

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. JOSE ASSEF YARA”

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre depresión en familiares de adultos mayores diagnosticados con esta patología.

Educational intervention to raise the knowledge level about depression in elderly relatives diagnosed with this disease.

Rubén Carlos Mayo Márquez (1), Keidis López Borroto (2), Alicia Beatriz García Ranero (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental con el objetivo determinar la efectividad de un Programa de intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre depresión en el adulto mayor, en familias con adultos mayores diagnosticados con este problema en el Consultorio del Médico de Familia N° 3 del área de salud “Camilo Cienfuegos”, de junio del 2008 a mayo del 2009, en Chambas. El universo del estudio lo conformaron familiares de 175 adultos mayores que representan el total de ancianos del consultorio. La muestra la integraron familiares de 32 ancianos diagnosticados con trastornos afectivos, seleccionados en correspondencia con cada adulto mayor, previa discusión de la necesidad de la intervención educativa y de la aprobación del trabajo por la familia; se les aplicó un cuestionario que midió su nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, sobre cambios generales en el adulto mayor, trastornos del equilibrio y marcha, cambios en los aspectos mentales y signos de demencia, trastornos afectivos y su prevención y transferencia al especialista. Los resultados muestran diferencias significativas entre las medias obtenidas por los familiares, antes y después de la intervención educativa. Se observaron niveles altos de conocimiento después de ejecutado el programa de intervención educativa, lo que demuestra la efectividad del mismo.

Palabras clave: ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN, ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Residente de Radiología. Profesora Asistente.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que aparecen en el individuo a lo largo de la vida, como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. El término adulto mayor se emplea para designar a la persona a partir de los 60 años de edad, en que es considerada envejecida o anciana. Los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población general; padecen el mismo espectro de trastornos mentales que los adultos más jóvenes, pero algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol y trastornos de personalidad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad los hacen más vulnerables a la patología mental. Además, y no menos importante, las múltiples patologías que padecen y la polifarmacia que reciben hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la signo-sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos. El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad en el anciano y la depresión pueden ser especialmente dificultoso por la gran superposición de sus síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados tanto a enfermedades físicas como a los

medicamentos utilizados para tratarlas. Esto se complica al ser difícil distinguir los cambios del envejecimiento normal de signos de trastorno mental (1). La ansiedad puede presentarse como un síntoma, un síndrome o un trastorno o ser un estado psiquiátrico comórbido (por ejemplo, de depresión o demencia) o ser provocado por enfermedades o medicamentos (2-3).

Según el análisis de la situación de salud del municipio de Chambas realizado en el año 2008, existe un incremento en el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, contándose con más de 270 pacientes diagnosticados y un incremento de la incidencia en las consultas de psicología (4). La imposibilidad de realizar tareas antes bien ejecutadas, a lo que se suma la incompreensión de la familia ante los cambios que se presentan en el adulto mayor, hace que estos pacientes sean proclives a presentar trastornos afectivos; por lo tanto, debe tenerse en cuenta que además del apoyo de la red social formal en salud, éstos requerirán también del apoyo de su familia.

Como sistema social y como red de apoyo social informal, la familia cumple con dos funciones básicas: asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido, la seguridad a los miembros de ella; y proporcionar los vínculos afectivos de sus integrantes; en consecuencia, la familia, juega un papel importante no solo en el proceso generador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas (5). De allí la necesidad de que cuente con las herramientas necesarias para identificar precozmente trastornos afectivos en su integrante anciano, hacer frente a estos cambios y tomar decisiones adecuadas para asegurarles una mejor calidad de vida.

El objetivo del presente estudio está orientado a determinar la efectividad de un programa de intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre depresión en el adulto mayor, en las familias con adultos mayores que presenten esta patología en el CMF N° 3 del área de salud "Camilo Cienfuegos", durante el periodo de junio del 2008 a mayo del 2009. Los objetivos específicos son: caracterizar a los familiares, según edad, sexo, parentesco y nivel escolar; explorar su nivel de conocimientos sobre cambios generales que ocurren en el adulto mayor, trastornos del equilibrio y la marcha, trastornos mentales y signos de demencia, trastornos afectivos, su prevención y cuando ser valorado para su tratamiento por un especialista; elaborar y ejecutar un programa de intervención educativa que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor y los trastornos afectivos; y, evaluar el nivel de conocimientos adquiridos después de la intervención educativa.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental (con diseño pre y post), teniendo como variable independiente un Programa de intervención educativa sobre depresión que ocurren en el adulto mayor; se determinó como variable dependiente el nivel de conocimiento acerca de estos trastornos, de los familiares de ancianos que padecen de ellos. El universo del estudio estuvo conformado por los familiares de 175 adultos mayores que representan el total de ancianos del Consultorio del Médico de Familia (CMF). La muestra la integraron familiares de 32 ancianos con trastornos afectivos, según la aplicación del instrumento diagnóstico. Para su selección, se discutió con las familias la necesidad de la intervención educativa y se escogió un miembro de cada familia en correspondencia con cada adulto mayor, previa aprobación del trabajo y de acuerdo con los objetivos formulados. Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, se tomaron como categorías los niveles alto, medio y bajo, según puntuación dada a los resultados del mismo.

El Programa de Intervención Educativa incluyó las siguientes temáticas: cambios generales que ocurren en el adulto mayor, trastornos del equilibrio y la marcha, cambios en los aspectos mentales y signos de demencia, trastornos afectivos, prevención de la depresión en el anciano y ser valorado por el especialista.

Para evaluar la efectividad del Programa de Intervención Educativa, se tuvieron en cuenta los cambios en los niveles de conocimiento, utilizándose el test de comparación de medias para ambos momentos (pre y post) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$ (95%).

Para el análisis estadístico de la hipótesis en la que se planteó que: $H_0: (\mu_a = \mu_d)$ las medias no difieren en ambos momentos, donde se planteó que $H_1: (\mu_a \neq \mu_d)$ las medias difieren en ambos momentos; el

estadístico de prueba fue la t de Student para datos pareados, se calcularon intervalos de confianza de un 95% para la media.

RESULTADOS

En relación a las características de los familiares de adultos mayores con depresión, participantes en la presente investigación, el 75% fue del sexo femenino; la mayoría (60%) son adultos de mediana edad, seguidos de un porcentaje considerable (34%) de adultos jóvenes. Son los hijos los que en mayor porcentaje (37.5%) participan en este estudio, observándose un porcentaje destacado de participación de nietos y hermanos (16% cada uno, respectivamente). La mayoría (59.4%), cuenta con estudios secundarios completos, no encontrándose ningún familiar con nivel universitario o iletrado.

La medición de conocimientos de los familiares sobre cambios generales que ocurren en el adulto mayor (Tabla No. 1); trastornos del equilibrio y la marcha (Tabla No. 2); trastornos mentales y signos de demencia (Tabla No. 3); trastornos afectivos (Tabla No. 4), su prevención (Tabla No. 5) y transferencia para su tratamiento a un especialista (Tabla No. 6), antes de la intervención educativa, indican niveles bajos de conocimientos en estos aspectos (en el 81,3%, 65%, 75%, 96.9%; 84,4% y 75% de los participantes, respectivamente). El Programa de Intervención Educativa (Cuadro No. 1), incluyó contenidos temáticos sobre los aspectos evaluados, y se desarrolló desde junio del 2008 a mayo del 2009, a razón de una hora por día.

Después de la intervención educativa, la mayoría de los familiares alcanzaron niveles altos de conocimiento en los aspectos evaluados: 75%, en cambios generales que ocurren en el adulto mayor; 93,3%, en trastornos del equilibrio y la marcha; 84,4% en trastornos mentales y signos de demencia; 75% en trastornos afectivos, 71,9% en su prevención y 90,6%, en criterios para su tratamiento por un especialista (Tablas No. 1, 2, 3, 4, 5 y 6, respectivamente).

