

## **Intervención educativa para mejorar la calidad de vida del anciano con demencia y su cuidador**

Maité Llanes Rizo<sup>1</sup>, Carmen Olivera Carmenates<sup>2</sup>, Waldys Semper González<sup>3</sup>

1. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Especialista de Primer Grado en Anatomía Humana. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Departamento de Postgrado, Ciencia e Innovación Tecnológica. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba. CP 70700. E-mail: [malla@enferm.cmw.sld.cu](mailto:malla@enferm.cmw.sld.cu).
2. Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciada en Enfermería. Profesor Auxiliar. Departamento de Postgrado. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba. CP 70700. E-mail: [caroc@poloeste.cmw.sld.cu](mailto:caroc@poloeste.cmw.sld.cu).
3. Licenciado en Educación Musical. Profesor Instructor. Departamento de Trabajo Educativ.Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de CamagüeyCarretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba. CP 70700.

### **Resumen**

**Introducción:** El envejecimiento no constituye, en modo alguno, un problema de salud sino un logro alcanzado por la humanidad. **Objetivo:** Modificarlos conocimientos y habilidades del cuidador en el manejo del paciente demenciado y con ello mejorar la calidad de vida de dichos enfermos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo de intervención en consultorios del Médico de la Familia pertenecientes al Policlínico Universitario Docente Tula Aguilera, del municipio Camagüey, en el período mayo 2014marzo 2015. El universo de estudio estuvo constituido por 253 ancianos con demencia y sus cuidadores. La muestra de investigación estuvo conformada por 22 de los mismos. Se aplicó una encuesta que se convirtió en el registro primario de datos. Los datos se procesaron de forma automatizada. Se aplicó un programa educativo con varias actividades de prevención y promoción para la salud sobre las temáticas fundamentales que afectan la calidad de vida del paciente con demencia y sus respectivos cuidadores. **Resultados:** El estudio demostró dificultades en el conocimiento por parte de los cuidadores acerca de los síntomas de la demencia,

calidad de la alimentación, cuidado de la higiene, importancia del ejercicio físico, y los factores riesgos. Se determinó que 14 cuidadores presentaron ansiedad, mientras que 9 presentaron niveles de depresión leve y moderada. **Conclusiones:** Se comprobó la eficacia de la intervención educativa al mejorar cada uno de las variables evaluadas en el estudio y con ello el impacto sobre la calidad de vida de ancianos con demencia.

**Palabras clave:** intervención educativa; anciano; cuidador; envejecimiento poblacional.

## **Introducción**

Los cambios sociales debido a las condiciones socio sanitarias llevan consigo un aumento de la esperanza de vida y por consiguiente un incremento en la edad de la población.<sup>1</sup>

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores logros que la humanidad ha alcanzado en la contemporaneidad, lo que impone un impostergable reto para las políticas y estrategias en salud, en aras de satisfacer sus necesidades y brindarles la posibilidad de vivir sus últimos años con excelente calidad de vida.<sup>2</sup>

Ha sido asociado habitualmente con los países más industrializados de Europa y América del Norte, sin embargo este fenómeno está ocurriendo también en países en vías de desarrollo y Cuba no escapa a ello. Al inicio del siglo XX existían alrededor de 72 000 personas mayores de 60 años, en 1950 la cifra superaba los 425 000; en 1990 el país contaba con más de 1,2 millones de ancianos y actualmente es el cuarto país más envejecido de América Latina con el 17 % de su población mayor de 60 años.

Se estima que para el año 2020 Cuba se convertirá en el más envejecido de América Latina con un 23,4 % de su población, y por primera vez habrá más ancianos que niños, pronosticándose que 1 de cada 4 cubanos tendrá 60 años o más, le seguirá Uruguay con 18,4 % y Argentina con 16,9 %, lo cual puede considerarse como un logro social extraordinario y un importante desafío.<sup>3</sup>

Cuba presenta un comportamiento sociodemográfico prácticamente único en comparación con los países en desarrollo, pues desde inicios del siglo xx comenzó el proceso de transición demográfica de forma muy avanzada, ya que la fecundidad, que

es la variable demográfica principal que afecta el crecimiento de la población, tuvo una disminución significativa, entre las más aceleradas a nivel internacional.<sup>4</sup>

En la actualidad, con el incremento de la expectativa de vida, ha aumentado la incidencia y la prevalencia de enfermedades que se reproducen en edades avanzadas. Con el crecimiento explosivo de la población mayor de 60 años, las dimensiones del problema atentan contra el logro de una longevidad satisfactoria. Según la Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, las afecciones de mayor prevalencia en este grupo poblacional son las enfermedades no transmisibles.

