

Ministerio de Salud Pública
Policlínico "Frank País García", Distrito José Martí, Santiago de Cuba

EDUCACIÓN A FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

Enf. Ana Megret Caballero,¹ Lic. Migdalia Naranjo Arroyo² y Téc. Yoandra Fong González³

RESUMEN

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las épocas y es de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Se realizó un estudio de intervención en familiares de 102 pacientes dependientes, pertenecientes a la policlínica "Frank País García" durante el período de enero a diciembre de 1999, y tiene como objetivo general educar a los familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente y como objetivo específico caracterizar la muestra estudiada, dar a conocer a los familiares los cuidados generales del anciano dependiente y del cuidador, comparar los conocimientos antes de la intervención y después de ella. El universo estuvo formado por 394 adultos mayores, y se tomó una muestra por conveniencia de 62 pacientes evaluados en la consulta del EMAG (equipo multidisciplinario de atención geriátrica). Se aplicó una encuesta inicial para conocer el grado de conocimiento y una final para verificar el resultado de la intervención. La mayoría de los pacientes evaluados con nivel 1 corresponde al sexo femenino y al grupo de 65 y más años, y las alteraciones más frecuentes fueron los accidentes vasculares encefálicos, demencia senil, fractura de cadera e hipertensión arterial. Es posible y necesario educar a los familiares sobre la atención a los ancianos.

DeCS: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION; RELACIONES FAMILIARES; CALIDAD DE VIDA

La ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y en los que van emergiendo del subdesarrollo. En los países superexplotados y colonizados este problema no tiene actualidad y es sencillamente porque los habitantes no llegan a viejos, el prome-

dio de vida puede ser tan bajo que va desde 30 hasta 45 años, cifra tremendamente acusatoria.^{1,2}

Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, ade-

¹ Enfermera general. Miembro adjunto de la Sociedad Cubana de Enfermería.

² Licenciada en Psicología.

³ Técnica en Servicio Social.

más de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano.³

Recordemos que la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano.^{4,5}

El estado cubano realiza enormes esfuerzos para la seguridad de las personas que arriban a la tercera edad, y emplea para ello recursos, tanto materiales como humanos, sin escatimar el costo de estos.

El apoyo que reciben de familiares allegados, es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estos sujetos. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa en ese sentido, además de contribuir a la economía de recursos del MINSAP en la atención geriátrica, y evitar gastos por conceptos de ingresos hospitalarios.

Asimismo, en el orden social la mencionada educación es muy ventajosa, como lo demuestra la ya conocida interrelación existente entre la salud del individuo y los factores sociales. El aislamiento, incomodidad, dificultades ambientales para realizar algunas actividades, la ausencia de familia y vecinos que ofrezcan ayuda son factores que abarcan la dependencia.

El adiestramiento a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente los pondrá en condiciones de brindarle con la efectividad necesaria el imprescindible y vital apoyo.

La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo conducen a inadaptaciones sociales y, de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones al nivel de la propia per-

sonalidad.⁶ Cuba es un ejemplo de país en desarrollo, con un envejecimiento de su población; el 12 % de los cubanos tiene 60 años y más, cifra que aumentará en 13,4 % en el año 2000 y en 20,1 % en el 2025.⁷

Para la atención gerontológica cuenta con un equipo interdisciplinario que incorpora las influencias de muchas especialidades o campos diferentes, con inclusión del tratamiento físico y ocupacional, los servicios sociales, la enfermería y la psicología aplican muy efectiva los principios de la atención geriátrica.⁸ Nuestra área de salud no es ajena a este fenómeno, actualmente nos encontramos en el estadio de envejecimiento propiamente dicho, con un índice de Rosset del 10,7 %.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, es por lo que nos motivamos a realizar un estudio de intervención, con el objetivo general de educar a los familiares sobre el manejo del adulto mayor, en el policlínico "Frank País García" en el período correspondiente desde enero hasta diciembre de 1999 y como objetivo específico caracterizar la muestra estudiada, dar a conocer a los familiares los cuidados generales del anciano dependiente y del cuidador, comparar los conocimientos antes de la intervención y después de ella.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención en 62 familias de pacientes dependientes, pertenecientes al policlínico "Frank País García" de Santiago de Cuba, durante el período de enero a diciembre de 1999.

El universo estuvo formado por 394 adultos mayores, evaluados en la consulta del EMAG (equipo multidisciplinario de atención geriátrica).

