

CENTRO PROVINCIAL DE PROMOCIÓN  
Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
CIEGO DE AVILA

**Estrategia educativa para modificar variables psicológicas en el adulto mayor institucionalizado**

**Educational strategy to modify psychological variables in the institutionalized aged people**

Yadira Arias López (1), Mayra Cristina Quiñones Rodríguez (2), Odalys Rodríguez Marín (3), Armando Javier Tejera Valdés (4), Emilio Manuel Delgado Martínez (5).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio no observacional, pre-experimental, con el objetivo de modificar variables psicológicas en el adulto mayor del Centro Gerontológico de Ciego de Ávila, de enero a junio del 2010. El universo estuvo constituido por 63 ancianos institucionalizados y la muestra por los que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión quedó conformada por 39 ancianos. Para el diagnóstico educativo se aplicó una encuesta, una observación participante para medir variables de interés así como el apoyo familiar y la satisfacción con los servicios de la institución y diferentes test psicológicos. La edad predominante fue entre los 71-75 años, predominó el estado civil viudo, nivel escolar primario y las frecuencias relativas para los sexos fueron similares, la mayoría no recibe atención familiar sin embargo se encuentran satisfechos con los servicios de la institución y la mayoría de los gerentes presentaron una depresión alta y la ansiedad como rasgo y como estado alta. Se elaboró e implementó una estrategia educativa para modificar variables psicológicas donde se obtuvo un alto incremento del nivel de conocimiento y modificación adecuada de las actitudes.

**Palabras clave:** ENVEJECIMIENTO/psicología, SALUD DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.

1. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora.
2. Especialista de 2do Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar.
3. Estudiante de 5to Año de Medicina.
4. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.
5. Especialista de 2do Grado en Ortopedia y Traumatología. Especialista de 1er Grado en Administración de Salud. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.

**INTRODUCCIÓN**

A lo largo de la historia el hombre ha estado preocupado por el envejecimiento y los miembros más viejos de todas las sociedades han recibido siempre algún grado de atención ya sea en sentido positivo o negativo (1).

El envejecimiento no es más que todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparece a consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Este es un proceso universal, endógeno, progresivo e irreversible que conduce a la disminución de las capacidades del organismo para adaptarse, tanto en su medio interno como en su medio ambiente externo, y además provoca la detención de los sistemas autorreguladores lo que lleva inevitablemente como destino final a la muerte (2). Por otra parte, la vejez es la última etapa del desarrollo del ciclo vital del ser humano en relación con la edad (3).

En cuanto a las funciones cognoscitivas se observa la declinación de algunas características tales como flexibilidad, fluidez y originalidad. Por su parte los procesos afectivos se expresan a través de estados de ánimo, emociones, sentimientos y necesidades (4). La ansiedad y la depresión son las alteraciones más frecuentes en el Adulto Mayor y pueden causar gran sufrimiento con el consiguiente deterioro de la calidad de vida de estos.

**Ansiedad:** La ansiedad es el temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce (5). Algunos geriatras opinan que al menos las tres cuartas partes de los ancianos que asisten a consultas médicas lo padecen. La ansiedad crece o se acentúa a consecuencia del envejecimiento, motivada por la dinámica de la personalidad o por modificaciones orgánicas que al envejecer se producen, sin ser estas patológicas (4).

**Depresión:** La depresión es el padecimiento psiquiátrico más común en el anciano (1, 4). Su presentación es muchas veces atípica, por lo que se considera un reto ante el que se enfrenta todo médico que atiende a un paciente mayor (6). En la fase final de la existencia humana, condicionados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los estados depresivos suelen instalarse con más frecuencia. La depresión no incluye solo cambios de humor sino además la reducción de la actividad y en ocasiones sintomatologías somáticas y alteraciones sensoperceptivas y del pensamiento. La tristeza, la nostalgia, la anorexia, el insomnio, el enlentecimiento psicomotor, la sensación de fatiga y pesimismo pueden estar vinculados con enfermedades no psiquiátricas y enmascarar, con la aparición de un trastorno afectivo, otras dolencias más severas en su etapa inicial (7). En relación con el sexo se refiere que los trastornos depresivos en la mujer son el doble de frecuentes que en los hombres (4).

Las proyecciones demográficas en el mundo indican un extraordinario ascenso en la cantidad de ancianos, según cálculos de las Naciones Unidas, la población total de ancianos se acercaba a los quinientos noventa millones se espera que ascienda a mil cien millones en el año 2025 (7-8).