Entre las morbilidades más acentuadas se encuentran: la cardiopatía isquémica, el cáncer, la enfermedad cerebro vascular, la insuficiencia renal crónica y la fractura de cadera.

Las enfermedades demenciales degenerativas también forman parte de las afecciones crónicas que se incrementan espectacularmente en este universo de poblaciones e individuos envejecidos. Ocupan el tercer lugar entre las enfermedades en costo económico y social, sólo superada por el cáncer y las enfermedades cardíacas. Los estudios de prevalencia realizados en la población cubana indican que entre el 4 y el 5 % de las personas mayores de 65 años padecen de demencia con una marcada incapacidad. Las formas ligeras hacen ascender la cifra hasta el 10 %.<sup>5</sup>

Las demencias son procesos degenerativos neuronales que ocasionan un defecto intelectual en el individuo adulto, habitualmente en etapas involutivas de la vida con pérdida de sus capacidades intelectuales, llegado el momento en el desarrollo de su vida. El demente nace con una inteligencia normal y la mantiene durante la adolescencia y parte de la adultez, hasta que aparecen los trastornos intelectuales secundarios a una lesión del cerebro de forma permanente e irreversible, a diferencia del retraso mental que ocurre en las primeras etapas de vida o nace con él.<sup>6</sup>

Existen varios tipos de demencias pero las más frecuentes son las degenerativas y dentro de estas la Enfermedad de Alzheimer, que representa 50-65 % más de todos los síndromes demenciales. También denominada mal de Alzheimer, o demencia senil de tipo Alzheimer. Es la forma más común de demencia, incurable y terminal. Es irreversible de causa orgánica desconocida (genética y ambiental). Fue descrita en 1907 por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer, de ahí el nombre, tras de escribir

los hallazgos anatomopatológicos encontrados en el cerebro de una paciente de 51 años de edad, con un cuadro clínico de deterioro cognitivo, alucinaciones, delirios y síntomas focales.

El síntoma primero que se detecta en el paciente con demencia insipiente son los problemas de memoria: la persona tiene dificultades para recordar los nombres, fechas y hechos recientes. Puede acompañarse de otros problemas como la desorientación temporal, espacial y de situación, procesamiento superficial y lento de la información y las deficiencias de aprendizaje.

Sin embargo el individuo tiende a ocultar su situación, no siendo capaz de aceptarse, por ello es importante la observación para buscar signos y síntomas de la enfermedad, cuidando que al hacerlo no se lastime la autoestima ni privacidad de la persona como sospecha de demencia. La afección evoluciona por fases, aunque cada enfermo es totalmente distinto y resulta muy difícil diferenciar claramente el final de una y el inicio de la siguiente.

Las personas diagnosticadas con la enfermedad pueden sobrevivir de 2-20 años a partir de los primeros síntomas. Su esperanza de vida disminuye al no recibir un cuidado continuo apropiado con énfasis en la higiene y la alimentación. Si estos aspectos se tienen presentes y cuentan con el respeto de su cuidador, no solo pueden prolongar su vida, sino también vivir con un máximo de calidad, conservando la integridad hasta el final de sus días.<sup>7</sup>

El paciente va perdiendo progresivamente su autonomía, haciéndose dependiente del cuidador para su funcionamiento y su vida. Este largo proceso requiere una adecuada preparación para su enfrentamiento pues de lo contrario el impacto biopsicosocial para el enfermo o su cuidador, pueden llegar a ser catastróficos. Se catalogan como de gran importancia aquellas transgresiones de normas jurídicas, ofensas a la moral, lesiones, daño a la propiedad, transacciones civiles inadecuadas o daños a la salud para paciente.

