

Atención del cuidador de ancianos al final de su vida desde la teoría del confort

Care Needs of the Elderly's Family Caregiver at the End of Life Based on Comfort Theory

Michel Oria Saavedra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6089-8217>

Yenny Elers Mastrapa¹ <https://orcid.org/0000-0001-6661-7378>

Dalila Aida Aguirre Raya¹ <https://orcid.org/0000-0003-3833-0243>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería Lidia Doce. La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: michelos@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El cuidador del anciano al final de la vida siente necesidades de cuidados que con frecuencia son insatisfechas, pues el anciano demanda de mayor atención. Teorías de Enfermería sugieren el análisis de este fenómeno desde sus perspectivas.

Objetivo: Identificar las necesidades de cuidados del cuidador familiar de anciano al final de la vida desde la Teoría del Confort.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, en el Policlínico “14 de junio” del municipio Diez de Octubre, La Habana, desde enero del 2017 hasta enero 2019. El universo de estudio quedó constituido por 44 cuidadores familiares de ancianos al final de la vida. Se estudiaron variables sociodemográficas y variables dependientes en el orden psicoespiritual, física, ambiental y social. Para procesar y analizar los resultados se utilizó de la estadística descriptiva el índice ponderado.

Resultados: de los cuidadores: 90,90 % fueron mujeres, el 52,27 % tienen más de 60 años, el 58 % es esposa o esposo, y el 84,09 % tienen un nivel escolar de

secundaria básica. Se identificaron las necesidades afectadas en las dimensiones estudiadas.

Conclusiones: Se identificaron alteraciones en las dimensiones psicoespiritual, física, social y ambiental, los cuidadores manifestaron cansancio, dolores musculares y sentimientos de soledad.

Palabras clave: envejecimiento; anciano; enfermería; cuidados de enfermería; cuidadores.

ABSTRACT

Introduction: The caregiver of the elderly, at the end of life, feels care needs often unsatisfied, as the elderly demands some more attention. Nursing theories suggest that this phenomenon should be analyzed based on nursing perspectives.

Objective: To identify the care needs of the elderly's family caregiver at the end of life, based on comfort theory.

Methods: Observational, descriptive and cross-sectional study carried out, from January 2017 to January 2019, in 14 de Junio Polyclinic of Diez de Octubre Municipality, Havana. The study universe was made up of 44 family caregivers of elderlies at the end of life. Sociodemographic variables and dependent variables in the psychospiritual, physical, environmental and social order were studied. To process and analyze the results, the weighted index was used from descriptive statistics.

Results: Of the caregivers, 90.90% were women, 52.27% were over sixty years old, 58% were a wife or a husband, and 84.09% had a secondary school level. Needs affected in the dimensions studied were identified.

Conclusions: Alterations were identified in the psychospiritual, physical, social and environmental dimensions. The caregivers reported fatigue, muscle aches and feelings of loneliness.

Keywords: aging; elderly; nurse; nursing care; caregivers.

Recibido: 20/08/2020

Aceptado: 25/08/2020

Introducción

El desarrollo del sistema social cubano encuentra su huella en el aumento de la esperanza de vida por encima de los 75 años, reto que moviliza voluntades en lograr la mejoría en la calidad de vida de la población envejecida. Esta población, susceptible a la ocurrencia de condiciones crónicas de salud, muchas de ellas en avanzada evolución, favorece la demanda de atención, no solo del anciano, sino también del familiar cuidador, vulnerable ante condiciones que se desencadenan con relativa rapidez y que generan respuestas humanas que pueden considerarse problemas profesionales, que requieren de atención.

Ante la realidad de las personas que proveen cuidado durante la última etapa del ciclo de vida de los seres humanos, se requiere atender las condiciones perjudiciales que surgen. El cuidador familiar en su nuevo rol se ve sometido a un estrés permanente, presenta sentimientos de temor, frustración y ansiedad, lo que implica ajustes en la vida familiar, personal y en ocasiones, alejamiento de su vida social.

El cuidado del anciano al final de la vida cambia la dinámica de los seres humanos que cuidan, las demandas de cuidados que los ancianos generan exponen las necesidades de cuidados de sus cuidadores, las que no siempre son identificadas y satisfechas. Este fenómeno puede ser el resultado de la invisibilidad que genera la sobrecarga de cuidados al anciano o por insuficientes propuestas para la identificación de estas necesidades por los profesionales de enfermería. Lo que se considera coherente con el escaso análisis de estas necesidades de cuidados desde las bases de la enfermería.

Pinto, citado por *Venegas* en el año 2006,⁽¹⁾ refiere que el cuidador percibe emociones resultantes que transitan desde la culpa hasta el agrado. También experimentan otros efectos como como la soledad, la tristeza, el abandono, el nerviosismo, la falta de ocio y descanso, insomnio, que pueden generar una situación que le impida ser feliz y lograr un mínimo de bienestar.

Achury y Pinilla, en el año 2016,⁽²⁾ reconocen que una de las potencialidades de la salud internacional reside en la capacidad de ofrecer soporte y fortalecer las familias que están bajo su responsabilidad, en situaciones en que ellas pueden

encontrarse frágiles, como delante de una condición de salud que amenaza la vida de uno de sus miembros.

La práctica apunta a que a los profesionales se les dificulta ofrecer cuidado a los cuidadores de ancianos al final de la vida. Esta última, es una experiencia ardua para los profesionales, por su impericia para relacionarse con familias que viven el final de la vida de uno de sus miembros ancianos, y por la falta de disponibilidad de recursos tecnológicos. Ante los desaciertos para ejercer este cuidado, es importante conocer la experiencia con relación al desafío de cuidar de familias que experimentan la fase de final de la vida de un anciano, ya que en ese proceso también está implícito el cuidado en un contexto de múltiples pérdidas. Se piensa que, para los profesionales, el final de la vida del anciano también puede ser considerado una pérdida, sobre todo cuando ellos mantenían estrecho vínculo de proximidad emocional.⁽³⁾

Asimismo, los cuidados al final de la vida predisponen a que los profesionales ejerzan su trabajo en un ambiente desafiador. Generado, porque muchas veces los profesionales se encuentran en la obligación de tomar decisiones éticas relacionadas con el final de la vida.⁽⁴⁾

Escudero y otros, citado por *Venegas* en el año 2006,⁽¹⁾ expresan que para cuidar mejor es necesario auto cuidarse sin negar la realidad, más bien enfrentándola, solicitar ayuda, tomar las experiencias positivas e identificar y asumir las oportunidades. En esta medida el profesional de enfermería debe conocer que sucede con los familiares cuidadores, para orientar cuidados que favorezcan estilos de vidas saludables, el bienestar del cuidador familiar, el alivio de la tristeza y la depresión. Es importante para este profesional aprender de la realidad del otro e interpretar las relaciones entre los niveles de funcionalidad de las personas en situaciones de enfermedad y las habilidades de cuidado del cuidador familiar para ofrecer apoyo.

El cuidado al familiar cuidador al final de la vida es abordado por investigadores en el ámbito de la enfermería este autor reconoce a *Ruland* y otros⁽⁵⁾ desarrollan la "Teoría del final tranquilo de la vida" y *Schreier* y *Droes*, ofrece la "Teoría del duelo disfuncional",⁽⁶⁾ estos constituyen referentes obligados ante los antecedentes expuestos anteriormente.

En una sistematización realizada recientemente por *Oria* y otros⁽⁷⁾ sobre la

concepción del cuidador familiar de anciano al final de la vida como sujeto del cuidado de enfermería, reconocieron en la definición de *Kolcaba* publicada en el 2003,⁽⁸⁾ que incluye en la definición de enfermería la verificación de la necesidad de comodidad por el profesional de enfermería. Además, en el estudio se identificó que como resultado de las necesidades cada vez crecientes de los ancianos, estos generan dependencia en lo biológico, psicológico, económico y social, contextos en los que se produce el confort, elementos que están presentes en la Teoría del Confort.

Además, según informe de la Oficina Nacional de Estadística en el año 2017, se identificó que el Municipio Diez de Octubre es uno de los municipios de la Habana con más grado de envejecimiento, que supera el 18 % y comparte esta condición con otros municipios como Playa, Plaza de la Revolución, Centro Habana, La Habana Vieja, Cerro y Marianao. También el Consejo Popular Luyanó Moderno, se concibe como uno de los consejos populares con proporción entre un 10 y 15 % de indicadores de envejecimiento.

Estas características hacen del municipio Diez de Octubre un foco de atención para el desarrollo de investigaciones centradas en las personas mayores y sus cuidadores.

Por ello, el objetivo del estudio fue identificar las necesidades de cuidados del cuidador familiar de anciano al final de la vida desde la Teoría del Confort.

Métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en el área de Salud del Policlínico “14 de junio” del municipio Diez de Octubre, La Habana, Cuba, entre enero del 2017 y enero del 2019.

El universo de estudio quedó constituido por 44 cuidadores familiares de ancianos al final de la vida, que tenían condiciones físicas y psicológicas adecuadas para ofrecer información; y dieron el consentimiento para participar en la investigación.

Se exploraron las variables sociodemográficas edad, sexo, escolaridad, parentesco, vínculo laboral; además, las necesidades de cuidados psicoespiritual, físico, ambiental y social tomando como referente la Teoría del Confort.⁽⁸⁾ Fueron

utilizados como métodos del nivel teórico la sistematización, el análisis documental y el histórico lógico.

El instrumento para obtener información de la variable necesidad de cuidado, validado por los autores en la que se obtuvo un Alfa de Cronbach con resultados superiores a 0.9, en su primer apartado solicita datos generales, datos sociodemográficos como sexo, edad, escolaridad y estatus laboral. Además, contiene 14 ítems, organizados en las dimensiones psicoespiritual, física, ambiental y social, cuatro (4) de los ítems corresponden a la dimensión psicoespiritual, cuatro (4) a la dimensión física y seis (6) a la dimensión ambiental y social. Las respuestas a estos ítems se ofrecieron a través las categorías siguientes, S = Siempre; CS = Casi siempre; F = Frecuentemente; AV = Algunas veces; N = Nunca.

Para la interpretación de estos resultados a cada categoría se le dio un valor superior de cinco (5) que correspondió a la categoría S = Siempre y un valor de uno (1) que correspondió a la categoría de N = Nunca, en el que consideró un valor medio de tres (3) para la categoría F = Frecuentemente, los resultados con resultados inferior a tres (3) se consideraron como necesidad de cuidados.

Para el procesamiento y análisis estadístico de la información se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows, se empleó para el procesamiento de la información obtenida, de la estadística descriptiva el Índice ponderado.

El estudio fue analizado y aprobado por la Comisión de Ética del Consejo Científico de la Facultad de Enfermería "Lidia Doce" de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Se obtuvo el consentimiento dialogado de cada uno de los cuidadores, los resultados de la investigación fueron utilizados por el equipo de investigación, en la más estricta confidencialidad. El estudio no implicó afectaciones físicas ni psicológicas a los cuidadores, se respetaron los artículos en la Declaración del Helsinki en relación con la investigación en humanos.

Resultados

De la muestra estudiada, 40 (90,9 %) eran del sexo femenino; 52,27 % de los cuidadores tenían 60 años o más. En relación con el parentesco del cuidador con el anciano, se identificó que 58 % correspondió a esposa o esposo, 23 % era hija o

hijo, 15 % otro grado de parentesco, y 4 % no tenía relaciones de consanguinidad. Además, 13,63 % tenía un nivel escolar universitario, 84,09 % de secundaria básica y 2,28 % solo obtuvo estudios primarios. El 90 % no tenía vinculación laboral, mientras que 10 % restante ejercía alguna labor por cuenta propia.

El análisis de las dimensiones y sus indicadores, así como el resultado de los índices ponderados respectivamente se muestran en la tabla 1.

