



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL”**

**Impacto De Un Curso De Cuidadores  
Primarios De Adultos Mayores**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A:**

**FLOR ERIKA ENRÍQUEZ VARGAS**

**México DF 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**IMPACTO DE UN CURSO DE CUIDADORES PRIMARIOS  
DE ADULTOS MAYORES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**FLOR ERIKA ENRÍQUEZ VARGAS**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION CLINICA MARINA  
NACIONAL ISSSTE**

**DRA. ANA MARIA NAVARRO GARCÍA  
ASESOR DE TESIS  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**México DF 2010**

**IMPACTO DE UN CURSO DE CUIDADORES PRIMARIOS  
DE ADULTOS MAYORES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**FLOR ERIKA ENRÍQUEZ VARGAS**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**México DF 2010**

**IMPACTO DE UN CURSO DE CUIDADORES PRIMARIOS  
DE ADULTOS MAYORES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**FLOR ERIKA ENRÍQUEZ VARGAS**

**DRA MARIA LUISA VILLASEÑOR CASTILLO  
DIRECTORA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
MARINA NACIONAL ISSSTE**

**México DF 2010**

## INDICE

|      |                            |       |     |
|------|----------------------------|-------|-----|
| I    | Marco teórico              | ..... | 2   |
| II   | Planteamiento del problema | ..... | 78  |
| III  | Justificación              | ..... | 85  |
| IV   | Objetivos                  | ..... | 86  |
|      | Hipótesis                  | ..... | 86  |
| V    | Material y Métodos         | ..... | 87  |
| VI   | Resultados                 | ..... | 100 |
| VII  | Discusión                  | ..... | 110 |
| VIII | Conclusiones               | ..... | 113 |
|      | Referencias bibliográficas | ..... | 116 |

## **MARCO TEORICO**

### **El estado de salud de los ancianos mexicanos**

La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida, en general quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás

### **Patologías particularmente prevalentes**

El Sistema Nacional de Encuestas de Salud, 1987 reporta que las causas más frecuentes de morbilidad crónica son la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas. La desnutrición alcanza su más elevada prevalencia en este grupo de edad al igual que las deficiencias sensoriales. La obesidad es un problema de salud que particularmente prevalece entre las personas de edad en nuestro país las cifras alcanzan a más de 40% de las mujeres, en particular en las áreas urbanas marginales. Sin embargo, su prevención y tratamiento no recibe la importancia que merece a pesar de que constituye un importante factor predisponente a dislipidemias y diabetes.

La encuesta Nacional de invalidez, efectuada por el DIF en 1982 muestra que la prevalencia de las incapacidades se incrementa en función de la edad. También en relación con la invalidez, la encuesta de necesidades de los ancianos en la comunidad de 1980, mostró que 6 % de los mayores de 60 años son parcialmente, y 2% totalmente dependientes para las actividades de la vida cotidiana, entre los octogenarios y nonagenarios, 40 % tenía al menos una incapacidad, por lo general en el área motora, La encuesta sociodemográfica del envejecimiento del consejo nacional de población de 1994 muestra de nuevo claramente que la frecuencia de la incapacidad se incrementa particularmente por encima de los 80 años y en mayor grado en el sexo femenino. Hasta 25 por ciento de las octogenarias se encuentra confinado a su domicilio y tres por ciento no puede siquiera salir de la cama sin ayuda.

La creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe soportar el entorno y propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar.

### **Estado funcional**

De la población mexicana estudiada en la ENSE 94 , en cuanto a movilidad, es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional, por ejemplo 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años puede salir de casa sin ayuda, en cambio, solo 33% de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) está paralizado en cama, esto es diez veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios.

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse, o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer solo en la noche se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo, 0.68% puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual todavía permite considerarlo como altamente dependiente. En promedio, 7.06% de los mayores tiene necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y depende en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son en consecuencia, más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60 - 64 años un 18% necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, casi la totalidad de los jóvenes viejos las realizan, en tanto que solo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o hacer la limpieza general), reviste mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para llevarlas a cabo se incrementa de forma considerable con la edad. Es así que aproximadamente 40% de los octogenarios y 66% de los nonagenarios está incapacitado para realizar aún las tareas domésticas más ligeras. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos en México son áreas poco conocidas y por ello no se les da la relevancia que merecen en la planeación. Tal es el caso de la depresión, los padecimientos demenciales, la osteoporosis, los accidentes, las artropatías, la incontinencia urinaria y el deterioro sensorial. Afecciones todas que



merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad.

La necesidad de ayuda se incrementa con la edad y suele ser más prevalente entre las mujeres. (1)

## **Familia y envejecimiento poblacional**

La familia es considerada como la célula de la sociedad y como sistema depende y está en interrelación continúa con el macrosistema social, a la vez con los subsistemas que la integran (parental, filial) y por cada uno de los miembros en lo particular. Lo anterior significa que la familia ha sufrido una serie de cambios principalmente a nivel estructural para adaptarse a las nuevas demandas y existencias sociales y culturales, sin embargo, sus funciones básicas de ayuda y apoyo para sus miembros siguen siendo las mismas en relación con los ancianos cabe destacar tres aspectos principales.

- a) Proporciona ayuda financiera en situaciones de urgencia o enfermedad continua.
- b) Provee cuidados en caso de enfermedad
- c) Brinda estima, afecto y gratificación.(2)

## **La enfermedad crónica el paciente y su familia**

El individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de una enfermedad grave ser sometido a una cirugía pérdida de algún miembro del cuerpo o bien incapacidad física estos hechos sumergen a la persona y a su familia en un estado temporal de desorganización el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas la manera en que se interpreta el suceso será decisiva para determinar el curso final en la resolución de la crisis.

La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo causando un continuo deterioro físico mental, o ambos en el individuo que la padece llevándolo incluso a la muerte en el caso de la enfermedad crónica que amenaza la vida del paciente este y su familia se enfrentan quizá por primera vez a la ineludible realidad de que son mortales.

Cuando el paciente se da cuenta de que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder uno de sus miembros ambos sufren un desequilibrio todos entran en crisis cada uno a su manera no se trata de la vida o muerte de una sola persona sino de todo un sistema parte de esta

crisis surge ante el hecho de que la familia que era ya no será más pues esta situación producirá cambios aunque no lo deseen. Habrá cambios en la jerarquía, en las fronteras, en los roles, el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares de manera que habrá reestructuraciones dentro de la dinámica familiar con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento, el paciente y su familia responden de una manera muy semejante a la descrita por Kubler Ross de acuerdo con esta autora cuando una familia se entera de que uno de sus miembros sufre de una enfermedad crónica y posiblemente mortal responde al choque a través de una serie de etapas que van desde la negación hasta la aceptación la primera etapa es la negación la cual resulta ser una reacción de ajuste, la negación se puede definir como el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. La segunda a etapa se caracteriza por sentimientos tales como enojo, ira, resentimiento y coraje.

Esta es una etapa difícil de manejar ya que tanto el paciente como algunos miembros de la familia desplazarán sus sentimientos negativos hacia otras personas la mayor parte de las veces sin considerar contra quien lo harán. La tercera etapa es la de regateo, o pacto. Cuando el paciente y su familia se dan cuenta de que la ira no cambiara su situación comienza el regateo, es decir, todos o algunos de los miembros del sistema **familiar llegan a prometer algo "muy significativo" a cambio de obtener la curación o la prolongación de la vida del miembro enfermo.**

En la cuarta etapa, el paciente y su familia se dan cuenta de que el regateo no remediara la gravedad de la enfermedad, ante lo cual surge la depresión. Se pueden identificar plenamente dos áreas a través de las cuales se explica este estado de ánimo en el individuo enfermo: a) la carga emocional y económica que el paciente siente que llega a ser para su familia b) el duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus seres queridos.

La fase de resignación, lo cual posibilitara para todos la aceptación de la enfermedad, iniciando pues, el proceso de vivir día a día con ella. (3)

## **La familia y el enfermo crónico**

Dado que cada vez hay menos cuidadores disponibles para los enfermos con algún tipo de dependencia, es indispensable un cambio en la estructura familiar y social. Respecto de la población mayor de 75 años, el número de cuidadores disminuyó considerablemente en los últimos 50 años; además el cambio demográfico también es mayor y pronto

necesitaran un cuidador. Todo esto hace indispensable la búsqueda de alternativas y la revisión cuidadosa de los recursos disponibles.

En México la familia es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único. Este sistema proporciona una infinidad de servicios como apoyo emocional y económico, toma de decisiones y asistencia instrumental cuando es necesario cuidar alguno de sus integrantes. El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus miembros. El papel de la familia de una persona mayor se intensifica cuando ésta presenta una invalidez o enfermedad crónica; la fragilidad del viejo es un desafío importante a la forma en que la familia dispone de recursos para resolver diversos problemas. (4,5)

### **La enfermedad y el sistema de creencias**

En el inicio de una enfermedad tienen un impacto sobre el individuo, afecta su funcionamiento fisiológico, su humor, su autoimagen sus recursos emocionales y su capacidad mental.

Por otro lado, tanto del diagnóstico de la enfermedad como los cambios sufridos por quien la padece impactan sobre la familia en aspectos tales como su distribución de recursos, roles, patrones de interacción e imagen colectiva. Sería necesario evaluar las creencias que tiene la familia acerca del origen de la enfermedad así como aquellas ideas que de alguna manera u otra puedan influir sobre el curso de la misma las creencias que involucran vergüenza, culpa o reclamo bloquean el proceso familiar de aceptación.

### **Evaluación de recursos de la familia**

Mientras más funcional sea una familia, contara con más recursos para manejar el diagnóstico de una enfermedad crónica que amenaza la vida de uno de sus integrantes. En cuanto a los recursos de la misma habrá que valorar una serie de aspectos como la capacidad de autonomía de los diferentes miembros la existencia o no de límites generacionales claros, el estilo de comunicación, la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus afectos de manera clara y directa, así como si existe un sistema abierto que permita la entrada y salida de la información al igual que la creación de relaciones nuevas y, finalmente, su habilidad para resolver problemas y conflictos.

Las familias con un mejor sostén emocional y material tienen mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad; por otra parte, aquellas que viven relativamente aisladas de la sociedad, en la pobreza o que son estructuralmente inflexibles, pueden tener mayor dificultad para adaptarse. Así que la actitud de la familia resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para mejoramiento o exacerbación de los síntomas.

Puntos que se deben considerar al tratar de ayudar a una familia con un enfermo crónico entre los cuales se encuentran:

- Los familiares varían en su nivel de tolerancia a las condiciones físicas del paciente.
- Las familias bajo estrés tienden a mantener patrones de conducta previamente probados sean estos efectivos o no.
- La familia participa de manera importante en alentar o desalentar al enfermo crónico para que participe en algún tipo de terapia o bien decida iniciar algún tipo de tratamiento.
- Las familias reaccionan ante una conducta “particular” del enfermo.

Muchas tienen dificultades para adaptarse a una enfermedad física crónica por estar mal informados respecto a la misma.

Se deben reajustar las expectativas con respecto al miembro enfermo y, a ellos mismos.

La percepción que la familia tiene sobre la enfermedad tiene la máxima influencia sobre su habilidad para manejarla. (3)

### **Las enfermedades crónicas y el cuidador primario**

Debemos destacar que la atención domiciliaria adquiere una mayor importancia en el estudio, diagnóstico e intervención de los denominados enfermos crónicos domiciliarios, ya que se trata, por lo general, de personas ancianas, aisladas, con polipatologías y con frecuencia inmobilizadas o en situación terminal. Son precisamente estos pacientes los que obligan a establecer un nuevo abordaje basado en el trabajo en equipo, médico y enfermero, y en la atención familiar la atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico y ecosistémico de la medicina, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmobilizados

y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a los que se encuentra sometida la familia cuando uno de sus miembros ancianos sufre una enfermedad crónica. Desde esta nueva perspectiva de la atención domiciliaria centrada en la atención familiar, el abordaje de la enfermedad crónica en ancianos inmovilizados o discapacitados deberá cumplir el objetivo general de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación.

La enfermedad crónica, por su frecuencia y por las necesidades de ayuda que demanda, supone una notable carga de trabajo para los profesionales de atención primaria esta carga de trabajo se ha elevado debido a que el aumento de las esperanzas de vida ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población y, en consecuencia, a un incremento de las enfermedades crónicas.

A este esfuerzo asistencial que conlleva la atención a personas mayores con enfermedades crónicas y discapacidad se suman los aspectos emocionales negativos que viven los profesionales sanitarios y la familia en torno al enfermo crónico, como son el temor y la incertidumbre por lo ambiguo de una situación que se va prolongando a lo largo del tiempo y que se hace más y más tensa por las frecuentes expectativas negativas de que el paciente empeore y termine en la muerte. Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la relación del proceso crónico con su entorno social y familiar. Desde la propia atención primaria, donde esta atención se entiende como una demanda más, con la sola diferencia de realizarse en el domicilio del paciente.

Los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica son los siguientes: **a)** la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, los cuales actúan sobre la función y organización familiar; **b)** a su vez, la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y **c)** la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

La vivencia de una situación de enfermedad crónica para las familias se relaciona con factores socioeconómicos, emocionales y espirituales que en conjunto generan un gran impacto en la vida de las personas implicadas.

Es importante apoyar a estas personas para conseguir una existencia más cómoda, eficaz y satisfactoria. Para, ello es mandataría la comprensión de la experiencia familiar de la cronicidad dentro de un marco de totalidad. La problemática de los cuidadores familiares dentro de un sistema que no los ha tenido en cuenta debe hacerse visible para poder encontrarle alternativas de solución.

### **Cuidadores domiciliarios:**

Ofrecen un conjunto de servicios de apoyo a las actividades de la vida diaria que se presentan en el hogar y que persiguen como objetivo primordial favorecer la autonomía de las personas, fortalecer sus relaciones familiares y sociales, generar redes solidarias de apoyo e intercambio y lograr la permanencia en su medio social de vida, el mayor tiempo posible y conveniente.

Se espera del cuidador domiciliario cualidades morales que permitan tenerle confianza. Ha de ser capaz de asumir responsabilidades y tener iniciativas acomodándose y no cuestionando los hábitos familiares, respetando todas las ideologías tanto políticas como religiosas.

Es necesario destacar que el cuidador no releva a la familia de su responsabilidad sino que es un auxiliar que con su cooperación ayuda a solucionar el problema inmediato antes de que tal vez se agrave. Su trabajo es sobre todo educativo y preventivo pero con un gran respeto a la intimidad y organización familiar.

El cuidador domiciliario aporta ayuda personal y directa y no se limita solamente a las coberturas de algunas necesidades básicas o domésticas que tienen que ver con prácticas del hogar sino que dirige su accionar a la totalidad de lo personal apoyando y estimulando los aspectos de relación humana y social y mejorando las condiciones de vida, creando conciencia de la propia valía como medio de estimular la participación social.

El cuidador domiciliario en el ejercicio de su rol, necesita para llevarlo a cabo de la presencia de un individuo que demande de sus servicios. Esta relación mutua es la que permite el ajuste recíproco de comportamientos y ambas partes deben indefiniblemente asociarse para que se concrete el rol. El desempeño de este cuidador teniendo en cuenta el cocimiento y la actitud con que ejecute su tarea, es lo que ratifica o desaprueba el rol. En consecuencia, para el adecuado cumplimiento de su rol, el cuidador domiciliario, debe tener incorporado una permanente necesidad y conciencia de actualización como así también un comportamiento ético que cruce todas sus acciones.

## **Cuidador familiar**

Al hablar de cuidador familiar se hace referencia a la persona adulta, con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante, y participan con ellos en la toma de decisiones. Estos realizan o supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar a las disfunciones existentes de parte del receptor del cuidado.

Las habilidades de cuidado de los cuidadores familiares son el potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica discapacitante. Esta habilidad incluye la dimensión cognoscitiva y la actitudinal, que son identificadas y medidas según los indicadores de conocimiento, valor y paciencia que propone Ngozi O. Nkongho. La habilidad vista así puede medirse a través de la comunicación directa con cada persona.

## **Persona con enfermedad crónica discapacitante**

Al hablar de vivir con enfermedad crónica discapacitante se hace referencia a la experiencia de tener un trastorno orgánico y funcional que genera discapacidad permanente y requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control, por lo cual la persona debe modificar su estilo de vida. Las personas que se encuentran en estas situaciones son seres activos y trascendentes que viven y tienen la capacidad de crecer en el cuidado. Vivir en situación de enfermedad crónica discapacitante es identificarse a si mismo como alguien cuyo patrón se mueve en expresiones de enfermedad crónica con permanencia en el tiempo, que le genera incapacidad residual, se asocia a una alteración patológica irreversible y requiere de cuidados especiales o paliativos por cuanto no se conoce curación para la misma. La vivencia de enfermedad crónica discapacitante es aquella expresión de enfermedad que se percibe por el individuo como una disfunción para cumplir con su rol según parámetros esperados y que le ha acompañado por más de seis meses.

## **Funciones del cuidador**

Las funciones inherentes al cuidador domiciliario serian.

Prevención: detección precoz de factores mediadores y/o conducente a enfermedades, involuciones o deterioros en los aspectos bio - psicosociales de las personas.

Promoción: Optimización de las posibilidades existentes en cada una de las personas atendidas y estimulación de situaciones de integración social en aras de una mejor calidad de vida.

Educación: difusión de conocimientos específicos al usuario y/o su familia trasmisión de información pertinente a cerca de cuidados y autocuidados desmitificación de estereotipos que dificultan las tareas de promoción y orientación sobre la disponibilidad, acceso y uso de los recursos a nivel comunitario.

Asistencia: Apoyo en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria, en el cuidado de la salud, en el tratamiento de enfermedades y en la rehabilitación factible en cada situación particular.

Los adultos mayores, las personas con capacidades diferentes, los pacientes con enfermedades crónicas o terminales deben ser asistidos por personal con conocimientos específicos y adecuados a las diferentes funciones que deba desarrollar. (6)

En 1995, bajo el auspicio de la organización panamericana de la salud (OMS), se efectuó en la Cd. de México una primera observación acerca de la calidad de la atención brindada en las instituciones de cuidados prolongados para ancianos. En aquella época se evidencio la existencia de importantes carencias en algunas áreas de este importante sector de servicios. Quizás las carencias más agudas fueron manifestadas en algunas instituciones gubernamentales y muy particularmente en el ámbito de las instituciones que prestan sus servicios con fines lucrativos.

En general se observo una ausencia de correlación entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los residentes. La prevalencia de la condición de alta dependencia funcional conceptualizando como el deterioro en al menos 2 funciones básicas o con tres o más incapacidades y con una autopercepción negativa del estado de salud varia en las distintas edades y se incrementa al envejecer, nuestra población.

Los datos disponibles demuestran que aun en nuestro medio se da un incremento en la frecuencia de apoyo y en la cantidad de personas que lo brindan cuando sobreviene la situación de dependencia.

El peso de este apoyo recae fundamentalmente en personas del sexo femenino y contribuye a profundizar las desigualdades de género.



Por otra parte, destaca el hecho de que uno de cada once ancianos, que recibe apoyo, lo recibe de alguien que no tiene ningún parentesco. Además la ayuda prestada al anciano se da con mayor frecuencia por personas de edad promedio de 38 años y con mayor frecuencia del sexo femenino, si bien esta varía en función de la ayuda aportada pues el apoyo económico es brindado en un 80% por individuos del sexo masculino, Sin embargo, esta población envejecida ayuda principalmente a los varones en actividades domésticas y tiende a ayudar con dinero a las mujeres.

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona y edad, y una redefinición de sus necesidades que apunta el aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria. (7)

### **Perfil de los cuidadores mexicanos**

- Perfil demográfico del cuidador: Mujer (84%), de 55 años, casada, ama de casa, con preparatoria, hija, madre, hermana o esposa del enfermo o dependiente, quien padece vejez, discapacidad y/o enfermedad crónico degenerativa.
- Perfil físico del cuidador: Principalmente enfermedad física, ingieren analgésicos solos o combinados; ingesta diaria de café y bajo consumo de alcohol o tabaco.
- Perfil emocional del cuidador: Cuidadores motivados, con alteraciones en el sueño, los menos en el límite de sus fuerzas, planes y expectativas.
- Perfil social del cuidador: Dedicar gran parte del día a su labor, pocas horas de descanso y mínimas vacaciones; múltiples actividades por obligación. Muchos no reciben orientación institucional, por lo que recurren a su familia. (8)

### **Perfil del cuidador**

Perfil laboral: conjunto de tareas funciones, y características de una ocupación determinada. Es decir, las tareas que deben desarrollar los cuidadores teniendo en cuenta su rol y funciones acorde a las características propias del desenvolvimiento de la vida diaria de la población asistida.

Las tareas son acciones específicas enmarcadas dentro de las funciones a saber:

- Apoyo, Adiestramiento o Sustitución en:
- Acostarse y/o levantarse
- Vestirse y/o desvestirse
- Organización e higiene del hábitat
- Arreglo de la ropa
- Alimentación asistida
- Preparación de alimentos, con o sin dietas prescritas
- Compras
- Utilización de sanitarios
- Higiene y arreglo personal
- Movilización y desplazamiento dentro y fuera del hábitat
- Comunicación con el entorno
- Administración de medicamentos indicados por los profesionales, por vía oral y de uso externo exclusivamente.
- Realización de trámites (pensiones, obtención de prótesis, etc)
- Prevención de accidentes
- Primeros auxilios
- Control de pulso y presión.

Realización de prácticas indicadas por los profesionales intervinientes  
 Actividades recreativas y ocupacionales acorde a las posibilidades de la persona atendida.

Estimulación de actividades de participación social intra e intergeneracionales.

Atención de la salud (acompañamiento al médico, comprensión de las indicaciones del profesional, solicitud de turnos médicos de laboratorio, de otros especialistas, etc).

El cuidador domiciliario, ya sea que trabaje en relación de dependencia, en asociaciones de cooperativismo o mutualismo o realice trabajos por su cuenta, se enfrentara a un mercado laboral competitivo o selectivo dónde sus conocimientos sus actitudes personales y las habilidades que demuestre poseer serán definitorias en el éxito y permanencia laboral.

## **Perfil Técnico**

Conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona, El establecimiento del perfil técnico en concordancia a las

funciones y tareas que se requieren para el perfil laboral es fundamental, pues describe las características del personal idóneo para el desarrollo del mismo y plantea el tema de la necesidad de capacitación, si en el establecimiento del perfil se estipulan requerimientos que se alcancen solamente con formación técnica específica. La descripción del perfil técnico incluye datos objetivos (edad, instrucción, experiencia, etc.) así como los relativos a características de la personalidad (área de aptitudes sensorial, psicomotriz, mental y de carácter). (6)

## **Habilidad de cuidado de los cuidadores**

La facultad de enfermería de la universidad Nacional de Colombia, dentro de sus estudios de cuidado al paciente crónico, dio inicio a una propuesta de investigación en los diferentes escenarios denominada " **Macro proyecto de habilidad de cuidado de los cuidadores**", e invito a enfermeras de diferentes países a vincularse al mismo. Respondieron a su llamado las colegas de Argentina y Guatemala, con quienes hoy de manera conjunta se presenta este logro investigativo para la región de América Latina. Este trabajo se inicio con la convicción de que las exigencias conjuntas y soportadas en hechos reales presentados de manera sistematizada hagan reflexionar a los cuidadores sobre sus derechos y a los entes gubernamentales, las empresas prestadoras de servicios y las aseguradoras de riesgos en salud sobre sus deberes, y con ello se mejore su respuesta dando garantías de apoyo, asignando presupuesto y facilitando acciones que reflejen la importancia de los cuidadores familiares como parte del sistema de salud en nuestros países.

El abordaje de los cuidadores ha sido integral y responde a la identificación de dificultades por parte de los usuarios, actualmente el grupo trabaja en el diseño de una estrategia concreta de fomento de la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares con la profunda convicción de que en ellos está en primera instancia la responsabilidad de modificar el sistema, de sacar su poder a flote y de ser capaces de exigir que sus derechos de ciudadanos sean tenidos en cuenta en la región.

Muchos de estos cuidadores han sido un ejemplo para otros y para el mismo grupo investigador en la construcción de una red social que debe fortalecerse y respaldarse.

El objetivo del estudio describir, analizar y comparar la forma en que se presenta la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica discapacitante en tres países de América Latina. Se consideraron tres conceptos esenciales; cuidador

familiar, habilidades de cuidado de los cuidadores familiares, persona en situación de enfermedad crónica discapacitante.

Esta investigación se justifica por el patrón epidemiológico que caracteriza la región de América Latina, que ha llevado a los primeros lugares la movilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles con el consecuente desgaste de aquellas personas que, sin tener los elementos para asumir el cuidado, se ven obligadas a hacerlo, y el posible impacto que sobre las personas con enfermedad crónica tiene el que sus cuidadores no estén preparados para responsabilizarse por estas tareas.

El impacto de vivir con enfermedad crónica o de cuidar a una persona en esa situación señala que estas experiencias generan cambios profundos en las vidas de los implicados y pueden modificar su habilidad de cuidado. Con base en la evidencia actual debe pensarse en fortalecer la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares como un factor determinante en la adopción de nuevas políticas para atender situaciones en la región.

Aunque la familia se ha visto afectada por su tendencia a ser nuclear, por su restricción de espacio de vivienda y por el cambio de rol femenino que ha comenzado a ser eje central del mercado laboral, la mujer continúa teniendo la función de cuidadora de las personas con enfermedad como una de sus principales responsabilidades de cuidado, tratan de organizarse y sobre ponerse para afrontar de la mejor forma estas demandas. Con alguna frecuencia, debido a la poca habilidad como cuidadores, se producen sentimientos de impotencia frente a estas tareas de cuidado. Estos sentimientos varían dependiendo la razón, la edad, el género y la cultura, pero siempre están presentes y generan un elevado nivel de estrés. No obstante muchos cuidadores reportan encontrar un significado muy profundo en esta experiencia lo que los lleva a sentirse útiles e importantes.

El ambiente es importante para debilitar o fortalecer la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares, y dentro de este sobresalen el apoyo socio-emocional, las finanzas y los recursos en especial en términos de los cuidadores de apoyo que estén disponibles. Para el cuidador principal, tanto las personas disponibles a ayudarlo como su percepción de esa disponibilidad son parte fundamental de su habilidad. El soporte social se ha señalado como un aspecto relevante en el afrontamiento de esta y otras crisis en el curso de la vida.

De igual forma, la calidad y la naturaleza de las relaciones familiares son relevantes en el tipo de soporte que tienen las personas. El sentimiento de afecto parece en muchos casos fortalecer aspectos de bienestar de enfermos y cuidadores aunque por esto mismo en varios casos se ve que

los cuidadores se mantienen en un segundo plano dentro de la familia. Las experiencias con grupos de apoyo formal parecen ser un recurso valioso para las familias en especial si se les da información sobre la enfermedad, servicios disponibles y formas de afrontamiento.