Por otro lado el cuidador desconoce temáticas relativas al cuidado de la salud y prevención de complicaciones.<sup>8</sup> El mayor costo de esta enfermedad es, sin lugar a dudas, su costo humano, cuyas dimensiones son inestimables y el mayor sufrimiento lo padece la familia, en especial, los cuidadores que dedican años de su vida a brindar

afecto y cuidado a un enfermo, que con el avance de la enfermedad será incapaz de reciprocitar esta dedicación y que en muchas ocasiones reaccionará con agresividad y conductas inapropiadas.<sup>9</sup>

Los miembros de una familia ayudan a la persona dependiente, pero por lo general una persona, el cónyuge o el familiar femenino más cercano, se convierte en el cuidador principal. El cuidado de una persona anciana con demencia representa una gran carga emocional, para el cuidador principal y la familia, a partir de los diferentes problemas a los que habrá de enfrentarse.<sup>10</sup>

Los cuidadores han desconsiderados pilares básicos en el sistema de atención al anciano dependiente dentro de la comunidad. Su destacado rol en el desempeño de sus funciones les convierte en ejemplo de renuncia para sí mismo y entrega total para aquellos en los que prolongar y garantizar más y mejor calidad de vida es tarea obligada, aunque en ella halla que dejar su propia piel.

Supone en el cuidador una sobrecarga física y psicológica resultado del desgaste afectivo prolongado en el transcurso de la enfermedad, incremento de las exigencias por parte del enfermo, tener que aceptar y desarrollar la idea de una afección irreversible, y sentir cuanto se sufre al no poder enfrentar y resolver todas las complicaciones del ser querido, haciéndolo sentir culpable de lo sucedido.

Cuidar a un familiar significa cumplir un deber en el que se conjugan obligación y cariño, pero el abandono en que se encuentran sometidos los cuidadores por parte de los servicios sociales en algunas ocasiones, les conlleva un gran esfuerzo.

Se hace habitual que las mujeres respondan a las necesidades de cuidados, estando relacionados con las concepciones de los roles masculinos y femeninos, según las cuales la mujer es vista como responsable del cuidado de los miembros de la familia, lo que conlleva a una situación difícil ya que agota su tiempo y su salud en el cuidado, por lo que se recomienda hacer un llamado para el reparto equitativo de responsabilidades familiares y domésticas que permitan conciliar la vida familiar, laboral y social.

La atención del paciente demente y el cuidado de su familia es tarea compleja. Habitualmente un solo familiar no puede abordar todas las intervenciones, por lo que se hace preciso entrenar a más de un familiar para el desempeño de esta tarea procurando para ello la participación interdisciplinaria de un equipo especializado, ya

sea del primer nivel de atención como del segundo; lo importante es proveer al cuidador de información y habilidades para el desarrollo de actividades sociosanitarias correctas, al realizar intervenciones independientes con su enfermo.

En este aspecto los profesionales de la atención primaria de salud desempeñan un rol importante como promotores de esta actividad.

Responder a las exigencias de toda la población, en una sociedad con una tendencia hacia el envejecimiento donde la presencia de los adultos mayores es tan importante, requiere por parte de los profesionales de enfermería una formación sustentada en una base científica y metodológica que ayude a la conquista de los objetivos de calidad que la misma demanda. Los enfermeros dedicados a la atención al adulto mayor tienen la responsabilidad de la autopreparación y educación continuada en correspondencia con los avances tecnológicos, tanto clínicos como en el trato y manejo adecuado de estos pacientes.<sup>11</sup>

La provincia Camagüey no escapa a lo que sucede en el continente, ni siquiera a los eventos demográficos que desde hace más de 20 años vienen sucediendo. Por la importancia que representa este grupo etéreo para la sociedad y el Sistema Nacional de Salud se decide realizar el presente estudio que tiene como objetivo general modificar los conocimientos y habilidades del cuidador en el manejo del paciente demenciado y con ello mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

## **Material y método**

Se realizó un estudio de intervención en los consultorios 8 – 9 y 10 del policlínico Tula Aguilera, del municipio Camagüey en el período mayo 2014 marzo 2015. El universo de estudio estuvo conformado por 253 ancianos. La muestra quedó constituida por 22 ancianos con demencia y sus cuidadores, escogidos de forma aleatoria. Se aplicó una encuesta que se convirtió en el registro primario de datos, los cuales se procesaron de forma automatizada.

