POLICLINICO UNIVERSITARIO

BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ

CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa respecto a la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes, en el familiar cuidador.

Autor: Dr. Sandor Matos Fernández.

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

Ciego de Ávila
2019

POLICLINICO UNIVERSITARIO

BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ

CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa respecto a la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes, en el familiar cuidador.

Autor: Dr. Sandor Matos Fernández

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Dagmaris Albear de la Torre.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Master en Procedimientos Diagnósticos.

Profesor auxiliar.

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

Ciego de Ávila
2019

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 respecto a la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes en el familiar cuidador perteneciente al área de salud de la policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila, en el periodo de febrero de 2017 a febrero de 2019. El universo de estudio estuvo conformado por 50 cuidadores. Se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas y la prueba Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades sobre la sexta década de la vida y el sexo femenino siendo estas las que con mayor frecuencia asumen la tarea de cuidar a familiares adultos mayores. El nivel inicial de conocimientos sobre cambios que ocurren en el envejecimiento y efectos que producen las actividades físicas y culturales en ancianos, era muy bajo antes del programa de intervención, mientras que sobre aspectos como frecuencia y calidad de la alimentación en el adulto mayor, formación y manejo de las escaras, y beneficios de una buena relación familiar y social con el anciano, se encontraron conocimientos iniciales adecuados en más de la mitad de los cuidadores. Los cambios experimentados en el nivel final de conocimientos, resultaron positivos y significativos en todos los aspectos evaluados por lo que se consideró efectiva la intervención realizada.

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

ÍNDICE

Contenido ***Páginas***

- **Introducción…….....1**
- **Objetivos……..... 5**
- **Marco teórico…… 6**
- **Método…… 17**
- **Análisis y discusión de los resultados……21**
- **Conclusiones……..... 30**
- **Referencias bibliográficas.**
- **Anexos.**

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y sus consecuencias constituyen una preocupación permanente de la sociedad y del hombre; no es exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las épocas y ha sido de interés para la filosofía, el arte y la medicina, se plantea que es un fenómeno no sólo individual, sino también poblacional, es –ante todo y sobre todo– una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico de un país (1).

En Cuba el envejecimiento poblacional se incrementa progresivamente como fenómeno de significada connotación; las causas esenciales se asocian al incremento de la esperanza de vida, unido a la disminución de la mortalidad y el descenso de la fecundidad (2).

La vejez es una construcción social a lo largo de la historia y de las diversas teorías sociológicas y psicológicas.

La expectativa de vida constituye una preocupante a nivel mundial, especialmente en los países desarrollados y en los que van emergiendo del subdesarrollo. En las naciones explotadas y colonizados, este contexto no tiene actualidad y es porque los habitantes no llegan a la adultez mayor, el promedio de vida oscila entre los 30 hasta 45 años, cifra tremendamente acusatoria (3).

El envejecimiento, como proceso paulatino y multicausal, está influenciado por varios factores biológicos, psicológicos y sociales y, dentro de estos últimos, los del medio familiar, siendo la familia un grupo insustituible, en las que las personas deben permanecer el mayor tiempo posible. Existen otros factores relacionados con el funcionamiento familiar que influyen negativamente en él, como las malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la alimentación insuficiente y la falta de instrucción (3).

En el presente siglo se asiste a una situación singular: Se incrementa el número de personas que traspasan las barreras cronológicas que el hombre ha marcado como etapa de vejez, siendo un reto para el mundo desarrollado y

específicamente para Cuba, que tienen un índice más elevado de este grupo etario dentro del grupo de países en desarrollo (3).

A nivel poblacional, el proceso de envejecimiento mundial y, particularmente, en América Latina, ha crecido a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. Tanto es así que, de alrededor de 200 millones de personas de 60 y más años que había en 1950 en el mundo, se ha incrementado aproximadamente a 750 millones en 2010, estimándose que para 2050 este grupo poblacional estaría llegando a los 2 mil millones (4).

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido de crecimiento para la población, y que el XXI será el de su envejecimiento, lo cual está influenciado por tres variables: la fecundidad, mortalidad y las migraciones (5).

Algunas fuentes consultadas sugieren que la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades en las personas mayores, con cuidados clínicos y de rehabilitación se recuperan lo suficiente para incorporarse nuevamente a la sociedad, siendo muy importante un cambio de actitud hacia la vida, la sociedad, la familia y "percé" (6).