Se tomó una muestra por conveniencia de 62 pacientes evaluados funcionalmente con nivel 1; a los familiares de éstos se les aplicó un programa de intervención que consistió en 4 charlas educativas, 2 demostraciones y 2 dinámicas familiares, 2 veces por semana para un total de 48 sesiones. Se aplicó una entrevista inicial para conocer el grado de conocimiento y una entrevista final para verificar el resultado de la intervención. Esta se realizó en el hogar de los pacientes y se brindó atención a algunos problemas sociales de ellos (anexos 1 al 4).

METÓDICA

Conocimiento adecuado: cuando el familiar es capaz de responder positivamente a más del 50 % de la encuesta.

Conocimiento inadecuado: cuando el familiar no es capaz de responder positivamente a más del 50 % de la encuesta.

Efectividad de las técnicas aplicadas: fueron efectivas cuando al final de la intervención logramos más del 70 % de familiares con conocimientos adecuados e inefectivas cuando no se cumplió este indicador.

Evaluación funcional: es un indicador resumen del estado de salud del individuo, con ello se logra el objetivo de influir en el diagnóstico y el análisis de las funciones de manera integral.

Existen 3 tipos de niveles, los cuales se determinan por la escala de Katz y Lawton:

- Nivel 1: cuando el paciente presenta la escala alterada (no puede realizar actividades básicas de la vida diaria e instrumentada).
- Nivel 2: cuando puede realizar las actividades de la vida diaria, pero tiene afectadas algunas de las instru-

mentadas.

- Nivel 3: no existe afectación en las actividades básicas de la vida diaria ni en las instrumentadas.

Los datos se tabularon por el método aritmético.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta la evaluación integral por niveles funcionales y sexo. Predominó el nivel 3, con un total de 221 pacientes para el 56,09 % y el sexo femenino con 275 pacientes. Por conveniencia escogimos para nuestro trabajo a los ancianos dependientes pertenecientes al nivel 1, con un total de 62 pacientes, para el 15,74 %.

Las alteraciones más frecuentemente halladas en los 62 pacientes dependientes escogidos (tabla 2) fueron: los accidentes vasculares encefálicos con 11 pacientes para el 17,74 %, demencia senil, fractura de caderas e hipertensión arterial con 10 pacientes (16,13 %) cada una.

La convivencia de los ancianos se muestra en la tabla 3. La mayoría, 58 pacientes, convive con familiares jóvenes (menores de 60 años), lo que representa el 93,55 %. Esto es importante si analizamos el papel rehabilitador que desempeña la familia.

La tabla 4 muestra los conocimientos de la familia sobre la atención al paciente y al cuidador. Antes de la intervención el 100 % tenía conocimientos inadecuados (respondieron positivamente menos del 50 % de las preguntas de la encuesta). Después de la intervención, los familiares de 53 pacientes (85,48 %), respondieron de forma adecuada. Solo 9 casos respondieron incorrectamente, lo que se debió, en algunos casos, a que eran

TABLA 1. Distribución por los niveles funcionales y sexo

Nivel	Femenino		No.	Masculino		No.	Total	
	No.	%		%	%			
1	41	14,91	21	17,65	62	15,74		
2	69	25,09	42	35,29	111	28,17		
3	165	60,00	56	47,06	221	56,09		
Total	275	100,00	119	100,00	394	100,00		

Fuente: Registro de evaluación geriátrica, policlínico "Frank País", Santiago de Cuba.

TABLA 2. Alteraciones más frecuentes encontradas en pacientes dependientes

Alteraciones	No.	%
Accidentes vasculares encefálicos	11	16,67
Demencia senil	10	15,15
Fractura de caderas	10	15,15
Hipertensión arterial	10	15,15
Cardiopatías	8	12,12
Diabetes mellitus	6	9,09
Neoplasia	5	7,58
Amputación de miembros	4	6,06
EPOC	2	3,03

Fuente: Registro de evaluación geriátrica, policlínico "Frank País", Santiago de Cuba.

TABLA 3. Convivencia con ancianos dependientes

Convivencia	No.	%
Con familia anciana	4	6,45
Con familia joven	58	93,55
Total	62	100,00

Fuente: Registro de evaluación geriátrica, Policlínico "Frank País", Santiago de Cuba.

familiares ancianos, a los cuales les resultó muy difícil cambiar sus hábitos y costumbres. También existieron familiares con bajo nivel cultural. En general se demostró que es posible lograr aumentar los conocimientos de la familia sobre

la atención a pacientes dependientes y sus cuidadores.

