

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICA “MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA”
FLORENCIA, CIEGO DE ÁVILA

Intervención educativa sobre la atención integral de los
adultos mayores dependientes, en el familiar cuidador del
consultorio 7.

A u t o r a: Dra. Elena Valdivia Alfaro.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

2022

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICA "MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA"

FLORENCIA, CIEGO DE ÁVILA

Intervención educativa sobre la atención integral de los
adultos mayores dependientes, en el familiar cuidador del
consultorio 7.

Autora: Dra. Elena Valdivia Alfaro.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General
Integral.

Tutora: Dra. Yanela Zamora Sánchez.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Profesor auxiliar.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después para evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la atención integral en el familiar cuidador de adultos mayores dependientes pertenecientes al consultorio 7 del policlínico "Mario Hernández Pedraza" de Florencia, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre junio 2020 y mayo 2022. El universo de estudio está conformado por 38 cuidadores, familiar del adulto mayor dependiente. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron los adultos mayores y el sexo femenino. El nivel inicial de conocimientos sobre cambios que ocurren en el envejecimiento, efectos que producen las actividades físicas y culturales y beneficio de una buena relación familiar y social, se presentaron muy bajos en la población, no así los temas sobre frecuencia y calidad de la alimentación y escaras que más de la mitad de los cuidadores presentaban conocimientos iniciales adecuados. En todos los aspectos analizados se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos, incluyendo la evaluación global de todas las preguntas, por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

Palabras clave: Intervención educativa, adulto mayor, familiar cuidador.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción	1
▪ Marco teórico	6
▪ Materiales y Métodos	17
▪ Análisis y discusión de los resultados	21
▪ Conclusiones	30
▪ Referencias bibliográficas	31
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

Tanto en América Latina como en el ámbito mundial, la población está atravesando un proceso de transición demográfica generándose un envejecimiento acelerado. El aumento del envejecimiento poblacional incrementa el número de casos de enfermedades y patologías que pueden llevar a una dependencia tal, que requieren de cuidado y supervisión, en algunas situaciones, de forma permanente ^{1,2}.

Se entiende por persona dependiente aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria ^{3,4}.

Se estima que, del colectivo de personas mayores de 65 años dependientes que recibe algún tipo de cuidado, en el 84,9% de los casos el cuidado es informal, lo que indica que la familia constituye la fuente principal de apoyo en la atención de personas dependientes ^{3,4}.

Según la organización mundial de la salud (OMS), durante el siglo XX, la proporción de personas mayores de 60 años de edad sigue en aumento, y se espera que esta tendencia continúe durante el siglo XXI. Entre 2000 y 2050, la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará y pasará del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, y el aumento de la esperanza de vida produce un aumento de la población anciana la cual se caracteriza por sufrir un mayor número de patologías crónicas lo que conlleva un declive físico y psíquico que limitan su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados ¹.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos de corazón, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008, treinta y seis millones de personas fallecieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% eran menores de 60 años de edad. La necesidad de prever y comprender

la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir precozmente es una cuestión cada vez más importante ^{5,6}.

Según la OMS ¹, el 80% de los fallecimientos por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, el cual afecta en igual número a ambos géneros. La amenaza es cada vez creciente y se manifiesta en el mayor número de personas, familias y comunidades afectadas que constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de muchos países.

Según las proyecciones elaboradas por la OMS ¹, se producirá en el mundo un desplazamiento considerable de la distribución de las defunciones desde los grupos de menor edad hacia los de mayor edad, y desde las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles. Se prevé que en el 2030, las cuatro causas principales de muerte en el mundo sean las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, el VIH/SIDA y las neumopatías obstructivas crónicas. Dentro de las enfermedades neurológicas de mayor discapacidad y necesidad de cuidado por parte de otra persona, son las crónicas degenerativas incurables tipo Alzheimer, Parkinson, Huntington, Parálisis supranuclear, esclerosis lateral amiotrófica, etc ^{6,7}.

Transcurridos casi tres lustros del siglo XXI, el envejecimiento demográfico se constata en mayor o menor medida en muchos países del mundo. De acuerdo con recientes proyecciones de Naciones Unidas, se espera que en el 2050, uno de cada cinco habitantes del planeta tenga 60 años y más. En el área de América Latina y el Caribe se cree que en ese propio año, alrededor de 195 millones de personas tengan esas edades ^{7,8}.

En el caso de Cuba, de acuerdo con las proyecciones de Población de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), en el 2030, unas 3,4 millones de personas, es decir, aproximadamente el 30% de la población cubana estará comprendido en este grupo etario ⁹.

Al cierre del 2014, el país contaba con 11 238 317 habitantes, de ellos el 49,8% son hombres y el 50,2% mujeres. Las personas de 60 años y más constituyen el 19% de la población; en números absolutos, unos 2 140 738 individuos. De acuerdo con la tipología diseñada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de

Demografía (CELADE), Cuba clasifica actualmente entre aquellos países con un nivel de envejecimiento avanzado en la región. La edad media es de 39,4 años, en tanto que la mediana es de 40,4 años ⁹.

Ciego de Ávila se encuentra dentro de las provincias más envejecidas del país donde un 18,3% de la población total es de 60 años y más ¹⁰.

La sociedad cubana está experimentando un progresivo envejecimiento, como consecuencia de ello el número de personas mayores se encuentran en situación de dependencia y que necesitan cuidados, esto llevó a la OMS a reconocer, la necesidad de cuidados prolongados al anciano definiéndolos como: el sistema de las actividades emprendidas por cuidadores informales (familia, amigos, y/o vecinos) y/o profesionales (salud, social, y otros) para asegurar que una persona que no sea capaz de auto-cuidarse pueda mantener una calidad de vida lo más elevada posible, para que eso sea factible se deben desarrollar políticas que garanticen la calidad de esos cuidados, tanto formales como informales (dentro de este grupo, están los cuidadores familiares) ¹¹.

La mayoría de los cubanos convive en su medio familiar con quienes ya peinan canas. El Censo de población y viviendas de 2012 así lo confirma. Para esa fecha Cuba registraba 1 506 852 hogares donde residían personas con 60 años y más, de estos 280 591 en los que vivían solos, y 13 398 con presencia de tres o más personas de este rango etario. Los jóvenes asumen roles activos en el proceso de cuidado y atenciones a los adultos mayores de su entorno; sin embargo, los especialistas apuntan que la tendencia en la sociedad cubana es otra. El aumento de la esperanza y la calidad de vida es la aspiración de muchas políticas públicas cubanas. Conquistar índices de promedio de vida semejantes a las del primer mundo, como 76 años para los hombres y 80 las mujeres, también provoca mayor vulnerabilidad social, física y psicológica a quien envejece. Aparecen padecimientos propios de la edad que conducen a la dependencia parcial o total ¹⁰.

El cuidado de las personas mayores dependientes suele realizarse principalmente al interior del hogar, por miembros de la familia, donde si dicho miembro no recibe ninguna remuneración económica ni capacitaciones previas que lo acrediten para ejercer este rol, siendo el que asume la mayor

responsabilidad del cuidado, toma el nombre de Cuidador Primario Informal (CPI), quienes de acuerdo con López, López y Crespo ¹², han llegado a considerarse pacientes ocultos, pues pueden llegar a desarrollar afectaciones en múltiples áreas de sus vidas. Además, el cuidador tiende a postergar las ayudas médicas para sí mismo, priorizando los problemas de su familiar o persona a su cuidado, razón por la cual la mayoría de sus propias patologías, se tornan casi "invisibles" para el sistema de salud. Lo anterior, se ha asociado por autores como Cerquera, Granados y Buitrago ¹³, y Ocampo ¹ a la presencia de sobrecarga.

En diferentes trabajos publicados en los últimos años sobre cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral demencia y esquizofrenia se demuestra que se puede mejorar el apoyo a los cuidadores informales con una intervención reglada. Un estudio realizado en la Atención Primaria sobre los cuidadores de los pacientes dependientes en Atención Domiciliaria, corrobora la efectividad de una intervención multidisciplinaria ^{6,11,13,14}.

Ante la importancia del envejecimiento en nuestra población y la insuficiente cobertura formal de las curas del paciente dependiente tanto en costes como en personal cobra una gran importancia la acción de los cuidadores informales. Para conseguir una acción prolongada y efectiva de los mismos, tenemos que conseguir evitar, si es posible, la sobrecarga que estos cuidadores experimentan y mejorar su calidad de vida, fomentando su bienestar psicológico ¹⁵⁻¹⁷.

El propósito de la presente investigación es analizar el efecto de una intervención multidisciplinaria, llevada a cabo por profesionales de Atención Primaria, sobre los cuidadores de los pacientes dependientes porque, a partir de la mejora del apoyo social, mejore también el agotamiento y calidad de vida de los mismos.

Problema Científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre la atención integral en el familiar cuidador de adultos mayores dependientes pertenecientes al consultorio 7 del policlínico "Mario Hernández Pedraza" de Florencia, Ciego de Ávila?

O B J E T I V O S

Objetivo general: Con un programa de intervención educativa elevar el nivel de conocimientos sobre la atención integral en el familiar cuidador de adultos mayores dependientes pertenecientes al consultorio 7 del policlínico "Mario Hernández Pedraza" de Florencia, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas de edad y sexo.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los familiares cuidadores sobre manejo y cuidados del adulto mayor dependiente.
3. Aplicar un programa de intervención educativa para el familiar cuidador sobre manejo y cuidados del adulto mayor dependiente.
4. Evaluar el nivel de conocimientos después de la intervención realizada.

Hipótesis: El diseño y aplicación de un programa de intervención educativa pudiera elevar el nivel de conocimiento de los familiares cuidadores de adultos mayores dependientes sobre la atención integral de estos pertenecientes al consultorio 7 del policlínico "Mario Hernández Pedraza" de Florencia, Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento de la población en Cuba es similar al de muchos países desarrollados, y se encuentra entre los que tienen un índice más elevado dentro del grupo de países en desarrollo. Esto es el resultado, entre otros factores, del aumento de la esperanza de vida al nacer y de la disminución de la mortalidad del grupo de adultos mayores, que ha sido posible por la existencia de un sistema de salud accesible, que jerarquiza la atención a los grupos más vulnerables de la población, para lo cual cuenta con un Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor ¹³. Este fenómeno, si bien se considera un logro, constituye hoy una realidad que impone grandes retos a toda la sociedad y en particular a la familia, la cual sigue siendo la principal fuente de protección y apoyo para sus personas mayores ¹⁴.

El término "cuidador familiar" se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las actividades básicas de la vida diaria a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas ¹⁵.

Normalmente, se trata de un familiar cercano (la inmensa mayoría mujeres) que, además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, debe continuar realizando las labores propias del mantenimiento del hogar. La tarea de cuidar no se puede definir en el tiempo, ya que en ocasiones sólo se trata de unos pocos meses, pero en otras, de largos años que afectarán lógicamente a todo el entorno del cuidador. Por eso, no hay que olvidar que cuidarse a sí mismo es tan importante como cuidar ¹⁵.

A veces la situación de dependencia llega de manera repentina y otras veces el cuidador va viendo poco a poco cómo su familiar cada día precisa más ayuda para moverse. Cualquiera de las dos situaciones supone un desgaste físico y psicológico que puede afectar seriamente a su salud ¹⁵.

La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo si ésta lo discapacita, es decir, si hay una pérdida de autonomía del anciano para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesitan del

apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del anciano, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella ¹⁶.

En este contexto resulta importante que los ancianos frágiles, tengan un cuidador de salud que esté pendiente de los cuidados necesarios que éstos necesitan para llevar una buena calidad de vida, salud y sobretodo realizar las actividades diarias. Cuando se producen enfermedades crónicas, degenerativas e invalidantes, el cuidado diario, la atención cotidiana corre a cargo de la familia o el cuidador ¹⁷.

Una de las enfermedades que más deterioro funcional y por tanto, mayor estrés proporcionan al cuidador, es la demencia. Esta es una enfermedad del sistema nervioso central, dada por alteraciones de los procesos mentales superiores, que modifica la personalidad y la conducta de las personas que la padecen. Si bien algunos tipos de demencia pueden presentarse antes de los 60 años, la gran mayoría de ellas aparecen después de esta edad y se duplica por cada década de la vida en el caso de algunas, como por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer, que se considera el tipo más frecuente. Esto quiere decir que, a medida que se incrementa el índice de envejecimiento, aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad, la cual tiene un elevado costo a nivel individual, familiar y social ¹⁶.

Se estima por estudios realizados en algunas localidades del país, que la prevalencia de la demencia en Cuba es alta, y en particular de la enfermedad de Alzheimer. Esta es una afección de carácter progresivo e irreversible, que apenas cuenta con un tratamiento medicamentoso para los síntomas cognitivos y conductuales que se presentan, el que es extremadamente costoso e inaccesible, y por otra parte, apenas resuelve el problema del paciente, por lo que todas las intervenciones no farmacológicas que se realicen son válidas para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, y de la familia ¹⁶.

Los cuidadores de adultos mayores que sufren demencia se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico, lo que conlleva a un elevado estrés

que repercute en la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor y en la propia evolución de la enfermedad o discapacidad. La aparición de afecciones óseas, cardiovasculares, y otras de índole físico; la aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad; así como la alteración de sus relaciones laborales y sociales, con la consecuente merma de sus recursos económicos; son algunos ejemplos de las consecuencias negativas del cuidado mantenido de una persona con esta enfermedad ¹⁶.

La afectación que experimenta el cuidador y el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado del anciano, es resumida en el concepto de "carga". La carga se ha convertido en un predictor de la calidad del cuidado que ofrece el familiar y también de la solicitud de institucionalización por parte de la familia del anciano que sufre demencia. Resulta necesario prevenir la carga, para lo que es imprescindible identificar los factores de riesgo que inciden en su aparición. Las variables que influyen en la carga del cuidador son múltiples y muy heterogéneas, pues pueden estar relacionadas con el propio enfermo, con las características del cuidador, o referidas a la relación anterior y actual entre los miembros de la familia ¹⁶.

Conceptualización.

Cuidar, según lo define Colliere, "es un acto individual que nos prestamos a nosotros mismos desde que somos autónomos, pero es también un acto de reciprocidad que prestamos a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene la necesidad de ayuda para realizar sus necesidades vitales" ¹⁶.

Uno de los problemas que acarrea el envejecimiento de la población es el relacionado con el cuidado del anciano, fundamentalmente cuando éste se torna dependiente de otros para realizar sus actividades de la vida diaria producto de enfermedades o por déficit funcionales asociados al envejecimiento ¹⁶.

Cuidar se define como una relación y un proceso; no es la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por un médico. El objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. El cuidado es un trabajo de

amor y con ello se manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico de cuidar a otro ¹⁶.

Según Velandia ¹⁸, el cuidado es una forma de amor, de expresión, de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro al que hacer, a realizarse y afrontar dificultades y crisis de la vida, siendo así un arte y una ciencia.

Sin embargo, para Larbán ¹⁹, cuidar de alguien es cuidar de un sujeto con derechos, de un ser singular en la historia, que tiene identidad y personalidad propia.

Cuidar, también es un arte y una ciencia que exige conocimientos y actitudes especiales que a su vez implica el establecimiento de una relación afectiva con el ser que necesita recibir cuidado, por lo que el cuidar no es propio de los profesionales de la salud. El objetivo de los cuidados es amplia, va más allá de la enfermedad de acuerdo con Colliere: "es todo lo que ayuda a vivir y permite existir" por ello se dirigen hacia todo lo que estimula la vida ²⁰.

Para Pérez ²¹, el cuidado en el ámbito familiar es voluntad, gesto, dar de sí para los otros, además de las cosas o de las acciones, este cuidado es dado con amor y en el momento preciso, para ello la familia crea estrategias, organiza y coordina sus movimientos cotidianos, conversan e interaccionan con los otros.

Mientras que para Waldow ²², el cuidado involucra comportamientos, acciones con conocimientos y sensibilidad, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. El proceso de cuidar está representado por un movimiento y espacio indefinidos, siendo los comportamientos y actitudes de cuidado: respeto, gentileza, amabilidad, responsabilidad, interés, seguridad, confianza, comodidad y solidaridad.

Es así que algunos autores ¹⁹⁻²¹, clasifican al cuidado en: cuidado formal que es un tipo de cuidado profesional y lo proporcionan fundamentalmente todos los profesionales de la salud, formando un equipo multidisciplinario

en el que actúan enfermeras, médicos, nutricionistas, psicólogos y son los que poseen una formación, capacitación y educación para proporcionar cuidados, por lo que reciben remuneración por el ejercicio de su labor, lo que de una manera u otra lo incentivan para realizar su rol.

También existe el cuidado informal o familiar que es un cuidado no remunerado proporcionado por el familiar, amigos, vecinos, o parientes que se presta cuando hay una necesidad de cuidado personal en actividades de la vida cotidiana, donde el objetivo es que las personas enfermas puedan permanecer en su hogar; esta actividad generalmente lo desarrolla una persona, familiar o amigo cercano quien se ocupa de brindarle su apoyo tanto físico como emocional ²⁰.

Ante lo mencionado anteriormente es que se habla de familiar cuidador; y Quero, lo define como aquella persona que por consanguinidad o proximidad asume la responsabilidad de cuidado de un ser querido que afronta una enfermedad, sin ningún tipo de retribución por la tarea realizada ²³.

Los cuidadores según Rodríguez ²⁴, se pueden clasificar en dos grupos, primero están los familiares o personas que son cercanas al paciente y segundo las personas profesionales que no pertenecen al ámbito familiar del enfermo y que se les remunera por asumir este papel de cuidador. Sin embargo, para ambos casos los cuidadores requieren de gran esfuerzo para colaborar con la recuperación y la asistencia del paciente. El cuidado tiene muchas implicaciones, ya que no solo se observa el padecimiento del paciente, sino que también se observa la carga de la persona en la cual recae el peso del cuidado.

Por consiguiente es necesario recalcar que en diversos estudios realizados por Bermejo, se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. Algunos autores hablan del "síndrome del cuidador" como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar ²³.

Este síndrome se define como el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la realización de una determinada actividad (el cuidado del paciente) y que en castellano lleva implícito el significado de "quemarse". Exige cambios físicos como: fatiga emocional y física, aumento de la tensión arterial, jaquecas, tensión muscular, niveles bajos de energía, pérdida de interés; cambios emocionales tales como por ejemplo: depresión, fatiga, tristeza, insatisfacción, sensación de estar emocionalmente "vaciado", falta de energía para afrontar un nuevo día, sensación de incapacidad o de dar más de sí y cambios de comportamiento no habituales, cambio de actitud hacia el enfermo que puede ser visto, por primera vez, como difíciles, pesados, no cooperativos, problemáticos, etc.; cambio de actitud en relación a otros cuidadores, rechazo a iniciar los cuidados, intensificación de los mecanismos de defensa, disminución de la autoestima y rigidez de conducta ²³.

La tarea de cuidar es difícil, exigente y solicita retos a superar, puesto que implica largos periodos de tiempo a cargo del enfermo, originando en el cuidador desgaste físico, altos costos financieros, sobrecarga emocional, así como riesgos mentales y físicos que en muchos de los casos se da cuando se olvidan de sí mismos y es frecuente encontrar cambios en el ámbito social cuando el cuidador se aleja de su círculo social por ejercer su labor de cuidador, otro cambio en el ámbito económico se da cuando el cuidador debe invertir en nuevos gastos y suprimir otros para cumplir con el tratamiento que demanda las afecciones con que puede cursar el paciente geriátrico sean agudas o crónicas como la Hipertensión Arterial, la Demencia sea de causas primarias o secundarias entre otras así como los cambios físicos, es así como se desatiende a sí mismo(a) porque no toma el tiempo libre necesario para su recreación, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades y deja ciertas cosas de su vida personal porque el enfermo cada vez le absorbe más y más tiempo sin dejar espacio para nada más ²³.

El papel del cuidado lo han asumido las mujeres, como consecuencia del modelo patriarcal y en cumplimiento del rol que se les ha asignado. A través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se ha

favorecido la concepción de que las mujeres están mejor preparadas que los hombres para el cuidado, ya que se les adjudica más capacidad de abnegación y de sufrimiento, así como habilidades especiales ²⁵.

En las familias que no cuentan con una mujer cuidadora, algún hombre (esposo, hijo, hermano) se ha de hacer cargo del cuidado; pero en aquellas en las que hay una mujer, el peso del cuidado sigue recayendo en ella. Y aunque los hombres se están implicando paulatinamente en el hecho de cuidar, normalmente suele ser como colaboradores de la cuidadora principal ²⁵.