La evaluación del conocimiento promedio, antes y después de la intervención educativa, indica que un alto porcentaje (79,4%) de los familiares participantes tenía un nivel bajo de conocimientos antes de ésta y la mayoría (81,8%), obtuvo niveles altos de conocimientos después de su ejecución (Tabla No. 7).

El análisis estadístico muestra que existen diferencias significativas entre las medias obtenidas por los familiares, antes y después de la Intervención educativa, observándose niveles altos de conocimientos después de aplicado el programa de intervención educativa (Tabla No. 8).

DISCUSIÓN

La etapa de la ancianidad suele presentarse con cambios de diversa índole, que ocasionan a la familia sufrimiento, incompreensión e impotencia cuando no está preparada para afrontarlos, pudiendo generar también en el anciano, menoscabo en su calidad de vida. La depresión es un problema particularmente significativo en los adultos mayores y la familia juega un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio-afectivas ya que es la más idónea para proporcionarle sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecerle sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (6).

En la mayoría de los países del continente americano el cuidado de los adultos mayores suele confiarse a las mujeres, las cuales realizan más del 70% de las tareas del cuidado al adulto mayor dentro del hogar ya sea por asignación sociocultural, elección del enfermo o auto asignación (7), lo cual explica que en el presente estudio el 75% de los familiares que participó en la investigación sea del sexo femenino, pues aún son las féminas quienes permanecen en mayor proporción en los hogares al cuidado de la familia, lo cual concuerda con lo señalado por Velasco C., en relación al perfil del cuidador del adulto mayor, en que predomina el género femenino en comparación con el masculino, sobre todo a partir de los 35 años, se señala además a otros miembros del hogar, vecinos y amigos, que realizan actividades de cuidados adjudicadas a partir de su relación con el adulto mayor, o por la aceptación del mismo, contando cerca de las tres cuartas partes de los cuidadores con secundaria completa y son profesionales (8). Estos resultados guardan relación con el perfil de los familiares participantes en esta investigación, encontrándose que la mayoría (60%) son adultos de mediana edad, seguido de un porcentaje considerable de adultos jóvenes (34%); asimismo, si bien es cierto son los hijos los que en mayor medida (37.5%) participan como cuidadores, existe un porcentaje destacado de participación de nietos (16%) y hermanos (16%) que muestra la responsabilidad social de los nietos y hermanos frente

a los trastornos afectivos del anciano, pudiendo apreciarse también que nueras y yernos participan en la actividad educativa, aunque en menor proporción. La revisión de trabajos que enfocan desde el punto de vista familiar algunos procesos de esta patología, como el de Agüera en el 2005 (9) señalan que los hijos juegan un papel protagónico en el cuidado del adulto mayor, aspecto también recogido por Hernández en el 2005 quien enfatiza la necesaria relación entre estos grados de parentesco en el cuidado del adulto mayor (10). En relación al grado de escolaridad, como ocurre en la investigación de Velasco C. (8), la mayoría (59.4%) de los participantes, cuenta con estudios secundarios completos, aunque no se encontró ningún familiar con nivel universitario o iletrado.

Dado que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud, requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud y el crecimiento individual y familiar. Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. La adaptación a esta serie de cambios precisa de una capacidad individual y del apoyo externo; por ello, es importante valorar a la familia que otorga los cuidados al adulto mayor e indagar sobre la dinámica familiar para hacer un diagnóstico de sus potencialidades y carencias a fin de orientar atenciones de salud sistemáticas, con fuerte orientación al desarrollo de prácticas de autocuidado que permitan fortalecer las destrezas remanentes y planificar estrategias para aquellas funciones que se han perdido, de manera que impacten en gran medida en la calidad de vida de los ancianos y de sus familiares (11). Concordando con ello, en este estudio, los resultados del cuestionario aplicado antes de la intervención educativa, permitieron detectar los aspectos en los cuales los familiares presentan debilidades para el cuidado del adulto mayor, encontrándose que el 81,3% de los encuestados tenía niveles bajos de conocimientos con respecto a los cambios generales que se producen en los adultos mayores, aspectos que tienen importancia vital para orientar la atención del adulto mayor en el hogar (1), cambios que no son enfocados socialmente por los profesionales de salud, especialmente en el contexto familiar, donde el anciano va cediendo espacio dentro de su propio hogar y en muchas ocasiones es rechazado por la familia que no valora su vida útil remanente (12-13).

Otra debilidad del conocimiento de los familiares se encuentra en el aspecto que corresponde a los cambios en el equilibrio y la marcha en los adultos mayores, donde se destaca que el 65% de los familiares los desconoce. La marcha y el equilibrio juegan un papel importante como causa frecuente de trastornos afectivos, pues el estado de ánimo de los adultos mayores suele verse influido al sentirse impedidos de realizar sus actividades cotidianas por problemas de esta índole (3).

Otro aspecto fundamental que los familiares deberían reconocer en los adultos mayores para poderles ofrecer cuidado adecuado es el relacionado con los cambios en los procesos mentales (memoria, atención, percepción, orientación) y signos de demencia; sin embargo, estos no son reconocidos por el 75% de los familiares participantes en el estudio. La desorientación y problemas de memoria, se describen como inicio de los cambios afectivos en el adulto mayor, los cuales son relacionados con la aparición de la depresión, por Prieto

O. en el 2006, (14). Por ello detectar precozmente los trastornos afectivos, resulta vital para prevenir consecuencias no deseables en los ancianos; no obstante, se encontró que los familiares presentan niveles bajos de conocimiento en cuanto a identificar trastornos afectivos en el adulto mayor (96,9%) y prevenirlos (84,4%), lo cual resulta realmente preocupante pues los estudios demuestran que la no consideración a tiempo de la magnitud de estos problemas pueden traer consigo hasta el suicidio en los ancianos (15); de allí, la importancia de que los familiares conozcan los signos precoces que los lleve a la decisión de transferir su tratamiento a los especialistas, lo cual no está sucediendo en los participantes, pues un alto porcentaje de estos (75%), no conoce cuando el adulto mayor con trastornos afectivos necesita ser transferido a especialistas, pudiendo desencadenar consecuencias indeseables como las ya mencionadas. Es necesario entonces que la familia sepa diferenciar las demencias de los síntomas afectivos, así como un manejo adecuado de la consulta, como lo señala McHugh en 1998 al estudiar trastornos emocionales asociados a las demencias (16).

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas sobre los cuidados que prodiga la familia que demuestran la importante función que esta desempeña para evitar o retardar la reclusión en asilos de las personas de edad que sufren algún trastorno o discapacidad, así como los problemas y las

necesidades que presentan los miembros de la familia en la prestación de la asistencia, es esencial concebir estrategias para apoyarlos en su función (17). Para ello, en esta investigación se aplicó un Programa de Intervención educativa, elaborado a partir del diagnóstico inicial del nivel de conocimientos de los familiares de adultos mayores con trastornos afectivos, que incluyó todos los aspectos identificados como debilidades en los mismos. Los resultados demuestran que con su aplicación se incrementaron los conocimientos de los participantes, obteniéndose niveles altos en todos los aspectos evaluados: cambios generales que ocurren en el adulto mayor (75%); trastornos del equilibrio y la marcha (93,3%); trastornos mentales y signos de demencia (84,4%); trastornos afectivos (75%) y su prevención (71,9%); y cuando ser remitido para su tratamiento a un especialista (90, 6%). Estos resultados demuestran las probabilidades de éxito que tienen los programas educativos para la salud cuando se fundamentan en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas o grupo población a quienes van dirigidos (18).