La aprobación social, la orientación, la compañía o la tregua que reciben los cuidadores son suficientes para reconocer o incrementar su propia habilidad y trascender de manera positiva en la vida de las familias.

Hay características de la propia enfermedad crónica que pueden tener impacto en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares. Las situaciones en que se presenta la enfermedad el grado de incertidumbre, el tipo de enfermedad y el nivel de contacto con la situación son también variables que determinan la habilidad dentro de la experiencia. Con base en ello se puede afirmar que trabajar una estructura organizada que oriente a los cuidadores y fomente su habilidad de cuidado importante. (9,10)

### **Habilidad de los cuidadores una mirada internacional**

La región de América latina, a diferencia de la cultura sajona, tiene conceptos diferentes de lo que significa ser cuidador, el de ser cuidador principal o el de privacidad son claros ejemplos de esto. El tipo, la cantidad y el tiempo esperado de cuidado necesario, contribuyen también a mantener o desarrollar habilidad en el cuidador y difieren de los reportados en otras latitudes por ultimo, la tregua en el cuidado es vivida de otra manera en especial en familias de estructura compleja y numerosa.

Dimensionar de manera adecuada la habilidad de cuidado de los cuidadores en diferentes contextos de la región de América Latina, donde hay divergencia en el soporte social con que cuentan los cuidadores, en los recursos disponibles y en las crisis políticas y sociales, que caracterizan a la región, y que de alguna manera inciden en la atención en salud, es muy importante como parte del trabajo de modificar esta situación de atención a las personas con enfermedades crónicas y sus familias.

Al reconocer que la mayoría de enfermos crónicos viven con sus familias y que sus cuidadores están en condiciones vulnerables se puede ver la habilidad de cuidado a través de los sistemas familiares para considerar en el futuro un método útil en el desarrollo de dichas habilidades como una forma de apoyo a los cuidadores para afrontar esta problemática que afecta la salud del cuidador y la relación misma del cuidado. Es importante reconocer y aliviar posibles sentimientos de carga generados por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en muchos aspectos

de la vida diaria, con el estrés de tomar constantemente decisiones que afectan la propia vida y la del ser querido.

Considerar a los cuidadores como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud exige aceptar su potencial y sus limitaciones, y darle herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar. La responsabilidad y las tareas de cuidado cambian según el contexto en que se presenten pero en cualquier caso requieren el desarrollo de habilidad de parte de quien las asume y el reconocimiento de al misma es importante para promover los apoyos necesarios en su desarrollo.

El fomento de la habilidad de cuidado como una forma de cuidar a los cuidadores es una tarea importante de enfermería. No se conocen reportes en la literatura sobre los efectos en el desarrollo de habilidad de cuidado de los cuidadores en la región ni estudios que discriminen la tarea por escenarios institucionales y comunitarios a pesar de reconocer que las funciones y posibilidades de los cuidadores familiares cambian de manera importante en cada uno de ellos.

Es primordial señalar los múltiples potenciales, funciones y riesgos en salud que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, y que los afectan tanto a ellos como a las personas receptoras de su cuidado. Vale la pena resaltar la urgente necesidad de aplicar y validar este conocimiento en la región de América Latina en donde cada día se hace más evidente esta problemática. Si bien es cierto que se han adelantado investigaciones sobre la habilidad de cuidado de los cuidadores en la última década la mayoría de los estudios no aportan al conocimiento de la región y tienen poca aplicabilidad para generar alternativas útiles en la asistencia, diseño de políticas y formación frente a estas situaciones de cuidado de la salud.

Al describir y comparar la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en los cuidadores de tres países de América Latina (Argentina, Guatemala y Colombia). Se determino un comportamiento similar con dificultades de la prestación del cuidado, y habilidad deficiente en los componentes que la constituyen conocimiento valor y paciencia.

Cumpliendo los objetivos del estudio, al comparar cada uno de los componentes de conocimiento, valor y paciencia necesarios para el cuidado a cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica discapacitante de tres países de América Latina. Se identificó una situación de comportamiento similar en los tres grupos. Aproximadamente una cuarta parte de cada uno, representado entre el 26 y 35% cuentan con un nivel alto; el resto no es óptimo, lo que contribuye a riesgos que implican deficiencias en el cuidado y en las características de éstos que señalan crisis, ausencia de apoyo, percepciones débiles en su habilidad de cuidado.

Se recomienda cuidar a los cuidadores permitiéndoles un crecimiento continuo, fortaleciendo su habilidad para cuidar a través del reconocimiento de su labor. El cuidado del cuidador debe formar parte de las políticas de salud de cada país, y éstos deben ser incorporados en los programas asistenciales dirigidos a cada una de las poblaciones. (9)

La expectativa para los próximos años es un aumento proporcional de cuidadores y, por consiguiente, de las enfermedades relacionadas con ellos.

Esta situación ha llevado a muchos autores a considerar la necesidad de buscar trastornos incipientes en el cuidador que alerten sobre su desbordamiento para poder establecer medidas de educación sanitaria y de alivio **“cuidados de respiro” que impidan la presentación de enfermedad en éstos.**(11)

### **Ancianos que cuidan ancianos**

La calidad de vida de las personas ancianas dependientes depende muchas veces y casi exclusivamente de la calidad y formación de aquellos que les cuidan, ya sean cuidadores informales o formales, siendo los cuidadores informales aquellos que prestan cuidados sin formación específica, la motivación para cuidar a alguien se basa en cuatro razones principales: amor, gratitud, moralidad y voluntad propia de cuidar.

Para el cuidador informal anciano, cuidar supone consecuencias para la salud del propio cuidador consecuencias que van desde el aspecto físico hasta el social, pasando por el emocional, psicológico e incluso existencial.

Muchas veces el cuidador del anciano dependiente es el conyugue hecho que supone problemas de diferente orden ya que los dos (anciano y cuidador) pertenecen al mismo grupo de edad.

La situación de las parejas ancianas se caracteriza, en repetidas ocasiones, por el apoyo recíproco que se da dentro de un frágil equilibrio y

de un lento deterioro de los dos, cada uno apoyándose en el otro en función de lo que cada uno puede soportar todavía el exceso de cansancio fatiga general, dolores de espalda, agotamiento físico y mental disminución de las fuerzas y de la resistencia, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, insomnio estado depresivo” **hace referencia también a que son varios los sentimientos que podrá originar el hecho de cuidar a ancianos”:** culpa, ternura, compasión, tristeza o impotencia, angustia por la muerte, ante la suya y la del otro y el efecto espejo también el hecho de que el cuidador sea anciano provoca que se pregunte a cerca de quien continuara cuidando al otro anciano en el caso de que muera primero o si se enferma o pierde autonomía y es incapaz de continuar cuidando. (12)

## **Conceptos básicos**

Asistencia geriátrica.

Conjunto de niveles asistenciales hospitalarios, extrahospitalarios y sociales, que responden escalonadamente en un área de salud determinada a las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad de los ancianos.

Es un concepto amplio y fundamental, donde puede verse representados todos los profesionales que trabajan con ancianos.

Envejecimiento

Conjunto de cambios que sufren los seres humanos con el paso del tiempo.

El envejecimiento de algunas poblaciones es un fenómeno sin precedentes en la historia de la humanidad. Se debe al descenso de la natalidad junto con el aumento de la esperanza de vida. La proporción de personas mayores de 65 años es superior al 10 -15% pero lo mas característico es el aumento de los mayores de 80 años (envejecimiento del envejecimiento), grandes candidatos a padecer enfermedades e incapacidades.

Esquema de la asistencia

La atención primaria de salud

Su protagonismo obedece a que en nuestro medio el 95% de las personas mayores de 65 años viven en sus domicilios. Esta permanencia será el principal objetivo de la atención primaria, siempre que tenga lugar



en condiciones dignas. Para ello se actuara prioritariamente en los siguientes aspectos:

- Promoción y prevención de la salud
- Detección precoz de incapacidades y asistencia temprana.
- Priorización de la visita domiciliaria.
- Ayuda a una muerte digna.
- Educación sanitaria al individuo y a sus cuidadores.

#### Situación de la salud enfermedad

Con el fin de planificar servicios y plantear objetivos, las personas mayores se pueden clasificar en cuatro grupos.

#### Persona mayor sana

Sus características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica.

Se estima que entre el 15 y 40% de los individuos de 70 años carecen de enfermedades objetivables.

La tarea prioritaria con este grupo es la prevención, y su responsabilidad recae sobre la atención primaria.

#### Persona mayor enferma

Es la que presenta patología aguda o crónica, de severidad variable, rara vez invalidante y que no se ajusta a los criterios de paciente geriátrico.

Tanto la asistencia como la prevención para este grupo recaen sobre la asistencia sanitaria convencional.

#### Persona mayor frágil o de alto riesgo

Es aquella que por su situación clínica, mental o social se encuentra en equilibrio muy inestable, con grandes probabilidades de ingresar en una institución de por vida, a no ser que se manejen adecuadamente sus problemas.

Causas de fragilidad o de alto riesgo:

- Mayor de 80 años.

- Vivir solo.
- Viudez inferior a un año
- Cambio de domicilio hace menos de un año.
- Patología crónica que condiciona incapacidad funcional
- EVC con secuelas
- Infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca hace menos de seis meses.
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Patología osteoarticular degenerativa
- Caídas
- Déficit visual severo
- Hipoacusia severa
- Enfermedad terminal por
- Neoplasia avanzada
- Demencia severa.
- Otras con pronóstico vital menor de seis meses.
- Toma de mas de tres fármacos con efectos secundarios importantes.
- Prescripción en el último mes de
- Antihipertensivos antidiabéticos o sedantes.
- Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses
- Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes.
- Incapacidad funcional por otras causas.
- Deterioro cognitivo
- Depresión
- Situación económica precaria.

El objetivo principal con este grupo será la prevención tanto primaria como secundaria y terciaria, cuya responsabilidad recae de forma prioritaria en la atención primaria.

#### Paciente geriátrico

Es el que más se beneficia de una asistencia geriátrica especializada. Su proporción se estima entre el 10 y el 25 % de las personas mayores que ingresan en un hospital general.

Como identificador del paciente geriátrico se han utilizado diversas variables como la edad, las enfermedades múltiples, la incapacidad física y/o mental y los problemas sociales.

#### Concepto de paciente geriátrico

El que presenta tres o más de los siguientes puntos:

- Es mayor de 75 años
- Presenta pluripatología relevante
- Su proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante.
- Existe patología mental acompañante o **predominante**
- **Existe problemática social en relación con su estado de salud.**

## **El trato adecuado y la actitud correcta hacia los mayores**

### Reacciones ante la enfermedad

En los ancianos, la experiencia de la enfermedad y la transición a un nuevo ambiente pueden inducir estados de ansiedad, ira, negación, tristeza, desesperanza, culpa, regresión o confusión. La persona pierde el control de su vida y tiene dificultades para resolver sus problemas y tomar decisiones.

En su fuero interno puede yacer el miedo a la soledad, a la dependencia, al dolor y la muerte.

Si la ansiedad es muy intensa la percepción se deforma y la persona sufre. Puede manifestarse con reacciones emocionales, o con reacciones fisiológicas que afecten a las funciones orgánicas (cuadros de somatización), o en forma de quejas interminables y agregación de nuevos síntomas (enfermos hipocondríacos). El enfermo reacciona poniendo en marcha mecanismos de adaptación, que pueden resultar ineficaces si se adoptan comportamientos inadecuados, ya que estos dificultan a veces la búsqueda de ayuda, aunque también sirven para conservar el equilibrio psicológico.

Si el enfermo está muy deteriorado o inconsciente, su familia puede experimentar temores semejantes, expresados en forma de exigencia excesiva, reticencia a colaborar y desconfianza de los cuidadores.

### **Mecanismos de adaptación ante la enfermedad**

**Colaboración:** El enfermo tiene interés por seguir viviendo, colabora y soporta todas las maniobras. Suelen ser individuos que han sido bastante felices.

**Negación:** Es un mecanismo de defensa de negar el propio estado, El enfermo no agradece la información, ni las recomendaciones, y resta importancia a los síntomas.

**Ira y hostilidad:** Los pacientes que dependen de otros para sus actividades cotidianas son propensos a un carácter dominante y violento.

Los episodios de violencia suelen presentar cuando al paciente se le obliga, se le somete a normas muy estrictas, o se quiebra su intimidad. El enfermo puede sentirse irritado, resentido o furioso. Deben tenerse en cuenta las pistas de comunicación no verbal, como puños apretados, miradas y tono de voz. Puede mostrarse, discutidor, exigente, desafiante, despectivo o sarcástico. Critica continuamente a sus cuidadores y ataca a las personas de quien depende.

**Rebeldía:** La actitud de rebelión y dominación puede ser índice de inseguridad.

**Exigencia y demanda:** La necesidad de aceptación, de sentirse valioso y diferente se demuestra por un poderoso deseo de atraer la atención y el interés.

### **Aislamiento e introversión:**

El paciente se retrae y evita la relación con los demás, pasa largos ratos durmiendo, o con las puertas cerradas, y no quiere compartir sus sentimientos.

**Dependencia y regresión:** La incapacidad para la autosuficiencia dificulta la toma de decisiones sobre el futuro, y propicia la renuncia a la propia responsabilidad. Pueden aparecer conductas regresivas con comportamientos infantiles, como incontinencia de esfínteres, negación para comer o tomar medicinas.

## **Relaciones entre el personal y las personas mayores**

Una actitud extendida, reflejo de un prejuicio social, es tratar a los ancianos como si fueran niños irresponsables, asumiendo conductas paternalistas y compasivas, negándoles su individualidad y su capacidad como interlocutores válidos.

Jóvenes y adultos, incluidos profesionales de la salud, y casi siempre con buena intención deciden sobre la vida de las personas mayores y adoptan actitudes de autoridad que intensifican la dependencia y deterioran la confianza del enfermo.

No es raro caer en la tentación de criticar, sermonear, dar consejos o formular expresiones de falsa tranquilización.

### **Actitud correcta**

Las personas mayores deben recibir cuidados de calidad con el mismo apoyo que el resto de los individuos. Sin discriminación por su edad.

Es preciso que el profesional conozca y comprenda los mecanismos de los que el paciente dispone para enfrentarse a la enfermedad y domine sus sentimientos, en lugar de tomar represalias o retraerse. No hay que olvidar que un enfermo ansioso o difícil está manifestando conflictos no resueltos, Cuando el profesional sienta desamparo y desesperanza, debe compartirlos con sus compañeros del equipo, para mantener su propio equilibrio.

## **Características de las enfermedades en geriatría**

No existen enfermedades propias del anciano, pese a que a algunas se les ponga el apelativo de seniles, como sucede con la demencia o la osteoporosis. Estas pueden aparecer a otras edades, pero son mucho más frecuentes en este grupo de edad.

El deterioro de órganos y sistemas que se produce con el envejecimiento se acompaña de pérdidas en el ámbito social (jubilación, aislamiento...), económicas y familiares (fallecimientos, enfermedad de allegados...) Todo ello genera miedo, inseguridad y dificultades en el acceso a los recursos sanitarios y sociales.

La peculiaridad de las enfermedades geriátricas estriba en el deterioro que acarrearán sobre el aspecto funcional mental y social de la persona mayor.

**Funcional:** Puede aparecer una incapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (deambulación, alimentación, aseo, transferencias, vestido y continencia), así como para las llamadas actividades instrumentales (tareas domésticas, uso del transporte, manejo del dinero y control de la propia medicación). Estas actividades son fundamentales para garantizar la autonomía del anciano. La situación de incapacidad varía dependiendo del grado en que se vean afectadas.

**Mental:** Las enfermedades pueden afectar al nivel cognitivo, limitando la memoria y la capacidad de juicio y abstracción y al afectivo, predisponiendo a la depresión.

**Social:** La aparición de una enfermedad puede condicionar el ingreso en una residencia (institucionalización), la necesidad de ayuda a domicilio, la imposibilidad para vivir solos.

Las tres dimensiones están íntimamente relacionadas en el paciente geriátrico.

Los ancianos presentan patologías con una frecuencia muy elevada (en algunas estadísticas hasta del 80%) Además, a menudo coexiste más de una enfermedad.

## **Características específicas de las enfermedades**

### **Síntomas tenues y atípicos**

Las enfermedades en geriatría suelen ser poco sintomáticas con respecto a lo que sucede en los jóvenes; por ejemplo, muchas infecciones pueden cursar sin fiebre.

El dolor es otro síntoma que a veces está atenuado o incluso falta, por ejemplo, en un infarto de miocardio los síntomas son menos claros, las enfermedades debutan de forma atípica; por ejemplo, una infección urinaria puede manifestarse con un cuadro de confusión aguda.

### **Adaptación a la enfermedad**

Ocasionalmente los ancianos adaptan su modo de vida a la enfermedad y esto dificulta la identificación del problema.

Por ejemplo un paciente con insuficiencia cardiaca que sufra dificultad respiratoria con el esfuerzo, disminuye progresivamente su actividad y el síntoma permanece oculto, o bien un anciano con demencia que se pierde por la calle deja de salir.

### **Síntomas superpuestos**

Las personas mayores suelen padecer varias enfermedades a la vez, y resulta difícil detectar síntomas nuevos. Es de importancia capital reconocer el problema que ha roto el complejo equilibrio de la salud de nuestros pacientes.

## **Prevención y valoración geriátrica**

### **Niveles de prevención**

**Prevención primaria:** tiene por objeto identificar y actuar sobre os factores de riesgo predictivos de futuras incapacidades, para evitar que la enfermedad aparezca.

**Prevención secundaria:** identifica signos de deterioro precoz, en donde la intervención pueda retrasar su progresión.

**Prevención terciaria:** retrasa el desarrollo de una incapacidad existente y mejora la función residual.

## **Actividades preventivas**

Parten de dos premisas: En primer lugar se deben descartar los chequeos rutinarios; en segundo lugar, la edad por si sola no debe ser causa de exclusión de pruebas clínicas, cuando se puedan detectar enfermedades tratables.

En 1989 se publicaba la Guide to Clinical Preventive Services. Como fruto de un panel de 20 expertos, las recomendaciones más importantes y aún vigentes para los mayores de 65 años, pueden dividirse en tres apartados.

**Screening** mediante historia clínica: antecedentes de accidente isquémico transitorio. Dieta. Actividad física. Consumo de tabaco, alcohol o fármacos. Estado funcional en casa.

Exploración física: talla y peso. Presión arterial. Agudeza visual, Audición y audífonos. Exploración clínica de mama (anualmente hasta los 75 años). En grupos de riesgo: auscultación carotídea, examen dermatológico completo. Examen completo de la cavidad oral, palpación de nódulos tiroideos.

Pruebas complementarias: colesterol total. Análisis de orina con tiras reactivas. Mamografía (cada 1 -2 años hasta los 75, salvo si patología). En grupos de riesgo: glucemia en ayunas, test de tuberculina (PPD), electrocardiograma, citología vaginal (Papanicolaou), sangre oculta en heces /sigmoidoscopia- colonoscopia.

## **Vacunas**

Tétanos: dosis de recuerdo cada 10 años. Vacuna antigripal una vez al año. Vacuna antineumococica. En grupos de riesgo: vacuna de la hepatitis B

## **Valoración funcional mental y social**

La valoración geriátrica se define como la cuantificación de atributos y déficit importante, médico, funcional y psicosociales, con el fin de elaborar un plan racional de tratamiento y utilización de recursos.

La valoración funcional persigue clarificar el estado de capacidad e incapacidad física de un individuo (caminar, vestirse, etc) medir su situación física.

Las capacidades físicas se clasifican en actividades de la vida diaria básicas, que son aquellas que necesitamos para valernos por nosotros mismos (baño, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación, que se pierden por ese orden, e instrumentales, necesarias para poder vivir en sociedad y relacionarnos con los demás (salir de casa, ir a la compra, hablar por teléfono).

La valoración mental se ocupa del estado de las facultades mentales, especialmente la memoria y la orientación, pero también del estado de ánimo, las ganas de vivir, etc.

La valoración social investiga las condiciones sociales del paciente y como estas repercuten en su salud. Es fundamental identificar al llamado cuidador principal, que puede ser más de uno, y es la clave para que el anciano tenga garantizados los cuidados básicos.

Otros datos importantes para una valoración social completa son: situación y condiciones de la vivienda, situación económica, amigos, cambios de domicilio.

### **Cambios principales secundarios al envejecimiento**

El envejecimiento no constituye una enfermedad, pero puede determinar gran número de trastornos. Es un proceso natural en el que influye tanto la herencia genética, como el estilo de vida, el ambiente, etc.

En la práctica clínica debemos diferenciar cuando el cambio físico es normal (debido al envejecimiento) y cuando no lo es (debido a una enfermedad).

El envejecimiento no se produce de forma homogénea. Afecta a todos sus órganos y sistemas, aunque no todas las personas envejecen igual ni al mismo ritmo.

En el organismo se van a registrar una serie de cambios, tanto físicos como psicológicos y funcionales.

### **Piel y anexos**

Uno de los signos más evidentes del paso de los años es el cambio que se produce en el aspecto de la cara. Aparecen las arrugas, las mejillas



se hundan, se acentúan los pliegues. También es frecuente la aparición de pecas o la pigmentación irregular. Los cambios más llamativos afectan al cabello, con la aparición de canas y calvicie. Se produce una pérdida gradual de folículos pilosos en el cuero cabelludo, la región axilar y pubiana. Paradójicamente, en las mujeres se estimula la aparición de vello facial.

Disminuye la sudoración con aumento de la sequedad cutánea y menor adaptabilidad a los cambios atmosféricos, en especial al frío.

Las uñas son más frágiles, se fisuran y rompen más fácilmente. Crecen más despacio, pero en algunos casos se engrasan de forma llamativa, sobre todo en los pies.

### **Ojo**

Los ojos tienden a hundirse por disminución de la grasa orbitaria. Debido a la pérdida de elasticidad del cristalino y de la consiguiente capacidad de acomodación, se produce presbicia o reducción de la capacidad para enfocar objetos cercanos lo que obliga a utilizar gafas para leer, escribir, coser, etc.

La disminución del tamaño de la pupila, que adquiere forma irregular, el enlentecimiento de la respuesta a la luz son cambios que se explican la mala adaptación a los lugares oscuros y a los cambios bruscos de iluminación.

### **Oído**

El tímpano se engrosa y se acumula cerumen, con formación de tapones. Con la edad, el oído interno y el nervio auditivo sufren un proceso de degeneración, con pérdida de la capacidad auditiva para altas frecuencias. Este trastorno, llamado presbiacusia, impide oír las consonantes respetando el ruido ambiente y la conversación se hace **incomprensible, es decir "oyen pero no comprenden"**.

### **Boca**

La boca tiende a secarse por disminución de las glándulas salivares, con menos producción de saliva y cambios en sus cualidades.

También disminuye el gusto, y el reflejo nauseoso se enlentece aumentando las posibilidades de atragantamiento.

Las encías se adelgazan y disminuye su superficie, reduciéndose su capacidad para soportar la presión de una prótesis dental, y pudiéndose lesionar con mayor facilidad.

Los dientes tienden a separarse, siendo frecuente su pérdida progresiva por distintos motivos. También pueden oscurecerse debido a la pérdida del esmalte y a los depósitos de minerales.

## **Nariz**

Con frecuencia aumenta el tamaño de la nariz, la capacidad olfatoria se pierde, y los pelillos aumentan en número y grosor.

## **Composición corporal**

Se reduce la masa muscular total, mientras que aumenta la grasa corporal, lo que produce cambios en el peso y en el aspecto, hasta incluso un 50% del peso corporal. Esto explica la gran facilidad con que se deshidratan los ancianos, tanto por pérdida de agua, como por disminución de la sed o dificultad para la ingesta.

## **Sistema musculoesquelético**

Se producen cambios en los músculos, los huesos y las articulaciones, que repercuten tanto en la forma como en la movilidad y las actividades de la vida diaria.

Se origina una pérdida general de masa ósea (osteopenia), sobre todo en la mujer a partir de la menopausia. Los huesos más frágiles están más predispuestos a fracturas, y al acuñamiento de vértebras a la postura encorvada del anciano.

El envejecimiento repercute fundamentalmente sobre la movilidad de las articulaciones. Otro efecto observado es la merma de la estatura (aproximadamente 5 cm en el hombre y 3 cm en la mujer).

La pérdida progresiva de la masa muscular, y el endurecimiento y la rigidez de los tendones conllevan disminución de la fuerza, del tono y de la velocidad de contracción, por lo que los movimientos se enlentecen típicamente y la capacidad de reacción disminuye. La marcha se modifica por un aumento de la base de sustentación y disminución del braceo.

## **Aparato respiratorio**

La reducción de la función pulmonar con el envejecimiento altera la capacidad de defensa del pulmón, que se hace más vulnerable.

En la cavidad torácica, la movilidad va disminuyendo con limitación de la expansión inspiratoria, debido a la debilidad muscular, el encorvamiento progresivo, a los cambios articulares y la calcificación de los cartílagos costales.

El aumento de la luz, la disminución y el enlentecimiento de los cilios, el aumento de tamaño de las glándulas mucosas bronquiales, y la disminución del reflejo de la tos reducen el intercambio de aire, que permanece acumulado en el pulmón, aumentan las secreciones y dificulta la expectoración.

Muchas veces es necesario enseñar a toser bien a los ancianos, insistirles en que no deglutan las secreciones y convencerles de que no necesitan medicación para eliminar la tos.

El volumen de flujo respiratorio disminuye con la edad mientras que la frecuencia respiratoria aumenta y la pO<sub>2</sub> decrece ligeramente.

### **Aparato digestivo**

Al envejecer se producen una serie de cambios anatómicos y funcionales, tanto en el tracto gastrointestinal, como en el hígado, las vías biliares y el páncreas.

Los cambios funcionales pueden afectar a la función motora, secretora, absorptiva o a todas ellas.

En general el tránsito de los alimentos se enlentece, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento.

El hígado reduce su tamaño a partir de los 50 años de edad. El flujo sanguíneo disminuye y se altera el metabolismo hepático de muchas sustancias, entre ellas los fármacos, lo que puede aumentar sus niveles y el tiempo de permanencia en el organismo.

### **Aparato circulatorio**

Se producen numerosos cambios anatómicos en los tejidos y en la función cardíaca que asociados al hecho de envejecer, dan lugar lógicamente a modificaciones importantes en el funcionamiento cardíaco.

El anciano sano en reposo, el funcionamiento cardiaco no muestra modificaciones respecto al de las personas de menor edad; pero, con el ejercicio, no pueden alcanzar una frecuencia cardiaca tan elevada como los jóvenes que tienen un corazón sano.

Se limita, por tanto, la capacidad del anciano para realizar ejercicios intensos, durante los cuales si disminuye el gasto cardiaco.