La labor realizada por las mujeres como cuidadoras se considera un soporte fundamental y, ante la escasez de recursos sociales y sanitarios, se pretende que esta situación se mantenga. Por ello, se viene dando apoyo y formación a la cuidadora en aspectos sanitarios (cambios posturales, curas, alimentación, etc.), así como propiciando descansos (ingresos temporales en residencias), que si bien tienen efectos positivos, tanto sobre la persona cuidada como sobre la propia cuidadora, tienden a perpetuar la situación, beneficiando al sistema socio sanitario ²⁵.

La carga para el cuidador.

En cuanto a la carga objetiva, la discapacidad de un paciente afecta de manera general tanto a su familia como a su cuidador, quien es el que asume toda la carga de trabajo, generando dificultades a nivel económico, social y laboral, reflejándose en el ausentismo laboral, en su menor rendimiento y en su inestabilidad que en la mayoría de los casos conduce a abandonar el trabajo. Como consecuencia, se aumentan los gastos que se requieren para el buen mantenimiento y el cuidado del paciente ²⁴.

A partir de la presencia de sobrecarga se desprenden variables que pueden afectar el bienestar físico, porque requiere de esfuerzo y reducción de horas de sueño, lo que genera agotamiento, fatiga y cansancio. También afecta la parte emocional, mental y social del cuidador, ya que la atención de un paciente o anciano dependiente genera cierto tipo de sobrecarga para su cuidado, la cual se conoce como carga del cuidador. Dicho concepto posee dimensiones múltiples donde aparecen el estrés, los

sentimientos negativos y las dificultades en el cuidado, haciendo parte de la carga subjetiva ²⁴.

Una de las afecciones que más limita las actividades de la vida diaria del adulto mayor y causa de sobrecarga en el cuidador, es la demencia. La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas, la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación ²⁶.

Las demencias provocan una disminución profunda de diversas funciones cruciales que origina la pérdida de la independencia personal y social en una persona previamente competente ²⁷.

Las demencias representan, con su amplia gama de causas y presentaciones, uno de los problemas más acuciantes y dramáticos de la medicina actual. Ello es así, tanto por su altísima prevalencia, que crece a medida que aumenta la esperanza de vida, como por los retos que conlleva a nivel diagnóstico, y sobre todo, en el plano del tratamiento y del seguimiento de los pacientes ¹⁶.

El tipo de demencia más común es la enfermedad de Alzheimer, seguida por las demencias vasculares. Su aparición es más frecuente después de los 60 años y se incrementa con la edad, por lo que su prevalencia ha aumentado con el envejecimiento poblacional en los últimos años y seguirá creciendo ¹⁶.

Las demencias constituyen la tercera enfermedad de mayor costo, después del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares; tienen un alto impacto en la población, siendo una de las afecciones más temidas. Son enfermedades altamente prevalentes, invalidantes y de alto costo para los pacientes y la sociedad. Se calcula que aproximadamente 100 000 personas en Cuba padecen demencia. Un estudio realizado en un municipio de Ciudad de La Habana encontró una prevalencia de 5,42%, y fue la enfermedad de Alzheimer la causa más frecuente, con 81 pacientes para un 70% ¹⁶.

La demencia provoca una pérdida progresiva de la autonomía del enfermo, el que se torna dependiente de las demás personas para realizar sus actividades de la vida diaria. Esta dependencia, unida a los problemas conductuales como delirios, alucinaciones, agresividad, desinhibición y otros síntomas conductuales, conlleva a la aparición de alteraciones en la dinámica familiar y en particular, en la calidad de vida de los cuidadores, que son aquellas personas que asumen la responsabilidad en su atención en la familia ¹⁶.

Esta enfermedad provoca alteraciones no sólo en el enfermo sino también en la familia, ya que su aparición demanda de una redistribución de los roles familiares, y genera un elevado estrés por las múltiples manifestaciones conductuales y el desconocimiento del proceso que las ocasiona, entre otros factores ¹⁶.

La familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etc.; y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, por ejemplo la enfermedad discapacitante en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de ellos como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el "síndrome del cuidador" ²⁸.

Se ha demostrado que son numerosas las variables que influyen en el aumento de la carga del cuidador, entre las que se encuentran las relacionadas con el enfermo, como son el grado de deterioro cognitivo, la pérdida de autonomía del mismo, la presencia de trastornos conductuales y psíquicos de difícil manejo, entre otros; las relacionadas con el propio cuidador, entre las que se encuentran la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado, etc; y por último, las derivadas de la relación afectiva cuidador-enfermo tanto previas como actuales, así como las características de la dinámica familiar ^{23, 29,30}.

Se asegura que el cuidado de personas con demencia es mucho más estresante que atender a personas con dependencia física o con muy pocos problemas emocionales o conductuales. Esto al parecer se debe a que el cuidador del paciente con demencia debe introducir mayores cambios en su

estilo de vida, tiene una mayor limitación social, sufre una alteración de la relación interpersonal cuidador - enfermo y disminuye la gratificación por parte del receptor de los cuidados ^{16,23,29,30}.

Los resultados de la investigación de Haley señalan que los factores asociados a la propia enfermedad y la situación social de la persona dependiente, son los que determinan en mayor medida la sobrecarga de los cuidadores informales. Asimismo, la mayor frecuencia y la intensa atención invertida en el cuidado, y la ausencia de ayuda de otras personas al cuidador informal o la baja frecuencia de esta ayuda, aparecen como variables importantes en la determinación de altos niveles de sobrecarga ^{16,23,29,30}.

Conocer las necesidades de los familiares de ancianos con demencias ha hecho que se desarrollaran programas asistenciales dirigidos a apoyarles en su labor. Estos programas deben tener como objetivos fundamentales la reducción de la sobrecarga y el aumentar el tiempo libre disponible para el cuidador ^{29,30}.

Los avances en medicina, las mejores condiciones higiénicas, la adquisición de hábitos y conductas más saludables, la mejora de la nutrición y de las condiciones del modo y estilo de vida, y un ambiente físico más sano, han hecho que la esperanza de vida haya aumentado, y con ello la población mayor. Uno de los problemas que acarrea el envejecimiento de la población es el relacionado con el cuidado del anciano, fundamentalmente cuando éste se torna dependiente de otros para realizar sus actividades de la vida diaria producto de enfermedades o por déficit funcionales asociados al envejecimiento ^{29,30}.

El panorama actual en Cuba impone retos para la salud pública y la necesidad de nuevas maneras de educar para poder promover la vida digna a la población que envejece y a sus familias, principal fuente de soporte. Debido a este incremento, es conveniente tomar medidas que permitan que más personas del común (sin capacitación), tengan conocimientos en salud para que puedan brindar cuidado encaminado a preservar, guardar, conservar, y asistir, el adulto mayor que lo necesite ^{29,30}.

En 1983, la OMS, definió el término educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una

situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten. Al respecto la O M S dice lo siguiente: La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad ^{29,30}.

