

Intervención para reintegrar al anciano frágil a la sociedad

Lizbet Noda Ortega

Especialista de 1er Grado en Medicina Interna

Profesora Instructora

Policlínico Docente Mártires de Calabazar

La Habana, Cuba



MsC. Maria Zayda Guridi González

Especialista en Psicología de la Salud

Profesora Auxiliar de Psicología

MsC. Felipe Ramón García

Especialista en Psicología de la Salud

Profesor Asistente de Psicología

Dr. Gustavo Cabrera Carrillo

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral

Profesor Instructor



Ver Perfil del autor

Artículo Publicado el 07 de noviembre de 2006

Resumen

Se realizó un estudio experimental de intervención comunitaria en 15 ancianos frágiles del Área de Salud de Calabazar durante el período que comprende de enero a junio de 2006. Su objetivo no es otro que mejorar su calidad de vida. Previa caracterización biopsicosocial, se aplicaron instrumentos validados con anterioridad; como la Escala Geriátrica, el Índice de Katz y una encuesta de necesidades elaborada por los autores. El modelo estuvo estructurado en sesiones grupales cerradas que trabajaban semanalmente durante seis meses. Algunos fueron incluidos en círculos de abuelos ya existentes y otros en un taller de ergoterapia. El estado emocional, la movilidad y el equilibrio mejoraron significativamente, así como las actividades de la vida diaria y la reducción de la polifarmacia. La autovaloración de la calidad de vida de estos ancianos frágiles también mejoró, indicando que es posible en la tercera edad modificar los estilos de vida.

Introducción

La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales.

El Ministerio de Salud Pública de nuestro país ha establecido una política de mejora de la calidad de vida de la población geriátrica. En 2002 teníamos un 13 % de la población con 65 años y más, fenómeno en ascenso (1), notorio al recibir en la consulta de medicina interna pacientes geriátricos clasificados como frágiles que, independientemente del motivo de consulta la tristeza y sensación de soledad estaban presentes en todos los casos. La sensación de bienestar subjetivo estaba comprometida, catalogando su calidad de vida como mala o muy mala en la gran mayoría

de los casos. Surge la necesidad de realizar un trabajo de intervención múltiple con los ancianos frágiles, ya que constituyen una población de alto riesgo y en algunos casos hasta de marginación social. Según el Dr. Luis Carlos Amanz Santamaría (2) la cualidad de fragilidad asignada a un anciano supone atribuirle la presencia de una situación de alto riesgo, de deterioro, fundamentalmente en forma de incapacidad. Estos ancianos necesitan especial atención porque dentro de la población geriátrica se encuentran aún más relegados y merecen una mejor calidad de vida.

Método

Durante el período de enero a junio del 2006 se realizó un estudio experimental de participación comunitaria y de corte transversal donde se aplicó un modelo de intervención múltiple ideado por los autores para modificar los estilos de vida en los adultos mayores frágiles.

El universo quedó constituido por el total de ancianos mayores de 60 años (1076) que habitan en el Grupo Básico de Trabajo A (GBT-A), pertenecientes a los 14 consultorios del médico de familia del área de Salud de Calabazar a los cuales se les aplicó la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (E. G. E. F.)(3)(4)(5) para obtener los que realmente estaban catalogados como frágiles.

Se identificaron 37 ancianos frágiles en dichos consultorios médicos, pero sólo se logró trabajar con 15, dados los criterios de exclusión definidos para esta investigación, por lo que la muestra quedó conformada con 15 ancianos frágiles.

Criterios de exclusión:

1. Ancianos con demencia senil.
2. Negativa del paciente a participar en el estudio.
3. Incapacidad física severa.
4. Inasistencia a más de tres encuentros.

Se visitó a los ancianos en dos ocasiones, en compañía de sus médicos, de familia y/o de la enfermera. En la primera visita se realizó la presentación de los investigadores y se solicitó a los ancianos y familiares su colaboración, participación voluntaria y consentimiento informado para participar en nuestro trabajo. En la segunda visita se les practicó examen físico general, se realizaron la encuesta de necesidades, el índice de Katz (4) y se registraron los datos generales necesarios para el estudio. Después de realizar la evaluación inicial de los ancianos seleccionados, éstos se integraron en tres grupos de trabajo, considerando las motivaciones, actitudes y limitaciones físicas individuales.

Los casos de estudio fueron incorporados a círculos de abuelos existentes y/o talleres de ergoterapia, según las posibilidades y motivaciones individuales; además, se realizaron reuniones sociales, debates con temas planificados y con películas, así como dinámicas grupales con el grupo de ancianos y en ocasiones con familiares, conducidos por personal capacitado y adiestrado en técnicas terapéuticas. Así se garantizó la participación de la totalidad de los ancianos frágiles.

Los encuentros se realizaron una vez por semana con una duración de 45 minutos como mínimo, donde se discutieron temas de interés general. Después de seis meses de tratamiento se les aplicó nuevamente la E. G. E. F. y el índice de Katz, para comparar los efectos del modelo utilizado.

