

La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal¹

Lucia Hisako Takase Gonçalves²

Maria Arminda Mendes Costa³

Maria Manoela Martins⁴

Silvia Modesto Nassar⁵

Roberta Zunino⁶

Se trata de un estudio descriptivo, que tuvo por objetivo conocer la dinámica de familia de ancianos con 80 años o más, bajo cuidados de familiar, en su domicilio. El cuidador y el anciano, que estaban registrados en la unidad de salud familiar de la grande región de la ciudad de Porto, en Portugal, compusieron la muestra de 107 sujetos pareados. Los datos fueron recolectados entre 09/2009 y 03/2010 por medio del APGAR familiar, de calidad de vida y de estilo de vida; los resultados mostraron: aumento de cuidador masculino; conyugue anciano dependiente de su par; e, inclusión substancial de familiares en el elenco de cuidadores (nietas(os), sobrinos(os), hermanas(os)). A pesar de la dinámica de la familia mostrarse de buena funcionalidad, el estilo de vida del cuidador y la calidad de vida de ambos (cuidador y anciano) se mostraron regulares. Las limitaciones del estudio impiden la generalización de los resultados; sin embargo ofrece subsidios relevantes para el desarrollo del programa de salud familiar y de enfermería de familia.

Descriptorios: Familia; Anciano de 80 o Más años; Programa de Salud Familiar; Enfermería de la Familia.

¹ Parte del proyecto multicéntrico DIFAI (Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade nos contextos Florianópolis, SC; Palmeira das Missões, RS; Jequié, BA; Belém, PA e Porto, Pt). Apoyo financiero del Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento e Tecnológico (CNPq), proceso nº 474154/2008-4.

² Doctora en Enfermería. Profesor, Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil. E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br.

³ Doctora en Educación. Profesora, Universidade do Porto, Portugal. E-mail: arminda@esenf.pt.

⁴ Doctora en Enfermería. Profesora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: mmartins@esenf.pt.

⁵ Doctora en Ciencias de la Estadística y de la Computación. Profesora, Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil. E-mail: silvianassar@ctc.ufsc.br.

⁶ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil. E-mail: roberta.zunino@hotmail.com.

Correspondencia:

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Campus Universitário Trindade
Bairro: Trindade
CEP: 88040-960 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: lucia@ccs.ufsc.br

A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal

Este é um estudo descritivo que objetivou conhecer a dinâmica de família de idosos com 80 anos ou mais, sob cuidados do familiar cuidador, em domicílio. Cuidadores e idosos, registrados na unidade de saúde familiar da grande região do Porto, compuseram amostra de 107 unidades. Dados colhidos entre 9/2009 e 3/2010, por instrumentos de dinâmica familiar, qualidade de vida e de estilo de vida, resultaram em: aumento de cuidador masculino e de cônjuge idoso de seu par dependente e inclusão substancial no elenco de familiares cuidadores: netas(os), sobrinhas(os) e irmãs(os). Estilo de vida do cuidador revelou-se regular como também a qualidade de vida de ambos: cuidador e idoso, apesar de a dinâmica de família se mostrar de boa funcionalidade. Limitações impedem a generalização dos resultados, porém, fornece subsídios relevantes para o desenvolvimento do programa de saúde familiar e de enfermagem de família.

Descritores: Família; Idoso de 80 Anos ou mais; Programa Saúde da Família; Enfermagem de Família.

The Family Dynamics of Elder Elderly in the Context of Porto, Portugal

Descriptive study aiming to understand the family dynamics of elderly people aged 80 years or older, receiving family care at home. Caregivers and elderly, registered at the family health unit of Greater Porto, comprised a sample of 107 pairs. Data were collected between 09/2009 and 03/2010. The following instruments were applied: family APGAR, quality of life and lifestyle scale. The results that stand out are: increase in male partners serving as caregivers for dependent partners; substantial inclusion in the list of family caregivers: grandchildren, nieces, nephews, siblings. The caregiver lifestyle was considered regular, as well as the caregiver and elderly's quality of life, although the family dynamics showed to work well. Limitations prevent further generalizations, but offer relevant support for the development of the family health and family nursing program.

Descriptors: Family; Aged, 80 and over; Family Health Program; Family Nursing.