La intervención educativa se realizó de la siguiente manera:

- Primera visita: Se realizó el diagnóstico
- Segunda visita: Actividad de relajación.

- Tercera visita: Actividad de relajación. Se orientan las acciones independientes según las necesidades de cada familia.
- Cuarta visita: Actividad de relajación. Evaluación de las acciones independientes orientadas.

**Ética médica:** Los cuidadores incluidos en la muestra tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos previos al comienzo de la misma. Conocieron que su participación era voluntaria y que tendrían la posibilidad de abandonarla, si así lo decidieran.

**Procesamiento de la información:** Una vez obtenidos los resultados los datos se procesaron en Microsoft Excel y se expresaron en tablas, según los presupuestos de la estadística descriptiva.

## Resultados

**Tabla1. Conocimiento de los síntomas de descompensación. Policlínico Tula Aguilera. Mayo2014 - Marzo 2015.**

Conocimiento de los síntomas de descompensación	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Suficiente	7	31,8	20	90
Insuficiente	13	59	2	9
Deficiente	2	9		
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla anterior aparece reflejada la evaluación de los conocimientos sobre síntomas de descompensación. Antes de la intervención los conocimientos eran insuficientes, representado este resultado por el 59 % del total. Después de la intervención se elevó al 90 %, quedando todavía con conocimiento insuficiente el 9%.

**Tabla2. Conocimientos sobre calidad de la alimentación.**

Conocimiento sobre la calidad de alimentación	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	14	63,6	22	100

Regular	8	36,3		
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

La tabla 2 representa la evaluación de los conocimientos sobre calidad de la alimentación. Se constató que de los 22 cuidadores solo 14 refirieron tener conocimiento del tema antes de la intervención educativa, y esto representa el 63,6 %, mientras que 8 manifestaron conocerlo de manera regular para el 36,3 %. Después de la intervención se alcanzó el 100 % de conocimiento.

**Tabla 3. Conocimientos sobre el cuidado de la higiene.**

Conocimientos sobre el cuidado de la higiene.	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	14	63,6	22	100
Regular	8	36,3		
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

Se observa la evaluación de los conocimientos sobre el cuidado de la higiene de los pacientes y la situación inicial estuvo entre buena y regular de manera general antes de la intervención, lo que se expresa de la siguiente forma: evaluación de buena en el 63,6 % de los casos, regular en el 36,3 %. Luego de la intervención educativa el 100 % refirió tener buenos conocimientos en cuanto al cuidado de la higiene en los elementos evaluados.

**Tabla 4. Conocimientos sobre importancia del ejercicio físico.**

Importancia del ejercicio físico	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Buena	13	59	22	100
Regular	5	22,7		
Mala	4	18,1		
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla 4 se representa la evaluación de los conocimientos sobre importancia del ejercicio físico antes y después de la intervención educativa. De 22 cuidadores que



participaron en el estudio 5 refirieron conocer regularmente la importancia del ejercicio físico en la salud, antes de la intervención y esto representa el 22,7 %, y 4 demostraron total desconocimiento de la importancia del ejercicio físico que representó el 18,1 %. Después de la intervención se alcanzó el 100 % de conocimiento.

**Tabla 5. Conocimientos sobre factores de riesgos.**

Conocimientos sobre factores de riesgos	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adecuado	12	54,5	22	100
Inadecuado	10	45,4		
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

En relación con la evaluación de los conocimientos sobre factores de riesgo podemos decir que 12 de ellos tenían conocimiento de los riesgos antes de la intervención y 10 de manera inadecuada, esto representa el 54,5% y el 45,4% del total. Luego de realizada la intervención educativa se observan modificaciones al respecto teniendo en cuenta que el 100 % adquirieron los conocimientos necesarios sobre los riesgos.

**Tabla6: Estado emocional de ansiedad de los cuidadores.**

Estado emocional de ansiedad de los cuidadores	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bajo	5	22,7	5	22,7
Medio	9	40,9	3	13,6
Alto	4	18,1	1	4,5
Ninguna	4	18,1	13	59
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

Al considerar la evaluación del estado emocional de ansiedad de los cuidadores se destaca que antes de la intervención 4 cuidadores no presentaban ningún estado emocional de ansiedad para el 18,1 % del total, 5 estado de ansiedad bajo (22,7 %) y 9 ansiedad medio (40,9 %).