A juicio de especialistas en geriatría todo hombre desea llegar a la vejez sin embargo, se queja cuando lo consigue. Tal paradoja sugiere que las familias deben conocer los cambios que ocurren en esta etapa de la vida para enfrentar la progresión inevitable de circunstancias sociales, emocionales y psicológicas que alteran a este grupo de edad. Pero también hay que promover, desde lo individual, estilos de vida saludables, así como conservar una vida independiente durante el mayor tiempo posible (7).

Es la familia la primera red de apoyo social, la principal fuente de sostén para los adultos mayores, a la que acuden en primera instancia, dónde se establecen lazos entre las generaciones, permitiendo estabilidad en la cultura, e influencia en los cambios culturales; es fuente de amor, satisfacción, bienestar, pero también puede constituir fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad (7).

La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio, así

como procesos discapacitantes, frecuentes en la tercera edad, que llevan a institucionalización y a dependencia, muchas veces por el resto de sus vidas (7).

El valor del espacio familiar en el rol de cuidador del adulto mayor va a estar favorecido por la eliminación de mitos y estereotipos negativos, aportes afectivos y, sobre todo, materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de este grupo vulnerable (8).

El trabajo comunitario es la base de la atención a las personas mayores, la prevención o la atención a los grupos más frágiles pueden encontrar respuestas comunitarias. La familia es esencial para enfrentar el reto, pero debe recibir la ayuda necesaria para hacerlo (8).

En Cuba, el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor (PNAM) tiene como propósito: contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, desde la pre concepción hasta el momento mismo de la muerte, mediante acciones preventivas, promocionada, asistenciales y de rehabilitación (informativas, de integrativas, de educativas y de difusión ambientalistas, culturales y de protección) ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas, con masiva participación social en programas creados por ellos, desarrollados por ellos o destinados a ellos, como parte de su quehacer: formales (casa de abuelos, hogar de ancianos, ayudas especiales, otros servicios de salud, como el de la universidad de la tercera edad; el desarrollo de los recursos humanos de todas las ramas del saber, los movimientos de jubilados, pensionados) e informales (amigos, vecinos) (8).

En el ámbito del Estudio sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE), Cuba resulta un país en proceso de envejecimiento poblacional. Se plantea que en el año 2025, uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y más (9,10).

Según el informe El Envejecimiento de la Población Cubana de 2015, de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) el país ha transitado desde un 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 19,4% en el 2015. Así en el término de 31 años el envejecimiento se ha incrementado en 8,1 puntos porcentuales (11).

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 (7).

El país implementa estrategias para incrementar la natalidad y mejorar las condiciones y calidad de vida del adulto mayor, así como para la atención diferenciada, sistemática y de calidad del perfil de morbilidad característico de este grupo poblacional frágil y vulnerable, la meta trazada es lograr una longevidad satisfactoria (12). Ante los cambios demográficos y epidemiológicos que se vienen produciendo a nivel mundial y de manera particular en Cuba, es indispensable la preparación para responder a las demandas de la creciente población adulta mayor. Realizar un cuidado en un adulto mayor es una carga física y emocional para una persona que no sabe de cuidados en salud, por tal motivo, la falta de conocimientos de las patologías que manejan no les permite realizar un cuidado integral y por ende el adulto mayor no tendrá una buena calidad de vida. Es indispensable la preparación de cuidadores para responder a las demandas de la creciente población adulta mayor.

Problema Científico: ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos respecto a la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes en el familiar cuidador perteneciente al área de salud de la policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa “Enseñar a querer” para elevar el nivel de conocimientos respecto a la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes en el familiar cuidador perteneciente al área de salud de la policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en 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 “Enseñar a querer” 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 “Enseñar a querer”, pudiera elevar el nivel de conocimiento de los familiares cuidadores de adultos mayores dependientes sobre la atención médica-integral de estos en área de salud de la policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en 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 (14) y en particular a la familia, la cual sigue siendo la principal fuente de protección y apoyo para sus personas mayores.

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 de un cuidador de salud que éste pendiente de los cuidados necesarios que éstos necesitan para llevar una buena calidad de vida, salud y sobretodo realizar las 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, 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 (18).

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

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, 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 (21).

