

La orientación educativa para familias con personas encamadas en el contexto de la actividad física comunitaria (original)

The educational orientation for families with bedridden people in the context of physical activity community

Ángel Fernando Suárez-Zabala, Filial Universitaria Municipal de Cultura Física de Manzanillo, magelags@grm.uccfd.cu, Cuba.

Yosbanys Esteban Osorio-Cabrera, Filial Universitaria Municipal de Cultura Física de Manzanillo, magelags@grm.uccfd.cu, Cuba.

Ángel Fernández-Rivero, Filial Universitaria Municipal de Cultura Física de Manzanillo, magelags@grm.uccfd.cu, Cuba.

Resumen

La investigación estuvo encaminada a generalizar un programa de orientación educativa para familias con personas en situación de camas en el contexto de la Actividad Física Comunitaria, teniendo en cuenta las características y posibilidades funcionales de este grupo poblacional, se realizó en el municipio de Manzanillo, provincia de Granma. Se partió del conocimiento de las peculiaridades de la comunidad y de las características de estas familias, lo que permitió preparar de forma sistemática a este grupo poblacional. Para la investigación se incluyó a las 161 familias con personas encamadas permanentes, que no estaban atendidas por instituciones de rehabilitación y pesquisadas por el médico de familia. Se utilizaron los métodos de investigación científica teóricos: el análisis y la síntesis, el sistémico-estructural-funcional, el histórico-lógico y el inductivo-deductivo; y los empíricos: la observación, la medición y el pre-experimento; como técnica: la entrevista no estructurada y la revisión de documentos oficiales; los métodos estadísticos: cálculo porcentual y el estadístico descriptivo. Desde el punto de vista práctico aporta un programa de orientación educativa para las familias con personas encamadas en el contexto de la actividad física comunitaria que potencia su preparación para el desarrollo de actividades que permiten a la familia abordar la problemática de la rehabilitación del encamado, desde el proceso de orientación educativa y se inserta en el logro de las metas y los objetivos de las instituciones de nuestra sociedad.

Palabras clave: Orientación educativa/ situación de cama/ trabajo comunitario/ elementos terapéuticos.

Abstract

The research was guided to generalize a program of educational orientation for the families with bedridden people in the context of the Physical Activity Community, keeping in mind the characteristics and functional possibilities of this group of people. The study was carried out in Manzanillo municipality, from Granma province. It came from the knowledge of the peculiarities of the community and the characteristics of these families, which systematically allowed preparing this population group. The research included 161 families with permanent bedridden people, who were not treated by rehabilitation institutions and surveyed by the family doctor. Theoretical methods were used such as: analysis and synthesis, systemic-structural-functional, historical-logical and inductive-deductive and empirical methods: observation, measuring and the pre-experiment; as techniques: the not structured interview and the revision of official documents. As statistical methods: the percentage calculation and the descriptive statistical. It provides, from the practical point of view, a program of educational orientation for the families with bedridden people in the context of the physical activity community that upgrade their preparation for the development of activities that allow the family to approach the rehabilitation problem of the bedridden, from the process of educational orientation and the achievement of the goals and objectives of the spheres and institutions of our society.

Key words: Educational orientation/ bed situation/ community work / therapeutic elements.

Introducción

En las últimas décadas nuestro país se ha caracterizado por un proceso de evolución en la sociedad hacia el estado de bienestar. Pero nos encontramos ante un importante desafío, mantener y mejorar las condiciones de vida, por lo tanto, es indudable que un acercamiento a esta problemática, conduce a inferir que una oferta de servicios sociales sistemáticos y de calidad, en correspondencia con las peculiaridades y expectativas de los grupos humanos a quienes va dirigida, debe redundar en una mayor satisfacción personal y colectiva.

En la actualidad la atención a personas en situación de cama está sustentada en indicaciones gubernamentales por diferentes organismos, entre ellos: el Ministerio de Salud Pública, la Asociación Cubana de Limitados Físico-motores, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Programa de Trabajadores Sociales y el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER), que indistintamente intervienen de forma unilateral, en la atención a las necesidades objetivas y subjetivas de estos. El funcionamiento físico es objeto de cuidado por algunos de estos organismos, pero se realiza con carácter esporádico;

por lo que el tratamiento a la funcionalidad motriz en las personas en situación de cama en la actualidad resulta insuficiente.

Todos los sectores de la población, en especial el que nos ocupa, demanda mayores acciones en función de elevar las condiciones de vida de las personas en situación de cama. En este sentido, desde la perspectiva del proceso de la actividad física, se considera fundamental por los beneficios directos que tiene con la salud. Si se parte de que el movimiento es un componente esencial en la vida de cualquier persona, pues todos los sistemas funcionan con mayor eficacia cuando se está activo, se puede considerar a las personas en situación de cama como un paciente de alto riesgo, por ello la capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud.

Se coincide con Jiménez, C. y Carrillo, B. (2002), al considerar que la condición de estar encamado es (...) el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras”.

Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulacion. Dinamarca Montesinos, (2003) plantea que es (...) la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundaria a situaciones patológicas diversas de origen biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión”.

La necesidad de abordar una nueva concepción teórica y metodológica que permita al profesor desarrollar un trabajo adecuado con las familias de personas en situación de cama, es una tarea prioritaria, por lo que, además de concebir un proceso de orientación educativa, que se inicia teniendo como base la caracterización biopsicosocial de las familias, se necesita también, que esta participe como eslabón de apoyo y complemento en la comunicación con las personas en situación de cama, y posibilite así, la educación más estrecha desde el seno familiar. Teniendo presente estas premisas, el proyecto generalizado se justifica a partir de la necesidad actual existente en el contexto cubano, específicamente en el municipio de Manzanillo.

La necesidad de una participación más efectiva de los cuidadores en el proceso de orientación educativa, permite que la persona en situación de cama vea a la familia como núcleo básico y de apoyo para lograr un desenvolvimiento mucho más afectivo. Se percibe que la preparación de estas familias es muy limitada, y que el trabajo de orientación familiar

no ha sido el adecuado, ya que no se dirigen tareas para acometer formas de intervención con estas personas.

El peso y la importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución del individuo aumentan su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia como sistema, se ve afectada cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital. Acontecimientos de índole accidental o natural exponen a la familia a grandes conmociones que producen alteraciones estructurales. La enfermedad, es posiblemente el evento que con mayor frecuencia desencadena crisis en ella, ya que produce un gran sufrimiento tanto para el enfermo como para toda la familia. Durante esta etapa el enfermo experimenta de forma gradual y progresiva un gran deterioro físico y psicológico, obligando a establecer nuevas estrategias para garantizar la supervivencia familiar durante la adaptación al nuevo proceso. Generalmente, en estos casos la familia se replantea muchos aspectos dentro del marco familiar para adaptarse a la crisis y recuperarse, según Infante, L. I. y González, O. (2001).

Si bien el INDER realiza un esfuerzo para la atención a este grupo poblacional, solamente alcanza satisfacer o atender al 25 %, y lo realiza con profesores en su mayoría en formación. Aunque se reconoce la repercusión psicológica, física y social en las personas en situación de cama, hasta el momento en las investigaciones realizadas no se ha profundizado en una propuesta para la capacitación de los familiares que logre transferir el aprendizaje terapéutico al paciente y permita el mantenimiento o restablecimiento de sus capacidades y el mejoramiento de su salud.

Los programas de Cultura Física Terapéutica que se desarrollan en la comunidad, orientados por el combinado deportivo, no están encaminados a la atención de las familias con personas en este estado de salud, por lo que se necesita realizar aportes por la vía de la Cultura Física, que influya en su mejoramiento, a través de la orientación familiar. Esta situación constituyó una necesidad primordial que determinó la búsqueda de una vía efectiva, que ayudara a la preparación de la familia y por consiguiente, mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de cama.

La mayoría de las familias con personas en situación de cama con que se dialogó, expresan no tener ningún tipo de orientación por especialistas de la salud o los de Cultura Física sobre cómo enfrentar esta situación, fundamentalmente por vía de la actividad física.

Se toman como referencias las opiniones vertidas por los investigadores para fundamentar la aplicación del programa de orientación educativa a las familias con personas en situación de

cama, dándole participación activa a los distintos factores que conviven en su entorno social. Para constatar el comportamiento inicial del problema, se aplicaron diferentes instrumentos de investigación científica, entre los que se encuentran: entrevistas a las familias, revisión documental (programas, historias clínicas), constatación de la existencia de la problemática objeto de estudio en el banco de problemas de los Combinados Deportivos de las comunidades en que se encuentra enclavada.

En la observación participativa y entrevistas realizadas a familiares con personas en situación de cama y a los profesores comunitarios; además en las visitas al hogar, se pudo constatar que:

- Las familias no cuentan con las herramientas necesarias, para incidir en la rehabilitación de las personas en situación de cama ni conocen su manipulación.
- Existe inestabilidad en el seguimiento del tratamiento por parte de los familiares a los enfermos, producto del desconocimiento en el accionar con estos.
- Desconocimiento de la familia sobre la importancia de las actividades que pueden realizar estas personas, así como el efecto negativo que provoca no realizar el tratamiento como está establecido.
- El nivel de comprometimiento de la familia es bajo, dado por la insuficiente preparación que reciben para la atención de estas personas.

En la revisión de documentos que se realizó a los Combinados Deportivos se pudo constatar que en las orientaciones e indicaciones para la atención a las familias con personas en situación de cama y el tratamiento a estos:

- No existen formas de comunicación permanente con las familias.
- No se tiene en cuenta la transferencia del aprendizaje de los recursos terapéuticos a los familiares y allegados.
- No se tiene en cuenta actividades de orientación educativa de la familia como parte integrante de la rehabilitación.

En consecuencia el proyecto se propuso la solución de esta problemática vinculado a la actividad física y el deporte al considerar las insuficiencias en los niveles de orientación educativa a los familiares sustentados en fundamentos teóricos actualizados y en correspondencia con sus particularidades. A partir de elevar los niveles de orientación educativa a los familiares con personas en situación de cama mediante la Actividad Física Comunitaria, sustentado en fundamentos teóricos actualizados y en correspondencia con sus particularidades.

Materiales/ metodología

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron los métodos de investigación científica: del nivel teórico, el análisis y síntesis, el histórico-lógico, el análisis-síntesis e inductivo-deductivo y el sistémico estructural-funcional. Del nivel empírico, la observación, la medición, el experimento, la entrevista no estructurada, la revisión de documentos oficiales, el criterio de especialistas y de usuarios y del nivel estadístico las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales. El proyecto se generalizó en 10 combinados deportivos del municipio de Manzanillo en la provincia de Granma. Se seleccionó como muestra a las 161 familias de personas en situación de cama atendidas por los 10 Combinados Deportivos, a partir de un diagnóstico. Se atendió a toda la población diagnosticada en situación de cama permanente crónica y no atendida por instituciones de rehabilitación. De ellos 101 del sexo masculino y 60 del sexo femenino. Estas familias fueron seleccionadas de manera intencional teniendo en cuenta como criterios la edad y la situación de sus familiares.

Discusión/ resultados

Las actividades principales estuvieron encaminadas a capacitar a los profesores de la Cultura Física en el conocimiento de los elementos teóricos metodológicos del programa de orientación educativa para las familias de personas en situación de cama, determinar los instrumentos de diagnóstico para conocer el nivel de atención y orientación educativa recibida por las familias y aplicar las acciones del programa.

Desarrollo de las actividades

1. Capacitar a los profesores de la Cultura Física en el conocimiento de los elementos teóricos metodológicos del programa de orientación educativa para las familias de personas en situación de cama.

Al inicio de este proyecto de generalización se impartió un postgrado a profesores de la Cultura Física, desde las orientaciones del INDER y del programa de orientación educativa para las familias de personas en situación de cama, en la atención a estas, desde el ámbito del hogar. Esta atención se adecua a las necesidades de las familias y los encamados, poseen los requerimientos metodológicos para su ejecución, aparecen las orientaciones para la selección, combinación, dosificación, duración y sistematicidad de los ejercicios físicos, en correspondencia con los principios de la rehabilitación y las características de estas personas y prevén las transferencias de las herramientas terapéuticas a los familiares y cuidadores.

2. Instrumentos de diagnóstico para determinar el nivel de atención y orientación educativa recibida por las familias de las personas en situación de cama.

Se entrevistó a las familias para recoger datos relacionados con el nivel de preparación de estas al asumir el papel de cuidadores en el aspecto físico, psicológico y social, antes y después de la aplicación del programa de orientación educativa.

También se aplicó una encuesta a las personas en situación de cama para determinar la disposición de incluirse en la investigación. La misma contempla aspectos relacionados con: los datos personales, tiempo del encamamiento, enfermedades crónicas, grado de escolaridad, edad, ingreso económico, hábitos tóxicos, causa del encamamiento, sexo, raza y estado civil.

Se aplicó el Test de Salud Familiar, que aporta conocimiento sobre cuáles son las enfermedades que se presentan en las familias y quiénes son portadores de las mismas, además, si estas han generado tensiones en el núcleo familiar. Para su aplicación, se exponen una serie de posibles enfermedades, de las cuales el encuestado debe escoger marcando con una (x) y debe especificar qué miembro de la familia la padece.

Para acceder a una caracterización integral de la familia se aplicó el Test de Cuestionario Familiar, donde se pide la colaboración de los miembros de las familias, esperando la mayor sinceridad en sus respuestas. Este proporciona informaciones sobre características de la vivienda, mobiliario, equipos electrodomésticos que poseen, si algunos miembros del núcleo familiar tienen creencias religiosas, cuáles fueron los acontecimientos que se han dado en su familia en este último año, quién decide la realización de las actividades y quién las realiza, especificando las áreas: doméstica, económica, social y el área del cuidado de los enfermos. Además permite conocer los métodos educativos que empleados en la familia para el cuidado y control de los hijos. Para su aplicación, se explican determinadas condiciones en las cuales es necesario marcar con una (x) la respuesta deseada.

Para obtener la información familiar se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar, que refleja una serie de situaciones que pueden ocurrir en una familia. Se clasifica marcando con una cruz (x) la respuesta, según la frecuencia en que ocurre la situación. Se otorgarán los puntos de acuerdo con la categoría elegida: casi siempre (5), muchas veces (4), a veces (3), pocas veces (2) y casi nunca (1). La puntuación total se obtiene a través de la suma de los puntos obtenidos en cada ítem y se ubica en el rango correspondiente.

Para conocer el apoyo que se le brinda a la persona en situación de cama, desde el ámbito familiar, se consideró el Test de Apoyo Familiar, el que evalúa el soporte emocional brindado

por la persona(as) que lo cuidan. Las respuestas posibilitarán conocer si hay un elevado apoyo familiar (7-10 pts), moderado apoyo familiar (4-6 pts) o una severa disfunción familiar (0-3pts).

Para conocer la carga a la que está sometido el familiar que se desempeña como cuidador, se aplicó el Test de Zarit, que permite conocer elementos que permiten profundizar en la preparación psicológica y disposición de los familiares al cuidado de las personas en situación de cama. Para su desarrollo, se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, deben indicar con qué frecuencia se sienten así; nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder se les sugiere que piensen que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. Para evaluar el mismo se establece una escala de evaluación donde se consideran tres aspectos: consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44), creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28) y la relación cuidador con la persona cuidada (0-16).

Para valorar aspectos que conforman el funcionamiento afectivo en la vejez, la depresión o algunas de las manifestaciones depresivas que revisten un especial interés por ser el problema emocional de mayor ocurrencia en las personas en situación de cama, se utiliza la Escala de Depresión Geriátrica. La misma proporciona 30 preguntas que se responden de manera positiva (sí) o negativa (no), por parte de la persona en situación de cama. Para la evaluación se suman las preguntas que tienen un componente satisfactorio para cada persona: de 0 a 10 normal, de 11 a 15 depresión menor y + de 15 depresión mayor.

3. Aplicación de las acciones del programa de orientación educativa para las familias de personas en situación de cama.

Primeramente se aplicaron los instrumentos para diagnosticar del nivel de preparación que presentan las familias con las cuales se desarrollará el programa, obteniéndose los siguientes resultados:

Resultados de la entrevista realizada a las familias.

En entrevista realizada los miembros de las 161 familias objetos de estudio, para diagnosticar el estado de su preparación en la atención de las personas en situación de cama en el contexto de la actividad física comunitaria, se pudo constatar que:

-Las familias no realizan acciones planificadas de atención a las personas en situación de cama dentro de su entorno familiar, evidenciando que desconocen los elementos necesarios, espacios o momentos posibles para el accionar cotidiano.

-Tienen inquietudes sobre temas relacionados con el conocimiento de la enfermedad de la persona en situación de cama y sus posibilidades de recuperación.

-No realizan actividades prácticas que ayuden a la rehabilitación de la persona en esta situación y el mejoramiento de las relaciones interpersonales en aspectos psicológicos y de motivación que se emplean para estas personas.

-A muchas familias les gusta y aceptan conversar sobre temas relacionados con las actividades de rehabilitación de sus enfermos.

-Todas las familias entrevistadas aceptan cualquier iniciativa que facilite su preparación para la atención a sus familiares en situación de cama. Desean conocer acciones que pueden realizar para contribuir a la rehabilitación de sus enfermos, cómo realizarlas y con qué medios.

Resultados de la encuesta a las personas con situación de cama.

La encuesta aplicada a las personas en situación de cama permitió constatar que las edades oscilan entre 45 y 72 años. En cuanto al sexo, existe un predominio de los hombres, además, predomina la raza negra con un 37 %, la blanca con 33,3 % y la mestiza con un 29,6 %.

El grado de escolaridad está reflejado en un 33,3 % con sexto grado, un 40,7 % con noveno grado, un 18,5 % con duodécimo grado y un 7,4 % del nivel superior.

En cuanto al estado civil, casados un 25 %, viudo o viudas un 37,7 %, y solteros 37,7 %; como se denota en las cifras, es coincidente con lo reflejado en los estudios de geriatría, que describen un predominio de la soledad conyugal en las edades avanzadas de la vida.

Con respecto al comportamiento de las enfermedades crónicas la Hipertensión Arterial ocupa el primer lugar con un 62,9 %, seguida de la Diabetes Mellitus con un 18,2 % de prevalencia, la Cardiopatía Isquémica la padecen el 11,1 % y el Asma Bronquial el 7,4 %.

Las causas relevantes que originaron la situación de cama de estas personas denotan hacia las fracturas con un 29,6 %, los accidentes cerebro-vasculares un 22,2 %, las amputaciones de las extremidades inferiores un 18,5 %, además de la osteoartritis degenerativa, hospitalización por infección, mal manejo social y demencia senil que representan cada una un 7,4 %.

Igualmente se constató, al inicio de la investigación, que el tiempo de encamamiento en la muestra objeto de estudio oscila de 3 a 6 meses para un 25 %, de 8 a 11 meses para un 14 %, de un 1 año que representa un 11 %, de 2 a 2,7 años para un 39 % y de 3 años para un 11 %.

Se pudo observar que todos los hogares de las personas con situación de cama disfrutaban de los artículos distribuidos en la Revolución Energética. Aunque un 14,8 % de las familias utilizan para la cocción de alimentos otras fuentes de energías como el petróleo, carbón o leña.

El 50 % son jubilados con ingresos económicos estables superiores a los \$150.00, mientras el 25 % se acogen la asistencia social y el 25 % dependen de los familiares económicamente, pues no tienen ningún tipo de ingreso monetario. Es necesario destacar que el 100 % de los encuestados reciben los cuidados de miembros de la familia como hijos, sobrinos y cónyuges.

Resultados del Test de Salud Familiar.

En el Test aplicado a los miembros de las familias de las personas en situación de cama con el objetivo de diagnosticar el estado de salud de sus componentes se pudo constatar que:

-Padecen de enfermedades crónicas no trasmisibles el 9,3 %, epilépticos el 2,3 %, diabéticos el 2,3 %, cardiopatas el 2,3 % y con retraso mental leve el 2,3 %; todos atendidos por el médico de la familia. Como se aprecia el 81,5 % de los integrantes de las familias estudiadas son personas sanas y los que padecen de alguna patología son atendidos por los médicos y factores de la comunidad.

-En el 77 % de las familias se manifiestan estados de ánimos alegres, en un 4,6 % tristeza y el 18,4 % con enojo. Aspecto que favorece el clima familiar y por ello la permisibilidad de accionar sobre ellos.

Resultados del Test de Cuestionario Familiar.

Las familias investigadas, según el cuestionario realizado, arrojó que reúnen a 43 miembros de diferentes edades: adultos mayores (46,5 %), adultos (16,3 %), adolescentes (16,3 %) y niños (20,9 %).

El nivel escolar promedio de las familias es un 7^{mo} grado, o sea, un nivel Medio Básico y un elemento importante que justifica la necesidad de accionar de manera orientadora con ella, para así obtener la educación aspirada en la atención a las personas en situación de cama en el contexto de la actividad física en la comunidad.

Resultados del Test de Funcionamiento Familiar.

El Test de Funcionamiento Familiar, que examina sus funciones y la influencia que ejerce en el contexto, evidenció que el 14,8 % son familias funcionales, el 59,2 % de las familias son

moderadamente funcionales, el 22,2 % familias disfuncionales y solo un 3,7 % son familias severamente disfuncionales.

Evidenciando bajos resultados en elementos primordiales dentro de la familia como: cohesión, armonía y comunicación en un 12,7 %, adaptabilidad y permeabilidad un 14,2 %, respectivamente, roles un 6,2 % y afectividad en un 2,5 %.

Aunque la familia como institución expresa el conjunto de valores de la sociedad en la que tiene lugar, así como cumple toda una serie de funciones, en estos casos se nota seriamente afectados las funciones espirituales-culturales, fundamentalmente valores, sentimientos y solidaridad. En muchos casos se irrespeta la espiritualidad del encamado, aspecto que emana de forma diferente en cada núcleo familiar.

Esto revela que las funciones familiares de una u otra manera, pueden verse afectadas cuando existen problemas de salud dentro del núcleo familiar, hay que recordar que la enfermedad es un proceso que genera un desequilibrio no solo en la persona enferma, sino también al grupo primario al que pertenece.

Resultados del Test de Apoyo Familiar.

En el Test de Apoyo Familiar se pudo interpretar que el 18,5 % de las familias tiene severa disfunción familiar, el 37 % brinda moderado apoyo familiar y el 44,4 % se manifiestan con elevado apoyo familiar. El debut del encamamiento y su desarrollo tiene distintas implicaciones en lo que respecta a la atención y al tratamiento de los aspectos físico, emocional y social en el ámbito familiar, esto implica un aporte de tensión a quienes lo rodean, en las familias estudiadas hay problemas en decidir, quién y dónde van a cuidar al anciano, quiénes asumirán la carga emocional y física de un cuidado continuo y demandante y falta de acuerdo en la carga económica que esta supone; todas ellas no son tareas fáciles y representan en las familias un conflicto importante.

Estos son quehaceres, que se espera deban enfrentar las familias en las diferentes etapas y para la que existe un condicionamiento social y cultural, pues se transmiten las experiencias entre generaciones y en estos casos, no es asumida la tarea con mayor control.

En las familias se pudo constatar que, en elementos primordiales dentro de la familia como: cohesión, armonía y comunicación, existen bajos resultados.

Las decisiones que se toman para aspectos importantes se hacen de conjunto; predomina la armonía, donde cada uno cumple con sus responsabilidades; las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana. Cuando alguien tiene un problema los demás ayudan, ante situaciones difíciles son capaces de buscar ayuda en otras personas. Los intereses y

necesidades de cada cual son respaldados por el núcleo familiar. Son, en su mayoría, familias moderadamente funcionales, donde existe un elevado apoyo familiar.

Resultados del Test de Zarit.

En los resultados de la aplicación del Test de Zarit se pudo constatar que los familiares cuidadores de personas en situación de cama, que constituyen el (56,2 %), presentan consecuencias en el proceso de cuidado; el (25 %) poseen creencias y expectativas sobre su capacidad para cuidar y el (18,7 %) tienen relación de identificación con la persona a su cuidado. Este resultado demuestra las consecuencias psicológicas que provoca en los familiares que se están directamente en contacto con la persona en situación de cama. El estrés al cual están sometidos por la constante atención a este tipo de personas, conduce a trastornos en la salud mental de los familiares

Resultados del estado de depresión en las personas encamadas.

Los resultados de la Escala de Depresión muestran que el (87,5 %) presentan depresión mayor y el (12,5 %) tienen depresión menor. Esto corrobora los estudios al plantear que la depresión se acentúa con el envejecimiento, motivado por la psicodinámica de la personalidad o por modificaciones orgánicas que se producen y se relaciona fundamentalmente con la respuesta adaptativa a las nuevas situaciones y los temores de afrontamiento a las frustraciones y al sentimiento de asimilación racional de la realidad.

3.1 Referencias sobre las actividades del programa de orientación educativa para las familias de personas en situación de cama.

Después de aplicar el diagnóstico para determinar los elementos necesarios que permitirían una adecuada aplicación del programa de orientación educativa a las familias de personas en situación de cama, se procedió a la aplicación del mismo.

El programa contempla un plan de actividades adecuadas a las necesidades de la familia de personas encamadas. Este incluye actividades de carácter teórico y práctico como conferencias, talleres y seminarios que tienen en cuenta los elementos necesarios para intervenir en el cuidado de este tipo de personas de una forma más efectiva; además, contempla clases prácticas y demostrativas para la apropiación de conocimientos de acciones a realizar, como: el entrenamiento de las actividades básicas para la vida, masajes, el uso de ayudas técnicas y realizar adaptaciones en el hogar que pueden ayudar en el proceso de rehabilitación.

Las actividades responden a las necesidades de los familiares sobre conocimientos para incidir de forma efectiva en las personas encamadas y así contribuir a que estos puedan

vencer la inmovilidad, la incapacidad, la disminución de funciones, la pérdida de habilidades y la prevención de futuras complicaciones provocadas por el encamamiento.

El programa está compuesto por dos fases, *la fase de preparación teórica de la familia para su intervención en la persona encamada*, que corresponde al inicio del entrenamiento y se refiere a los conocimientos del orden teórico que se necesitan, y *la fase transferencia terapéutica a la familia para su intervención en la persona encamada*, que trata sobre las acciones a realizar de forma directa con el paciente.

La fase de preparación teórica de la familia para su intervención en los cuidados de estas personas, trata sobre las actividades que desde el marco del hogar, realizan los miembros del equipo de cuidadores. Esta tiene como objetivo capacitar a los cuidadores sobre un grupo importante de conocimientos necesarios a su acervo cultural, que les permite accionar de una manera más efectiva sobre el enfermo y posibilitar, de esta manera, una pronta recuperación o un mejoramiento de su calidad de vida.

