



FACULTAD
CIENCIAS MEDICAS
"Dr. Raúl Dorticós Torrado"

Policlínico Docente Asistencial "Mario Muñoz Monroy"



**Programa de intervención educativa para cuidadores
informales sobre atención de ancianos frágiles.
Abreus, 2023**

Autor: Dra. Lily Ponce Rodríguez
Residente de primer año de Medicina General Integral.

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

Cienfuegos, 2024

RESUMEN

Introducción: 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:** Implementar un Programa Educativa para cuidadores informales sobre atención de ancianos frágiles del CMF#16 del municipio de Abreus, en el período de septiembre del 2021 noviembre del 2023. **Método:** Se realizó un estudio de intervención donde el universo estuvo conformado por 42 cuidadores informales de ancianos. Las variables a estudiar fueron, edad, sexo, escolaridad, estado civil y nivel de conocimiento. La información fue procesada en una computadora Cori II con ambiente de Windows, utilizando como tabulador el programa Microsoft Office Excel 2010 y el paquete estadístico SPSS y los resultados fueron reflejados en números absolutos y porcentaje. **Resultados:** predominaron los cuidadores informales de sexo femenino (66.7%), de 30 a 39 años (30.9%), de nivel de escolaridad alto (66.7%) y casadas (71.4%). Antes de la intervención educativa poseían un nivel de conocimiento regular (47.6%) luego de aplicado se evidenció un excelente nivel de conocimiento por parte de los cuidadores para un 88.1%. sobre algunos aspectos de la atención al anciano. **Conclusiones:** La intervención educativa fue efectiva para mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores informales sobre la atención de los ancianos frágiles.

Palabras clave: ancianos, cuidadores informales, intervención.

INTRODUCCIÓN

Se ha afirmado que el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población y que el siglo XXI será el del envejecimiento de la misma, pero ese envejecimiento ya ha comenzado. La ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países de mayor desarrollo y en aquellos que van emergiendo del subdesarrollo.¹

El problema del envejecimiento se examinó por primera vez en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948; veinte años después, en 1968, reexaminó la situación y exhortó a la realización de una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En agosto de 1982, con sede en Viena, se celebró el evento, donde se acordó utilizar la proporción de personas de 60 años y más años para acotar al segmento de población llamada “tercera edad”, aspecto discutido, porque en el mismo cónclave se plantea que la edad cronológica no es indicadora de las capacidades funcionales de la persona mayor, pues todas las personas no envejecen de la misma manera.²

El año 1999 fue declarado por la ONU “Año Internacional de las Personas de Edad” y, con motivo de la celebración, emitió una declaración donde exhorta a la comunidad internacional a facilitar la colaboración entre sectores y naciones, a fin de crear una sociedad para todas las edades. Cuba fue sede de la celebración en la región de Centroamérica.

El envejecimiento global de la población, ya constatable en muchos países desarrollados, también asoma como una “oleada” demográfica en América Latina y el Caribe. En 2000, sólo una de cada 12 personas en la región tenía más de 60 años. Para 2025 se estima que la proporción va a cambiar a una de cada siete, lo que significa que la población de adultos mayores en las Américas crecerá un 138%, de 42 millones a 100 millones.³

Dentro de 20 años, en cada país al menos el 10% de los mayores de 60 estará incluido dentro del grupo que superó los 80 años; y para 2050, en cinco países esa franja representará el 8% de la población. Los centenarios se transformarán en un sector marginal, pero representativo, dentro de la pirámide poblacional.^{1, 3}

La población mayor de 60 años a nivel mundial sigue en aumento respecto a otros grupos etarios, por factores como los avances de la ciencia médica, el mejoramiento en el acceso y la oportunidad a los tratamientos, el progreso de

las condiciones sociales y el incremento de la esperanza de vida. Esta población presenta diversos cambios fisiológicos, existiendo una estrecha relación entre los deterioros funcionales y la edad. ³

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. ⁴

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 humano. ⁵

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. ⁶

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 vida. ⁴⁻⁶

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. ⁷

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.⁷ 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.^{7,8}

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.⁸

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.^{8,9}

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.¹⁰

Desde el triunfo de la Revolución, se ha priorizado la atención a los ancianos frágiles, 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 a los ancianos frágiles, 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 esta.¹¹

La acelerada transición demográfica en Cuba, se traduce en un aumento significativo del número de ancianos y por ende de sus necesidades sociales y de salud, lo cual tiene como respuesta el desarrollo de la Gerontología y Geriatría, para favorecerla longevidad satisfactoria, con planes que incluyen notables avances en la atención a este grupo poblacional dirigidos entre otros aspectos a una mejor nutrición e implementación de medidas de higiene, que contribuyen a que alcancen edades muy avanzadas.¹²

En Cuba, la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 78 años y el envejecimiento de la población será muy notorio para el año 2025, con 23,8 % de la población cubana con más de 60 años, invirtiéndose para entonces las proporciones de personas menores de 15 años y mayores de 60 años, con respecto al 2000. Las causas esenciales del envejecimiento poblacional cubano se asocian a incremento de la esperanza de vida, unido a la disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad, así como al saldo migratorio negativo, entre otros factores.¹³

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.¹⁰

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. ¹⁴

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. ¹⁵

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 %. ¹⁶

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. ^{17,18}

Si se quiere 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 preparación de los cuidadores tanto formales como informales en temáticas relacionadas con la ancianidad, sus necesidades,

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 en los ancianos frágiles 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 desarrollo de intervenciones educativas dirigida a todo familiar que conviva con ancianos frágiles en su hogar.

En el consultorio médico número 16 del poblado de Charcas, del área de salud Abreus , provincia Cienfuegos, existe un total de 298 adultos mayores y un

índice de Rocet de 22.5% 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 cuentan ,en la mayoría de los casos, con el conocimiento adecuado para el desempeño de esta tarea. El incremento significativo de adultos mayores, en correspondencia con cuidadores informales sin previa preparación, así como el no existir precedentes de programas de intervención o capacitación en el área de las personas encargadas de esta tarea, mas, la necesidad de desarrollar estudios científicamente fundamentados en el contexto actual sobre la problemática planteada, constituyen motivación para la presente investigación:

Problema Científico

¿Qué modificaciones en los conocimientos se observarán en los cuidadores informales después de un Programa de intervención educativa sobre atención de ancianos frágiles del CMF#16 de Abreus?

