

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE
"DIEGO DEL ROSARIO" MORÓN

Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano
Frailty in older adults. Educational intervention in the elderly care

María Dolores Mondéjar Barrios¹, Lucía Haite Sifontes Pardo², Gustavo César Ceballo³.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa preexperimental de tipo antes-después a los adultos mayores frágiles del área norte de Morón, de enero a diciembre del 2008, con el objetivo de elevar su nivel de conocimiento sobre cuidados en el anciano. Se trabajó con un universo de 110 pacientes y una muestra de 100. Predominaron los ancianos de 70 a 79 años, de sexo femenino, normopeso, independientes funcionalmente; como síntoma afectivo predominó la depresión; como enfermedad crónica la hipertensión arterial; el factor de riesgo psicosocial prevaleciente, la viudez. Antes y después de la intervención se evaluaron conocimientos sobre frecuencia de alimentación en el anciano, beneficios del ejercicio físico, medidas para evitar las caídas. Al concluir la intervención, se comprobó que los adultos mayores elevaron el nivel de conocimientos sobre los temas tratados.

Palabras clave: ESTUDIOS DE INTERVENCION, ANCIANO FRÁGIL.

ABSTRACT

A preexperimental educational intervention study before-after to frail older adults in the north area of Morón, from January to December 2008 with the aim of raising their level of knowledge about care in the elderly. With a universe of 110 patients and sample of 100 randomly. the Predominant patients were 70 and 79 years old, female, standard weight, functionally independents, depression predominated as affective symptoms, hypertension predominated as chronic disease, the psychosocial risk factor prevailing is widowhood. Before and after the intervention it were assessed knowledge about frequency of feeding in the elderly, benefits of physical exercise, measures to prevent falls. At the end of the intervention, it was found that older adults raised the level of knowledge on the topics covered.

Keywords: INTERVENTION STUDIES, FRAIL ELDERLY.

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesora Instructora. Policlínico "Diego del Rosario" de Morón. Ciego de Ávila, Cuba.
2. Licenciada en Psicología. Policlínico "Diego del Rosario" de Morón. Ciego de Ávila, Cuba.
3. Licenciado en Rehabilitación Social. Policlínico "Diego del Rosario" de Morón. Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional, situación que nunca antes había enfrentado la humanidad, origina necesidades económicas, sociales, y culturales con énfasis en las socio-sanitarias, para la promoción y mantenimiento del bienestar de las personas mayores.⁽¹⁾

Cuba es uno de los países Latinoamericanos más envejecidos. El 16,4% de los cubanos tiene 60 años o más, y aumentará al 20% en el 2025, con una expectativa de vida actual al nacer de 75 años.⁽²⁻³⁾

El adulto mayor, en cualquier escenario, juega un importante papel en la creación y desarrollo de la familia, él requiere de una atención integral que le permita gozar de una óptima salud para el logro de una vida plena, e insertarse en las diferentes actividades de la sociedad, e incidir positivamente en el mantenimiento y equilibrio de ésta. De ahí la importancia de reconocer precozmente las alteraciones en las funciones vitales para la autonomía del adulto mayor; ya que evita la discapacidad temprana y

prolonga la vida activa, todo lo cual se realiza mediante la escala geriátrica de evaluación funcional.⁽²⁾ En la misma se detectan los ancianos frágiles, que son aquellos que tienen una disminución progresiva de la capacidad de reservas, con un aumento del riesgo de desarrollar deterioro funcional. Algunas estadísticas reflejan entre el 10 y el 20% de los individuos mayores de 60 años pueden considerarse frágiles.⁽³⁻⁵⁾

El equipo multidisciplinario de atención gerontológica tiene la tarea de evaluar los ancianos frágiles, siendo la asistencia geriátrica domiciliaria, la forma más directa de detectar la patología médica y social. Resulta tan importante como la unidad geriátrica hospitalaria por los beneficios que recibe el paciente, y el alivio que representa la no concurrencia del anciano a los centros de salud normalmente sobrecargados a todos los niveles. Con esto se logra además que no abandone su casa.⁽⁶⁾

Con motivo de realizar la consulta multidisciplinaria a domicilio se decidió realizar un estudio trazando estrategias de intervención educativa domiciliaria individualizada con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los adultos mayores frágiles y su familia sobre algunos aspectos de los cuidados en el anciano para mejorar su calidad de vida y lograr una longevidad satisfactoria.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa preexperimental antes después en el área norte de Morón a pacientes adultos mayores frágiles evaluados por el equipo multidisciplinario de atención gerontológica en el período comprendido de enero del 2008 hasta diciembre del 2008, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los mismos sobre los cuidados del anciano mediante la aplicación de una estrategia de intervención educativa domiciliaria (entrevista individualizada).