Después de la intervención se elevó a 13 el número de cuidadores sin presentar estado emocional de ansiedad para el 59 %. Mejoraron considerablemente el resto de los

cuidadores el nivel de ansiedad, sobre todo los de nivel medio quedando solo uno con niveles altos por seguimiento especializado para un 4,5%.

**Tabla 7. Estado emocional de depresión de los cuidadores.**

Estado emocional de depresión de los cuidadores	Antes		Después	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No significativo	1	4,5		
Ninguna	12	54,5	19	86,3
Leve	6	27,2	2	9
Moderada	3	13,6	1	4,5
Total	22	100	22	100

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla 7 se representa la evaluación del estado emocional de depresión de los cuidadores y se destaca que antes de la intervención 12 de ellos que representa el 54,5 % del totalno presentaban estado depresivo, entre leve y moderada 6 para el 27,2 % y 3 para el 13,6 % respectivamente. Posterior a la intervención 19 cuidadores no presentaban estado depresivo y esto representa el 86.3 %, se modificó a 2 la cifra de leve para el 9 % y 1 moderado para el 4,5 %.

## Discusión

Los primeros síntomas, como la pérdida de memoria y de facultades intelectuales, pueden ser tan ligeros que pueden pasar inadvertidos tanto por la persona afectada como por su familia y amigos. Sin embargo, según la enfermedad va progresando, los síntomas se hacen más evidentes y empiezan a interferir en el trabajo y en las actividades sociales. Los problemas prácticos que suponen las tareas diarias de vestirse, lavarse e ir al baño se van haciendo tan graves que, con el tiempo, el enfermo acaba dependiendo totalmente de los demás.

En elestudio realizado por Alcaraz et al<sup>12</sup> se obtuvieron resultados similares al nuestro. Al evaluar el conocimiento de las personas encuestadas acerca de los síntomas de demencia, se halló que 7 cuidadoras tenían un conocimiento adecuado (58,3 %); al finalizar, solo 3 más lo adquirieron, un total de 10 (83,3 %). En discusión grupal se supo que más de la mitad de las cuidadoras (58,3 %) creían que ese trastorno era consecuencia del envejecimiento y que la aterosclerosis y la hipercolesterolemia eran

causas de demencia, lo cual se modificó a través de la técnica y se logró conocimientos adecuados en 66,0 %.

Coincidimos con lo que plantean Llibre et al<sup>13</sup> en su investigación que los pacientes y sus familiares, con frecuencia interpretan erróneamente síntomas tempranos, como cambios normales del envejecimiento, y no reconocen los síntomas iniciales, si no están preparados para ello, perpetuando, incluso, falsas creencias de que estos cambios son propios de la edad avanzada. La Enfermedad de Alzheimer y el envejecimiento, no son sinónimos, esto debe quedar claro tanto para los enfermos como para los cuidadores.

Martínez<sup>7</sup> plantea en su literatura que con la llegada de los años y la aparición de un grupo de dolencias la alimentación y la nutrición en la persona anciana se hacen decisivas para su existencia. No respetar los horarios para comer, el consumo de alimentos con bajo contenido proteico y el no consumo de frutas y vegetales, podrían ser causas de numerosas complicaciones.

En trabajos revisados se muestra que una alta ingestión de grasas totales, grasas saturadas y colesterol está asociada a un incremento del riesgo de demencia, mientras que el consumo de pescado se asocia inversamente a la incidencia de Enfermedad de Alzheimer. Es importante también educar al paciente y sus cuidadores en la ingestión de alimentos ricos en vitaminas, investigaciones recientes han mostrado que las vitaminas del complejo B (fundamentalmente B<sub>6</sub>, ácido fólico y B<sub>12</sub>) han sido estudiadas en relación con la Enfermedad de Alzheimer.<sup>14</sup>

Autores como Artaso<sup>15</sup> plantean que es importante el conocimiento del familiar o el cuidador de anciano con demencia en lo referente al cuidado de la higiene del mismo, sobre todo a la hora del baño y el aseo personal de manera general, momento en que consideran importante mantener total atención.

En la investigación de González<sup>16</sup> se plantea que mantener la calidad de vida para las personas mayores, es una consideración principal de muchos investigadores, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse o necesitan apoyo para cumplir necesidades básicas como bañarse, vestir y comer.

