



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



El cuidado del anciano en tratamiento pre-dialítico: estudio descriptivo

Caren da Silva Jacobi¹, Margrid Beuter¹, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini¹, Arlete Maria Brentanno Timm¹, Jamile Laís Bruinsma¹, Claudeli Mistura²

¹ Universidade Federal de Santa Maria

² Universidade de Cruz Alta

RESUMEN

Objetivo: describir las percepciones de la familia sobre el cuidado prestado al anciano en tratamiento pre-dialítico. **Método:** investigación cualitativa y descriptiva con ocho familias de ancianos acompañados en un ambulatorio de uremia. La colecta ocurrió de marzo a julio de 2013 en los domicilios, a través de genograma y entrevista con cuestiones circulares. Se utilizó el análisis de contenido temático de la propuesta operativa. **Resultados:** además de las demandas del envejecimiento, las familias necesitan insertar en los cuidados el tratamiento pre-dialítico. La reflexión de la diálisis lleva a los familiares a modificar sus atribuciones y buscar posibles soluciones para la enfermedad. **Discusión:** las familias buscan alternativas en el saber popular y en la espiritualidad, con el fin de atender las demandas advenidas de la enfermedad del anciano. **Conclusiones:** el cuidado de la familia prestado al anciano es fundamental en el tratamiento de la enfermedad renal y el diálogo con los profesionales de la salud puede potencializar el desempeño del cuidado.

Descriptor: Familia; Terapéutica; Insuficiencia Renal Crónica; Anciano.

INTRODUCCIÓN

Las familias se vienen modificando, y la definición que puede ser considerada adecuada para el trabajo de los enfermeros es de que la familia es quien sus miembros dicen que son, independientemente de la existencia o no de lazos consanguíneos⁽¹⁾. La unidad familiar pasa por cambios sociales tanto en su concepto cuanto en su estructura. Esas transformaciones, muchas veces, repercuten en el núcleo de la familia, tornándolo más frágil y vulnerable. Con eso, la familia debe estar incluida en el contexto de las políticas públicas sociales y de salud, necesitando de acciones que busquen la calidad de vida de sus miembros, pues, independiente de la manera como se organizan, estos pertenecen a un determinado grupo social-familiar⁽²⁾. Entre los cambios estructurales, está el envejecimiento de los miembros de la familia y la reducción de las tasas de fecundidad, así el núcleo familiar tiende a quedar menor.

El proceso de envejecimiento provoca modificaciones que aumentan la posibilidad de la familia experimentar enfermedades crónicas de sus entes ancianos. El cambio en el estado de salud de un integrante puede llevar la unidad familiar a modificar positivamente sus comportamientos, auxiliando en el control de la enfermedad, en la mejoría de la sobrevivida y en el enfrentamiento de adversidades⁽⁴⁾.

Entre las alteraciones provocadas por el envejecimiento, está la reducción del tamaño de los riñones, a pérdida de número de nefrones y la disminución del suministro sanguíneo, que lleva a la atenuación de la tasa de filtración glomerular⁽⁵⁾. Esas transformaciones, cuando asociadas a enfermedades como la hipertensión arterial y/o la diabetes mellitus descontrolados, propician el desarrollo de la enfermedad renal crónica (DRC). La DRC se caracteriza por la lesión renal y pérdida progresiva de la función endocrina, tubular y

glomerular de los riñones de forma asintomática. Con la progresión de la enfermedad ocurren la disminución de la función renal y la evolución para la insuficiencia renal crónica (IRC)⁽⁶⁾. La IRC puede causar modificaciones en el cotidiano de las familias, pues, a depender de las condiciones clínicas del anciano, estas necesitan alterar los papeles en el ambiente familiar para conciliar el cuidado del miembro enfermo con las tareas del día a día.