OBJETIVOS

General

Implementar un Programa de intervención Educativa para cuidadores informales sobre atención de ancianos frágiles del CMF#16 del municipio de Abreus, en el período de septiembre del 2021 noviembre del 2023.

Específicos

1. Caracterizar a la población en estudio en cuanto a la edad, sexo, escolaridad y estado civil.
2. Determinar los conocimientos de los cuidadores informales sobre la atención de ancianos frágiles.
3. Implementar un programa de intervención educativa para cuidadores informales de ancianos frágiles que modifique su nivel de conocimiento.
4. Determinar las modificaciones en los conocimientos sobre atención de ancianos frágiles después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

Generalidades sobre el envejecimiento

El ciclo de la vida después del nacimiento comprende el desarrollo del individuo hasta ciertos niveles. Posteriormente viene una declinación que culmina con la muerte. A este período de declinación se le llama envejecimiento. El envejecimiento es la única afección fatal que todos compartimos. El envejecimiento rechaza definiciones fáciles, por lo menos en términos biológicos. No es el simple paso del tiempo, es la manifestación de acontecimientos biológicos que ocurren durante un lapso de tiempo y nos enteramos de lo que es cuando lo experimentamos o cuando lo vemos, y aun así, el paso del tiempo, no mide el ritmo del envejecimiento.¹⁹

Virtualmente todos los acontecimientos biológicos, desde la concepción a la madurez, parecen tener un propósito, pero el envejecimiento no parece tenerlo en modo alguno. Nos quedan las inevitables consecuencias de un envejecimiento sin objetivo alguno, al que sigue la muerte. Sin embargo, reflexionemos que cuando una hoja de árbol es tan vieja que no resulta competitivamente favorable a la supervivencia del árbol entero, se inicia un proceso generalizado de apoptosis o suicidio celular que da como resultado que la hoja vieja fenezca, en pro del nacimiento y crecimiento de nuevos retoños. Por lo que se afirma que la evolución, que ha trabajado sin descanso para crear mejores organismos, necesita del envejecimiento y de la muerte para hacer posible la continuidad y diversidad de la vida sobre la tierra. En la obra poética de Lucrecio, "Sobre la Naturaleza de las cosas", dice que es necesario que cada generación envejezca y muera para dejar sitio a la siguiente.

El envejecimiento posee importantes connotaciones emocionales y médicas y entraña numerosos interrogantes médicos. Su concepto es variado entre los hombres y nuestra manera de entenderlo ha cambiado a lo largo de la historia. Sobre el envejecimiento existen prejuicios y dilemas médicos y éticos que plantean la posibilidad de manejar el envejecimiento y de retrasar la muerte.¹⁹

En el corazón mismo del pensamiento humano primitivo, existen leyendas y mitos sobre el envejecimiento y la prolongación de la vida. La literatura y la tradición oral han expresado a menudo ideas sobre la existencia de una

época o de un lugar en los que ciertas personas viven eternamente o por larguísimos períodos de tiempo. Por ejemplo, en el libro de Génesis de la Biblia desde el capítulo 5 se menciona que Adán vivió 930 años, Enoc, trescientos sesenta y cinco años, Matusalén su hijo, vivió más que cualquier otro hombre, hasta los novecientos sesenta y nueve años. Hombres famosos de la antigüedad como Noé, dicen las Escrituras que vivieron novecientos cincuenta años.”

Patriarcas como Abrahán ciento setenta y cinco años, Isaac, ciento ochenta, Jacob, ciento cuarenta, José, ciento diez años, Aarón, ciento veintitrés y Moisés ciento veinte. En Génesis 6:3 se habla del límite de 120 años. No obstante, en el Libro de Salmos 90:10, escrito cientos de años después menciona que “...los días de nuestros años son setenta años; y si debido a poderío especial son ochenta años, sin embargo, su insistencia está en penoso afán y cosas perjudiciales.”

La mayoría de gerontólogos, no aceptan una duración máxima de la vida humana que exceda de los 115 años de edad porque no hay marcadores fiables para determinar la edad cronológica de los humanos. La aceptación de las partidas de nacimiento en los casos de personas superlongevas descansa por lo general más en la fe que en pruebas científicamente estandarizadas.¹⁹

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. 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. 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.

20

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.¹⁰

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.²¹

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.

²²

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.²³

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.²²

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.²⁴

Las afecciones en la vejez

Según datos del proyecto Carga Mundial de la Morbilidad muestra las causas comunes que provocan la pérdida de años de vida saludable debido a la discapacidad en las personas mayores de 60 años; los datos de los países

se presentan agrupados en función de su nivel de desarrollo económico. Estos datos dan una idea de la incidencia y la gravedad de diferentes afecciones y el tiempo promedio que una persona se verá afectada por ellas.

25

A partir de estos datos, se observa que la mayor carga de la discapacidad proviene de las deficiencias sensoriales (especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos), el dolor de espalda y cuello, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos bajos), los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia (en particular en los países de ingresos altos) y la artrosis. Probablemente la mayor carga de la demencia en los entornos de ingresos altos se deba, al menos en parte, al promedio de edad más alto en estos países, así como al nivel más alto de conocimiento y diagnóstico de estas enfermedades. Mientras, la mayor carga de las deficiencias sensoriales en los países de ingresos bajos y medianos bajos puede ser una manifestación de diversos factores, como la mayor exposición al ruido y al sol a lo largo de la vida. Es posible que las tasas más altas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los países de ingresos bajos y medianos bajos se deban a la mayor exposición a contaminantes atmosféricos en ambientes interiores y exteriores a lo largo de la vida.²⁵

Los patrones de mortalidad también dan una idea de las enfermedades que son importantes en la edad avanzada. (Agrupados según su nivel de desarrollo económico). Se trata de una medida de los trastornos que causan la muerte de las personas mayores y los años potenciales de vida que, en promedio, estos trastornos les quitarán. La mayor carga de mortalidad en las personas mayores en todo el mundo proviene de la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La carga de todas estas afecciones es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos de la OCDE. La carga excepcionalmente alta de las enfermedades cardiovasculares en los países de ingresos altos no pertenecientes a la OCDE está fuertemente influenciada por las tasas altas en la Federación de Rusia.²⁶