## **Aparato genital**

Tras la menopausia se produce una disminución severa de la producción de hormonas que va a determinar cambios en el aparato genital.

Se pierde vello púbico, se atrofian los labios mayores, el cuello y la vagina, con disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero. La vagina se hace más corta, menos elástica y lubricada, lo que hace que el coito pueda resultar más doloroso y que aumente el riesgo de infecciones vaginales.

Los cambios fisiológicos en la función sexual de las mujeres, como, por ejemplo, la penetración más difícil y dolorosa, son secundarios a los cambios vaginales referidos.

En los varones existen menos cambios anatómicos, pero son importantes los cambios fisiológicos.

La erección es más lenta, disminuye la sensibilidad peneana, el tamaño testicular y el ascenso con la erección.

Aumenta el periodo refractario post-erección, la eyaculación se retrasa y el volumen de esperma se reduce.

El aumento de la próstata, en relación directamente proporcional a la edad, puede dificultar el drenaje de la orina al exterior.

## **Riñón**

El flujo sanguíneo renal disminuye con pérdida importante de la mayor parte de las funciones renales, lo que hace que el riñón del anciano sea más susceptible y que múltiples situaciones puedan deteriorar gravemente la función renal.

Se altera la capacidad de concentración y dilución de orina cuando se somete al anciano a deprivación o sobre carga de agua. Esto tiene una

mayor repercusión por cuando la sensación de sed está deprimida en el anciano.

Dado que muchos fármacos se eliminan por esta vía, pueden aumentar sus niveles en sangre, así como sus probables efectos tóxicos secundarios.

## **Sistema nervioso**

Se producen cambios estructurales y neuroquímicos. La valoración de las modificaciones que la edad produce en este sistema resulta muy difícil. El hecho de envejecer no tiene por que asociarse a deterioro intelectual.

Los cambios funcionales que el envejecimiento determina en el sistema nervioso central se traducen en modificaciones a diferentes niveles: sensitivos, motores, de capacidad intelectual y de comportamiento.

El envejecimiento afecta a funciones diversas específicamente cubiertas por el SNC, como la percepción, la memoria reciente, el sueño, la coordinación motora y el control muscular, siendo el enlentecimiento un dato de observación frecuente en el anciano.

La pérdida de memoria, especialmente de la memoria reciente, representa uno de los déficit funcionales mas constantes, progresivos y complejos. También es difícil para el anciano el aprendizaje de nuevas habilidades, la capacidad para recordar es más lenta y conlleva un mayor esfuerzo.

Hay aspectos psíquicos de la vejez donde se produce un decaimiento, que se relaciona sobre todo con la debilitación de la vitalidad. También puede debilitarse la voluntad y perderse la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones. Todo ello unido al descenso de la capacidad de comunicación y al estado de ánimo con una tendencia más sombría puede presentar al anciano con una mentalidad predepresiva. (13)

## **Sexualidad en el viejo**

Existen muchos prejuicios en la sociedad que explican por que muchos, temas de la sexualidad en los adultos mayores se evitan. La edad no supone, por si misma, una barrera para la satisfacción sexual del varón o de la mujer.

En la mujer se ha postulado que el temor al rechazo y la escasa autoestima, contribuyen a que algunas mujeres ancianas abandonen las relaciones sexuales. Uno de los incentivos psicológicos es el temor a la enfermedad o incluso a la muerte durante el coito, es común esta manifestación después de haber sufrido un ictus, o un infarto al miocardio. La norma clínica todavía vigente es que la actividad sexual es equivalente a subir un tramo de escaleras.

Otro factor psicológico que influye positivamente es la libertad e independencia de los adultos mayores; el hecho de poder planificar el tiempo incorporar el acto sexual al momento que mas les acomode.

Cambios sexuales con el envejecimiento.

En el varón:

- Disminución de la sensibilidad peneana
- Disminución del volumen evacuado,
- Orgasmo sin eyaculación.
- Menor percepción de eyaculación inminente.
- Aumento del periodo refractario.

Sin embargo, la disminución de la sensibilidad junto con el control y la experiencia acumulados por los varones adultos mayores, sobre todo cuando tienen una pareja conocida, pueden mejorar significativamente la función sexual con la edad.

En la mujer:

- Los cambios fisiológicos que ocurren en el aparato genital femenino, suelen guardar relación con la deficiencia estrogénica. Esto es un argumento, por lo que se recomienda continuar con estrógeno durante lo más posible bajo control médico.
- La vulva y la vagina se tornan más pequeñas, lisas y delgadas y sus paredes se vuelven más flácidas, la vagina se estrecha.
- La variación del tamaño de la vagina durante el coito se reduce y de hecho prácticamente las cuatro fases del acto sexual (excitación, mesera, orgasmo y resolución) se modifican, disminuyendo su duración e intensidad.

- La sequedad relativa de las mujeres ancianas es un problema. La lubricación es muy importante y representa una ayuda sexual muy sencilla.

#### Cambios en el aparato genital femenino

- Disminución de la vascularización y del contenido graso de la pared de la vagina.
- Disminución del tamaño de la vulva y de la vagina.
- Disminución de las secreciones
- Paredes vaginales más delgadas y laxas.
- Disminución de la variabilidad del tamaño vaginal durante el coito.
- Orgasmo mas corto y menos intenso
- Disminución de la respuesta sexual en las cuatro fases.
- Orgasmo doloroso en algunas mujeres.

#### Enfermedades físicas

Hay enfermedades físicas que pueden modificar las relaciones sexuales en los adultos mayores.

- La disnea con independencia de su etiología, impide la actividad sexual y puede obligar a cambios en la postura sexual.
- 
- La artrosis y otra rigidez osteomuscular también modifica los movimientos corporales, que son vehículo de la expresión sexual o exige un cambio de la técnica sexual, especialmente una modificación de la postura.
- 
- La diabetes mellitus es asociada inmediatamente a impotencia, sin embargo hay factores psicológicos que influyen. En cualquier caso la impotencia de los enfermos diabéticos requiere en última instancia de una prótesis.
- 
- Los medicamentos y otras sustancias que disminuyen la función sexual, alcohol, tranquilizantes mayores y menores, antihipertensivos, antidepresivos, antihistamínicos, digoxina, narcóticos, cimetidina, fenitoina (a veces exacerba la función sexual).

#### Autocuidado del viejo

Esta basado en la prevención frente a enfermedades físicas y sexuales.

Es aconsejable que la pareja consulte al médico (sexólogo para hacer una exploración física de las dos personas, ya que se pueden descubrir

problemas físicos remediabiles, vaginitis atrófica, problemas pélvicos, incontinencia urinaria, (prolapso) en la mujer y también en el varón (fimosi, balaniti, etc)

La pareja de adultos mayores o uno de ellos debe comunicar los problemas sexuales al médico, para impartir conocimiento sobre la sexualidad y el envejecimiento (corregir informaciones erróneas)

Valorar la impotencia psicológica frente a la física para ser tratado oportunamente.

Explore los métodos alternativos para el desarrollo del rol sexual, incorpórelo a grupos de ayuda, etc.

### **Recomendaciones**

Recomendaciones sencillas que el equipo de salud puede proporcionar a parejas que consultan por disfunción sexual.

La mañana suele ser el tiempo más idóneo para la actividad física

La lubricación con vaselina o lubricantes hidrosolubles (se pueden eliminar) contribuye a mejorar el problema.

Muchas veces se requiere una mayor estimulación física por parte de los dos componentes de la pareja. Es frecuente que un miembro de la pareja este mucho más preocupado que el otro sobre los cambios de sexualidad.

Los adultos mayores, sobre todo cuando muestran cambios atróficos, se benefician con los tratamientos de estrógenos, ya sea a corto plazo, indicados por especialistas (pueden administrarse en la vagina, aunque su absorción es similar a la de la vía oral).

El sexo es perfectamente normal a cualquier edad. Así pues, el adulto mayor no debe avergonzarse por desearlo.

La masturbación es una practica normal, inofensiva y beneficiosa en ausencia de pareja.

### **Rehabilitación de la persona mayor**

#### **Rehabilitación geriátrica**

La rehabilitación geriátrica tiene como finalidad la recuperación funcional del anciano en general, del anciano enfermo agudo y del crónico o discapacitado. Los objetivos de la rehabilitación son conseguir la máxima



recuperación e independencia funcional del anciano, así como su máxima integración en el medio sociofamiliar.

### **Objetivos de la rehabilitación**

Valoración de las capacidades residuales del anciano realizada por el profesional rehabilitador, que tendrá en cuenta factores como: edad del paciente, peso antigüedad del proceso y otros que de alguna forma influyan como agravantes determinantes del nivel de incapacidad.

Conseguir la máxima independencia en las actividades cotidianas y en su propia movilidad.

Desarrollar actividades de ocio y ocupación del tiempo libre.

¿ A quién está dirigida la rehabilitación?

Dependiendo de a quien va dirigida, adopta diferentes enfoques:

#### **Anciano sano**

Debe enfocarse al mantenimiento de las capacidades respetadas por la edad, estimulando la creación de hábitos; activos que ocupen el tiempo libre, para lograr que esta etapa de la vida resulte mucho más gratificante.

Existen centros específicos de estancia diurna para ello, como los clubs, Hogares, etc. No olvidemos el valor terapéutico que supone el mantenerse activo con determinadas ocupaciones, pues se previenen y reducen los problemas que aparecen con la edad como, temblor, falta de coordinación, disminución de los movimientos, pérdidas de memoria, etc.

El abandono y la inactividad aceleran el proceso de deterioro que, de forma normal, se produce con la edad.

#### **Anciano enfermo**

Es importante iniciar el proceso rehabilitador lo antes posible. Este se llevara a cabo por especialistas, desde la fase aguda de la enfermedad. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales serán los encargados de poner en marcha técnicas específicas de tratamiento.

#### **Anciano con enfermedad crónica**

Se trata de ancianos que han sufrido una ruptura o cambio radical en sus hábitos de rutina, pasando, en la mayor parte de los casos, de ser personas totalmente independiente a serlo sólo parcialmente.

Sufren la instauración de secuelas invalidantes residuales consecuencia de la enfermedad pasada, y viéndose sometidos a cambios tales como: pasar de vivir solos en su domicilio a vivir con hijos o en residencias, adaptaciones del medio a su incapacidad, aprendizaje de métodos para llevar a cabo sus ocupaciones y hábitos diarios.

Por todo ello, estos ancianos suelen requerir la ayuda de otra persona, que se encarga de supervisarlo o ayudarle cuando sea necesario. Esta persona **se conoce con el nombre de "Cuidador principal"**. De la actitud y el tipo de ayuda que ofrezca va a depender la respuesta del anciano frente a su incapacidad. Se prestará ayuda al anciano sólo cuando resulte imprescindible, evitando hacerle todo por compasión, rutina, o terminar más rápido, pues se corre el riesgo de una dependencia total del anciano hacia su cuidador, agravando aún más su situación de incapacidad y fomentando, a su vez, la aparición de nuevas complicaciones.

El cuidador ha de permanecer alerta, estimulando en todo momento al anciano.

### **Consejos prácticos**

El objetivo de estos ejercicios es conseguir la mayor movilidad posible de las articulaciones, a la vez que se realizan estiramientos musculares. Son beneficiosos para mantener la capacidad respiratoria y evitar la aparición de deformidades.

Los ejercicios han de ser progresivos. Cada anciano, según su capacidad y resistencia, realizará un número determinado de ellos.

Se deben hacer suavemente, sin brusquedad, intercalando periodos de descanso con periodos de movilidad.

Cuando aparezca fatiga, o dolor excesivo, se interrumpirán hasta que el paciente se recupere totalmente.

Ejercicios a realizar en el domicilio para mantener la movilidad.

Ejercicios de cabeza y cuello

Ejercicios derecha e izquierda

Inclinaciones laterales, inclinar la cabeza intentando tocar el hombro, inclinar hacia derecha e izquierda.

Flexión y extensión. Intentar tocar con la barbilla el pecho. Mirar hacia el techo

#### Ejercicios de hombros y brazos

Elevar los dos hombros a la vez inspirando lentamente y soltarlos de golpe. Realizar el ejercicio alternando uno y otro hombro.

Movimientos de circunvalación (hacer círculos) Describir círculos grandes en el aire con el brazo.

Elevación del brazo. Frente a una pared hacer reptar los dedos de la mano por ella hasta el punto más alto posible, y deshacer el movimiento lentamente. Se puede realizar este mismo ejercicio colocándose de lado a la pared.

Elevación de brazos con manos entrelazadas. Inspirar aire al subir los brazos, y espirar al bajarlos lentamente.

Colocar los brazos en cruz, intentando juntar las palmas de las manos por encima de la cabeza.

Con la palma de la mano por encima del hombro intentar tocarse la nuca hasta llegar a la espalda. Igualmente, pero con la mano por detrás de la espalda, intentar subir lo más arriba posible.

#### Ejercicios de manos.

Separar y aproximar los dedos. Se puede hacer sobre una mesa.

Abrir y cerrar los dedos.

Con el pulgar, tocar la punta del resto de los dedos. Es como contar de uno en uno.

#### Ejercicios de tronco y espalda

Sentado en una silla, flexionar el tronco hacia delante tratando de llegar con el pecho a las rodillas. Manos sobre el regazo o brazos colgando.

Inclinaciones laterales de tronco, hacia derecha e izquierda.

## Ejercicios para miembros inferiores

Sentado en una silla, juntar y separar las piernas.

Sentado sobre una cama, separar y aproximar las piernas.

Tumbado en una cama, doblar las rodillas, con los brazos estirados a lo largo del cuerpo, intentando levantar las caderas del colchón. Desde esta posición, estirar las piernas elevándolas hasta donde se pueda.

Sentado en la cama, con la espalda recta y las manos apoyadas, cruzar las piernas, respiración libre.

Tumbado en la cama, con los brazos a lo largo del cuerpo, flexionar alternativamente las rodillas contra el pecho soplando. Inspirar al extender.

## Ejercicios para pies.

Sentado en una silla, recoger un pañuelo extendido en el suelo con la planta del pie y sin mover el talón del suelo.

Sentado en una silla, recoger un lapicero del suelo con la zona plantar de los dedos de los pies.

## Debe hacerse ejercicio regular

Al pasear mantiene el tono muscular y mejora la circulación. Pueden aumentarse progresivamente las distancias en el paseo.

Ejercicios para trabajar y mantener las funciones mentales en las mejores condiciones posibles.

Hablar al anciano, estimulándole para que mantenga una conversación.

Animar al anciano a jugar partidas de cartas, domino, etc.

Estimular al anciano a que mantenga o adopte nuevas aficiones. Esto mantendrá su mente activa.

Hacerle participe de los acontecimientos familiares como bodas, cumpleaños, etc.

Es importante que el anciano mantenga las amistades antiguas y haga nuevos amigos. La compañía le mantendrá ocupado y evitará el sentimiento de soledad y la depresión.

Fomentar su interés por lo sucesos actuales, a través de radio, televisión, prensa.

Dejar al anciano que maneje cierta cantidad de dinero.

Un ejercicio para evitar la pérdida de contacto con el dinero es hacerle reconocer diariamente las monedas vigentes.

Hacerle mirar la fecha en un calendario de números grandes, y recordársela a lo largo del día.

Estimular al anciano a que participe en las labores domésticas.

Es aconsejable que el anciano mantenga su peso ideal. La obesidad representa una sobrecarga para el organismo impidiendo y limitando su movilidad.

Para la práctica del ejercicio físico al aire libre es necesario un calzado adecuado, que proteja el pie y evite las caídas, con tacón de una altura adecuada, suela antideslizante.

### **Beneficios de la rehabilitación**

El objetivo de la rehabilitación es conseguir en el anciano un estado general de salud que le permita realizar una serie de actividades indispensables para una vida más cómoda y digna.

El ejercicio terapéutico persigue desarrollar la fuerza y elevar el umbral de la fatiga, mediante grupos de movimientos útiles, eficaces e inocuos.

Y como fin último, la rehabilitación persigue dotar al anciano de los medios necesarios para conseguir su máxima independencia.

### **Necesidades de nutrición e hidratación**

Entre los 25 y los 65 años, la demanda calórica decae en un 21%, por lo que las cantidades requeridas oscilan entre 2000 y 2500 Kcal al día para un varón de 65 años, y entre 1500 – 2000 Kcal para una mujer de la misma edad. Dicho descenso se debe a la disminución de la actividad física, mental y sexual que se produce normalmente con el paso de los años.

La disminución del aporte calórico debe hacerse a expensas de las grasas, sobre todo de origen animal, que no deben sobrepasar el 20 – 25% del total de calorías de la dieta.

Las personas mayores deben seguir consumiendo hidratos de carbono (50 – 60% de las calorías de la dieta), sobre todo en forma de fruta, verduras, legumbres y pastas. Tampoco debe reducirse con los años la ingesta de proteínas, manteniéndose un aporte de un gramo por kilo de peso y día, tanto de origen animal como vegetal.

Las necesidades de líquidos se estiman en un mínimo de 1 – 1.5 litros al día, a expensas de agua, zumos e infusiones, y siempre fuera de las comidas.

Pueden tomarse pequeñas cantidades de vino en las comidas, salvo prohibición médica.

Algunos factores que influyen en la nutrición de las personas mayores son:

- Menor sensibilidad a los estímulos de los sentidos (vista, gusto, olfato).
- Dificultades en la masticación y la salivación.
- Digestiones más pesadas. Estreñimiento más frecuente.
- Dificultades físicas y económicas para conseguir alimentos.
- Menor sensación de sed.
- Ignorancia y hábitos dietéticos deficientes.
- Mayor frecuencia de enfermedades e ingesta de medicamentos.
- Soledad e institucionalización.

### **Algunos consejos prácticos**

- Hacer cuatro o cinco comidas al día.
- Mejor si los alimentos se preparan hervidos, a la plancha o asados.
- Platos atractivos en su preparación.
- Ensaladas cortadas en porciones pequeñas.
- Frutas con pulpa blanda.
- Abundancia de productos lácteos.
- Comer en compañía.

### **Balance hidroelectrolítico. Deshidratación**

El balance hidroelectrolítico es la relación existente entre los ingresos y las pérdidas corporales.

Los ingresos, enterales o parenterales, ya se han comentado.

Las pérdidas se producen a través de la piel: por el sudor. En condiciones normales se eliminan unos 500 cc al día. Por cada grado que la temperatura supere los 37, las pérdidas aumentan en un litro cada 24 hrs.

La respiración. También son 500cc los que se pierden aproximadamente en 24 hrs de forma fisiológica.

Son más si el anciano tiene disnea, ventilación mecánica, etc.

La orina. El volumen depende del aporte, de las otras pérdidas, de ciertos medicamentos y de múltiples enfermedades. El mínimo debe ser de 500 – 600 cc para poder eliminar las toxinas presentes en la orina.

La deshidratación surge cuando la pérdida de líquidos es superior a la ingesta, las situaciones de pérdida aumentada; son: fiebre, disnea, diuréticos, vómitos, diarreas, etc.

. Además, el anciano fisiológicamente, necesita una mayor pérdida de líquidos para tener sensación de sed. La deshidratación en la persona mayor se presenta sobre todo por escaso aporte. Por ello, la mejor forma de evitarla es estar muy pendiente de que beban lo suficiente.

## **Disfagia y broncoaspiración**

La disfagia es la dificultad para la deglución o la interrupción del bolo alimenticio en su paso hacia el esófago.

Las principales causas son:

- Alteración de la coordinación neuromuscular. Es la más frecuente y suele ser secuela de un ictus (accidente cerebrovascular agudo)
- Obstrucciones del esófago, por tumores, etc.
- Inflamaciones esofágicas, por hongos, etc.
  
- La disfagia neuromuscular se manifiesta por dificultad para tragar líquidos, mayor que para los sólidos, con tos al intentarlo o almacenamiento en la parte posterior de la boca.

- La disfagia debida a otras causas se manifiesta primero para sólidos y por último para líquidos, con molestias o dolor en el pecho al intentar tragar.

Algunos consejos útiles son:

- Recordar que, en muchos casos, hay disfagia aunque no aparezca tos.
- Nunca insistir si existe dificultad o tos.
- Las gelatinas o purés espesos se toleran mejor.
- Son preferibles las tomas frecuentes y en pequeñas cantidades.
- El enfermo debe estar sentado o semisentado.
- Si la disfagia persiste, valorar el sondaje nasogastrico para impedir la deshidratación o la desnutrición.

La broncoaspiración es el paso del contenido del tubo digestivo al árbol respiratorio.

Sus principales causas son:

- Vómitos
- Disfagia
- Sondaje nasogastrico y posición del paciente en decúbito.

La mejor forma de evitar la broncoaspiración es estudiar cada caso de disfagia y actuar en consecuencia. A todo paciente que presente vómitos debe incorporársele inmediatamente y colocarle de lado. Sobre los enfermos sondados ya se insistió anteriormente.

Es importante detectar precozmente una broncoaspiración, ya que en muchos casos pueden no resultar evidentes sus manifestaciones (tos intensa). Debe sospecharse cuando hay fiebre o febrícula. Asimismo, cuando la respiración sea más rápida de lo habitual, siendo lo normal en el anciano hasta 20 a 25 por minuto. Dado que suele ser una respiración muy superficial, para medir su frecuencia es preciso poner la mano sobre el pecho del paciente y contar las veces que se mueve durante un minuto completo.

## **Educación para la salud**

Puede ser necesario enseñar a la familia a alimentar al enfermo, cuando este no se vale por si mismo. Se deben tratar los siguientes contenidos:

Administrar el alimento lentamente y en pequeñas cantidades.



Masticar despacio durante el tiempo suficiente.  
Comer a horas fijas y evitar comidas copiosas.  
Posición correcta.  
Higiene bucal y de manos  
No forzar la ingesta cuando aparezca tos o vómitos.

Si el enfermo se niega a comer, no insistir, intentar unos minutos mas tarde

## **Necesidades de eliminación**

Una parte importante de los cuidados que presta la auxiliar al enfermo geriátrico se centra en ayudarlo a superar las dificultades en la evacuación de heces y orina. Su actuación puede consistir en enseñar, supervisar, ayudar o llevar a cabo la tarea completamente. Se intentara que el enfermo sea lo más autónomo posible, prestando especial importancia a la higiene y el confort.

Antes de establecer cualquier plan de cuidados deberá valorarse la capacidad del paciente para identificar el servicio, llegar a él, quitarse la ropa, sentarse en el inodoro alcanzar y utilizar los utensilios para limpiarse y secarse tirar de la cadena, volver a vestirse y lavarse las manos.

A continuación se tratan los problemas de eliminación que con más frecuencia sufre el anciano.

## **Incontinencia urinaria**

La incontinencia es un problema de gran incidencia en la población mayor. Un 15% de las personas mayores de 75 años están afectadas. Es más frecuente entre las mujeres, en una proporción de 2:1 respecto a los hombres.

Anatomía y funcionamiento del aparato urinario.

El aparato urinario es el conjunto de órganos que se encarga de la formación y excreción de orina. Esta compuesto por los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. A través de la orina se eliminan los productos de desecho del metabolismo y las sustancias tóxicas que circulan en la sangre. La orina se eliminan los productos de desecho del metabolismo y las sustancias tóxicas que circulan en la sangre. La orina se almacena en la vejiga, que tiene una capacidad de 250 a 550 cc, y después es evacuada a través del esfínter uretral. El control de la micción es voluntario y consciente, y la eliminación se produce cuando la uretra se abre y la vejiga se contrae. Esta acción coordinada depende del sistema nervioso.

La función vesical del anciano presenta ciertas peculiaridades.

Hay una disminución de la capacidad de la vejiga y un aumento de la orina residual.

Durante el llenado, aparecen contracciones no inhibidas que pueden producir el vaciamiento de la vejiga.

### **Definición**

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que produce problemas higiénicos, psicológicos y sociales en el individuo.

### **Causas**

Factores físicos

Enfermedades asociadas a trastornos de la vejiga y estructuras vecinas: infecciones urinarias, hipertrofia de próstata, prolapso uterino, estreñimiento, impactación, fecal, etc

Enfermedades del sistema nervioso que pueden causar parálisis, inmovilidad, deterioro mental y confusión, (trombosis cerebrales, Parkinson, demencia, etc).

### **Factores sociales**

Dificultades de acceso y malas condiciones de la vivienda.

En muchos casos los inodoros son de una altura inadecuada o no están disponibles. Si hay problemas de movilidad las escaleras o los largos recorridos pueden desencadenar la incontinencia antes de llegar al inodoro. Durante la noche cuando las luces están apagadas, la situación se agrava.

### **Otros**

Fármacos que aumentan la diuresis, que inducen al sueño o producen sedación.

Es frecuente en pacientes a los que se les ha retirado la sonda vesical recientemente.

### **Consecuencias**

Físicas

Problemas higiénicos y discomfort causados por la suciedad y los malos olores.

Problemas cutáneos

Mayor riesgo de infecciones

Alteraciones del sueño por miedo a mojar la cama  
Problemas sexuales.

Hidratación deficiente (se disminuye la ingesta de líquidos para reducir la diuresis).

Limitación de la movilidad.

### **Psicológicos**

- Aislamiento.
- Depresión y disminución de la autoestima
- Dependencia para realizar las actividades cotidianas.
- Socioeconómicos
- Distanciamiento social por miedo al rechazo y para evitar situaciones comprometidas.
- Costos económicos

### **Tipos incontinencia de esfuerzo**

Está motivada por un aumento súbito de la presión intraabdominal. El esfínter uretral es incompetente y permite que la orina se derrame sin existir deseo de orinar. La risa, los estornudos, la tos, el levantarse y agacharse y otros esfuerzos pueden desencadenar la incontinencia. Afecta fundamentalmente a las mujeres multiparas y aumenta en la menopausia.

### **Incontinencia de urgencia**

El paciente tiene deseos súbitos de orinar sin que le sea posible alcanzar el cuarto de baño a tiempo. Se produce por la contracción involuntaria de la vejiga y se acentúa al abrir el grifo o con la proximidad del lavabo.

### **Incontinencia refleja**

La persona no siente impulso de orinar. Esta causada por lesiones nerviosas, que permiten que la vejiga se vacíe sin recibir ningún control del cerebro.

### **Incontinencia por rebosamiento**

La vejiga retiene orina hasta que la tensión es tan grande que el esfínter se abre, permitiendo la salida de la orina. Es frecuente en el varón, cuando hay agrandamiento de la glándula prostática o cuando existe retención urinaria.

### **Incontinencia posmiccional**

Consiste en la salida de una pequeña cantidad de orina, habitualmente sin mucha percepción, incluso varios minutos después de haber completado la micción. Esto se debe a que la vejiga no se vacía completamente, permaneciendo en ella orina residual. Aumenta si la evacuación no es cómoda o si se utiliza la cuña en vez del inodoro.