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos, si se considera Adulto Mayor a las personas con más de 60 años. La población total de adultos mayores es de un 17,2% de la población total del país (9).

Las condiciones demográficas actuales y futuras, a nivel internacional, demandan de las ciencias un acercamiento al estudio de la ancianidad (10). Los aspectos psicológicos y sociales resaltados en los últimos tiempos en el proceso salud-enfermedad adquieren en la problemática del anciano aún más relevancia (4); por tanto, la implementación de estrategias educativas en Adultos Mayores por parte de profesionales de la salud es, actualmente, una necesidad de primer orden para lograr una elevada calidad de vida en este grupo poblacional.

El presente trabajo tiene como objetivo modificar variables psicológicas en el Adulto Mayor institucionalizado, se realizará un diagnóstico educativo relacionado con variables psicosociales en el Adulto Mayor institucionalizado para luego elaborar e implementar la estrategia de intervención comunitaria a partir de los resultados obtenidos en dicho diagnóstico.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio no observacional, pre-experimental en el Centro Gerontológico de la provincia Ciego de Ávila, durante el período comprendido de enero a junio del 2010.

El universo estuvo constituido por 63 ancianos institucionalizados en el Centro Gerontológico de la provincia. Se utilizó como criterios de inclusión que aceptaran participar en la investigación; y como criterios de exclusión aquellos ancianos que una vez aplicado el Miniexamen del Estado Mental su puntuación arrojó deterioro cognitivo moderado y severo, la muestra quedó representada por 24 ancianos. De esta forma, la investigación continuó con un total de 39 pacientes aptos para la aplicación de las restantes pruebas.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos:

Nivel Empírico: Observación participante, encuestas, entrevista a profundidad, Miniexamen del Estado Mental, Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage, Inventario de Ansiedad como Rasgo-Estado (IDARE) y Cuestionario de Conocimiento y Actitud.

Nivel Teórico: Analítico sintético, Inducción-deducción, Hipotético-Deductivo, Modelo de las determinantes del desarrollo de Teresa Oroza y Modelo PRECEDE de Leiva W.

Nivel Matemático estadístico: estadística descriptiva.

Descripción del modelo teórico utilizado para el diagnóstico educativo (Modelo PRECEDE)

Fase 1: Se determina problemas sociales.

Fase 2: Identificados los problemas de salud específicos que originan los problemas sociales de la fase 1.

Fase 3: Conductas específicas relacionadas con el problema de salud.

Fase 4: Se precisan factores predisponentes y facilitadores.

Fase 5: Se puntuiza en los factores sobre los que se va a intervenir se tiene en cuenta el modelo teórico de las determinantes del desarrollo de Teresa Oroza:

Fase 6: Se implementa la estrategia educativa con una frecuencia quincenal y con el propósito de modificar variables psicológicas de los ancianos institucionalizados en el Centro Gerontológico.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Al analizar los resultados encontrados en el diagnóstico educativo se pudo precisar que la edad predominante fue entre los 71-75 años. Las frecuencias relativas para los sexos fueron similares (Tabla No. 1), lo que habla a favor de homogeneidad de la muestra. Al revisar la literatura se encontró que Guerrero Pupo y colaboradores coinciden en su investigación con los resultados encontrados en esta en cuanto a las variables edad y sexo (11).

Al analizar el Tabla No. 2 se encontró que predominó el estado civil viudo, estos resultados son compatibles con los de Osvaldo Prieto Ramos donde plantea que en la medida que el ser humano envejece la probabilidad de perder la pareja se incrementa, ya que se asocia a enfermedades no trasmisibles como el cáncer, las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares y accidentes que son, por lo general, más frecuentes en el sexo masculino, por lo que las mujeres son más vulnerables a enviudar (12).

En cuanto al nivel escolar (Tabla No. 3) predominó el primario, esto se debe a que las edades de las personas encuestadas superan los 60 años de edad, por lo que no recibieron las bondades del desarrollo de la educación a partir del triunfo revolucionario lo que coincide con la investigación realizada por Alfredo Espinosa Brito (13).

Al analizar la Tabla No. 4 relacionado con la atención que reciben los ancianos por parte de sus familiares se encontró que la mayoría no recibe atención familiar, elemento este que va en detrimento de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, ya que la familia constituye para cualquier sociedad un pilar fundamental que da sustento al bienestar biopsicosocial del individuo, por lo que puede aportar en la esfera afectiva a las personas institucionalizadas. En estudios realizados por Belkis Soria Bell se encontró que la principal causa que motivó el ingreso fue el vivir solo, seguida de la mala atención filial y la no tenencia de familia (14).