En conjunto, independientemente del lugar en que se viva, la abrumadora carga de la morbilidad en la vejez se debe a las enfermedades no

transmisibles. A menudo se las considera enfermedades de los países ricos, de modo que los países más pobres deberán prestarles atención a medida que se desarrollan. Estos datos muestran que las enfermedades no transmisibles ya causan a las personas mayores cargas extremadamente inequitativas en los países de ingresos bajos y medianos.²⁷

Otros problemas de salud complejos en la vejez

La edad avanzada también se caracteriza por cuadros clínicos complejos que suelen presentarse muchas disciplinas, representan desafíos para los servicios de salud tradicionalmente estructurados, y con frecuencia se pasan por alto en los estudios epidemiológicos. Los enfoques innovadores para tratar la comorbilidad y los síndromes de la vejez son fundamentales en toda respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población.⁷

La fragilidad

Si bien no existe acuerdo sobre la definición del término fragilidad, es posible considerarla un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos. La fragilidad, la dependencia de cuidados y la comorbilidad son conceptos distintos, pero estrechamente relacionados entre sí.²⁸

Un extenso estudio europeo estimó que la prevalencia de fragilidad en las personas de 50 a 64 años era del 4,1 %, y que aumentaba al 17 % a partir de los 65 años. Este mismo estudio reveló que la prevalencia de la prefragilidad en esas edades era del 37,4 % y el 42,3 %, respectivamente. Sin embargo, tanto la fragilidad como la prefragilidad varían notablemente entre países, siendo más frecuentes en el sur de Europa. Estos resultados concuerdan con las estimaciones de Japón y la República de Corea, que establecen que la prevalencia de fragilidad en ambos países es de alrededor del 10 %. La fragilidad puede ser aún más frecuente en los países de ingresos bajos y medios y es más común en las mujeres y en las personas de nivel socioeconómico bajo.²⁸

La evolución de la fragilidad difiere notablemente de una persona a otra y parece ser reversible, aunque solo una pequeña proporción de las personas con fragilidad recuperará espontáneamente la buena salud. Debido a que la

fragilidad comprende deterioros complejos que ocurren en varios órganos, una estrategia clínica clave es utilizar las evaluaciones geriátricas integrales. Se ha demostrado que estas evaluaciones, y las intervenciones personalizadas que derivan de ellas, previenen muchas consecuencias negativas importantes para la salud, incluidos un menor tiempo de supervivencia y la dependencia de cuidados. También se ha demostrado que las intervenciones centradas en aumentar la actividad física son eficaces y pueden dar mejores resultados en los casos más graves de fragilidad. Las intervenciones centradas en mejorar la nutrición también pueden ser beneficiosas, pero hay pocas pruebas al respecto.²⁸

La incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (es decir, la pérdida involuntaria de orina asociada con una urgencia o al hacer esfuerzo físico, al estornudar o al toser) es un problema desatendido en las personas mayores y un eficaz factor predictor de la necesidad de cuidados. La incontinencia urinaria es uno de los trastornos más comunes en la edad avanzada; su prevalencia aumenta con la edad y es mucho mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad. En un estudio llevado a cabo en zonas rurales de China, se registró que la prevalencia de la incontinencia urinaria era del 33,4 % en las personas mayores de 60 años. Otro estudio de población indicó una prevalencia en las personas mayores con demencia del 19,1 % en América Latina, del 15,3 % en India y del 36,1 % en China, y estableció que la incontinencia urinaria se presenta de forma independiente de la discapacidad.

El impacto de la incontinencia urinaria puede ser profundo en la calidad de vida tanto de las personas mayores como de sus cuidadores. La incontinencia urinaria se ha asociado con depresión, dependencia de cuidados y autopercepción negativa del estado de salud en las personas mayores; además, aumenta la tensión emocional y la carga a los cuidadores.²⁸

Las caídas

Las caídas son un problema de salud importante para las personas mayores. Se ha calculado en varias revisiones y metaanálisis que el 30 % de las personas con 65 años y más y el 50 % de las personas mayores de 85 años que viven en la comunidad sufrirán al menos una caída por año. Las caídas

son aún más comunes en los centros de cuidados a largo plazo, dado que ocurren anualmente en más del 50 % de las personas que tienen 65 años y más.²⁸

En general, entre el 4 % y el 15 % de las caídas producen lesiones significativas, y del 23 % al 40 % de las muertes relacionadas con lesiones en las personas mayores se deben a caídas. Las lesiones relacionadas con caídas pueden variar desde pequeños hematomas o laceraciones hasta fracturas de muñeca o cadera. Las caídas son, de hecho, el principal factor de riesgo de fracturas y son incluso más importantes que la baja densidad mineral ósea u osteoporosis (el 80 % de las fracturas por traumatismos mínimos ocurren en personas que no tienen osteoporosis y el 95 % de las fracturas de cadera se deben a caídas).

Hay una amplia base de pruebas de que muchas caídas pueden prevenirse combatiendo una gran variedad de factores de riesgo. Estos factores son:⁽³⁾

Factores individuales, como la edad, el género, el origen étnico y el bajo nivel de educación y de ingresos.

Algunas características de salud, por ejemplo, hipotensión postural, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, bajos niveles de actividad física, falta de sueño, aumento del índice de masa corporal.

Factores vinculados con la capacidad intrínseca, como deterioro de la capacidad física, emocional y cognitiva y dificultades de visión, equilibrio y movilidad.