Tabla 1- Valores de índices ponderados a los dimensiones e indicadores relacionados con las necesidades de cuidados del cuidador familiar de ancianos

Dimensión	Indicador	Índice
Psicoespiritual	1. Experimenta cambios en la apariencia física.	2,681
	2. Experimenta cambios en las emociones y conductas.	2,75
	3. Experimenta cambios en las relaciones de pareja.	3,022
	4. Experimenta afectaciones en su proyecto de vida.	2,295
	Media aritmética (redondeo) Dimensión	2,704
Física	5. Experimenta síntomas físicos.	2,704
	6. Experimenta afectaciones en su autocuidado.	2,636
	7. Afectaciones en el descanso y sueño.	2,977
	8. Presenta limitaciones funcionales.	2,568
	Media aritmética (redondeo) Dimensión	2,727
Ambiental y social	9. Experimenta afectaciones económicas.	2,295
	10. Experimenta afectaciones en la vida social.	2,477
	11. Experimenta afectaciones en las relaciones familiares.	2,431
	12. Experimenta afectación con los recursos materiales.	3
	13. Experimenta afectación con la preparación recibida.	2,931
	14. Experimenta afectación con la asistencia recibida.	3,681
	Media aritmética (redondeo) Dimensión	2,818

Se identificó que la dimensión psicoespiritual se encontraba afectada en los indicadores estudiados, excepto en el indicador tres, referido a cambios en las relaciones de parejas, obtuvo un índice ponderado de 3,022, valor cercano al valor medio del índice ponderado.

Sin embargo, los resultados y el cálculo de la media aritmética en la dimensión psicoespiritual se muestran en un rango medio con un índice ponderado de 2,704. Se identificó que la dimensión física se comportó similar que la dimensión

psicoespiritual, en todos los casos el valor del índice ponderado obtuvo un valor entre medio y alto, lo que muestra afectación general de los casos estudiados en la dimensión física. El cálculo de la media aritmética de esta última dimensión obtuvo un valor de 2,727.

El análisis de la dimensión ambiental y social que valoró lo referido a la afectación con recursos materiales y asistencia recibida, obtuvieron un valor de índice ponderado de 3 y 3,25 respectivamente. Sin embargo, el cálculo de la media aritmética de esta dimensión mostró un valor de 2,75, que significa un valor entre medio y alto con tendencia al valor medio.

Discusión

Los resultados encontrados en esta investigación en relación con la edad y sexo coinciden con la literatura revisada,⁽⁹⁾ que expresa que la mujer se considera el cuidador informal por excelencia. Históricamente, el rol social de la mujer es determinado como proveedora de cuidados y en cuanto al vínculo parental, la mayoría de los cuidadores son hijas o esposas. En el mismo estudio citado anteriormente se identificó que una media de 50 % de los cuidadores presentó edades superiores a 57 años, lo que representa este grupo un perfil de cuidadores de edad media.

En un estudio anterior,⁽¹⁰⁾ realizado en el centro del país, el nivel de instrucción del cuidador primario para la atención a este tipo de pacientes fue malo en la mayoría de los casos (65,5 %) y regular en 31,2 %.

Sobre el indicador relacionado con los cambios en las emociones y conductas se puede decir que el cuidador soporta una incalculable carga emocional, aunque muchos gocen de un profundo sentido de privilegio y profunda satisfacción por el papel que desempeñan. Otros presentan sentimientos tales como tristeza, culpa, rabia, resentimiento.⁽⁹⁾ Reacciones comunes y comprensibles, además de sentimientos de incapacidad. Se ha llegado a afirmar que las secuelas físicas y mentales generadas por el cuidado a una persona dependiente pueden provocar que el propio cuidador demande cuidados de larga duración. Se pudo observar que casi la mitad de los cuidadores habían visto suprimidas sus relaciones sociales y su actividad laboral y sus estudios.⁽²⁾

Los resultados sobre la dimensión física son coherentes con datos ofrecidos en la investigación de *Rodríguez*,⁽¹¹⁾ quien refirió que los cuidadores de manera general no tienen formación sobre la realización de cambios posturales a pacientes seriamente enfermos, además de tener que realizar arduas tareas rutinariamente, lo que lleva a un significativo riesgo de problemas físicos.

Los resultados obtenidos en relación con los problemas de salud de los cuidadores indican como mayores motivos de consulta de los cuidadores: fatiga o cansancio, pérdida del apetito, insomnio y trastornos del ciclo circadiano. Sin embargo, los problemas a nivel del sistema osteomioarticular y gastrointestinal son severos, dado que en la mayoría de los casos los cuidadores no cuentan con otra persona que les ayude y realizan las actividades solos.⁽¹¹⁾

Sobre los recursos materiales, la bibliografía consultada⁽⁹⁾ refiere que la condición financiera de la familia puede alterarse profundamente, en que el 20 % de los familiares tuvieron que dejar de trabajar y el 31 % perdieron las economías de la familia como resultado de la prestación de cuidados.