El universo de estudio estuvo constituido por 110 adultos mayores frágiles detectados como tal por los médicos de familia mediante la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional y la muestra fue de 100 ancianos frágiles evaluados por el equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG), se tomó como criterio de inclusión que tuvieran una capacidad mental adecuada y como criterio de exclusión pacientes con demencia, trastornos psiquiátricos y postrados crónicos. El tipo de muestreo utilizado fue el aleatorio simple.

Los datos fueron recogidos a través de la historia clínica y una encuesta la cual se aplicó nuevamente después de la intervención educativa. La técnica de procesamiento de la información fue manual y se realizó la revisión, validación, y computación de la misma como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje.

Conceptualización y operacionalización de variables.

Nivel de conocimientos: la adquisición a través de su trabajo, tenían relación con los cuidados del anciano.

Tener conocimientos sobre los cuidados del anciano se define como: conocer sobre la frecuencia necesaria de comidas en el adulto mayor, beneficios del ejercicio físico y medidas para prevenir las caídas.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó los mismos.

Indicadores y dimensiones.

Alto: Si conoce que el adulto mayor debe alimentarse con 3 comidas al día, cinco o seis beneficios del ejercicio físico y diez o más medidas para prevenir las caídas en el anciano.

Medio: Si refiere que debe alimentarse con 2 comidas al día, tres o cuatro beneficios del ejercicio físico y ocho o nueve medidas para prevenir las caídas.

Bajo: Si refiere que debe alimentarse con 2 comidas al día, expresa menos de tres beneficios del ejercicio físico y menos de ocho medidas para prevenir las caídas.

Se darán 5 puntos por cada inciso correcto (20 en total).

Resultado: Alto si obtiene de 80-100 puntos; medio si obtiene de 60-79 puntos y Bajo si obtiene menos de 60 puntos.

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades afectivas para lograr niveles elevados de conocimientos sobre los cuidados del anciano para mejorar su calidad de vida y lograr una longevidad satisfactoria.

Los resultados se expresaron en tablas, se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones y se utilizó el método Delphi de criterio de expertos para evaluar la importancia de la investigación.

La encuesta se aplicó, dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, para saber el nivel de conocimientos que tenían los adultos mayores frágiles sobre los cuidados que debe tener el anciano.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

DISCUSION

En la consulta del equipo multidisciplinario de atención gerontológica fueron evaluados 100 adultos mayores frágiles; previamente identificados como tal por la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, realizada por los médicos de la familia en el área norte de Morón. Según los datos recogidos hubo un predominio de pacientes de 70 a 79 años para un 36.0%, todo ello muestra que esta población está envejeciendo y que dicho proceso aumenta la fragilidad. El paciente geriátrico agrupa multitud de factores que convergen para producir una enfermedad cuya complejidad sólo pocas veces se encuentra en otro grupo poblacional⁽⁷⁾ (Tabla No. 1).

Con relación al sexo, hubo un número mayor de mujeres para un 65.0% pues en el período de postmenopausia, debido a la disminución de los estrógenos que anteriormente ejercían un efecto protector del sistema cardiovascular, en esta etapa favorece una mayor frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles fundamentalmente cardiovasculares, relacionado además con cambios en el patrón lipídico con aumento de los HDL y disminución de los LDL⁽⁷⁾ (Tabla No. 2).

En relación con la valoración nutricional la mayoría de los ancianos frágiles, alrededor de un 85%, fueron normo peso. Una adecuada nutrición ayuda a mantener y mejorar la labor del sistema inmunológico, protege contra las infecciones y de esta manera propicia que las personas se mantengan saludables y productivas durante el mayor tiempo posible. La desnutrición en la vejez constituye una fuente de fragilidad en el anciano que da lugar a un mayor número de complicaciones y pronóstico de las enfermedades⁽⁸⁾ (Tabla No. 3).