A veces es difícil distinguir el tipo de incontinencia, debido a que puede existir una mezcla de varios tipos, en el mismo individuo.

## **Tratamiento y manejo de la incontinencia**

### Tratamiento etiológico

En primer lugar se ha de tratar de solucionar la causa que origina la incontinencia (estreñimiento, infección urinaria etc). A veces son precisos tratamientos farmacológicos o quirúrgicos.

### Tratamiento funcional

Existen otras medidas que pueden contribuir a la solución o la mejoría del problema.

### Reeducación de esfínteres o reentrenamiento vesical.

Su finalidad es llevar al paciente a un patrón miccional más normal y cómodo, acostumbando a la vejiga a evacuar con un determinado ritmo.

El plan debe ser individualizado para cada paciente. Han de tenerse en cuenta los hábitos vesicales, la ingesta de líquidos, el estado mental del paciente, el entorno social, la relación con la familia y la actitud del paciente ante el problema.

Conviene conocer la periodicidad con que se acude al servicio (ésta puede variar en la misma persona a lo largo del día), utilizando para ello Gráficas de control y el registro debe realizarse durante días, anotando cada vez que el paciente orine, tanto de forma continente como incontinente. Esto permite estudiar en que momento se producen los accidentes y su posible causa.

Las hojas de control ofrecen una idea bastante exacta de la efectividad de la reeducación y aseguran la continuidad de los cuidados.

La micción suele ser más frecuente al levantarse, al acostarse, antes o después de las comidas y, también, tras algunas bebidas como café o té. se

estimula al paciente a que vaya al servicio en estos momentos. No se pregunta al enfermo si quiere orinar. Sino que se le sugiere que es la hora de ir al servicio. El enfermo debe permanecer sentado en el inodoro durante 5 minutos, dejándole que oiga un grifo abierto. Si esto no es eficaz, se invita a orinar al paciente cada 2 ó 3 horas (pueden utilizarse timbres o despertadores para recordar la hora), en principio sólo durante el día, tenga ganas o no y aunque se encuentre mojado. Si el enfermo se ensucia, se adelanta media hora el control, hasta tener una idea aproximada del intervalo de tiempo necesario para que se mantenga seco. Nunca se ha de ir antes del momento fijado y si el paciente tienen deseos de orinar, debe aguantarse. Tras conseguir la continencia durante el día, se intenta durante la noche levantándose 2 veces, siempre a horas fijas).

Los pacientes con gran deterioro mental, pero con buena movilidad, pueden mantenerse secos durante el día con viajes regulares al servicio, siendo inevitable la incontinencia nocturna.

Algunos objetivos pueden alcanzarse en uno o dos días, otros requieren semanas o incluso meses. Los logros ayudan a mantener la motivación, por lo que se han de plantear objetivos a corto plazo y poco ambiciosos, reforzando al enfermo positivamente.

Sólo una vez conseguida la continencia, y cuando no existan accidentes, se pueden retirar los absorbentes.

### **Ejercicios del suelo pélvico**

Ayudan a aumentar la fuerza y el tono de los músculos del suelo de la pelvis.

Permanecer de pie o sentado confortablemente. Contraer despacio, pero con fuerza, los músculos de alrededor del ano, manteniéndolos en tensión durante 5 segundos para relajarlos después (imaginando que se quiere controlar una diarrea).

Sentarse cómodamente en el inodoro cuando se desee orinar. Durante la micción, interrumpir voluntariamente el flujo urinario, contrayendo los músculos de la zona

Se recomienda hacer los ejercicios unos 10 minutos 5 veces al día a intervalos regulares y durante varios meses. Estos ejercicios suponen una mínima interrupción en las actividades cotidianas, pudiéndose realizar en cualquier lugar, sin que nadie se de cuenta.

### **Masaje vesical**

Tiene como objetivo el vaciamiento más completo de la vejiga y la continencia entre dos vaciamientos. Se realiza aplicando una firme presión sobre la región vesical, ejercida con los dedos o con el puño al final de la micción, lo que estimula la contracción de la vejiga. También es útil sentarse con los pies apoyados e inclinarse hacia delante.

### **Recomendaciones generales**

Mantener al paciente limpio y seco. Si el enfermo se siente sucio, disminuye el interés por controlar la incontinencia. Vigilar irritaciones e infecciones.

Facilitar el acceso al aseo mediante carteles o flechas que indiquen el camino ayudando al paciente a desplazarse y eliminando obstáculos. Durante la noche puede ser útil mantener un orinal cerca de la cama y dejar una luz tenue. Siempre que sea posible, mantener bajadas las barandillas de la cama.

Proporcionar un sistema de aviso eficaz, acudiendo con rapidez a las llamadas

El paciente ha de utilizar una ropa cómoda y amplia, que sea fácil de quitar.

Asistir al enfermo para que evacúe en el lugar y receptáculo adecuados. Muchos pacientes se ensucian por falta de papel higiénico o porque carecen de la destreza necesaria para utilizarlo. Puede ser útil colocar el portarrollos cerca del inodoro o disponer papeles ya cortados.

Asegurar la higiene genital y de manos después de la eliminación. Estimular la deambulación en cuanto sea posible. Si la incontinencia aparece durante un encaminamiento la movilización puede contribuir a su curación.

Una ingesta de líquidos adecuada favorece el funcionamiento vesical. Se pueden limitar las bebidas después de las 18 hrs. Sobre todo de sustancias diuréticas como café, té, etc.

Proporcionar un ambiente de afecto, confianza y privacidad.

Educar al paciente y a su familia sobre cómo usar el material y realizar los cuidados.

Aspectos psicológicos

La respuesta psicológica de cada incontinente varía en cada caso.

Las personas con deterioro mental grave pueden no ser conscientes del problema, sin embargo, la vida familiar a veces está muy afectada ( el enfermo puede evacuar en lugares inadecuados como el suelo, etc.)

Otros ancianos tienen sentimientos de culpa, vergüenza o negación, incluso ante una evidencia clara de incontinencia (pueden dar largas explicaciones para justificar olores y manchas o esconder ropas sucias en armarios y cajones). Esto dificulta la búsqueda de ayuda, improvisándose medios poco adecuados y frustrantes.

Hay una pérdida de la autoestima, miedo a sufrir reprimendas o a producir rechazo en las personas del entorno. Algunos pacientes están tan tensos cuando se les lleva al servicio, que los esfínteres uretrales no se relajan, siendo incapaces de orinar hasta que vuelven a estar en su silla o en la cama.

Es frecuente creer que el problema es irresoluble o que es consecuencia de la edad. Estas posturas pueden estar propiciadas por los profesionales que aceptan la incontinencia como algo inevitable.

El manejo insensible o rápido produce confusión y precipita la incontinencia. Debe tranquilizarse a las personas mayores, asegurándoseles que nadie les culpará si se produce un accidente. Tratar a estas personas como si fueran niños traviosos constituye un error, ya que no son responsables de su conducta.

El esfuerzo físico y psicológico para mantener la continencia es importante para los enfermos y sus cuidadores que, en muchos casos, son personas frágiles y también mayores. El profesional debe prestar apoyo e información tanto al paciente como a su familia para favorecer su motivación.

### **Incontinencia fecal**

Es frecuente en ancianos muy deteriorados, con demencia o que han sufrido una trombosis, suele asociarse a impactación fecal, diarrea aguda o exceso de laxantes.

Este problema es desagradable y muy angustioso, tanto para el paciente como para el cuidador (algunos enfermos con alteraciones mentales graves embadurnan con materia fecal su cuerpo y los objetos a su alcance, creando situaciones difíciles).

Es recomendable llevar a cabo un programa para reeducar los hábitos intestinales hasta establecer un ritmo aceptable en las deposiciones, de manera que los accidentes sean excepcionales. La conducta de algunos pacientes cambio inmediatamente antes de la eliminación, se ponen nerviosos, se agitan o deambulan. Una evaluación cuidadosa puede permitir a los cuidadores identificar los signos de alarma y llegar con tiempo al WC. Para evitar que el enfermo se ensucie deben utilizarse absorbentes en todo momento

## **Estreñimiento**

Descenso en la frecuencia de las deposiciones, menos de 3 a la semana, que puede cursar con paso dificultoso de heces secas y que, ocasionalmente, se acompaña de sensación de evacuación incompleta.

Es un problema muy frecuente en las personas mayores.

Sin embargo, una gran mayoría de ancianos se quejan de estreñimiento presentando un ritmo intestinal adecuado.

Esto se debe a la escasa información sobre los patrones de evacuación normal; si bien una deposición diaria es lo habitual, muchos sujetos sanos defecan 2 ó 3 veces a la semana.

La defecación diaria puede llegar a convertirse en una auténtica obsesión en el anciano, produciéndole gran ansiedad.

## **Causas**

- Estreñimiento funcional
- Esta influido por distintos factores.
- Familiares.
- Dietéticos: dieta pobre en fibra, ingesta reducida, alimentos muy refinados.
- Emotivos desinterés por defecar en pacientes dementes o deprimidos.
- Continencia voluntaria.
- Inmovilidad encamamiento
- Viajes, cambios de domicilio, etc.
- Abuso de laxantes.

## **Estreñimiento secundario**

- Anomalías en la motilidad intestinal; producidas por enfermedades como la diabetes, trastornos del sistema nervioso, etc.
- Alteraciones inflamatorias hemorroides, fístulas anales, etc



- Alteraciones obstructivas; tumores
- Fármacos.
- Complicaciones
- Impactación fecal.
- Fisuras anales y hemorroides
- Incontinencia fecal.
- Obstrucción intestinal
- Deshidratación
- Síndrome confusional

## Tratamiento

Se pretende reinstaurar un patrón normal de evacuación intestinal.

### **Medidas generales**

- Ingesta abundante de líquidos.
- Dieta rica en fibra vegetal que incremente el residuo
- Intestinal; pan integral, frutas, verduras, hortalizas y salvado. Los suplementos de fibra pueden producir flatulencia o causar fecalomas en pacientes inmovilizados
- Actividad física diaria.

### **Reeducación del ritmo intestinal**

Responder al deseo de defecar sin tardanza.

Iniciar una rutina que consiste en intentar defecar a diario, aunque no se sienta la necesidad, a una hora fija, preferentemente de 15 a 60 minutos después del desayuno o una comida abundante, disponer del tiempo suficiente para la defecación permaneciendo en el inodoro al menos de 10 a 20 minutos.

Adoptar una posición adecuada en cuclillas o sentado, elevando los pies sobre un taburete bajo, mientras se inclina el cuerpo ligeramente hacia delante.

Puede ser útil masajear la región abdominal.

El paciente debe encontrarse cómodo en un lugar caliente y privado.

Utilizar siempre que sea posible el inodoro, que debe tener una altura adecuada. El empleo del cómodo supone un gran esfuerzo muscular,

además de que se producen olores y ruidos, elementos vergonzosos para el paciente.

Mantener el inodoro en buen estado, pues si está sucio, tiene la tapa rota o no hay papel higiénico puede inhibirse la defecación.

Registre en el lugar adecuado el número de deposiciones, el tamaño, color y consistencia de las heces, hora y fecha. No es suficiente preguntar al paciente pues en muchos casos ignora si ha evacuado.

### **Laxantes**

Deben tomarse solo por prescripción médica. El abuso de laxantes daña la mucosa intestinal e inhibe el funcionamiento intestinal normal. Son frecuentes las diarreas con grandes cantidades de moco. Los pacientes se quejan de molestias abdominales, flatulencia, lengua, seca y pastosa, mal gusto de boca, dolor de cabeza, etc.

Los pacientes mayores con problemas de memoria pueden ingerir dosificaciones dobles por equivocación. Es importante educar al enfermo para que abandone su uso incontrolado.

### **Agentes locales**

Actúan distendiendo el intestino, que posteriormente se contrae expulsando las heces retenidas.

Enemas de limpieza; jabonosos y enemas comercializados.

Se aumenta su efectividad si se administran con sonda rectal o si se les añaden sustancias como aceite de oliva o laxantes.

Supositorios de glicerina.

Para su correcta administración, el paciente tiene que estar echado sobre el lado izquierdo con las rodillas encogidas sobre el pecho. Deben separarse las nalgas y el supositorio se introduce con un dedo enguantado unos 3 cm en el recto, con la punta hacia delante. Unos 15 ó 30 minutos después, el enfermo experimenta un deseo fuerte de evacuar.

### **Impactación fecal**

Es la acumulación anómala de material fecal, que forma una masa endurecida en la porción inferior del recto. Se produce cuando disminuye la movilidad de las heces en el intestino grueso y se absorbe una mayor

cantidad de agua. La ampolla rectal se llena de deposiciones secas y los trozos duros y grandes no pueden pasar, a pesar de la sensación de urgencia que crean. El estímulo continúa, por lo que aparecen deposiciones líquidas con abundante moco que pasan a través de las heces impactadas.

La impactación fecal es una amenaza siempre presente en los pacientes geriátricos incluso en aquellos que dicen haber complementado con regularidad sus necesidades, fisiológicas, pues a veces se vacía el recto de forma incompleta.

### **Tratamiento**

Efectuar un tacto rectal para confirmar el diagnóstico (el rebosamiento fecal se puede confundir con diarrea)

Extracción manual del fecaloma.

Aplicación de enemas de limpieza hasta que la evacuación sea completa.

Prevenir nuevas impactaciones dieta y aporte líquido adecuados actividad física, buenos hábitos intestinales y uso correcto de laxantes. Puede ser necesario administrar un enema o supositorio de glicerina periódicamente, en pacientes que tienen un intestino muy distendido o que están muy inmovilizados.

### **Cuidados de la piel y las mucosas**

La piel es el órgano más externo de los seres humanos Recubre el cuerpo y tiene la particularidad de renovarse a sí misma. Sus principales funciones son:

- Receptor sensorial
- Regulador de la temperatura corporal y el equilibrio electrolítico.
- Barrera defensiva frente a las agresiones externas.
- Esta compuesta de tres capas diferenciadas que, de fuera hacia dentro, son la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo.

### **La higiene corporal**

Dentro de la higiene están todas las actividades que tienden a conservar la salud.

Para el cuidado de la piel sana, la principal actividad es su limpieza e hidratación.

La higiene ha de realizarse diariamente, en ancianos enfermos es frecuente que se lleve a cabo en la cama.

### **Higiene del enfermo encamado**

Consiste en asear completamente al enfermo incapacitado, para conseguir una higiene correcta. Sirve para:

- Eliminar la suciedad de la piel (sudor, orina, heces, secreciones).
- Evitar que aparezcan úlceras por presión e infecciones.
- Estimular la circulación.
- Proporcionar confort y mejorar el estado psicológico.

Indicaciones

En enfermos inmovilizados y encamados.

### **Puntos clave**

- Evitar corrientes de aire.
- Mantener al enfermo destapado el menor tiempo posible.
- Mojar sucesivamente zonas poco extensas del cuerpo, secándolas de forma inmediata para evitar que el paciente sienta frío o se produzcan irritaciones cutáneas.
- Secar bien los pliegues y espacios interdigitales.
- Utilizar toallas suaves, evitando la fricción excesiva.
- No utilizar por rutina alcoholes o derivados, pues resecan la piel y, de hacerlo, aplicar después cremas hidratantes.
- No mojar los apósitos que cubren heridas o vías venosas
- Prevenir la desconexión accidental de sondas nasogástricas, vesicales, etc., durante la movilización..
- Aprovechar el momento de la higiene para realizar curas y cambios posturales.
- Vigilar el estado de la piel, para detectar precozmente problemas cutáneos dermatitis úlceras, etc.
- Respetar la intimidad. Tener especial cuidado cuando se realice la higiene genitoanal.
- Estimular al enfermo para que colabore, según su capacidad.

### **Cuidados de la boca**

Debe limpiarse la boca después de cada comida y siempre que sea necesario. Cuando el enfermo es independiente usara su propio cepillo y pasta dentífrica. Si se encuentra muy incapacitado, el profesional lleva a cabo la limpieza del modo siguiente:

- Mezclar en un vaso el antiséptico bucal con agua a partes iguales.
- Fabricar una torunda con un depresor y gasas, que se empapan con la solución.
- Limpiar la lengua moviendo la torunda de un lado a otro para no provocar náuseas. Después limpiar el paladar, el suelo y los laterales de la boca y finalmente las encías.
- Si el paciente tiene prótesis dental, ésta se lava con agua, antiséptico y un cepillo.
- Hidratar los labios con vaselina o cacao.

### **Cuidados de los ojos**

Se limpian con gasas estériles impregnadas en suero fisiológico, comenzando desde el lacrimal hasta el ángulo externo del ojo, retirando todas las secreciones. Se utiliza una gasa diferente para cada ojo.

Los enfermos comatosos o semiinconscientes deben permanecer con los párpados cerrados. Conviene colocar además sobre ellos unas gasas empapadas en suero salino, para mantener la humedad y evitar la aparición de úlceras corneales.

### **Cuidados de los pies**

Los pies de los ancianos presentan problemas a menudo debido a alteraciones circulatorias, deformidades óseas, diabetes, etc. Por lo que ha de prestárseles especial atención:

- Lavar con agua y jabón.
- Secar cuidadosamente, sobre todo entre los dedos.
- Hidratar con cremas o aceites. Aplicar vaselina en talones y durezas.
- Cuidar las uñas
- Vigilar su coloración y la aparición de lesiones cutáneas informando a la enfermera si se detectara cualquier anomalía.

### **Higiene del cabello**

El cabello se lava al menos una vez a la semana del modo siguiente. Colocar al paciente en decúbito supino, de forma que quede libre la cabeza. Para ello, retirar el almohadón, enrollar unas sabanas y situarlas debajo de los hombros. Cubrir la cama para que no se moje y poner debajo de la cabeza una palangana. Introducir tapones de algodón en los oídos. Enjabonar el pelo, enjuagándolo con agua abundante. Enjuagar con una toalla y, si es posible, emplear una secadora. Peinar o cepillar el cabello.

### **Úlceras por presión**

Son lesiones producidas en la piel y partes blandas, cuando se mantienen comprimidas durante un tiempo prolongado, entre una prominencia ósea y una superficie dura.

#### Importancia

Las úlceras pueden ser causa de dolor, infecciones y aumento de la inmovilidad. Suelen prolongar las estancias hospitalarias y en muchos casos conducen a la muerte.

#### Factores de riesgo.

- Inmovilidad: es el principal factor de riesgo y cualquier patología que la provoque puede predisponer a la aparición de úlceras por presión (trombosis, fracturas, demencias, muy avanzadas).
- Afectación de la sensibilidad.
- Deficiencias del estado nutricional (delgadez, deshidratación, anemia, hipoproteinemia, obesidad).
- Alteraciones circulatorias.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Incontinencia de esfínteres.
- La aparición de úlceras por presión se ve favorecida por la edad, aunque ésta no sea un factor de riesgo propiamente dicho. Se produce un envejecimiento cutáneo, que hace que la piel sea delgada, frágil y menos elástica.

### **Causas**

#### Presión

Es la causa más importante. Actúa directamente sobre las prominencias óseas produciendo oclusión de los vasos sanguíneos. Y linfáticos. Esto provoca disminución del riego sanguíneo (isquemia) y finalmente muerte de los tejidos (necrosis).

Presiones leves aplicadas durante largos periodos de tiempo son más lesivas que presiones fuertes aplicadas en periodos cortos.

#### Fricción

Es una fuerza tangencial aplicada sobre la piel al deslizarse ésta por una superficie. La fricción repetida sobre prominencias óseas vulnerables, puede producir erosiones, isquemia y desgarros.

## Cizallamiento

Se produce cuando se deslizan dos superficies adyacentes con el consiguiente estiramiento y angulación de los vasos sanguíneos, favoreciéndose la isquemia. Es frecuente en enfermos que se deslizan sobre la silla (afectación de la zona sacra), o en personas encamadas que se bajan hacia los pies de la cama por tener la cabecera demasiado elevada (afectación de los talones).

## Humedad

La humedad incrementa el grado de fricción entre las superficies y produce maceración de la piel, predisponiendo a las úlceras. La causa más importante de humedad suele ser la incontinencia de esfínteres.

## Clasificación

### Grado I

Afecta sólo a la dermis. Existe eritema, induración y dolor. La integridad cutánea no está rota. Es el primer signo de alarma y nos indica que, si no cede la presión, se va a desarrollar la úlcera.

### Grado II

Pérdida parcial de la epidermis o la dermis. Aparecen erosiones o ampollas.

### Grado III

Perdida de todas las capas de la piel, con afectación del tejido subcutáneo.

Se presenta como una escara pardusca y adherida.

### Grado IV

La lesión puede afectar a músculo, hueso y articulaciones.

## Prevención

Una vez identificados los factores de riesgo, se inicia un plan de cuidados específicos orientando a la prevención:

- Reducir la presión en los puntos de riesgo.
- Cambios posturales
- Es la principal medida preventiva cuando el paciente no puede movilizarse por sí solo. Se modifica la posición del enfermo cada 2 o 3 hrs, siguiendo una rotación programada, para evitar la lesión en las zonas de riesgo.
-

Paciente encamado: decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono.

Paciente sentado: levantarse del sillón durante unos segundos, aproximadamente cada hora. Cuando el enfermo puede movilizarse autónomamente, invitarle a hacerlo cada 15 minutos. Si esto fuera imposible debido al estado del enfermo, se pueden alternar inclinaciones laterales a la derecha y a la izquierda con ayuda de cojines para evitar deslizamientos.

#### Protección de prominencias óseas

Existe una gran variedad de productos en el mercado que ayudan a disminuir la presión en los puntos de apoyo. Se utilizan como complemento a los cambios posturales.

Almohadas y cojines de distintos tamaños y materiales (espuma, algodón, silicona).

Piel de cordero artificial: disminuye la presión, el rozamiento y la humedad. Se puede lavar fácilmente.

Colchones de agua: redistribuyen el peso por toda la superficie corporal.

Colchones de aire con presión alternante: están compuestos por una serie de cámaras neumáticas que se hinchan y deshinchan alternativamente por medio de un motor, modificando de esta manera los puntos de presión contra la cama.

Protectores locales; hechos con gomaespuma, vendas de algodón, guata y útiles para proteger talones codos y rodillas.

#### Movilización precoz

Debe tenerse en cuenta el estado del paciente. Se inicia con movimientos pasivos, pasándose después a la sedestación la bipedestación y finalmente, a intentar la deambulacion.

#### Cuidados de la piel

La piel de las personas mayores es extremadamente frágil. Debe mantenerse limpia, seca e hidratada. Su inspección cuidadosa es muy importante y debe convertirse en una rutina diaria. La hora del baño o de



los cambios posturales es un buen momento para observar su integridad, color, textura, vascularización e hidratación.

El masaje produce vasodilatación, que aumenta la afluencia de sangre en la zona y gracias a ello, mejora el aporte de nutrientes y oxígeno. Ha de ser suave y realizarse alrededor de las zonas de apoyo, evitando las prominencias óseas.

En los enfermos incontinentes se utilizan los métodos de control que estén indicados en cada caso (absorbentes, colectores externos de orina, sonda vesical), no olvidando la reeducación de esfínteres cuando sea posible.

La cama y el sillón deben estar limpios, secos y libres de objetos o arrugas que pueden lesionar la piel del paciente.

### **Nutrición adecuada**

Una nutrición e hidratación correctas son tan importantes para la prevención de las úlceras, como para su curación.

Es obligado vigilar especialmente la dieta de ancianos con depresión, problemas gastrointestinales, disfagia, pérdida de apetito o cualquier otro problema que pueda disminuir la cantidad o calidad de la ingesta.

La dieta debe ser equilibrada, rica en proteínas, vitaminas y minerales. En algunos casos, se aconseja utilizar suplementos proteicos, pues la hipoproteïnemia retrasa la curación de las heridas.

A través de las lesiones se pierde gran cantidad de líquidos. La hidratación evita que la piel se seque formando excesivos pliegues. Deben administrarse frecuentemente líquidos en forma de agua, leche, zumos, infusiones, etc. Cuando el paciente tenga disfagia, se pueden ofrecer gelatinas o zumos espesos.

### **Tratamiento**

Las úlceras tienen tendencia a la cicatrización espontánea. Por tanto, el objetivo es proporcionar las mejores condiciones posibles para favorecer el proceso fisiológico de curación. Estas lesiones se regeneran por segunda intención es decir, se van rellenando con tejido de granulación, hasta que finalmente se produce la epitelización

### **Limpieza**

Las úlceras no infectadas se irrigan con suero fisiológico o se lavan con agua y jabón, aclarándose con agua abundante. Cuando las lesiones están infectadas, se pueden limpiar con un antiséptico apropiado.

### **Desbridamiento**

Los tejidos muertos o purulentos se retiran mecánicamente con un bisturí. Se pueden utilizar también agentes desbridantes químicos, hidrocoloides e hidrogeles, que ablandan y licúan los restos necróticos sin dañar el tejido de granulación.

### **Proceso de granulación y epitelización**

Se intenta proteger la úlcera de la infección, manteniéndola caliente y húmeda para favorecer el proceso de curación.

El mercado ofrece gran variedad de productos. Se ha de elegir el más apropiado según el estadio de la lesión, tamaño, exudado, localización, presencia de infección.

### **Complicaciones**

- Infección local de la úlcera
- Cambio de aspecto del exudado (color, olor, cantidad).
- Enrojecimiento de los bordes.
- Fiebre
- Retraso en la granulación.
- Cuando esto ocurre, debe tomarse un cultivo y suministrar el antibiótico apropiado según el antibiograma.
- .
- 

### **Necesidades de movilización. Cuidados del aparato locomotor**

El aparato locomotor está compuesto por huesos, articulaciones y músculos, siendo sus funciones proporcionar el sostén y permitir la movilidad del organismo. Los movimientos no sólo contribuyen a disfrutar de la vida, sino que además son esenciales para su conservación. El aparato locomotor se divide en:

- 
- Tronco
- órganos de la locomoción que son las extremidades inferiores.
- Aparato prensil, que son las manos.
- Aparato de la masticación.

El movimiento es esencial para la salud del paciente geriátrico. La inmovilidad provoca:

- Disminución de la fuerza y tono muscular.
- Aumento del riesgo de infecciones y embolias.
- Problemas respiratorios
- Problemas urinarios
- Estreñimiento.
- Úlceras por presión.
- Aumento de la osteoporosis etc.

Para prevenir la aparición de estos problemas, es fundamental asegurar una movilidad adecuada y el mantenimiento de posturas correctas.

Reglas básicas para un manejo correcto del enfermo.

El personal sanitario también debe adoptar posiciones correctas, para evitar problemas musculares y de columna vertebral.

Debemos recordar que los músculos de las piernas son más fuertes que los de la espalda. Por tanto para levantar a un enfermo, conviene doblar siempre las rodillas, manteniendo la espalda recta e inclinada hacia delante desde las caderas.