Factores vinculados al entorno, como vivienda inadecuada (pisos resbaladizos, iluminación tenue, obstáculos y peligro de tropiezos), escaleras mal diseñadas, calles y caminos con superficies irregulares, imposibilidad de acceder a servicios de salud y sociales, uso incorrecto de los dispositivos de apoyo, falta de interacción social y apoyo comunitario, calzado inadecuado.²⁸

Pérdida considerable de la capacidad funcional y dependencia de cuidados

La palabra dependencia se utiliza mucho en relación con el envejecimiento, aunque no existe acuerdo acerca de qué significa en realidad o si se trata de un estado positivo o negativo. Así, aunque en los debates económicos generalmente se presenta la dependencia en la vejez como un estado negativo que requiere la transferencia de beneficios de las generaciones más

jóvenes, presumiblemente más productivas, a las más viejas, hay quienes plantean que es más acertado concebir la relación entre las generaciones más jóvenes y las mayores como una relación de interdependencia mutua. En muchas culturas asiáticas, entre otras, esta interdependencia es vista como un bien social fundamental.

En este informe, por consiguiente, se limita el uso del término *dependencia* al concepto de dependencia de cuidados, que ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana. El motivo es que el deterioro de la capacidad ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno de la persona mayor o con el uso de los dispositivos de apoyo disponibles. Con la ayuda de estos cuidados aumenta la capacidad funcional al punto en que las personas mayores pueden realizar estas tareas básicas. Es fundamental tener en cuenta que las personas pueden mantener la autonomía a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden dirigir la ejecución de esas decisiones.²⁸

La dependencia de cuidados a menudo se ha evaluado con instrumentos que determinan si la persona requiere ayuda con AVD. Estos instrumentos miden una serie de dominios básicos de funcionamiento, como la continencia urinaria y fecal y la capacidad para llevar a cabo de forma independiente actividades de cuidado personal (como cepillarse los dientes), ir al baño, alimentarse, transferirse de un lugar a otro (por ejemplo, para pasar a una silla), moverse dentro de la casa, vestirse, subir escaleras y bañarse. Desafortunadamente, existen algunas variaciones entre estos instrumentos (por ejemplo, algunos requieren simples respuestas afirmativas o negativas, otros utilizan respuestas graduadas). Es necesario tener en cuenta estas variaciones al hacer comparaciones entre estudios o contextos.

Debido a que con la edad aumenta la dependencia de cuidados, el envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia social en los países en todos los niveles de desarrollo. Al mismo tiempo, disminuirá la proporción de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención y cambiará el

papel de las mujeres, quienes hasta ahora han sido las principales proveedoras de esa atención.²⁸

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.²⁹

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.³⁰

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”.³¹

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.^{31,32}

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:

- 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.³²

El familiar encargado de ancianos frágiles, 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.

En el medio quienes más asumen el papel de cuidador son las mujeres: la esposa, la hija, la hermana, la sobrina, una cuidadora profesional, la enfermera. La mayoría de las veces, recae sobre un miembro de la familia que ya vive con los ancianos frágiles.³³

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.³⁴

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.³²⁻³⁴

Ha sido un término más definido que usado y frecuentemente variable. Ha habido varios intentos en definirla, coincidiendo todas: en que está 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.³²

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 muerte.³⁵

La detección de la fragilidad nos lleva a estas sabias conclusiones y he ahí la importancia infinita de este conocimiento y su aplicación en el marco de la atención y mejoramiento de la calidad de vida de adultas y adultos mayores.³¹⁻

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación: Investigación en desarrollo

Tipo de diseño y estudio: Estudio cuasi-experimental de Intervención educativa.

Escenario: Consultorio Médico de Familia (CMF) No16, Abreus.

Periodo del estudio: Septiembre 2021-Septiembre 2023

Población de estudio: 42 cuidadores informales de los ancianos identificados como frágiles según la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF) del CMF No 16 de Abreus.

Criterios de inclusión:

- Que sean adultos con edad de 20 años y más.
- Voluntariedad para participar en la intervención.

Criterio de exclusión.

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

Criterios de salida:

- Pérdida de la condición de cuidador por fallecimiento del anciano frágil que se encontraba bajo sus cuidados.
- Faltar a más de 3 encuentros de clases.

Métodos de investigación.

Métodos teóricos

Analítico - sintético: A partir de estudios y revisiones bibliográficas sobre riesgo cuidadores informales de los ancianos frágiles fue aplicado para realizar el estudio de esta investigación. Permitió también sintetizar los contenidos de forma racional.

Histórico - lógico: Se realizó un recorrido por la historia de las definiciones del cuidado de los adultos mayores utilizándolo para realizar un análisis evolutivo de cómo se ha comportado la problemática a través de los años.

Métodos empíricos

Observación abierta y medición: Se identificó ante el grupo observado. Las personas conocieron que su conducta es observada, sirvió para la obtención y elaboración de los datos basado en la aplicación de un modelo de recogida de datos confeccionado específicamente para el estudio.

Cuestionario: Se utilizó un cuestionario para obtener la información acerca de los conocimientos que poseen los cuidadores informales de los ancianos frágiles, el cual se aplicó antes y después de la intervención.

Observación a los cuidadores informales en sus hogares con el objetivo de analizar cómo se relacionan y cuidan a sus ancianos frágiles.

Análisis documental: se revisaron las historias clínicas y fichas familiares para lograr un conocimiento más profundo de las patologías de los ancianos y grado de satisfacción de las necesidades básicas.

Métodos matemáticos estadísticos

Se agruparon los datos con el fin de utilizar las frecuencias absolutas y porcentajes como medidas estadísticas, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS V. 21.0. Se procesaron los resultados con el empleo de tablas y gráficos.

La investigación fue dividida en 3 etapas:

I. Diagnóstica

II. Intervención

III. Evaluación

I. Etapa diagnóstica.

Para la ejecución del estudio en esta primera etapa se estableció la comunicación con los cuidadores, a fin de lograr la participación de los mismos, firmaron el consentimiento informado como constancia de su disposición a participar en el estudio. Luego, para dar salida al objetivo # 1, se aplicó un cuestionario, que recogió la información acerca de las variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad y estado civil.

Posteriormente se aplicó el cuestionario utilizado por Ganen³⁶ para obtener información acerca del conocimiento sobre la atención de los ancianos frágiles, dando salida al objetivo # 2. Para el llenado se les entregó el cuestionario brindándoles un tiempo promedio de 30 minutos, el cual se llenó en forma personal con el fin de brindar mayor confidencialidad y así se obtuvo respuestas certeras y correctas.