DISCUSIÓN

TABLA 4. Conocimientos de la familia sobre la atención a pacientes dependientes y cuidadores

Conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuados	0	0,00	53	85,48
Inadecuados	62	100,00	9	14,52
Total	62	100,00	62	100,00

Fuente: Registro de evaluación geriátrica, policlínico "Frank País", Santiago de Cuba.

El encamamiento prolongado es fuente de toda clase de complicaciones del decúbito; en estos momentos la impotencia funcional y la invalidez representan la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años.

El estudio de la capacidad de los gerontes, no es algo novedoso ni mucho menos, pero a pesar de esto consideramos que no ha sido abordado con la profundidad necesaria. El objetivo principal de la medicina geriátrica no es disminuir la morbilidad y la mortalidad, sino mantener la autonomía y el validismo, pues ambos se corresponden con la medida de salud del anciano.¹

En nuestro trabajo encontramos una

población geriátrica dependiente del 15,74 %. En estudio de poblaciones seleccionadas europeas y norteamericanas se ha observado que un quinto de las personas de 65 a 74 años y un tercio de las de 75 y más tiene alguna deficiencia física del grupo de mayor edad; el 10 % está altamente incapacitado.⁹

Las alteraciones más frecuentes encontradas fueron los accidentes cardiovasculares encefálicos, las demencias seniles y las fracturas de caderas; las modificaciones que el envejecimiento provoca sobre los órganos sensoriales y el nivel de validismo se señalan por otros autores como responsables en parte del deficiente empleo que de las prescripciones facultativas hacen los ancianos.^{10,11} Las limitaciones visuales, las auditivas o motoras y aquellas de tipo intelectual reducen la autonomía e independencia.^{11,12}

Las personas que sufren 3 o más enfermedades crónicas observan que su bienestar depende menos de los tratamientos que de las condiciones de vida, la existencia de la familia y de amigos solícitos y su propia percepción de la condición en la que se encuentra.¹³ Es importante mantener al anciano en su domicilio, y en el medio social donde ha vivido, siempre que éste reúna las condiciones arquitectónicas, higienicosanitarias y en especial las emocionales, fundamentalmente cuando el anciano convive con familiares jóvenes, que en nuestro estudio

representa el 93,55 %.

La intervención educativa al familiar es en realidad una forma de prevención de enfermedades, pues constituye un intento para limitar el daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos, es decir, es el nivel de la medicina preventiva que se ocupa de la rehabilitación del paciente al estado de mayor funcionalidad, con un mínimo de riesgo de ocurrencia de una enfermedad física y mental. Está dirigida a reducir o eliminar las discapacidades y minusvalías. Los esfuerzos van dirigidos a mantener la autonomía y la calidad de vida; su acción consiste en la evaluación de los fallos físicos y cognoscitivos del impacto del medio ambiente y las capacidades de la familia y de los servicios sociales para compensar las carencias.

Podemos concluir que la mayoría de los pacientes evaluados con nivel 1 corresponde al sexo femenino, al grupo etáreo de 65 años y más; las alteraciones más frecuentes fueron: los accidentes vasculares encefálicos, la demencia senil, la fractura de caderas y la hipertensión arterial. La mayor parte de estos ancianos convive con familiares jóvenes. Es posible, y necesario educar a los familiares sobre la atención a los pacientes dependientes y sus cuidadores, con lo que se reduce el impacto económico, social y familiar en estos casos, y constituye la intervención un elemento eficaz para la medicina preventiva.

ANEXO 1. Programación de temas educativos a los familiares de

pacientes dependientes

Temas:

- Características generales del envejecimiento:
5 sesiones (Charlas educativas).
- Cuidados generales del anciano postrado:
5 sesiones (Demostración).

- Calidad de vida del adulto mayor dependiente:
5 sesiones (Charlas educativas).
- Rehabilitación biopsicosocial:
5 sesiones (charlas educativas).
- Atenciones generales al cuidador:
5 sesiones (charlas educativas).
- Importancia de la armonía familiar en el hogar, así como la cooperación de todos en el cuidado del paciente dependiente:
10 sesiones (dinámica familiar).
- Cómo mejorar la atención y la memoria mediante el aprendizaje de 10 palabras:
5 sesiones (demostración).
- Atención a los problemas sociales del anciano
- Nutrición adecuada en pacientes dependientes.
8 sesiones dinámicas familiar

ANEXO 2. Los resultados de esta encuesta servirán para diseñar un programa educativo, por lo que necesitamos de usted la respuesta con toda sinceridad

1. ¿Diga cuáles son las características del anciano?
2. ¿Diga cómo usted cuidaría a un anciano postrado?
3. ¿Diga qué haría usted para que un anciano se sienta feliz?
4. ¿Diga cómo mejoraría la memoria en el anciano?
5. ¿Diga cómo debería ser la dieta del anciano?
6. ¿Diga qué haría usted para brindarle una buena atención al anciano?