Mientras que para Waldow, 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 (22).

Es así que algunos autores 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 (20).

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 (1995) 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 (24).

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. Es por esto que, la aplicación de La Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit, es esencial para estudiar el rol del cuidador (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 imprime 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 personar 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 O.M.S. 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 OMS 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).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después para evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa “Enseñar a querer”, para elevar el nivel de conocimientos respecto a la atención médica-integral de los adultos mayores dependientes en el familiar cuidador perteneciente al área de salud de la policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de febrero de 2017 a febrero de 2019.

Universo y muestra

El universo de estudio está conformado por 50 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 el autor y aprobado por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica Belkis en Ciego de Ávila.

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.

Etapa 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.

Etapa de intervención propiamente dicha: La muestra se conformó por un grupo de 50 sujetos adultos, los cuales fueron divididos en 2 grupos de 25 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.

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

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 los 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	20 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años. 70 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 "Enseñar a querer", 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 las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Además se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa 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.

Aspectos éticos

Esta investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somersest 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. Ciego de Ávila. 2019.

Sexo	N	%	Edad			
			Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Masculino	12	24,0	52,9	7,4	38	63
Femenino	38	76,0	54,1	5,9	42	68
Total	50	100,0	53,8	6,2	38	68

Prueba T para la igualdad de medias p=0,562

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según el sexo de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades.

Se pudo observar un predominio del sexo femenino con 38 participantes para un 76,0% del total. La media de edades de la serie fue de 53,8 años con una dispersión promedio de 6,2 años y valores mínimo y máximo de 38 y 68 años.

La media de edad de las féminas resultó ligeramente mayor con 54,1 años que la media de edades de los hombres (52,9 años) sin diferencias significativas entre dichas medias de edades.

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	13	26,0	26	52,0
Inadecuado	37	74,0	24	48,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar p = 0,004

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 13 personas respondieron adecuadamente la interrogante sobre este tema, para un escaso 26,3% de la muestra, mientras 37 de ellos (74,0%), expresaban serias dificultades para identificar los mencionados cambios.

Al finalizar la intervención capacitante, 26 de los participantes en el estudio (52,0%), fueron capases 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 [33].

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. 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 y calidad de la alimentación en el adulto mayor y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	32	64,0	43	86,0
Inadecuado	18	36,0	7	14,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar p = 0,013

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, 32 personas poseían un nivel de conocimientos evaluado de adecuado por la clave de calificación, para un 64,0% de los participantes, mientras que 18 (36,0%), no demostraban conocimientos adecuados.

A concluir la actividad capacitante y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 43, los que representaron el 86,0% 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	29	58,0	41	82,0
Inadecuado	21	42,0	9	18,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar p = 0,004

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 29 participantes respondían adecuadamente los ítems consignados en la encuesta, para un 58,0% del total, mientras que 21 (42,0%), 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 41 participantes para un 82,0% 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.

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

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	28,0	35	70,0
Inadecuado	36	72,0	15	30,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar p = 0,000

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, 14 participantes, para un 28,0% del total, presentaban conocimientos considerados adecuados por la clave de calificación utilizada, mientras 36, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 72,0% 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 35 personas (70,0%), 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 evitaran complicaciones.

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	37	74,0	48	96,0
Inadecuado	13	26,0	2	4,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar p = 0,001

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, 37 de los participantes indicaban los ítems correctos del cuestionario para este tema, representando el 74,0% del total mientras 13 (26,0%), 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 48 participantes (96,0%), respondiendo 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	16	32,0	41	82,0
Inadecuado	34	68,0	9	18,0
Total	50	100,0	50	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 16 personas respondieron adecuadamente las diferentes interrogantes de la encuesta aplicada, para un escaso 32,0% de la muestra, mientras 34 de ellos (68,0%), expresaban serias dificultades para identificar las respuestas correctas sobre el cuidado del familiar adulto mayor.

Al finalizar la intervención capacitante, 41 de los participantes (82,0%) fueron capases de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados y de esta forma se les dio salida a los objetivos trazados.