Introducción

En todo el mundo principalmente en los países desarrollados, en especial en el conjunto de los países de la Unión Europea, las preguntas relacionadas al envejecimiento de la población y al aumento de la longevidad de las personas han levantado discusiones de la más variada naturaleza, especialmente de las políticas públicas de asistencia de salud y de cuidados prolongados y continuos para la población que envejece⁽¹⁾. Desde el final de la década del 90, Portugal ha demostrando alteración en la estructura demográfica en el número de ancianos (65 años o más) aumentando tanto en números

relativos como en absolutos. El censo de 2001⁽²⁾ revela que Portugal cuenta con una población de 10.356 millones de habitantes, con el 16,4% de ancianos (1,693 millones), de estos casi la mitad son ancianos con edad avanzada (690.125), indicando el envejecimiento simultáneo en el propio estrato. La distribución de la población anciana, sin embargo no es homogénea; la asimetría socioeconómica coincide con la asimetría geográfica entre el litoral y el interior, este último con población más envejecida y empobrecida. Asociada principalmente a las condiciones socioeconómicas desfavorables, la longevidad repercute

negativamente en los ancianos en su funcionalidad, fragilizándolos. La pobreza afecta sobre todo a los ancianos⁽²⁾, ya que la actual tasa de riesgo de pobreza en ancianos (24%), se sitúa por arriba de la tasa general (15%). Es posible que muchos ancianos se puedan mantener activos y plenamente independientes hasta el final de su existencia, a pesar de las amenazas concretas de prevalencia de afecciones crónicas degenerativas⁽³⁾. La prevalencia de la cronicidad y longevidad han contribuido para el aumento de ancianos con limitaciones funcionales, implicando en cuidados constantes por parte de los servicios de salud y, sobre todo, de las familias⁽³⁻⁴⁾. Generalmente esos cuidados son efectuados en el domicilio, recayendo especialmente sobre uno de sus miembros, que se transforma en el cuidador principal. Otros miembros de la familia pueden auxiliar en actividades complementares, por esa razón son llamados de cuidadores secundarios⁽⁵⁻⁶⁾. Actualmente, el domicilio es visto como un espacio en que personas dependientes, ancianas o no, pueden mantenerse estables y con calidad de vida. La experiencia de cuidar en casa se ha tornado cada vez más frecuente en lo cotidiano familiar⁽⁶⁻⁷⁾. En consonancia con esa tendencia, las políticas de atención al anciano defienden que el domicilio se constituye en el mejor local para el anciano envejecer, con posibilidades de garantizar la autonomía y preservar su identidad y dignidad. Cuidar de ancianos dependientes acometidos por afecciones crónicas o agudas es una condición frecuente entre las familias.

A lo largo de la historia, en la mayoría de los países, el cuidado del anciano es ejercido por mujeres, principalmente esposas, hijas y nietas, lo cual es explicado por la tradición de las mujeres de desempeñar funciones esencialmente domésticas y familiares. Sin embargo esa realidad viene siendo modificada por la participación progresiva de la mujer en el mercado de trabajo, entre otros factores. Mismo así, ellas vienen ejerciendo el papel de cuidadora, acumulando a sus actividades de cuidar las actividades domésticas, además de trabajar fuera del hogar. Esa sobrecarga ha contribuido para el descuido del otro y el comprometimiento de la propia salud⁽⁵⁻⁷⁾. A pesar de que la literatura actual señala las múltiples características y necesidades de la familia cuidadora de ancianos dependientes, faltan conocimientos contextualizados, considerando que esos ancianos se han tornado más viejos, más o menos fragilizados dependiendo de las circunstancias, indicando el surgimiento de nuevas demandas. Así, el presente estudio tuvo por objetivo conocer la dinámica del funcionamiento familiar en el contexto de las relaciones de cuidados de larga duración

entre la familia cuidadora y el pariente más anciano (80 años o más) dependiente de cuidados.