Para su calificación se estableció una escala de evaluación donde la correcta valoración del conocimiento se le otorga un 1 y la incorrecto 0 y de forma global si 10 correctas excelente, 9 correctas muy bien, 8 correctas bien, 7 correctas regular, menos de 7 mal.

II. Etapa de intervención

En la segunda etapa de la presente investigación se implementó el Programa Educativo a cuidadores informales de ancianos frágiles del Área VI-Cienfuegos. 2010-2011”, donde se identificaron los aspectos más relevantes del cuidado de los ancianos frágiles, con el fin de elevar el nivel de conocimiento.

Este programa estuvo dirigido por la autora, doctora del consultorio donde se desarrolló el presente estudio, así como personal de enfermería y trabajadores sociales de la comunidad donde está ubicado el consultorio médico, con el objetivo de potenciar los conocimientos necesarios a cuidadores informales de ancianos frágiles para lograr no solo un adecuado desempeño en la labor por ellos prestada, sino también evitar el agotamiento mientras se desempeña en dicha función.

El programa de intervención se llevó a cabo con técnicas participativas como presentación en lazos, la papa caliente, lluvia de ideas, el dómino, charlas educativas, vídeos, debates y trabajo grupal. Las cuales propiciaron un clima agradable de reflexión que involucran afectivamente a todos los miembros. El local utilizado para las actividades realizadas fue el consultorio médico de la familia.

Programa Educativo dirigido a cuidadores de ancianos frágiles.

Fundamentación teórica.

Se asume el término de Programa Educativo como un sistema de acciones y operaciones, seleccionadas y organizadas en formas de temas, que responden a las necesidades identificadas. Este debe facilitar la adquisición de los conocimientos en educación para la salud.

El Programa Educativo que se propone estuvo concebido de manera que los cuidadores participantes lo reciban por medios de conferencias orientadoras, impartidas por los profesionales de la salud (Médicos MGI, Clínicos, Geriatras, Licenciados en Psicología, según cada tema a impartir), en las que recibieron instrucciones sobre algunos aspectos del manejo en ancianos frágiles encaminado fundamentalmente a elevar la información y conocimientos en el tema con el propósito de elevar la calidad de la atención a los ancianos frágiles. Objetivos y criterios básicos del Programa Educativo.

Objetivos: Preparar a los cuidadores incluidos en el estudio sobre los conocimientos necesarios para contribuir a la atención de los ancianos frágiles en el contexto de Salud Pública, a través de la promoción y la educación para la salud.

Los criterios básicos para el desarrollo del Programa Educativo son:

1. La superación es un proceso continuo del que no está excluido ningún ciudadano en el campo del saber.
2. Su contenido está determinado por la necesidad individual, y las exigencias del desarrollo científico técnico en el mundo, el país, el territorio y el puesto de trabajo.
3. La estructura del programa educativo posibilita la vinculación entre la teoría y la práctica.
4. La capacitación debe realizarse en un ambiente favorable, sustentado en los principios de la comunicación afectiva.
5. Debe haber conciencia en quien se capacita de sus necesidades de aprendizaje.

Objetivo General

Elevar el nivel de información en los cuidadores acerca del cuidado y atención a los ancianos frágiles.

Objetivos Específicos

1. Instruir a los cuidadores sobre la atención y cuidado de los ancianos frágiles.
2. Contribuir a que los cuidadores utilicen sus conocimientos como fuente de apoyo dentro y fuera del hogar.

En la elaboración del programa se tuvo en cuenta:

Viabilidad política: Se cuenta con el apoyo de los directivos de la institución.

Viabilidad técnica: Existen los recursos humanos (Especialistas en Medicina Interna, Geriátrica, MGI, Licenciados en Psicología) que participaron de forma activa en toda la propuesta.

Viabilidad económica: Existen recursos mínimos a nivel de la institución, que garanticen la calidad de las actividades educativas.

Beneficiarios.

Beneficiarios directos o audiencia primaria:

Va dirigida fundamentalmente a los cuidadores de ancianos frágiles.

Beneficiarios indirectos o audiencia secundaria:

Otros familiares, vecinos y amigos presentes en dicha comunidad.

Líderes comunitarios

Límites:

Se propone llevarlo a cabo en el CMF 16, Consejo Popular Charcal de Abreus.

Los canales de comunicación más apropiados serán:

Equipo técnico de la investigación, Educadora para la salud, Especialistas de Medicina General Integral, Especialista en Medicina Interna, Geriatria y Licenciada en Psicología.

Medios: Folletos impresos, Plegables, Televisor, Video, Computadora.

Actividades:

Técnicas participativas, conferencias y talleres.

Escenarios de intervención: CMF 16, Charcas, Abreus.

III. Evaluación.

Una vez implementado el programa de intervención educativa, se aplicó nuevamente el cuestionario acerca del conocimiento de los cuidadores informales sobre la atención a los ancianos frágiles para comprobar las modificaciones que tuvieron en los conocimientos sobre el tema. Para ello se tuvo en cuenta la escala establecida para su calificación.

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años	Frecuencia absoluta y porcentaje
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Género del participante.	Femenino Masculino	Frecuencia absoluta y porcentaje
Escolaridad	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Grado de escolaridad vencido.	Bajo nivel: Primaria sin terminar, Primaria	Frecuencia absoluta y porcentaje

			terminada, Secundaria Básica, Obrero calificado. Alto nivel: Preuniversitario, Técnico medio, Universitario.	
Estado Civil	Cualitativa Nominal Politómica	Según estado conyugal legal o no.	Soltera Casada Divorciada Viuda	Número Porciento
Nivel de conocimiento del cuidador	Cualitativa ordinal	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón, cualidades y relaciones de las cosas. Se derivan del avance en la producción del saber y representa un incremento en la complejidad con que se expresa o comprende la realidad.	Excelente: un 90% de las respuestas positivas. Muy bien: entre el 75% y 80% de las respuestas positivas. Regular: entre el 60% y 74% de las respuestas positivas. Mal: por debajo del 59% de las respuestas positivas.	Frecuencia absoluta y porcentaje

Procesamiento de la información

La información será procesada mediante el paquete estadístico SPSS 21.0 y los resultados serán expresados en números absolutos y porcentaje.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se obtuvo el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen de Comité de Ética (Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3) y Aval del Consejo Científico (Anexo 4). A todos los cuidadores que participaron en la investigación se les explico el objetivo de la misma, los cuales partieron del principio de bioética médica de beneficencia, no maleficencia, el anonimato de la información brindada, el exclusivo uso en la investigación médica, los diferentes momentos de su participación y lo que esta conlleva; solicitándoles previamente su consentimiento informado a fin de obtener su autorización (Anexo 5), el cuestionario de conocimiento (Anexo 6) y el programa de intervención educativa (Anexo 7). Toda la información obtenida, fue manejada con estricta confidencialidad sin violar los aspectos éticos.