ANEXO 3. Escalas de la evaluación funcional

Actividades básicas de la vida diaria
(Katz):

	D	I
- Bañarse	_____	_____
- Vestirse	_____	_____
- Ir al servicio	_____	_____
- Comer	_____	_____
- Levantarse	_____	_____
- Continencia	_____	_____
Leyenda:	_____	_____
D: Dependiente	_____	_____

Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton):

	D	I
-Uso de teléfono	_____	_____
-Ir de compras	_____	_____
- Preparar alimentos	_____	_____
-Manejo de la casa	_____	_____
-Transportarse	_____	_____
-Uso de medicamentos	_____	_____
-Manejo de finanzas	_____	_____
-Lavar	_____	_____

I: Independiente

ANEXO 4. Costos en ingreso hospitalario

-Días-paciente:	\$11,48	- Días-cama:	\$10,16
-Egreso:	\$148,70	- Medicamento por paciente:	\$ 3,88

Fuente: Departamento de Estadísticas, Hospital Provincial "Saturnino Lora", Santiago de Cuba.

SUMMARY

Individual aging is not a phenomenon inherent to the modern societies since it has been present in all the ages and is a matter of interest for philosophy, art and medicine. An intervention study was conducted on the families of 102 older dependent patients from January to December ,1999. Those patients were seen at "Frank País" polyclinics. The general objective of the study was to teach families how to manage dependent older adults , and its specific objectives were to characterize the studied sample, inform the families about the general care of the dependent elderly and the caregiver, and compare the knowledge before and after the intervention. The universe of study was made up of 394 older adults and a sample of 62 patients assessed by the Multidisciplinary Team for Geriatric Care was finally taken. An initial survey was applied to find out the level of knowledge and a final one to verify the results of the intervention. Most of the patients assessed from the functional viewpoint at level 1 were females aged 65 years and over and the most frequent disturbances were strokes, senile dementia, hip fracture and blood hypertension. Therefore, it is possible and necessary to educate families in the good management of the elderly.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estévez Rómer R, González Estrada M, Bosuet Álvarez M. Análisis de los costos en la atención geriátrica. *Rev Cubana Enferm* 1998;14(3):155-60.
2. Rigol Ricardo O, Pérez Carballas F, Perea Conial J, Fernández Sacasas J, Fernández Verabal JF. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;2:155.
3. La salud de las personas de edad. Temas de gerontología. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1996:15-9.
4. González Sánchez R, Fernández Lorente E, Rodríguez Sánchez R, Romeiro Guardes M. Características biopsicosociales de los ancianos de 2C. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(4):38-42.
5. Menéndez J. La autonomía, una nueva forma de medir salud en el anciano. En: Prieto O. Temas de Gerontología y Geriatria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:18.
6. Díaz Tabares O, Sales Quintana MC, García Capote M. El appar familiar en ancianos convivientes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(6):548-54.
7. Martín H, Vicente P. Epidemiología de la vejez. Editorial Interamericana 1990.
8. Comité sobre política pública de sociedad americana de geriatría: la evaluación geriátrica. *Rev Cubana Salud Pública* 1993;19(2):100-1.
9. OMS. Preventing disability in the elderly. Copenhagen: Oficina Regional para Europa, 1982:13 (Euro Reports and Studies;num.65).
10. Cairns FI. The problems of drug in the elderly in drug for the elderly. Copenhagen: Who log office for Europe 1995.
11. Mathew RJ, Willson H. Surfance abuse and cerebral blood folw. *Am J Physchiatr* 1992; 148(3):292-305.
12. Batia SJ. Digitalics toxicity turning over or new leaf medical staff conference university of California. *West J Med* 1996;145:74-82.
13. OMS. Informe de la 4ª Reunión del Grupo Colaborador de Organizaciones no Gubernamentales y la OMS sobre el envejecimiento. Ginebra, 1985, 5 (Documento IRP/HEE 116-02).

Recibido: 18 de septiembre del 2000. Aprobado: 20 de diciembre del 2000.

Enf. *Ana Megret Caballero*. Calle F No. 255, Reparto Agüero, municipio Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba.