



FACULTAD
CIENCIAS MEDICAS
"Dr. Raúl Dorticós Torrado"

Policlínico Docente "Mario Muños Monroy"



Título: Conocimientos de los cuidadores informales sobre la atención a los ancianos frágiles del Consultorio médico 17, Abreus.2020-2022.

Autor: Dra. Lilianne Martínez Villafranca
Residente de primer año de Medicina General Integral.

Tutor: Dunia García Rodríguez .
Especialista de primer grado en Medicina General Integral.
Profesor Instructor

Asesor: Marina Selin Ganen
Lic en Psicología
Profesor Asistente

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi madre querida por ser la mejor del mundo, a mi familia por su apoyo incondicional, a mi hijo por las horas aplazadas de su atención. A todos ellos, gracias por darme la dicha de estar en sus vidas.

Agradecimientos

Agradezco a quienes me ayudaron, por el tiempo dedicado, sin ellos no lo hubiera conseguido jamás, a todas las personas que me han acompañado en esta ardua tarea y en general a todos los que me apoyaron de una forma u otra.

RESUMEN

Fundamentación El envejecimiento de la población constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual. Prolongar la vida significa ni más ni menos alargar el tiempo de la vejez para cada individuo.

Objetivo: Determinar el conocimiento sobre la atención al anciano frágil de los cuidadores informales del Consultorio médico 17 de Abreus, en el período 2020 - 2022.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 64 ancianos clasificados previamente frágiles y 62 cuidadores. En el procedimiento se utilizaron las historias clínicas individuales, familiares, para caracterizar a la población según variables demográficas antecedentes patológicos personales, estado funcional global, escolaridad, ocupación y la encuesta para precisar el nivel de información del cuidador sobre algunos aspectos de la atención al anciano. Los resultados se reflejaron en tablas de números y porcentajes.

Resultados: La edad predominante en los ancianos es de 70-79 años, predominando en ese grupo de edad el sexo masculino, las patologías y afecciones más frecuentes en primer lugar, la Hipertensión Arterial con un 76,6 % , seguido del déficit visual, el mayor porcentaje se encuentra evaluado en la categoría 3 del Estado Funcional Global, de los cuidadores prevaleció el grupo de edad comprendida entre los 50-59 años y 40-49 años (24.2% y 19.4%), el nivel escolar de secundaria con el 45,2 %, las ama de casa predominan con 21 mujeres (33.9%), acerca del nivel de información por parte de los cuidadores, la mayoría corresponde con la calificación de regular y mal (41.9% y 22.6%).

Conclusiones: Los cuidadores mostraron un insuficiente nivel de conocimiento sobre aspectos relacionados con la atención a los ancianos frágiles.

Palabras claves: anciano frágil, cuidadores informales .

Índice

Introducción.....	1
-------------------	---

Problema Científico.....	6
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
Diseño Metodológico.....	13
Métodos.....	14
Análisis y discusión de los resultados.....	19
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Bibliografía.....	34.
Anexos.....	

Anexo 1

Consentimiento Informado de la Dirección municipal de salud

Yo Dr. (a) _____ Director(a) del policlínico; he sido informada por la Dra. Lilianne Martínez Villafranca su interés por la realización de un estudio que tiene como objetivo: Determinar el conocimiento sobre la atención al anciano frágil de los cuidadores informales del Consultorio médico 17 de Abreus, en el período 2020 - 2022.

De igual manera se me ha explicado que del estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para el área de salud sin embargo contribuirá a la descripción de elementos de interés en cuanto a la los cuidadores informales encargados del cuidado del anciano frágil, teniendo en cuenta que la línea de investigación es priorizada y justificada en el contexto actual, se manifiesta la conformidad para la realización de la investigación.

Nombre y apellidos (Director del Policlínico).....
Firma:..... Fecha:.....

Nombre y apellidos del Investigador principal:.....
Firma:..... Fecha:.....

Anexo 2

Consentimiento Informado.

El (la) que escribe: _____estoy de acuerdo a participar en la investigación, por lo que doy mi consentimiento para que se me formulen las preguntas que el investigador considere necesarias, una vez que se me han explicado los objetivos y beneficios que la misma reportaría para mi.

Se me garantiza que la intimidad y la confidencialidad quedarían resguardadas y que sólo se utilizará con fines de investigación. Tengo además la oportunidad de retirarme del estudio si lo considero oportuno, sin que esto ocasione medidas represivas contra mi persona.

Para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente documento a los ____ días del mes ____ del año ____.

Firma del cuidador

Firma del Médico (Investigador principal)

Cuestionario exploratorio sobre nivel de información del cuidador en la atención al anciano frágil.

A continuación se les ofrecen un grupo de consideraciones sobre el anciano frágil y algunas de las alteraciones presentes en ellos necesarios a tener en cuenta para un mejor cuidado de estos. Marque con una x en cada caso la opción en que todas son correctas.

1.- Para calificar un anciano como frágil es necesario.

- a) ____ Que presente enfermedades asociadas, y viva solo.
- b) ____ Que sea evaluado en su área de salud por un equipo.
- c) ____ Que el familiar se de cuenta de cambios psicológicos en el anciano.
- d) ____ Que tenga una patología nueva asociada a las que presentaba con anterioridad.

2.- El anciano frágil es considerado un discapacitado

- a) ____ si
- b) ____ no
- c) ____ no siempre.

3.- El apoyo familiar es necesario en los ancianos frágiles

- a) ____ Siempre
- b) ____ Solo en períodos de descompensación de sus patologías.
- c) ____ Solo si está encamado.

4.- El anciano tiene requerimientos dietéticos:

- a) ____ Igual a un adulto.
- b) ____ Igual a un niño.
- c) ____ Especiales según su condición.

5.- Los ancianos que se niegan a ingerir alimentos se debe:

Marque la opción en que todas son correctas.

- a) ____ No discutir con el anciano, ni forzar la alimentación, respetar sus gustos, hacer de la comida un acto rutinario, vigilar alguna dificultad como prótesis en mal estado y lesiones en la boca.

- b) ____ Se debe buscar la alternativa de alimentación por sonda, ofrecer alimentos triturados previamente, incrementar la ingesta de líquidos.
- c) ____ Se debe buscar la alternativa de alimentación enteral por personal capacitado, dar solo alimentos líquidos y semilíquidos, alimentarlo días alternos en dependencia de la evacuación intestinal.

6.- Un anciano considerado frágil debe ser atendido en consulta.

- a) ____ 1 vez cada año.
- b) ____ 2 veces al año.
- c) ____ A criterio del profesional de salud.

7.- La incontinencia urinaria es un problema de salud común en la ancianidad.

- a) ____ Si.
- b) ____ No.

8.- Siempre que el anciano presente incontinencia urinaria se debe colocar sonda vesical.

- a) ____ Si
- b) ____ No

9.- En la ancianidad ocurren cambios a nivel de órganos y estructuras.

- a) ____ Casi todos los órganos y estructuras.
- b) ____ Solo a nivel psicológico, cardiovascular, osteomioarticular.
- c) ____ Solo a nivel de los órganos de los sentidos.

10.- Las caídas en el anciano, las escaras, la depresión psicológica, la inmovilidad.

- a) ____ Son prevenibles por personal médico y no médico.
- b) ____ Son imposibles de prevenir.
- c) ____ Son prevenibles solo por personal médico.

Escala de Evaluación: El formato de medición utilizado es de respuestas dicotómicas, valorando el conocimiento correcto con **1** y el incorrecto con **0** y de

forma global si 10 correctas excelente, 9 correctas muy bien, 8 correctas bien, 7 correctas regular, menos de 7 mal

Introducción

El envejecimiento es un proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, haciéndolo más frágil ante situaciones de estrés y por tanto, más vulnerable ante la enfermedad. Este proceso no es un fenómeno uniforme, existen diferencias interindividuales pues cada persona envejece de una manera diferente a otras y también una gran diversidad intraindividual ya que los sistemas de órganos de un mismo individuo envejecen con un ritmo e intensidad diferentes.¹

La llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano².

En los últimos años es que la sociedad ha empezado a tomar conciencia del problema que representa el envejecimiento de la población y la necesidad de dar respuesta a las consecuencias personales, sociales y políticas derivadas de ello. Se plantea que este proceso debe ser considerado además en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones.³

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida¹⁻³.

El envejecimiento poblacional constituye actualmente una realidad de la cual se ven implicados tanto naciones con un alto desarrollo económico como países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud refiere que entre el año 2000 y 2050 el porcentaje de adultos mayores transcurrirá del 11 al 22%. El aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.⁴

En el año 1950, según cálculos de las Naciones Unidas, habían alrededor de 200 000 000 de personas de 60 años o más, existía igual proporción de personas de edad avanzada viviendo en países desarrollados que en países en

desarrollo, y desde el año 2000, 2 de cada 3 ancianos viven en las zonas menos favorecidas económicamente. ⁴ Durante este mismo año según datos de CEPAL, había en la región un poco más de 41 000 000 de personas de este grupos etario, que se incrementará en menos de 25 años a más del doble, o sea unos 98 000 000. En los próximos 30 años, 8 de los 11 países con mayor número de ancianos en el mundo, pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo. El envejecimiento latinoamericano y caribeño ha sido muy rápido y lo será más.^{4,5}

Dentro de este grupo aumentarán con mucha más velocidad los mayores de 80, a un ritmo de crecimiento del 4 % anual. Se afirma que la región del Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo. Esto implica que para adaptarse a ese proceso tendrá entonces menos tiempo que lo que tuvo el mundo desarrollado. Pero no solo será un problema de tiempo. También el envejecimiento en nuestros países se producirá sin el respaldo del desarrollo económico que siempre caracterizó al proceso en el mundo desarrollado. ⁵

Según conferencia sobre envejecimiento, en esta área existe una importante variación. Sobresalen Argentina, Uruguay, Puerto Rico y Cuba con un porcentaje de población mayor de 60 años superior al 13 %; le siguen, con un "envejecimiento moderado avanzado" Brasil, Chile, Jamaica, Bahamas, Surinam y Trinidad Tobago, con un porcentaje mayor al 8 %. Con un "envejecimiento moderado" se ubican Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, Venezuela y República Dominicana, con una tasa de adultos mayores de 6,9 %. Al final, con un "envejecimiento incipiente" aparecen Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, que tienen en la actualidad 5,5 % de su población en este rango de edad. Las proyecciones indican que 1 de cada 4 latinoamericanos será mayor de 60 años para el 2050.^{5,6}

Cuba, por sus condiciones histórico-sociales, completó tempranamente la transición demográfica de forma tal que en 1990 existían en el país 1 200 000 ancianos, representando el 11,9 % de la población total, en el año 2000 la cifra estimada era de 1 601 993, que representaba el 14,3 % de la población total, y en el 2007 la cifra total de ancianos en la población cubana era de 1 827 020, que representaba el 16,3 % del total de la población.⁷

Desde el triunfo de la Revolución, se ha priorizado la atención al adulto mayor, el cual, al igual que el resto de la población, disfruta de un régimen de seguridad y asistencia social que le asegura una vida decorosa y digna. También se implantó el Programa de Atención al Adulto Mayor, que en su subprograma de atención comunitaria, cuenta con diversas acciones encaminadas a la atención integral al anciano para mantenerlos en el seno de la comunidad e integrarlos a esta⁸.

La sociedad cubana moderna no puede ni debe prescindir del porcentaje de la población mayor de 60 años con que cuenta, debe aprovechar al máximo sus potencialidades y contribuir a que los mismos tengan una vida con calidad para su última etapa. Los abuelos son parte integrante de la sociedad moderna, las personas de edad deben desarrollar su vida activamente, recibiendo y aportando a la sociedad, de manera que contribuyan al desarrollo armónico de la misma.⁷

El aumento de personas ancianas implica la satisfacción de una serie de necesidades; prestaciones de la seguridad y la asistencia social, aumento en la cantidad y calidad de la atención médica por parte de instituciones de salud especializadas, así como el crecimiento del número de hogares de ancianos y casas de abuelos. Sin embargo, todavía la familia y la sociedad no están preparadas. Ante esta dificultad de atención y respuesta por parte de las instituciones públicas, el ámbito doméstico cobra cada vez mayor protagonismo. Es allí donde el cuidado informal es el principal, y muchas veces el único recurso de cuidado para muchos ancianos frágiles. Esta exigencia mayor se encuentra con una menor disponibilidad y posibilidad del recurso informal, con una mayor presión social por la competencia socioeconómica, sobre todo de la mujer, cuidadora tradicional de la familia. ⁹

En la provincia de Cienfuegos, según el anuario estadístico del año 2019 el envejecimiento poblacional es uno de los grandes problemas de salud, donde su población mayor de 60 años está representada por el 20,8% con incremento desproporcional en el tiempo. El diagnóstico provincial de salud expone la mayor población envejecida en el municipio de Lajas, no obstante el problema abarca sin distinción a todo el territorio. Sin dudas este análisis sin hablar de la

esperanza de vida al nacer, la elevada comorbilidad que suponer el vivir más años y estudiar el proceso en sí, es uno de los más grandes retos de hoy, y más aún de una de las directrices del ministerio de salud en el país respaldado por el Programa nacional de Adulto mayor.¹⁰

El municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos no está exento de esta situación. A partir del análisis de la situación de salud del territorio se ha identificado que existe una población de adultos mayores de 5 399, con un índice de envejecimiento del 17,3 %¹¹

Este grupo poblacional requiere de cuidados sistemáticos que permitan su alimentación e higiene, eviten accidentes , controlen su conducta, y además de familiares o cuidadores que estimulen a realizar actividades físicas, sociales y entrenamiento cognitivo, el paciente podrá enfrentar mejor su situación, pero por lo general los cuidadores no están preparados para tan compleja y prolongada función, entonces deben ser orientados adecuadamente acerca de la evolución y el pronóstico del envejecimiento, tratar de responsabilizar a varios familiares en el cuidado siempre que sea posible y brindar al cuidador psicoterapia en caso que así lo requieran.^{12,13}

Si queremos contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, hemos de prestar atención a este envejecimiento progresivo de la población y dirigir acciones hacia una adecuada identificación de las necesidades de aprendizaje de los cuidadores tanto formales como informales en temáticas relacionadas con la ancianidad, sus características grupales e individuales, su alimentación, actividades recreativas, ejercicios físicos y actividades de orientación para la vida que favorezcan una cultura de auto cuidado, cuidado y protección.

Justificación de la investigación.

El fenómeno de envejecimiento en el país es muy acelerado en relación a otros países y se hace necesario desarrollar alternativas de servicios verticales que respondan a este problema, el estado de dependencia que genera el adulto mayor constituye elemento predictivo de institucionalización.

El cuidado humanizado de los ancianos constituye una de las tareas sociales pendientes más urgentes; en tal sentido, la iniciativa de entregar un apoyo a las familias que ejercen su cuidado, viene a constituir una señal importante de reconocimiento del rol de apoyo terapéutico del cuidador y del desgaste que el ejercicio de éste genera no tan sólo en el cuidador, sino que en todo el entorno familiar.

Por lo que, ser cuidador de un anciano es una experiencia que transforma la vida y requiere conocimiento, valor y paciencia para ejercer su tarea de manera hábil; pudiendo incrementarse si recibe la orientación adecuada. El temor por el desconocimiento, falta de pericia para manejar las diferentes necesidades y reacciones emocionales del paciente y de la familia, pueden hacer aún más difícil su tarea.

Es ahí donde surge la necesidad de implementar la medicina preventiva como pilar indispensable en el cuidado, siendo ésta la base de la profesión. Cuidar es y será siempre necesario, una forma fundamental de ser, no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de toda la sociedad.

El Programa Nacional del adulto mayor, en la atención al anciano prioriza la asistencia continua, la educación y la detección precoz de complicaciones, a través de programas e intervenciones, individuales o grupales, dando el soporte necesario a los cuidadores de personas con dependencia. El Modelo de Asistencia continua en los diferentes niveles de atención de salud en Cuba y la implementación del médico de familia con su equipo básico, facilita el diagnóstico e identificación de problemáticas relacionadas con el adulto mayor y su entorno.

En el consultorio médico número 17 del poblado de Guasimal, del área de salud Abreus, provincia Cienfuegos, existe un total de 131 adultos mayores y un índice de Rocet de 17.7% lo que significa un envejecimiento poblacional, un

gran número de ancianos en estado de necesidad y fragilidad, asociado a un incremento de enfermedades, procesos psicológicos y sociales, que requieren mucha dedicación y de la observación diaria de familiares u otro personal que no sabemos ,en la mayoría de los casos, si constan con el conocimiento adecuado para el desempeño de esta tarea.

El incremento significativo de adultos mayores, en correspondencia con cuidadores informales sin previa preparación, el aumento acelerado del envejecimiento poblacional en el CMF#17 del poblado de Guasimal, Abreus , así como el no existir precedentes de estudios acerca de esta temática , mas, la necesidad de desarrollar estudios científicamente fundamentados en el contexto actual sobre la problemática planteada, constituyen motivación para la presente investigación:

Problema Científico

¿Cómo serán los conocimientos de los cuidadores informales sobre la atención a los ancianos frágiles del Consultorio médico 17 de Abreus?

OBJETIVOS

Objetivo: Determinar el conocimiento sobre la atención al anciano frágil de los cuidadores informales del Consultorio médico 17 de Abreus, en el período 2020 - 2022.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los ancianos, según variables sociodemográficas: edad y sexo, antecedentes patológicos personales, y clasificación de acuerdo al estado funcional global.
2. Caracterizar a los cuidadores en cuanto a la edad, sexo, escolaridad, ocupación.
3. Precisar el nivel de información del cuidador sobre algunos aspectos de la atención al anciano.

Marco teórico

El envejecimiento es un proceso de cambios que tiene el organismo a través del tiempo, que comienza mucho antes de los 60 años. Su característica fundamental es la disminución de la capacidad fisiológica de reserva y por tanto para adaptarse a los cambios que le impone la vida. ^(21, 22) Se puede definir como los cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, que implica una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos y tiene como consecuencia un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo. ²⁹ El envejecimiento es un proceso, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.¹⁴

La atención a los ancianos o adultos mayores ha tenido una evolución histórica en el contexto cubano, al triunfo de la Revolución la atención sólo se concebía desde el punto de vista de los que ingresaban a un hogar de ancianos; luego con el desarrollo de la Medicina -y del programa del médico de la familia- el tema comenzó a tomarse con una mayor fuerza, sobre todo ante el crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años. ⁷

Por ello, en 1995 fue concebido el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor como uno de los priorizados del Ministerio de Salud Pública, lo cual no implica que todo esté resuelto, sino que hay una mayor sensibilidad y se trabaja para enfrentar la situación que el país tendrá en los próximos años.

El programa comunitario incluye también los círculos de abuelos, las casas de abuelos (donde asisten aquellos que no son capaces de bañarse, salir, hablar por teléfono), y una asistencia domiciliaria, la cual reciben ancianos que viven solos que la solicitan y desean. ¹⁵

En la literatura revisada se plantea sobre varios programas establecidos para el adiestramiento a cuidadores formales, escuelas de cuidadores, entre otras, países como España, México, Cuba ponen en práctica esto, sin embargo aún es insuficiente los conocimientos que se les aporta a los cuidadores informales.¹⁶

En Cuba a través de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) se evidencia una alta proporción de personas mayores que reciben apoyo familiar alcanzando la cifra de 93 % en la Ciudad de La Habana ¹⁷

En Cuba, desde antaño y hasta la actualidad, la inmensa mayoría de las personas que precisan cuidados para realizar las actividades de la vida diaria, reciben ayuda fundamentalmente a través del cuidado informal de uno de sus familiares. Sin embargo, el debate social sobre los cuidados a las personas con problemas de dependencia se ha circunscrito casi exclusivamente a los ámbitos profesionalizados, especialmente sanitarios o de servicios sociales. ¹⁶

En la historia de los cuidados se distinguen diferentes etapas, por ejemplo, la doméstica, conocida así por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto; el objetivo prioritario de atención de la cuidadora era el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio; alrededor de cada mujer en la familia, se entrelazaban y elaboraban las prácticas rituales tendientes a asegurar la vida, su promoción y continuidad. ¹⁸

En la actualidad la familia es quien proporciona, en mayor medida, los cuidados que requieren las personas dependientes, y es principalmente el cuidador el que ayuda a cubrir las necesidades que el usuario no puede satisfacer por sí mismo, viviendo con frecuencia situaciones a la que se enfrentan como un problema. Es allí donde radica la importancia del nivel de conocimiento que posean; para ello los centros de salud entregan orientaciones, apoyo a la capacitación, realizan evaluaciones y monitoreos del cumplimiento del programa; además de formar una triada asistencial con el usuario y el familiar, la que debe cumplir con roles que además de ser complementarios, ayudan a esta persona en sus tareas complejas asociadas al cuidado integral. ¹⁹

El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad. ²⁰

Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus enfermos. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado se les denomina “cuidadores”. ²¹

A partir de esta definición, se impone la diferenciación entre cuidadores formales e informales; cuidador formal, persona capacitada que entrega servicios de cuidado a otros que presentan alguna discapacidad, recibiendo una remuneración. El informal o principal, es aquella persona vinculada por lazos familiares con el individuo dependiente, que desarrolla acciones cotidianas del ámbito doméstico con el objeto de mantener el funcionamiento integral y autónomo, incluyendo la asistencia de cuidados a personas de los diferentes grupos etéreas y no únicamente a adultos mayores.^{21,22}

El cuidador, desarrolla un sistema de actividades para garantizar una mejor calidad de vida a aquellas personas que se encuentran imposibilitadas de llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD); entendiéndose por éstas, las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para la subsistencia y autocuidado. Entre ellas se pueden diferenciar:²²

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño.
- Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Llamadas así, porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, cuidado de la casa, salir de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos.

El familiar encargado de un adulto mayor, puede cambiar mental y físicamente, al dedicarse totalmente, y lo que es peor, cuidar solo y sin ayuda. Este asume, en la mayoría de las veces, un papel que le fue impuesto por las circunstancias, y no por propia elección; a pesar de que, en el inicio, también entienda que esta misión naturalmente sea suya. Lo que acontece es que el familiar no tiene noción de lo que le espera, no tiene noción de cuánto será exigido.²³

En nuestro medio quienes más asumen el papel de cuidador son las mujeres: la esposa, la hija, la hermana, la sobrina, una cuidadora profesional, la

enfermera. En la gran mayoría de las veces, recae sobre un miembro de la familia que ya vive con el adulto mayor. ²³

Las condiciones físicas y mentales diferencian los cuidados a realizar en los adultos mayores, no es lo mismo que el anciano que se cuida deambule y conserve aunque sea el mínimo de independencia para las actividades básicas de la vida diaria, a que esté en estado de postración, en el cual hay que ejecutarles toda la asistencia, cuya diversidad estará mediada por el estado físico y puede ir en incremento, como por ejemplo, alimentación por levine, incontinencia de esfínter vesical y anal, escaras, rigidez, flacidez u otros. Las condiciones mentales también median los cuidados, la demencia puede ser un gran problema geriátrico que exige de los cuidadores un nivel superior de actuación y comprensión, y es necesario saber que esta enfermedad puede ir también en aumento y crear las más disímiles reacciones en los familiares que pueden no comprender lo que sucede, que su familiar ya no es el mismo ni tiene un comportamiento remotamente adecuado dentro del ámbito familiar y social. ²⁴

A pesar de los cambios que acontecen en la ancianidad es importante establecer las diferencias conceptuales que se manejan en cuanto a fragilidad, discapacidad, pues estos no necesariamente están presentes al unísono.

La discapacidad es una restricción o carencia de capacidad para realizar una actividad determinada o dentro de los alcances considerados normales por un ser humano.

Por su parte la fragilidad como concepto se comienza a escuchar desde la década de los 80 por primera vez, incluso hoy en día se amplía el campo en las investigaciones para determinar un consenso en cuanto los principales marcadores de este Síndrome y los instrumentos para su detección.

En la actualidad la fragilidad se considera como un síndrome biológico y las investigaciones han ido dirigidas a descubrir si existen personas predispuestas o no a presentar fragilidad. ^{22, 23, 24,}

Ha sido un término más definido que usado y frecuentemente variable. Ha habido varios intentos en definirla, coincidiendo todas: en que esta asociada al envejecimiento, es un riesgo, es compleja (en sus determinantes y en sus manifestaciones), es dinámica (en la interacción de sus componentes), y es heterogénea.⁽²²⁾

Y la definición más completa a nuestro juicio es la que la plantea: como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo.

Es necesario además entender las similitudes y diferencias de la fragilidad en relación a la discapacidad y la comorbilidad. Dentro de las primeras tendríamos: aumentan su frecuencia con la edad, predisponen a la hospitalización, la institucionalización, son predictores de dependencia futura, elevan los costos en salud, se asocian a un incremento de las necesidades de cuidados a largo plazo y la muerte²⁵⁻²⁷

La detección de la fragilidad nos lleva a estas sabias conclusiones y he ahí la importancia infinita de este conocimiento y su aplicación en la marco de la atención y mejoramiento de la calidad de vida de adultas y adultos mayores.^(21, 22, 23)

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Observacional descriptivo de corte transversal.

Escenario: Consultorio Médico de Familia No 17, Abreus.

Período del estudio: octubre 2020 a junio 2022

Universo y muestra: Comprendida por 64 ancianos clasificados previamente como frágiles según la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF) y 62 adultos que se desempeñan como cuidadores, en algunos casos de más de 1 anciano por coincidir en el hogar.

Criterios de inclusión:

En el caso de los ancianos:

- Edad de 60 y más años, pertenecientes al consultorio 17 con previa evaluación geriátrica (según escala geriátrica de evaluación funcional EGEF) clasificados como frágiles.
- Voluntariedad de participación expresada a través del consentimiento informado.

En el caso de los cuidadores informales:

- Que sean adultos con edad de 20 años y más.
- Voluntariedad de participación expresada a través del consentimiento informado.

Criterio de exclusión.

Que los ancianos no tengan una evaluación geriátrica previamente o que no estén clasificados como frágiles.

Rechazo a la participación en el estudio.

Criterios de salida:

Fallecimiento del anciano frágil

Perdida de la condición de cuidador por fallecimiento del anciano frágil que se encontraba bajo sus cuidados.

Métodos de investigación

Se empleó el método general dialéctico materialista a tono con una metodología cuali-cuantitativa apoyada en métodos teóricos, empíricos y matemático estadístico.

Métodos teóricos: Histórico – lógico, Analítico –sintético, Inducción-deducción, que permitieron el análisis de las teorías y los enfoques que aparecen en la bibliografía y de los resultados obtenidos en investigaciones sobre el cuidador del adulto mayor, realizándose análisis de los fundamentos teóricos esenciales y la conceptualización que sustentan la investigación; además de estudiar el comportamiento , devenir ,del fenómeno objeto de investigación, el descubrir y analizar las regularidades presentes en el proceso del fenómeno histórico que se investigó.

Métodos empíricos: Se aplicó cuestionario utilizado por la Licenciada en Psicología Marina Selin Ganen como trabajo investigativo para optar por el Título Académico de Máster en Longevidad Satisfactoria titulado: Propuesta de Programa Educativo a cuidadores informales de ancianos frágiles .Área VI- Cienfuegos. 2010-2011

Métodos matemático- estadísticos: Análisis porcentual de los datos obtenidos.

Procedimiento

Para realizar la investigación se solicitó la aprobación a la dirección del Policlínico Mario Muñoz Monroy del Área de salud Abreus (anexo 1) y teniendo en cuenta los aspectos éticos en nuestra investigación, la autora del trabajo pidió el consentimiento, previa información a los participantes (anexo 2)

Para dar salida al objetivo 1y 2 se tuvieron en cuenta los datos de la Historia clínica individual y familiar de cada anciano y cuidador, corroborados por la autora en visita de terreno o consulta incluyendo la clasificación de los ancianos frágiles según el estado Funcional Global (EFG) de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF), por la cual finalmente se expresó la siguiente evaluación de manera individual :

Con evaluación de 3: Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros.

Con evaluación de 2: Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona.

Con evaluación de 1: Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes.

Para darle salida al objetivo específico 3 se aplicó cuestionario utilizado por la Licenciada en Psicología Marina Selin Ganen (anexo 3), el cual cuenta con 10 preguntas que exploran los conocimientos sobre aspectos relacionados con la atención al anciano frágil. Se utilizó como escala de evaluación el formato de respuestas dicotómicas, valorando el conocimiento correcto con **1** y el incorrecto con **0** y de forma global, si 10 correctas excelente, 9 correctas muy bien, 8 correctas bien, 7 correctas regular, menos de 7 mal.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

La información fue procesada en una computadora Cori II con ambiente de Windows 7 Ultimate, utilizando como tabulador el programa Microsoft Office Excel 2010 y el paquete estadístico SPSS p/Windows V-21, y los resultados se reflejaron en números absolutos y porcentaje.

Técnica de discusión y síntesis de los resultados

Los principales resultados se exponen en tablas, a partir de un análisis que consideró el predominio de los datos obtenidos, según sea el caso; y en ello, se consideró la justificación de los objetivos propuestos. Todos los análisis realizados permitieron llegar a la presentación de las conclusiones de la investigación y el ofrecimiento de las recomendaciones.

Operacionalización de las variables:

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80 y mas	Número Porciento
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Género del participante.	Femenino Masculino	Número Porciento
Escolaridad	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Grado de escolaridad vencido.	Iletrado. Primaria. Secundaria básica. Preuniversitario. Universitario.	Número Porciento

Consideraciones Éticas

Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal	Patología de la que padece	Hipertension Arterial Diabetes Mellitus Cardiopatía Isquémica Neoplasias Accidente Vascular Encefálico Déficit visual Déficit Motor Déficit Auditivo	Número Porciento	
Estado Funcional Global	Cuantitativa Discreta	Según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)	Evaluación de 3: Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros. Evaluación de 2: Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona. Evaluación de 1: Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes.	Número Porciento	
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad a la que se dedica además de ser cuidador	Ama de casa Jubilados Trabajadores cuenta propia Trabajadores no cuenta propia	Número Porciento	

Se presentó el documento de consentimiento informado a cada uno de los cuidadores que participaron en la investigación, donde se explicó la importancia

Nivel de información del cuidador	Cualitativa ordinal	Información que tiene el cuidador en relación al tema	Excelente Muy bien Bien Regular Mal	Número Por ciento
-----------------------------------	---------------------	---	---	----------------------

del estudio y de su participación de manera totalmente voluntaria, además de mantener la confiabilidad de la información obtenida. Los resultados se sometieron al arbitraje del Consejo Científico, para que evaluara la conveniencia de su publicación.

Valoración de la Investigación

Pertinencia: Los resultados del proceso de investigación permitieron perfeccionar la atención a los ancianos del CMF # 17 de Abreus, y con ello se logró contribuir su calidad de vida y longevidad satisfactoria, dando cumplimiento a las políticas de salud dispuestas en Cuba.

Significación Práctica: Los resultados del proceso de investigación aportaron una herramienta, en una concepción científica que fortalece el accionar del equipo básico de salud en la atención a los ancianos del CMF # 17 de Abreus, y con ello contribuir a su calidad de vida y longevidad satisfactoria.

Novedad Científica: Los resultados del proceso de investigación consideraron como novedad científica la concepción del resultado, ordenado en un sistema de métodos teóricos y empíricos que facilitaron la caracterización y el diagnóstico del estado inicial de conocimientos de los cuidadores.

Análisis y Discusión de los resultados

Tabla1 Distribución según edad y sexo de los ancianos. CMF 17.Abreus

2020-2022

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	%
	No	%	No	%	No	%
60-69	8	28,6	5	13,9	13	20,3
70-79	11	39,3	21	58,3	32	50
80-89	5	17,9	7	19,4	12	18,6
mayores de 89	4	14,3	3	8,3	7	10,9
Total	28	100	36	100	64	100

Fuente: HCI, HSF.

La edad predominante es de 70-79 años con 32 ancianos (50%), predominando en ese grupo de edad el sexo masculino con 21(58,3%) sobre el femenino, encontrándose el menor número, en los mayores de 89 años. El poblado de Guasimal , Abreus , población que es atendida por el consultorio escenario de nuestro estudio investigativo, constituye uno de los asentamientos poblacionales con mayor número de personas ancianas en el Consejo Popular de Charcas, por ser uno de los lugares que ya estaba poblado al crearse este Consejo Popular.

La composición de edad de la población está cambiando dramáticamente; en la actualidad, los seres humanos pueden lograr cada vez más sus potenciales de esperanza de vida individuales; en estos momentos, los longevos representan uno de los segmentos de la población de más rápido crecimiento, con implicaciones socio-económicas y médicas muy especiales.²⁸

Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones que demuestran como la fragilidad en los ancianos se incrementa según la edad.²⁶ Este incremento se acentúa luego de los 85 años llegando alcanzar las cifras de 46 %.^{22,29}

Un estudio sobre calidad de vida del adulto mayor en el anciano revela que el mayor porcentaje de ancianos está en las edades comprendidas entre 65-75 años coincidiendo con los resultados de los estudios realizados por Composortega y Prieto^{29,30}

En estudios similares al nuestro se difiere en cuanto a los grupos de edades, predominando los ancianos entre 60-69 años tal es el caso del realizado por León Julca en Perú³¹

Chuquipul Mendoza e Izaguirre Martínez en sus estudios de calidad de vida en población geriátrica, con respecto al sexo, mostraron resultados semejantes.³² En la mayoría de la literatura consultada se hace referencia al aumento de la proporción de mujeres con la edad ^{2, 8, 10, 11,14}

Tabla 2 Antecedentes Patológicos Personales en los ancianos. CMF 17.Abreus 2020-2022

Antecedentes Patológicos Personales	No	%
HTA	49	76,6
DM	6	9,4
CI	9	14,1
Neoplasias	3	4,7
AVE	5	7,8
Def visual	47	73,4
Def. Motor	31	48,4
Def. Auditivo	39	60,9

Fuente: HCl, HSF.

La tabla muestra las patologías y afecciones más frecuentes en los ancianos incluidos en nuestro estudio y entre ellas se encuentra en primer lugar, la Hipertension Arterial con 49 pacientes para un 76,6 %, seguido del déficit visual en 47 pacientes para un 73,4% y en tercer lugar el déficit auditivo en 39 ancianos para un 60,9 %.

Es poco común encontrar a una persona mayor que no padezca al menos de una enfermedad crónica pero lo más importante no es la presencia de alguna enfermedad sino las limitaciones que produzca la misma, quiere decir que lo más importante para un anciano no es el diagnóstico de una enfermedad determinada, sino en cuanto lo limita para mantener su autonomía o independencia funcional o sea en conservar la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismo. No sólo la enfermedad que padece una persona mayor lo lleva a la discapacidad sino también a la imposibilidad de

mantenerse independiente para desempeñar sus tareas, esto depende de diferentes factores sociales, psicológicos, económicos, físicos y ambientales; que provocan que una misma enfermedad lleve a un anciano a la discapacidad y a otros no.

La HTA es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades. En la mayoría de los países, la prevalencia se encuentra entre el 15 y el 30 % para la población general. ^{6,9,12}

A consideración de la autora estos resultados están en relación directa con el envejecimiento pues la frecuencia de HTA aumenta con la edad, y se ha demostrado que después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece. Su prevalencia en adultos mayores, según estudios, oscila entre un 60 a un 70 %.

En estudio realizado por Masana en la población española, por ejemplo, es del 66,3 %, mientras que en otro realizado por Barrantes y Sosa Tineo se encontró una prevalencia del 43,4 %. ^{15,33}

En nuestro estudio entre las patologías más frecuentes en los ancianos se encuentran la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y las Cardiopatías isquémicas. Estos resultados no entran en desacuerdo con el ámbito mundial pues la HTA es la enfermedad cardiovascular de mayor morbilidad a nivel mundial constituyendo junto a la Diabetes, el factor de riesgo más importante de la aterosclerosis y de las enfermedades coronarias. ³³

La HTA ha tenido un comportamiento creciente, en el comienzo del nuevo milenio estamos asistiendo a un espectacular incremento de la HTA y sus complicaciones en gran parte debido al envejecimiento de la población.

En un estudio realizado por los autores Reyes, y Durand, relatan con mayor frecuencia la asociación de ancianidad con HTA y enfermedades cerebro-vasculares ⁸, de igual forma en estudios similares se demuestra el predominio de HTA en países desarrollados como China, Japón y Canadá. ⁵

En otros trabajos realizados por Tejeda, describen los Accidentes Vasculares Encefálicos como los de mayor asociación en la tercera edad, y también la demencia, no así la HTA , lo cual está en contraposición con nuestro estudio¹.

Otras investigaciones nacionales como el estudio SABE (Salud y Bienestar en las Américas) realizado en Ciudad de La Habana exponen que el 44 % de las personas mayores declaran ser hipertensos, seguidos de los Diabéticos y las enfermedades del corazón siendo estas tres más frecuentes en las mujeres ⁷.

Las dificultades para moverse, oír, ver y masticar son de vital importancia para los ancianos, pero pueden no percibirse como morbilidad. En nuestro estudio es llamativo el dato de los ancianos con HTA y déficit visual, al relacionar los aspectos para el cuidado del anciano debemos tener en cuenta que es raro encontrar un anciano con una sola patología y que a su vez algunos de los déficit asociados generan por sí discapacidad.

Se plantea por múltiples autores que las medidas de las actividades de la vida diaria (AVD) tienen valor pronóstico sobre discapacidad futura lo que refuerza nuestro planteamiento anterior.³⁴

Nuestros resultados en cuanto algunos déficit presentes en nuestros ancianos y que a su vez son parte de actividades de la vida diaria no difieren de lo planteado por otros autores al referir que la pérdida visual también es extremadamente frecuente, se ha encontrado que el 90 % de los ancianos requieren espejuelos y más del 20 % de los mayores de 80 años son incapaces de leer el periódico aún con espejuelos. Las causas más comunes de deterioro visual a estas edades son las cataratas, el glaucoma, la degeneración macular y la retinopatía, sobre todo diabética.^{8,21}

Tabla 3 Clasificación de los ancianos frágiles según Estado Funcional Global (EFG). CMF 17.Abreus 2020-2022

Estado Funcional Global.	No	%
Evaluación de 3	30	46,9

Evaluación de 2	22	34,3
Evaluación de 1	12	18,75
Total	64	100

Fuente: HCI, HSF.

La Tabla 3 demuestra que de los ancianos frágiles incluidos en nuestro estudio el mayor porcentaje se encuentra evaluado en la categoría 3 del Estado Funcional Global, significando, que el 46,9% de estos ancianos tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros.

El estado de fragilidad tiene un valor predictivo para la aparición de efectos adversos para la salud, pues los sujetos frágiles poseen mayor porcentaje de hospitalización, caídas y muerte. Este valor se mantiene después de ajustar los factores socioeconómicos, los síntomas depresivos y la discapacidad, por tanto, el síndrome de fragilidad constituye un factor de riesgo que tiene carácter independiente.³⁵

Para establecer estrategias de prevención es indispensable diagnosticar el síndrome antes que la discapacidad y la institucionalización. Se hace evidente que los programas de prevención deben encaminarse al mantenimiento de la actividad física, y aspectos generales que impidan lo antes señalado.³⁶

Se coincide por múltiples autores que la fragilidad tiene un profundo impacto sobre la salud y el bienestar, incrementando el riesgo de caídas, lesiones, institucionalización, depresión y, por lo general, cuando no se toman a tiempo las medidas necesarias, conduce a la discapacidad. También existe relación entre el grado de fragilidad y la mortalidad de los adultos mayores. Otros autores encontraron asociación entre el estado frágil y una menor supervivencia a los 4, 5 años de seguimiento.³⁷

La condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte.³⁸

La fragilidad se presenta en una alta prevalencia en los adultos mayores, las investigaciones reflejan que el 20 % de los mayores de 65 años son frágiles, pero se incrementa casi al doble en los mayores de 80 años. Es importante tener en cuenta que fragilidad no significa discapacidad: la fragilidad puede originar discapacidad cuando se alcanza el umbral de severidad, debilidad y disminución de la tolerancia al ejercicio. Mientras algunos adultos mayores frágiles son discapacitados, no todas las personas mayores discapacitadas son frágiles.^{37, 38, 39}

La relación de anciano frágil y cuidadores aumenta según la fragilidad y la edad del cuidador varía. A medida que más frágil sea el anciano más necesitará de una persona que lo cuide o en su defecto de una institución del estado.⁴⁰

La autora considera que los presentes resultados pudieran estar en relación con la poca actividad física y social que caracteriza a la población en este asentamiento rural.

En una investigación realizada en una comuna de Cali, Colombia, se demuestra que en cuanto a la evaluación funcional, el 69.0% de los adultos mayores frágiles fueron independientes pues la población, a pesar de estar muy envejecida, es bastante activa.⁴¹

Según estudios, el 90% de los adultos mayores entre 75 y 84 años son independientes en las actividades, pero el 45% de los mayores de 84 años necesitan ayuda. La dependencia del adulto mayor, en términos de funcionalidad, se relaciona con mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.^{40,41}

Varios autores plantean que resulta importante la protección que recibe el anciano de su familia porque esta constituye el pilar fundamental de su vida, explican, además, que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares, el bienestar y la seguridad de los ancianos. La

familia por lo general se ocupa de ellos y de esta forma se acentúa la imagen positiva y de cooperación que tiene la función familiar para este grupo poblacional ⁴².

Varias investigaciones han establecido el papel de factores como el desencanto, la depresión, el aislamiento, la mala nutrición, el poco o ningún ejercicio, el poco intercambio con los demás, las pérdidas de seres significativos, entre otros , y la repercusión que provocan en el proceso de envejecimiento al ser factores que golpean al anciano en la vida; estos son mayormente de naturaleza psicológica, insisten en crearle un espacio afectivo estable que proporcione mantener el sistema nervioso y otros sistemas metabólicos en buen estado.⁴³ Todo esto induce a comprender el papel de un adecuado cuidado al anciano, la importancia de que familiares y cuidadores estén preparados para su tarea en este aspecto. El cuidador es la persona que asume la mayor parte de las tareas relacionadas con el cuidado del adulto mayor dependiente y que permite la satisfacción de sus necesidades materiales y emocionales.⁴⁴

La familia es la principal proveedora de cuidados del adulto mayor dependiente, en estudios realizados se ha encontrado que el 71.9% de los cuidadores de personas mayores son miembros de la familia.^{43,44}

Tabla 4 Distribución según edad y sexo de los cuidadores. CMF 17.Abreus 2020-2022

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29	3	7,1	2	10	5	8,1
30-39	4	9,5	3	15	7	11,3

40-49	10	23,8	2	10	12	19,4
50-59	8	19	7	35	15	24,2
60-69	9	21,4	2	10	11	17,7
70-79	7	16,7	3	15	10	16,1
80 y más	1	2,4	1	5	2	3,2
TOTAL	42	100	20	100	62	100

Fuente: HCI, HSF.

En la tabla 4 según la distribución edad y sexo de los cuidadores de los ancianos frágiles el sexo femenino predomina sobre el masculino. Se aprecia además que las personas en los grupos de edades comprendidas entre los 50-59 años y 40-49 años (24.2% y 19.4%) respetivamente, son las que predominan en nuestro estudio como cuidadores.

La familia es la principal proveedora de cuidados del adulto mayor dependiente, en estudios realizados se ha encontrado que el 71.9% de los cuidadores de personas mayores son miembros de la familia.^{40,41}

La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) muestra una alta proporción de personas mayores que reciben apoyo familiar alcanzando la cifra de 93 % en la Ciudad de La Habana.⁴¹

Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus enfermos. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado se les denomina "cuidadores". Se ha definido al cuidador como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

En nuestra investigación la totalidad de ancianos frágiles cuenta con un familiar cuidador, en ocasiones un familiar realiza las funciones de cuidador con más de 1 anciano por coincidir en el hogar.

Si tenemos en cuenta que la vida laboral se extiende hasta cerca de los 60-65 años, además de las regulaciones sobre la edad de jubilación en nuestro país, es evidente que la mayoría de nuestros cuidadores aún se encuentran en edad laboral y sobre todo finalizando esta etapa lo que podría traer implicaciones en el orden económico para la familia, este aspecto ha sido tema de preocupación por varios investigadores que han encontrado resultados similares a los nuestros.^{38,39,40}

Otro elemento a tener en cuenta es la presencia de un grupo de cuidadores que también son adultos mayores con la vulnerabilidad física y psicológica que de por sí tienen las personas de este grupo de edad, lo que puede hacerlos más propensos a presentar alteraciones como consecuencia del cuidado del enfermo.³⁹

En otras investigaciones sobre este tema se han evidenciado similares resultados al plantear que los cuidadores son por lo general mujeres: en primer lugar están las hijas, seguidas por las esposas y luego las nueras, hermanas, que tienen a su vez múltiples obligaciones sociales, laborales y familiares que le provocan alteraciones de diferentes tipos. De igual forma se han encontrado resultados similares en investigaciones con enfermos de Alzheimer donde el mayor porcentaje de cuidadores son mujeres y generalmente las hijas de estos enfermos.^{44,45}

Consideramos que los resultados de la presente investigación con respecto a lo que se expone en la tabla 4 pudieran estar en relación con el hecho de que históricamente el cuidado de los enfermos, de los niños y de los viejos siempre correspondió a las mujeres.

Este hecho es constante en la mayoría de las sociedades. Tal situación se ve reflejada en las instituciones donde casi la totalidad de los cuidadores son mujeres. Estos resultados están determinados fundamentalmente, por factores culturales que le han asignado a la mujer el papel de cuidar, ya que desde edades tempranas es entrenada para el cuidado de los hijos y porque a ellas se les considera más "preparadas" para asumir esta tarea. Sin embargo la incorporación de la mujer a la vida social, entre otros factores ha llevado aparejada la presencia en aumento de los cuidadores hombres.⁴⁰

También es preciso tener en cuenta que nuestros resultados apuntan hacia la necesidad de velar por la salud de estos cuidadores que se encuentran en una edad que se caracteriza por la aparición de enfermedades crónicas las cuales están asociadas al estrés y en este caso la carga que genera el cuidado y la vulnerabilidad que presentan pudieran llevarlos a padecer afecciones físicas y psicológicas.

Tabla 5 Distribución según escolaridad de los cuidadores. CMF 17.Abreus 2020-2022

Escolaridad	No	%
Primaria	18	29
Secundaria Básica	28	45,2
Preuniversitario	11	17,7
Universitario	5	8,1
Total	62	100

Fuente: HSF, HCI.

Más de la mitad del total incluido en el estudio corresponden con niveles escolares de secundaria y primaria con el 45,2 % y el 29 % respectivamente, lo que demuestra que nuestros cuidadores poseen un nivel educacional medio y bajo, no coincidiendo estos resultados con otras investigaciones similares ^{31, 34}, sin embargo otros estudios internacionales exponen cifras de más del 50% donde los cuidadores poseen nivel educacional bajo ³⁵.

Nuestros resultados pueden estar relacionados con el tipo de población incluida en el estudio, quienes poseen características histórico culturales típicas de población obrera agrícola, en su mayoría amas de casa con pocos o casi ningún desarrollo industrial.

Nuestra investigación nos guía al momento de realizar un análisis, en cuanto a la posibilidad por parte del cuidador de adquisición de conocimientos sobre temas relacionados con el cuidado adecuado hacia los adultos mayores.

Tabla 6 Distribución según categoría ocupacional de los cuidadores. CMF 17.Abreus 2020-2022

Ocupación	No	%
Ama de casa	21	33.9
Jubilados	18	29.0
Trabajadores cuenta propia	17	27.4
Trabajadores no cuenta propia	6	9.7
Total	62	100

Fuente: HSF, HCI.

En relación a la anterior tabla las ama de casa predominan con 21 mujeres (33.9%), seguido del grupo de jubilados (29%), predominando de forma general los no ocupados laboralmente, lo que pudiera estar relacionado con el hecho de que los cuidadores familiares de los ancianos no continúan laborando y a veces se jubilan antes de lo previsto por tener que asumir esta tarea.

Estudios realizados por Oria –Saavedra y otros autores coinciden con nuestros resultados mientras otros como por Benavides-Rodríguez y otros plantean que siguen trabajando por razones económicas y/o profesionales.^{40,45} Esta situación amplía la diversidad de tareas y el esfuerzo que deben realizar, lo que requiere de una buena planificación del tiempo.^{41,43}

Otros estudios muestran que cerca de la mitad de los cuidadores seguían trabajando, un bajo porcentaje dejan de hacerlo por la necesidad de cuidar al anciano mientras que otros deben alterar sus esquemas laborales.¹⁶

El desarrollo de los planes de formación para garantizar una atención integral a los adultos mayores comienza desde la persona que cuida en el hogar hasta el médico geriatra, por ello se brindan todas las herramientas básicas geriátricas a los cuidadores, a través de diferentes artículos, folletos, conferencias, manuales, apoyando de manera significativa su labor y las expectativas de vida, sin embargo todo ha sido concebido para los cuidadores formales o cuidadores en instituciones fundamentalmente de salud.⁴⁶

Tabla 7 Nivel de información del cuidador sobre algunos aspectos de la atención al anciano. CMF 17.Abreus 2020-2022

Nivel de Información	No	%
Excelente	3	4,8
Muy Bien	7	11.3
Bien	12	19.4
Regular	26	41,9
Mal	14	22.6
TOTAL	62	100

Fuente: Cuestionario exploratorio. Anexo (3)

Luego de aplicado el cuestionario exploratorio acerca del nivel de información sobre la atención al anciano por parte de los cuidadores, la mayoría corresponde con la calificación de regular y mal (41.9% y 22.6%) respectivamente, evidenciando por tanto que aunque se exploran solamente algunos de los aspectos a tener en cuenta en la atención a los ancianos, no es adecuada la información que poseen.

En la literatura revisada se plantea sobre varios programas establecidos para el adiestramiento a cuidadores formales, escuelas de cuidadores, entre otras, países como España, México, Cuba ponen en práctica esto sin embargo aún es insuficiente los conocimientos que se les aporta a los cuidadores informales. Como hemos expuesto con anterioridad, es vital el papel de la familia como fuente de apoyo a sus miembros, de ahí la necesidad de que familiares con un rol de cuidador e incluidos en nuestro estudio precisen de información y conocimientos sobre el tema. ^{3,5,6,7}

Conclusiones

Los cuidadores informales de nuestro estudio mostraron un insuficiente nivel de conocimiento sobre aspectos relacionados con la atención a los ancianos frágiles

Recomendaciones

Es necesaria la realización de estrategias de intervenciones educativas que eleven el nivel de conocimiento de los cuidadores informales de los ancianos frágiles y así garantizar una mejor atención a tan sensible sector de nuestra población.

Generalizar este estudio hacia el resto de los consultorios médicos de familia del municipio de Abreus.

Bibliografía

- 1 Tejeda Dilou Y. Efectividad de una intervención educativa en nivel de conocimientos de cuidadores no formales de adultos mayores. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020 [citado 30 Oct 2020];36(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3074>

- 2 Bibliografías en español. Protestantes que dejaron una huella en la historia [Internet] 2017 [aprox.8p.]. Disponible en: <http://biografas.blogspot.com/2006/11/florence-nightingale.html>
- 3 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor: Octubre-noviembre-diciembre 2017 [sede web]. Lima-Perú; 2018 [citado 9 de marzo 2021] P23-25. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf
- 4 Fariña Acosta L. Sigue en aumento el envejecimiento demográfico. Periódico Granma. [Internet]. 17 de abril 2018[citado 10 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba/2018-04-17/sigue-en-aumento-el-envejecimiento-demografico-fotos>
- 5 Organización Panamericana Salud. Envejecimiento Saludable [sede web] EE.UU; 2018 [citado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthyaging&catid=9425:healthyaging&Itemid=42449&lang=es
- 6 Ramos Monteagudo AM, Yordi-García MJ. Envejecimiento demográfico en Cuba y los desafíos que presenta para el Estado. Revista Biomédica [Internet]. 2018 [citado 12 de agosto 2020]; (18): [aprox. p.]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/7231.act?ver=sindisenio?ver=sindisenio>
- 7 Martínez-Pérez T, González-Aragón C, Castellón-León G, González-Aguilar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 7 de enero 2020]; 8(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>
- 8 Reyes Rodríguez E, Durand Rill R. Calidad de vida en la tercera edad desde la Universidad del Adulto Mayor. **Revista Información Científica** [Internet]. 2018 [citado 14 de Abril 2021]; 97 (1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1823>
- 9 Programa Nacional del adulto mayor. Cienfuegos. 2018. Dirección Provincial de Salud: Vice dirección de Asistencia Médica.(Cienfuegos)[Internet].20 dic 2017[citado 21 sep 2018].Disponible en: <http://www.cfg.sld.cu>
- 10 Duran-Badillo T, Maldonado Vidales MA, Martínez Aguilar ML, Gutiérrez Sánchez G, Ávila Alpírez H, López Guevara SJ. Fear of death and quality of

- life in older adults. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 16 de enero 2021]; 19(58): 287-304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200010&lng=es
- 11 Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Estadística Anual 2019*. Cienfuegos: DPS; 2019.
 - 12 Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Estadística Anual 2019*. Abreus: DMS; 2019
 - 13 Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horiz. sanitario* [revista en la Internet]. Abril 2018 [citado 2021 Ene 15]; 17(2): 87-88. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es
 - 14 Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018 [citado 8 Oct 2020];34(1). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/354>
 - 15 Masana L. Cuidados informales de larga duración en España: retos, miradas y soluciones. 2017 [citado 8 Oct 2020];13(2). Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1237>
 - 16 Pons Delgado SV, Delgado Labrada VE, Oliva Magaña Md, Tamayo Solís YM, González Gacel J. Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. *RM* [revista en Internet]. 2018 [citado 29 de enero 2020]; 22(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/777>
 - 17 Mendiguren Navascues MA, Arriola Muguerza M, Sandonies Lasheras A, Iraola Sierra B, Lopez Cacho A, Erro E, et al. Otra forma de organizarse en la atención domiciliaria en Atención Primaria. *International Journal of Integrated Care (IJIC)* [Internet]. 2019 Aug 8 [citado 18 Nov 2020];19(S1):1–2. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138165819&lang=es&site=ehost-live>
 - 18 Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística (ONE) *Anuario Estadístico de Salud*. La Habana: MINSAP; 2018 [acceso: 21/02/2019].

Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?find_again=Anuarios+Estad%C3%A1sticos

- 19 Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 Oct [cited 30 Oct 2020];34(4):N.PAG. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=135966487&lang=es&site=ehost-live>
- 20 Gort Hernández M, García Parodi MM, Mesa Trujillo D, Espinosa Ferro Y, Verona Izquierdo AI. Vinculación universidad-comunidad en la calidad de vida del adulto mayor. Revistade Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 14 de abril 2020]; 23(4): 492-500. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000400492&lng=es
- 21 Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Revista Cubana de Enfermería. 2017 [citado 8 Oct 2020];33(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
- 22 Herrera E. Cuidadoras y Cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile [Internet] 2017 [aprox.8p.]. Disponible en: www.fonadis.cl/tools/resources.php?id=1584
- 23 Bravo-Hernández N, Noa-Garbey M, Gómez-Lloga T, Soto-Martínez J. Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. **Revista Información Científica** [Internet]; 2018 [citado 12 febrero 2021]; 97 (3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1946>
- 24 Nieto Zambrano SJ, Gómez Tello PP. Caracterización del adulto mayor maltratado en su medio familiar, sector DURÁN Tesis [Internet]. Guayaquil:Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 13 de marzo 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55758>
- 25 Rojas Reyes SK, Relación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018 Tesis de posgrado [Internet].Guayaquil-Ecuador:

- Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018 [citado el 13 de Octubre 2020] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12214>
- 26 Josiane de Jesús M. Necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos en el hogar. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2017 [citado 2 oct 2020];16(2):[aprox.8p]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200007&lng=es&nrm=iso>
- 27 Sánchez-Barrera O, Martínez-Abreu J, Castel-Florit-Serrate P, Gispert-Abreu E. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2019 [citado 24 May 2021]; 41 (3): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3363>
- 28 Criollo Capelo MM. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor. Una aproximación al Centro Gerontológico del Buen Vivir [Tesis de Postgrado]. Ibarra-Ecuador.Universidad técnica del Norte; 2018. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8166>
- 29 Mesa-Trujillo D, Valdés ABM, Espinosa FY, et al. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020; 36 (4):1-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101702>
- 30 García-López L, Quevedo-Navarro M, La-Rosa-Pons Y, Leyva-Hernández A. Calidad de vida percibida por adultos mayores. **Medimay** [Internet]. 2020 [citado 12 de enero 2021]; 27 (1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1561>
- 31 León Julca GL. Calidad de vida del anciano que asiste a un taller de adulto mayor de una institución de salud privada del Rímac[Tesis de Pregrado]. Lima-Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3150/TESIS%20Le%c3%b3n%20Gloria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 32 Chuquipul Mendoza P,Izaguirre Martínez C. Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor,

Villa los Reyes, Ventanilla 2018 [Tesis de Pregrado]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESES%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaquirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 33 Barrantes Tarrillo EA, Sosa Tineo L. Prevalencia del síndrome depresivo y factores determinantes en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque febrero 2018 –febrero 2019. [TTE]. Lambayeque-Perú.Universidad NacionalPedro Ruiz Gallo, Facultad de medicina humana. 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/3877>
- 34 Carera Cejas A, Naranjo Ferragut JA, Ochoa Ortega MR, Cabrera Hernández A, Valdés Villafranca R. Caracterización del funcionamiento en familias con adultos mayores del consultorio médico 43 del Policlínico Turcios Lima. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: 2 de febrero 2021]; 25(3): e4987. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4987>
- 35 Alvarez-Lauzarique M, Veá-Bayarre H, Pérez-Piñero J. Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [citado 24 May 2022]; 34 (2) Disponible en:<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/671>
- 36 Martínez González BM, Hernández Falcón N, Díaz Camellón DJ, Arencibia Márquez F, Morejón Milera A. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Mayo 24]; 42(4): 2066-2077. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000402066&lng=es
- 37 Moreno Aguado LM, Díaz Calzada M, Arteaga Prado Y. Accidentes en el adulto mayor de un consultorio médico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Mayo 31]; 23(2): 204-211. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200204&lng=es
- 38 Vila Pérez, O. L., Valdés Mederos, L. A., & Cabrera Ortega, J. A. (2018). El envejecimiento poblacional en el contexto socioeconómico de Cienfuegos:

- una propuesta necesaria. *Universidad y Sociedad*, 10(5), 161-168. [citado 20 Nov 2021]. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
- 39 Moreno Aguado LM, Díaz Calzada M, Arteaga Prado Y. Accidentes en el adulto mayor de un consultorio médico. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Mayo 31]; 23(2): 204-211. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200204&lng=es
- 40 Benavides-Rodríguez C, García-García JA, Fernández JA. Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Univ. Salud* [Internet]. 2020 Sep [citado 2021 Mayo 24]; 22(3): 238-245. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000300238&lng=es
- 41 Astaiza MC, Benítez Ceballos MJ, Bernal Quintero V, Campo Giraldo D, Betancourt Peña J. Fragilidad, desempeño físico y riesgo de caídas en adultos mayores pertenecientes a una comuna de Cali, Colombia. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2022 feb 24]; 32(3): 154-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400004&lng=es
- 42 Díaz Batista D, Reina Fleitas Ruiz R. Santos García IB. Cuidado familiar del adulto mayor y envejecimiento poblacional en Cuba. Una mirada desde las ciencias sociales. *Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica* [internet]. abril 2021[citado 7sep 2022;]2(9). pp. 59-75). Disponible en: <https://www.eumed.net/es/revistas/-cuba>
- 43 Labarca-Delgado M, Pérez-Martinto C. Necesidad de capacitación al cuidador del adulto mayor. **Revista Cubana de Medicina** [Internet]. 2020 [citado 18 Nov 2022]; 58 (3) Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1305>
- 44 Oria-Saavedra M, Elers-Mastrapa Y, Espinosa-Aguilar A. Una concepción de cuidador familiar de anciano. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2020 [citado 18 Nov 2022]; 36 (1) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3120>
- 45 Meza G. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo [Tesis de licenciatura]. Lima, Perú.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [Internet] 2017 [citado el 13 de Octubre 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5892>

- 46 Petronila Gómez L, Aragón Chicharro S, Calvo Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2021]; 28(1): [aprox. 24 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2017000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