Limitaciones: el estudio tiene un carácter local porque solo se aplica en los cuidadores de un consultorio.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los cuidadores informales de los ancianos frágiles del CMF#16 según sexo y grupo de edad, municipio Abreus en el periodo de septiembre del 2021 septiembre del 2023.

Grupo de edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20- 29 años	3	10.7	2	14.2	5	11.9
30- 39 años	8	28.5	5	35.7	13	30.9
40- 49 años	7	25	4	28.6	11	26.2
50- 59 años	5	17.9	1	7.1	6	14.3
60- 69 años	5	17.9	2	14.2	7	16.7

total	28	66.7	14	33.3	42	100
--------------	----	------	----	------	----	-----

Fuente: Cuestionario.

La tabla 1 relacionada con la distribución de los cuidadores informales de los ancianos frágiles según sexo y grupo de edad se observa un predominio del sexo femenino con un 66.7% y los grupos de edades comprendidas entre los 30 a 39 años con 30.9% seguidos del 40 a 49 años con un 26.2% respectivamente.

Tabla 2. Distribución de los cuidadores informales de los ancianos frágiles según nivel de escolaridad.

Nivel de Escolaridad	No	%
Bajo Nivel (primaria sin terminar, primaria terminada, secundaria, obrero calificado)	14	33.3
Alto Nivel (preuniversitario, técnico medio, universitario)	28	66,7

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 2 se muestra que predomina el alto nivel de escolaridad al que pertenecen el 66.7% de los cuidadores informales.

Tabla 3. Estado civil de los cuidadores informales de los ancianos frágiles.

Estado civil	No.	%
Soltero	4	9.5
Casado	30	71.4
Divorciado	5	11.9
Viudo	3	7.2
Total	42	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 3 respecto al estado civil de los cuidadores informales, el 71.4% son casados.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los cuidadores informales de los ancianos frágiles antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%

Excelente	0	0	37	88.1
Muy bien	10	23.8	0	0
Regular	20	47.6	2	4.8
Mal	12	28.6	3	7.1
Total	42	100	42	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 4 se observa que el 47.6% de los cuidadores informales poseían un nivel de conocimiento regular sobre algunos aspectos de la atención al anciano frágil, luego de aplicado el programa de intervención educativa se evidenció un excelente nivel de conocimiento por parte de los cuidadores para un 88.1%.

DISCUSIÓN

En estudio realizado por Marante²⁴, el 92.1% de los cuidadores fueron mujeres al igual que Díaz y colaboradores³⁷ que reportaron que el 94.1% de los cuidadores fueron mujeres, resultados que coinciden con la presente investigación donde hay un elevado número de mujeres. Mientras que Tejeda⁴ mostró en su investigación que el 100 % fueron cuidadores del sexo femenino resultados superiores al estudio

Pérez y colaboradores²⁹ mostraron que predominaron los cuidadores comprendidos entre 31 y 40 años de edad, del sexo femenino, resultados similares al estudio. Los resultados mostrados por Tejeda⁴ predominó el grupo etario entre 46-55 años de edad (48%), resultados que no coinciden con los obtenidos en la presente investigación .

Se evidenció un elevado porcentaje de cuidador familiar con bachillerato y profesional que pertenece a un alto nivel de escolaridad, en un estudio realizado por Cortes y colaboradores³⁸, resultados que coinciden con los de la investigación.

Es importante señalar que en Cuba estos resultados son poco usuales, pues el gobierno dedica gran parte de su presupuesto para que la población aumente sus conocimientos, expresados en un elevado número de personas con nivel preuniversitario y profesionales.

El nivel de conocimientos antes de la intervención educativa se comportó de forma regular, expresión de la necesidad de capacitación para mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores informales de los ancianos frágiles en la comunidad.

El aumento de la población de adultos mayores por los fenómenos demográficos de la sociedad, hace que requieran de cuidados y atención necesaria en los últimos años de su vida dado por su situación de dependencia, fragilidad, vulnerabilidad y estado de necesidad a través de un cuidado humanizado desde su propio entorno familiar en la comunidad, lo que elevaría su calidad de vida con un cuidador no formal capacitado en estas funciones. ⁴

La comunicación juega un papel importante en la armonía y equilibrio de los cuidados a los ancianos frágiles en la esfera biopsicosocial, lo que garantizaría mejorar las conductas generadoras de salud en los cuidadores no formales después de la intervención, lo que coincide con lo expuesto por Tejeda⁴.

Se logró modificar los conocimientos de los cuidadores informales, resultados que coinciden con Tejeda⁴, Marante²⁴, Pérez²⁹, Díaz³⁷, Cortes³⁸, Quenorán³⁹, Cruz y de la Vega⁴⁰.

Los cuidadores informales son aquellas personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas en la realización de actividades de la vida diaria. ³⁹ Además, son un grupo no atendido por los sistemas de salud, al no visualizar su importancia en la recuperación y rehabilitación del estado de salud de los sujetos de cuidado. Las técnicas educativas encaminadas a estimular el autocuidado en los cuidadores, favorecen el cuidado al otro de acuerdo a su cultura y a sus propios valores. Generalmente el cuidador prioriza solo el cuidar de aquel que necesita de él, sin considerarse como un ser que requiere cuidados, dedicándose exclusivamente a cuidar de otros. ²⁴

La autora opina que dado a los cambios en este grupo de población que se ve vulnerable ante la transformación física, psicológica y social, es necesario que las instituciones educativas de salud establezcan todo un bloque curricular dirigido a entender, conocer y resolver esta problemática, que abarque no solo a los ancianos frágiles, sino a los cuidadores principales de éste, con intervenciones eficaces que lleven a lograr mayor independencia y aligerar la carga a quienes los atienden; desarrollar conocimientos y habilidades permitirá evitar accidentes, caídas, complicaciones, entre otras, para mejorar la calidad de vida.