Los pies del profesional se colocan separados, bloqueando uno a su vez, los pies del enfermo y situándose en la dirección del movimiento.

Cuando el paciente es demasiado pesado o está muy incapacitado, se pueden utilizar medios mecánicos.

## **Movilización correcta en las distintas posiciones en que se puede encontrar el anciano**

### **Giros en la cama:**

El anciano tiende a moverse poco en la cama e interesa estimularle a que haga giros, es más fácil dar la vuelta, sobre un colchón firme. Si este es demasiado blando puede colocarse una tabla debajo.

Los pacientes torpes., pero que aún conservan cierta movilidad pueden hacer los giros por si solos. Para ello, deben doblar las rodillas y apoyar los pies sobre la cama, ladear las piernas hacia el lado sobre el que se va a realizar el giro, entrelazar las manos y levantarlas estirando los

codos al mismo tiempo, finalmente, girar la cabeza y desplazar los brazos hacia ese mismo lado.

En caso de que el paciente esté más incapacitado el profesional debe ayudarlo a realizar el giro colocándose a su lado. Siguiendo los pasos descritos anteriormente, se le sujetan los brazos por las muñecas y las piernas por las rodillas y se tira suavemente del enfermo hacia el lado del giro. Al paciente se le pide que mire sus manos durante el giro, para que mueva su cabeza al mismo tiempo.

## **Levantarse de la cama**

Los ancianos torpes pero con movilidad independiente pueden mover las piernas hasta el borde de la cama, apoyarse en el codo y en la mano, levantar la cabeza y bajar los pies al suelo quedando sentados en la cama.

Para pasar de la posición de tumbado a sentado puede recurrirse a una escala de cuerda, preferiblemente cuerda fuerte, esparciendo los travesaños según las necesidades del paciente. También existen agarraderas para ayudar al enfermo a levantarse

Si el enfermo necesita ayuda, nos colocamos frente a él con las caderas flexionadas y nuestras rodillas pegadas a las suyas, bloqueado sus pies con los nuestros. Pasamos los brazos a su espalda por debajo de las axilas, invitándole a que intente levantarse y, en ese momento tiramos hacia arriba hasta colocarlo de pie.

## **La sedestación**

Una parte importante de la población anciana, aun gozando de buena salud y autonomía en su movilidad sufre afecciones crónicas, como problemas articulares, debilidad muscular especialmente para la sustentación del tronco problemas circulatorios y falta de coordinación motora. En muchos casos los ancianos ocupan una butaca durante bastantes horas al día.

Los reposabrazos son fundamentalmente para una mayor comodidad y para facilitar los movimientos de sentarse y levantarse.

El respaldo debe proporcionar un buen soporte a la espalda y a los hombros, lo que implica apoyo lumbar y torácico.

En los sillones de descanso, es conveniente que el respaldo sea lo suficientemente alto como para apoyar la cabeza.

La firmeza del acolchado es un factor clave para proporcionar comodidad y facilitar la entrada y salida del asiento.

La tapicería debe ser fácil de limpiar.

Postura correcta del anciano sentado.

Permanecer con la espalda apoyada en el respaldo de la silla

Distribuir la carga del peso del cuerpo por igual en ambas caderas

Caderas, rodillas y pies, en flexión de noventa grados.

Apoyar totalmente los pies en el suelo, evitando que queden colgando. Si es necesario, se coloca un banquillo para apoyar toda la planta del pie.

### **Levantarse de la silla**

La mayoría de los ancianos tienden a apoyarse en su bastón o a sujetarse en cualquier objeto que tengan delante cuando van a incorporarse de una silla. Esto puede ser peligroso además de mucho más difícil e incómodo.

El sujeto debe desplazarse hasta el borde de la silla llevando el tronco y la cabeza hacia delante. Con los pies bien apoyados sobre el suelo y ligeramente separados., se da un pequeño impulso sujetándose con las manos a los brazos del sillón.

A los ancianos con un brazo. Impedido o limitado mas que el otro, les resulta más fácil levantarse apoyando su brazo sano en el brazo de la silla, e impulsándose sobre su pierna sana.

Nunca debe tirarse del enfermo para ayudarlo a levantarse por rutina, animarlo a que lo haga por si mismo. Si esto no fuera posible, se le ha de prestar la ayuda mínima, dándole un pequeño impulso desde la espalda, o sujetándole por la cinturilla del pantalón.

Cuando el paciente esta más incapacitado, se le ayuda a incorporarse sujetándole por la espalda. Se bloquea la parte externa de la rodilla del

paciente, con la rodilla del profesional, colocando uno de los pies del cuidador, entre ambos pies del paciente.

### **Sentarse en la silla**

El anciano no debe nunca arrojarse sobre la silla, sino aproximarse lo suficiente hasta tocarla con la parte posterior de las rodillas. En esta posición, debe coger con las manos los brazos del sillón. Inclinarsse hacia delante y doblar las rodillas hasta sentarse.

Cuando el enfermo esta mas incapacitado y necesita la ayuda de una persona, se le sujeta por la espalda bloqueando las rodillas y los pies del paciente.

Para que mantenga la postura correcta, y evitar que se deslice en la silla, se le sujeta el tronco por debajo de sus brazos, hasta pegar su espalda completamente al respaldo del sillón.

### **Bipedestación**

Constituye la actitud normal del ser humano que se sostiene con dos pies. La tendencia del anciano en esta posición es adoptar una actitud excesivamente encorvada. Por ello, es importante recordarle que autocorrija esa postura, manteniéndose lo más erguido posible.

La posición idónea en bipedestación supone: colocar los pies separados, uno de ellos avanzado ligeramente con respecto al otro, mantener las caderas paralelas y el tronco erguido, aunque con ligera flexión, y las plantas de los pies completamente apoyadas en el suelo.

### **La marcha**

La deambulación constituye una de las manifestaciones elementales del ser humano, y es importante para conseguir una calidad de vida suficiente. La marcha puede verse dificultada en el anciano por diversas razones enfermedades físicas o psíquicas, el propio proceso de envejecimiento o razones de tipo social.

En gran número de ocasiones se hace necesario, o al menos aconsejable, la utilización de un medio auxiliar (bastón, muleta, etc).

### **Necesidad de relación y conservación de la imagen corporal**

La imagen corporal y la autoestima

La imagen corporal es la percepción de la propia personalidad, física, distinta de las demás. Esta percepción es cambiante y evoluciona a lo largo de toda la vida.

El hombre es consciente de su individualidad, de su cuerpo y de su relación con los otros. El control muscular en la deambulaci3n, la defecaci3n, la micci3n, la coordinaci3n motora y el habla, contribuyen al mantenimiento de la autoestima.

Se producen algunos cambios con el envejecimiento que determinan alteraciones de la imagen corporal. En esta etapa son frecuentes, adem1s, las enfermedades que originan dependencia y p1rdida de control del organismo, por amputaciones, colostom1as, cambios quir1rgicos en la cara o los 3rganos reproductores, incontinencia, deformidades progresivas secundarias a la artrosis, la enfermedad de parkinson al individuo le atemoriza la repulsa que puede provocar en los dem1s, y esta sensaci3n empeora con la falta de intimidad.

### **Peso y talla**

Aumento de la grasa corporal (tendencia al aumento de peso, si se siguen consumiendo las mismas calor1as, a la vez que los h1bitos se hacen m1s sedentarios.

Disminuci3n de la talla, debido a la curvatura de la columna (cifosis) y a la compresi3n vertebral.

### **Cara**

Los tejidos blandos contin1an creciendo y pueden causar, por ejemplo, una nariz exageradamente deforme y unos l3bulos de las orejas abultados.

Dientes desgastados e irregulares.

Son frecuentes las caries y la perdida de piezas dentales, que suele provocar hundimiento de las mejillas y atrofia mandibular, con afectaci3n del habla.

### **3rganos sexuales.**

En la mujer se produce atrofia de las mamas, de los 3rganos genitales y disminuci3n de las secreciones vaginales, que puede condicionar que las relaciones sexuales resulten dolorosas.

En el hombre hay atrofia testicular y enlentecimiento de la erección y de la eyaculación, lo que ocasiona una reducción de la actividad sexual y la producción de un espermatozoides menos viable.

### **Cuidados del aspecto corporal**

Un aspecto agradable y cuidado ayuda a sentirse bien. Por ello es preciso fomentar el deseo de mejorar la imagen corporal en las personas mayores.

Aseo personal.

Higiene corporal diaria e hidratación de la piel con cremas y aceites.

Afeitado y depilación según hábitos.

Cuidados del vestido.

Se recomienda cambios de ropa frecuentes para mantener las prendas limpias. Conviene evitar que el paciente este todo el día en pijama.

Cuidados del pelo

Lavado de cabeza al menos una vez por semana cortando el pelo cuando sea preciso. Cepillado diario del cabello.

Cuidados de los dientes y la boca.

Mantenimiento de una buena higiene bucal para eliminar restos de comida o secreciones, que dan aspecto de suciedad y producen mal aliento.

Los labios resecos y agrietados pueden hidratarse con vaselina. Se debe estimular la colocación de prótesis dentales además de mejorar la masticación, contribuyen a reconstruir la estructura facial y a prevenir la atrofia de las encías.

### **Cuidados de los pies y de las manos**

Las uñas han de mantenerse limpias y bien cortadas, utilizando para ello unos alicates cortaúñas o una lima.

Las de los pies se cortan rectas y con precaución para no dañar la piel, sobre todo en enfermos diabéticos o con problemas circulatorios. Se pueden sumergir previamente en agua templada para que se ablanden. Se deben eliminar las durezas y deformidades.

Utilización de cosméticos

Fomentar el uso de maquillajes, pintura de labios, perfumes, etc. Puede contribuir a que la persona se sienta atractiva y digna.



## **Recomendaciones generales**

Intentar que la persona se sienta valiosa y aceptada, reconociendo su valía persona a pesar de los cambios anatómicos o el deterioro físico. Tener en cuenta sus opiniones y estimular su sentido del humor.

Recomendar el uso de dispositivos que corrijan o disimulen las discapacidades; prótesis de miembros, audífonos, pañales para la incontinencia.

No hablar continuamente sobre los problemas corporales, ya que esto supone un refuerzo negativo.

Adaptar el medio para superar las barreras arquitectónicas y facilitar la independencia (baños lo suficientemente amplios, correcta distribución de los muebles...) Favorecer el autocuidado sólo cuando sea preciso. Dejar que el enfermo tome decisiones y asuma responsabilidades. Plantear objetivos realistas, reforzando los pequeños logros para vencer el miedo al fracaso.

## **Sexualidad**

Las disfunciones sexuales pueden deberse a muchas causas: los cambios físicos ya expuestos, medicamentos, enfermedades u otros factores como la viudez, los prejuicios sociales y la institucionalización.

Una vida sexual sana, satisfactoria y rica en experiencias es importante para mantener la autoestima. La expresión sexual simplemente se adapta a las capacidades remanentes.

Algunas molestias se pueden aliviar, por lo que conviene consultar al médico ante cualquier problema.

Se recomienda la evacuación antes de la actividad sexual.

Hay que asegurar la intimidad al paciente.

## **Necesidad de relación con el medio**

El anciano ve mermada su capacidad de adaptación, y le resulta difícil integrarse en una sociedad que evoluciona a un ritmo demasiado rápido para él, por lo que se vuelve cada vez más introvertido.

En este periodo, la vida debe reorganizarse de modo que se continúe desarrollando el mayor número de intereses.

Aunque sea de forma más pausada. Tanto el anciano como sus familiares, han de ajustarse a este nuevo ritmo.

En nuestra sociedad se vive con indiferencia el proceso de envejecimiento, que no se prepara de forma adecuada.

## **Accidentes y caídas**

En las personas mayores, los accidentes son causa de lesiones, incapacidad e institucionalización y constituyen la quinta causa de mortalidad entre los individuos de más de 75 años.

### **Caídas**

Las caídas son la forma más frecuente de accidente en los ancianos, y representan además la principal causa de muerte accidental en este grupo de edad. Las personas mayores sufren caídas muy a menudo. Se estima que alrededor de un tercio de los ancianos que viven en sus casas y la mitad de los que están institucionalizados tienen al menos una caída al año. Los individuos que sufren una caída, el 5% al 25% pueden presentar lesiones relevantes, y de los que requieren ingreso hospitalario tras una caída, solo el 50% sobrevive un año después. Las caídas son muy importantes en geriatría, por su elevada incidencia y por las consecuencias que acarrearán.

### **Causas intrínsecas**

Cualquier patología del anciano puede ocasionar caídas, como: enfermedades neurológicas, reumatológicas, cardiovasculares, de los sentidos, fármacos.

### **Causas extrínsecas**

Son los factores que dependen de circunstancias sociales y ambientales, en el domicilio, en el exterior, hospitales.

Las consecuencias se dividen en:

Fracturas, contusiones y heridas, lesiones neurológicas, hipotermia por exposición prolongada en el suelo.

### **Consecuencias psicológicas**

Estas secuelas se engloban bajo el nombre de síndrome postcaída que se caracteriza por;

- Miedo a volver a caer.
- Pérdida de la autonomía personal y de la autoestima.
- Modificación de los hábitos de vida previos.

- Actitud sobreprotectora de familiares y cuidadores que provoca una mayor pérdida de autonomía.
- A menudo aparecen depresión y ansiedad asociadas.

## **Consecuencias sociales**

Necesidad de ayuda perdida de independencia cambio de domicilio (habitualmente al de familiares). Ante la imposibilidad de de vivir solos.

Institucionalización

Hospitalización: se produce cuando las lesiones físicas. Son importantes. Cabe destacar el mal pronóstico vital y funcional que supone el tener que ingresar en su hospital a consecuencia de una caída.

Medidas preventivas

- Reconocimiento de los individuos con mayor riesgo
- Mayores de 75 años.
- Ancianos institucionalizados
- Debe destacarse el riesgo de los que se someten a rehabilitación, especialmente durante los primeros días.
- Ancianos con incapacidad funcional.
- Ancianos que viven solos.
- Pacientes con demencia senil
- Afectos por enfermedades neurológicas, cardiovasculares y reumatológicas. Consumidores de varios fármacos a la vez, especialmente si se incluyen sedantes.
- Sujetos que han tenido caídas previas.(13,14)

Enfermedad vascular cerebral

Ocupa la cuarta causa de muerte en los adultos mayores de 65 años, después de las enfermedades cardíacas, tumores malignos y la diabetes mellitus.

La enfermedad vascular cerebral puede ser causada por disminución en el calibre de las arterias y oclusión de estas por un coagulo sanguíneo.

Algunos factores de riesgo de esta enfermedad son la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad cardíaca, la diabetes mellitus, los niveles altos de colesterol, el abuso excesivo de alcohol, el sedentarismo y la obesidad.

La magnitud o gravedad de las lesiones dependerá del área afectada, pudiendo producir alteraciones motoras como la parálisis de la mitad del cuerpo, o ambas, cuyo tratamiento requerirá de medicamentos, dieta y rehabilitación física, así como el manejo del estado emocional.

#### Secuelas de la enfermedad vascular cerebral

- Alteraciones en la memoria y en la orientación.
- Alteraciones o pérdida del habla.
- Rigidez de brazo y pierna que dificultan el realizar las actividades de la vida diaria como caminar, comer, vestirse, bañarse.
- Imposibilidad para caminar y/o moverse convirtiendo al paciente en una persona totalmente dependiente para realizar las actividades cotidianas.
- Frecuentes estados depresivos.
- Disfunción familiar.
- Déficit económico.

Los padecimientos que afectan de manera significativa la independencia del adulto mayor, requieren generalmente de la asistencia de un cuidador primario quien, en la mayoría de los casos, es un familiar femenino (la esposa, una hija, una nieta) que pone en riesgo su propia salud, por lo tanto, se debe asesorar y orientar al cuidador primario en su autocuidado, para lo que deberá de tener en cuenta lo siguiente: chequeo médico, procurar espacios para su esparcimiento, poseer la mayor información posible acerca de la enfermedad de su paciente y, si existen más familiares, sensibilizarlos en cuanto a la responsabilidad y cooperación en su cuidado de manera que no recaiga toda la carga en una sola persona.

### **Demencias**

El envejecimiento se acompaña de disminución o lentificación de las funciones mentales superiores (memoria, cálculo, orientación, lenguaje, etc.) sin embargo cuando se intensifican de manera preocupante o se pierden las funciones, puede estar cursando con una demencia.

La demencia es una disminución acentuada o pérdida de las funciones cerebrales superiores (memoria, lenguaje, atención, percepción y cálculo) que dificultan o impiden la vida familiar y social.

En México el 6% de los adultos mayores (aproximadamente 360 000) sufren algún tipo de demencia.

Las demencias han sido clasificadas principalmente en tres grandes grupos:

Demencias degenerativas primarias. Degenerativas (incurables) como la de Alzheimer.

Demencias vasculares, asociadas a la diabetes mellitus y a la hipertensión arterial

Demencias reversibles o tratables. Que se presentan en el delirium y la depresión.

El diagnóstico definitivo de esta enfermedad sólo se hace a través de un examen del cerebro después de la muerte. Sin embargo se puede establecer un diagnóstico precoz con base en las manifestaciones clínicas del paciente y en pruebas neuropsicológicas, así como del examen físico, de laboratorio e imagen. Se puede utilizar una prueba de detección de deterioro el miniexamen Mental de Folstein con el cual podrá detectar los posibles casos de demencia y enviarlos con el geriatra, quien si lo considera pertinente solicitará el apoyo del psicólogo o psiquiatra. (15)

### **Diabetes Mellitus**

Es una enfermedad que se presenta en uno de cada cinco adultos mayores y es causada por la disminución en la producción o acción inadecuada (resistencia) de la insulina.

Las principales complicaciones de la diabetes mellitus pueden ocasionar que la persona pierda la vista, insuficiencia renal, infarto cardiaco, presente una EVC, o le amputen una pierna.

El ejercicio físico, una dieta con restricción en grasas e hidratos de carbono y rica en verduras y antioxidantes y un índice de masa corporal de 24 a 27 así como la vigilancia en sangre son las principales medidas preventivas y de control de la diabetes mellitus.

Los cuidadores primarios, deben establecer un programa de detección y vigilancia (monitoreo) de los niveles de glucosa en sangre, así como promover el ejercicio físico, una dieta adecuada y control de peso.

### **Hipertensión arterial sistémica**

La hipertensión arterial sistémica se presenta en más del 50% de los adultos mayores y es la principal causa de infarto del miocardio y

enfermedad vascular cerebral, sin embargo sólo uno de cada tres sabe que tiene esta enfermedad.

Los adultos mayores normalmente tienen unas cifras tensionales mas altas que los jóvenes. Las cifras normales de la presión arterial durante el envejecimiento son de 120 a 140 mmHg para la sistólica, y de 70 a 90 mmHg para la diastólica, una presión sanguínea menor de 140/90 mmHg protege contra el infarto al miocardio y embolias cerebrales.

Los factores de riesgo de hipertensión arterial son el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, ingesta abundante de sal, dieta rica en grasas saturadas, mínima o nula actividad física, estilo de vida agitado con preocupaciones constantes.

Las medidas preventivas más importantes para evitar la hipertensión arterial son vigilar periódicamente la presión arterial, control de peso, ejercicio físico, disminuir el consumo de sal y grasas eliminar el tabaquismo y alcoholismo y participar en grupos de autoayuda.

### **Hipotensión arterial ortostática**

La hipotensión arterial ortostática se presenta en uno de cada cinco ancianos. Se acompaña de mareos y en ocasiones desmayos al ponerse de pie. En esta enfermedad hay disminución de 20 mmHg de la presión sistólica o 10 mmHg de la diastólica, cuando se le pide al sujeto que cambie de posición de recostado a de pie.

Las principales causas de hipotensión arterial ortostática son el consumo de medicamentos para la hipertensión arterial, problemas del corazón, depresión y por inductores del sueño, a las personas que consumen este tipo de medicamentos que sean mayores de 70 años se les debe evaluar periódicamente para detectar oportunamente la hipotensión

Las medidas preventivas para la hipotensión arterial ortostatica son eliminar ó cambiar los medicamentos que la provocan, evitar períodos prolongados de cama, ingerir cantidades adecuadas de agua, cambiar de posición gradualmente y con ejercicios previos, tener sitios de apoyo y ayuda al levantarse y bañarse.

### **Redes de apoyo social**

Las instituciones públicas y privadas, la familia y los amigos forman parte de las redes de apoyo social, son fundamentales para el bienestar de los cuidadores y los adultos mayores.

La red de apoyo informal está representada por la familia, amigos y vecinos y representa el 80% del total de ayuda que reciben tanto cuidadores como adultos mayores.

La red formal está constituida por instituciones públicas y privadas y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, que procuran contribuir en el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores.

### **Calidad de vida**

Es importante mencionar que calidad de vida no se refiere a la obtención de bienes materiales o poder salir de vacaciones frecuentemente. Tener servidumbre o comer alimentos costosos, sino el aspecto fundamental es que los adultos mayores sean autónomos e independientes, inmersos en su ambiente familiar y social de forma activa. En resumen, la calidad de vida se refiere a disfrutar al máximo lo que se tiene y no anhelar lo inalcanzable (12).

### **Siete pasos para cuidar a tus padres de forma eficaz**

Es preciso cambiar la forma en que tradicionalmente se ha enfocado el cuidado de los padres cuando estos envejecen los hijos adultos no son, ni pueden ser, padres de sus propios progenitores.

No se trata de adoptar una actitud paternalista con mamá y papá aunque tus padres tengan problemas, no son unos niños son miembros adultos de la familia que desarrollan unas necesidades específicas a medida que envejecen. Tú eres su hijo adulto, que también se está haciendo mayor, y tiene ciertas necesidades personales hacia otras personas de tu entorno a parte de tus padres para poder atender a los padres cuando están débiles, enfermos o desvalidos tienes que tomar una serie de decisiones sobre su cuidado, tienes que decidir si te implicarás. Cuanto, por cuanto tiempo, a que coste y con qué propósito. Para cuidar de tus padres tendrás que realizar acciones que con frecuencia son ambiguas dolorosas y confusas. Y la confusión es un freno para la acción.

Mencionaremos siete pasos para aprender a ser eficaz cuando los padres envejecen y necesitan cuidado.

Eficacia: Ser eficaz significa tener la habilidad para elegir lo mejor para tus padres, manejar tus recursos para hacer lo mejor que hay que hacer.

El primer paso consiste en identificar los problemas que existen y establecer un orden de prioridad entre ellos, esto parece fácil pero no lo es todos los aspectos de tu vida personal y familiar pueden verse afectados por el cuidado de tus padres, y puedes sentirte abrumado por los problemas que parecen insuperables. Puede que ignores o pases por alto los problemas y confíes en las formas más comunes de reducir momentáneamente la angustia aprender a admitir las dificultades y establecer tus prioridades te permitirá organizarte para afrontar la tarea que tienes por delante.

El segundo paso consiste en superar los sentimientos de negación. La negación puede tomar muchas formas, puede implicar minimizar o evitar un problema, o negarse a admitir que se pueden hacer las cosas de distinta manera generalmente cuando un problema es grave o doloroso la gente niega que existe la negación protege al individuo y le da tiempo para recuperarse de una conmoción o experiencia dolorosa. Sin embargo en la mayoría de los casos, se debe analizar la negación para poder afrontar y superar los sentimientos legítimos de ira tristeza confusión y ansiedad.

Es fundamental superar la negación para poder llegar con éxito al tercer paso manejar tus emociones. Las emociones son un aspecto maravilloso del ser humano y todos experimentamos un amplio abanico de emociones desde placer y felicidad hasta tristeza, temor e ira. La ira, ansiedad y depresión persistentes y no controladas no solo te harán sentir desgraciado, sino que también interferirán en el cuidado de tus padres.

El cuarto paso consiste en establecer colaboraciones o asociaciones. Tus compañeros pueden ser otros miembros de la familia profesionales de la salud, empleados de los servicios sociales, abogados, asesores fiscales y otros. Un aspecto importante al establecer asociaciones es conocer tus valores e identificar que tipo de ayuda necesitas y servicios adecuados significa encontrar fuente de información y de referencia en las que confiar. Una vez encontrados estos recursos puede ser necesario desarrollar las habilidades necesarias para establecer relaciones de colaboración con aquellos capaces de proporcionar ayuda.

El quinto paso consiste en aprender a equilibrar las necesidades de tus padres y las de los otros miembros de la familia que dependen de ti. Este es un proceso continuo y según pasa el tiempo puede volverse mas difícil. Dado que los padres tienen cada vez más necesidades hay que redistribuir los recursos de la familia equitativamente, incluyendo el tiempo y el dinero.



El sexto paso consiste en aprender técnicas para cuando te sientes fuera de control mientras cuidas a tus padres pueden presentarse crisis y en medio del torbellino tendrás oportunidades para madurar si eres capaz de recuperar el control pidiendo ayuda si es necesario.

El séptimo y último paso es dejarles marchar continuar con tu vida y aprender a aceptar que haz hecho todo lo que haz podido, este proceso es distinto para cada persona y cada familia Los padres empeoran y mueren y distanciarse es especialmente difícil y doloroso cuando están sufriendo y la agonía es prolongada dejarles marchar es un proceso complicado y es preciso encontrar formas de distanciarse de la situación buscando tiempo para uno mismo y para realizar actividades placenteras y dejando que otros ayuden. Existen unas estrategias específicas que puedes aplicar tras la muerte de tus padres para aceptar la forma en que ha actuado y así continuar tu vida.

Cuidar de tus padres supone pensar y actuar de forma interdependiente con los que te rodean. El amor es una fuerza poderosa pero el amor no siempre garantiza el mejor cuidado no es necesario amar a tus padres para cuidarlos, pero es esencial para hacerlo con eficacia puede resultar imposible responder a las constantes necesidades de alguien a quien amas profundamente a medida que la enfermedad y la muerte siguen su curso y evocan sentimientos dolorosos por otra parte tener que responder a las necesidades de alguien a quien no amas conlleva a otros problemas si pensamos en el cuidado de nuestros padres como la responsabilidad de actuar eficazmente a lo largo del tiempo, esto se convierte en un objetivo realizable.

Utilizar los siete pasos para aumentar tu eficacia requiere tiempo y practica pero puedes utilizar estas técnicas para tomar y aplicar mejores decisiones con y para tus padres ancianos y otros miembros de la familia (16).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente el sector de la población de adultos mayores, esta presente en el análisis pero la problemática es vista tan sólo desde la perspectiva de la morbimortalidad y excluye el aspecto de la repercusión funcional de la enfermedad, el cual constituye uno de los elementos clave para la estimación de los costos asistenciales.

Al aproximarse al estudio de los estados de salud del anciano debe considerarse que estos se entienden mejor en términos de la repercusión funcional de la enfermedad.