Al evaluar la satisfacción de los ancianos con los servicios recibidos en el Centro Gerontológico (Tabla No. 5) predominaron los criterios de buena, resultados que coinciden con los reportados por Belkis Soria Bell, donde el mayor número de ancianos consideró como su verdadero hogar y fue mayoritario el número de ancianos adaptados a la institución (14).

La evaluación afectiva es muy importante por la alta incidencia de los estados depresivos y ansiosos en este grupo y los riesgos que representan, y constituye causa frecuente de deterioro "inexplicable" del estado de salud (14). Al analizar la Tabla No. 6 se aprecia que la mayoría presentaron una depresión alta, esto coincide con estudios realizados por Vladés Mier MA quien plantea que en la fase final de la existencia humana, condicionados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los estados depresivos suelen instalarse con más frecuencia (7).

Al evaluar la ansiedad como rasgo (Tabla No. 7) se determinó que la mayor cantidad de ancianos presentaban ansiedad alta, lo cual indica que estos gerontes presentan características ansiosas de su personalidad. Al valorar la Ansiedad como Estado (Tabla No.8) se encontró que presentaban una ansiedad alta la mayoría de los adultos mayores, lo que quiere decir que presentan por diversos motivos biopsicosociales una ansiedad situacional, es decir en el momento de aplicación del instrumento.

Esto coincide con Núñez de Villavicencio quien plantea que al menos las tres cuartas partes de los ancianos que asisten a consultas médicas padecen ansiedad y esta crece o se acentúa como consecuencia del envejecimiento, motivada por la dinámica de la personalidad o por modificaciones orgánicas que al envejecer se producen, sin ser estas patológicas (4).

Debido a que las variables más significativamente alteradas durante la aplicación del diagnóstico educativo fueron el nivel de ansiedad y de depresión se decidió elaborar e implementar en el Centro Gerontológico provincial una estrategia educativa para modificarlas, con ese fin se les aplicó un cuestionario antes de comenzar las sesiones de trabajo (pretest) y uno al finalizar (postest) para determinar en cuanto a conocimiento y actitud si se habían modificado dichas

variables. En el caso de las actitudes, se realizaron además observaciones participantes y entrevistas a profundidad con el objetivo de evidenciar si se produjo o no el cambio actitudinal. Se puede observar en la Tabla No.9 que en cuanto conocimiento se produjo un incremento alto, se destaca la variable sexualidad en la Tercera Edad; esto se debe a que a pesar de los tabúes y prejuicios entorno a la sexualidad en la tercera edad, estudios científicos han demostrado que el deseo y los intereses sexuales se mantienen independientemente de la edad, lo que incrementa la necesidad para ellos de conocer sobre este tema (9).

Por su parte, en las variables de actitud también se observa una modificación adecuada en cuanto al cambio del rol social, institucional y familiar; autoestima y asertividad y fundamentalmente el incremento se evidenció en las formas de evitar las alteraciones psicológicas. El Programa Nacional para la Atención Integral del Adulto Mayor se plantea entre sus objetivos elevar la calidad de la atención institucional al anciano así como desarrollar un programa intensivo y extensivo de preparación de los recursos humanos calificados y especializados necesarios para ese fin (2).

## **CONCLUSIONES**

La edad predominante fue entre los 71-75 años, prevaleció el estado civil viudo, nivel escolar primario y las frecuencias relativas para los sexos fueron similares, la mayoría no recibe atención familiar sin embargo se encuentran satisfechos con los servicios de la institución y la mayoría de los gerontes presentaron una depresión alta y la ansiedad como rasgo y como estado alta. Se elaboró e implementó una estrategia educativa para modificar variables psicológicas donde se obtuvo un alto incremento del nivel de conocimiento y modificación adecuada de las actitudes.

## **ABSTRACT**

A pre-experimental, not observational study was carried out, with the aim to modify psychological variables in Adult Day Care Centre of Ciego de Ávila, from January to June 2010. The universe was constituted by 63 institutionalized aged people and the sample by the ones that meet the criteria of inclusion and exclusion was constituted by 39 aged people. For the educational diagnosis it a survey was carried out, a Participant observation to measure interest variables as well as family support and satisfaction with the institution's services and different psychological tests. The predominant age was among 71-75 years old, prevailed the widowed marital status, primary school level and the relative frequencies for both sexes were similar, the majority does not receive family attention nevertheless they are found satisfied with the institution's services and the majority of the aged people presented high levels of depression and also high levels of anxiety as trait and state. It was developed and implemented an educational strategy to modify psychological variables where was obtained a high increase of the level of knowledge and adequate modification of the attitudes.