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 las edades sobre la sexta década de la vida y el sexo femenino siendo estas las que con mayor frecuencia asumen la tarea de cuidar a familiares adultos mayores. El nivel inicial de conocimientos sobre cambios que ocurren en el envejecimiento y efectos que producen las actividades físicas y culturales en ancianos, era muy bajo antes del programa de intervención, mientras que sobre aspectos como frecuencia y calidad de la alimentación en el adulto mayor, formación y manejo de las escaras, y beneficios de una buena relación familiar y social con el anciano, se encontraron conocimientos iniciales adecuados en más de la mitad de los cuidadores. Los cambios experimentados en el nivel final de conocimientos, resultaron positivos y significativos en todos los aspectos evaluados por lo que se consideró efectiva la intervención realizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benítez Ríos, Domínguez Ortega: El bienestar subjetivo desde el proceso de longevidad satisfactoria: un reto en la educación del adulto mayor, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, julio 2010.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud 2016. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 11 Jul 2017].
3. Manrique JC. Envejecimiento, Esperanza de Vida y Longevidad Julio 2010.
4. 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 2012
5. Chávez Gómez M, et al. Algunos Aspectos Sobre Longevidad Mayo 2009.
6. Xinhua .VII Congreso Internacional Longevidad Satisfactoria: Cuba 2010
7. http://www.one.cu/publicaciones/cepde/envejecimiento2015.pdf
8. Barthelemy S. Longevidad satisfactoria: reto para el hombre del siglo XXI, Congreso Internacional Longevidad Satisfactoria: Visión Integral. Habana Cuba Octubre 2010.
9. Hernández Fernández M, Plasencia Concepción D, Jiménez Acosta S, Martín González I, González Pérez T. Temas de Nutrición. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, 2008.
10. OPS/OMS/CITED/CEPDE/ONE. Salud, bienestar y envejecimiento en las Américas. Resumen Ejecutivo. La Habana, 2014: 41 – 5
11. Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. El envejecimiento de la Población Cubana. Cuba y sus Territorios [Internet]. La Habana: ONEI; 2016 [citado 11 de julio de 2017].
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 11 de julio de 2017].
13. Torres Vidal RM y Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 31 (), 2005. [citado 24 Ener 2018].

14. Rodríguez Cabrera A y Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública 32 (2), 2006. [citado 24 Ener 2018].
15. Fundación Caser - Portal de la Promoción de la Salud y la Autonomía Personal. [Internet]. Copyright Fundación Caser 2017 [citado 22 Ener 2018] 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 2014 .[citado 22 Ener 2018] 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 Unibiblios; 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 2013. [Tesis de enfermería] Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Internet] Chiclayo, 14 de julio del 2014. [citado 22 Ener 2018] 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, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 35-45.Universidad de San Buenaventura.Bogotá, Colombia Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770002
25. Delicado Mª V; García MÁ; López B; Martínez P. Cuidadoras informales: una perspectiva de género. 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 2004. Madrid, INSERSO, 2005.
27. Pérez M. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. Rev Haban Cienc Méd. 7(4), 2008.
28. Babaro A. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten. Primaria. 33: 61-68, 2004.
29. Discapnet, Viviendo con Alzheimer, [Internet. [citado 22 Ener 2018] Disponible en http://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/discapacidades-neurologicas/viviendo-con-alzheimer.
30. Delicado Useros MV, García Fernández MA; López Moreno B; Martínez Sánchez P. Cuidadoras informales [Internet. [citado 22 Ener 2018] 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 Articulo original, Volumen 40, Número 1. 2015.

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]. 2013, Ago [citado 9 de diciembre 2014]; 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]. 2011 [citado 9 de diciembre 2014]; 9(3). Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1206/ 702.
35. Ochoa Ortega MR, Díaz Domínguez MÁ, 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. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000 300006.
37. Ruiz Cobiella DM, García Martínez MA, Antunez Taboada J, Rodríguez Correa L. Intervención educativa sobre Diabetes Mellitus en pacientes portadores de la enfermedad. AMC [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 Yárnoz 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.

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR CUIDADOR

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 “Enseñar a Querer” donde se le facilitará elevar el conocimiento del manejo de estos pacientes.

En Ciego de Ávila, a los____ días del mes de _____del año 2019.

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 con 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 la policlínica Belkis Sotomayor, Ciego de Ávila.

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 contaran 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 trascurso 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 porqué 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 nutricion 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 la realización correcta de ejercicios diarios en la casa y los beneficios para el cuerpo humano en el adulto mayor, se explicara 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.