Dinámica familiar – una referencia conceptual

En la investigación de la dinámica familiar es importante explorar sus relaciones en la cual se visualiza la armonía o desarmonía en el funcionamiento de la unidad de cuidados, como en el presente caso, en que hay un miembro en condición de dependencia, el anciano en situación de fragilidad por la edad avanzada requiriendo, por parte de la familia, protección, cuidado, solidaridad, afecto y amor. Sin embargo, la idealización de la familia como escenario de protección y cuidados puede tomar contornos de un lugar de violencia y de opresión⁽⁷⁻⁸⁾. Ante esa posibilidad, la evaluación es esencial para la intervención de salud. El APGAR familiar⁽⁸⁻⁹⁾, eficiente prueba de evaluación (*screening*) del funcionamiento familiar, evalúa por medio de cinco preguntas las dimensiones: adaptación (*adaptation*), compañerismo (*partnership*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutoria (*resolve*). La función familiar se refiere a la manera por la cual la familia es vista por sus miembros en el cumplimiento de ese compromiso y permite identificar las percepciones individuales de los valores de la familia como recurso psicosocial o como soporte social. Como el individuo percibe la eficacia y la calidad de ese recurso influenciará significativamente en su estado de salud. La familia saludable es la que demuestra la integridad de esos componentes por representar su unidad de sustentación y cuidados. Altos índices del APGAR familiar demuestran mayor capacidad de adaptación de la familia a la nueva situación y posibles y probables cambios de papeles, en cuanto un bajo índice puede representar un ambiente estresante de baja adaptabilidad a la nueva situación y así requerir intervenciones rápidas y apropiadas.

Método

Se trata de un estudio del tipo exploratorio, de naturaleza diagnóstico-evaluativa y cuyos participantes fueron constituidos de un par formado por el familiar cuidador principal y por el anciano de 80 o más años, dependiente de cuidados de salud y en las actividades de su cotidiano. La ciudad de Porto, localizada en el litoral norte de Portugal, fue el contexto del estudio. La gran región de Porto^(2,10) concentra una población de 263.131 habitantes. Según proyecciones demográficas, su tasa es 19,4%, mayor que el promedio del país (16,4%) y en números absolutos son 51.047, de los cuales 32.517

(63,7%) son mujeres y 18.530 (36,3%) hombres. En cuanto al intervalo de edad de 85 o más años, son 3.947 (1,5%).

El Ministerio de la Salud se encuentra empeñado en la implementación de las Unidades de Salud Familiar en todo el territorio nacional⁽¹¹⁻¹²⁾ donde se encuentran registrados los ancianos conviviendo en familia. Enfermeros del equipo de salud familiar han sido esenciales participando en la vinculación de las familias en torno de las acciones de promoción y cuidados de salud, desarrollados en el ámbito comunitario y doméstico. Las Unidades de Salud Familiar del Porto se han expandido sumando actualmente 64 unidades de las 119 existentes en toda la Región Norte del país⁽¹¹⁻¹²⁾. La población objeto del estudio se constituyó de familias con ancianos dependientes de cuidados que tenían 80 o más años, viviendo en ambiente doméstico familiar y cuyo control y cuidados de la vida y salud son realizados por sus familiares. La muestra fue obtenida por conveniencia, localizándose los pares en las Unidades de Salud Familiar donde había mayor concentración de ancianos registrados y más accesibles al equipo de investigación. Los criterios de inclusión definidos en la selección de los participantes fueron: familias registradas en la Unidad de Salud Familiar y cuyos ancianos recibían visita domiciliar por ser dependientes de cuidados; el par debería tener condiciones de responder a las preguntas del investigador y, al mismo tiempo, aceptar voluntariamente participar del estudio; y, en el momento de la recolección de datos, el anciano no debería estar hospitalizado. La recolección de datos se realizó en el período entre 09/2009 y 03/2010. Los pares seleccionados fueron convidados y después que aceptaron, firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, finalmente se aplicaron los instrumentos. El QPFC - Cuestionario de Perfil de la Familia Cuidadora⁽¹³⁾ fue aplicado al familiar cuidador para responder a preguntas de identificación acerca de las variables sociodemográficas, del estado de salud y situaciones de cuidado de ambos, el familiar cuidador y el anciano dependiente. Al anciano le fue aplicado el "Family APGAR⁽⁸⁻⁹⁾", conteniendo cinco preguntas simples sobre adaptación intrafamiliar, convivencia y comunicación, crecimiento y desarrollo, afecto y dedicación de la familia, con las siguientes opciones de respuesta: siempre, casi siempre, algunas veces, raramente y nunca, con puntuación de respectivamente cuatro, tres, dos puntos, un punto y cero. La evaluación se hace por el valor de la puntuación total obtenida, clasificando a la familia en tres