**Key words:** AGING/psychology, HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Romero Cabrera AJ. Definición de envejecimiento. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
2. Prieto Ramos O. Envejecimiento y salud. 1ra ed. La Habana: Científico Técnica; 2008.
3. Llanes Betancourt C. Capacidad funcional y envejecimiento sano. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
4. Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y Salud. 1ra ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
5. González Llaneza FM. Instrumentos de evaluación psicológica. 2da ed. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2007.
6. Suárez Gómez C. Psicogerontología y longevidad saludable. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
7. Valdés Mier MA. Psicogeriatría para Médicos Generales Integrales. 2da ed. Santiago de Cuba: Oriente; 1997.

8. Lluis Ramos GE, González Cabeza Y, Loy Acosta S, Cubero Menéndez O. Relación beneficio/riesgo en la terapéutica del paciente geriátrico. Rev Cubana Farm. 2002; 36 (3):170-5.
9. Rodríguez Botí R. La sexualidad en el atardecer de la vida. Santiago de Cuba: Oriente; 2006.
10. Nieves Achón Z, Ojeda González JL, Curbelo AS. La calidad de vida en los ancianos y sus determinantes subjetivos. La Habana: Científico Técnica; 2006.
11. Guerrero Pupo JC, Rodríguez Fernández G, Ramírez Pérez E, Leyva Ruiz M, Rodríguez Rodríguez G. Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor. Corr Med Cient Holg [Internet]. 2004 [citado 17 Mar 2012]; 8(3): 13-25. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83ori2.htm>
12. Prieto Ramos O. Temas de Gerontología. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
13. Espinosa Brito A. Envejecimiento Poblacional e Individual. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
14. Soria Bell B, Rodríguez Saif AJ. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Rev Cubana Enfermer. 2002; 18(2): 116-21.

## ANEXOS

**Tabla No. 1.** Distribución de los Adultos Mayores según edad y sexo. Centro Gerontológico de Ciego de Ávila. Marzo del 2010.

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-65	5	12.82	8	20.51	13	33.33
66-70	2	5.13	3	7.69	5	12.82
71-75	10	25.64	8	20.51	18	46.15
Mayor de 76	2	5.13	1	2.56	3	7.69
Total	19	48.72	20	21.28	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 2.** Estado Civil.

Estado civil	No.	%
Viudo	21	53.85
Casado	8	20.51
Unión consensual	10	25.64
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 3.** Nivel escolar.

Nivel escolar	No.	%
Primario	17	43.59
Secundario	8	20.51
Preuniversitario	7	17.95
Universitario	7	17.95
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 4.** Atención de familiares

Atención	No.	%
No	31	79.49
Si	8	20.51
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 5.** Satisfacción con los servicios de la institución.

Satisfacción	No.	%
Buena	34	87.18
Regular	5	12.82
Mala	0	0
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 6.** Nivel de Depresión

Depresión	No.	%
No existe depresión	8	20.51
Depresión moderada	14	35.90
Depresión severa	17	43.59
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 7.** Nivel de ansiedad como Rasgo.

Ansiedad como Rasgo	No.	%
Alta	21	59.85
Media	15	38.46
Baja	3	7.69
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 8.** Nivel de ansiedad como Estado.

Ansiedad como Estado	No.	%
Alta	17	43.59
Media	15	38.46
Baja	7	17.95
Total	39	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 9.** Variables de conocimientos antes y después de la implementación de la estrategia educativa.

Variables de conocimiento	Antes				Después			
	Conocen		No conocen		Conocen		No conocen	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Envejecimiento y vejez	13	33.33	26	66.67	36	92.31	3	7.69
Ansiedad y depresión	6	15.38	33	84.61	34	87.18	5	12.82
Principales problemas de salud	29	74.36	10	25.64	37	94.87	2	5.13
Familia, viudez y comunicación	8	20.51	31	79.49	31	79.48	8	20.51
Sexualidad en la Tercera Edad	9	23.08	30	76.92	38	97.44	1	2.56

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 10.** Variables de actitud antes y después de la implementación de la estrategia educativa.

Variables de actitud	Antes				Después			
	Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cambio del rol social, institucional y familiar	11	28.21	28	71.79	33	84.62	6	15.38
Formas de evitar las alteraciones psicológicas	3	7.69	36	92.31	37	94.87	2	5.13
Autoestima y asertividad	14	35.90	25	64.10	35	89.74	4	10.26

Fuente: Encuesta