Por otra parte, destaca el hecho de que uno de cada once ancianos, que recibe apoyo, lo recibe de alguien que no tiene ningún parentesco. Además la ayuda prestada al anciano se da con mayor frecuencia por personas de edad promedio de 38 años y con mayor frecuencia del sexo femenino, si bien esta varía en función de la ayuda aportada pues el apoyo económico es brindado en un 80% por individuos del sexo masculino, sin embargo, esta población envejecida ayuda principalmente a los varones en actividades domésticas y tiende a ayudar con dinero a las mujeres.

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona y edad, y una redefinición de sus necesidades que apunta el aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria.

El creciente número de personas que en las próximas décadas entraran en esta situación representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social. Como para la implantación de programas que permiten prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tengan un anciano en casa.

La puesta en práctica de soluciones efectivas es difícil dado que a los rezagos acumulados en materia de seguridad social, se suman las crisis de legitimidad de dicho sistema y por ello no bastara el evidente decremento en el tamaño medio de las familias que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que de manera tradicional y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de deterioro funcional.

El deterioro funcional representa con frecuencia una limitación para el desplazamiento fuera del domicilio. Existe un imperativo inmediato que nace de la elevada prevalencia del deterioro funcional y de las previsiones

que permiten anticipar su incremento en especial entre los más ancianos y particularmente en los del sexo femenino, que hace potente la necesidad de desarrollar la atención domiciliaria y los servicios comunitarios aunado a ella es evidente la necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológico para el monitoreo de afecciones geriátricas e indicadores funcionales y de trabajar en el desarrollo de una normatividad y un sistema de información por ahora inexistentes respecto a este tema.

Una ventana de oportunidad se abre ahora con la introducción de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud la cual permitirá en el mediano plazo adecuar la información relativa a la repercusión funcional de la enfermedad.

### **El peso de las enfermedades en México**

Al medir el peso de la enfermedad con el indicador desarrollado por la OMS y el Banco Mundial, los años de vida saludable (AVISA) perdidos.

En 1994 se perdieron en México alrededor de 1.8 millones de AVISA, lo que equivale a 13.8% del total para ese año México queda en una situación intermedia próxima al promedio mundial.

La composición de los AVISA perdidos fue la siguiente 59% - años perdidos por muerte prematura y el 41% de las pérdidas se dan en el ámbito rural y 59% en el urbano, 52% entre las mujeres y 48% entre los hombres.

La distribución de los AVISA perdidos por entidad federativa sigue un patrón heterogéneo. El riesgo de perder 1 año de vida saludable es mayor 1.3 veces en Colima y Sinaloa que en Querétaro y Guanajuato.

Sin lugar a dudas la principal causa de AVISA perdidos son las enfermedades crónico-degenerativas y dentro de ellas, las más importantes son: cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y demencias.

La utilización de servicios por parte de los adultos mayores. Al hospitalizarse el tiempo promedio alcanza 23 días predominan los ingresos del sexo femenino (68%) y la mayoría ingresa por urgencias (60.8%) y hasta el 20% reingresan al hospital en los seis meses que siguen a su primera hospitalización en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán hasta el 30% de las camas son ocupadas por personas mayores de 60 años en la consulta externa 21% de las consultas son dadas a mayores

de 60 años. La atención de enfermería del anciano en hospital requiere 20 % mas de horas / enfermo

En 1995 en el seguro social aunque los pobladores de 60 años y más no eran sino el 6% de la población total, produjeron más egresos hospitalarios (11.8 %) y demandaron más consultas medicas (13%) que cualquier otro grupo de la población.

Es clara la necesidad de buscar modelos alternativos para la atención y asistencia del anciano. Por otra parte en este grupo etario se dio la mayor proporción de egresos hospitalarios según el sistema nacional de información en salud (17.4 % en el 2001) por traumatismos envenenamiento y algunas consecuencias de otras causas externas.

Las fracturas vertebrales y las de cadera, representan una fracción significativa y son consecuencia de la osteoporosis y de la propensión a las caídas que sobreviene al avanzar la edad cabe resaltar que aún no existe un solo programa específico de prevención de accidentes de detección y tratamiento oportuno de la osteoporosis ni de reacondicionamiento físico para la prevención de caídas (1).

## INEGI

Al 2000 había en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más 7.1% de la población total, la proporción aumento, un punto porcentual, en relación con 1990, 3.7 millones de mujeres y 3.2 millones de hombres, la tasa de crecimiento medio anual de 1990 a 2000 de la población de 60 años y más, fue de 3.39% casi el doble de la registrada por la población total en estos 10 años de 1.85%.

Al 2000 se registraron en el país alrededor de 22.3 millones de hogares, en 5.1 millones vive al menos una persona de 60 años o más de edad; es decir 23.1% del total de los hogares.

En 1990, 6 de cada 100 habitantes eran personas de 60 años y más, para el 2000, la proporción es de siete, El estado conyugal de la población de 60 años y más, 54 de cada 100 son casados y alrededor de 29 viudas, entre las mujeres, 45 de cada 100 están casadas o unidas y 41 son viudas; por casi 77 y 14 de cada 100 hombres.

De cada 100 personas de 60 años y más 36 no tienen instrucción formal 55 tienen primaria incompleta, 1.6 cuentan con la primaria terminada seis tienen algún grado aprobado de secundaria y siete estudios posbásicos. El promedio de escolaridad de este grupo de población es de

3.6 años, para los hombres y 3.1 años para las mujeres es decir en promedio tres años de primaria.

### Discapacidad

En el año 2000 10.7% de la población de 60 años y más reporta tener algún tipo de discapacidad, 47.2% hombres y 52.8 % mujeres. En las personas de edad, las discapacidades de tipo motriz son las más frecuentes (55.1%) le siguen las visuales (29.8%) y las auditivas (24.5%) (17).

Las proyecciones oficiales indican que tan solo en 50 años, México alcanzara los niveles de envejecimiento que los países europeos, han alcanzado en más de 200 años. Mortalidad para el 2003 enfermedades isquémicas del corazón 21.9% diabetes mellitus el 20.7% enfermedad cerebro vascular 11.8% EPOC 9.2% cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con 5.1% (6)

Con la mejoría en las condiciones de vida y el avance científico y tecnológico entre lo que destaca el empleo de vacunas, la introducción de agua potable y de sistemas de eliminación de excretas, y la mayor cobertura de servicios médicos, entre otros elementos, el promedio de vida ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar en el 2002, 78.2 años en la mujer y 73.7 años en el hombre las proyecciones del consejo nacional de población plantean que se alcanzaran los 78.1 años ( 76.0 y 80.2) en 2010) 80.4( 78.4 y 82.3 en 2020 y 83.7 años (82.0 para hombres y 85.5 para mujeres en 2050 (18).

Al reconocer que la mayoría de enfermos crónicos viven con sus familias y que sus cuidadores están en condiciones vulnerables se puede ver la habilidad de cuidado a través de los sistemas familiares para considerar en el futuro un método útil en el desarrollo de dichas habilidades como una forma de apoyo a los cuidadores para afrontar esta problemática que afecta la salud del cuidador y la relación misma del cuidado.

Es importante reconocer y aliviar posibles sentimientos de carga generados por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en muchos aspectos de la vida diaria, con el estrés de tomar constantemente decisiones que afectan la propia vida y la del ser querido.

Considerar a los cuidadores como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud exige aceptar su potencial y sus limitaciones, y darle herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su

propia salud y fomente la buena relación cuidador persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar.

La responsabilidad y las tareas de cuidado cambian según el contexto en que se presenten pero en cualquier caso requieren el desarrollo de habilidad de parte de quien las asume y el reconocimiento de la misma es importante para promover los apoyos necesarios en su desarrollo.

El fomento de la habilidad de cuidado como una forma de cuidar a los cuidadores es una tarea importante de enfermería. No se conocen reportes en la literatura sobre los efectos en el desarrollo de habilidad de cuidado de los cuidadores en la región ni estudios que discriminen la tarea por escenarios institucionales y comunitarios a pesar de reconocer que las funciones y posibilidades de los cuidadores familiares cambian de manera importante en cada uno de ellos.

Vale la pena resaltar la urgente necesidad de aplicar y validar este conocimiento en la región de América Latina en donde cada día se hace más evidente esta problemática.

Si bien es cierto que se han adelantado investigaciones sobre la habilidad de cuidado de los cuidadores en la última década la mayoría de los estudios no aportan al conocimiento de la región y tienen poca aplicabilidad para generar alternativas útiles en la asistencia, diseño de políticas y formación frente a estas situaciones de cuidado de la salud.

Al describir y comparar la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en los cuidadores de tres países de América Latina (Argentina, Guatemala y Colombia). Se determinó un comportamiento similar con dificultades en la prestación del cuidado, y habilidad deficiente en los componentes que la constituyen conocimiento valor y paciencia.

Cumpliendo los objetivos del estudio, al comparar cada uno de los componentes de conocimiento, valor y paciencia necesarios para el cuidado a cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica discapacitante de tres países de América Latina. Se identificó una situación de comportamiento similar en los tres grupos. Aproximadamente una cuarta parte de cada uno, representado entre el 26 y 35% cuentan con un nivel alto; el resto no es óptimo, lo que contribuye a riesgos que implican deficiencias en el cuidado y en las características de éstos que señalan crisis, ausencia de apoyo, percepciones débiles en su habilidad de cuidado.

Se recomienda cuidar a los cuidadores permitiéndoles un crecimiento continuo, fortaleciendo su habilidad para cuidar a través del reconocimiento de su labor. El cuidado del cuidador debe formar parte de las políticas de salud de cada país, y éstos deben ser incorporados en los programas asistenciales dirigidos a cada una de las poblaciones (9,19)

Por todo lo anteriormente expuesto nos nace la inquietud sobre si la preparación que reciben los cuidadores de adultos mayores es suficiente para poder hacer sus labores sin descuidar su estado de salud propio, que implica el bienestar biopsicosocial del individuo,

Es nuestro deber **como "médicos familiares"** dar información a la población sobre cómo prevenir enfermedades, el cuidado de enfermos crónicos merece nuestra participación como capacitadores de cuidadores para adultos mayores, con el creciente compromiso, para que adquieran los conocimientos, necesarios que faciliten el dar atención de calidad a sus pacientes, ya que la problemática familiar que desencadena el tener un enfermo crónico en casa, debido a los cuidados que este necesita, afecta la dinámica familiar de manera importante.

El capacitar a la gente como cuidador, es una manera de prevenir complicaciones de las mismas enfermedades que en la mayoría de las veces son causadas por descuido o ignorancia, de esta manera el trabajo será mas llevadero, tanto para el paciente como para el cuidador este ultimo debe aprender conocimientos que faciliten sus tareas y que sean útiles para el cuidado de sus pacientes, así será más sencillo cumplir con su trabajo con calidad, calidez y eficiencia, también se ahorraran recursos monetarios e institucionales con estancias intrahospitalarias mas cortas y menos frecuentes.

Hemos basado estas necesidades en las estadísticas que nos indican, como hasta hoy, se ha incrementado la esperanza de vida en países tercermundistas como el nuestro, y con ello el numero de enfermedades crónico degenerativas, que limitan y hacen dependiente al paciente adulto mayor, disminuyendo así la capacidad para realizar sus actividades cotidianas como su aseo personal, la preparación de su alimentación, la toma adecuada de sus medicamentos, por mencionar algunas.

La creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe soportar el entorno y propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar

Es por ello competencia del medico familiar esta problemática entonces nos planteamos la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es el impacto de un curso de capacitación para cuidadores de ancianos?



## **JUSTIFICACIÓN**

Hasta el año 2008 la clínica de Medicina Familiar Marina Nacional tiene una población adscrita de adultos mayores de 60 años total de 3532 que se dividen en 1382 hombres y 2150 mujeres, un alto porcentaje de esta población, tiene padecimientos crónico degenerativos, como Diabetes mellitus, hipertensión, artritis, entre otras, este tipo de enfermedades por su evolución natural llevan al paciente a presentar complicaciones de tipo discapacitante, que lo limitan y aumentan su vulnerabilidad y dependencia de otros, para realizar actividades básicas para la vida diaria. El aumento en la esperanza de vida en los últimos años, incrementa la población de adultos mayores y hace la necesidad de tener gente que cuente con la preparación adecuada para cuidar personas con las características antes mencionadas.

La CMF de Marina Nacional cuenta con personal capacitado, como médicos, enfermeras, y una trabajadora social en el turno matutino, además en esta unidad se tiene acceso a servicio de Internet, contamos con una aula con capacidad para 30 personas aproximadamente, equipo de proyección para material audiovisual y sala de espera con televisión. El personal y los espacios físicos nos facilitarían el poder impartir cursos educativos para cuidadores que se están iniciando en este tipo de actividad, o bien, para actualizar a los que ya ejercen como tales, de esta manera tendremos gente preparada para realizar cuidados de calidad en los adultos mayores en su domicilio, disminuyendo así complicaciones en enfermos crónicos, y reduciendo el tiempo de estancia intrahospitalaria con el ahorro de horas de trabajo para el personal y recursos materiales para las instituciones.

Este trabajo se justifica porque es importante contar con gente preparada para el cuidado de enfermos crónicos que la mayoría de las veces son sus propios familiares, cuando sus recursos no alcanzan para pagar profesionales en esta área, se educa a la población en la prevención. Además de ayudarlos a resolver un problema cada vez más común por el incremento en la esperanza de vida y por ende de enfermedades crónicas. y se generan fuentes de empleo para personas en edad productiva sobre todo del sexo femenino que muchas de las veces se encuentran desempleadas, debido a que la edad en que más se involucra la población en este tipo de actividad es entre los 38 y 50 años.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar el impacto de un curso de capacitación para cuidadores de ancianos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características generales de los cuidadores.
- Evaluar la calidad de vida del cuidador antes del curso por medio de la escala de Calidad de vida de la OMS (instrumento WHOQoL breve en español)
- Evaluar los conocimientos de los cuidadores antes y después del curso por medio de un examen.
- Habilidades de los cuidadores para atender a ancianos, antes y después del curso.
- Evaluar las redes de apoyo del cuidador antes y después del curso por medio de la escala de DUKE-UNK.
- Determinar la sobrecarga del cuidador antes y después del curso por medio de el Test de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit &Zarit).

## **HIPÓTESIS**

Hipótesis nula:

Los conocimientos sobre cuidado de ancianos, la calidad de vida, sobrecarga del cuidador y el apoyo social del cuidador no mejora con un curso de capacitación para cuidadores.

Hipótesis alterna:

Los conocimientos sobre cuidado de ancianos, la calidad de vida, sobrecarga del cuidador y el apoyo social del cuidador sí mejora con un curso de capacitación para cuidadores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio: Estudio cuasiexperimental. Longitudinal. Prospectivo.
- Población, lugar y tiempo: P. Alumnos del curso para cuidadores de **adultos mayores. L. Clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional" del ISSSTE** en la Delegación Miguel Hidalgo en la Cd. de México. T. trabajo de campo febrero de abril 2009.
- Tipo y tamaño de muestra: No se calculó una muestra ya que se estudió el universo de alumnos.
- Criterios de selección:

### Inclusión:

- a) Personas que ingresen al curso para cuidadores de adultos mayores.
- b) Mayores de edad.
- c) Sexo indistinto.
- d) Que ingresen voluntariamente a la investigación.
- e) Capacitación previa indistinta.

### Exclusión:

- a) Personas que no sean alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores.
- b) Menores de edad que no cuenten con la autorización de sus padres o tutores.
- c) Quienes no deseen participar en la investigación.

### Eliminación:

- a) Alumnos que no contesten las evaluaciones previas y posteriores al curso.
- b) Alumnos que no deseen continuar en la investigación.

- Variables de estudio:

### Independiente:

Nombre: Curso de capacitación para cuidadores.

Definición: Curso impartido en el primer nivel de atención mediante pláticas por el personal de salud capacitado a personas adultas que se encargan del cuidado de personas envejecidas.

Tipo: Cualitativa

### Dependientes:

Nombre: Conocimientos sobre cuidado de ancianos

Definición: Información acertada sobre los viejos y sus cuidados

Tipo: Cualitativa

Escala: Ordinal

Valores: 1: Alto. 2: Promedio, 3: Escaso.

Nombre: Calidad de vida

Definición: Grado de bienestar en la salud física, psicológica, relaciones sociales y medioambiente.

Tipo: Cualitativa

Escala: Ordinal

Valores: 1: Alta, 2: Promedio, 3: Mala

Nombre: Sobrecarga del cuidador

Definición: El incremento de enfermedad, ansiedad y depresión en el cuidador.

Tipo: Cualitativa

Escala: Ordinal

Valores: 1: Sin sobrecarga, 2: Sobrecarga leve, 3: Sobrecarga intensa.

Nombre: El apoyo social del cuidador.

Definición: Es cuando el cuidador utiliza de manera adecuada sus redes de apoyo para llevar a cabo sus labores.

Tipo: Cualitativa

Escala: Ordinal

Valores: 1: Mucho, 2: Regular, 3: Escaso.

Procedimiento para recabar la información: Se aplicaron las escalas de evaluación de Calidad de vida de la OMS (Instrumento WHOQoL breve en español), el test de sobrecarga del cuidador (Escala Zarit & Zarit), el cuestionario de apoyo social funcional de DUKE- UNK, y el examen de conocimientos sobre el envejecimiento estos 3 últimos, antes y después de realizar la intervención al grupo de estudio que consistió en el curso de capacitación para cuidadores primarios de adultos mayores.

Se realizó promoción del curso con dos meses de anticipación, por medio de trípticos y carteles informativos.

Las personas interesadas se registraron en el módulo de gerontología de la unidad, con el personal de enfermería.

Las actividades se desarrollaron un día a la semana (martes) de 15:00 a 18:00 hrs, durante seis sesiones, en el periodo de marzo a abril

El programa inicial fue modificado para satisfacer las necesidades de conocimiento de los cuidadores asistentes al curso. A continuación de presenta el programa del curso:

## **Programa del curso de cuidadores**

### **1. Cambios principales secundarios al envejecimiento**

Piel y anexos

Ojo

Oído

Boca

Nariz

Sistema musculoesquelético

Aparato Respiratorio

Aparato digestivo

Aparato circulatorio

Aparato genital

Riñón

Sistema nervioso

#### **Los malos tratos**

Definición

Frecuencia

Clasificación

Factores de riesgo

Manifestaciones

Detección

Prevención

#### **Abatimiento funcional, funcionalidad**

Alteraciones de la movilidad (inmovilidad)

Fatiga perdida de vigor

Dolor articular

Edema de las extremidades inferiores

Consejos prácticos

#### **Accidentes y caídas**

Caídas

Otros accidentes

Rehabilitación de problemas especiales en el adulto mayor

#### **Depresión y suicidio**

Frecuencia e importancia

Manifestaciones y sospecha

Cuidados, vigilancia y trato especial

#### **El anciano con demencia**

Definición de demencia

El síndrome confusional

Conducta de dependencia

#### **Necesidades de nutrición e hidratación**

Requerimientos nutricionales y factores modificadores

Nutrición

Salud oral

Deshidratación

Cuidados y ayuda en la alimentación

### **Amor y sexualidad después de los 60**

Sexualidad

Cambios sexuales con el envejecimiento

### **Necesidades de eliminación**

Incontinencia urinaria

Incontinencia fecal

Administración de enemas de limpieza

Impactación fecal

Diarrea

Hipertrofia prostática benigna

### **Cuidados de la piel y las mucosas**

Higiene corporal

Higiene del enfermo encamado

Cambios posturales en el enfermo encamado

Ulceras por presión.

### **Las actividades de la vida diaria**

Terapia ocupacional

Objetivos de la terapia ocupación

### **Promoción del bienestar**

Recreación

Alternativas laborales para el cuidador y el beneficiario

Colapso del cuidador

### **Accidente cerebrovascular**

Trascendencia

Causas

Consecuencia

Cuidados y manejo

### **Problemas cardiorrespiratorios**

Manifestaciones clínicas

Afecciones más frecuente del corazón

Patología del sistema vascular periférico

Actuación frente a las patologías de las vías respiratorias

### **Diabetes mellitus**

Definición

Manifestaciones

Hiperglucemia

Hipoglucemia

Tratamiento

Metas del tratamiento

Medición de glucosa

### **Hipertensión arterial sistémica**

Definición

Manifestaciones

Hipertensión

Hipotensión

Tratamiento

Metas del tratamiento

Medición de presión arterial

### **Otros problemas clínicos**

Presentación atípica de las infecciones

Fiebre

Procedimiento: aplicación de medios físicos para fiebre

Hipotermia

Medición de temperatura

Insomnio y sueño

Pérdida de peso

Polifarmacia

Manejo de medicamentos

### **Cuando la muerte se acerca**

Reacciones psicológicas de los enfermos terminales

Derechos del enfermo terminal

Rechazo al tratamiento

### **Aspectos psicológicos**

Pérdidas y duelos

Cuando muere una persona

Pasos para la despedida

Terminación de asuntos pendientes

### **Asuntos éticos en la atención del adulto mayor**

Autonomía del paciente en la toma de decisiones

## **Instrumentos de recolección de datos**

Test de sobrecarga del cuidador (Escala Zarit & Zarit)

Objetivo: Detectar en el cuidador riesgo de enfermedad, ansiedad y depresión. Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar como se sienten los cuidadores

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 22 preguntas tipo likert con cuatro opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación.

Escala de evaluación

Puntuación

0 = Nunca

1 = Rara vez

2 = Algunas veces

3 = Bastantes veces

4 = Casi siempre

### Interpretación:

Puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga

Puntuación entre 47 – 55 indican sobrecarga leve.

Puntuaciones mayores de 55 indican sobrecarga intensa.

Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes.

En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

**Reevaluación:** Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de

Sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

**Propiedades psicométricas** Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de Constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad test-retest es de 0.86 (20)

## TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARIT&ZARIT)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

| PREGUNTAS   | Nunca | Rara vez | Algunas veces | Bastantes veces | Casi siempre |
|---|-------|----------|---------------|-----------------|--------------|
| ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?   |       |          |               |                 |              |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar tiene poco tiempo para usted?                                       |       |          |               |                 |              |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? |       |          |               |                 |              |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?   |       |          |               |                 |              |
| ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?   |       |          |               |                 |              |
| ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la  |       |          |               |                 |              |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| relación de usted con otros miembros de su familia?  |  |  |  |  |  |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?   |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su familiar depende de usted?  |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?   |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su salud a empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?   |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría por tener que cuidar de su familiar?                               |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?                       |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente incomodo debido a tener que distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?                   |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?                                       |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?   |  |  |  |  |  |
| ¿siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a cuidar de su familiar?                                  |  |  |  |  |  |
| ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?  |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?   |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?   |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que podría hacer más por su familiar?  |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?   |  |  |  |  |  |
| Globalmente ¿qué grado de "carga" experimenta por cuidar de su familiar?   |  |  |  |  |  |

Sin sobrecarga (menos de 47)    Sobrecarga leve ( 48-55)    Sobrecarga intensa ( mas de 55)

## **CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK**

**Indicación:** Evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos:

Personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y persona que expresan

Sentimientos positivos de empatía. Esta indicada en el cuidador si no existe ningún apoyo en la red sociofamiliar.

**Administración:** Autoadministrada.

**Interpretación:** Recoge valores referidos al Apoyo Confidencial (ítems, 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y referidos al Apoyo Afectivo (ítems, 2,3, 5, 9 y 11). Cada aspecto se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones.

Apoyo total percibido = 33 puntos – Escaso apoyo

Apoyo Afectivo = 15 Escaso apoyo

Apoyo confidencial = 18 Escaso apoyo

**Reevaluación:** En el cuidador cuando la situación sociofamiliar cambie.

**Propiedades psicométricas** Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de

**Constructo.** La consistencia interna se ha estudiado obteniéndose un valor alfa de 0,90 para el total de la escala y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente (21).

#### CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

|  | 1. Tanto como deseo | 5. Mucho menos de lo que deseo |
|--|---------------------|--------------------------------|
| 1c. Recibo visitas de mis amigos y familiares  |                     |                                |
| 2a. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa                                   |                     |                                |
| 3a. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo                        |                     |                                |
| 4c. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede                           |                     |                                |
| 5a. Recibo amor y afecto   |                     |                                |
| 6c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa |                     |                                |

|   | 1. Tanto como deseo | 5. Mucho menos de lo que deseo |
|---|---------------------|--------------------------------|
| 7c. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares    |                     |                                |
| 8c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos              |                     |                                |
| 9a. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas                      |                     |                                |
| 10c. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida |                     |                                |
| 11a. Recibo ayuda cuando estoy enferma/o en la cama                                     |                     |                                |

TOTAL c

TOTAL a

TOTAL

### **Calidad de vida de la OMS (instrumento WHOQoL breve en español)**

Objetivo Monitorizar la percepción de la calidad de vida para establecer programas para fortalecerla o recuperarla.

Características: Es un cuestionario que evalúa la percepción de calidad de vida tomando como indicadores a la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medioambiente.

Estructura: El cuestionario está conformado por 2 apartados que en conjunto suman 26 reactivos en formato likert, con 5 opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación.

#### Escala de evaluación

Son 26 preguntas de las cuales las dos primeras corresponden a calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general, con puntuación cada uno de 1 a 5 puntos.

Las preguntas de 3 al 24 corresponden a 4 áreas:

Salud física 3, 4, 10, 15, 16,17 y 18 puntaje total crudo máximo de 35, el cual se pondera a una escala de 100

Aspectos psicológicos. 5, 6, 7, 11,19 y 26 puntaje total crudo máximo de 30, el cual se pondera a una escala de 100

Relaciones sociales: 20,21,22 puntaje total crudo máximo 15, el cual se pondera a una escala de 100

Medioambiente 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, y 25 puntaje total crudo máximo 40, el cual se pondera a una escalla de 100

El puntaje global es de 130 puntos el cual se pondera a una escala de100

Se califica el instrumento para catalogar calidad de vida mala, promedio y buena considerando el puntaje por área y global (20).

# CALIDAD DE VIDA DE LA OMS (Instrumento WHOQoL-breve versión en español)



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \*  
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA  
 5.1 INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL <sup>1</sup>

Clave:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

## ACERCA DE USTED

Antes de comenzar nos gustaría hacerle algunas preguntas generales acerca de usted; por favor anote una X en el cuadro correspondiente o responda en el espacio sobre la línea.

1. ¿Cuál es su sexo?
 

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masculino                | Femenino                 |
  
2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
 

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |
| Día | Mes | Año |
  
3. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted recibió?
 

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ninguno en absoluto      | Primaria                 | Secundaria               | Media Superior           | Superior                 |
  
4. ¿Cuál es su estado civil?
 

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soltero                  | Separado                 | Casado                   | Divorciado               | Con pareja               | Viudo                    |
  
5. ¿Está usted enfermo en este momento?
 

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si                       | No                       |
  
6. Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que sea?
 

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad               | Problema                 |

**Instrucciones:** Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, **por favor seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en **las últimas dos semanas**. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

|  | No en absoluto | No mucho | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|--|----------------|----------|---------------|----------|---------------|
| ¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros? | 1              | 2        | 3             | 4        | 5             |

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

**Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.**

Ahora puede comenzar:

|                                       | Muy pobre | Pobre | Ni Pobre Ni Buena | Buena | Muy buena |
|---------------------------------------|-----------|-------|-------------------|-------|-----------|
| 1 ¿Cómo evaluaría su calidad de vida? | 1         | 2     | 3                 | 4     | 5         |

|  | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Ni satisfecho ni insatisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
|--|------------------|--------------|-------------------------------|------------|----------------|
| 2 ¿Qué tan satisfecho está con su salud? | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

|   |  | Nada en lo absoluto | Un poco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|---|--|---------------------|---------|---------------|----------|---------------|
| 3 | ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?    | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |
| 4 | ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?        | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |
| 5 | ¿Cuánto disfruta usted la vida?  | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |
| 6 | ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)? | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |
| 7 | ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?   | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |
| 8 | ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?   | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |
| 9 | ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?  | 1                   | 2       | 3             | 4        | 5             |

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

|    |  | Nada en lo absoluto | Un poco | Moderadamente | La mayor parte del tiempo | Completamente |
|----|--|---------------------|---------|---------------|---------------------------|---------------|
| 10 | ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria? | 1                   | 2       | 3             | 4                         | 5             |
| 11 | ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?  | 1                   | 2       | 3             | 4                         | 5             |

|    |   | Nada en lo absoluto | Un poco | Moderadamente | La mayor parte del tiempo | Completamente |
|----|---|---------------------|---------|---------------|---------------------------|---------------|
| 12 | ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?                       | 1                   | 2       | 3             | 4                         | 5             |
| 13 | ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?     | 1                   | 2       | 3             | 4                         | 5             |
| 14 | ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas? | 1                   | 2       | 3             | 4                         | 5             |
| 15 | ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?                       | 1                   | 2       | 3             | 4                         | 5             |

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

|    |  | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Ni satisfecho ni insatisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
|----|--|------------------|--------------|-------------------------------|------------|----------------|
| 16 | ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?   | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 17 | ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria? | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 18 | ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?                                 | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 19 | ¿Se siente satisfecho con su vida?   | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 20 | ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?                          | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 21 | ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?                                     | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 22 | ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?                          | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |

|    |  | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Ni satisfecho ni insatisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
|----|--|------------------|--------------|-------------------------------|------------|----------------|
| 23 | ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?         | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 24 | ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud? | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |
| 25 | ¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?         | 1                | 2            | 3                             | 4          | 5              |

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

|    |   | Nunca | Rara vez | Con frecuencia | Muy seguido | Siempre |
|----|---|-------|----------|----------------|-------------|---------|
| 26 | ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión? | 1     | 2        | 3              | 4           | 5       |

27 ¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? \_\_\_\_\_

28 ¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? \_\_\_\_\_

29 ¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? \_\_\_\_\_

Evaluador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor(a): \_\_\_\_\_

### Consideraciones éticas:

El presente trabajo se basa en la Ley General de Salud. Título segundo, sobre investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 17<sup>a</sup> Clasificación del riesgo.

Declaración de Helsinki. (Enmienda año y lugar)

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial  
Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

La 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el parágrafo 29 añadida por la Asamblea General, **Washington 2002 paciente",**

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información,

el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario

de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

En caso de encontrar problemas severos en el cuidador y/o el adulto mayor cuidado se canalizará a las autoridades competentes ya sean del sector salud, jurídicas o de organizaciones no gubernamentales.



## RESULTADOS

El curso de cuidadores primarios del adulto mayor estuvo conformado por un total de 18 cuidadores con edades que van desde la mínima de 27 años hasta la máxima de 70 años, con una edad promedio de 48.83 años (cuadro1).

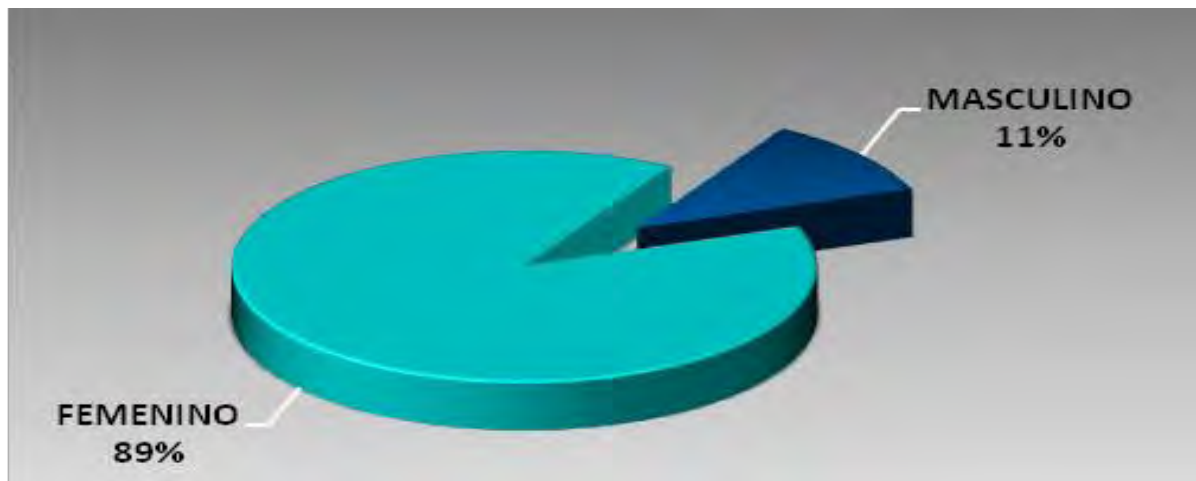
Cuadro 1. Distribución de la edad de los cuidadores

|              | Media | Mínimo | Máximo |
|--------------|-------|--------|--------|
| Edad en años | 48.83 | 27     | 70     |

Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Contamos con 16 alumnas y 2 alumnos que hacen un 88.9% de población femenina y un 11.1% de población masculina. (Gráfica 1)

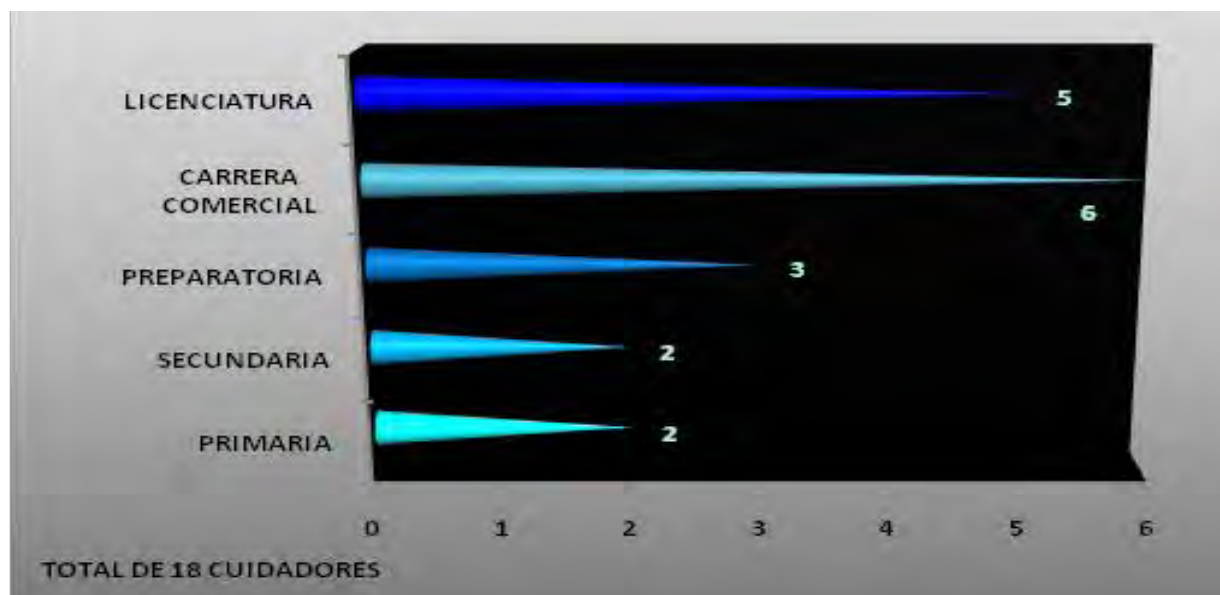
Gráfica 1. Porcentaje de género de los cuidadores en el curso



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

La escolaridad de los cuidadores fue muy variada se conformo de la siguiente manera 2 con primaria (11.1%), 2 con secundaria (11.1%), 3 con preparatoria (16.7%), 6 con carrera comercial (33.3%), 5 con licenciatura (27.8%) (Gráfica 3).

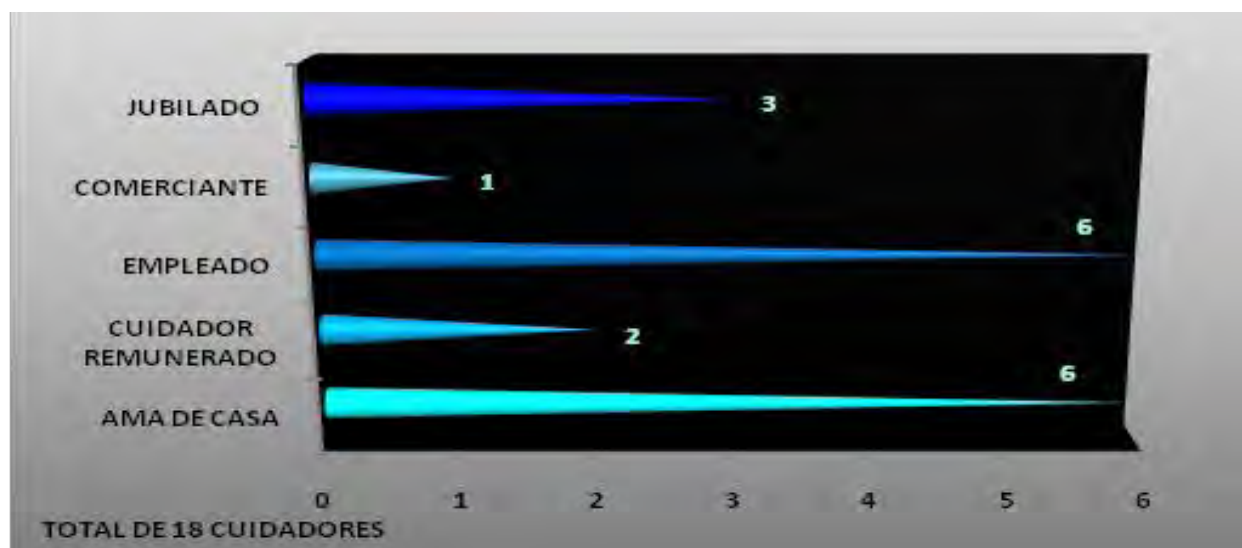
Gráfica 2. Escolaridad de los cuidadores que participaron en el curso



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

La ocupación de los cuidadores es la siguiente 6 se dedican al hogar (33.3%), 2 son cuidadores remunerados (11.1%), 6 son empleados (33.3%) 1 es comerciante (5.6%) y 3 son jubilados (16.7%). (Gráfica3)

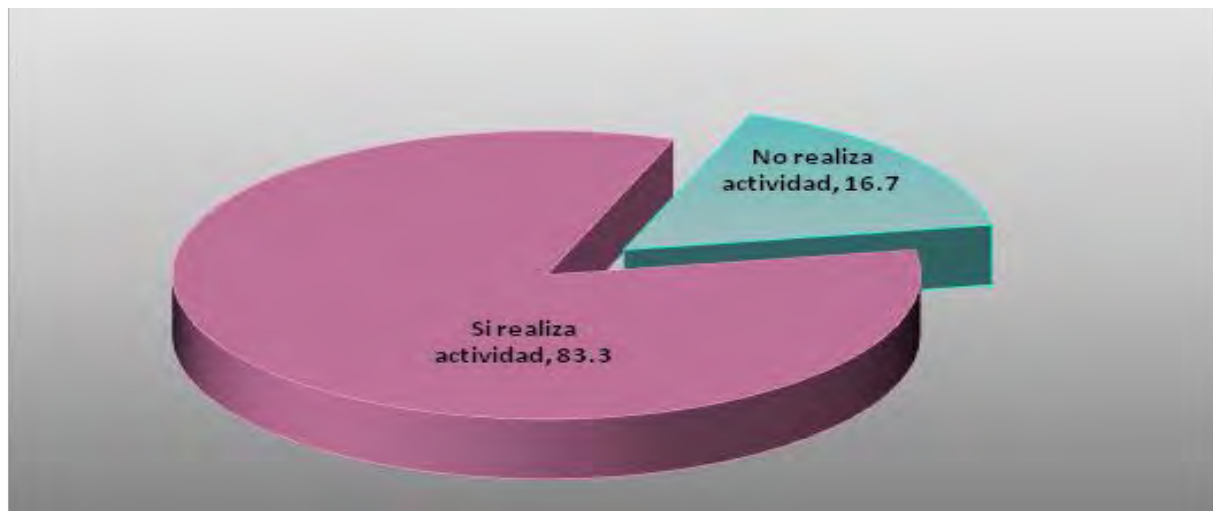
Gráfica 3. Ocupación de los cuidadores que participaron en el curso



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Es importante que los cuidadores realicen actividades recreativas para evitar que lleguen al colapso del cuidador de nuestra población en estudio, 15 cuidadores si realizan actividades recreativas que hacen un (83.3%) del total y solo 3 cuidadores no realizan este tipo de actividades lo que da un (16.7%) (Gráfica4)

Gráfica 4. Realización de actividades recreativas de los cuidadores que participaron en el curso



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

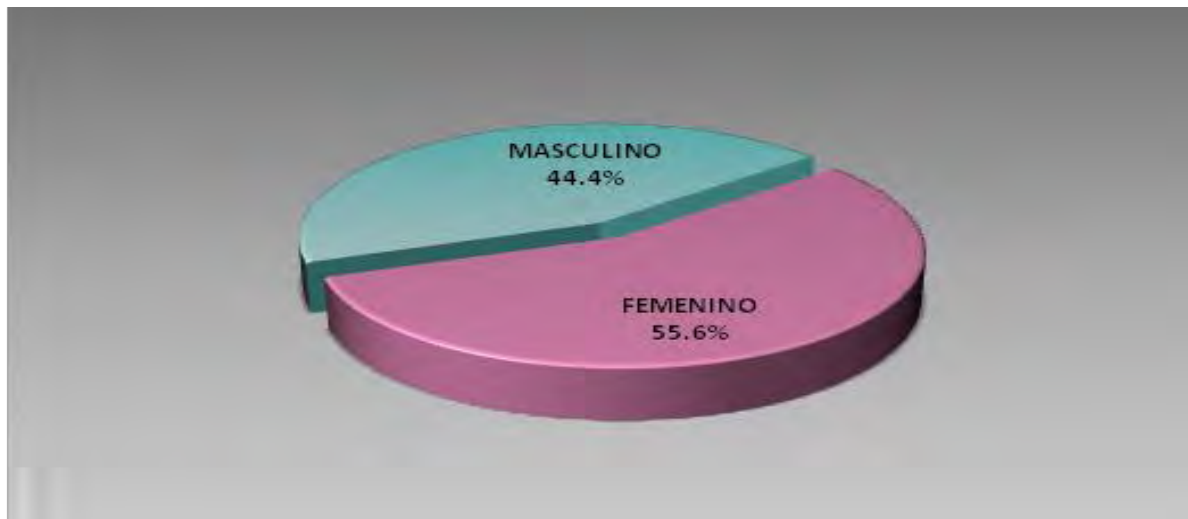
Con respecto a los viejos que son cuidados por los alumnos del curso obtuvimos la siguiente información. La edad de estos va desde los 70 años hasta los 105 años con una edad promedio de 80.28 años. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Distribución de la edad de los adultos mayores

|              | Media | Mínimo | Máximo |
|--------------|-------|--------|--------|
| Edad en años | 80.28 | 70     | 105    |

Fuente: Entrevistas a los alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

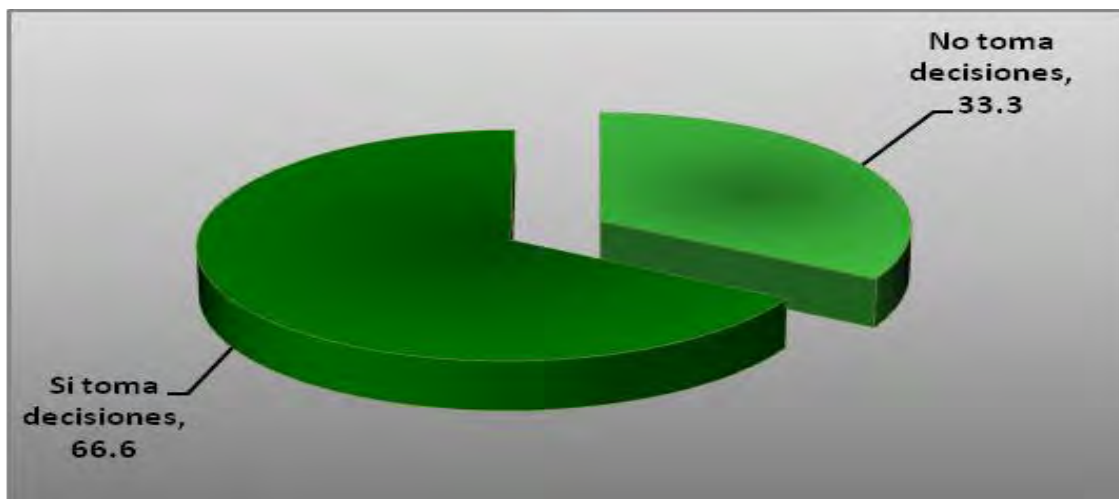
Gráfica 5. De los 18 ancianos cuidados 10 son mujeres (55.6%) y 8 hombres (44.4%).



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

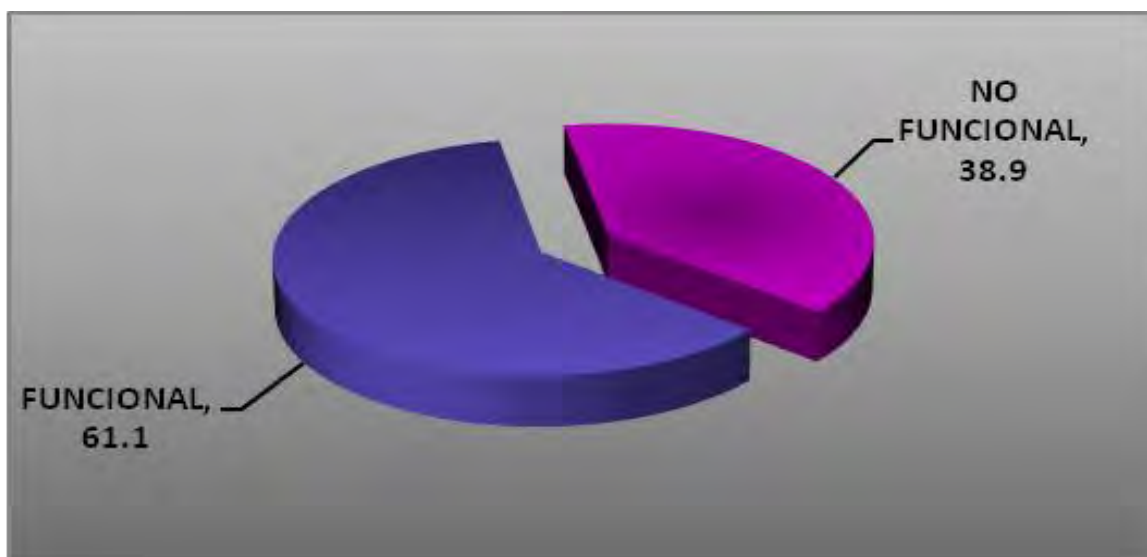
Es importante saber si el anciano que se cuida toma decisiones sobre su *persona de nuestro grupo en estudio 12 viejos si toman decisión sobre su* persona (66.7%) y 6 viejos no toman decisión sobre su persona (33.3%), estos resultados se encuentran muy en relación a la Gráfica 7 en donde se ve la funcionalidad del anciano cuidado, mediante una serie de preguntas sobre si el anciano cuidado, realiza solo o con ayuda actividades básicas de la vida diaria, y en base a las actividades que realiza lo clasificamos en funcional o no funcional, obtuvimos los siguientes datos 11 ancianos son funcionales (61.1%) y 7 no son funcionales (38.9%). (Gráfica 6,7).

Gráfica 6. El anciano que cuida toma decisiones por si mismo



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Gráfica 7. El anciano que cuida es funcional o no



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Una situación que influye directamente en que el anciano sea mas dependiente de un cuidador es el número de medicamentos que toma a diario en nuestro grupo buscamos intencionadamente si los ancianos cuidados tenían polifarmacia (consumo de 3 o más medicamentos al día) y encontramos que nuestra población toma como mínimo 1 medicamento y como máximo 12 con un promedio de 5.06 medicamentos por día. (Cuadro 3)

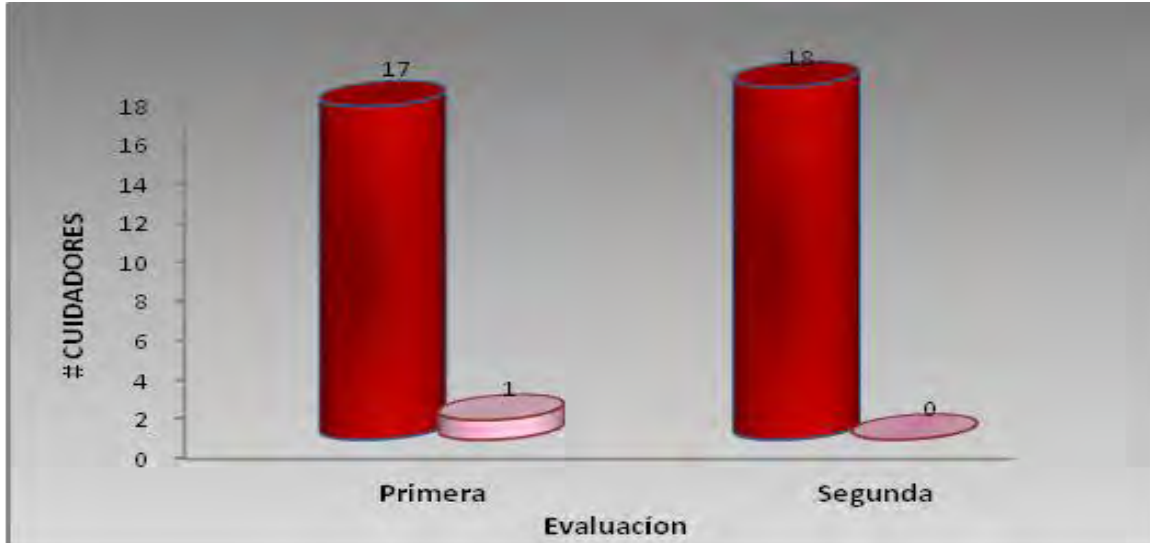
Cuadro 3. Número de medicamentos que toma el anciano cuidado.

|                        | Media | Mínimo | Máximo |
|------------------------|-------|--------|--------|
| Número de medicamentos | 5-06  | 1      | 12     |

Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

En el curso tratamos temas relacionados con la muerte y el duelo por lo que consideramos importante plantear la siguiente pregunta ¿esta preparado para cuando el anciano que cuida fallezca? La primera evaluación arrojó los siguientes resultados 7 alumnos contestaron que si (38.9%) y 11 alumnos dijeron no estar preparados (61.1%) en la segunda evaluación 14 alumnos contestaron que si estaban preparados para la muerte del anciano que cuidan (77.8%) y 4 contestaron que no (22.2%) Con un incremento positivo para nuestro objetivo de 37.9%.  $p=0.018$ . (Gráfica 8)

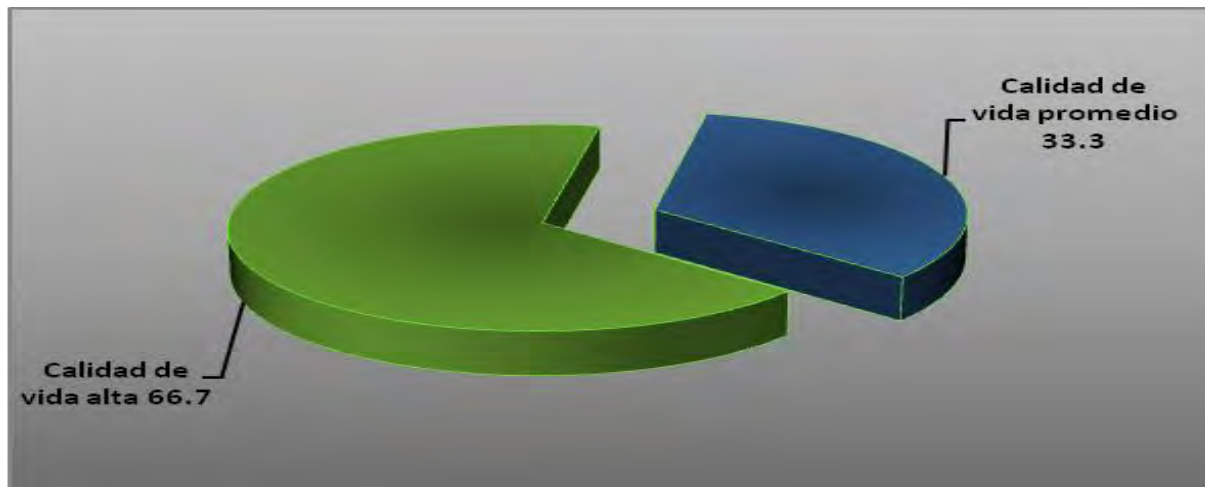
Gráfica 8. El cuidador acepta la muerte del anciano que cuida



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Calidad de vida global 12 alumnos tuvieron una calidad de vida alta (66.7%) 6 alumnos calidad de vida promedio (33.3). (Gráfica9)