Martínez<sup>7</sup>, expone que los cuidados de la persona mayor deben realizarse de modo integral, valorando siempre que sean posibles sus condiciones físicas, funcionales, psíquicas y sociales, las cuales inciden en su grado de salud.

En Cuba se han realizado estudios relacionados con la importancia de la práctica de ejercicios físicos para mejorar la calidad de vida de los ancianos y los cuidadores, su eficacia en el tratamiento de la ansiedad y la depresión y en sentido general sobre los efectos beneficiosos sobre el estado de ánimo y la salud.

En la literatura, Robles y Conde<sup>17</sup> plantean que la práctica continuada de ejercicios físicos produce una mejoría en la condición física del individuo, que lo convierte en el nexo de unión principal entre actividad física y salud, entendida como la ausencia de enfermedad.

Desde la perspectiva del proceso, la actividad física se engloba dentro del concepto de calidad de vida, entendiéndola como la experiencia personal y práctica sociocultural, permitiendo entrar en contacto con uno mismo, conocer gente, pertenecer a grupos. Todo ello aporta un grado de bienestar psicológico y social que produce efectos positivos en la salud del individuo.

Por todo ello debemos considerar la promoción del ejercicio físico como parte primordial del trabajo del enfermero (a). Es esencial su recomendación e importante tenerlo en cuenta a la hora de promover actitudes saludables. Repercute en la fisiología de manera directa, produciendo cambios a nivel fisiológico y hormonal que favorece la salud, además de proporcionar beneficios psicológicos y resaltan positivamente en el bienestar físico.

Los programas de ejercicios aumentan la fuerza y flexibilidad musculares. La enfermera (o) desempeña la importante función de alentar y estimular a los adultos mayores a que participen en un programa de ejercicios sistemáticos.

Sotolongo<sup>18</sup> en la investigación hace referencia a que el cuidador del anciano deberá aprender los ejercicios y procedimientos practicados, para que el anciano pueda continuar recibéndolos en el hogar una vez que concluya el período de asistencia a la institución de salud o el Círculo de abuelos. Por su parte, la rehabilitación geriátrica se encamina a que el anciano mantenga la máxima movilidad, a conservar o restaurar la independencia básica para el desarrollo de la vida diaria, en lo cual es muy importante obtener su confianza y cooperación, y crear en él un sentimiento esperanzador y optimista.

En la investigación de Barreto et al<sup>19</sup>, los resultados obtenidos permitieron concluir que a pesar de ser Adultos Mayores y padecer de varias afecciones, mejoraron su calidad de vida con la realización de los ejercicios físicos y fue palpable también el interés de los ancianos por la inclusión de otros ejercicios de la medicina tradicional oriental.

El estudio de Gómez et al<sup>20</sup> relacionado con riesgos de accidentes en los ancianos obtuvieron los siguientes resultados: La superficie del suelo irregular y con desniveles (59 %); el mobiliario en mal estado en 27 viviendas (90 %); la iluminación deficiente y las fuentes eléctricas mal protegidas, así como las barreras arquitectónicas (73,3 %), fueron factores de riesgo que prevalecieron en el área.

De los factores de riesgo extrínsecos ambientales en el área rural predominó la falta de lámpara al alcance de la mano (68,7 %) en el dormitorio, así como la ausencia de cortinas de baño (69,8 - 30,1 %). En el área urbana se detectó el mayor número de cocinas a alturas inadecuadas (64,5 %).

Coincidimos con el estudio de Martínez<sup>7</sup> donde hace referencia a que debemos reconocer fallas arquitectónicas u obstáculos para el traslado y movimiento del anciano dentro y fuera del hogar, identificando a la vez posibles sitios de riesgo de accidentes o sucesos que podrían poner en peligro su vida.

En investigaciones realizadas como la de Bueno<sup>21</sup> se informa que según la Asociación de Familiares de Alzheimer, el sistema familiar en su conjunto padece la enfermedad de Alzheimer, en el caso de que esta se produzca y aconseja que dicha familia o el cuidador del afectado, se informe sobre tal enfermedad así como de su evolución, fases clínicas, sintomatología más característica, precauciones que deben de tomar, necesidades asistenciales y algún consejo práctico para el cuidado de estas personas enfermas.