CONCLUSIONES

La población de cuidadores informales del estudio se caracterizó por un predominio del sexo femenino, por pertenecer al grupo etario de 30 a 39 años de edad, tener un alto nivel de escolaridad y primó como estado civil casados.

Los cuidadores informales antes de la aplicación del programa de intervención educativa poseían un nivel de conocimiento regular, luego de aplicado se evidenció un excelente nivel de conocimiento en todos los aspectos de la atención a los ancianos frágiles lo que permitirá que los cuidadores puedan desempeñarse favorablemente en las labores por ellos realizadas y garantizar su adecuada calidad de vida.

El programa de intervención educativa fue efectivo lo que demuestra la pertinencia de la propuesta que contribuye a mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores informales acerca de los cuidados a los ancianos frágiles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Morffi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Enferm. [Internet]. 2021 [citado 2023 Dic 30];21(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enfed305.htm
- 2 Wallace SP, Enriquez Haass V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 2023 Dic 30];10(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/rpsp/v10n1/5847.pdf>
- 3 Cardentey Garcia J, Trujillo Otero PE, Silva Contreras AM, Sixto Iglesias M, Crespo Palacios CL. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Arenado. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]. 2021 [citado 2023 Dic 22];15(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://cielo.sld.cu/scielo.php?pid=S15611319420110000200008&script=sciarttext&ting=en>.
- 4 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 2024 Ago 12];36(1):e3074. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3074>
- 5 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>
- 6 Mena Aragón E. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. Rev Cubana de Enfermería. 2016 [citado 8 Oct 2020];32(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/927>
- 7 Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N° 381, 2021. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- 8 América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece.» CELADE, División de población de la CEPAL. Número 9, (2020)
- 9 González Carnero R, Sánchez Nava JG, Canchig Pilicita FE, Gómez Suanes G, Ríos Germán PP, López de Castro F. Necesidades formativas en la atención a pacientes anciano en Castilla-La Mancha. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2014 [citado 2022 Sep 20];4(3):[aprox. 15 p.]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2011000300002&script=sci_arttext

- 10 Naranjo Y, Figueroa M, Cañizares R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 [citado 16 Feb 2016];17(3):[aprox. 9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025
- 11 Programa Nacional del adulto mayor. Cienfuegos. 2021. Dirección Provincial de Salud: Vice dirección de Asistencia Médica. (Cienfuegos). Disponible en: <http://www.cfg.sld.cu>
- 12 Alfonso Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la Primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021 [Citado 2024 Feb 10];32(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000100002&lng=es.
- 13 Barros O. Escenarios demográficos de la población de Cuba para el próximo milenio. La Habana: Centro de Estudios Demográficos. [Internet] 2019 [Citado 2024 Feb 10]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v11n21/rnp010115.pdf>
- 14 Cassidy S, Hill E, Callaghan O. Eficacia de una educación educativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones, Irlanda. [Internet]. 2015 [citado 1 Oct 2020]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy2002/2/117-122.pdf>
- 15 Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Estadística Anual 2019. Cienfuegos: DPS; 2019.
- 16 Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Estadística Anual 2019. Abreus: DMS; 2019
- 17 Marante Pozo Esperanza, Casanova Moreno María de la C, Nuñez López Eloina, Pozo Amador Lina M, Trasancos Delgado Maricela, Ochoa Ortega Max Ramiro. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. AMC [Internet]. 2014 [citado 2020 Oct 30];18(3):284-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10250-2552014000300004&lng=es
- 18 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.revmqi.sld.cu/index.php/mqi/article/view/354>
- 19 Rico Rosillo MG, Oliva Rico D, Vega Robledo GB. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(3):287-94
- 20 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>
- 21 Aragón EM, Sarduy MS, Quintana YR, Martín DG. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 2021 Oct 30];32(2):1. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117024573&lang=es&site=ehost-live>
- 22 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 [citado 2022 Nov 20];19(S1):1–2. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138165819&lang=es&site=ehost-live>
- 23 Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística (ONE) Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2020. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu>
- 24 Marante Pozo E, Pozo Amador LM. Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [citado 2024 Ago 7];34(4):e1490. Disponible en: http://scielo.sl.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S086403192018-000400003&lng.es
- 25 Alves Fernández RS, Cunha Nascimento EC, Santos, César G, Melo Oliveira M. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. Rev Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2019 [citado 2024 Jun 05];39. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/19823703003185734>
- 26 Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas.

- Rev Horizonte Médico [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 05];20(3):1279. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.24265>
- 27 Justino Treméa E, Kasper Santos M, da Silva K, Quaglio de Cassia R, Fortuna Cinira M. Cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: scoping review. Rev Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 05];28. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>
- 28 Lekan DA. Aging, Frailty, and Resilience. JPN. [Internet]. 2021 [citado 2024 May 22];56(7):2-4. Available from: DOI: 10.3928/02793695-20180619-01
- 29 Pérez Manzano JL, Rodríguez Peña Y, Sánchez Márquez A, Ávila Rodríguez A, Cebrián Álvarez J. Intervención educativa en cuidadores de adultos mayores encamados en el hogar. Rev. Electron. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 2022 oct 20];40(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/201/271>
- 30 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>
- 31 Balladares J, Carvacho R, Basulto P, Coli Acevedo J, Molina Garsón M, Catalán L, et al. Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. psicoperspectivas [Internet] 2021 [citado 2024 Ago 12];20(3):55-66. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07186924-2021000300055&lng=es&nrm=iso
- 32 Chaparro Díaz L, Carreño Moreno SP, Carrillo González GM, Gómez Ramírez OJ. Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. Avances en Enfermería [Internet]. 2020 [citado 2024 Ago 12];38(1):18-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co>
- 33 Rodríguez Lombana L, Chaparro Díaz L. soporte social y sobrecarga en f cuidadores: revisión integrativa. [Internet]. 2020 [citado 2024 Ago 12];11(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co>

- 34 Del Ángel García JE, León Hernández RC, Méndez Santos G, Peñarrieta de Córdoba I, Flores Barrios F. Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores de personas con enfermedades crónicas. [Tesis]. Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB; 2020. Disponible en: <http://www.repositoriy.unab.edu.co>
- 35 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. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200007&lng=es&nrm=iso
- 36 Ganen MS. Propuesta de Programa Educativo a cuidadores informales de ancianos frágiles. Área VI-Cienfuegos. 2010-2011. [Tesis]. Cuba: Universidad de la Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2012.
- 37 Díaz Rodríguez N, Hernández Segura G, García Gutiérrez M, Sosa Ferreira J, Gallegos Torres R. Efecto de una intervención educativa de Enfermería en los conocimientos del cuidador, para la atención del adulto mayor. Revista Ene De Enfermería [Internet]. 2020 [citado 2024 Ago 12];14(3):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/987>
- 38 Cortes Montelongo DB, Salazar García SA, Cortez González LC, Carrillo Cervantes AL, Domínguez Chávez CJ. Factibilidad y aceptabilidad de una intervención basada en competencias de cuidadores. Journal Health NPEPS. [Internet]. 2023 [citado 2024 Ago 12];8(2):e116548282. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30681/25261010116548282>
- 39 Quenorán Almeida VS, López Pérez GP, Espín López VI. Educación al cuidador informal del paciente oncológico en fase agónica. Salud, Ciencia y Tecnología. [Internet]. 2023 [citado 2024 Ago 12];3:426:[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023426>
- 40 Cruz Pérez Lancho M, de la Vega-Hazas Monje C. Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado en cuidadores informales de personas con demencia. Revista de Psicología, 2023;1(2):27-36.

ANEXOS

Anexo 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El _____ que _____ suscribe:
_____, hago
constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:
_____, de los autores:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de
problemas del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene
como propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe
del proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20 ____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2.

Dictamen del Comité de Ética

Nombre _____ de _____ la _____ Institución: _____

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

De los autores

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐

Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐

La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐

La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐

Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐

La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐

El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐

Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tratamiento. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐

La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐
NP ☐

La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐

La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐

Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐

El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐

La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de
_____ de 20__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

Anexo 3.

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____, con categoría docente de profesor Instructor.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

Asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así como el asesoramiento científico metodológico al o los estudiantes.

Autores:

Nombre y Apellidos	Año Académico

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

FIRMA Y CUÑO

Anexo 4.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar,
y discutir el proyecto titulado _____

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____,
ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del
año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor
científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y
estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según
las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de
_____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

ANEXO 5.

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 el anciano a mi cuidado.

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)

Anexo 6.

Cuestionario

Datos generales

1. Edad: _____

2. Sexo _____

3. Estado civil:

Casado(a)___ Soltero(a)___ Divorciado(a)___ Viudo(a)_____

4. Grado de escolaridad:

_____ Primaria sin terminar

_____ Primaria terminada

_____ Secundaria básica

_____ Obrero calificado

_____ Preuniversitario

_____ Universitario

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 a 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

Anexo 7.

PROGRAMA EDUCATIVO

1er. Encuentro.

Actividad 1. Bienvenida

Instrucciones. Diríjase a los participantes y expóngale los objetivos del taller, agradecer a los participantes la asistencia y el interés en participar.

Actividad 2. Presentación de los participantes mediante técnica participativa.
“Los nombres escritos” (Anexo 4)

Tiempo: 20 minutos

Actividad 3. Conferencia Teórica sobre fragilidad y ancianidad.

Objetivo: Familiarizarse en el tema fragilidad, ancianidad.

Temática: Criterios de clasificación para la fragilidad en los ancianos. Diferencias entre discapacidad y fragilidad. Principales cambios a nivel de órganos que ocurren con la edad. Pautas del seguimiento y control del anciano en la APS.

Metodología: Conferencia.

Tiempo: 40 min.

2do Encuentro

Actividad 4: Aspectos generales en el cuidado de los ancianos frágiles.

I Parte.

Objetivo: Instruir los cuidadores en aspectos generales necesarios a tener en cuenta en el cuidado de ancianos frágiles.

Temática: Requerimientos dietéticos para los ancianos frágiles. Aspectos generales sobre alimentación en el anciano frágil.

Metodología: Conferencia

Recursos: Pizarrón, Retroproyector, Computadora.

Tiempo: 60 min.

3er Encuentro:

Actividad 5: Aspectos generales en el cuidado de los ancianos frágiles.

II Parte.

Objetivo: Instruir los cuidadores en aspectos generales necesarios a tener en cuenta en el cuidado de ancianos frágiles.

Temática: Problemas urinarios principales causas, consecuencias y posibles conductas. Algunos factores de riesgos prevención y afrontamiento.

Metodología: Conferencia

Recursos: Pizarrón, Retroproyector, Computadora.

Tiempo: 60 min.

4to Encuentro:

Actividad 6:

Se procede a dividir el grupo en dos pequeños grupos (**grupo I y grupo II**). Un grupo serán los actores y el otro los observadores o público.

Grupo I: Se orienta la escenificación de 1 cuidador en un día de vida familiar cualquiera.

Grupo II: Se orienta la anotación de: Cumplimiento de funciones, roles, confeccionar listado de acciones incorrectas, recursos y fortalezas presentes en el cuidador escenificado, posibles medidas para enfrentar las debilidades, elementos que pueden repercutir de forma negativa en el anciano y el cuidador.

Metodología: Psicodrama.

Tiempo: 30 min

5to. Encuentro.

Actividad 7. Debate con los cuidadores que participaron en el programa educativo sobre los logros y los beneficios que el mismo ha reportado para su vida personal y familiar. Aplicarles el PNI (Positivo, negativo, interesante).

Objetivo: Promover el intercambio entre los cuidadores participantes en el programa educativo y el equipo de trabajo del mismo para conocer la valoración que los participantes hacen de las actividades, exponer los logros y deficiencias del mismo, así como aceptar las sugerencias que hagan con el fin de mejorar la calidad de nuestro programa educativo.

Tiempo: 60 min.