tipos: altamente funcional, moderadamente funcional y disfunción acentuada. Los estudios de validez y credibilidad de esa prueba garantizan la seguridad de su aplicación⁽⁹⁾. Para complementar los resultados de la dinámica familiar se evaluó también la percepción individual en aspectos correlacionados, como calidad de vida y estilo de vida. Así, a los familiares y a los ancianos, les fue aplicado el WHOQOL⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, instrumento de evaluación de la calidad de vida de la OMS. La versión WHOQOL-Breve, de 26 preguntas, que abarcan cuatro dominios, preservadas las veinte y cuatro facetas del original WHOQOL-100, fue aplicada a los familiares. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta del tipo Likert, oscilando de 1 a 5 puntos. Para los ancianos, además del WHOQOL - Breve, se aplicó el WHOQOL-Old de 24 preguntas, que incluye facetas específicas, como: Funcionamiento sensorial; Autonomía; Actividades pasadas, presentes y futuras; Muerte y morir; e Intimidad en todas las variantes, el WHOQOL fue probado, obteniéndose buenos índices de validez y confiabilidad⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Además, a los familiares se les aplicó también la Escala de Bienestar⁽¹⁷⁾, que evalúa el estilo de vida de comportamientos que afectan la salud. Esa escala evalúa cinco acciones habituales: nutrición, actividades físicas, comportamientos preventivos para la salud, relaciones sociales y control de estrés, que reflejan actitudes, valores y oportunidades de las personas. Cada acción contiene 3 ítems, haciendo un total de 15 preguntas, que podrán recibir respuesta con puntuación de cero a 3 para cada ítem. La puntuación máxima total en la escala es de 45, que corresponde a un estilo de vida óptimo, y la puntuación mínima cero, al inadecuado estilo de vida. Sus pruebas confieren aceptable validez y confiabilidad⁽¹⁷⁾. El presente proyecto, para replicación en varios centros, fue sometido al Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFSC (sede de la coordinación del proyecto), conforme la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de la Salud, BR, siendo aprobado y registrado bajo el número 051/08.

Resultados

Caracterización de la muestra

La muestra, compuesta de 107 ancianos con 80 o más años de edad y sus respectivos familiares cuidadores principales, se presenta en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1 - Caracterización de los ancianos de 80 o más años, cuidados por sus familiares en el ámbito domiciliario, gran región del Porto, Portugal, 2010

Caracterización de la muestra – Anciano (n=107)	n	%
Edad por intervalo		
Hasta 84	59	55,1
85 a 89	42	39,2
90 o más	6	5,6
Género		
Masculino	29	27,1
Femenino	78	72,9
Escolaridad		
Analfabeto	30	28,1
Primario hasta 4 años	53	49,6
Primer grado incompleto/completo	10	9,2
Segundo grado incompleto/completo	14	13,1
Estado conyugal		
Casado	34	31,8
Divorciado/separado/soltero	19	17,7
Viudo	54	50,5
Edad del conyugue del anciano		
Promedio en años/DE	84/4,5	
Profesa religión (católica)		
Si	103	97,0
Parentesco con su familiar cuidador(a)		
Hija(o)	50	46,7
Sobrina(o)	19	17,8
Cónyuge	18	16,8
Hermana	11	10,3
Otros (hermano, nuera, yerno, amigo y nieta)	9	8,9
La casa donde habita el anciano		
Su propiedad/usufructo	15	14,0
Arrendada	66	61,7
De su cuidador/otro familiar	26	24,3
Enfermedades que sufre		
Hipertensión Arterial	60	56,1
Secuela de AVC	24	22,4
Cardiopatía	20	18,7
Diabetes mellitus	22	20,6
Cáncer (colon, mama, pulmonar, vejiga, piel y estómago)	16	14,9
Enfermedad de Parkinson	7	6,5
Puntajes promedios de Calidad de Vida (WHOQOL-Breve 0-100)		
Puntajes promedios/DE	62,0/11,9	
Puntajes promedios de Calidad de Vida (WHOQOL-Old 0-100)		
Puntajes promedios/DE	67,0/13,1	
Apgar de Dinámica de Familia		
Buena Funcionalidad (Puntajes de 13-20)	72	67,3
Moderada disfuncionalidad (Puntajes de 9-12)	20	14,0
Elevada disfuncionalidad (Puntajes de 0-8)	15	18,7

La mayoría de la muestra es compuesta de mujeres y viudas. Sin embargo, 31,8% de la muestra estaban todavía casados, mismo con 80 o más años de edad, de los cuales la mitad es cuidada por los conyugues.