Jocik<sup>22</sup>, realizó un estudio relacionado con la percepción de sobrecarga en los mismos. De los 30 cuidadores estudiados casi la cuarta parte era mayor de 60 años. En este sentido queremos destacar que los cuidadores de ancianos son personas cada vez más viejos, es decir, ancianos se encargan del cuidado de otros ancianos. Desde el punto de vista psicológico existía agobio, ansiedad y deseos de abandonar los cuidados e ideas de dependencia.

En el estudio realizado por Lara et al<sup>23</sup> se arribó a la conclusión de que el "cuidador de anciano" sufre de diversas alteraciones personales, psíquicas, sociales y físicas, que repercuten tanto en su vida personal como familiar, así como en el objeto de su cuidado la que pueden llevarlo a convertirse en cualquier momento en paciente.

Las intervenciones educativas tienen como objetivo disminuir la carga que experimentan las personas que cuidan a ancianos dependientes, el estrés y malestar asociados al cuidado y por otra parte mejorar la calidad de los cuidados que reciben estos ancianos. Para conseguir estos objetivos se han empleado procedimientos de intervención psicosocial tales como grupos de educación e información, grupos de apoyo emocional y autoayuda, grupos de entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales y tratamientos individuales como asesoramiento familiar, consulta familiar o terapia psicológica individual.

En la investigación de Losada et al<sup>24</sup> se plantea que a veces se cree que el estrés resultante de la atención al familiar demente desaparecerá una vez que se interrumpa el cuidado directo. Sin embargo, los investigadores han comprobado que algunas personas que eran cuidadores siguen padeciendo de depresión y soledad incluso tres años después del fallecimiento del familiar demente.

Al tratar de recuperar la normalidad, es posible que los "ex cuidadores" necesiten ayuda para la depresión. No es raro que los cuidadores sean víctimas de una depresión leve o incluso más grave, como resultado de las exigencias permanentes de cuidar a un ser querido enfermo. El 50% de los cuidadores en España no pueden plantearse trabajar, han abandonado su trabajo o han reducido su jornada laboral.

Investigadores como Losada et al<sup>25</sup> han comprobado que las personas que cuidan a un paciente de demencia tienen el doble de probabilidades de deprimirse que quienes cuiden a pacientes que no son dementes. Mientras más grave sea el estado de demencia, como el que provoca la Enfermedad de Alzheimer, más probable será que el cuidador sea víctima de la depresión. Es indispensable que los cuidadores, sobre todo los que se ven en este caso, reciban apoyo continuo y seguro.

## Conclusiones

- El estudio demostró dificultades en el conocimiento por parte de los cuidadores acerca de los síntomas de la demencia, calidad de la alimentación, cuidado de la higiene, importancia del ejercicio físico, y los factores riesgos.
- Se determinó que 14 cuidadores presentaron ansiedad, mientras que 9 presentaron niveles de depresión leve y moderada.
- Se comprobó la eficacia de la intervención educativa al mejorar cada uno de las variables evaluadas en el estudio y con ello el impacto sobre la calidad de vida de ambos.

## Referencias bibliográficas

1. Teso S, García C, Septién R. Valoración e intervenciones en hospital para promover la autonomía y prevenir la dependencia. En: Ramos González Serna A, Cano González AM, Leiva Saldaña A, Hidalgo Berutich A, García Fernández C. Cuidados Enfermeros en Atención Primaria y Especializada Vol. II. Madrid: Ediciones ENFO; 2007.p.173-74.
2. Collazo Ramos MI, Calero Ricardo JL, Rodríguez Cabrera AL. Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Abr 04]; 36(2): 155-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es).
3. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet] 2013 [citado 2016 Abr 04], 29(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso)
4. Vega Hernández M, Vega Hernández M. Tendencia de la fecundidad en Cuba, sus principales causas y consecuencias. Rev Cubana Salud Pública. [Internet] 2014 [citado 2016 Abr 04], 40(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso)

