

Cuidador familiar del adulto mayor: Efectividad del programa de consejería sobre cuidados de prevención de caídas corporal

Family caregiver of the elderly: Effectiveness of the caretaker program on body falls prevention care

Rosa Ricardina Chávez Farro^{1,2*}

¹ Escuela de Posgrado, Universidad Nacional de Trujillo, Av. Juan Pablo II s/n – Ciudad Universitaria, Trujillo, Perú.

² Universidad Nacional de Cajamarca, Av. Athualpa N° 1050 – Ciudad Universitaria, Cajamarca, Perú.

* Autor correspondiente: rchavezf@unc.edu.pe (R. Chávez)

DOI: [10.17268/rev.cyt.2021.02.13](https://doi.org/10.17268/rev.cyt.2021.02.13)

RESUMEN

El propósito de la investigación fue determinar la efectividad de un Programa de Consejería sobre cuidados de prevención de caídas corporal, para ello se realizó la identificación del nivel de conocimiento sobre cuidado de prevención de caída corporal de los cuidadores familiares de las personas adultas mayores; asimismo se determinó el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de las personas adultas mayores, antes y después de la aplicación del Programa de Consejería. El estudio se abordó como una investigación de tipo cuantitativa, cuasi-experimental con grupo único, con un universo muestral de 42 cuidadores familiares del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor EsSalud-Trujillo y con una muestra representativa de 30 cuidadores, su categorización arroja un nivel de conocimiento alto mayor o igual a 8 puntos; y un nivel de sobrecarga leve de 47% a 55% y una sobrecarga intensa de mayor o igual a 56%. Se concluye que el programa de Consejería sobre prevención de caídas corporales fue efectivo al aumentar el nivel de conocimiento y disminuir el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares.

Palabras clave: Efectividad; Programa de Consejería; Prevención de Caídas Corporal; Sobrecarga; Adulto Mayor.

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the effectiveness of a Counseling Program on care for the prevention of body falls, for this purpose the identification of the level of knowledge about body fall prevention care of the family caregivers of the adults was made. Likewise, the level of overload of the family caregivers of older adults was determined before and after the application of the Counseling Program. The study was approached as a quantitative, quasi-experimental research with a single group, with a sample universe of 42 family caregivers of the older adult of the Center for the Elderly - Es-Salud-Trujillo and with a representative sample of 30 caregivers. categorization yields a high level of knowledge greater than or equal to 8 points; and a slight overload level of 47% to 55% and an intense overload of greater than or equal to 56%. It is concluded that the program of counseling on prevention of corporal falls was effective to increase the level of knowledge and reduce the level of overload of family caregivers.

Keywords: Effectiveness; Program of Counseling; Prevention of Corporal Falls; Overload; Elderly.

1. INTRODUCCIÓN

El problema de investigación es de naturaleza relevante, ya que se orienta a indagar sobre el conocimiento y recarga del cuidador familiar en su interés por ayudar a prevenir las caídas de los adultos mayores, y que muchas veces las personas que cuidan a los adultos mayores con riesgo de caída poseen escaso conocimiento de dichas atenciones; así como se encuentran muy sobrecargadas con tareas físicas y estados emocionales alterados. En este sentido el problema tiene que ver con el escaso nivel de conocimiento que se posee sobre la prevención de riesgo de caída, y la sobrecarga que experimentan estos mismos; es por eso que a nivel internacional, estudios realizados en España, Canadá y otros países coinciden con los resultados de los pocos estudios que se han hecho en Chile, Zavala (2008), explica: “Presentan niveles bajos de escolaridad, comparten el domicilio con el paciente o anciano y afectan el cuidado de manera diaria sin que por lo general, reciban ayuda de otro familiar”, se aprecia la dificultad de poder cuidar de los cuidadores familiares por sí mismos por su parte Isla (2010) sostiene: “Las personas cuidadores mencionan el cansancio, el agotamiento, el desánimo,

trastornos del descanso y sueño. En ocasiones las repercusiones son más severas y ocasionan las depresiones e incapacidad intensa para asumir la situación, el cuidador dedica mucho tiempo al cuidado y ello representa una sobrecarga física y emocional que altera su vida”.

Se aprecia una problemática muy álgida en los cuidadores familiares debido a que están expuestos a la sobrecarga que van teniendo en su proceso de cuidador y en el que se evidencia su escaso nivel de conocimiento de estos cuidados. Con Carretero et al (2002) se sostiene “Las repercusiones de esta sobrecarga sobre los cuidadores informales implican problemas en su salud física y mental, depresión, ansiedad, enfermedades psicomáticas, etc. así como repercusiones económicas, laborales, familiares sobre sus relaciones sociales y su tiempo libre. Además, la sobrecarga del cuidador tendría fuertes consecuencias sobre el receptor de cuidados en cuanto que se ha relacionado con el abandono del cuidador, la institucionalización e incluso con malos tratos y abusos hacia la persona dependiente”.

Los problemas de los cuidadores familiares están presentes en su sobrecarga y en su nivel de conocimiento que tienen sobre el riesgo de caída de las personas adultas mayores, sin embargo, Úbeda (2009), nos dice: “el cuidado informal es un conjunto difuso de redes (familia, amigos, etc.) que suele caracterizarse por su reducido tamaño, y existir afectividad en las relaciones y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración”. Observamos la tendencia problemática del cuidador familiar no está muy bien definido y por lo tanto su conocimiento es muy relativo. A todo esto la problemática del nivel de conocimiento que presenta el cuidador familiar está también cuestionada, así Burgos, et al (2008) señala “ser cuidador familiar de una persona adulta mayor es una experiencia que transforma la vida y requiere conocimiento, valor, y paciencia para ejercer su tarea de manera hábil; pudiendo incrementarse si recibe la orientación adecuada. El temor por el desconocimiento de la enfermedad y demandas físicas, falta de pericia para manejar las diferentes necesidades y reacciones emocionales del adulto mayor puedan hacer más difícil su tarea”, el problema es una aproximación de su quehacer, de su sobrecarga, de la paupérrima condición en que se encuentra para atender al adulto mayor con riesgo de caída y su consecuente falta de pericia para brindar una atención que satisfaga los requerimientos de orientación para prevenir el riesgo de caída de los adultos mayores. Es por ello, como estudiar este problema es de vital importancia para nuestra investigación ya que permite aplicar el Programa de Consejería para mejorar el nivel de conocimiento de los cuidadores familiares y disminuir la sobrecarga de las mismas, con el ánimo de que estos factores no influyan en el riesgo de caída de una manera considerable, permitiendo orientar los consejos estratégicamente con un enfoque educativo de Freyre y una fundamentación humanista, filosófica y social de todo lo relacionado al cuidado y protección del adulto mayor con riesgo de caída. Su importancia es trascendente pues equipara la influencia que existe entre el nivel de conocimiento, el grado de sobrecarga con la eficacia de la prevención de caídas de los adultos mayores en la red Asistencial Essalud-Trujillo-2017. Es por eso que se ha recurrido a investigar otros trabajos que corroboran que el problema existe, por ejemplo en Ecuador, se realizó el estudio por Chancay (2012), en la identificación de los conocimientos que tienen los familiares sobre cuidados personales, psicológicos, espirituales, que influyen en la salud del adulto mayor, del cantón la Libertad. Hospital Da Rafael Serrano López, obtuvo como resultado que los familiares del adulto mayor tienen bajo nivel de conocimientos y destreza sobre cuidados integrales, el 31% viven solos y el 69% viven acompañados. Otro estudio de Martínez & Ponce (2011), señala “Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre presión”, estudio realizado en España, se obtuvo como resultado que el 30.8% de la población está representada por personas mayores. La media edad de los cuidadores es de 53, la mayoría son mujeres (86%), con bajo nivel de estudios (57%), y en Perú, Nalverte (2009) en su estudio nivel de conocimiento que tienen los cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar, en el Centro de Salud Materno Infantil El Peruano-Red Lima-ciudad 2009. Obtuvo como resultado que el 63% tiene un nivel de conocimiento medio acerca de los procesos fisiológicos y psicosociales del envejecimiento lo que no garantiza la calidad del cuidado en el adulto mayor, el 20% presentó un nivel alto y un 17% tienen un nivel bajo de conocimiento. Concluyéndose que la mayoría tiene un nivel de conocimiento bajo. Todos estos trabajos de investigación realizados demuestran que el problema es actual y existe en muchas esferas de la situación que viven nuestros cuidadores familiares en su relación con el Adulto Mayor, ya que todos ellos se han preocupado por el nivel de conocimiento precario que padecieron, estudiaron y potenciaron elevar esta problemática. Para resolver esta problemática se han utilizado diferentes estrategias metodológicas, en nuestro caso se ha optado por aplicar un Programa de Consejería que permita orientar al cuidador familiar para elevar su nivel de conocimiento y disminuir considerablemente su sobrecarga, ya que con estas dos dimensiones se puede atender con eficacia la prevención de caídas de los adultos mayores, se les orientó mediante actividades dirigidas de inicio, proceso y salida con un criterio axiológico, social, práctico y competente de los pro y contra del nivel de conocimiento que poseen y el nivel de sobrecarga que presentan en el momento de realizar los cuidados y mediante la interrelación cuidador-adulto

mayor establecer vínculos recíprocos de identificación con la prevención de riesgos de caída en concomitancia con el nivel de conocimiento que éstos tienen y su sobrecarga o finalmente como explica Barrera et al (2006) “su metodología se inició con acuerdos interinstitucionales que orientaron la conceptualización del estudio en términos de cronicidad y habilidad del cuidador. Se realizó un protocolo de investigación, que fue sometido a revisión y crítica por parte de otros investigadores. Se hicieron los ajustes convenidos y con una propuesta de trabajo colaboratorio”. Es importante el trabajo colaborativo en nuestra metodología para el logro de mejorar el nivel de conocimiento y disminuir la sobrecarga de los cuidadores familiares en su tarea de prevenir el riesgo de caída de los adultos mayores.

Por su parte, Aguadelo et al (2011) un método es importante para solucionar la problemática del bajo nivel de conocimiento de cuidados a través de un estudio evaluativo con abordaje cualitativo con 121 cuidadores directos e indirectos de los 15 centros de bienestar del anciano de los 14 municipios de Risalda con apoyo estatal. La información se grabó, transcribió, codificó y categorizó. Particularmente nuestra metodología asoció a las actividades de consejería temas como: el envejecimiento, afecto, nutrición, higiene, motricidad y protección, caída, peligros de caída, prevención como nucleares del conocimiento básico del cuidador familiar y que permitió la eficacia tanto con los cuidadores familiares como con los adultos mayores, efectivizando de manera significativa su relación de mayor conocimiento y disminución de la sobrecarga de los cuidadores familiares. En esta investigación se encontraron los siguientes resultados: características sociodemográficas de los cuidadores familiares de personas adultas mayores cuya edad de menores de 40 años tenía el 21,43%, de 40 a 59 años, tenía 35,71%, de más de 60 años 42,86%, según fuente de la autora o cuidadores familiares según nivel de conocimiento sobre cuidado de prevención de caídas antes y después de aplicar el Programa de Consejería, en el que antes arrojó bajo con 73,81% y después 56,67%; luego antes arrojó alto con 26,19% y después 43,33%, apreciando que en realidad el nivel de conocimiento de los cuidadores familiares es bajo, reduciéndose posteriormente con la aplicación del Programa de Consejería; en los niveles de sobrecarga se encontró que antes de la aplicación del Programa tenía una ausencia de sobrecarga de 50% y después obtuvo 53,33%, una sobrecarga ligera antes 36,33% y después 43,33%, así mismo para la sobrecarga intensa antes 13,64% y después 3,33% en el test de Zurit, lo que demuestra que estos resultados fueron satisfactorios a nuestra investigación porque el Programa de Consejería sobre los cuidados en prevención de caídas corporales, resultó muy efectivo para intereses de los adultos mayores y de los cuidadores familiares, ya que se mejoró el nivel de conocimiento y se disminuyó el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares en EsSalud-Trujillo, en el desarrollo de la investigación se obtuvieron aportes importantes que contribuyeron a mejorar el nivel de conocimiento y la sobrecarga de los cuidadores familiares, así Rogers (1981) explica: “los procesos terapéuticos al enfoque de consejería planteado, eran principalmente de carácter directivo. En estos, el ayudador (a quien se le solicita ayuda) es quien tiene la respuesta o el saber que entrega dirección al cliente. Se plantearía así al consejero como alguien más competente para proponer metas y valores a seguir al sujeto consultante”.

En este sentido el aporte de la consejería tiene un carácter directivo competente para implementar metas, valores y actividad que mejoren el nivel de conocimiento y de sobrecarga de los cuidados familiares, es decir, el aporte del enfoque directo en nuestra consejería como elemento determinante de su ejecutabilidad. Así mismo, el Programa de Consejería aplicado en la investigación es de naturaleza cognitivo-comportamental ya que los cuidadores familiares activaron su sistema de creencias familiares para que estos junto con los adultos mayores constituyan su percepción sobre el riesgo de caída de éstos, es entender como el individuo construye su percepción y su conocimiento de la realidad, como toma de decisiones a partir de múltiples opciones y cómo actúa y se comporta frente a la realidad.

El aporte de la investigación es fundamentalmente cognitiva y comportamental por el conocimiento nuevo adquirido por los cuidadores familiares y el comportamiento asimilado por los adultos mayores durante la ejecución del programa de consejería. También encontramos un aporte existencialista de la Consejería, González & Arriagada (2004), nos dice: “Se fundamenta en la filosofía, psiquiatría, psicología y teología. Busca comprender las formas de ser en el mundo y las emociones del ser humano enfocándose en la experiencia subjetiva de cada persona. Se centra entonces en la vida de la persona más que en su personalidad”, este aporte existencialista nos ha permitido orientar psicológica y filosóficamente la vida y personalidad de los cuidadores familiares de adultos mayores en su deseo por mejorar su nivel de conocimiento y disminución de la sobrecarga con el ánimo de realizar una orientación de la prevención de las caídas corporales de una manera asistida, sistemática, experta, orientadora y comprometida con la existencia y protección de los adultos mayores.

Al respecto, según McClure et al. (2008). En cuanto a la prevención de caída corporal, al igual que los factores de riesgo son multifactoriales, la intervención para la prevención de caída corporal debe ser multifactorial y multidimensional. Los diferentes profesionales que están en contacto con personas mayores no deben dar la espalda a un problema socio-sanitario tan importante como son las caídas corporales. Por lo tanto, el

compromiso es de médicos, enfermeros/as, podólogos/as, asistentes/as sociales, trabajadores/as familiares, fisioterapeutas y los profesionales del ámbito de la actividad física responsables de detectar, derivar e implementar programas preventivos de caídas y las lesiones que estas producen.

Para Spinks, Turner, Nixon y McClure (2009), sostiene que cualquier medida preventiva de caída corporal debe ser introducida y formar parte de una estructura social determinada para poder garantizar un nivel alto de éxito. El modelo Comunidades Seguras de la OMS, “WHO SAFE COMMUNITIES”, es una evidencia de la efectividad que tienen las intervenciones en la comunidad en general o en grupos específicos, actuando desde diferentes frentes en la divulgación de la información para la prevención de lesiones por diferentes factores.

La intervención preventiva de caídas corporales puede contemplar charlas, folletos, entrevistas individuales con información sobre prácticas seguras y percepción del riesgo, informando a la población mayor en general y, muy especialmente, a aquellas personas frágiles y en riesgo de caer. Las indicaciones deben centrarse en los hábitos y la rutina del día a día, teniendo en cuenta los espacios en los cuales se mueve la persona:

- Valorar la vivienda y los hábitos de interacción en el hogar, como la utilización de implementos adecuados, por ejemplo escaleras para alcanzar objetos o para hacer la limpieza, la eliminación de alfombras en la habitación, salón o cuartos de baño.
- Iluminar con suficiente luz los espacios de trayecto nocturno para ir al baño.
- Valorar el calzado y la ropa que permitan un desplazamiento cómodo y facilidad al moverse.
- Si vive solo, disponer de un sistema de tele-asistencia que lleve siempre consigo para que pueda pedir ayuda en caso de necesidad.
- Solicitar al personal médico la valoración de las dosis, tipo y cantidad de medicamentos.
- Buscar asesoría sobre dispositivos de ayuda para adquirir más seguridad en los desplazamientos.
- Valorar la visión y la audición.
- Adquirir hábitos de participación más activa que le permitan interactuar con la comunidad.
- Realizar ejercicio físico de manera regular, controlado y dirigido por un profesional del ámbito.

Asimismo, Duaso et al. (2011), manifiesta que la mayoría de estudios proponen, entre las medidas de prevención de caída corporal, la realización de ejercicio físico frecuente y controlado por un profesional de la actividad física y el deporte. Desde la actividad física se debe valorar a los participantes de manera individual para detectar los factores de riesgo y, desde la práctica de ejercicio físico, ofrecer los recursos de entrenamiento específicos para mejorar y/o mantener la condición física en el mejor estado posible, de acuerdo a las características de cada individuo, para prevenir las caídas.

Desde este ámbito físico, la intervención debe estar encaminada a estimular de manera global todas las cualidades físicas en personas sanas o con deterioro. La intervención para la prevención de caída corporal debe incluir una combinación de propuestas que involucren la resistencia cardiorrespiratoria, la movilidad articular, la fuerza y la coordinación, entre otras, además de incidir con más énfasis en fortalecer y mejorar la resistencia del tren inferior (por debilidad muscular), la propiocepción (problemas de equilibrio) y el esquema de marcha (deterioro de la marcha). A parte de los elementos físicos de una sesión, también se deben implicar aspectos cognitivos como la memoria, la retención, la representación mental, la socialización, entre otros.

El objetivo general que orientó esta investigación fue determinar la efectividad del programa de consejería en el nivel de conocimientos sobre cuidados de prevención de caídas corporal y el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de las personas adultas mayores, EsSalud – Trujillo, 2017.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Objeto de estudio

El objeto de estudio estuvo constituido por las personas adultas mayores, EsSalud – Trujillo, 2017.

El presente estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, cuasi-experimental con grupo único, con medición previa y posterior, se realizó en los cuidadores familiares de las personas adultas mayores inscritos en el Centro del Adulto Mayor, EsSalud – La Libertad.

La población de estudio son los cuidadores familiares del adulto mayor inscritos en el Centro del Adulto Mayor, EsSalud – La Libertad.

2.2. Medios o fuentes de información

Se solicitó autorización y la información correspondiente a la responsable del Centro de Adulto Mayor de Trujillo – EsSalud, Red Asistencial La Libertad, una vez contando con la autorización y la base de datos de las personas adultas mayores inscritas en el CAM, con sus respectivos domicilios, se seleccionó la muestra por muestreo aleatorio simple.

2.3. Métodos y técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la encuesta y el instrumento del cuestionario.

La técnica que se utilizó fue la entrevista personal a cada uno de los cuidadores familiares de las personas adultas mayores de EsSalud, se los contactó en el Centro de Adulto Mayor, así como también por teléfono y/o celular, concertando fecha y hora para realizar la visita en sus viviendas.

La investigación se realizó con la aplicación de métodos y técnicas de forma contextual al proceso de estudio, se comenzó a señalar los pasos a seguir en cada una de las etapas del procedimiento diseñado para la obtención de los resultados, así como al planteamiento de cada una de los procesos de medición, recolección de datos, encuesta, entrevista y test de Zarit.

Se utilizó la Encuesta para la recolección sistemática de los datos de la población o muestra de estudio de los cuidadores familiares involucrados en la investigación, y obtenido mediante el uso de la Entrevista personal; con la colaboración del Centro de Adulto Mayor EsSalud -Red Asistencial-Libertad-Trujillo.

2.4. Medidas estadísticas:

- a) **Media aritmética:** Es la medida más conocida y usada, se le conoce como promedio o simplemente media y es el valor numérico que representa el valor central de todas las puntuaciones de una distribución, su fórmula es:

$$S = \sqrt{\frac{\sum n_i (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

Donde:

S = Desviación estándar. x_i = Valores individuales. \sum = Sumatoria
 n_i = Frecuencia del valor x n = Casos.

- b) **Varianza:** La principal función y utilidad que se le puede encontrar a la varianza es que permite saber la dispersión promedio de cada valor con respecto a su media, su fórmula es:

$$V = \frac{\sum f_i (x_i - \bar{X})^2}{n-1}$$

Donde:

V = Varianza x_i = Valores individuales \bar{X} = Media Aritmética
 f_i = Frecuencia del valor x n = Casos o tamaño de muestra

- c) **Desviación estándar:** Es una medida de dispersión, que da el valor promedio correspondiente al alejamiento o acercamiento de los puntajes de una distribución con respecto a la media aritmética, sirve para establecer si el rendimiento o logro en una prueba es similar en todas las unidades de análisis, su fórmula es:

$$s = \sqrt{\frac{\sum f_i (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

Donde:

S = es la desviación de los puntajes o calificativos con respecto al promedio.

CV = $\frac{S}{\bar{X}} * 100\%$ = es la variación pero expresado en porcentaje

S = desviación estándar.

x_i = valores individuales.

\bar{X} = media aritmética.

f_i = frecuencia del valor x.

n = casos o tamaño de muestra.

(1) Estadística de prueba $t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{(DE)^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$

- d) **Prueba de Hipótesis:** Prueba estadística de diferencia de media la T-Student. En el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS 15.0 y Microsoft Excel 2007.

$$t_o = \frac{\bar{d}}{S_D/\sqrt{n}} \rightarrow t(\alpha, n - 1)$$

Donde:

t_o = t calculado para la prueba de hipótesis.

- t = t de tabla para la prueba de hipótesis.
 \bar{d} = Media de diferencias (pre test y post test).
 S_D = Desviación estándar de diferencia de medias.
 n = Tamaño de muestra.
 α = Nivel de significancia

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Prueba “t” para nivel de conocimiento y sobrecarga antes y después de aplicar el Programa de Consejería. Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Trujillo - 2017

Variable	Programa de Consejería		Prueba “t”		
	Antes	Después	t_c	Prob.	G.L.
Nivel de conocimiento	5,6190	7,4330	-2,70	0,009	70
Nivel de sobrecarga	47,1200	42,8700	0,96	0,341	70

Los resultados de la tabla 1, la prueba “t”, indica que, a un nivel de confianza del 95%, los promedios de nivel de conocimiento son significativamente diferentes entre antes y después de aplicar el Programa de Consejería, más no lo son para nivel de sobrecarga. Hay diferencia cuando la probabilidad es menor que 0,05.

Por su parte, Velar & Pérez (2010) manifiesta: “Los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol del cuidador, puede significar un cambio básico para el que no está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado”, notamos como la sobrecarga de los cuidadores influye negativamente en la calidad del cuidado la prevención de caídas del adulto mayor, ya que los estados de ira, culpa, agotamiento físico, ansiedad, tristeza, entre otros, se presenta como elementos negativos que afectan la funcionalidad positiva del cuidador familiar, enervando significativamente sus atenciones y estado de vigilia que debe guardar para con el adulto mayor, mientras asume tan importante función y responsabilidad, lo que deja claro que además de esto existen otros niveles de sobrecarga que afectan su accionar dentro del contexto en que interactúa con los adultos mayores a su cargo, en consecuencia el Programa de Consejería sobre cuidados de prevención de caídas corporales es efectivo, pues ayudó a mejorar eficazmente el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares en la red asistencial Es-Salud-Trujillo-2017, básicamente porque con la implementación del Programa, los cuidadores familiares asumieron con responsabilidad su tarea y fueron conscientes de la importancia que tenía asistir a los adultos mayores liberados de todo tipo de carga y sobrecarga negativa que altera la relación de cuidado entre el cuidador familiar y el adulto mayor con riesgo de caída corporal, al verse menos tensionados y con un nuevo semblante de comportamientos positivos aleccionaron positivamente a los adultos mayores para la consumación de sus objetivos, ya que tanto ellos como los adultos mayores mejoraron eficazmente el nivel de sobrecarga y también las atenciones se volvieron más confiables y positivas.

Tabla 2. Test de proporciones para Nivel de conocimiento antes y después de aplicar el Programa de Consejería. Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Trujillo - 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PROGRAMA DE CONSEJERÍA		Test de Proporciones	
	Antes de la aplicación	Después de la aplicación	Z_c	$Z_t (\alpha = 0,05)$
Bajo	31	13	2,6950	1,96
Alto	11	17	2,6950	1,96

Fuente: Test del Nivel de conocimiento de los cuidados de prevención de caídas

Tabla 3. Test de proporciones para Nivel de sobrecarga entre antes y después de aplicar el Programa de Consejería. Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Trujillo – 2017

NIVEL DE SOBRECARGA	PROGRAMA DE CONSEJERÍA		Test de proporciones	
	Antes de la aplicación	Después de la aplicación	Z_c	$Z_t (\alpha = 0,05)$
Ausencia de sobrecarga	21	16	-0,2792	1,96
Sobrecarga ligera	15	13	-0,6521	1,96
Sobrecarga Intensa	06	01	1,7340	1,96

Fuente: Test de Zarit – Sobrecarga del cuidador

Los resultados de las tablas 2 y 3. Los valores de “Z” del Test de proporciones entre antes y después, muestran diferencias significativas ($\alpha=0,05$) a nivel de conocimiento bajo y alto; es decir, el Programa de Consejería ha sido efectivo; más no así para el nivel de sobrecarga.

Por su parte Fernández (2013), sostiene: “Se ha evidenciado que el nivel de conocimiento por las actitudes positivas favorables al cambio de conductas y comportamientos, influyen en la persona para adoptar estilos de vida saludable, acceder a los servicios de salud adecuados y actuar de acuerdo a la información y al asesoramiento relacionado con la salud”, en estas circunstancias es importante reconocer el nivel de conocimiento sobre cuidado corporal de los cuidados familiares, ya que aunado a sus aptitudes positivas, a su comportamiento permiten influir significativamente en los adultos mayores, vimos que antes los cuidadores familiares tenían poco conocimiento de las funciones reales de un cuidador familiar; sin embargo ya con la consejería sus niveles de conocimiento aumentaron, producto de su interés por conocer la información y asesoramiento relacionado con la salud de los adultos mayores, si antes para atender a un adulto mayor dudaban o lo hacían por idiosincrasia, ahora con la consejería demostraron mayores destrezas y habilidades para realizar mejor la tarea de cuidar al adulto mayor y prevenir considerablemente sus cuidados, esto significa que el Programa de Consejería sobre prevención de caída corporal en el adulto mayor ayudó a mejorar eficazmente el nivel de conocimiento de los cuidados familiares.

Tabla 4. Correlación de Nivel conocimiento con sobrecarga antes y después de aplicar el Programa de Consejería. Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Trujillo – 2017

VARIABLES	NIVEL DE SOBRECARGA					
	Antes		Después		TOTAL	
	r	p	r	p	r	P
NIVEL DE CONOCIMIENTO	0,642	0,000	0,603	0,000	0,548	0,000

Los resultados de la tabla 4. Los valores del coeficiente de correlación, indican que existe una intensa relación, en todos los casos, entre nivel de conocimiento y sobrecarga.

El presente estudio de investigación fue de tipo aplicativo por cuanto se aplicó una Efectividad del programa de consejería, a un grupo de adultos mayores, EsSalud – Trujillo, 2017. Estableciéndose su eficacia en la prevención de caídas corporal, es decir sobre la variable dependiente.

4. CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento sobre cuidados de prevención de caídas corporales, de los cuidadores familiares aumentó eficazmente con la aplicación del Programa de Consejería, en Es-Salud-Trujillo-2017.

El nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares disminuyó eficazmente con la aplicación del Programa de Consejería en la EsSalud-Trujillo-2017.

El nivel de conocimiento sobre cuidados de prevención de caídas corporales aumentó eficazmente la atención, técnicas y estrategias de cuidados utilizados para atender a los adultos mayores con riesgo de caída corporal.

Los adultos mayores experimentaron cambios en su atención, control y seguimiento de sus actividades; pues fueron atendidos por cuidadores con baja carga y sobrecarga.

El Programa de consejería sobre prevención de caídas corporales fue efectiva al aumentar el nivel de conocimiento y disminuir la sobrecarga de los cuidados familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguadelo, E.; Ríos, M.; González, M.; Rivera, E.; Vélez, H. 2011. Resultados de la capacitación a cuidados del Adulto Mayor en el departamento de Risalda. *Investigaciones Andinas*. 15 (27): 825-837.
- Barrera, L.; Galvis, C.; Moreno, M.; Pinto, N.; Pinzón, M.; Romero, E.; Sánchez, B. 2006. La habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín, Colombia 24(1):36-46
- Burgos, P.; Figueroa, V.; Fuentes, M.; Quijada, I.; Espinoza, E. 2008. Caracterización y nivel de conocimiento de cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra - Chillán. *Theoria.Ciencia y Enfermería*.17 (2): 7-14.
- Carretero, S.; Garcés, J.; Ródenas, F. 2002. La sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psico-social. 311 pp.
- Chancay, I. 2012. Identificación de los conocimientos que tienen las familias sobre cuidados personales, psicológicos y espirituales que influyen en la salud del adulto mayor. La Libertad, Ecuador. 134 pp.

- Duaso, E.; Casas, Á.; Formiga, F.; Lázaro del Nogal, M.; Salvà, A.; Marcellán, T.; Navarro, C. 2011. Unidades de prevención de caídas y fracturas osteoporóticas. Propuesta del grupo de osteoporosis, caídas y fracturas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 46(5): 268–74.
- Fernández, R. 2013. Actitudes y comportamiento social. Trabajo final de grado en criminología y seguridad, Universitat Jaume. Castellón, España. 50 pp.
- González, G. y Arriagada, P. (2004). Consejería y Autocuidado. Adaptación texto base curso consejería y autocuidado. Postítulo Intervención con familias en extrema pobreza. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Chile, 1- 45 pp.
- Isla, P. 2010. El cuidador familiar, una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental. Valencia, España. 187-194 pp.
- Martínez, R.; Ponce, D. 2011. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. Murcia, España. Enfermería Global 10 (24): 60-84.
- McClure, R.; Tuerner, C.; Peel, N.; Spinks, A.; Eakin, E.; Hughes, K. 2008. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas. Revisión Cochrane Traducida) Biblioteca Cochrane Plus, 4(3): 1–19.
- Nalverte, R. 2009. Nivel de conocimientos que tienen los cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar en el Centro de Salud Materno Infantil El Porvenir. Escuela de Enfermería UNMSM. Lima-Perú. (1):11-25.
- Rogers, C. 1981. Orientación psicológica y psicoterapia. Editorial Narcea. Madrid, España. 38 pp.
- Rogers, C. 1981. Apuntes históricos de la consejería psicológica: una mirada al desarrollo internacional a nuestra especialidad. Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano, 1-10 pp.
- Spinks, A.; Turner, C.; Nixon, J.; McClure, R. 2009. The 'WHO Safe communities' model for the prevention of injury in whole populations (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Art. No.: CD004445. 1-23 pp.
- Úbeda, I. 2009. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario. Escuela de Enfermería; Universidad Barcelona-Barcelona, España. 320 pp.
- Velar, K.; Pérez, N. 2010. Cuidadores Familiares: competencias emocionales y sintomatología depresiva. Barcelona. España. 1: 84- 94 pp.
- Zavala, M. 2008. Problemas que enfrentan los cuidadores familiares. Universidad Central de Chile-Santiago. Concepción, Chile. 19: 75-79 pp.

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA DE CONSEJERÍA

El programa diseñado para los adultos mayores de la Red Asistencial EsSalud Trujillo-2017, referido a la prevención de caídas corporales, plantea como objetivo general prevenir adecuadamente las caídas corporales de los adultos mayores mediante un programa de consejería basado en el grado de conocimiento del cuidador familiar, considerando el nivel de sobrecarga que este puede tener, durante el desarrollo de sus funciones como cuidador.

En este sentido se ha diseñado un proceso en tres fases, en la Planificación se tiene en cuenta el grado de conocimiento del cuidador familiar, quien en base a su experiencia y observación sistematizada de casos de caídas plantea una serie de consejos básicos de carácter efectivo indispensables para la prevención de caídas. Dentro de éstos consejos se consideran los enfoques humanistas, sociales, económicos, culturales, educativos y de salubridad como ejes valorativos y filosóficos de la concepción de vida.

En su planificación, además es importante determinar el efecto de la aplicación de un programa de consejería con perspectiva filosófica, en la que se destaca la funcionalidad familiar, carga del cuidador, aspectos valorativos, creencias y cultura de los cuidadores.

En este programa el grado de conocimiento del cuidador familiar es significativo; así como la corporeidad de adulto mayor y el nivel de sobrecarga. Estos conocimientos previos son indispensables para cuidar al adulto mayor.

El conocimiento amplio de caídas del cuidador se manifiesta en la capacidad para comprender las caídas como su problema que implica una carga de enfermedad importante en los adultos mayores. Poseen conocimiento específico que las caídas ameritan intervenciones multidisciplinarias, conocen que las caídas son la principal causa de lesiones accidentales sufridas por un grupo de adultos mayores de la comunidad urbana causada por caídas.

En el Programa, los cuidadores gozan del conocimiento pleno teórico-práctico de las caídas dado por la OMS en 2014, entendidas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene. Saben también que las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas: edad, sexo, estado de salud que pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.

Conocen que la edad es el principal riesgo para caídas, además que los adultos mayores de más de 60 años constituye un problema clínico importante por la morbilidad, mortalidad, y los costos para el individuo, su familia y la sociedad. En el síndrome geriátrico de los ancianos es la presencia de caídas de dos o más durante un año o en caídas recurrentes en 3 o más episodios durante un mes. Por su causalidad y al tiempo de permanencia en el piso las caídas se pueden clasificar en tres: Caída accidental, caída de repetición o no justificada y caída prolongada.

Las caídas con permanencia prolongada en el piso se consideran como indicadores de una reserva fisiológica disminuida en aquellas personas adultas mayores que la sufren, una que pueden estar relacionadas con trastornos únicos o múltiples que acortan su supervivencia o alteran su funcionalidad general.

Básicamente los cuidadores familiares clasifican a los factores en: A) Intrínsecos, aquellos que predisponen a caídas y que forman parte de las características físicas de un individuo. Aquí mostraremos factores fisiológicos del envejecimiento que favorecen las caídas: - Pérdida del poder de acomodación y disminución de la agudeza visual, - alteraciones en la conducción nerviosa vestibular, - anglioesclerosis del oído interno, - Disminución de la sensibilidad propioceptiva, - atrofia muscular y partes blandas, - por degeneración de las estructuras articulares.

El Programa lista de enfermedades que favorecen las caídas y que son de basto conocimiento por el cuidador familiar, así tenemos: Síncope, trastornos del ritmo, lesiones valvulares cardiopatía isquémica, hipotensión ortostática, insuficiencia cardíaca. Entre patologías neurológica/psiquiátrica tenemos: accidente cerebro-vascular, Parkinson, accidente cerebrovascular, extrapiramidalismo, crisis epiléptica, tumores intracraneales, deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, otras patologías, tenemos: artrosis, osteoporosis. Estos cuidadores saben de los grupos fármacos que más se asocian a caídas: antihipertensivos, antibióticos, tóxicos cerebe-

losos, y psicotrópicos, neurolépticos, antidepresivos, benzodiacepinas. También conocen los factores extrínsecos o ambientales y se pueden agrupar en aquellos en que se encuentran la vivienda, la vía pública y medios de transporte.

En el Programa, el cuidador familiar es plenamente consciente del conocimiento que tiene su nivel de sobrecarga, ya que su experiencia de caídas involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, lo cual sino se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales, y socioeconómicas y por tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no solo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidador (AM). Cuidar al adulto mayor con riesgo de caída corporal implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada. Es necesario la trascendencia de los objetivos en su correspondencia con las actividades de consejería previstas, y en función del tiempo disponible y su secuencialidad.

Para el proceso de ejecución del programa de Consejería para la prevención de caídas previas de los adultos mayores de la Red Asistencial EsSalud - Trujillo-2017, se ha considerado actividades de aprendizaje interactivo de los niveles de riesgo, caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental, deambulación, conocimiento de riesgo de sufrir caída, y medidas de prevención de caídas.

En este sentido, es importante que el cuidador tenga conciencia de lo que pasa o de lo que puede suceder con las personas adultas mayores (seres pasando por una circunstancia de vulnerabilidad), para lo cual se requiere no solo de competencia profesional, sino de sensibilidad, discernimiento e intuición.

El conocimiento de las personas adultas mayores, su historia, su biografía, sus experiencias anteriores, su motivación, expectativas, rituales de cuidado y grado de vulnerabilidad serán de gran ayuda durante el proceso de cuidado.

El conocimiento de las personas adultas mayores permite identificar y entender sus reacciones más rápidamente. Así será un factor de gran importancia si estos están disponibles no solo para las personas adultas mayores, sino también para su familia.

La familia bien informada, bien cuidada y apoyada brindará un gran apoyo durante el cuidado. Estudio muestra que bajo la visión de la enfermería responsable por la coordinación y planificación del cuidado, el concepto de cuidar fue percibido en el sentido de esencia e integralidad en relación con el ser, involucrando principalmente el apoyo a la familia.

El cuidador deberá ser receptivo y consciente de lo que significa ser persona adulta mayor, ser cuidado, estar enfermo, estar hospitalizado, así como ser sensible a los temores, ansiedad, miedos e inseguridad que la persona adulta mayor y su familia puedan presentar. Debe estar preparado para ayudar a la persona adulta mayor a enfrentar esta nueva situación de estar enfermo, hospitalizado y de necesitar ayuda, considerando que debe ser resguardada su identidad y preservada su integridad. Durante el proceso de cuidado, el cuidador deberá colocar en práctica su habilidad de pensamiento crítico.

Las acciones deben siempre ser acompañadas de interacción, es decir, conversando, escuchando, tocando, expresando interés, disponibilidad, aceptación. Postura, expresión facial y corporal, toques y miradas son indicadores de estos ítems, por lo tanto la persona adulta mayor a la vez que detecta cuando estos comportamientos son verdaderos, al mismo tiempo pierde toda la confianza en el cuidador y en el cuidado ofrecido cuando están ausentes. En el estar con y e el ser con el otro, la presencia genuina es fundamental.

El cuidador monitorea las reacciones físico-químicas de la persona adulta mayor, las funciones vitales y las reacciones observadas en él. También pueden verificarse las reacciones a través de su comportamiento, de si está o no relajado, aprensivo, tenso, entre otros aspectos. En el cuidador se debe observar la motivación, experiencia, conocimiento, habilidades técnicas, capacidad para brindar cuidado y pensamiento crítico.

Por lo tanto, el cuidador familiar al cuidar interactúa con la persona adulta mayor, colocando en práctica su conocimiento, su habilidad técnica y su sensibilidad que la ayuda en su crecimiento. A su vez la persona adulta mayor, a través de esta experiencia comparte su ser, experimenta los rituales de cuidado y sus características; aspectos que contribuyen para que el proceso de cuidar sea positivo. Se resalta que ambos, cuidador y el ser que es cuidado, se beneficiarán a través de esos encuentros.

ANEXO 2

Tabla 5. Test de asociación del Programa de Consejería con el Nivel de conocimiento y sobrecarga de los cuidadores familiares. Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Trujillo – 2017

VARIABLES	PROGRAMA DE CONSEJERÍA			
	Ji cuadrado (X_i^2)		Coeficiente de Contingencia (C)	
	X_i^2 calculado	X_i^2 tabulado	Valor de C	Porcentaje
NIVEL DE CONOCIMIENTO	6,839	3,84 ($\alpha=0,05$)	0,2950	29,50
NIVEL DE SOBRECARGA	2,458	5,99 ($\alpha=0,05$)	0,1820	18,20

Fuente: Test del Nivel de conocimiento y Test de Zarit – Sobrecarga del cuidador.

Los resultados de la tabla 5. Los valores del Ji cuadrado (X_i^2) del Test de asociación, indican que, estadísticamente a un nivel de confianza del 95%, existe asociación del Programa de Consejería con Nivel de conocimiento; más no con el Nivel de sobrecarga.

Sin embargo, el coeficiente de contingencia (C) expresa una intensidad de relación débil del Programa con el Nivel de Conocimiento (29,50 %) y Nivel de sobrecarga (18,20 %). De donde se infiere que la relación entre estas variables, está influenciada por otras causas que modifican o enmascaran la asociación entre ellas.

El presente estudio de investigación fue de tipo aplicativo por cuanto se aplicó una Efectividad del programa de consejería, a un grupo de adultos mayores, EsSalud – Trujillo, 2017. Estableciéndose su eficacia en la prevención de caídas corporal, es decir sobre la variable dependiente.