Tabla 2 - Caracterización del familiar cuidador principal de ancianos de 80 o más años, dependientes de cuidados, de la gran región de Porto, Portugal, 2010

Caracterización de la muestra - Cuidador del anciano (n: 107)	n	%
Edad		
Promedio en años/DE	58/15,4	
Género		
Masculino	43	40,2
Femenino	64	59,8
Estado conyugal		
Casado(a)	76	71,0
Divorciado/separado/soltero	27	25,2
Viudo(a)	4	3,7
Escolaridad		
Analfabeto	3	2,8
Primario hasta 4 años	22	20,5
Primer grado incompleto/completo	49	45,8
Segundo grado incompleto/completo o superior incompleto	33	30,8
Ocupación/Trabajo		
Si	40	38,0
Cuida de otros dependientes		
Si	27	25,0
Vive con el anciano cuidado		
Si	80	75,0
Auto-apreciación de la salud		
Óptima/buena	38	35,5
Regular	61	57,0
Mala/pésima	8	7,5
Calidad de Vida-WHOQOL/Breve, 0-100		
Puntaje promedio/DE	73,0/12,3	
Estilo de vida-Escala de Nahas, 0-45		
Puntaje promedio/DE	26,2/4,4	

Los cuidadores cuentan con un promedio de 58 años de edad, oscilando entre 30 y 89 años. Son mayoritariamente casados, muchos todavía trabajan fuera de casa y cuidan de otros dependientes en la familia. Preguntados sobre cómo perciben su propia salud, prevaleció la respuesta: salud regular. Tal percepción muestra equivalencia con la evaluación obtenida en la calidad de vida y en el estilo de vida cuyo promedio de los puntajes alcanzó un nivel mediano.

Calidad de vida del anciano y del familiar cuidador

La calidad de vida⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ representa la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales se insiere y en relación a los objetivos y expectativas, patrones y preocupaciones. Esa percepción tiene un valor subjetivo

importante, ya que influye directamente en su estado de bienestar, de salud y en la sensación de mayor o menor competencia para administrar la propia vida en cualquier circunstancia. Las respuestas de los ancianos al WHOQOL-

Breve, fueron de baja puntuación en el dominio físico y en las relaciones sociales; ya los familiares se evaluaron con puntuación más baja en los medios: ambiente y psicológico, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3 - Promedio y desviación estándar de los puntajes en los dominios del WHOQOL-Breve (amplitud 0-100) obtenidos por los ancianos y cuidadores, gran región de Porto, Portugal, 2010.

Dominio WHOQOL-Brief	Promedio		Desviación estándar	
	Anciano	Cuidador	Anciano	Cuidador
Físico	48,4	76,5	20,8	15,9
Psicológico	53,0	65,7	15,3	14,8
Relaciones Sociales	50,9	71,5	14,7	14,3
Medio Ambiente	58,7	64,1	12,3	12,4

En la Tabla 4, se encuentran los puntajes promedios discriminados en intervalos de edad, del WHOQOL Old. El puntaje promedio general fue influenciado por valores

más bajos en Funcionamiento sensorial, Participación social y Muerte/morir.

Tabla 4 - Promedio y desviación estándar de los puntajes de las facetas del WHOQOL-Old (amplitud: 0-100), de los ancianos por intervalo de edad de la gran región de Porto, Portugal, 2010.

Dominio WHOQOL-Old	Intervalos de Edad					
	hasta 84		85 a 89		90 o más	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Funcionamiento sensorial	76,2	20,9	62,6	27,4	40,6	33,2
Autonomía	53,1	20,9	62,1	19,2	60,1	30,3
Actividades pasadas, presentes y futuras	56,2	14,8	59,2	15,7	53,1	9,5
Participación social	47,1	20,7	54,5	17,8	36,5	21,4
Muerte y morir	46,2	33,6	47,6	37,3	58,3	46,5
Intimidad	69,5	21,7	76,6	22,1	81,2	22,1

El análisis de la asociación entre los puntajes obtenidos en el WHOQOL-Brief y WHOQOL-Old probada por el coeficiente de correlación de Spearman, resultó en $r=0,63013$, con significancia estadística $p<0,000001$. Tal coeficiente fue adoptado porque los datos no presentaron distribución normal. Se evidencia moderada relación positiva entre los puntajes de ambos instrumentos.

Funcionalidad familiar

La evaluación de la dinámica familiar, bajo la óptica de los ancianos con la aplicación del APGAR de Familia demuestra que la mayoría de los ancianos en este estudio, ve su familia como una unidad de relaciones de cuidado con buena funcionalidad o con moderada funcionalidad (Tabla 1).

Estilo de Vida relacionado a la salud de los cuidadores

El estilo de vida fue evaluado por la Escala de Bienestar⁽¹⁷⁾, el puntaje total promedio fue de 26,2, dentro de la amplitud de respuestas posibles de cero a 45, situó a los cuidadores en el nivel mediano o regular de estilo de vida, equivaliendo al resultado también regular de calidad de vida obtenido.

Discusión

La predominancia de ancianas en la muestra confirma la tendencia de la ya conocida feminización de la vejez^(2,10). La baja escolaridad encontrada también ya era previsible, considerando la realidad anterior de quien hoy cuenta con 80 o más años de edad. La prevalencia de afecciones crónico-degenerativas se constituye en panorama epidemiológico común a las poblaciones que envejecen⁽³⁻⁴⁾. El hecho irremediable de convivir con la cronicidad, de modo prolongado por el aumento de la longevidad, puede hacer que las personas pierdan calidad de vida, lo que sucede si la política pública de red de cuidados continuados e integrados⁽¹⁸⁾ para a atención a la vida y salud de los ancianos no es colocada en marcha. Es importante que se ofrezca cobertura prioritaria a las familias más empobrecidas (86% en ese estudio), que reparte el único recurso de la jubilación del anciano. En el estudio los ancianos son todavía mayoritariamente cuidados por mujeres, son: hijas, sobrinas, nietas e hermanas, como ya identificado en otros estudios^(5-6,19-20), a pesar de que un hecho nuevo aparece: el crecimiento de cuidadores masculinos. En comparación con estudio anterior⁽⁵⁾, realizado hace cuatro años en el mismo contexto, ese

porcentaje dobló. Ese crecimiento, sin embargo, ya fue apuntado en 1999, en el informe del programa de apoyo a los ancianos del Ministerio de la Salud⁽¹¹⁾ estimando que la participación de los hombres como cuidadores informales estaba en torno de 28 a 37%, a pesar de que poco se conoce acerca del cuidador informal masculino, mismo en ámbito internacional⁽²¹⁻²²⁾, siendo que la literatura que lo aborda es ínfima. Un estudio cualitativo, realizado junto a ancianos cuidadores de sus esposas enfermas, utilizaba sustancial tiempo y energía, contrariando los tradicionales estereotipos de género de atribuir el cuidado de la familia a la mujer⁽²³⁾. Los motivos de ser cuidadores fueron: el deber y la obligación, el compromiso conyugal, la reciprocidad y la gratitud por la vida conyugal duradera. En cuanto a los sentimientos, experimentaban una gama de ellos, muchas veces ambiguos: satisfacción y orgullo, como también tristeza, frustración y rebeldía. Un estudio semejante⁽²³⁻²⁴⁾, buscó interrogar la decisión de los ancianos de cuidar de sus esposas con afección demencial. En los resultados, se destacaron: el amor, la reciprocidad de obligaciones, la redención. Según la autora, lo que lleva al anciano a decidir por cuidar, es el elemento crucial de esa experiencia y probablemente la mayor diferencia de cuidar en el masculino y cuidar en el femenino. Expandir conocimientos acerca del hombre cuidador y anciano es esencial, sin embargo cualquier dato de que se disponga tiene implicaciones directas con la práctica de la asistencia a la familia. Es necesario que los profesionales, especialmente los enfermeros, reexaminen el estereotipo del cuidador como siempre ser mujer, es preciso y es posible incentivar a los hombres para realizar esta tarea familiar, a ejemplo de aquellos que decidieron cuidar de sus esposas, contrariando valientemente los valores sociales y culturales y lanzándose a la tarea de cuidar, clasificada como eminentemente femenina.

Los cuidadores aquí estudiados conviven en la misma casa del anciano que es cuidado en 75% de los casos, motivados a veces por la facilidad para el cuidado, pero principalmente por el empobrecimiento de las familias. Ese dato corrobora resultados de algunos estudios^(5,7,19-22) con destaque peculiar de la proporción de 17% de conyugues cuidadores aquí encontrados y que tiene confirmación de algunas investigaciones que señalan el aumento de cuidadores ancianos, conyugues de ambos sexos, ejerciendo el encargo del cuidado de sus compañeros. Esos cuidadores también son tomados por sentimientos de soledad e aislamiento social, como se observó aquí en la evaluación de la calidad de vida en los dominios psicológico y medio ambiente con puntajes más bajos. Por eso en la práctica es necesario articular redes locales de soporte social a partir de los Servicios de Salud para

manutención de la inclusión social de las familias.

Muchos de los cuidadores de este estudio (64,5%) respondieron que su salud era regular o mala, como también mostraron un estilo de vida con puntaje total promedio en nivel regular, posiblemente por el estrés y por la sobrecarga de la tarea de cuidar, restándoles poco tiempo para el cuidado de sí y de aquellos ya ancianos, acrecido del desgaste del propio envejecimiento, lo que es demostrado en muchas investigaciones extranjeras y confirmadas por algunos estudios en nuestro medio^(5-7,23-24).

En la óptica de los ancianos dependientes bajo cuidados de sus familiares, la evaluación de la dinámica familiar, obtenida con la aplicación del APGAR familiar demostró característica de adecuada funcionalidad familiar en 67,3% de los casos. Al principio, ese resultado positivo más dinámico no exenta el alerta para la intervención de asistencia familiar a las nuevas condiciones experimentadas por la familia sobre la necesidad y expectativas de cuidar del anciano en el ámbito doméstico. Es el lugar de la intervención anticipada de prevención de posibles crisis en la familia^(12,19). El estudio revela también que 32,7% de los ancianos en las familias con elevada y moderada disfunción familiar, lo que no es extraño, considerando que el cuidado de un anciano con afecciones crónicas y otros agravios pueden desarrollar alguna forma de estrés en la familia, como la falta de adaptabilidad a los cambios de papeles de sus miembros, a los nuevos estilos de relaciones intrafamiliares, y a las propias relaciones de cuidado. Ese resultado nos lleva a examinar la intervención de asistencia familiar por profesionales, sobre todo por los enfermeros que están envueltos en la administración de las dificultades familiares lidiando con problemas del anciano dependiente a ser cuidado o siendo cuidado. Cuando el paciente anciano relata una crisis familiar, generalmente, los recursos familiares están inadecuados para responder a las necesidades y/o señala la existencia de áreas fragilizadas o vulnerables del contexto familiar que pueden estar interfiriendo en la habilidad de los miembros de la familia en encontrar estrategias y recursos para desempeñar el papel de cuidadores^(10,12,19).

Sin embargo, las percepciones personales de los miembros de una familia acerca de ciertas variables, como calidad de vida y estilo de vida saludable o no, pueden influir en la dinámica familiar, haciéndola más o menos adaptable, más o menos funcional, frente a una situación que se presenta como hecho nuevo a enfrentar: un miembro anciano que se enferma y se torna cada día más frágil y dependiente y exige cuidados, creando impactos sobre las relaciones intrafamiliares.

Las dos versiones del WHOQOL evaluaron de modo equivalente la calidad de vida, ya que hubo asociación

positiva, comprobada por la correlación de Spearman. Esto confirma las ventajas del WHOQOL-Old, ya que permite evaluar las especificidades de las percepciones más positivas o más negativas de ancianos en las facetas de los dominios de calidad de vida. Ambas evaluaciones de los ancianos recayeron sobre el nivel mediano o regular de calidad de vida. En la evaluación por el WHOQOL-Breve, el puntaje promedio fue bajo en el dominio físico, que tiene relación con la salud, contribuyó para un puntaje total regular. En la evaluación por el WHOQOL-Old, el puntaje promedio que fue bajo en la faceta participación social de los dominios de la calidad de vida se reveló de nivel general regular de calidad de vida. Sin embargo, la evaluación dada por esa versión permitió identificar diferencias sensibles entre las seis facetas, y cuando sus puntajes fueron distribuidos en los intervalos de edad (80-84, 85-89, 90 o +), se verificó que las variaciones no guardaban necesariamente regularidad con el avance de la edad, denotando la manifestación de la individualidad del anciano, mismo en edades más avanzadas.

Consideraciones finales

Guardadas las limitaciones del estudio cuyos datos fueron extraídos de una muestra por conveniencia, lo que impide su generalización, sus resultados representan subsidios útiles para la práctica profesional, sobre todo para el enfermero de familia. En síntesis, los resultados que se destacan acerca del familiar cuidador de ancianos tiende a cambiar lo que ya se encuentra en la literatura, es decir: aumento del cuidador masculino; aumento de cuidador anciano conyugue; inclusión más substancial de parientes cuidadores, como sobrinas(os), nieta(os) y hermanos.