5. Medford Cárdenas M, Cruz González MP, Mateu Pereira N, Calderón Coronado OD, Garzó Rueda RL. Servicio asistentes sociales a domicilio en la atención al geronte: ¿desarrollo o necesidad en Cuba? Rev Méd Electrón. [Internet] 2010 [citado 2016 Abr 04]; 32(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol5%202010/tema10.htm>.
6. Piloto Álvarez MC, González Picos J, León González M, González Picos P, Leyva Hidalgo M. Enfermería en psiquiatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
7. Martínez Cepero FE. ¿Cómo cuidar en casa al anciano dependiente? La Habana: Científico-Técnica; 2014.
8. Casanova Carrillo P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Ago [citado 2016 Abr 04]; 17(4): 309-15. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400001&lng=es).
9. Llibre Rodríguez J. Estrategias de investigación en la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Ago [citado 2016 Abr 04]; 18( 4 ): 296-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400016&lng=es).
10. González Vera EG.; Llibre Rodríguez J. Manual educativo para la atención de pacientes con demencia senil. La Habana: Academia; 1998.
11. Gafas González C. La búsqueda de una longevidad satisfactoria desde la perspectiva de enfermería en la atención primaria de salud. Rev haban cienc méd. [Internet] 2008 [citado 2016 Abr 04], 7(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso)
12. Alcaraz Agüero M, Fong Estrada A, Laborí Ruiz JR, Alayo Blanco MI, García Álvarez R. Capacitación a personas cuidadoras de pacientes con demencia.



MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 2016 Abr 04]; 13(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200004&lng=es).

13. Libre Guerra Juan Carlos, Guerra Hernández Milagros A, Perera Miniet Elianne. Enfoque, diagnóstico y tratamiento a un paciente con demencia en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Jun [citado 2016 Abr 04]; 24(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200009&lng=es).
14. ¿Qué ocurre con la salud nutricional de los mayores en la sociedad actual? [Internet] 2010 [citado 2016 Abr 04]: Disponible en: <http://www.uned.es>.
15. Artaso B. Cuidados informales en la demencia. Rev. Esp. Geriatr Gerontol [Internet]. 2003 [citado 2016 Abr 04]; 38(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252008000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000200009&lng=es).
16. González Luis J. Cuando los años pasan: abuelos en familia. Rev. Esp. Geriatr Gerontol [Internet]. 2010 [citado 2016 Abr 04]; 38(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5929>.
17. Robles Romero ZM, Conde Guillén J. Promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada. En: Ramos González SA, Martínez Ques AA, Leiva Saldaña A, Hidalgo Berutich A, García Fernández C, Márquez Espino CA. Cuidados de enfermeros en atención primaria y especializada. Madrid: Enfo Ediciones; 2007.p.394-98.
18. Sotolongo A. Geriatria. Ejercicios, rehabilitación. Avances Médicos de Cuba. [Internet]. 2010 [citado 2016 Abr 04]; 38(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5929>.
19. Barreto Ramos JL, Morfi Samper R, Reyes Figueroa M, Cabrera Leal GA. Diagnóstico del programa de ejercicios físicos realizados en el Círculo de abuelos Abel Santamaría. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Dic [citado 2016 Abr 04]; 23(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400004&lng=es).

20. Gómez Juanola M, Pérez Carvajal A, Moya Rodríguez M, Reyes Llanes M. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2004 [citado 2016 Abr 04]. 20 (3): [aprox. 10.p.] Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572003000400009&lng=es&nrm=iso).
21. Bueno C. Manejo de los hábitos de vida en pacientes con demencia: alimentación, higiene personal y sueño. [CD-ROM]. La Habana: Red Cubana de Geriatria y Gerontología; 2004.
22. Jockic Hung G. Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. Envejecimiento y Vejez. Red Latinoamericana de Gerontología [Internet]. 2003 [citado 2016 Abr 04]. [aprox. 8.p.] Disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=5814>.
23. Lara Pérez L, Díaz Díaz, M; Herrera Cabrera E, Silveira Hernández P. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Rev. Cuba. Enferm. [Internet]. 2001 [citado 2016 Abr 04]; 17(2): [aprox. 10 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08642125200800020009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200800020009&lng=es).
24. Losada AM, Izal M, Márquez M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: IMSERSO; 2006.
25. Losada A, González MM, Peñacoba C, Gallagher Thompson D, Knight BG. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. Psicología conductual. 2007 [citado 2016 Abr 04]; 15(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08642125200800020009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200800020009&lng=es).