La preparación práctica de la familia para su intervención en la persona en situación de cama, que constituye el segundo momento en el desarrollo del programa educativo para los cuidadores, se refiere a las actividades de carácter práctico que les son transferidas. Esta tiene como objetivo dotar a los familiares encargados del cuidado del enfermo, de habilidades en la manipulación y utilización de los recursos terapéuticos en la aplicación y combinación de los ejercicios físicos planificados, así como su dosificación, duración y el tiempo que necesita para de esta manera posibilitar una pronta recuperación o un mejoramiento de su calidad de vida.

La preparación que reciben las personas en situación de cama y sus familiares, por parte del profesor comunitario de la Cultura Física en estas etapas, debe estar orientada a facilitarle datos que caracterizan el encamamiento, los posibles riesgos, su tratamiento preventivo y rehabilitador (transferencia de las herramientas terapéuticas), consejos y recomendaciones. Todos estos elementos se traducen en la adquisición de una cultura terapéutica por parte de la familia y el encamado que conducen a actuaciones favorables ante el tratamiento.

Para la elaboración de los objetivos y la selección de los contenidos se consideraron algunos aspectos que se deben presentes:

- Las características bio-psico-sociales que se obtienen del diagnóstico.
- La adecuación de los objetivos y contenidos, en correspondencia con las características individuales de cada encamado.

- La incorporación progresiva de las actividades cuando la persona en situación de cama presenta condiciones físicas y funcionales favorables en el proceso de rehabilitación.

Las actividades que se proponen en cada una de las fases del programa, presentan un enfoque individual, por las características del encamamiento y porque se realiza dentro del ámbito familiar. Tiene implícitas indicaciones metodológicas para las actividades que el profesor debe cumplir para lograr los objetivos propuestos en el programa.

El programa ofrece orientaciones teóricas y prácticas, además, consejos útiles para los familiares, con un carácter profiláctico, educativo y terapéutico cuya finalidad es mejorar la calidad de vida, en la esfera de la salud de las personas en esta situación y evitar posibles complicaciones.

Conclusiones

-El diagnóstico realizado a las familias de personas en situación de cama en el contexto de la Actividad Física Comunitaria, demostró la necesidad de la elaboración y aplicación de un Programa de orientación educativa que permita a estas asumir el papel que le corresponde en la recuperación física y el mejoramiento de los indicadores funcionales de sus enfermos, con un enfoque profiláctico, rehabilitador, educativo y flexible.

Bibliografía

1. Ares Muzio, P. (1990). *Mi familia es así*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
2. Bassedas Fernández, E. (1997). *La intervención educativa y el diagnóstico psicopedagógico*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
3. Castro Alegret, P. L. (1993). *Cómo la familia cumple su función educativa*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
4. Camiña Fernández, F. y Cancela Carral, J. (2000). Pruebas para evaluar la condición física en ancianos. *Revista Geriatria Gerontología*. No. 16. Ed. JAMA.
5. Calafell Jorge, A. (2009). Estrategia de Orientación Educativa para potenciar la práctica de actividades físicas en el entorno familiar. Soporte digital. FCFG.
6. Colectivo de autores. (1999). *Orientaciones Metodológicas para el Adulto Mayor*. Ciudad de La Habana: INDER.
7. Huerta Valle, C. (2003). *Programa de capacitación dirigido a padres y madres de familias sobre educación de la sexualidad de niños(as) con retraso mental*. Tesis

de Maestría en Educación Especial no publicada, Universidad de Ciencias Pedagógicas de La Habana “Enrique José Varona”. La Habana.

8. Soto Rodríguez, A. (2010). Programa rehabilitador para adultos mayores encamados, desde la Actividad Física Comunitaria. Soporte digital FCFG.
9. Suárez Zabala, A. (2011). Programa de orientación educativa a las familias de personas en situación de cama. Soporte digital FCFG.

Recibido: 8/10/2013.

Aceptado: 5/01/2014.