La comparación de los promedios obtenidos en la evaluación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa, indica que la mayoría (79,4%) de los familiares tenía niveles bajos antes de ésta y la mayoría (81,8%), obtuvo niveles altos de conocimientos después de su ejecución. Los niveles bajos de conocimiento posteriores a la intervención (5,7%) se dieron en los aspectos de identificación de trastornos afectivos y del equilibrio y marcha en los adultos mayores y estuvieron asociados a niveles bajos de escolaridad de los familiares participantes.

El análisis estadístico muestra que existen diferencias significativas entre las medias obtenidas por los familiares, antes y después de la Intervención educativa, observándose niveles altos de conocimientos después de aplicado el programa de intervención educativa. El resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba muestra que es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$), por lo cual se rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que plantea que la intervención educativa eleva el nivel de conocimientos de los familiares de los adultos mayores con trastornos afectivos del CMF N° 3 del área de salud "Camilo Cienfuegos", lo cual se corrobora al observarse que los intervalos de confianza no se ubican en la zona de rechazo en la gráfica de dos colas, comprobándose con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos, lo que lleva a reafirmar que la intervención educativa aplicada fue efectiva, cumpliéndose el objetivo propuesto en la presente investigación.

CONCLUSIONES

Los familiares participantes en el estudio, tienen las siguientes características: 75 % son de sexo femenino; la mayoría (60%), adultos de mediana edad y un porcentaje considerable (34%) adultos jóvenes; el mayor porcentaje (37.5 %), hijos del adulto mayor y la mayoría (59.4%), cuenta con estudios secundarios completos, no encontrándose ningún familiar con nivel universitario o iletrado.

Antes de la intervención educativa presentaron niveles bajos de conocimiento acerca de cambios generales en el adulto mayor (81,3); trastornos del equilibrio y la marcha (65%); trastornos mentales y signos de demencia (75%); depresión (96,9%), su prevención (84,4%) y cuando ser valorado por un especialista (75%).

El Programa de Intervención Educativa, incluyó contenidos sobre aspectos detectados como debilidades en el diagnóstico inicial, elevando considerablemente el nivel de conocimiento en los familiares participantes.

Las pruebas estadísticas muestran diferencias significativas entre las medias obtenidas por los familiares, antes y después de la Intervención educativa, observándose niveles altos de conocimiento después de ejecutado el programa de intervención educativa, quedando demostrada la efectividad del mismo.

ABSTRACT

A pre-experimental study was carried out with the aim of determine the effectiveness of an educational intervention program on knowledge level about depression in older adults, in families with older adults diagnosed with this problem in the Family Doctor's office # 3 of the health area "Camilo Cienfuegos", from June 2008 to May 2009, Chambas. The study universe consisted of 175 elderly family members representing the total elderly's office. The sample consisted of 32 elderly family members diagnosed

with affective disorders, selected in correspondence with each older adult, preliminary discussion of the need for educational intervention and approval of work by the family, they answered a questionnaire that measured their level of knowledge before and after the educational intervention on general changes in the elderly, balance and gait disorders, changes in mental aspects and signs of dementia, affective disorders and their prevention and transfer to a specialist. The results show significant differences between the means obtained by relatives before and after the educational intervention. It was observed high levels of knowledge after executing the educational intervention program, demonstrating its effectiveness.

Keywords: OLDER ADULT, DEPRESSION, INTERVENTION STUDIES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spar JE, La Rue A. Concise Guide to Geriatric Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
2. Folks DG, Fuller WC. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Psych Clin NA*. 1997; 20(1): 137-164.
3. Salzmai C. Anxiety and depression. En: Management of mental disorders in baby boomers and beyond. Symposium, 151st. APA Meeting, Toronto, Canada, 1998.
4. Chambas. Dirección Municipal de Salud. Datos estadísticos de APS. Chambas; 2008. [documento no publicado]
5. Boggio M. Calidad de vida, salud mental y la familia del adulto mayor [Internet]. 2009. [citado 25 Oct. 2010] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1721/3/Calidad-de-vida%2Csalud-mental-y-la-familia-del-adulto-mayor>
6. Aparicio T. Importancia de la familia en la vejez [Internet]. s.a. [citado 18 Nov 2010] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.vejezyvida.com/importancia-de-lafamilia-en-la-vejez/>
7. Batthyány K. Género y cuidados familiares: el cuidado de los adultos mayores [Internet]. 2007 [citado 15 Nov 2010] [aprox. 16 pantallas] Disponible en: <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/4/24634/Batthyany.pdf>
8. Velasco C. Cuidador familiar del adulto mayor. Características y perfil de salud [Internet]. Mérida: Red Ambulatoria "Venezuela"; 2010 [citado 19 Dic 2010] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2598/1/Cuidador-familiar-deladulto-mayor.-Caracteristicas-y-perfil-de-salud>
9. Agüera L. Demencia y depresión: una interrelación multifactorial. En: Agüera L. editor. Avances neurocientíficos y realidad clínica (IV). Trastornos Cognitivos. Madrid: CYM, 2001. p. 197-205.
10. Hernández C. Adulto mayor, hijos y nietos: una relación necesaria [Internet]. 2005 [citado 12 Sep 2010] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos65/adulto-mayor-hijos-relacion-necesaria/adultomayor-hijos-relacion-necesaria2.shtml>
11. Piwonka M. Cuidados de enfermería en el adulto Mayor. En: Marín P. y Gace H. Editores. Manual de Geriatria y gerontología. Santiago de Chile: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000 [citado 15 Nov 2010] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Default.html>
12. Fierro A. Proporciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 2004.
13. Wong AK. Vivir más tiempo, más años y más felices. *Foro Mund Salud*. 2007; 12(3): 27-34.
14. Prieto O, Vega E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: PALCO; 2006.
15. Weissman M, Klermaii G, Markovitz J, et al. Suicidal ideation and suicidal attempts in panic disorder and attacks. *N Eng] J Med*. 1989; 321:1209-1214.
16. McHugh P. Trastornos emocionales asociados a las demencias. En: Heston LL, editor. Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares. Barcelona: J&C Ediciones Médicas; 1998. p. 1-8.
17. Organización Panamericana de la Salud. 44 Consejo Directivo 55ª sesión del comité regional, 22 al 26 de septiembre de 2003. Punto 4.7 del orden del día provisional: la familia y la salud [Internet].

Washington: OPS; 2003 [citado 15 Nov 2010] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-10-s.pdf>

18. Redondo P. Introducción a la Educación para la Salud [Internet]. San José: Universidad de Costa Rica; 2004. [citado 15 Nov 2010] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>

ANEXOS

Tabla No. 1. Nivel de conocimientos sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.

| Nivel de conocimientos (n = 32) | Antes | | Después | |
|---------------------------------|-------|------|---------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Alto | 1 | 3,1 | 24 | 75 |
| Medio | 5 | 15,6 | 6 | 18,7 |
| Bajo | 26 | 81,3 | 2 | 6,3 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 2. Nivel de conocimientos sobre los trastornos del equilibrio y la marcha en los adultos mayores.

| Nivel de conocimientos (n = 32) | Antes | | Después | |
|---------------------------------|-------|------|---------|------|
| | No | % | No | % |
| Alto | 2 | 6,3 | 30 | 93,7 |
| Medio | 9 | 28,1 | 2 | 6,3 |
| Bajo | 21 | 65,6 | 0 | 0 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 3. Nivel de conocimientos sobre los cambios en los aspectos mentales y signos de demencia en el adulto mayor.

| Nivel de conocimientos (n = 32) | Antes | | Después | |
|---------------------------------|-------|----|---------|------|
| | No | % | No | % |
| Alto | 0 | 0 | 27 | 84,4 |
| Medio | 8 | 25 | 2 | 6,3 |
| Bajo | 24 | 75 | 3 | 9,3 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 4. Nivel de conocimientos sobre la identificación de depresión en el adulto mayor.

| Nivel de conocimientos (n = 32) | Antes | | Después | |
|---------------------------------|-------|------|---------|-------|
| | No | % | No | % |
| Alto | 0 | 0 | 24 | 75 |
| Medio | 1 | 3,1 | 5 | 15,63 |
| Bajo | 31 | 96,9 | 3 | 9,37 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 5. Nivel de conocimientos sobre como prevenir la depresión en el adulto mayor.

| Nivel de conocimientos (n = 32) | Antes | | Después | |
|---------------------------------|-------|------|---------|------|
| | No | % | No | % |
| Alto | 0 | 0 | 23 | 71,9 |
| Medio | 5 | 15,6 | 6 | 18,7 |
| Bajo | 27 | 84,4 | 3 | 9,4 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 6. Nivel de conocimientos sobre cuando debe ser valorado un paciente deprimido con un especialista.

| Nivel de conocimientos (n = 32) | Antes | | Después | |
|---------------------------------|-------|------|---------|------|
| | No | % | No | % |
| Alto | 2 | 6,3 | 29 | 90,6 |
| Medio | 6 | 18,7 | 3 | 9,4 |
| Bajo | 24 | 75 | 0 | 0 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 7. Evaluación del conocimiento promedio antes y después de la intervención.

| Evaluación del conocimiento n=32 | Intervención | | | |
|----------------------------------|--------------|------|---------|------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Alto | 0,8 | 2,5 | 26,2 | 81,8 |
| Medio | 5,7 | 18,1 | 4 | 12,5 |
| Bajo | 25,5 | 79,4 | 1,8 | 5,7 |

Fuente: Encuestas

Tabla No. 8. Análisis estadígrafo.

| Momentos | Media | Desviación típica | Intervalo de confianza |
|----------|-------|-------------------|------------------------|
| Antes | 3,25 | 1,97 | (2,57;3,93) |
| Después | 15,08 | 6,17 | (12,94;17,22) |

Fuente: Encuestas

Cuadro No. 1. Programa de actividades.

| Encuentros | Tema - Actividad | Metodología | Duración |
|------------|---|------------------------|----------|
| 1 | Introducción: información general sobre el curso. Dinámica de discusión de un problema de salud. | Conferencia | 1 hora |
| 2 | Cambios que ocurren en el adulto mayor: morfofisiológicos y psico-sociales | Clase teórico práctica | 1 hora |
| 3 | Trastornos del equilibrio y la marcha: Conceptos. Tipos de cambios y su repercusión en la práctica social | Clase teórico práctica | 1 hora |

| | | | |
|----|---|------------------------|---------|
| 4 | Cambios en los aspectos mentales: Trastorno mental. Concepto y clasificación. Signos de demencia. Enfoque integral del paciente. | Clase teórico práctica | 1 hora |
| 5 | Trastornos afectivos: Conceptos y clasificaciones. Forma frecuente, etiología y enfrentamiento del problema | Clase teórico práctica | 1 hora |
| 6 | Prevención de trastornos afectivos Abordaje integral a la familia. | Clase teórico práctica | 1 hora |
| 7 | Transferencia al especialista: Criterios de remisión del adulto mayor con trastornos Afectivos. Riesgo de intento suicida. Las demencias. Generalidades | Clase teórico práctica | 1 hora |
| 8 | Consolidación: Realizar DPS recapitulando los temas impartidos durante el curso | Clase teórico práctica | 1 hora |
| 9 | Terreno: Estudio de su caso de forma independiente. | Clase práctica | 2 horas |
| 10 | ¿Presentamos nuestro caso? Realizamos una actividad de presentación e identificación de factores de riesgos presentes en cada uno | Clase práctica | 1 hora |
| 11 | Aplicar encuesta | | |