Las familias del presente estudio parecen tener vocación para el cuidado del anciano, dada la evaluación favorable de la dinámica familiar. Ya la calidad de vida del cuidador y del anciano es similar en sus resultados en el nivel mediano. El estilo de vida del cuidador se reveló localizado en el nivel mediano, a semejanza de la calidad de vida. La falta de oportunidades sociales externas del cuidador y el afectado estado de salud y bienestar del anciano parecen convergir para un resultado regular o mediano.

Implicaciones para la práctica llevan a la necesidad de comprender a la familia cuidadora más allá de una alianza de cuidados, orientándose para servicios sociales y de salud tipo cliente/usuario(a).

Referencias

1. Ministério da Saúde (PT). Direção geral da saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direção Geral de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal; 2004.
2. Instituto Nacional de Estatística- INE (PT). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Estatísticas Censitárias e da População. Lisboa: INE; 2002.
3. Organisation Mondiale de la Santé - OMS. Santé 21: La politique - Cadre de la Santé, pour tous pour la Région Européenne de l'OMS. Série Européenne de la Santé pour tous , n.6 Copenhague: Bureau Regional de l'Europe, OMS; 1999.
4. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 106-30.
5. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez, AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da Grande Região do Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):609-14.
6. Decreto Lei 309-A/2000, de 30/11/2000 (PT). Altera o artigo 7º do Decreto-Lei nº 265/99, de 14/07/99, que procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a protecção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência. Diário da República, PT. [periódico na internet], 30 nov 2000. [acesso 25 ago 2010]. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdfgratis/2000/11/277A01.pdf>
7. Meira EC, Gonçalves LHT, Souza AS, Silva JA, Neri IG. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Textos Envelhecimento. 2004;7(2):63-84.
8. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? J Fam Practice. 2001;50(1):141-9.
9. Duarte YAO. Família: Rede de Suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 2001. 196 p.
10. Instituto Nacional de Estatística - INE (PT). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Rev Estudos Demográficos. 2002; (32):185-208.
11. Ministério da Saúde (PT). Decreto-lei n.301, de 18/94/2008. Enquadramento, organização e funcionamento da Unidade de Saúde Familiar, 2008. Diário da República nº 77, Série I, 18 abril 2008.
12. Ordem dos Enfermeiros (PT). A Cada Família o seu Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
13. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA, Spricigo

- JS, Portella, MR, Fortes VLF et al. El perfil de la familia cuidadora del anciano enfermo/debilitado em los contextos socioculturales de Florianópolis, SC y Passo Fundo, RS. *Rev Panam Enferm.* 2005;3:185-94.
14. WHOQOL Group. World Health Organisation - WHO). Measuring quality of life: the development of the World Health Organisation Quality of Life Instrument. Geneva: WHO; 1993.
15. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83. Portuguese.
16. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2003;34(6):793-9.
17. Nahas MV, Barrros MVG, Francalacci VL. Pentáculo do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Rev Bras Atividades Físicas Saúde.* 2000;5(2):48-59.
18. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Ministério da Saúde (PT). Serviço de Apoio aos Idosos: Relatório de actividades. [internet]. 1999. [acesso 1 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.ias.gov.mo/pt/stat/rept1999/ch5/r99-di-p.htm>.
19. Delgado, JA. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: Elsen I, Marcon SS, Santos, MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduen; 2002. p. 443-56.
20. Mayor MS, Ribeiro O, Paul C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17 (5):620-4.
21. Ducharme F, Lévesque L, Lachance L, Zarit S, Vézine J, Gangbè M, et al. Older husbands as caregivers of their wives: a descriptive study of the context and relational aspect of care. *Int J Nurse Studies.* 2006;43(5):567-79.
22. Crocker HS. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of literature. *J Adv Nurs.* 2002;40(6):626-40.
23. Pinto CVDT, Silva AL. Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores. In: Silva AL; Gonçalves LHT. Cuidado à Pessoa Idosa. Porto Alegre: Sulinas, 2010. p. 238-69.
24. Melo G. A Experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):319-30.

Recibido: 20.9.2009

Aceptado: 4.4.2011

Como citar este artículo:

Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mayo-jun. 2011 [acceso: / /];19(3):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL