinaciones físicas que pueden aumentar la autopercepción de fragilidad a medida que aumenta la edad. Al igual que esta investigación, posterior a un evento puntual se puede experimentar una limitación física permanente y por ende, pérdida de autonomía,^{5,6} determinando un quiebre de las dinámicas normales y causando una disrupción en la vida de la PM.⁵ Lo anterior concuerda con los hallazgos de este estudio, en donde se plantea un antes y un después que marca el paso abrupto a ser un anciano dependiente.

En cuanto a los significados de la experiencia emocional de la PM dependiente, se ha descrito la predominancia de las emociones negativas.⁵⁻⁸ Se conocen como sentimientos predominantes de la vejez: la tristeza, el sufrimiento y la añoranza de épocas pasadas.⁸ Al igual que en este estudio, la PM dependiente siente que ya no es ella y que ya no posee la capacidad de integrar cambios en su propia vida, experimentando una sensación de subordinación hacia el cuidador y autopercebiéndose como elementos pasivos y como una carga para ellos mismos y

para todos los demás. Esto marca a la PM generando frustración y pérdida de intimidad.⁵

Por otra parte, con respecto a los facilitadores para ser dependiente, se ha planteado la importancia de lograr adaptarse a estos cambios. Esta forma de adaptarse a su nueva condición de menor funcionalidad, dependerá de sus experiencias, habilidades y mecanismos de afrontamiento particulares. Se ha planteado en la literatura el concepto de “adaptación a la máxima independencia posible” orientada a alcanzar nuevos niveles de significado del concepto de dependencia hacia una perspectiva más positiva y holística.⁵ Basado en lo anterior, el establecimiento de una relación de cuidado es trabajado de manera mutua con el fin de alcanzar esta autonomía y contribuir a mejorar la satisfacción de los involucrados, promoviendo roles proactivos.⁵ Dicha evidencia podría proponerse como una estrategia adaptativa en este proceso, pues concuerda con lo hallado en este estudio.

Uno de los principales resultados es que las PM octogenarias dependientes le brindan gran importancia a la familia y cuidadores, constituyendo una red de entorno cuidador, apoyo social y acompañamiento, favoreciendo un clima afectivo de gratitud y reciprocidad. Estos hallazgos podrían proporcionar elementos que pueden ser integrados a políticas públicas nacionales de forma de fortalecer estrategias orientadas a las necesidades de la PM, su familia y entorno, así como también favorecer el acceso oportuno a programas existentes.

Para la PM el apoyo social se relaciona estrechamente con su calidad de vida y cómo esta es percibida, significándose en ser cuidado, protegido con dignidad y con apoyo familiar orientado al bienestar.^{16,17} Respecto a lo anterior, existe una necesidad de acción y comunicación la cual es satisfecha mediante el apoyo de sus diversas redes sociales y actividades por parte de su familia, lo cual repercute en que la persona se sienta valorada.^{4,15} Similar a lo reportado en un estudio chileno, la función de apoyo material que cumplen diferentes miembros de la familia resulta fundamental,⁴ pues el hecho de que una PM cuente con un sustento económico firme brinda seguridad y respaldo a las necesidades que surgen a partir de su condición. Justamente frente a la percepción de apoyo es que surge la gratitud, eviden-

ciando la importancia que se brinda al acompañamiento y cuidado otorgado por otros. El cuidado es entendido como una emoción multidimensional, en la cual hay un sentimiento de relación intensa y positiva con la otra persona.⁷

Al igual que los hallazgos de este estudio, se coincide en la literatura chilena respecto a la importancia brindada a las relaciones con los centros de atención primaria y la Iglesia.⁴ Frente a la vulnerabilidad física y aislamiento social surge un fuerte arraigo a creencias religiosas o espirituales, entendiéndose como apoyo para la vida y como una emoción que permite sacar el mejor partido de una mala situación, vivir con dignidad y entusiasmo.⁷ Lo anterior abre la ventana de posibilidades sobre cuáles son las entidades que debiesen involucrarse de manera cercana al cuidado de la PM en vista de mejorar su bienestar.

Una de las limitaciones de este estudio es que no permite la transferibilidad de sus datos a toda la población chilena, por lo que más investigaciones debieran ser realizadas. Asimismo, a futuro se hace necesario ampliar esta investigación a la vivencia de los enfermeros que cuidan PM dependientes, así como la realización de estudios orientados a la percepción que se tiene respecto a los servicios destinados para PM dependientes.

Conclusiones

Los hallazgos proporcionados con respecto al cambio repentino en la funcionalidad de la PM, el sentimiento de inutilidad referido y los facilitadores en el proceso de ser dependiente pueden otorgar elementos claves a ser considerados en el proceso de atención de enfermería en PM dependientes. Esto se vincula a la responsabilidad que como enfermeros nos lleva a considerar el cuidado como un proceso construido a partir de la persona propiamente tal, teniendo en cuenta su nivel de consciencia, experiencias, conocimientos y valores.

Asimismo, comprender dichos fenómenos en mayor profundidad ayudará a conseguir mejoras respecto a la implementación de políticas públicas intersectoriales que involucren a la familia y otras redes con las cuales la PM dependiente se vincula con el fin de mejorar la vivencia de este segmento etario en aumento y que se encuentren en condición de dependencia.

Bibliografía

1. Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo. New York; 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> [acceso en 28/04/2019].
2. González, Francisco; Massad, Cristián; Lavanderos, Felipe. Estudio Nacional de la dependencia en personas mayores. Santiago, Chile; 2010. Disponible en: <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf> [acceso en 28/04/2019].
3. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(1):1-11.
4. Servicio Nacional Adulto Mayor. Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios. Santiago, Chile; 2007. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Situacion-Adultos-Mayores-dependientes-con-pension-asistencial-y-cuidadores-domiciliarios-2007.pdf> [acceso en 19/09/2017].
5. Abad-Corpa E, Gonzalez-Gil T, Martínez-Hernández A, Barderas-Manchado AM et al. Caring to achieve the maximum independence possible: a synthesis of qualitative evidence on older adults' adaptation to dependency. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3153-69.
6. De Juan Pardo MA. La vivencia de la ancianidad: Estudio fenomenológico y reflexión antropológica. [Tesis doctoral]. España: Universitat Internacional de Catalunya; 2013.
7. Arroyo MC, Soto LE. La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de trabajo social*. 2013;26(2): 337-347.

8. Carrizo R, Flitzsimons M, Gálvez S, Hurtado M et al. Con los ojos en la vejez. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2013; 10(2): 7-13.
9. Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*. 2011; 11: 7-22.
10. Ottenvall Hammar I, Dahlin-Ivanoff S, Wilhelmson K, Eklund K. Shifting between self-governing and being governed: a qualitative study of older persons' self-determination. *BMC Geriatr*. 2012;14: 126.
11. Bontje P, Asaba E, Josephsson S. Balancing struggles with desired results in everyday activities: strategies for elderly persons with physical disabilities. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(1):154-63.
12. Streubert H, Carpenter D. Phenomenology as method. En: *Qualitative Research in Nursing*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2011: 72-96.
13. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 1994; Vol 1: 105-17.
14. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini A, Macklin R, eds. *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS;1999: 33-46.
15. Luengo Martínez ME, Araneda Pagliotti G, López Espinoza MA. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *IndexEnferm*. 2010;19(1):19-18.
16. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *AnFacMed Lima*. 2007; 68(3): 284-290.
17. Molina C, Meléndez JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *RevEspGeriatrGerontol*. 2007; 42(5): 276-284.