En cuanto a la evaluación funcional, el 60.0% de los adultos mayores frágiles fueron independientes pues la población, a pesar de estar muy envejecida, es bastante activa. Según estudios, el 90% de los adultos mayores entre 75 y 84 años son independientes en las actividades, pero el 46% de los mayores de 84 años necesitan ayuda. La dependencia del adulto mayor, en términos de funcionalidad, se relaciona con mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización⁽⁹⁾ (Tabla No. 4).

Entre los ancianos frágiles con enfermedades crónicas no transmisibles prevalecen la hipertensión arterial en un 75.0%, seguido de la cardiopatía isquémica en un 70.0% de los casos. La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afecta la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todo el mundo. Sus complicaciones incapacitantes son un problema frecuente de salud que afecta el bienestar del anciano siendo por sí mismo una enfermedad, fundamentalmente la cardiopatía isquémica que ocupa el primer lugar en cuanto a mortalidad, con una letalidad por día del 14 al 20%^(9,10) (Tabla No. 5).

En lo que respecta a los síntomas afectivos, el 80.0% de los adultos mayores frágiles sufren de depresión. Según el comité de expertos de gerontopsicología de la OMS la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad; se estima que hasta un 10% de las personas mayores sufren una depresión mayor y más del doble la tiene en menor intensidad⁽¹¹⁾ (Tabla No. 6).

Los factores de riesgo psicosocial que predominaron fueron la viudez en un 70.0% y la pérdida de roles en un 50.0%. Se considera que la pérdida es el denominador común de los aconteceres de la senilidad, incluyendo la viudez. El envejecimiento suele relacionarse con "marginación" y "despedida"; muchas veces los síntomas son recursos para evitar el dolor psíquico que provocan las amenazas de quedar desamparados y los sentimientos de abandono⁽¹²⁾ (Tabla No. 7).

Al evaluar el nivel de conocimientos de los adultos mayores frágiles sobre la frecuencia de las comidas al día, antes de la intervención educativa el 60.0% refería 2 comidas diarias y 40.0% refería 3 comidas

diarias, pero posterior a la técnica educativa se elevó el nivel de conocimientos pues el 90% reconocía que lo correcto eran 3 comidas al día (incluyendo desayuno, almuerzo y comida). Existen conceptos arraigados que el anciano debe realizar una comida y tomar alguna merienda por la noche, pero esto es contraproducente ya que una dieta tiene normalmente un número de calorías que deben ser repartidas durante el día y un mal manejo puede llevar al anciano a una mala nutrición por defecto o por exceso. El anciano puede comer en todos los horarios establecidos, sólo deben ser cuidadosos en no incrementar alimentos pesados y que el horario de ingestión nocturna sea temprano, promediando un tiempo de recreación antes de ir a la cama. La dieta del anciano debe ser adecuada en proteínas, de fácil digestión, frutas y vegetales, sin exceso de grasas⁽¹²⁾ (Tabla No. 8).

En lo que se relaciona con los beneficios del ejercicio físico, el 90.0% antes de la intervención educativa identificó que mantenía el tono muscular y mejoraba la función articular; y un pequeño por ciento el resto de los beneficios; pero después de la intervención el 100.0% reconoció los anteriores y además que disminuía la presión arterial, un 96.0% que ayudaba a controlar la diabetes mellitus y el 94.0% que mejoraba el sistema cardiovascular y la capacidad respiratoria. Actualmente nadie duda de los beneficios que reporta un estilo de vida activo en las personas mayores. El ejercicio físico no garantiza el fin de todos los problemas; pero por lo menos permite aportar una etapa de la vida que cada vez será más larga con la máxima salud e intensidad⁽¹³⁻¹⁵⁾ (Tabla No. 9).

En lo referente a los conocimientos de la prevención de caídas en el anciano, antes de la intervención el 98.0% expresó: la iluminación adecuada, no colocar objetos con los cuales tropiece el anciano y no animales domésticos sueltos, y un 90% refirió las barandas a ambos lados de la escalera. Un menor porcentaje hizo referencia a otras medidas preventivas como: agarraderas en paredes del baño, ejercicios que mejoren la postura y coordinación, alfombras antideslizantes en la bañera, mejorar la visión, uso de calzado cómodo, no consumir sedantes, hipnóticos y antihistamínicos, uso del bastón si existe inestabilidad, dispositivo para orinar cerca de la cama y control de la enfermedad crónica.

Posterior a la intervención educativa se elevó el nivel de conocimientos, pues el 100% de los casos aprendieron cómo prevenir las caídas. El 13% de las personas mayores de 65 años y hasta el 50% de los mayores de 80 años se caen al menos una vez al año. Las caídas son causa de muerte para más del 30% de los ancianos que viven en la comunidad.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ De todas las muertes por caídas más del 70% ocurren en personas de edad avanzada. De ahí la importancia de la búsqueda y detección precoz de los factores involucrados en el riesgo de caer y medidas para su erradicación⁽¹⁹⁻²¹⁾ (Tabla No. 10).

Al distribuir a los ancianos frágiles según conocimientos en general, resultó que antes de la intervención predominó el nivel bajo en un 50.0%, seguido del medio en un 30.0%; sin embargo después de la técnica educativa el 95.0% de los pacientes obtienen el nivel alto (Tabla No. 11). La asistencia y los cuidados del anciano no sólo se cumplen con el tratamiento activo y la rehabilitación, sino con medidas ambientales, nutricionales, educativas y otras.^(22,24)

CONCLUSIONES

Los participantes en la intervención reconocieron que la alimentación adecuada del adulto frágil debe ser de 3 comidas al día. Quedó establecido el conocimiento de los múltiples beneficios del ejercicio físico. La totalidad de los participantes conocieron y comprendieron la importancia de todas las medidas preventivas para evitar las caídas. El nivel de conocimiento, que en general antes de la intervención educativa era bajo, después de la intervención se elevó a nivel alto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selva CA, San José LC, Solano L, Villardel L. Características diferenciales de las enfermedades en los ancianos. Fragilidad. Rev Med. 1999; (124):21-34.
2. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. En: Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006. p. 3-8.
3. Hoskin I, Kaleche A, Méndez S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Publ. 2005; 17(5-6):444-47.
4. Rodríguez Vargas LE, Martínez Almanza L, Pría Barros MC, Menéndez Jiménez J. Prevalencia referida de enfermedad no trasmisible en adultos mayores: Ciudad de la Habana, 2000. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2004 [citado 20 Ene 2009]; 42(1): [aprox. 8p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5. Martín FC. Proyectos para el futuro de la asistencia sanitaria a los ancianos en Inglaterra. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(253): 61-72.
6. Prieto D, Vega E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. 2ª ed. La Habana: CITED; 1996.
7. Prieto RO, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.
8. Vega GE, Menéndez JE, Prieto RO, González EG, Leiva SB. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintés R. Temas de Gerontología y Geriatria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 166-9.
9. Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1995.
10. Vázquez Vigoa A. Hipertensión arterial: pensamiento y realidad. Editorial. Rev Cubana Med [serie en Internet]. 2004 [citado 18 Mar 2003]; 43(2-3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000200001&script=sci_arttext
11. Caballero Pérez MD, Herrera Dueñas A. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 2006.
12. Valdés Mier PA. Psiquiatría para médicos generales integrales. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997.
13. Diéguez R. La salud del anciano también depende de lo que escoja para comer [página en Internet]. La Habana; 2003 [citado 18 Mar 2003] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5934>
14. Roessler R. Rehabilitación física, mental y social. México: Limusa; 1981.
15. Caballero Pérez MD, Herrera Dueñas A. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
16. Pita Semantes C, Piñón Pérez J. Cardiopatía isquémica en la mujer. Seminario Internacional de Atención Primaria. Ciudad de La Habana: Palacio de Las Convenciones; 2005.
17. Despaigne Navarro D. Diabetes mellitus, menopausia y osteoporosis. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
18. Navarro D, Lugones M. Factores biológicos y sociales en la mujer de edad mediana. Experiencia en la Atención Primaria. Rev Ecuat Ginecol Obstet. 2005; 11(7): 1724.
19. Villavicencio Pono FN. Psicología y salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.
20. Berdonces Jene JL. El gran libro de la salud. Barcelona: Océano; 2006.
21. Cardoso Lunar N, Leyva Salerno B, Menéndez Jiménez J, Prieto Ramos O, Rodríguez Rivera L, Vega García E. Afecciones comunes en el adulto mayor. Caídas. En: Matarama Peñate M, Llanio Navarro R, Muñiz Iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 680-697.
22. González J, García E. La Geriatria. Algo más que una especialidad. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2005 [citado 3 Feb 2009]; 21(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. González VD. La evaluación de un modelo aplicativo de educación para la salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1997.

ANEXOS

Tabla No.1 Distribución de adultos mayores frágiles según edad

Grupos etarios	No.	%
60 - 69	13	13.0
70 - 79	36	36.0
80 - 89	32	32.0
90 - 99	13	13.0
100 y más	6	6.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla No.2. Distribución de adultos mayores frágiles de acuerdo al sexo

Sexo	No.	%
Masculino	35	35,0
Femenino	65	65,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3. Relación de adultos mayores frágiles según valoración nutricional

Valoración nutricional	No.	%
Bajo peso	4	4,0
Normo peso	85	85,0
Sobrepeso	9	9,0
Obeso	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.4. distribución de adultos mayores frágiles con respecto a evaluación funcional

Valoración nutricional	No.	%
Dependiente	34	34,0
Independiente	66	66,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.5. Adultos mayores frágiles con enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades crónicas	No.	%
Hipertensión Arterial	75	75,0
Cardiopatía Isquémica	70	70,0
Diabetes Mellitus.	6	6,0
Asma Bronquial	4	4,0
EPOC	4	4,0
Enfermedades Cardiovasculares	5	5,0
Otras	5	5,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.6. Adultos mayores frágiles con síntomas en la esfera afectiva

Síntomas afectivos	No.	%
Depresión	80	80,0
Ansiedad	10	10,0
Idea suicida	0	0,0
Pérdida de autoconfianza	9	9,0
Depresión	80	80,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.7. Distribución en cuanto a factores de riesgo Psicosocial

Factores Psicosociales	No.	%
Viudez	70	70,0
Pérdida de hijos	2	2,0
Aislamiento social	5	5,0
Anciano Solo	6	6,0
Ausencia de Confidente	5	5,0
Inadaptación a la Jubilación	0	0,0
Pérdida de roles	34	34,0
Malas condiciones de la vivienda	30	30,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.8. conocimientos de los adultos mayores frágiles sobre la frecuencia de las comidas.

Frecuencia de las comidas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Dos comidas al día	60	60,0	10	10,0
Tres comidas al día	40	40,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.9. Conocimientos sobre los beneficios del ejercicio físico

Conocimiento de beneficios del ejercicio físico	Antes		Después	
	No	%	No	%
Mantiene el tono muscular	90	90,0	100	100,0
Mejora la función articular	90	90,0	100	100,0
Mejora el sistema cardiovascular	3	3,0	96	96,0
Aumenta la capacidad respiratoria	4	4,0	96	96,0

Fuente: Encuesta

Tabla No. 10. Conocimiento sobre la prevención de las caídas en el anciano

Conocimiento sobre prevención de caídas.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Iluminación adecuada	98	98,0	100	100,0
No colocar objetos con los que tropiece el anciano.	98	98,0	100	100,0
No animales domésticos sueltos.	98	98,0	100	100,0
Control de enfermedades crónicas.	5	5,0	100	100,0
Mejorando la visión.	60	60,0	100	100,0
No consumo de sedantes, hipnóticos y antihistamínicos.	2	2,0	100	100,0
Usando calzado cómodo	40	40,0	100	100,0
Uso del bastón si tiene inestabilidad.	65	65,0	100	100,0
Ejercicios que mejoren la coordinación.	20	20,0	100	100,0
Alfombras antideslizantes en la bañera.	30	30,0	100	100,0
Dispositivo para orinar cerca de la cama.	70	70,0	100	100,0

Agarraderas en paredes del baño.	70	70,0	100	100,0
Barandas a ambos lados de la escalera.	90	90,0	100	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No.11. Distribución de acuerdo al nivel de conocimientos en general

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	20	20,0	95	95,0
Medio	30	30,0	3	3,0
Bajo	50	50,0	2	2,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Encuesta

ENCUESTA

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____ Edad: _____

____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Peso: _____

____ Talla: ____ Valoración Nutricional: _____

Bajo peso ____ Normo peso ____ Sobre peso ____ Obeso ____ Evaluación Funcional: _____

Dependiente ____ Independiente ____ Enfermedades crónicas no transmisibles: _____

Hipertensión Arterial ____

Cardiopatía Isquémica ____

Diabetes Mellitus ____

Asma Bronquial ____

EPOC ____

Enfermedades Cardiovasculares ____ Síntomas Afectivos: _____

Depresión ____ Ansiedad _____

Idea Suicida ____

Inestabilidad ____

Pérdida de auto confianza ____ Factores de riesgo Psicosocial: _____

Viudez ____

Pérdida de hijos ____

Aislamiento social ____

Anciano solo ____

Ausencia de confidente ____

Inadaptación a la Jubilación ____

Pérdida de roles ____

Malas condiciones de la vivienda ____

CUESTIONARIO

Necesitamos que responda lo que considere correcto sobre los cuidados en el anciano mayor. No es imprescindible escribir el nombre.

Marque las respuestas con una o más x si fuera necesario.

- 1 El adulto mayor debe alimentarse con una frecuencia de:
 - 1.1 Dos comidas al día _____
 - 1.2 Tres comidas al día _____
- 2 . El ejercicio físico en el adulto mayor es beneficioso porque:
 - 2.1 Mantiene el tono muscular _____
 - 2.2 Mejora la función articular _____
 - 2.3 Mejora el sistema cardiovascular _____
 - 2.4 Aumenta la capacidad respiratoria _____
 - 2.5 Disminuye la presión arterial _____
 - 2.6 Contribuye a controlar la Diabetes Mellitus _____
3. Las caídas en el adulto mayor se pueden prevenir:
 - 3.1 Controlando las enfermedades crónicas _____
 - 3.2 No consumo de sedantes, hipnóticos, y antihistamínicos _____
 - 3.3 Iluminación adecuada _____
 - 3.4 No colocar objetos con los que tropiece el anciano _____
 - 3.5 Usando calzado cómodo _____
 - 3.6 Mejorando la visión _____
 - 3.7 No animales domésticos sueltos _____
 - 3.8 Uso del bastón si tiene inestabilidad _____
 - 3.9 Ejercicios que mejoren la coordinación _____
 - 3.10 Alfombras antideslizantes en bañeras _____
 - 3.11 Dispositivos para orinar, cerca de la cama _____
 - 3.12 Barandas a ambos lados de la escalera _____
 - 3.13 Agarraderas en paredes del baño _____

PROGRAMA

INTERVENCION EDUCATIVA PARA ELEVAR EL CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS EN EL ANCIANO.

Tema 1. Introducción.

1) Presentación del programa. 2)

Explicación de la encuesta.

Objetivo: Brindar información al participante de los procesos que perseguimos en la investigación.

Crear un ambiente de confianza y desinhibición en los adultos mayores.

Tipo de actividad: Entrevista y aplicación de la encuesta.

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez.

Tiempo: 15 minutos.

Responsable: Autores del trabajo.

Participantes: Adultos mayores frágiles evaluados por el EMAG, y familiares que lo acompañen.

Tema 2. Cuidados en el anciano.

Sumario: Alimentación en el adulto mayor. Beneficios del ejercicio físico y Medidas para la prevención de las caídas en el anciano.

Objetivo: Al finalizar, los pacientes y sus familiares tendrán conocimientos sobre la alimentación en el anciano, los beneficios del ejercicio físico en el adulto mayor y cómo prevenir las caídas.

Tipo de actividad: Entrevista.

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez.

Tiempo: 15 minutos.

Responsable: Autores del trabajo.

Participantes: Adultos mayores frágiles evaluados por el EMAG, y familiares que lo acompañen. Tema

3. Cierre y evaluación.

Sumario: Reafirmación del contenido.

Aplicación de la encuesta y composición.

Objetivo: Que los encuestados adquieran conocimientos sobre los cuidados del anciano para mejorar su calidad de vida.

Tipo de actividad: Aplicación de encuesta.

Recursos: Hoja y lapicero.

Frecuencia: Una vez.

Tiempo: 15 minutos.

Responsable: Autores del trabajo.

Participantes: Pacientes (Adultos mayores frágiles).