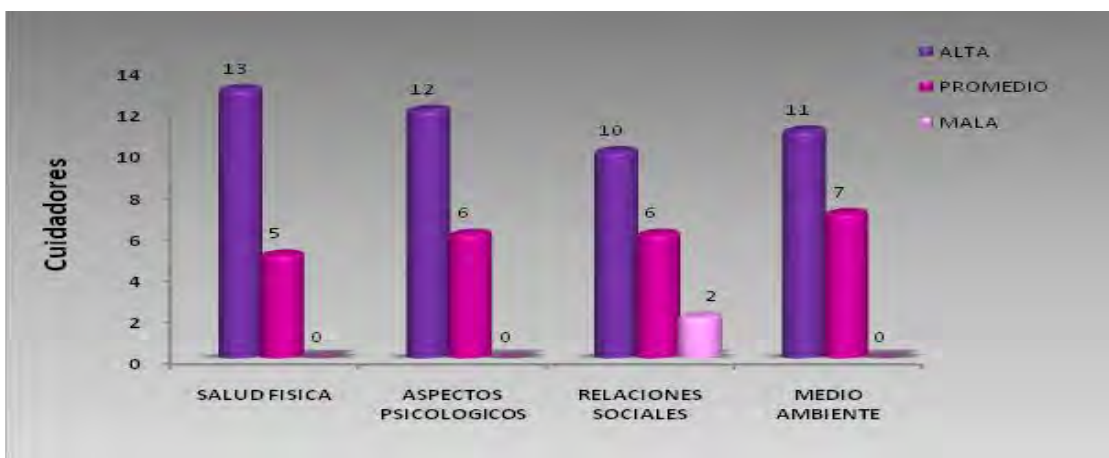
Gráfica 9 Calidad de vida global de los alumnos del curso para cuidadores



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

El instrumento nos clasifica la calidad de vida en cuatro áreas: Salud física: 13 alumnos alta (72.2%), 5 alumnos promedio (27.8%) ningún alumno mala, Aspectos psicológicos: 12 alumnos alta (66.7%) 6 alumnos promedio (33.3%), ningún alumno mala, Relaciones sociales: 10 alumnos alta (55.6%), 6 alumnos promedio (33.3%), 2 alumnos mala (11.1%), Medio ambiente: 11 alumnos alta (61.1%), 7 alumnos promedio (38.9%), ningún alumno mala. (Gráfica 10)

Gráfica 10 Calidad de vida por áreas de los alumnos del curso



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Para evaluar los conocimientos que el cuidador tiene sobre el envejecimiento se aplico un examen de conocimientos. En la primera se obtuvieron los siguientes resultados 13 personas tuvieron conocimiento promedio (72.2%) y 5 personas tuvieron conocimiento alto (27.8%), y en la segunda evaluación los resultados fueron mayormente favorables pues solo 3 alumnos tuvieron conocimiento promedio (16.7%) y 15 alumnos conocimiento alto (16.7%). Con un valor de significancia de  $p= 0.005$ . (Gráfica 11)

Gráfica 11 conocimientos sobre el envejecimiento de los alumnos del curso

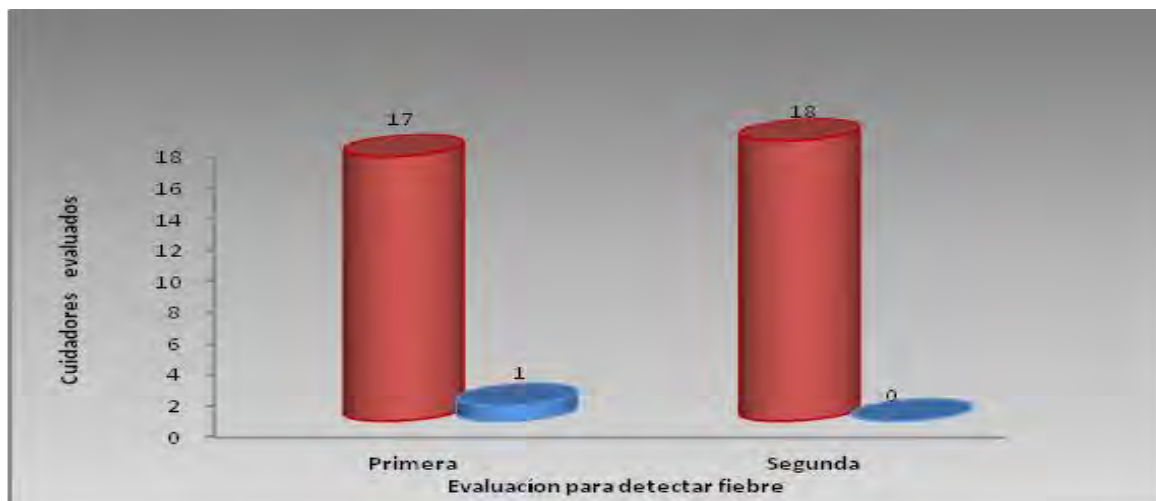


Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

¿Cómo se detecta fiebre en el anciano? 15 personas si tuvieron conocimiento para hacerlo (83.3) y 3 contestaron que no (16.7%) en la segunda evaluación para esta misma pregunta 18 contestaron que si (100%). Para la segunda pregunta ¿sabe cómo tratar la fiebre? 16 alumnos contestaron acertadamente i (88.9%) y 2 contestaron que no (11.1%) en la segunda evaluación 18 contestaron que si (100%) con resultados favorables para nuestros objetivos. (Gráfica 12, 13)

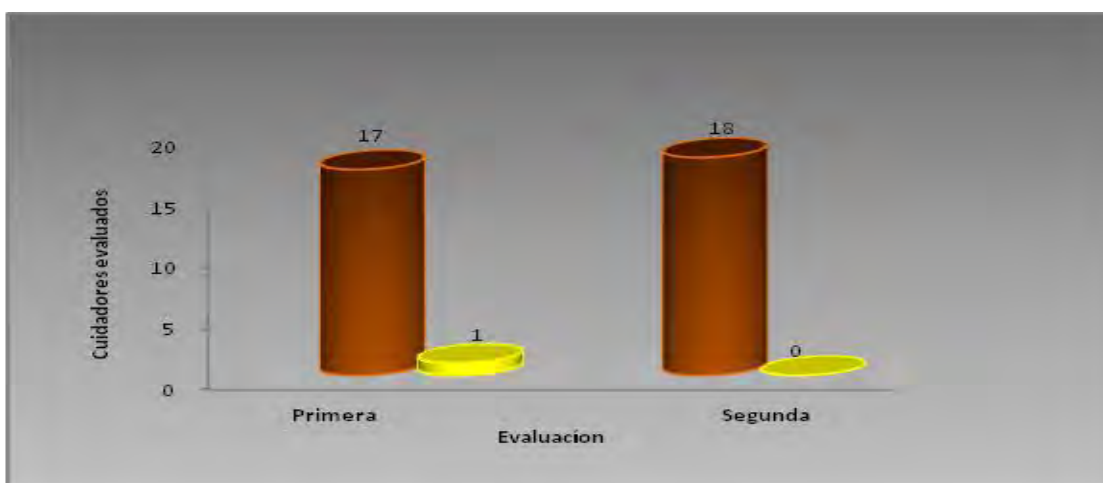


Gráfica 12 El alumno sabe detectar fiebre en el anciano que cuida



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

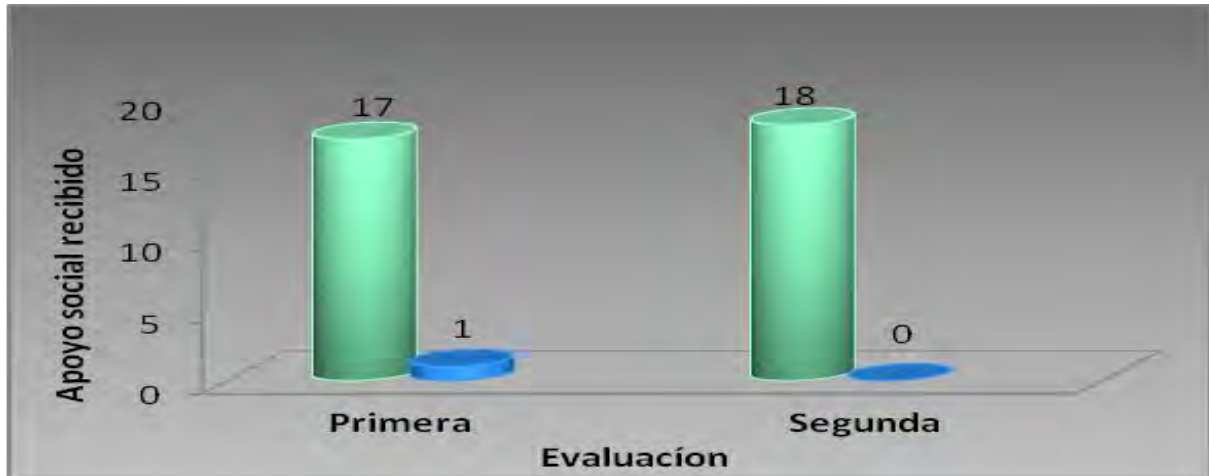
Gráfica 13 El alumno sabe el tratamiento de la fiebre



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

El apoyo social del cuidador es fundamental que un cuidador conozca y utilice adecuadamente sus redes de apoyo para evitar llegar al colapso del cuidador evaluamos este punto con una escala tipo likert de apoyo social funcional de DUKE – UNK la primera evaluación arrojó los siguientes datos dos alumnos refirieron escaso apoyo (11.1%) dos alumnos refirieron regular apoyo (11.1%) y 14 alumnos refirieron mucho apoyo (77.8%) en la segunda evaluación ningún alumno dijo tener poco apoyo 3 alumnos contestaron regular (16.7%) y 15 alumnos contestaron mucho (83.3%).(Gráfica 14)

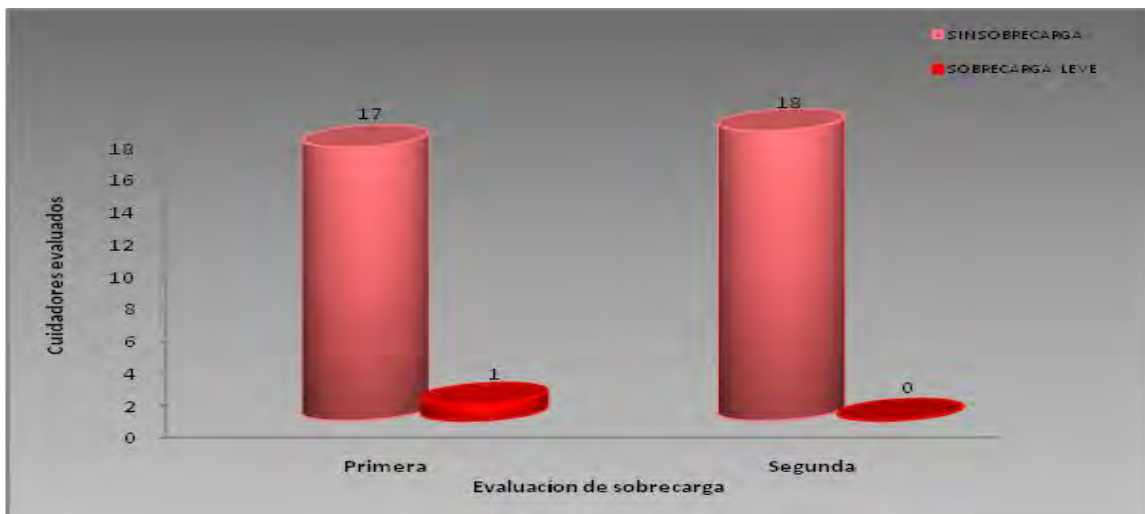
Gráfica 14 Apoyo social con que cuenta el cuidador



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

Si el cuidador primario sin saberlo sufre lo que se llama sobrecarga del cuidador y no se detecta esta o se atiende a tiempo este cuidador puede llegar al colapso del cuidador que muchas veces lo lleva hasta la muerte en nuestro estudio utilizamos el Test de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit & Zarit) para detectar si alguno de nuestros alumnos padecía de sobrecarga los resultados fueron los siguientes en la primera evaluación 17 alumnos sin sobrecarga (94.4%) y 1 alumno con sobrecarga leve (5.6%), en la segunda evaluación los 18 alumnos sin sobrecarga (100%) (Gráfica 15).

Gráfica 15 Sobrecarga de los alumnos del curso para cuidadores



Fuente: Entrevistas a alumnos del curso para cuidadores de adultos mayores

## DISCUSIÓN

Con respecto al perfil de los cuidadores del curso, algunos datos corresponden con la información encontrada en publicaciones previas donde la mayoría son mujeres (8) en nuestro trabajo el 88.9% de los alumnos del curso fueron mujeres, aunque diferimos en la ocupación cuando lo comparamos con otros estudios ya que el 33.3% son empleados y el 33.3% se dedican al hogar; con respecto a la escolaridad en nuestro grupo el 33% cuenta con carrera técnica comercial y el 27% con licenciatura, el 16% tiene preparatoria y solo el 22% tiene secundaria y primaria. (8)

La mayoría de los alumnos del curso cuidan a sus padres, solo 2 son cuidadores remunerados. La edad promedio de nuestros alumnos fue de 48 años quienes demuestran su interés por aprender del curso para cuidar a su familiar pero también para cuidar de su propia persona.

En nuestro grupo de alumnos el 83% realiza actividades recreativas probablemente se deba a que el 61% de los ancianos cuidados son funcionales (realizan actividades básicas de la vida diaria por si solos), esto difiere de lo reportado en la literatura donde se dice que los cuidadores tienen pocas horas de descanso y no realizan actividades recreativas. (8)

La calidad de vida del cuidador influye directamente en que este desarrolle su trabajo de manera eficiente, al aplicar la encuesta de Calidad de vida de la OMS (instrumento WHOQoL breve en español) obtuvimos lo siguiente: en la calidad de vida global el resultado fue 12 alumnos tuvieron una calidad de vida alta, 6 alumnos calidad de vida promedio. Dos alumnos del grupo tuvieron mala calidad de vida en el área de las relaciones sociales área fundamental para que el cuidador tenga apoyo de las personas que están cerca de él, por lo que hicimos énfasis en este aspecto para mejorar esta deficiencia.

Las publicaciones refieren que la calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores es mala en general (8) nuestros resultados se diferencian en mucho de esto pues la calidad de vida fue alta en 12 personas de 18 del grupo en estudio y las 6 restantes fue promedio.

Para evaluar los conocimientos que el cuidador tiene sobre el envejecimiento se aplicó un examen de conocimientos asignándole tres valores diferentes según el grado de conocimientos que tiene el alumno, si este contesta de 0 a 15 preguntas acertadamente se califica como escaso conocimiento, si contesta de 16 a 30 es conocimiento promedio y si contesta de 31 a 45 es conocimiento alto; en nuestro grupo se compararon la primera y segunda evaluación. En la primera se obtuvieron los siguientes

resultados: 13 personas tuvieron conocimiento promedio, 5 personas tuvieron conocimiento alto, y en la segunda evaluación los resultados fueron mayormente favorables pues solo 3 alumnos tuvieron conocimiento promedio y 15 alumnos conocimiento alto. Este punto favorece nuestro objetivo pues claramente se ve que sí hubo un impacto positivo en la adquisición de conocimientos de los alumnos de nuestro curso.

Es fundamental que un cuidador conozca y utilice adecuadamente sus redes de apoyo para evitar llegar al colapso del cuidador, evaluamos este punto con una escala tipo likert de apoyo social funcional de DUKE – UNK la primera evaluación arrojó los siguientes datos: dos alumnos refirieron escaso apoyo (11.1%) dos alumnos refirieron regular apoyo y 14 alumnos refirieron mucho apoyo, en la segunda evaluación ningún alumno dijo tener poco apoyo, 3 alumnos contestaron regular y 15 alumnos contestaron mucho.

Durante el curso se hicieron diferentes intervenciones sobre la problemática familiar del cuidador ya sea con el paciente cuidado o bien con los demás miembros de la familia. Es común que quien tiene la función de cuidador se sature de trabajo y crea que nadie es capaz de realizar su función tan bien como él, por lo que es conveniente enseñar a los cuidadores a utilizar las redes de apoyo que tienen en sus familiares, amigos y vecinos, así como en instituciones, hacerles saber que pueden delegar responsabilidades a otros miembros de la familia para evitar que se sobrecarguen de trabajo y esto le genere enfermedad, depresión, disminución en la calidad de vida e ineficiencia en el cuidado de su anciano.

En el curso hubo alumnos que cuidan a pacientes con cáncer en etapa terminal, pacientes con enfermedades cronicodegenerativas como Parkinson, pacientes con secuelas de EVC, todos ellos con problemas familiares diversos, por ejemplo: ¿qué trato deben tener los pacientes crónicos? A veces la sobreprotección de los familiares interfiere con la recuperación o bien con la funcionalidad de estos, se explico a los alumnos que los ancianos deben realizar los ejercicios de rehabilitación por si solos, con su apoyo y constancia verán mejores resultados pero no deben evitar el esfuerzo físico del paciente.

Encontramos polifarmacia en la mayoría de los ancianos cuidados porque toman un promedio de 5 medicamentos diferentes al día lo que los hace más dependientes debido a que necesitan tomar varias dosis en un día de diferentes medicamentos, teniendo en cuenta que debemos evitar la sobredosificación o bien la falta de dosis, estas personas necesitan que alguien esté pendiente de ellos.

Uno de los objetivos del curso fue que el alumno adquiriera habilidades para el cuidado de su anciano, por esta razón enseñamos a los alumnos la toma de los signos vitales y para fines prácticos de evaluación tomamos la habilidad para detectar y tratar fiebre como punto de referencia medible encontrando resultados favorables para este objetivo pues en la primera evaluación un 16% no tenía habilidad para detectar fiebre y en la segunda evaluación el 100% contestó de manera correcta, con respecto a tratar la fiebre el 11% no sabía tratar la fiebre y en la segunda evaluación el 100% desarrolló esta habilidad.

Hablamos también sobre el duelo y la importancia de vivir sus etapas, con el fin de que tanto el cuidador, como el anciano estén preparados para el momento de la muerte. Se resaltó la importancia de la familia en esos momentos, para reconfortar al moribundo, cerrar círculos, arreglar conflictos familiares y cumplir con la última voluntad del paciente. (3)

Es entonces importante contar con cuidadores primarios bien preparados, pero además de cuidar de los ancianos debemos enseñarles a cuidar de sí mismos, en los tres aspectos que involucra la salud (biopsicosocial) pues esto contribuirá a tener una población de cuidadores útiles para la sociedad en general.

## CONCLUSIONES

Al termino de nuestro estudio de investigación concluimos que la mujer sigue ocupando el primer lugar en el cuidado del anciano enfermo, con una edad promedio de 48 años, respecto a la escolaridad, el 60% cursó con carrera comercial y/o licenciatura, desempeñan un empleo remunerado o realizan las labores del hogar. Los ancianos cuidados tienen edades que van desde los 70 hasta los 105 años con una edad en promedio de 80 años, con funcionalidad en un 61% de nuestra población, lo que facilita su cuidado, dejando tiempo al cuidador para realizar actividades recreativas pues el 83% de nuestros cuidadores realiza este tipo de actividades.

La calidad de vida de nuestros alumnos en general es alta o promedio.

Al medir calidad de vida con el instrumento de la OMS detectamos cuatro áreas diferentes: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medioambiente.

Con estos datos podemos enfocarnos mas al área en la que se afecta la calidad de vida, así encontramos que en nuestro grupo de estudio, en el área de las relaciones sociales tenemos dos alumnos con calidad de vida mala a diferencia de las otras aéreas en las que todos se encuentran con calidad de vida alta y promedio.

Con la primera evaluación del conocimiento de los alumnos sobre el envejecimiento se obtuvo un nivel promedio en el 72% de los alumnos y con la segunda evaluación los resultados cambiaron favorablemente pues el nivel de conocimiento fue alto en 83% del total de los alumnos.

Una forma de medir el impacto de este curso es que el alumno adquiriera nuevas habilidades para el cuidado del viejo por lo que tomamos a la fiebre como parámetro medible. Al concluir el curso, las habilidades de los cuidadores mejoraron pues el 100% de los cuidadores logró hacer la toma de temperatura corporal.

Como hemos visto en el desarrollo de este trabajo el cuidador necesita indiscutiblemente del apoyo de otras personas para desarrollar eficientemente su trabajo por este motivo decidimos medir el apoyo social que recibe el cuidador, antes y después del curso para comparar la influencia de nuestro curso sobre el cuidador con respecto al conocimiento y la utilización de sus redes de apoyo.

Nuestros resultados de la primera evaluación del apoyo social funcional fueron los siguientes: el 77.8% respondió que tenia mucho apoyo el 11.1% con apoyo regular y el 11.1% con escaso apoyo. En la segunda evaluación 83.3% tuvo mucho apoyo y el 16.7% apoyo regular. Con estos

resultados concluimos que sí hubo influencia positiva del curso pues ocurrió una mejoría de 5% para recibir mucho apoyo de la primera a la segunda evaluación.

Con respecto a la sobrecarga del cuidador solo un alumno tuvo sobrecarga leve en la primera evaluación y en la segunda evaluación todas las respuestas fueron negativas para sobrecarga. Es importante detectar a tiempo la sobrecarga en los cuidadores para evitar complicaciones como el colapso del cuidador en este padecimiento el cuidador puede no darse cuenta por si solo de esta situación, por lo que nosotros como médicos familiares de manera preventiva, podemos detectarlo a tiempo con la aplicación de la escala de sobrecarga de Zarit & Zarit y ayudar a los cuidadores.

El curso tuvo resultados positivos en todos los aspectos evaluados lo que nos lleva a la conclusión de que sí hubo impacto favorable en el cuidador. Con el análisis estadístico rechazamos nuestra hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna.

Si el cuidador cuenta con ayuda para ampliar su conocimiento sobre el cuidado de ancianos se verá reflejado en su trabajo como cuidador, en su propia salud, en la calidad de vida, en que utilice adecuadamente sus redes de apoyo y por consiguiente no tenga sobrecarga de trabajo.

La principal enseñanza que nos deja el haber dado este curso es que la población en general está dispuesta a participar para compartir su conocimiento y aprender cosas nuevas para sí mismos, pero lo más importante para el cuidado de los demás, pues siempre tuvimos respuesta positiva de los alumnos para con el curso, esto nos hizo saber la necesidad de conocimiento de la población con respecto al cuidado de los adultos mayores.

Por lo que proponemos que se realicen este tipo de cursos para la población en general en el primer nivel de atención involucrando a todo el personal de salud así como a trabajo social, pero también, sugerimos la **opción de hacer "clubs de cuidadores" en donde se reúnan personas que se dedican al cuidado de adultos mayores, por lo menos una o dos veces por mes para mantener la comunicación entre los cuidadores que de alguna manera pasan por circunstancias semejantes. En estos clubs se pueden realizar talleres, pláticas educativas e interactivas en donde haya intercambio de opiniones entre los cuidadores expresando las vivencias con su anciano que cuidan, además de los problemas que enfrentan día a día al realizar su trabajo, para de esta manera enriquecer el conocimiento y**

mantener la actitud positiva de los cuidadores en un ambiente resolutivo para los conflictos que se presenten.

Además de incrementar las redes de apoyo entre los cuidadores, estos tendrán una mejor preparación para el cuidado y vivirán con mayor calidad de vida tanto ellos como sus viejos.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Luis Miguel Gutiérrez Robledo. La Salud en México y la nueva epidemiología del envejecimiento La situación demográfica de México 2004 pp. 53-70
- 2.-Barros L., C. Aspectos sociales del envejecimiento. En Ansola P; E. y cols. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90 Washington, OPS publicación científica 546, 1994. PP. 57- 73.
- 3.- María Luisa Velasco, JF Julián Sinibaldi. Manejo del enfermo crónico y su Familia (sistemas, historias y creencias) México D.F. – Santiago de Bogota, editorial el Manual Moderno
- 4.- Rosalía Rodríguez García, Guillermo Lazcano Botello, Práctica de la Geriatria México D.F. 2ª ed., Mcgraw Hill interamericana
- 5.- Lucy Barrera Ortiz , Natividad Pinto Afanador, Beatriz Sánchez Herrera, Cuidando a los cuidadores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Índice de enfermería Vol. 15 N° 52 – 53 Granada Primavera / Verano 2006 pp.1 – 11.
- 6.- María Cristina de los Reyes, Construyendo el concepto cuidador de ancianos Foro de investigación Envejecimiento de la población en el MERCOSUR Noviembre 2001 Curitiba Brasil pp. 1 –15
- 7.- Lara Rodríguez María de los Ángeles, Benítez Martínez Maria Guadalupe, Fernández – Garate IH, Zarate Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud Publica México 1996,38; pp. 448 – 457.
- 8.- González-Ortiz M A, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER, Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México, México D.F Archivos en Medicina Familiar 2003; 47-52
- 9.- Lucy Barrera Ortiz, Lidia Blanco de Camargo, Patricia Figueroa Ingrid, Natividad Pinto Afanador, Beatriz Sánchez Herrera. Habilidad de cuidadores con enfermedad crónica. Mirada Internacional. 2006. Vol. 6 pp. 1-15.
- 10.- Donna Cohen Carl Eisdorfer Paidos, Como cuidar de tus padres cuando envejecen. 1ed 1997, España. Paidos ibérica.
- 11.- O López Mederos, A Lorenzo Riera, P Santiago Navarro Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio Atención Primaria, Publicación oficial de la sociedad Española de medicina de familia y comunitaria domingo 31 de octubre 1999. Volumen 24 – N° 7 pp.404-410

- 12.- María Joao Costa Pacheco, Marcia Patricia Costa Pacheco, Mónica Oliveira Medeiros Boteiho, Pedro Rodríguez Amaral, Ricardo Jorge Correa Pacheco, Anciano que cuida Anciano Gerokomos Vol. 18 N° 3 Madrid set 2007 pp. 1 – 9.
- 13.- Isidoro Ruí Pérez, Paloma Llorente Guía para auxiliares y cuidadores del anciano, fundamentos y procedimientos Madrid España 1er ed. Mc Graw – Hill. Interamericana.
- 14.- Organización panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud **Guía Clínica para atención primaria a las personas adultas mayores Washington D C segunda edición agosto, 2002**
- 15.- Víctor M. Mendoza Núñez, María de Luz Martínez Maldonado. Gerontología comunitaria 4ª ed. 2008 México PAPIME.
- 16.- Nancy O Connor, Déjalos ir con AMOR La aceptación del duelo. editorial Trillas.
- 17.- Lucy Barrera Ortiz, Natividad Pinto Afanador, Beatriz Sánchez Herrera. Red de investigadores en cuidado a cuidadores de pacientes crónicos. Octubre 2007 Vol. 7 N° 2 Chia. Colombia, pp. 199-206
- 18.- Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad México DF 1 de octubre del 2004 pp. 1 –12.
- 19.- Sistema nacional de vigilancia epidemiológica Epidemiología Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005, N° 6 Vol. 23 Semana 8 del 19 al 25 de febrero del 2006
- 20.- Arronte González Alicia, Beltrán castillo Nancy Gerontología Comunitaria, Manual para la evaluación gerontológica en la comunidad FES Zaragoza UNAM PAPIME
- 21.-Juan Gallud; Josep Adolf Guirao Goris Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004