En las actividades se debatieron los siguientes temas:

1. Envejecimiento. Cambios biológicos, psicológicos y sociales.
2. La familia.
3. La sexualidad en la tercera edad.
4. La soledad. ¿Cómo combatirla?
5. Deseos, motivaciones e intereses.
6. Recordando el ayer.
7. Balance de la vida.
8. Lo que pudiera hacer
9. Construir un presente.
10. Celebraciones de cumpleaños y fechas significativas.

Resultados

Se incluyeron en total 20 pacientes, pero resultaron excluidos 5 de ellos por inasistencia a más de tres sesiones, razón por la cual se exponen solamente los resultados de 15 pacientes. En nuestro estudio predominó el sexo femenino, con 10 pacientes (66,6%), mientras que se contó solamente con cinco varones (33,3%). En los grupos de edades establecidos operativamente 7 pacientes se incluyeron en el grupo de 80 años y más (4 mujeres y 3 hombres), el resto

	antes	desp	antes	desp	antes	desp	antes	desp	antes	desp	antes	desp
Sin ayuda	10	10	8	8	4	5	7	10	7	10	14	1
Con ayuda	3	5	5	7	9	9	6	5	6	5	0	1
Incapaz	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	1	1

Fuente: Encuesta
N =15.

Al inicio y al final del tratamiento, la actividad más comprometida y que no sufrió modificación fue ir al retrete así como el control de esfínteres, ya que la incontinencia urinaria es un síntoma en especial deprimente provocando mala higiene y aislamiento. Sin embargo, hay otros estudios que sí reportan mejoría. (10)(11). El resto mejora considerablemente. La autoevaluación de la calidad de vida sufrió modificaciones positivas.

Tabla 4 - Autoevaluación de la calidad de vida de los ancianos antes y después del tratamiento.

Auto evaluación.		
	antes	después
Buena	1	7
Regular	8	6
Mala	6	2

Fuente: Encuesta
N =15.

Los resultados que aparecen en la tabla 4 indican de forma general que el método de intervención realizado en nuestro estudio es útil para mejorar la calidad de vida de los ancianos frágiles mediante la modificación de su estilo de vida, siempre que continúe aplicándose hasta incorporarlo a su actividad vital como comportamiento habitual.

Conclusiones

El modelo ensayado demostró ser efectivo para modificar algunos aspectos mediante los cuales se clasifican los ancianos como adultos frágiles. El carácter multidisciplinario de diferentes especialistas de la Salud que presenta este diseño de intervención, toma con deferencia la necesidad de intervenir simultáneamente en los aspectos biológicos psicológicos y sociales. Considerando que el hombre es un ser social, la integración a grupos con inquietudes y problemas similares resulta imprescindible para obtener resultados positivos.

Lo anterior se logra mediante sesiones grupales periódicas donde se les brinda información de interés general, se intercambian opiniones, se atienden dificultades individuales, así como se realizan ejercicios físicos y/o ergoterapia según las posibilidades, motivaciones e intereses de estos ancianos frágiles. También se logró sensibilizar a algunos familiares sobre las necesidades y atención del anciano frágil.

Recomendaciones

Generalizar este plan de intervención comunitaria a todos los ancianos diagnosticados como frágiles del área de Salud de Calabazar, así como solicitar apoyo de la comunidad para la realización de actividades de promoción y prevención para la tercera edad.

Bibliografía

- (1) Campillo Motiva Rita. Violencia con el Anciano. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* 4/2002.
- (2) Amanz Santamaría Luís Carlos. *Salud*. Copyright. 2000 Internet. Grupo Eres más.
- (3) Rivero Prieto Osvaldo Vega. *Tratado de Gerontología y Geriátrica*. Editorial Científico Técnica, Habana 1996mPág. 101-104.
- (4) Gómez Juanola. Manolo y colab. Consideraciones acerca del paciente geriátrico, *Rev. Cub. M. G. I.* 2001 12(5)468-72.
- (5) Calzadilla Contreras Ricardo I. (1995). *Propuesta de un sistema de evaluación del trastorno cognitivo y Demencia*, 820.
- (6) Fabacher. D. Et al. (1994). An in home preventive assessment program for independent older adults. *J. Am. Geriatric. Soc.*, 42: 630.
- (7) Finch E Collis Schneider, K Edward. (1996). Biología del envejecimiento, Senectud medicina Geriátrica. PG. 14-15. *Tratado de Medicina Interna Cecil. Vol. 1.*
- (8) Rusting. R. L. (1992). Why do we age? *Sci: Am*, 12 - 13.
- (9) Regueira Naranjo Jesús L, y Colaboradores. (2000). Polifarmacia en la tercera edad. *Rev. Cubana Med Gen Integr.*, 16(4):346-9.
- (10) Jennet B. (1988) The elderly and high technology therapies. En: WELLS N, FREER CH, Eds. (1988). *The ageing population*. Londres: Stockton, 177-190.
- (11) López Aranguren J. L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.