La intervención educativa con uso de técnicas que capaciten, eduquen y eleven el nivel de conocimientos constituye un valioso instrumento de trabajo que permite, con una metodología participativa, la interacción de sus miembros propiciando una adecuada comunicación, donde los involucrados se identifican mejor entre sí y logran el reconocimiento de una problemática común; se modifican actitudes, opiniones y creencias erróneas, por otras más aceptadas y deseables para la salud del paciente ^{29,30}.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después para evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la atención integral en el familiar cuidador de adultos mayores dependientes pertenecientes al consultorio 7 del policlínico "Mario Hernández Pedraza" de Florencia, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre junio 2020 y mayo 2022.

Universo y muestra

El universo de estudio está conformado por 38 cuidadores, familiar del adulto mayor dependiente, que pertenecen al área de salud de estudio durante el periodo comprendido para el mismo. Se trabajó con la totalidad del universo por cumplir con los criterios de inclusión y ninguna de exclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Voluntad del cuidador principal para participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).
2. Residir de forma permanente en el área durante la realización del estudio.
3. Estar apto física y mentalmente para participar en el estudio y responder las preguntas del cuestionario.

Criterios de Exclusión:

1. Abandono de la participación en la investigación por cualquier causa o ausencia a más de 2 sesiones.

Métodos de obtención de información:

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobado por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud de referencia.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con la atención médica-integral de los adultos mayores

dependientes en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: Consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etap a diagnóstica: Los conocimientos sobre la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes fueron identificados mediante la caracterización de los adultos mayores dependientes y de los familiares cuidadores. Además de la determinación de las principales situaciones que enfrentan en la actualidad los familiares cuidadores de adultos mayores dependientes, utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas identificadas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etap a de intervención propiamente dicha: La muestra se conformó por un grupo de 38 sujetos adultos, los cuales fueron divididos en 2 grupos de 19 sujetos cada uno. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas.

Etap a evaluación: Se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Los métodos teóricos empleados fueron:

Histórico-lógico: para analizar, antecedentes, comportamiento y tendencias actuales, lo cual permitió establecer las bases teóricas que sustentan y reflejan de forma lógica la esencia, necesidad y regularidad del conocimiento.

Análítico-sintético: permitió el análisis del comportamiento de los adultos mayores y los diversos factores de riesgo que condicionan su invalidez.

Inducción-deducción: permitió la valoración de los resultados de los diversos instrumentos utilizados en la investigación, así como las vías lógicas seguida para la solución del problema científico.

Métodos estadísticos. Se empleó la estadística descriptiva para organizar y clasificar los indicadores cuantitativos obtenidos en tablas simples de distribución de frecuencias y como medidas utilizadas fueron la frecuencia y el porcentaje.

Métodos del nivel empírico (Técnica de recolección de la información):

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitirá identificar las deficiencias educativas que estaban influyendo en el cuidado del adulto mayor dependiente.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 20 a 35 años De 36 a 59 años 60 o más años	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la atención integral de los adultos mayores dependientes, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Esta investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Participantes según sexo y edad. Florencia, Ciego de Ávila. 2022.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No .	%	No .	%	No .	%
De 20 a 35 años	0	0,0	5	17,2	5	13,2
De 36 a 59 años	3	33,3	11	37,9	14	36,8
60 o más años	6	66,7	13	44,8	19	50,0
Total	9	100,0	29	100,0	38	100,0

Fuente: cuestionario

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el sexo de pertenencia y las edades agrupadas en rangos.

Se pudo observar que predominó el sexo femenino con 29 participantes en comparación con los masculinos que fueron solo 9.

El rango de edades más representado resultó el de 60 o más años con 19 de ellos para el 50,0 % del total, seguido por el rango de 36 a 59 años y el de 20 a 35 años con 14 y 5 pacientes respectivamente que representaron el 36,8 % y el 13,2 % por ese orden.

En un estudio similar realizado en la Tunas, Cuba, Pérez Manzano y colaboradores ³¹, refieren en su estudio la distribución de los cuidadores según edad y sexo. Este refiere que predominaron los cuidadores de ancianos del sexo femenino, representado por el 86,9 % y en las edades comprendidas entre los 31 y 40 años, resultados que coinciden con estudios similares de León ³², respecto al sexo, no siendo así con la edad, donde en esos estudios predominan las féminas entre los 45 y 69 años de edad. Se observa que los cuidadores masculinos no son representativos en este estudio, siendo importante este dato, pues las féminas, por naturaleza, son más dedicadas a los cuidados.

Tabla 2. Participantes según nivel de conocimientos sobre cambios que ocurren en el envejecimiento y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	26,3	24	63,2
Inadecuado	28	73,7	14	36,8
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,003$

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre cambios que ocurren en el envejecimiento, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 10 personas respondieron adecuadamente la interrogante sobre este tema, para un escaso 26,3 % de la muestra, mientras 28 de ellos (73,7 %), expresaban serias dificultades para identificar los mencionados cambios.

Al finalizar la intervención capacitante, 24 de los participantes en el estudio (63,2 %), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó con un cambio porcentual significativo y positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

Pérez Manzano y colaboradores ³¹, muestra en su estudio, como antes de la intervención sólo tres cuidadores tenían conocimientos adecuados sobre prevención de complicaciones del paciente anciano encamado, y 20 mostraron conocimientos inadecuados, para un 86,95 %. Al finalizar el estudio esta cifra aumentó, donde el 91,30 % de los cuidadores alcanzaron conocimientos adecuados y sólo el 8,69 % mostró conocimientos inadecuados.

Lograr una atención integral de personas ancianas encamadas ayudará a mejorar su calidad de vida, al evitar la aparición, a corto o largo plazo, de complicaciones. La postración de la persona anciana cobra cada vez mayor importancia, tanto por su morbilidad y mortalidad como por sus efectos incapacitantes, que afectan la calidad de vida de quienes la sufren y también la

de sus familiares ³³. De ahí la importancia que reviste el conocimiento por parte de los cuidadores de las complicaciones y las medidas de prevención para evitar las mismas.

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre frecuencia, calidad de la alimentación en el adulto mayor y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	22	57,9	34	89,5
Inadecuado	16	42,1	4	10,5
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

p = 0,004

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre frecuencia y calidad de la alimentación en el adulto mayor evaluado antes y después de la intervención comunitaria realizada.

Se pudo observar que en la encuesta diagnóstica, aplicada al comienzo de la investigación, 22 personas poseían un nivel de conocimientos evaluado de adecuado por la clave de calificación, para un 57,9 % de los participantes, mientras que 16 (42,1 %), no demostraban conocimientos adecuados.

Al concluir la actividad capacitante y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 34, los que representaron el 89,5 % del total, logrando así una modificación positiva que resultó significativa según la interpretación de la prueba estadística utilizada.

Pérez Manzano y colaboradores ³¹, demuestran en su estudio que antes de la intervención el 65,21 % de los cuidadores en estudio tenían conocimientos inadecuados sobre como nutrir al anciano, y solo un 13,05 % mostraron conocimientos adecuados. Al finalizar la intervención, se incrementó en gran medida, aportando un 86,95 % de cuidadores con conocimientos adecuados y solo un 13,05 % con conocimientos inadecuados.

La dieta es la forma más antigua de tratar al anciano. Debe tener un carácter individual, de acuerdo con: sexo, edad, nivel cultural, procedencia, creencias

religiosas, nivel socioeconómico, estado nutricional, actividad física, horario y tipo de trabajo, presencia o no de trastornos del metabolismo lipídico, hipertensión arterial y presencia de complicaciones dependientes, entre otros factores ^{34,35}.

Estos resultados coinciden, además, con Galiano ³⁶, siendo significativos estadísticamente y no coinciden con los estudios de Ruiz, donde no fueron los elementos de nutrición los de mejores conocimientos ³⁷.

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre las escaras y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	21	55,3	31	81,6
Inadecuado	17	44,7	7	18,4
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,013$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre las escaras, evaluado antes y después de aplicar el programa de intervención.

Se pudo observar en la encuesta inicial diagnóstica, que 21 participantes respondían adecuadamente los ítems consignados en la encuesta, para un 55,3 % del total, mientras que 17 (44,7 %), no demostraban conocimientos adecuados sobre dichas lesiones.

Al terminar el programa capacitante y aplicar el cuestionario por segunda vez luego de un tiempo prudencial, la cifra de respuestas acertadas, se elevó hasta 31 participantes para un 81,6 % del total y aunque de inicio más de la mitad conocía dicho tema, la modificación positiva resultó en una variación significativa según la interpretación de la prueba empleada para este fin.

En un estudio similar Pérez Manzano y colaboradores ³¹, este refiere que antes de la intervención el 73,91 % de los cuidadores tenían conocimientos inadecuados acerca de la higiene, baño y aseo de cavidades y solo el 26,09 % mostraron conocimientos adecuados acerca del tema, lográndose modificar los conocimientos de estos cuidadores al finalizar la intervención, donde 18 de los mismos mostraron conocimientos adecuados, para un 78,23 % y sólo cinco cuidadores mostraron conocimientos inadecuados, para un 21,73 %. Estos resultados no coinciden con los encontrados por Zabalegui, ³⁸ que realiza un estudio similar y donde los cambios no fueron significativos.

Los conocimientos de los cuidados para mantener la higiene son necesarios en los cuidadores, pues sabrán cómo evitar complicaciones en la piel y las

mucosas. También se evitarán las úlceras por presión, afección que conlleva a graves complicaciones y a la muerte del anciano encamado ^{13,14}.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre efectos que producen las actividades físicas, culturales y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	31,6	26	68,4
Inadecuado	26	68,4	12	31,6
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

p = 0,003

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre efectos que producen las actividades físicas y culturales, evaluado antes y después de aplicar la intervención capacitante.

Se pudo observar que antes de aplicar la mencionada intervención, 12 participantes, para un 31,6 % del total, presentaban conocimientos considerados adecuados por la clave de calificación utilizada, mientras 26, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 68,4 % del total.

Al aplicar el cuestionario por segunda vez, ya un tiempo prudencial después de terminado el programa de intervención, las cifras se invirtieron por lo que 26 personas (68,4 %), respondieron adecuadamente sobre efectos que producen las actividades físicas y culturales con un cambio positivo y significativo en los participantes.

Pérez Manzano y colaboradores ³¹, refleja en su estudio que antes de la intervención el 60,9 % de los cuidadores en estudio desconocían los ejercicios a realizar y sus beneficios y sólo el 38,13 % tenían conocimientos adecuados, sin embargo, con la labor de intervención se logró modificar significativamente los conocimientos en el 86,95 % de ellos, lo que permitió que al finalizar la intervención 20 cuidadores presentaron conocimientos adecuados y sólo tres presentaron conocimientos inadecuados, para un 13,05 %.

La realización de ejercicios activos y pasivos en el adulto mayor logra mantener la funcionabilidad de los sistemas corporales, evitando así el síndrome de desuso. Los cuidadores deben realizar ejercicios a las personas encamadas, así como la correcta movilización cada dos horas como mínimo y el masajeo de la piel. Con esto se activará la circulación sanguínea de las zonas de apoyo y se evitara n complicaciones ^{13,14}.

Tabla 6. Participantes según nivel de conocimientos sobre beneficio de una buena relación familiar y social y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	25	65,8	37	97,4
Inadecuado	13	34,2	1	2,6
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre beneficios esperados de una buena relación familiar y social, evaluado antes y después de la intervención.

Se observó que en la evaluación inicial realizada al comienzo de la investigación con fines diagnósticos, 25 de los participantes indicaban los ítems correctos del cuestionario para este tema, para un el 65,8 % del total mientras 13 (34,2 %), no demostraban conocimientos suficientes para el mismo.

Una vez concluido el programa educativo y pasado un tiempo prudencial, se aplica nuevamente el cuestionario con un resultado positivo de 37 participantes (97,4 %), que respondieron los ítems adecuados, modificación que resultó significativa al analizarla con la prueba de McNemar que presentó un resultado muy inferior a 0,05.

El objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. El cuidado es un trabajo de amor y con ello se manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico de cuidar a otro ¹⁶.

El lazo de consanguinidad es lo que mantiene unido al cuidador y al enfermo y por ende es por tal motivo que lleva a ejercer esta labor con mucho amor y dedicación. El autor coincide con la valoración que refiere Velandia ¹⁸, "el cuidado es una forma de amor, de expresión, de sentimientos

volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro al quehacer, a realizarse y afrontar dificultades y crisis de la vida, siendo así un arte y una ciencia".

Tabla 7. Participantes según nivel global de conocimientos sobre el cuidado del familiar adulto mayor y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	36,8	30	78,9
Inadecuado	24	63,2	8	21,1
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según nivel global de conocimientos sobre el cuidado del familiar adulto mayor, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 14 personas respondieron adecuadamente las diferentes interrogantes de la encuesta aplicada, para un escaso 36,8 % de la muestra, mientras 24 de ellos (63,2 %), expresaban serias dificultades para identificar las respuestas correctas sobre el cuidado del familiar adulto mayor.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 30 de los participantes para un 78,9 % lo que resultó en una modificación significativa y positiva de los conocimientos generales sobre el tema.

En el presente estudio se encontraron insuficiencias en los conocimientos de los cuidadores, se identificaron las necesidades de aprendizaje y se diseñó e implementó una intervención educativa, logrando la modificación positiva y significativa de los conocimientos en estos cuidadores, lo encontrado en la investigación coincide con otros estudios publicados ³¹⁻³³.

CONCLUSIONES

Predominaron los adultos mayores y el sexo femenino. El nivel inicial de conocimientos sobre cambios que ocurren en el envejecimiento, efectos que producen las actividades físicas y culturales y beneficio de una buena relación familiar y social, se presentaron muy bajos en la población, no así los temas sobre frecuencia y calidad de la alimentación y escaras que más de la mitad de los cuidadores presentaban conocimientos iniciales adecuados. En todos los aspectos analizados se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos, incluyendo la evaluación global de todas las preguntas, por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: OMS [Internet]; 2018 [citado 2020 jun 15]. Disponible en:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/index.html
2. Agudelo C, De la Hoz F, Mojica M, Eslava J, Robledo R, Cifuentes P, et al. Prioridades de Investigación en Salud en Colombia: Perspectiva de los Investigadores. Rev Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 2020 jul 5]; 11(2):301-9. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n2/v11n2a14.pdf>
3. Algado, M.T., Basterra, Á. y Garrigós, J.I. Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. Anales de Psicología, 2017, 13(1), 19-29.
4. Díez Espino J, Redondo Valdivielso ML, Arroniz Fernández de Gaceo C, Giacchi Urzainqui A, Zabal C, Salaberri Nieto A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. 2016. MEDIFAM 3:124-30.
5. Bocquet H, Pous J, Charlet JP, Grand A. Measuring the burden for carers of dependent elderly with the Zarit inventory. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017; 44(1):57-65.
6. Cerquera, A., Granados, F., & Buitrago, A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychologia Avances de la Disciplina, 2017, 6(1), 35-45.
7. Bianchi, M., Flesch, L.D., Alves, E.V.C., Batistoni, S.S.T., Neri, A.L. Zarit Burden Interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 2017, 24(e2835), 2-9. doi: 10.1590/1518-8345.1379.2835.
8. Xinhua .VII Congreso Internacional Longevidad Satisfactoria: Cuba 2010.
9. Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. El envejecimiento de la Población Cubana. Cuba y sus Territorios. La Habana: ONEI; 2017.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud 2016. La Habana: MINSAP; 2017.

11. Benítez Ríos MC, Domínguez Ortega A. El bienestar subjetivo desde el proceso de longevidad satisfactoria: un reto en la educación del adulto mayor. Contribuciones a las ciencias sociales julio 2017.
12. López, J., López, J., & Crespo, M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2005;41, 81-94
13. Torres Vidal RM y Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2015,31 (1).
14. Rodríguez Cabrera A y Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública 2017, 32 (2).
15. Fundación Caser - Portal de la Promoción de la Salud y la Autonomía Personal. [Internet]. Copyright Fundación Caser 2017 [citado 22 Ener 2010] Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/definicion-de-cuidador-familiar>
16. Espín Andrade AM. "Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con Demencia. Ciudad de LA HABANA. 2003 -2009." [Tesis doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de LA HABANA Escuela Nacional de Salud Pública. publicada en agosto 2017 [Internet] [citado 22 Ener 2018];[aprox. 192 páginas]. disponible <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=399>
17. Camacho Labrin AG, Soto-Caceres VA. Conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores sobre la sintomatología atípica de infecciones en adultos mayores del seguro social.Chiclayo-Perú. [Internet]. octubre - Noviembre del 2019 [citado 22 Ener 2020] Disponible en: https://scholar.google.com/cu/scholar?start=10&q=cuidador+en+geriatria&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1
18. Velandia A, Sánchez B. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá, Colombia; 2006.
19. Larbán J. Psiquiatría y Psicoterapeuta. Ser cuidador, el ejercicio de cuidar. [Sede Web]. Ibiza; 2009. [Actualizado en Octubre de 2009]. [citado 10 de Enr 2018]. Disponible en:

http://www.apfem.com/trastornos/larban_ser%20cuidadorel%20ejercicio%20de%20cuidar.pdf.

20. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Bogotá: Editorial Unibiblos; 1998. Pag 8.
21. Pérez J, Andrés J. Pensar la Familia: Estudios interdisciplinarios. España; 2001.
22. Waldow R. Cuidar – Expressao Humanizada de enfermagem. Editora vozes. Petrópolis: Rio de Janeiro; 2006.
23. Castro Jiménez LJ y Cruz Huanca DY. Cuidado que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con Hipertensión Arterial en el hogar. Chiclayo 2016. [Tesis de enfermería] Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Internet] Chiclayo, 14 de julio del 2017. [citado 22 Ener 2019] Disponible https://scholar.google.com.cu/scholar?start=10&q=cuidador+en+geriatria&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1
24. Cerquera Córdoba AM; Granados Latorre FJ; Buitrago Mariño AM. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychologia. Avances de la disciplina 2018, vol. 6, núm. 1, enero-junio, pp. 35-45. Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770002>
25. Delicado M^a V; García M Á; López B; Martínez P. Cuidadoras informales: una perspectiva de género. 2019. Disponible en: http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.
26. Abellán A. Estado de Salud. En: Sancho, MT. Las personas mayores en España. Informe 2016. Madrid, INSERSO, 2017.
27. Pérez M. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. Rev Haban Cienc Méd. 2008,7(4).
28. Babaro A. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten. Primaria. 2017,33: 61-68.
29. Discapnet, Viviendo con Alzheimer, 2018 [citado 22 Ener 2019] Disponible en <http://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/discapacidades-neurologicas/viviendo-con-alzheimer>.

30. Delicado Useros M V , García Fernández M A ; López Moreno B ; Martínez Sánchez P . Cuidadoras informales 2019 [citado 22 Ener 2020] Disponible en: <http://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>.
31. Pérez Manzano JL y colaboradores. Intervención educativa en cuidadores de adultos mayores encamados en el hogar. Policlínico "Guillermo Tejas", Las Tunas, Cuba Artículo original, 2015, Volumen 40, Número 1.
32. León E; Alfonso J. Redes de apoyo y calidad de vida en Cuba [en línea]. CELADE- División de población de CEPAL. Santiago de Chile. 2002. [citado 9 de diciembre 2009] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/redes_de_apoyo_y_calidad_de_vida_en_el_am.pdf
33. Rodríguez E. Instrumento de evaluación económica para la medición de años de vida ajustados a la calidad en adultos mayores. (Spanish). Medisan [revista en internet]. 2017, Ago [citado 9 de diciembre 2019]; 17(8): 4036-4045. Disponible en: MedicLatina.
34. Marcos Plasencia LM , Padrón Sánchez A. Protocolo para la alimentación-nutrición en la atención integral al paciente con enfermedad de Parkinson. Revista electrónica Medisur [revista en internet]. 2018 [citado 9 de diciembre 2020]; 9(3). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1206/70>
35. Ochoa Ortega MR, Díaz Domínguez M Á, Casanova Moreno MC, Pérez Sierra M, Llogas Porras M. Estrategia de intervención educativa en adultos mayores diabéticos tipo 2. Rev Ciencias Médicas [revista en internet]. 2012 Jun [citado 9 de diciembre 2014]; 16(3): 109-119. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300011&lng=es
36. Galiano G A, Calvo A S, Feito T A, Aliaga B W, Leiva M S, Mujica P B. Condición de salud y cumplimiento de la guía clínica chilena para el cuidado del paciente diabético tipo 2. Cienc. enferm. [revista en internet]. 2012 [citado 9 de diciembre 2014]; 18(3): 49-59. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300006&lng=es.

37. Ruiz Cobiella DM, García Martínez MA, Antunez Taboada J, Rodríguez Correa L. Intervención educativa sobre Diabetes Mellitus en pacientes portadores de la enfermedad. AM C [revista en Internet]. 2011 Feb [citado 9 de diciembre 2014]; 15(1): 1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000100004&lng=es.
38. Zabalegui Yáñez A; Juandó Prats C, Juando María D, Gual García P, González Valentín A, Gallart Fernández-Puebla, A et al. Recursos y consecuencia de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos [revista en internet]. 2004 [citado 9 de diciembre 2014]; 15(4). [citado 9 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=16930>

A n e x o I

C O N S E N T I M I E N T O I N F O R M A D O D E L F A M I L I A R C U I D A D O R

Por este medio le estamos solicitando su consentimiento para participar en un proyecto de intervención que le propiciará elevar la calidad de vida de adulto mayor dependiente que usted asiste en su hogar, el mismo consta de un Programa "Cuidando a quien cuida" donde se le facilitará elevar el conocimiento del manejo de estos pacientes.

En Florencia, Ciego de Ávila, a los ____ días del mes de _____ del año 2022.

Firma del cuidador: _____

Anexo II

Guía de Evaluación y Observación sobre el manejo del familiar cuidador con el adulto mayor dependiente.

Datos Generales:

Edad: ____

Sexo: F ____ M ____

1- Mencione la enfermedad presente en el paciente que recibe su cuidado:

2- De los enunciados marque con una x la que considere correcta sobre los cambios que ocurren el envejecimiento.

a) ___ Arrugas de la piel.

b) ___ Disminución de la visión y sordera.

c) ___ Se le olvida la ubicación de sus artículos personales y sucesos recientes.

d) ___ Reaccionan rápido.

e) ___ Mayor frecuencia de fracturas.

f) ___ Aprecia los sabores y olores de forma adecuada.

g) ___ Sufren cambios en el sistema digestivo.

3- Cuántas veces al día usted realiza el baño a su familiar: _____

4- Sabe usted qué son las escaras y por qué se producen.

5- Marque con una X las que considere correcta sobre cómo debe ser la alimentación de la tercera edad:

a) ___ Seis comida al día.

b) ___ Con una temperatura y sabor agradable.

c) ___ Pocos líquidos.

d) ___ Ingestión de comidas copiosas.

- e) ___ Sólo una comida al día.
- f) ___ Ingerir abundantes frutas y vegetales.

6- Marque con una X la que considere correcta sobre los efectos que producen las actividades físicas y culturales en el anciano.

- a) ___ Ayuda a mantener un peso adecuado y previene la obesidad.
- b) ___ Disminución del riesgo de padecer del corazón.
- c) ___ Reduce las cifras de presión arterial.
- d) ___ No Previene la fracturas.
- e) ___ No Disminuye el estreñimiento
- f) ___ Los paseos con familiares y amigos, lectura, celebración de su cumpleaños, con la radio y TV) mejora el estado emocional.
- g) ___ Evita el síndrome de desuso en el anciano.

7- De los enunciados marque con una X la que considere correcta sobre, ¿qué beneficio proporciona una buena relación familiar y social con el adulto mayor?

- a) ___ Sentirse aceptado, estimado y apoyado por los demás.
- b) ___ Mayor vínculos con amistades y vecinos.
- c) ___ Proporciona aislamiento de los demás.
- d) ___ Mayor participación en actividades sociales (deportivas -culturales, círculos de abuelos, universidad del adulto mayor, paseos, celebración de cumpleaños colectivos).
- e) ___ Descompensación de enfermedades.
- f) ___ Inseguridad.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 2:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,c,e,g

Inadecuado: Contestar incisos: d,f

Pregunta 3:

Evaluación cualitativa de la respuesta.

Pregunta 4:

Evaluación cualitativa de la respuesta.

Pregunta 5:

Adecuado: Contestar incisos: b,f

Inadecuado: Contestar incisos: a,c,d,e

Pregunta 6:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,c,d,f,g

Inadecuado: Contestar incisos: e

Pregunta 7:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,c

Inadecuado: Contestar incisos: d,e,f

Calificación Final:

Adecuado: Contestar 5 preguntas.

Inadecuado: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

Programa de intervención educativa

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 5 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario de la tarde. Impartidas por médicos y enfermeras en el consultorio 7 del policlínico "Mario Hernández Pedraza" de Florencia.

Primer encuentro:

Título: Introducción a la intervención educativa.

Objetivos: 1- Presentación de los participantes involucrados.

2- Comenzar la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

Técnica participativa: Encuentro

Introducción: Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participante de acuerdo a su nombre, edad y procedió a presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades.

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procedió a informar el horario, fechas y lugares previsto, se habló acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en los cuidadores sobre la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informó que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho.

Al finalizar, se le hizo la presentación de tres personas promotoras de salud las cuales han sido cuidadoras, contaran su historia y de esta manera enfatizaran

la necesidad de que cada participantes modifique modos y estilos de vida saludables para con el enfermo. Exhortándolos a participar en la próxima encuentro.

Segundo encuentro:

Título: Cambios que ocurren el envejecimiento.

Objetivo:

1- Enfatizar sobre los cambios que ocurren durante el envejecimiento.

2- Las esferas cognitivas (demencia).

Tipo de actividad: Conferencia, clase práctica.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Sobres.

Técnica participativa: “La sorpresa”.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizó la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizaran con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará los principales cambios que ocurren en la vejez, enfatizar sobre los procesos de demencia y la repercusión sobre el anciano, luego de eso se pondrá un video sobre las conductas más representativas en aquellos ancianos con demencia.

Tercer encuentro:

Título: Higiene en el anciano.

Objetivos:

1- Ventajas del uso correcto del baño e higiene corporal en el anciano

2- Consecuencias de contraer escaras y el por qué de estas.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Charla educativa.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se comenzó explicando a los participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras el significado que posee acerca del baño e higiene en el anciano y cuáles son sus beneficios. Que significa para ellos un factor de riesgo, luego se procederá a explicar por parte del médico los beneficios potenciales del uso del baño en la prevención de escaras y así concluir con la explicación sobre las consecuencias de estas.

Cuarto encuentro:

Título: Alimentación en el anciano.

Objetivos:

1- Orientar sobre la correcta alimentación y nutrición en el adulto mayor.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Pancarta educativa.

3- Computadora.

Técnica participativa: "¿Qué crees de la vida?"

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo:

Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista y porque es importante vivir. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa sobre la correcta alimentación y nutrición a través de alimentos. Luego impartiremos una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con los beneficios de las frutas y vegetales.

Quinto encuentro:

Título: Beneficios de actividades físicas y culturales en el anciano.

Objetivo:

- 1- Explicar los beneficios sobre las actividades físicas en el paciente adulto mayor.
- 2- Demostrar los beneficios de la relación familiar y social con el adulto mayor.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

3- Pancarta educativa.

4- Computadora.

Técnica Participativa: Despedida

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo:

Se mostrará una pancarta educativa sobre la realización correcta de ejercicios diarios en la casa y los beneficios para el cuerpo humano en el adulto mayor, se explicará en que consiste el síndrome de "desuso" y sus consecuencias. Luego impartiremos una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con las relaciones humanas (deportivas -culturales, círculos de abuelos, universidad del adulto mayor, paseos, celebración de cumpleaños colectivos) y como potencian capacidades anti-estrés y evita la descompensación de enfermedades en el adulto mayor.

En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que los participantes expresará como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.