El control de la IRC, en su fase inicial, puede ocurrir por medio del tratamiento pre-dialítico o conservador, el cual busca retardar la progresión de la enfermedad y preparar el paciente y su familia para la diálisis, cuando es necesaria. La terapia pre-dialítica abarca el tratamiento medicamentoso y dietético en el control de la hipertensión arterial o de la diabetes mellitus, en la corrección de la anemia y en el control riguroso de calcio y fósforo⁽⁵⁾. Envuelve también el manejo de la dislipidemia, de la ingesta proteica, además del combate al tabaquismo y de la realización de consultas y exámenes laboratoriales frecuentes⁽⁶⁾.

Al tratamiento pre-dialítico, se adicionan la alta prevalencia de las comorbilidades que afectan frecuentemente la población anciana y las fragilidades propias de la vejez, físicas y psicológicas. Ante esas alteraciones, la familia necesita participar activamente en el proceso de cuidado del anciano. La presencia de un miembro que necesita de cuidados afecta, directa o indirectamente, los componentes de la unidad familiar⁽¹⁾.

El cuidado proviene de la condición de fragilidad del ser humano, tanto en el aspecto corporal cuanto en el afectivo, social y espiritual. Así, cuidar de alguien es participar de su estado de salud, buscando su restablecimiento por medio de recursos técnicos y humanos. El cuidado es una acción de responsabilidad para ayudar a soportar el sufrimiento y responder a las necesidades del otro⁽⁷⁾.

Los profesionales de la salud, en especial los de la enfermería, necesitan conocer el contexto del cuidado familiar de los ancianos, para que, así, puedan ofrecer subsidios a las familias que no se sienten preparadas para cuidar del anciano en tratamiento pre-dialítico. En razón de eso, se resalta la importancia de estudios que retratan esa realidad. Además, la búsqueda en la literatura sobre la temática del anciano en tratamiento pre-dialítico evidenció una laguna en el conocimiento referente al asunto⁽⁸⁾.

A partir de esas consideraciones, se tiene como pregunta de investigación: ¿Cómo percibe la familia su participación en el cuidado del anciano en tratamiento pre-dialítico? Y como objetivo: describir las percepciones de la familia sobre el cuidado prestado al anciano en tratamiento pre-dialítico.

MÉTODO

Se trata de una investigación descriptiva, de abordaje cualitativo, realizada con ocho familias de ancianos en tratamiento pre-dialítico, acompañadas en un ambulatorio de uremia de un hospital público de educación de la Región Sur de Brasil, totalizando 21 participantes. La colecta de datos ocurrió de marzo a julio de 2013, por medio de la construcción del genograma y entrevistas realizadas en la residencia de las familias por la investigadora principal.

El genograma posibilita conocer la estructura y contextos de estándares generacionales de la familia, por medio de una representación gráfica⁽⁹⁾. En este estudio, el genograma fue utilizado para aproximar la investigación de los participantes, posibilitando iniciar un diálogo previo a la entrevista. Para la entrevista, buscando la profundización de las preguntas abordadas, se valió de preguntas circulares⁽¹⁾, siendo que las preguntas iniciales abordaron

tópicos como: cambios, involucración y organización para cuidar del anciano, dificultades no tratamiento, convivencia con el anciano que posee IRC y perspectivas sobre el cuidado prestado. Basadas en las respuestas de las preguntas iniciales, se desarrollan otras preguntas circulares, que incluyen el ciclo de cuestionamientos y respuestas entre los familiares participantes⁽¹⁾. Aún, para la colecta de datos, se utilizó un guión previamente elaborado, que contenía datos de caracterización de las familias, como: local de vivienda en relación a la residencia del anciano, renda mensual, edad, escolaridad, grado de parentesco y tiempo de cuidado al anciano. Las entrevistas tuvieron duración media de una hora y cesaron por el criterio de saturación de datos, que consiste en la repetición de las charlas⁽¹⁰⁾.

La captación de los participantes ocurrió por medio de la verificación de la agenda de consultas del ambulatorio durante el período de colecta de datos. Después de la selección de los ancianos, fueron realizadas llamadas telefónicas a las familias, con el fin de invitarlas para participar de la investigación. Cuando el contacto telefónico estaba desactualizado o ausente en la historia clínica del paciente, el familiar era invitado el día en que acompañaba el anciano en la consulta ambulatoria. El criterio de inclusión de las familias fue: ser miembro de familia de anciano en tratamiento pre-dialítico, siendo que cada familia debería ser compuesta, para la entrevista, por, mínimo, dos miembros. La elección de los familiares a ser entrevistados ocurrió por la conversación con el anciano y con el acompañante de la consulta, en la cual ellos identificaban cuales eran los miembros involucrados en el cuidado. Después de la identificación de los posibles participantes, dos familias recusaron la invitación de la investigación. El número de familiares en la entrevista varió de dos a tres miembros. Se destaca que idoso.el anciano

no contaba como miembro, pues no sería entrevistado en aquel momento.

Los datos obtenidos fueron analizados por medio del análisis de contenido temático de la propuesta operativa de Minayo, la cual posee dos niveles de interpretación. El primer nivel busca las determinaciones, o sea, la comprensión del contexto socio-histórico y político de los participantes. Esas determinantes fueron entendidas durante la confección de los genogramas y la visualización de los contextos en las entrevistas en el domicilio. El segundo busca la significación específica, la cual es operacionalizada por la organización y clasificación de los datos. En la organización, acontece la transcripción de las entrevistas y organización de los datos empíricos en *corpus* de la investigación. La clasificación de los datos envuelve la lectura horizontal y exhaustiva de los textos, la lectura transversal, el análisis final y la elaboración del informe⁽¹⁰⁾.

Con el fin de mantener el anonimato de los participantes, se utilizó en los testimonios la codificación por el vínculo que poseían con el anciano y la secuencia de la realización de las entrevistas. Este estudio hace parte de una investigación de disertación de maestría, que obtuvo parecer favorable por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Maria, bajo el número de Certificado de Presentación para Apreciación Ética 09996912.5.0000.5346 y parecer nº 145.565, en noviembre de 2012, respetando los preceptos éticos de la Resolución nº 196/96 durante todas sus etapas⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Cuanto a la caracterización de las familias, tres vivían en barrios próximos o en el mismo barrio de los ancianos, siendo que, de esos, dos

residían con sus cónyuges y uno, solo; cuatro familias vivían en el mismo terreno de la casa del anciano; y una de las familias residía con el anciano. La edad de los participantes varió de 14 a 83 años. El grado de parentesco con los ancianos fue: ocho hijos (as), tres sobrinas, tres esposos (as), dos nietas, dos cuñados (as), un yerno, una nuera y una compañera. En relación a la renda, esta osciló de uno a siete salarios-mínimos y la escolaridad, de la educación fundamental incompleta a la educación superior completa. El tiempo de cuidado del anciano en tratamiento pre-dialítico fue, en media, de 5,6 años.

En este estudio, el envejecimiento del anciano fue percibido por la familia por medio de las alteraciones fisiológicas comunes en ese proceso. Esas modificaciones pueden ser potencializadas cuando la persona anciana es afectada por una enfermedad crónico-degenerativa. De ese modo, los familiares se enfrentan a la necesidad de lidiar con la enfermedad, que puede ocurrir por diversas causas y puede ser acumulativo.

Sabemos que, conforme pasan los años, van apareciendo algunas enfermedades. El está tomando remedio para la "tembladera". El fue a tocar un bombillo y pisó fuera de la silla. Y entonces fue a quitarse las cataratas. Yo se que él está deprimido, ese negocio del riñón lo afectó bastante. Uno no lo espera, pero, se termina acostumbrando. Un día yo le dije que fuéramos a dar una caminata y él se cayó y se lastimó. Desde que le paso eso en el riñón el nunca más hizo nada solo. (Esposa 3)

Ella trata el corazón, el riñón, va al psiquiatra y ahora, tal vez, la hemodiálisis, entonces todo se va acumulando [...]. (Esposo 8)

El es olvidadizo, para ir al médico el se olvida. El ultrasonido era día dos, el llegó aquí a la casa día 10 y quería hacer el ultrasonido. (Sobrina 7)

Con relación a las enfermedades en el anciano, se nota que la presencia de múltiples patologías puede llevar a limitaciones funcionales y cognitivas y, consecuentemente, a una mayor dependencia de los familiares para realizar las actividades de la vida diaria y auxiliar en el control de las comorbilidades. En el caso de la IRC, esta condición adiciona demandas a la familia, que, además de lidiar con las alteraciones del envejecimiento, tendrá que enfrentar la enfermedad renal del familiar. Después identificar que las necesidades de cuidado del anciano son acumulativas, la familia comenta sobre el recelo de la posibilidad de dependencia total del anciano.

Antes el iba [para zona rural] y cortaba el prado, iba para el bosque, caminaba por la mañana al lado del río. Ahora él hace un poco ya se cansa. La madre lo ayudaba a bañarse. Yo pienso que, para el llegar a ese punto, de la hija tener que ayudar, no es bueno, pues a veces el tiene unas cosas que son solo con la madre, pues él tiene pudor. (Hija 3)

Nosotros nos preocupamos porque el siempre fue un hombre independiente, el tenía todo solo. Yo tengo miedo de que un día el caiga en una cama así, y sé que el no va a suportarlo. (Hijo 4)

Acerca de las limitaciones físicas, los participantes revelan que estas señalizan la necesidad de cuidado. Ante esa situación, la persona carece de auxilio para realizar actividades básicas diarias, como la higiene corporal,

y, para atender a esa necesidad, muchas veces es necesario invadir la privacidad del anciano, pudiendo generar desconfort tanto para quien recibe el cuidado como para quien lo presta. que precisam vencer estes limites para ofrecer o cuidado, caso o idoso fique dependente. A preocupação destes também está relacionada ao possível sentimento de invalidez que o idoso poderá manifestar.

La familia aún relata que la actual condición de salud del anciano es consecuencia de una serie de comportamientos adoptados a lo largo de la vida, que pueden ser considerados predisponentes al surgimiento de enfermedades y sus complicaciones.

La madre era muy de automedicarse, cuando tenía dolor iba a la farmacia y compraba antibiótico, porque antiguamente las formulas medicas no eran exigidas. (Hijo 5)

Una persona que amanecía y anochecía bebiendo debe llevar al sufrimiento de esa parte, de riñones e hígado, y debe ser también por causa del abuso del cigarrillo. (Cuñado 6)

No es de ahora, el no se cuidó. La diabetes de él es por causa del exceso. Cuando venía aquellos exámenes malos, el se trataba. Cuando se hacía el examen y le salía bueno, Asado y todo de nuevo y hasta hoy no paró. Toma unas cervezas de vez en cuando. Para comer él es bien temeroso, come lo que quiere, pero en los días de semana yo hago la comida. Lo que yo puedo hacer es quitarle la fritura y la sal. Yo controlo, lo hago comer a la fuerza, yo digo: "No hay otra cosa, tu vas a tener que comer eso." (Compañera 4)

Lo que se refiere a la causa de la IRC, las familias no aparentan conocer el origen, pero la asocian a las actitudes y hábitos poco saludables adoptados durante muchos años por los ancianos. Los familiares consideran que esas prácticas perjudican paulatinamente el organismo, conllevando a la actual situación de salud. Con eso, la familia busca mantener vigilancia sobre las acciones que considera arriesgadas, pues estas pueden propiciar daños a la salud del anciano.

La posibilidad de la diálisis es cogitada a partir de la afección de la IRC en los ancianos, aunque no tengan indicación para iniciar ese tipo de tratamiento. La familia construyó su concepción sobre la diálisis a partir del relato de experiencias de personas que ya realizaron esa terapia.

Yo tengo un colega que cumplió 61 años y comenzó a hacerse diálisis. ¡Yo lo vi y pucha vida! La persona queda dura, parece que se endurece. Pero como se dice: "Es para que el sobreviva". ¡Yo veo como es condenada la hemodiálisis! (Yerno 1).