Los investigadores llaman la atención sobre las necesidades de la familia que varían de forma continua, del inicio hasta mucho tiempo después de la muerte del familiar, por lo que es necesario ayudarlos a mantener el equilibrio entre ser útil al enfermo y respetar sus propias necesidades.

En conclusión, los cuidadores se caracterizaron por un predominio del sexo femenino, el mayor porcentaje no recibe ayuda y quien la recibe es de la familia; sus necesidades de cuidado se identifican por las manifestaciones de cansancio, dolores musculares y sentimientos de soledad, en sentido general se identifica alteraciones en las dimensiones psicoespiritual, física, social y ambiental. Por lo que se considera que las necesidades fisiológicas se encuentran afectadas en todos sus niveles.

Referencias bibliográficas

1. Venegas BC. Habilidades del cuidador y funcionalidad de la persona que cuidada. *Revista Aquichan*. 2006 [acceso: 25/08/2020];6(1):137-147. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/sabana/index.php/aquichan/arti>

[cle/viewArticle/87/179](#)

2. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*. 2016 [acceso: 06/06/2020];13(1):55-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-comunicacion-con-familia-del-S1665706315000925>

3. Silva L, Poles K, Freire M, Lobato dos Santos MC, Rodríguez do Santos M, Szylyt R. Cuidar de familias de ancianos en final de vida en Estrategia Salud de la familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 [acceso: 20/08/2020];21(1). Disponible en: <https://www.eerp.usp.br/rlae>

4. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011 [acceso: 22/08/2020];18(3):317-26. Disponible: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733011398092>

5. Ruland CM y Moore SM. Teoría del final tranquilo de la vida. En: Alligood M. editor. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier; 2018 [acceso: 03/07/2020]:683-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560252>

6. Schreier AM, Drees NS. Teoría del duelo disfuncional. En: Alligood M. editor. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier; 2018 [acceso: 03/07/2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560252>

7. Oria Saavedra, M, Elers Mastrapa Y, Aguirre Raya DA. Cuidador familiar de anciano al final de la vida como sujeto del cuidado de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020 [acceso: 22/08/2020];36(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3188>

8. Kolcaba K. La Teoría del Confort. En: Alligood M. editor. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier; 2018 [acceso: 03/07/2020]:640-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560252>

9. Blanco Martínez LL, Simón Álvarez AM, Sánchez Fernández A. Caracterización biopsicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica o terminal. *Rev cubana Enfermer*. 2016 [acceso: 06/06/2020];32(3). Disponible en:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/943/182>

10. Rodríguez R, Carvajal A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Rev cubana Enfermer. 2007 [acceso: 28/06/2020];23(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192007000400006

11. Rodrigues AM. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. Enfermería Global. 2010;(18):1-9. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.1.93841>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

1. *Conceptualización*: Michel Oria Saavedra
2. *Curación de datos*: Michel Oria Saavedra, Yenny Elers Mastrapa, Dalila Aida Aguirre Raya.
3. *Análisis formal*: Michel Oria Saavedra, Yenny Elers Mastrapa, Dalila Aida Aguirre Raya.
4. *Investigación*: Michel Oria Saavedra
5. *Metodología*: Michel Oria Saavedra, Yenny Elers Mastrapa
6. *Administración del proyecto*: Michel Oria Saavedra
7. *Recursos*: Michel Oria Saavedra
8. *Software*: Michel Oria Saavedra
9. *Supervisión*: Michel Oria Saavedra
10. *Validación*: Michel Oria Saavedra, Yenny Elers Mastrapa, Dalila Aida Aguirre Raya
11. *Visualización*: Michel Oria Saavedra, Yenny Elers Mastrapa, Dalila Aida Aguirre Raya
12. *Redacción - borrador original*: Michel Oria Saavedra, Dalila Aida Aguirre Raya

13. *Redacción - revisión y edición:* Michel Oria Saavedra, Yenny Elers Mastrapa, Dalila Aida Aguirre Raya