Yo conozco gente que se hace hemodiálisis. El [anciano] también conoce. Tiene una conocida que se hacía y falleció, ella tenía que estar tomando poquita agua, comiendo poquito y tomando remedio. ¡Tiene que controlarse en todo! (Hija 4)

Yo dije que tal vez ella se sienta mejor después que esté haciendo hemodiálisis. Mi novio se hizo diálisis una vez y dijo que se sintió más aliviado. Entonces, yo creo que tal vez ella se sienta mejor, más dispuesta. El dijo eso y ella se sintió más aliviada porque las

personas llegan y hablan: "¡Ah, se va a hacer hemodiálisis, pobrecita!" (Neta 8)

La búsqueda de la familia por experiencias positivas o negativas con la diálisis es una forma de intentar examinar el futuro del anciano y también el suyo, pensando en las necesidades de cuidado que el probable tratamiento exigirá.

Sobre el cuidado del anciano, este ocurre por medio del cambio de las atribuciones de los miembros de la familia debido a la enfermedad del longevo. Los familiares buscan desarrollar la mejor conducta para mantener la satisfacción y el bienestar del anciano en el transcurrir del proceso de envejecer.

Se ella quiere que yo no trabaje más, que yo me quede en casa, yo me quedo para que ella vaya a hacer gimnasia. O otra cosa para que ella se sienta bien: no sirve quitarle todo, porque si se tiene que morir va a morir. Con mi abuela, yo le quitaba la comida grasosa del plato de ella y ella se ponía brava conmigo y no sirvió, ella igual se murió, duró la misma cosa que iría a durar [...]. (Hija 5)

Yo quedo aburrída porque ella fuma, por mi ella no fumaría. Por eso es que ella les pide a los otros que le compren, se esconde de mi. Solo que mi hijo, que es médico, dice porque yo estoy preocupada por que la abuela se fuma un cigarro si ella tiene 85 años, ella va a morir. El dice: "Tu prefieres que ella muera feliz o infeliz?" (Hija 1)

La familia vive un dilema al cuidar del anciano. Ella se siente dividida entre el deseo de tener el anciano junto a ella, conviviendo con todas las limitaciones que el tratamiento pre-dialítico impone, y el deseo de no privarlo de sus

voluntades, pensando en la calidad de vida, en el tiempo que hay para vivir y en la inevitabilidad de su muerte.

Aunque la IRC sea irreversible, las familias buscan encontrar alternativas que puedan contribuir para la recuperación de la función renal del familiar enfermo. Con eso, creen en el conocimiento compartido por personas de sus relaciones sociales, influenciando culturalmente en las prácticas de cuidado con la salud del anciano.

Todo lo que me fue enseñado para diabetes y riñón yo lo hice. Me enseñaban alguna cosa, yo iba atrás. Una amiga mía me enseñó que en ayunas hay que hacer una piña con coca batido en la licuadora, el está tomando. (Esposa 3)

Se tu llegas así y le dices: "Toma esa cosa que tu vas a mejorar" el toma, sea lo que sea [...]. (Hijo 4)

El se hizo el examen y mostró que el riñón estaba marchito y el médico le mostró que necesitaba quitarle el riñón. Pero entre el examen y la operación él se hizo la cirugía espírita y no fue necesario operarlo, desapareció. Yo creo que la gente tiene que creer, hacer todo lo que le enseñan. (Hija 3)

Los familiares demuestran confianza en saberes y prácticas que les son enseñados, siendo que algunos de estos fueron considerados eficaces, confirmados en los resultados de los exámenes laboratoriales del anciano. Otra alternativa utilizada por la familia fue la creencia espiritual, como forma de creer en la cura de la enfermedad y confirmarla.

La creencia en la posibilidad de cura por medio de terapias alternativas al farmacológico

es presentada como una opción para buscar la mejora de la condición de salud del anciano en pre-diálisis.

DISCUSIÓN

Con el envejecimiento, la capacidad funcional del anciano puede venir a ser perjudicada, las enfermedades crónicas coexisten, pudiendo llevar a la dependencia o pérdida de la autonomía⁽¹²⁾. Ancianos con más de un diagnóstico de enfermedad crónica poseen alta probabilidad de presentar incapacidad y deficiencias con el avance de las patologías⁽¹³⁾. Así, considerando que la IRC es una de las enfermedades que afectan los ancianos, se entiende que ella vuelve el cuidado más complejo, pues esa atención precisa ser complementaria y no antagonica lo tratamiento de otras enfermedades existentes.

Las multimorbilidades crónicas en el anciano demandan la organización del sistema de salud, debido al alto costo de los tratamientos acumulados y a la necesidad de planear cuidados de larga duración, para minimizar la reducción de la calidad de vida y el impacto social⁽¹⁴⁾. Aunque se note que la tendencia sea mantener los ancianos bajo los cuidados de la familia, la responsabilidad en ofrecer condiciones de atención a la salud de los ancianos también cabe a los servicios de salud, que deben apoyar y acompañar las demandas del anciano y de la familia. El esa perspectiva, la educación en salud puede ser una estrategia importante para abordar a familia que cuida de un anciano con múltiples comorbilidades crónicas⁽¹⁵⁾. A educação em saúde permite que as pessoas realizem seu papel de maneira individual e coletiva na promoção e restauração da saúde, sendo que sua efetivação, por meio do ensino pelos profissionais de saúde deve envolver a família, a fim de incluir nos hábitos

já pré-establecidos, comportamientos eficazes para manter saúde.

En los discursos de las familias, se percibe la preocupación con la privación del anciano de realizar actividades de la vida diaria, lo que señala el temor con la futura dependencia física y la reducción de la autoestima por la condición de salud. Ante la posibilidad de auxilio en la realización de cuidados básicos, como la higiene corporal, lo familiar refleja sobre el pudor del anciano en exhibir su cuerpo, pudiendo llevar al constreñimiento de ambos involucrados. Esa exposición se revela como inevitable ante la perspectiva de dependencia total de cuidados. En ese sentido, investigación⁽¹⁶⁾ menciona que, para facilitar la realización de esos cuidados, el familiar desarrolla habilidades conforme a la necesidad de cuidados del anciano aumenta, creando estrategias para lidiar de forma menos incomoda con tal situación.

La presencia de una enfermedad crónica lleva la familia a cuestionar como el anciano desarrollo la patología, asociando la actual condición de enfermedad con acciones no saludables realizadas durante la vida, pero que no necesariamente pueden ser la causa de la enfermedad. Con eso, la familia intenta imponer algunos cuidados, buscando restablecer el bienestar del anciano, lo que de cierta forma actúa como factor protector para su salud.

El diagnóstico de la enfermedad renal en ancianos es complejo y puede ocurrir de forma tardía, por el hecho del médico considerar normal para la edad la tasa de filtración renal disminuida; o precoz, por la etiqueta de los ancianos como enfermos, causando preocupaciones no necesarias⁽¹⁷⁾.

El tratamiento pre-dialítico abarca la preparación del anciano y de la familia para iniciar la diálisis, cuando esta sea necesaria para el mantenimiento de la vida. Frente a esa posibilidad, la familia busca informaciones con personas

que ya realizaron hemodiálisis, pues este es el tratamiento por el cual los enfermos más optan cuando necesitan de terapia renal substitutiva. La enfermedad y el tratamiento renal modifican algunos hábitos de vida, tales como la ingestión de alimentos y bebidas, las relaciones sexuales y el trabajo, además de llevar al declino cognitivo, emocional y funcional del paciente⁽¹⁸⁾. Así, comúnmente, la descubierta de la IRC y la necesidad de un tratamiento dialítico pueden ocasionar sufrimiento físico y psíquico a los pacientes que lo realizan, además de modificaciones bruscas en su cotidiano de vida, las cuales llevan los pacientes a enfrentar diariamente la hemodiálisis y experimentar la posibilidad de la muerte⁽¹⁹⁾.

Frente a eso, la familia teme que el anciano necesite iniciar ese tipo de tratamiento, pues considera la hemodiálisis como agresiva al cuerpo y la asocia a una mayor mortalidad. La dependencia de la máquina y de los profesionales de salud que actúan en el servicio renal, sumada a la gran cantidad de medicamentos, crea un fenotipo de fragilidad de los pacientes en diálisis. Esa es una construcción multidimensional que contribuye para el declino funcional típico de la edad, causando aumento en el riesgo de hospitalizaciones, invalidez y muerte⁽¹⁸⁾. Cuando las personas que hacen diálisis son ancianas, esa imagen es aún más frágil, llevando los otros a sentir conmisericordia, lo que puede ser un factor desmotivador para que ellas continúen en la realización del tratamiento de la IRC.

La familia vive un conflicto entre auxiliar el anciano en el tratamiento pre-dialítico, que impone limitaciones a los placeres del anciano, y realizar sus preferencias en la vejez, representadas en este estudio por la alimentación contraindicada y tabaquismo, ambos recomendados como cuidados necesarios para la efectucción de la pre-diálisis⁽⁶⁾. En este caso, cabe a la enfermería dialogar sobre los cuidados

y respetar las decisiones de la unidad familiar y del anciano.

Los testimonios de las familias demostraron la búsqueda por recursos con el fin de mejorar la condición de salud del anciano, como la espiritualidad y recetas populares, que pueden ser vistas como una forma de enfrentar la situación de enfermedad del anciano, manteniendo la esperanza en la mejoría de su miembro. Los recursos utilizados por medio de las enseñanzas del sentido común y las creencias espirituales concomitantes al tratamiento médico indican que las prácticas socioculturales son terapias complementares empleadas. Queda demostrado que esas prácticas no pueden ser desconsideradas por los profesionales del área de la salud⁽²⁰⁾.

Se resalta que esos recursos utilizados con el intento de mejorar el cuadro clínico del anciano aún no tiene su eficacia comprobada científicamente. Mientras tanto, ese movimiento en búsqueda de una solución puede ser entendido como una movilización de la unidad familiar para enfrentar la enfermedad del anciano, manteniéndola, de alguna forma, activa y propositiva.

A partir de lo expuesto, se torna importante considerar las acciones alternativas realizadas por la familia como potencializadoras de su relacionamiento y como forma de confiar en la mejoría y estabilización de la enfermedad renal. Con el fin de respetar la cultura, el conocimiento de las personas y el saber técnico-científico, es necesario dialogar con ancianos y sus familias acerca de los cuidados que están prestando, buscando a la responsabilidad en la aplicación de sus saberes⁽¹⁵⁾.

Cabe a los enfermeros observar las prácticas de cuidado de los familiares e intervenir casos estas perjudiquen la salud del anciano. Así, la educación en salud realizada por esos profesionales se torna una estrategia relevante para la búsqueda de resultados positivos en el proceso de cuidado, por la familia, del anciano en tratamiento pre-dialítico.

CONCLUSIÓN

Las percepciones de las familias sobre el cuidado prestado al anciano en tratamiento pre-dialítico mostraron que este es complejo, pues, además de lo que es impuesto por el tratamiento, la unidad familiar necesita lidiar con alteraciones del envejecimiento y otras comorbilidades.

Aunque el cuidado exija esfuerzo de los familiares, ellos tienen una percepción positiva sobre la atención que prestan al anciano, esforzándose para buscar informaciones sobre la diálisis, para, así, planear el modo como enfrentarán esa situación.

Además de eso, la familia se preocupa con la felicidad, la calidad de la atención que el anciano recibe y su satisfacción con la vida durante el tratamiento. Después de la decisión de los familiares sobre cuales deseos el anciano puede realizar, compete a la enfermería respetar la opinión de la familia, pues ella es la principal unidad de cuidado del anciano. Isso representa a união e movimento da família e amigos em prol do mesmo objetivo.

Los sentimientos de amor y esperanza en ver su familiar con mejores condiciones de salud hacen con que la familia busque recursos para el tratamiento, utilizando estrategias populares y encontrando en la fe el soporte para enfrentar la IRC del anciano. Igual que la realización de medidas, consideradas popularmente terapéuticas, no cambie la situación de salud del anciano, compete al enfermero respetar las prácticas socioculturales utilizadas por las familias, pues esas prácticas representan la unión y el movimiento que estas emprenden en pro de la mejora de salud del anciano.

Ante lo expuesto, se entiende a la familia como elemento primordial para ser considerado por los profesionales de salud en el transcurrir del tratamiento pre-dialítico de los ancianos. Se

torna necesario ofrecer suporte a ella, con el fin de calificar el cuidado prestado al anciano, para, así, detener a progresión de la IRC y mantener la autonomía de los ancianos en pre-diálisis mientras sea posible.

La realización de este estudio, por medio de la abordaje cualitativa, propició comprender el subjetivo de las familias que conviven con el anciano con IRC, entretanto, limita la generalización del estudio, una vez que cada familia implementa una forma propia de cuidar.

CITAS

1. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para a avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Editora Roca; 2012. p. 365.
2. Santana VC, Oliveira DC, Meira TAV. Novos arranjos familiares: uma breve análise. Revista Digital. 2013 Fev;17(177):1-1.
3. Araújo I, Paúl C, Martins M. Famílias cuidadoras de idosos: estrutura e desenvolvimento. Cienc Cuid Saude 2011 jul-set; 10(3):452-458.
4. Rosland AM, Heisler M, Piette JD. The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. J Behav Med. 2012; 35(2):221-39.
5. Wold GH. Enfermagem Gerontológica. Tradução da 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p.55
6. Canziani MEF, Kirsztajn GM. Doença renal crônica – manual prático – uso diário ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Livraria Balieiro; 2013. p. 250.
7. Torralba-Roselló FT. Antropologia do cuidar. Série enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2009. p. 196.
8. Jacobi CS, Beuter M, Maldaner CR, Roso CC, Girardon-Perlini NMO, Mistura C, Seiffert MA. As demandas de cuidado do idoso com insuficiência renal crônica. Estud interdiscipl envelhec. 2015; 20(2):381-97.
9. Chrzastowaki SK. A narrative perspective on genograms: Revisiting classical family therapy methods. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011 oct; 16(4):635-544.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 350-60.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução número 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 out. 1996; Seção 1.
12. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p.99-106
13. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. Bio Medical Central Geriatrics. 2011; 11 (47):1-12.
14. Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppá M, et al. Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions. Medical Care Research and Review. 2011; 68(4) 387-420.
15. Araújo VS, Guerra CS, Moraes MN, Silva JB, Monteiro CQA, Dias MD. Discourse of the collective subject regarding education of health in the aging process: a descriptive study. Online braz j nurs (online). 2013 Sept [cited 2013 december 23]; 12 (2): 565-73. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4093>
16. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the family health strategy. Texto & contexto enferm. 2012 Jul-Sep; 21(3): 543-8.
17. Levey AS, Jong PE, Coresh J, Nahas ME, Astor BC, Matsushita K, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney International. 2011; 80, 17-28.
18. De Santo NG, Perna A, Matri AE, De Santo RM, Cirillo M. Survival is not enough. J Ren Nutr. 2012; 22(1): 211-9.
19. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev Bras Enferm. 2011 set-out; 64(5):839-44.

20. Faller JW, Marcon SS. Health care and socio-cultural practices for elderly patients in different ethnic groups. *Esc Anna Nery* (print.) 2013 Jul-Set; 17(3):512-9.

Participación de los autores en la investigación:

Elaboración del proyecto de investigación, ejecución de la investigación y desarrollo del informe y artículos de investigación: Caren da Silva Jacobi

Orientación y participación durante la elaboración del proyecto de investigación, ejecución de la investigación y desarrollo de informe y artículos de investigación: Margrid Beuter, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini.

Participación en la elaboración del artículo de investigación: Arlete Maria Brentanno Timm, Jamile Laís Bruinsma, Claudelí Mistura.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 20/12/2015
Revisado: 18/09/2016
Aprobado: 20/09/2016