



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL REPORTE DE LA NECESIDAD DE CUIDADO
Y DISCAPACIDAD DE ADULTOS MAYORES**

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARLENE SÁNCHEZ MACIAS

DIRECTOR DE TESIS:
DR. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO

REVISORA:
DRA. ANGÉLICA JUAREZ LOYA

COMITÉ SINODAL:
**MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA
MTRA. GUADALUPE MEDINA HERNÁNDEZ
MTRA. MA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ**

Ciudad de México, marzo 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| ANTECEDENTES..... | 6 |
| Adultos Mayores..... | 6 |
| El envejecimiento | 8 |
| Afectaciones en el Adulto Mayor (AM)..... | 9 |
| Deficiencia o limitación de la capacidad funcional..... | 11 |
| Discapacidad | 12 |
| Dependencia..... | 14 |
| Cuidadores Primarios..... | 15 |
| Cuidadores formales/informales..... | 16 |
| Características de los cuidadores de los AM..... | 17 |
| Importancia del estudio de los cuidadores..... | 17 |
| El reporte del cuidador..... | 18 |
| Discrepancias en el reporte del cuidador..... | 20 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 21 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 22 |
| MÉTODO..... | 23 |
| Objetivos..... | 23 |
| Diseño..... | 23 |
| Tipo de estudio..... | 23 |
| Alcance de la investigación..... | 23 |
| Definición de variables..... | 24 |

| | |
|---------------------------|----|
| Instrumentos..... | 27 |
| Participantes | 30 |
| Procedimiento..... | 30 |
| Análisis estadístico..... | 31 |
| Aspectos éticos | 33 |
| | |
| RESULTADOS..... | 34 |
| | |
| DISCUSIÓN | 42 |
| | |
| CONCLUSIÓN..... | 50 |
| | |
| REFERENCIAS..... | 51 |

RESUMEN

Con el incremento de la edad, cada vez más personas viven en condiciones de enfermedad o discapacidad, por lo que requieren del apoyo y asistencia de un tercero. Dicha actividad es realizada principalmente por miembros de la familia, sin embargo, hay ocasiones en que las que el familiar o la persona cercana al adulto mayor no identifica o reporta correctamente que el adulto mayor necesita cuidado. Este estudio tiene como objetivo describir y comparar las características asociadas al reporte de necesidad de cuidado por parte de los familiares/cuidadores y a la presencia de discapacidad en adultos mayores mexicanos. Se analizaron datos de 364 cuidadores y adultos mayores de 65 años o más (AM). Las características asociadas al reporte de cuidado fueron la escolaridad y ocupación del cuidador y del AM fueron la edad, presencia de discapacidad y síntomas neuropsiquiátricos. Las características asociadas a la discapacidad en el AM fueron el sexo, escolaridad y parentesco del cuidador, y la edad, estado civil y síntomas neuropsiquiátricos del AM. Los grupos donde se encuentran los AM con discapacidad tienen mayor edad, lo cual se relaciona a mayor presencia de limitaciones en la capacidad funcional de este. Las características de los cuidadores son comparables a las de otros estudios. Los cuidadores que reportaron necesidad de cuidado se dedican al hogar, en comparación a quienes no lo reportaron y se dedican a trabajar, esto nos puede hablar de que el cuidador que es empleado no identifica la necesidad de cuidado debido a que no pasa tanto tiempo en casa, además se observa que quienes se designa al hogar cuentan con menor escolaridad, lo que habla de la asignación del rol de cuidador a la persona que tiene menos oportunidad de aportar económicamente al hogar.

Palabras clave: Adulto mayor, cuidador, discapacidad, cuidado.

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de fecundidad en los últimos años, la población mundial está envejeciendo exponencialmente, se cree que para el año 2050 la proporción de adultos mayores (AM) crecerá de 12% a 22%, de los cuales, 80% vivirá en países de bajo y mediano ingreso económico, como México (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Dado que la vejez es un proceso heterogéneo, cada persona transita esta etapa de la vida de manera singular, hay adultos mayores que tienen la capacidad de realizar las mismas actividades que 30 años atrás, aunque a diferente ritmo, mientras que hay quienes necesitan de apoyo o cuidado para satisfacer sus necesidades básicas o llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. Para las personas que requieren de apoyo para compensar esa pérdida de la capacidad funcional, en culturas como la mexicana esta actividad es realizada principalmente por miembros de la familia. Por otro lado, hay ocasiones en las que el familiar, o la persona cercana al adulto mayor, no detecta la necesidad de cuidado en el AM, el problema se agudiza cuando se considera que es una población vulnerada en múltiples ámbitos como el económico, social, etc. Además, la importancia de que se detecte correctamente la necesidad de cuidado, radica en la posibilidad de evitar accidentes ocasionados por alguna discapacidad en el AM, hasta en ayudar al profesional de la salud a identificar oportuna y adecuadamente las limitaciones físicas o cognitivas del AM. Existe poca información disponible acerca de las características asociadas a la identificación correcta de necesidad de cuidado por parte de los cuidadores y su correspondencia con la presencia de discapacidad en los AM. Por lo anterior, este trabajo busca describir y conocer el perfil de los informantes o cuidadores de los adultos mayores, así como reconocer si el reporte de la necesidad de cuidado en el AM es correcta o no, ya que esto resultaría de utilidad para el diseño de

intervenciones relacionadas a la atención en salud y otras necesidades de los adultos mayores y sus familiares/cuidadores.

ANTECEDENTES

Adultos Mayores

En el siglo XX, nuestro país presentó cambios en el comportamiento demográfico, no fue hasta la década de 1960 donde se alcanzó el máximo incremento en la tasa de crecimiento anual de la población, por lo que se impulsó el uso de anticonceptivos y planeación familiar, dándose un descenso paulatino en la fecundidad. Lo anterior, sumado al alza en la esperanza de vida, se ha reflejado en el continuo proceso de envejecimiento de la población mexicana, el cual será cada vez más acelerado en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010), fenómeno que también se comienza a presentar a nivel mundial.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT; Gutiérrez et al., 2012), mencionó que existían aproximadamente 10,695,704 adultos mayores de 60 años en el país, lo cual representaba 9.2% del total de la población mexicana, en esta estimación hay que tomar en cuenta que la proporción de adultos mayores varía entre los diferentes estados de la república. En cuanto a las características sociodemográficas de los AM, el censo de población y vivienda 2010 (INEGI, 2010), mencionó que el analfabetismo, entendido como la incapacidad de leer o escribir, en AM va de 21.2 a 33.7%, dependiendo de la edad, ya que mientras más edad, mayor es el porcentaje de analfabetismo. En cuanto al nivel educativo, 23.6% de los adultos mayores de 60 a 74 años no cuentan con escolaridad, mientras que 54.4% cuentan con escolaridad básica incompleta, en cuanto a los AM mayores de 74 años, 39.6% no cuentan con educación y 49.2% cuentan con educación básica incompleta, donde se puede observar, que el nivel de escolaridad desciende conforme aumenta la edad. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las mujeres se dedican al hogar (62.8%) mientras que la mayoría de los hombres son económicamente activos (50.8%). Respecto al ingreso,

la cuarta parte de los hombres son pensionados, mientras que las mujeres, apenas 5% cuenta con este beneficio. En cuanto a salud, hay una alta prevalencia de AM que padecen hipertensión (40.0%) y diabetes (24.3%); además 26.9% de los AM presentan algún grado de dificultad para realizar una actividad básica de la vida diaria y 24.6% de AM tienen dificultad para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria y 40% del total, no cuenta con seguridad social ni servicio de salud (ENSANUT; Gutiérrez et al., 2012). Respecto a los AM que necesitan ayuda para realizar actividades diarias y básicas, la Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo (ENUT; INEGI, 2014) menciona que dentro del total de los hogares entrevistados, de un total de 12,814,897 personas que necesitaban apoyo para realizar actividades de la vida diaria, 25.7% eran adultos mayores.

El envejecimiento.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a través del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, al aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Hay que tener en cuenta que los cambios, no solo se presentan en el aspecto biológico, sino también en el psicológico y social, los cuales están determinados por distintas variables, como la historia personal, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los individuos. Por otro lado, en demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor y esta varía dependiendo de cada lugar, institución u organización que lo reporte (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2015).

Lamentablemente, los adultos mayores muchas veces son vistos como una población vulnerable debido a diversos factores, como ser más susceptibles a algunas enfermedades, a sufrir discriminación y a presentar dificultad para adaptarse a los tiempos modernos. Todo esto es un reto para asegurar la calidad de vida al llegar a la vejez.

Afectaciones en el Adulto Mayor.

Como se comentó anteriormente, con la edad, aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades, las cuales pueden tener un impacto en la capacidad funcional del AM, además en esta etapa de la vida, se es más susceptible a la multimorbilidad, entendida como el padecer dos o más enfermedades crónicas al mismo tiempo (OMS, 2015).

Aunado a esto, en la vejez suceden ciertas entidades que, aunque no están catalogadas o incluidas en enfermedades, son condiciones de salud particulares llamadas síndromes geriátricos (OMS, 2017). Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros presentes debido al desarrollo o conjunción de una serie de síntomas que tienen gran prevalencia en el adulto mayor y que frecuentemente son origen de discapacidad funcional o social. Estos síndromes son: inmovilidad, inestabilidad/caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. Estos tienen una elevada incidencia y prevalencia, las cuales aumentan en grupos vulnerables, como mayores de 80 años, personas hospitalizadas, etc. Dichos síndromes pueden promover otros problemas de salud afectando así la calidad de vida de los adultos que los padecen, generando o incrementando la dependencia. Sin embargo, en la mayoría de los casos su aparición es prevenible y estos pueden ser reversibles (Gómez Ayala, 2005). Continuando con los cambios y alteraciones en el AM, los principales cambios fisiológicos asociados al envejecimiento son los renales, los cardiovasculares,

los musculares, los relacionados al sistema nervioso central y los asociados al metabolismo de la glucosa; estos datos se reconocen cuando se toma en cuenta la alta prevalencia de alteraciones en estos sistemas anatómicos y las consecuencias que tienen estas alteraciones en el AM (Salech et al., 2012).

Desde hace algunos años, a nivel mundial, se lleva a cabo un estudio sobre la carga de enfermedad, llamado Global Burden Disease (GBD) en el cual se presenta el análisis de los años de vida saludable perdidos (AVISA) en la población; para calcular el AVISA, se integran los años perdidos por muerte prematura y los años de vida asociados a discapacidad de una población. De acuerdo con el GBD, se estima que las mujeres en nuestro país tienen una esperanza de vida promedio de 78.3 años, de los cuales aproximadamente 68.64 son vividos con buena salud, mientras que los hombres cuentan con una esperanza de vida de 73.4 años, de los cuales 65.26 son vividos en buena salud (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016). Los principales padecimientos que contribuyen a vivir años de vida no saludable en personas mayores de 60 años en México son la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, la enfermedad renal crónica, los trastornos de órganos de los sentidos, las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el dolor de cuello y de espalda baja, entre otros (OMS, 2015). De estos, las principales contribuciones a los años vividos con discapacidad son los trastornos de órganos de los sentidos, la diabetes mellitus, el dolor de cuello y de espalda baja, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos y la demencia (Gutierrez-Robledo et al., 2017).

Es importante recalcar que el envejecimiento trae consigo una disminución tanto física como cognitiva, lo que muchas veces causa aislamiento y pérdida de la autonomía e independencia,

ya que el rendimiento y desempeño de los AM muchas veces se ve afectado por los cambios físicos y cognitivos antes mencionados (Leite et al., 2015).

Deficiencia o limitación de la capacidad funcional.

Se entiende por capacidad funcional, a la capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones de nuestro quehacer cotidiano, desde el nivel individual hasta el social. Realizar esta tarea, exige capacidad física, cognitiva y afectiva, así como el entorno y recursos sociales para realizarla, entonces, cuando alguno de estos componentes se ve afectado, y la tarea se vuelve difícil o imposible de hacer, se habrá alterado la capacidad funcional. Dicho de otro modo, el término capacidad funcional, se refiere a las capacidades físicas/biológicas (capacidad de adaptación, recuperación y defensa del organismo ante patologías o situaciones, habilidades motoras, capacidad visual, capacidad auditiva, etc.) y psicosociales (cognición, percepción, sueño, interacción social, memoria, autoestima, afrontamiento al estrés, bienestar emocional), con énfasis en los aspectos funcionales y de calidad de vida de un individuo. Es importante mencionar, que la pérdida o disminución de una función puede ser transitoria o permanente; leve, moderada o severa; congénita o adquirida y mantenerse estable o empeorar (Larrion, 1999). Basándose en lo anterior, una limitación o deficiencia en la capacidad funcional, puede tener como consecuencia una discapacidad. Y debido a que, la edad avanzada y las enfermedades crónicas (presentes en la mayoría de los AM) constituyen las principales causas de discapacidad, los AM corren el riesgo de presentar altos niveles de discapacidad (OMS, 2011).

Discapacidad

En el mundo existen más de mil millones de personas que padecen discapacidad y la tasa de las personas que lo padecen está aumentando debido al envejecimiento de la población y al aumento en la presencia de enfermedades crónicas (OMS, 2018).

Aún no existe una definición estándar para la discapacidad, sin embargo, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF; OMS, 2001), trata de fusionar dos principales modelos conceptuales sobre lo que es la discapacidad, el modelo médico y el modelo social, para así llegar a un enfoque biopsicosocial. El modelo médico, maneja la discapacidad como un problema del individuo, causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos; donde el tratamiento está encaminado a conseguir la recuperación, lograr la adaptación de la persona y cambiar su conducta. Por otro lado, el modelo social, considera a la discapacidad un fenómeno fundamentalmente de origen social, interesado principalmente en la completa integración de las personas en la sociedad; maneja la discapacidad no como un atributo de la persona, sino como un conjunto de condiciones creadas por el entorno social, por lo que el manejo del problema requiere la actuación social para hacer las modificaciones ambientales necesarias para la plena participación de las personas con discapacidad. Dicho esto, para la CIF, discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Entre los motivos por los que una persona puede llegar a padecer discapacidad se encuentran las causas sanitarias y ambientales. Dentro de las causas sanitarias se encuentran los defectos congénitos, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales, consumo de alcohol y tabaco, y problemas de salud relacionados al desarrollo. Entre las causas ambientales encontramos la violencia, accidentes en el hogar, laborales o de tránsito, y malas condiciones sanitarias de la vivienda (Amate, 2006). Las personas con discapacidad son más vulnerables a la comorbilidad, a padecer enfermedades relacionadas con la edad, a sufrir accidentes que pongan en riesgo su vida y a la muerte prematura (Larrion, 1999).

La OMS (2011), en su reporte mundial sobre la discapacidad señala que la prevalencia de discapacidad es mayor en países con ingreso económico bajo que en aquellos con ingreso alto, además, las mujeres y los ancianos presentan mayor prevalencia de discapacidad. Dentro de las dificultades que presentan las personas con discapacidad, se enlistan las siguientes: peores niveles de salud; mayor vulnerabilidad a enfermedades y comorbilidades; menor participación económica, ya que las tasas de empleo son 10% menores para las personas con discapacidad, lo que trae en consecuencia que esta población presente las tasas más altas de pobreza, mayor dependencia y participación social limitada.

A través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el Instituto Nacional de Salud Pública dio a conocer algunos datos sobre la funcionalidad en AM, esta encuesta reportó que 26.9% de los AM presentó discapacidad en una o más de las siguientes condiciones: dificultad para caminar, bañarse, acostarse/levantarse de la cama o vestirse, mientras que 24.6% tenían dificultad para preparar o comprar sus alimentos, administrar sus medicamentos o manejar dinero; además, se

observó un incremento en estas dificultades en la medida en que aumenta la edad (ENSANUT; Gutiérrez et al., 2012)

Dependencia.

Actualmente no existe una definición uniforme de lo que es la dependencia, ya que puede ser concebida desde distintas perspectivas, como emocional, económica, física, etc. y a su vez estas no son excluyentes (Gutiérrez-Robledo, García-Peña y Jiménez-Bolón, 2014) y muchas veces puede ser confundida con discapacidad; sin embargo, Larrion (1999) ayuda a diferenciar estos términos partiendo de la pregunta que se haga, si se pregunta si la persona tiene dificultad o imposibilidad de realizar alguna actividad, se está hablando de discapacidad, por otro lado, si la pregunta es si la persona necesita o recibe ayuda para realizar alguna actividad, se está hablando de dependencia. La dependencia, se traduce en dependencia funcional, causada principalmente por enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, como el deterioro cognitivo, la depresión, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, osteoporosis, entre otras (Gutiérrez-Robledo et al., 2014). La dependencia supone que las necesidades y actividades básicas del individuo no pueden realizarse por él mismo, estas tienen que cubrirse por el entorno o por otra persona (Montorio, 2007).

Para fines de este proyecto se referirá a la dependencia como la pérdida de la capacidad funcional, por la cual la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda sus tareas de la vida cotidiana (OMS, 2015). La Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (INEGI, 2014) reportó que en México 57,990,463 personas informaron dedicar tiempo al apoyo de otros integrantes del hogar,

lo cual puede brindar un aproximado de la cantidad de personas que necesitan de otras para realizar actividades, dicho de otro modo, que son dependientes.

Cuidadores Primarios

Cuando se habla del cuidado de una persona, esto se refiere a una situación en la que la persona que recibe el cuidado no es capaz de cuidarse a sí misma, generalmente porque presenta un déficit en la capacidad funcional, física o cognitiva y es necesario que sea ayudada por un tercero para desempeñar actividades que van desde el comer por sí mismo, bañarse, hasta mantener una interacción social; estos cuidados pueden ser provistos de manera formal/institucional o informal/hogar. Dicho de otra manera, un cuidador es la persona que se hace cargo de vigilar y atender a otra persona (Ruiz y Nava, 2010).

El cuidado puede brindarse en diferentes niveles, uno de ellos es el de servicios médicos, que incluye la administración de medicamentos, uso de equipo de asistencia, rehabilitación, algunos pueden requerir de instituciones especializadas, por ejemplo, residencias para personas con problemas de Alzheimer, o en el hogar por personal entrenado, como los cuidados paliativos, etc. Sin embargo, la mayoría de los cuidados en AM, giran en torno al apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, los cuales se llevan a cabo en el hogar, brindados principalmente por miembros de la familia (Gutiérrez-Robledo et al., 2014)

La dependencia del cuidado de otros, dada la pérdida de la capacidad funcional, no es un estado definitivo e inalterable, obedece a la causa de la discapacidad o del nivel de dependencia. Las acciones que se han enlistado para un envejecimiento activo y saludable van desde promoción

de la salud (fomentando la actividad física, alimentación saludable, relaciones sociales), prevención primaria (evitando incidentes o factores de riesgo), prevención secundaria (interviniendo sobre la pérdida de la funcionalidad, si existe la oportunidad de reversión o modificación de su curso) y prevención terciaria (medidas dirigidas al AM con dependencia/discapacidad, abordando sus problemas, aminorando sus consecuencias o evitando su progresión (García, 2008). Tomando en cuenta lo anterior, si el cuidador/familiar o persona a cargo del AM, identifica que este está teniendo una pérdida de la capacidad funcional, sería de gran ayuda en muchos casos, actuar para evitar o revertir la discapacidad en el AM, he ahí la importancia del cuidador en la vida no solo de un AM, sino de un AM con discapacidad.

Cuidadores formales/informales.

Los tipos de cuidador pueden ser divididos partiendo desde diferentes características, ya sea por tener capacitación y experiencia o por no tenerlas, por recibir algún tipo de retribución o no, por llevarse a cabo en una institución o en casa, etc. (Gutiérrez-Robledo et al., 2014). Por un lado, tenemos a los cuidadores informales, que son aquellos que no disponen de capacitación, ni reciben remuneración, y muchas veces, la atención que brindan es sin límite de tiempo, además la mayoría de las veces, estos cuidadores son familiares de la persona que necesita cuidado, otras pocas son vecinos o amigos. Por otro lado, un cuidador formal es personal capacitado, comparte el cuidado con la familia, con límite de horario, con paga y menor compromiso afectivo que el informal. El cuidador informal, familiar del adulto mayor, es la persona encomendada a cubrir las necesidades biopsicosociales del AM, también es aquel que supervisa las acciones cotidianas domiciliarias (Del Valle-Alonso et al., 2014), su quehacer también puede incluir el estar al tanto

de las consultas del AM, ser el responsable de brindarle alimento y artículos personales o apoyarlo en el transporte.

Características de los cuidadores de los AM.

Se ha estudiado mucho acerca de la descripción de los cuidadores de los AM. En México, debido particularmente a la falta de acceso a servicios médicos y de atención para el AM, el cuidado recae principalmente en las familias, lo cual puede tener efectos negativos en su estado físico y emocional. Los datos de los estudios acerca de los cuidadores de AM en nuestro país concuerdan en algunas características, como la predominancia del sexo femenino, con una edad que ronda en los 40 años, y en cuanto al estado civil casadas o en unión libre (López-Gil et al., 2009; Del Valle-Alonso, 2015; Félix-Alemán, 2012; Ruiz et al., 2015; Flores, Rivas y Segel, 2012).

Importancia del estudio de los cuidadores.

En México, el número de cuidados formales es escaso, y sumado a eso no se están diseñando estrategias para preparar o educar más cuidadores para la demanda que se presentará en el futuro debido al aumento en la población de adultos mayores que se avecina. Por esta razón los cuidadores informales son y serán entonces el principal apoyo de los adultos mayores, principalmente aquellos que presentan alguna discapacidad (Gutiérrez-Robledo et al., 2014).

Se ha documentado y descrito que las personas dedicadas al cuidado de una persona con discapacidad pueden experimentar una variada gama de emociones, efectos tanto positivos, como negativos, por ejemplo: ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor,

aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado (Flores, Rivas, & Seguel, 2012). Así mismo, pueden llegar a presentar sobrecarga del cuidador, un síndrome caracterizado por una combinación de problemas psicológicos, económicos, físicos, ocasionado por estar al cuidado de una persona (Del Valle-Alonso, 2014), tema del cual se ha realizado más investigación (Lee et al., 2019; Ortiz & Orellana, 2019; Flores-Terrones et al., 2019).

Es importante considerar que los cuidadores no deberían ser vistos simplemente como un recurso para subsanar las limitaciones funcionales del AM, también deben ser un sujeto de estudio y de atención. Investigando y trabajando con los cuidadores sería posible saber cuáles son los principales obstáculos que pueden presentar al cuidar a un familiar o cómo se puede ayudar a que identifiquen que el AM necesita de ayuda. Así se podrían elaborar y aplicar programas de apoyo, de cuidado y educativos para cuidadores (Montorio, 2007), que traten temas como la identificación adecuada de las limitaciones funcionales del AM y su compensación, esto sería diseñado teniendo en cuenta las características de los cuidadores para lograr una intervención adecuada para ellos.

El reporte del cuidador.

La identificación de la discapacidad o la limitación funcional es importante debido a que ayuda a contextualizar el efecto de los padecimientos en la vida diaria de los pacientes, es decir, las necesidades del paciente, así como la evolución y progresión de los padecimientos que los aquejan. Para algunos padecimientos, como los padecimientos mentales, entre los que se encuentran las demencias, las limitaciones funcionales son un indicador importante de la enfermedad, además de ser un criterio esencial a la hora del diagnóstico. Para casi cualquier paciente o AM, la evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria es llevado a cabo a

través de un informante cercano al paciente, ya que estos no son capaces de dar un autorreporte preciso de su rendimiento, lo que convierte al reporte indicado de las limitaciones algo necesario para una mejor atención (Zanetti et al., 2010).

Si un familiar puede identificar que el AM tiene una pérdida en la capacidad funcional, o tiene dependencia, este podría realizar una variedad de cosas que beneficien al AM, que van desde acondicionar el espacio del AM para promover la independencia hasta involucrarlo en decisiones para hacer al adulto mayor un poco más independiente y promover su autonomía (Montorio, 2007). Fernández, Silvano & Pino (2013) reportan que, al parecer, los cuidadores, tanto formales como informales, visualizan más los cuidados operativos, como la asistencia directa y los medicamentos, mientras que las necesidades de acompañamiento, escucha, ayuda, son invisibilizadas.

Entre los beneficios de que se identifique adecuadamente la discapacidad en el adulto mayor es que éste correrá menos riesgo de accidentarse, por ejemplo alguna caída, también podrá aumentar la independencia, autonomía y autoestima del AM, además de la oportunidad de revertir, controlar, o manejar la razón de la pérdida de la capacidad funcional (Gutiérrez-Robledo, García-Peña y Jiménez-Bolón, 2014; Monfort et al., 2018). Por otro lado, las consecuencias negativas de no asistir o cubrir las necesidades de cuidado en AM son el aumento de depresión, mortalidad o incapacidad funcional, así como un incremento en la institucionalización. Es por eso que la valoración de las necesidades de cuidado es importante para la planificación de servicios e intervenciones (Tomas Aznar et al., 2002).

Discrepancias en el reporte del cuidador.

A pesar de que existen diversos estudios que recaban información acerca de las características psicosociales de los cuidadores, poco se sabe sobre los factores responsables o involucrados en la discrepancia entre el reporte del cuidador y el funcionamiento del adulto mayor (Branchet, Monfort, Poulet, & Weil, 2018), aún no existe un estudio en el que se indague sobre cuáles son las características de los cuidadores que identifican adecuadamente la necesidad de cuidado o de aquellos que no advierten la pérdida de la capacidad funcional de los AM, es decir, aún no se sabe qué hace diferente a los cuidadores que advierten adecuadamente que un AM necesita de apoyo, de aquellos que no lo hacen.

Las discrepancias en el reporte del cuidador pueden variar, en el sentido en que un cuidador puede considerar al AM como una persona independiente cuando no lo es, o viceversa, calificar al adulto mayor como dependiente mientras que éste no necesita de cuidados. Al parecer, los cuidadores suelen juzgar el nivel de funcionalidad del AM de forma más negativa que los mismos AM, ya sea al referirse a la salud en general o al nivel de funcionalidad, mientras que los AM se perciben menos dependientes de lo que creen los cuidadores (Branchet et al., 2018). Entender en qué punto las percepciones del AM y del cuidador coinciden o divergen, así como clarificar las necesidades del AM podría resultar en la intervención de esas necesidades específicas (Branchet et al., 2018), o en la identificación de los factores que hacen menos confiable el reporte de la dependencia y las limitaciones cognitivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que, en algunos años, la población de AM incrementará, y ya que esta es una población en la que existe mayor riesgo de padecer enfermedades que pueden llevar a la pérdida de la capacidad funcional, la demanda de cuidados y cuidadores también aumentará, por lo que es necesario desarrollar recursos para proporcionar a los cuidadores entrenamiento y preparación en diversos temas como el adecuado manejo del AM, las estrategias de afrontamiento que beneficien al mismo cuidador, entre otros.

La identificación adecuada de las necesidades de los adultos mayores por parte de los cuidadores es esencial, pues plantea objetivos definidos y hace más fácil trabajar de acuerdo a las capacidades y características de cada AM y cuidador, promoviendo así la autonomía, limitando la sobrecarga del cuidador y mejorando la dinámica entre estos. Además, la correcta identificación de pérdida de capacidad funcional del AM puede evitar, revertir o retrasar la dependencia en algunos casos, también disminuye la posibilidad de accidentes y la aparición de depresión, además de darle mayor independencia y autoestima al AM. Sin embargo, aún no se tienen claras cuáles son las características de un cuidador que reporta adecuadamente la necesidad de cuidado por parte del AM y las diferencias con aquellos cuidadores que no advierten que el AM necesita apoyo en diferentes actividades.

Lo anterior es de gran importancia si se quieren plantear estrategias e intervenciones dirigidas al cuidador; ya que las estrategias, capacitaciones y apoyos a estos deben tomar en cuenta las características tanto del AM como de las personas a cargo de ellos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son y cuál es la frecuencia de las características asociadas al reporte de necesidad de cuidado en AM mexicanos, por parte de sus cuidadores y cuáles de estas características se asocian con la presencia de discapacidad en los AM?

MÉTODO

Objetivos

General.

- Describir la frecuencia y las características asociadas al reporte de necesidad de cuidado en AM mexicanos, por parte de sus cuidadores y cuáles de ellas están asociadas a la presencia de discapacidad en los AM.

Específicos.

- Describir las características y la presencia de discapacidad de los AM de acuerdo con el reporte de necesidad de parte de sus cuidadores.
- Describir las características de los cuidadores del AM, a partir del reporte de necesidad de cuidado y a la presencia de discapacidad del AM.
- Analizar y comparar las características asociadas al reporte correcto de necesidad de cuidado del AM, por parte de sus cuidadores.
- Analizar y comparar las características del AM, asociadas a la presencia de discapacidad.

Diseño

No experimental, transversal.

Tipo de estudio

Descriptivo y correlacional.

Alcance de la investigación

Descriptiva y correlacional.

Variables

Adulto Mayor: Persona con 65 años o más de vida.

Cuidador: Persona principal encargada de dar apoyo, cuidar o proveer al AM.

Reporte de necesidad de cuidado: Cuando se le pregunta al cuidador del adulto mayor si considera que el anciano requiere de cuidados o no.

Variables a medir en el AM

Edad

Sexo

Escolaridad

Discapacidad

Definición Conceptual: Fenómeno que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de un individuo, indica los aspectos negativos de la interacción entre este y sus factores contextuales.

Definición Operacional: Cuando el AM obtiene un puntaje dentro del percentil 90 en el cuestionario WHODAS 2.0 Versión abreviada (OMS, 1999).

Síntomas neuropsiquiátricos

Definición Conceptual: Síntomas psicológicos y conductuales asociados con los trastornos de la percepción, el contenido del pensamiento, estado de ánimo o comportamiento que pueden manifestarse en la vejez.

Definición Operacional: Contar con cero o uno, dos o tres o más de cuatro síntomas presentados en el inventario NPI-Q.

Necesidad de cuidado:.

Definición conceptual: Situación en la que un adulto mayor necesita o no el apoyo de otra persona para realizar actividades típicas de la vida diaria.

Definición operacional: : Cuando el AM obtiene un puntaje dentro del percentil 90 en el cuestionario WHODAS 2.0 Versión abreviada (OMS, 1999) si necesita de cuidado, si obtiene un puntaje que se encuentre en un percentil menor al 90, no necesita de cuidado.

Variables a medir en el cuidador

Edad

Sexo

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Parentesco con el AM

Corresidencia con el AM

Riesgo de psicopatología

Definición Conceptual: Riesgo de presencia de síntomas somáticos, depresivos o ansiosos.

Definición operacional: Puntuar afirmativamente en 8 o más ítems del cuestionario SRQ.

Sobrecarga del cuidador

Definición conceptual: Síndrome caracterizado por una combinación de problemas psicológicos, económicos, físicos, ocasionado por estar al cuidado de una persona.

Definición operacional: Puntaje obtenido (del 0 al 88) en el cuestionario Zarit.

A continuación, se enlistan las categorías de las variables a evaluar tanto en los AM (Tabla1), como en los cuidadores (Tabla 2).

Tabla 1.

Variables a medir en AM

| Variables | Categorías de las variables |
|--|--|
| Edad | Años cumplidos al momento de la entrevista |
| Sexo | Mujer/ Hombre |
| Escolaridad | Nula/Primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa, técnica/superior |
| Estado civil | Soltero, casado/unión libre, separado/divorciado/viudo |
| Discapacidad | Presente/Ausente |
| Presencia de síntomas neuropsiquiátricos | Ninguno o uno, dos o tres, más de cuatro |

Tabla 2.

Variables a medir en el cuidador.

| Variables | Categoría de las variables |
|----------------------------------|--|
| Edad | Años cumplidos al momento de la entrevista |
| Sexo | Mujer/Hombre |
| Escolaridad | Nula/Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria completa, Técnica/Superior |
| Estado civil | Soltero, Casado/Unión Libre, Separado/Divorciado/Viudo |
| Ocupación | Empleado, Hogar, Desempleado/Estudiante/Retirado |
| Parentesco con el AM | Esposo(a), Hijo(a), Yerno/Nuera, Otro/No familiar. |
| Corresidencia con el AM | Si/No. |
| Riesgo de psicopatología | Presente/Ausente |
| Grado de sobrecarga del cuidador | Puntaje obtenido en el cuestionario Zarit |
| Necesidad de cuidado del AM | Necesita cuidado/ No necesita cuidado |

Instrumentos

Adultos mayores.

Cuestionario Sociodemográfico y para factores de riesgo.

Este cuestionario captura la información acerca de antecedentes personales, historia de vida y enfermedades. Fue tomado del protocolo empleado por el Grupo de Investigación en Demencias (GID) 10/66 (Prince et al., 2007).

Cuestionario de la evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0 Versión abreviada.

Versión de 12 preguntas, administrada por un entrevistador. Instrumento de evaluación, empleado para medir la presencia de discapacidad en la población abierta y en la práctica clínica. Capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida considerando los 30 días previos: Cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación (Rehm, 1999). Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para su uso de manera transcultural, que ha mostrado buena validez y confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.92), incluso en población mexicana, sobretodo en población adulta mayor (OMS, 2010; Sousa et al., 2010). Se considera que hay presencia de discapacidad cuando el puntaje se encuentra dentro del percentil 90.

Algoritmo del 10/66 y criterios del DSM IV para la detección de demencia.

Se estableció con base en un algoritmo diagnóstico computarizado desarrollado por el GID 10/66, este método de clasificación fue probado contra los criterios de demencia de la cuarta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV), en 25 centros de investigación de países de ingreso económico medio o bajo (Prince et al., 2003). El mismo algoritmo ha sido validado en muestras poblacionales, incluyendo la mexicana, considerando como estándar de oro el diagnóstico realizado por médicos especialistas con base en el DSM-IV, con un 94% de sensibilidad y 98% de especificidad (Prince et al., 2008).

Cuidadores/Informantes.

Cuestionario al informante.

Este cuestionario recoge información del cuidador, como edad, escolaridad, ocupación e ingresos, también el tiempo pasado con el adulto mayor en los últimos dos días. Forma parte del protocolo del Grupo de investigación en Demencias 10/66 (Prince et al., 2007).

Cuestionario Zarit - Grado de sobrecarga.

Consta de 22 ítems que miden la carga percibida por el cuidador a través de una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones. Sumando los 22 reactivos, se obtiene el grado de carga con un rango de puntuación de 0-88 (Zarit, 1980; Zarit, 1986). Cuenta con validación en población mexicana, con consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0.84 (Pardo, 2014).

SRQ -Riesgo de síntomas psiquiátricos.

Cuestionario de 20 ítems, con respuestas dicotómicas “sí” y “no” dando una puntuación total de cero a 20. Los ítems cubren síntomas psicósomáticos, de depresión y de ansiedad. Si el entrevistado responde afirmativamente a ocho o más ítems, se considera presente el riesgo de psicopatología (Mari & Williams, 1985). Con un extenso uso en países de bajo y mediano ingreso económico, en atención primaria, cuenta con buena validez y confiabilidad, además de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.84; Ramírez, Castillo & Ortíz, 2014).

NPI-Q –Síntomas neuropsiquiátricos del AM.

Inventario validado en español por Boada y colaboradores (2002) es aplicado a los informantes/cuidadores para evaluar los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en los AM.

Consta de la evaluación de 12 síntomas psicológicos y conductuales (delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión, ansiedad, euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad, conducta motora aberrante, trastornos del sueño y la alimentación) en el último mes, además de la severidad del síntoma y del grado de malestar que produce en los cuidadores cada síntoma presente (alfa de Cronbach de 0.87; Kaufer et al., 2000).

Participantes

Los datos analizados corresponden a 364 AM de 65 años o más y sus respectivos cuidadores/informantes (364), de ingreso económico medio o bajo, participantes en los protocolos del Grupo de Investigación en Demencias 10/66 en México. Los AM seleccionados para esta investigación contaban con el diagnóstico de discapacidad de acuerdo al puntaje de la escala WHODAS 2.0 o habían sido declarados de manera verbal “con discapacidad” por parte de sus cuidadores.

Procedimiento

El presente trabajo es un análisis de los datos obtenidos por el Grupo de Investigación de Demencias 10/66 en México. Para el levantamiento de los datos, los participantes en el estudio fueron reclutados a partir de un censo puerta a puerta en áreas geográficas delimitadas, de un ingreso económico medio o bajo. Las evaluaciones fueron realizadas por psicólogos, médicos y trabajadores sociales capacitados en el Instituto Nacional de Neurología “Manuel Velasco Suárez”. Las evaluaciones fueron realizadas en el hogar de los AM o en espacios proporcionados por las autoridades locales. Al comenzar, el profesional de la salud le explicaba tanto al AM como a su informante/cuidador en qué consistía la evaluación, se les entregaba una hoja de información sobre la investigación y se les pedía firmar una hoja de consentimiento informado,

en el caso de los AM que no podían leer o firmar el consentimiento, se entregaba otro formato en el que, tanto el investigador como un testigo, confirmaban que el AM había entendido el procedimiento y estaba de acuerdo en participar.

Para comenzar con la evaluación, se realizaba un cuestionario donde se registraba la información de los miembros del hogar y los servicios con los que contaba este, después al AM se le realizaba una evaluación cognitiva, una evaluación del estado mental, se aplicaba un cuestionario sociodemográfico y finalmente se entrevistaba al informante, en donde además de evaluar el riesgo de presencia de psicopatología en este, se le hacía una breve entrevista respecto al cuidado y estado de salud del AM. Las evaluaciones duraron entre 80 y 120 minutos. La captura de datos se realizó en el programa EpiData.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los cuidadores: edad, sexo, escolaridad, estado civil, parentesco y coresidencia con el adulto mayor, se analizó el reporte de necesidad de cuidado, la sobrecarga y la presencia de riesgo de psicopatología en el cuidador. Se analizaron también algunas características de los adultos mayores como: sexo, edad, presencia de discapacidad física o cognitiva. Estas mismas variables se compararon para los tres grupos de comparación: 1) AM con necesidad de cuidado y sin discapacidad (C/ND), conformado por AM que no puntuaron con demencia de acuerdo con el algoritmo, ni con discapacidad de acuerdo con el WHO-DAS, pero su cuidador reportó que este necesitaba de cuidado; 2) AM sin necesidad de cuidado y con discapacidad (NC/D), conformado por AM que si puntuaron con demencia o discapacidad según nuestros instrumentos, pero su familiar reporta que este no necesita de cuidado y 3) AM con necesidad de cuidado y discapacidad (C/D), conformado por AM que

puntuaron con demencia o discapacidad según nuestros instrumentos y sus cuidadores reportan que estos necesitan de cuidado (Tabla 3).

Tabla 3

Grupos de comparación

| Grupo | Cuidado | Discapacidad | Clave | Descripción |
|--------------|----------------|---------------------|--------------|--|
| 1 | Si | No | C/ND | AM cuyo informante reportó necesidad de cuidado a pesar de que este no tenga discapacidad. |
| 2 | No | Si | NC/D | AM cuyo informante reportó que no necesitaba de cuidado a pesar de que este si contara con discapacidad. |
| 3 | Si | Si | C/D | AM cuyo informante reportó necesidad de cuidado y este presenta discapacidad. |

Se estimaron medidas de resumen y variabilidad, de acuerdo con el nivel de medición de las variables. Se utilizó la prueba Chi-cuadrada para comparar las variables cualitativas y análisis de varianza para las cuantitativas.

Se estimaron razones de prevalencias para estimar la asociación de las características de los cuidadores y de los AM con el reporte correcto de necesidad de cuidado, así como con la presencia de discapacidad física o cognitiva. Las razones de prevalencias nos permiten evaluar la magnitud de asociación de una variable con la prevalencia de un desenlace o característica. Se utilizaron modelos multivariados basados en la regresión de Poisson para modelar de manera multivariada las asociaciones (razones de prevalencias) asociadas al reporte de necesidad de cuidado y a la

presencia de discapacidad del AM, utilizando más de una variable independiente de manera simultánea.

Se consideraron estadísticamente significativos valores de error alfa de 0.05 o menores. El análisis de los datos se realizó en el programa Stata 14.1.

Aspectos éticos.

Todas las evaluaciones realizadas fueron aprobadas por los comités éticos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velazco Suárez”, así como por el comité ético del Instituto de Psiquiatría, King’s College London.

Todos los participantes fueron evaluados después del consentimiento informado firmado. Las personas con demencia que carecen de capacidad de consentimiento fueron evaluadas sobre la base de un acuerdo firmado por un pariente. A las personas que no podían o sabían leer o escribir se les leyó la hoja de información y el formulario de consentimiento, y se les invitó a expresar su consentimiento verbalmente, lo cual fue atestiguado por un familiar.

La participación en este estudio no implicó ningún riesgo para la salud o el bienestar de los AM ni de los cuidadores. Por otro lado, los beneficios ofrecidos fueron conocer el estado de salud general de los AM, asesoría por un profesional de la salud y en el caso de las personas con demencia, la visita de un especialista del instituto antes mencionado.

RESULTADOS

En este reporte se analizaron datos de 364 adultos mayores y sus informantes/cuidadores. Los AM reportaron edades entre 65 y 104 años, 244 eran mujeres y 120 hombres, en el caso de los informantes/cuidadores 290 del sexo femenino y 74 del sexo masculino, con edades de entre 13 y 83 años.

En la tabla 4 se describe la distribución del sexo, edad, escolaridad, estado civil, síntomas neuropsiquiátricos y necesidad de cuidado en los tres grupos de análisis: 1) adultos mayores con necesidad de cuidado y sin discapacidad, 2) AM sin necesidad de cuidado y con discapacidad, y 3) AM con necesidad de cuidado y discapacidad. En cuanto a las características de los AM, el grupo cuidado/no discapacidad (C/ND) tuvo una media de edad de 75.3 años con una desviación estándar (DE) de 7.2 años, en el grupo de no cuidado/discapacidad (NC/D) la media fue de 78.8 años (DE=7.1), mientras que en el grupo cuidado/discapacidad (C/D) la media fue de 80.7 años (DE=7.6), el valor p obtenido para la prueba ANOVA de una vía fue <0.001 ($F= 1.26$; $p=0.001$; $gl=360$), lo que indica que las diferencias en los promedios son estadísticamente significativas, siendo los grupos NC/D y C/D los de más altos promedios de edad, en comparación con el que no presentan discapacidad (C/ND).

Respecto a la distribución del sexo del AM, el grupo de mujeres predomina en los tres grupos, con un porcentaje de 61.8% en el grupo C/ND, 66.7% en el grupo NC/D y 70.3% en el grupo C/D, el valor p obtenido para la prueba Chi cuadrada fue de 0.475, lo que indica que las diferencias observadas no son significativas. En cuanto a la escolaridad, se encontró que los grupos C/ND y C/D los AM contaban con la primaria incompleta en 52.9% y 45.3%, respectivamente. En el grupo NC/D 44% contaban con escolaridad nula; también se observa que, en los tres grupos, el

Tabla 4.

Características de Adultos Mayores por grupo

| | | Cuidado/ No discapacidad | No cuidado/ Discapacidad | Cuidado/ Discapacidad | Valor p |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------|
| Edad | Media y DE | 75.3(7.2) | 78.8(7.1) | 80(7.6) | <0.001* |
| Sexo | % Mujeres | 61.8 | 66.7 | 70.3 | 0.475 |
| Escolaridad | Nula/ Primaria Incompleta | 25.0 52.9 | 44.6 35.7 | 34.4 45.3 | 0.148 |
| | Primaria Completa | 16.2 | 14.9 | 14.8 | |
| | Secundaria Completa | 5.9 | 4.8 | 5.4 | |
| | Estado civil | Soltero | 0 | 1.8 | |
| | Casado/Unión Libre | 51.0 | 42.3 | 44.5 | |
| | Viudo | 45.6 | 50.6 | 45.3 | |
| | Separado Divorciado | 2.3 ^o | 5.3 | 3.1 | |
| Síntomas neuropsiquiátricos | Ninguno o uno | 32.3 | 47.6 | 34.4 | 0.008* |
| | Dos o tres | 22.1 | 28.6 | 27.3 | |
| | Cuatro o mas | 45.6 | 23.8 | 38.3 | |
| Necesidad de cuidado | Física | 0.0 | 39.3 | 39.1 | <0.001* |
| | Demencia | 0.0 | 48.8 | 28.1 | |
| | Ambas | 0.0 | 11.9 | 32.4 | |

* Indica valores estadísticamente significativos con un error alfa igual o menor a 0.05.

porcentaje de escolaridad secundaria o superior es de menos del 6.0%. Por otro lado, en cuanto al estado civil en el grupo C/ND 51% de los AM era casado, y ningún participante de este grupo estaba soltero, mientras que en los grupos con discapacidad (NC/D y C/D), el estado civil más representado es el de los viudos ($p=0.076$). Respecto a la presencia de síntomas neuropsiquiátricos se observó que en los grupos donde los AM son cuidados, la presencia de cuatro o más síntomas

neuropsiquiátricos fue de 45.6% para el grupo C/ND y de 38.3% en el grupo C/D), mientras que en el grupo donde no se reporta necesidad de cuidado (NC/D) 47.6% tenía uno o ningún síntoma neuropsiquiátrico ($p=0.008$).

En relación con la distribución de la discapacidad física o cognitiva, en el grupo de NC/D 39.3% tenía discapacidad física, 48.8% cognitiva y 11.9% ambas, mientras que en el grupo de C/D los porcentajes fueron de 39.1%, 28.1% y 32.8% respectivamente ($p<0.001$).

Respecto a las características de los cuidadores (Tabla 2), en el grupo C/ND la media de edad fue de 47.4 años (DE=14), en el grupo NC/D la media fue de 46.7 años (DE=14.3), mientras que en el grupo C/D la media fue de 49.3 años (DE=14.9), la comparación realizada mediante una ANOVA de una vía no mostró diferencias significativas entre los grupos de acuerdo a la edad ($F=9.66$; $p=0.284$; $g=360$). Respecto al sexo del cuidador, en los tres grupos predomina el sexo femenino con más de 75%, y no se observaron diferencias por grupo de análisis ($p=0.181$). En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, en los grupos C/ND y NC/D fue más frecuente la primaria concluida con un 30.9% y 32.9% respectivamente, mientras que en el grupo de C/D la escolaridad nula fue más frecuente (35.2%; $p=0.029$).

Respecto al estado civil, los tres grupos eran en su mayoría casados o vivían en unión libre, sin diferencias entre los grupos ($p=0.185$). Con respecto a la ocupación, se puede observar que en los grupos C/ND y C/D, los cuidadores se dedican en su mayoría al hogar con porcentajes de 47.7% y 54.8% respectivamente, mientras que en el grupo NC/D, 48.8% son empleados, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.015$). En cuanto al parentesco de los cuidadores con los AM, en los tres grupos la mayoría de cuidadores son hijos/hijas de los AM. Por otro lado, en los tres grupos, la mayoría de los cuidadores fueron corresidentes del AM, sin diferencias.

Tabla 5

Características de los cuidadores por grupo

| | | Cuidado/ No discapacidad | No cuidado/ Discapacidad | Cuidado/ Discapacidad | Valor p |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|
| Edad | Media y DE | 47.4(14) | 46.7(14.3) | 49.3(14.9) | 0.284 |
| Sexo | % Mujeres | 86.8 | 76.2 | 80.5 | 0.181 |
| Escolaridad | Nula/Primaria Incompleta | 17.7 | 21.0 | 35.2 | 0.029* |
| | Primaria Completa | 27.9 | 24.0 | 13.3 | |
| | Secundaria Completa | 30.9 | 32.9 | 28.9 | |
| | Técnica o Superior | 23.5 | 22.2 | 22.7 | |
| Estado Civil | Soltero | 26.5 | 18.5 | 19.5 | 0.185 |
| | Casado/Unión Libre | 61.8 | 64.9 | 71.9 | |
| | Divorciado/Viudo | 11.8 | 16.7 | 8.6 | |
| Ocupación | Empleado | 39.7 | 48.8 | 28.6 | 0.015* |
| | Hogar | 47.7 | 39.3 | 54.8 | |
| | Desempleado/retirado | 13.2 | 11.9 | 16.7 | |
| Parentesco | Esposa(a) | 17.7 | 9.5 | 15.6 | 0.178 |
| | Hijo(a) | 63.2 | 57.1 | 60.2 | |
| | Yerno/Nuera | 10.3 | 13.7 | 8.6 | |
| | Otro | 8.8 | 19.6 | 15.6 | |
| Corresidencia | Si% | 79.4 | 69.1 | 75.0 | 0.222 |
| Riesgo de Psicopatología | Si% | 22 | 15.5 | 23.4 | 0.059 |
| Grado de Sobrecarga | Media y DE | 14.7(12.4) | - | 18.5(13.9) | 0.255 |
| | Total | 23.53 | - | 31.3 | |

* Indica valores estadísticamente significativos con un error alfa igual o menor a 0.05.

entre grupos ($p=0.222$). Respecto a la presencia de riesgo de psicopatología, el grupo NC/D mostraba menor riesgo en comparación a los grupos C/ND y C/D, sin embargo, esta comparación no fue significativa ($p=0.194$). En cuanto al grado de sobrecarga del cuidador, se observó que, en cuanto a la media del grado de sobrecarga, los grupos presentaron un mínimo grado de sobrecarga ($p=0.590$), sin embargo, considerando el puntaje total, el grupo C/D muestra niveles de sobrecarga mayores al grupo C/ND, dicha comparación no resultó estadísticamente significativa de acuerdo al análisis realizado ($p=0.255$).

Partiendo del análisis bivariado de comparación entre grupos (tabla 4 y tabla 5), se tomaron las variables que resultaron significativas al reporte de la necesidad de cuidado y a la presencia de discapacidad y se analizaron razones de prevalencias en un modelo multivariado basado en la regresión de Poisson, como se mencionó en la sección de análisis estadísticos. En el presente trabajo elaboramos dos estrategias: la primera para analizar de manera multivariada las características (de los AM y de los cuidadores) asociadas al reporte de la necesidad de cuidado por parte de los cuidadores (Tabla 6) y otra para analizar de manera multivariada la asociación de las características (de los AM y de los cuidadores) con la presencia de discapacidad en los AM (Tabla 7).

En cuanto a las características asociadas al reporte de necesidad de cuidado, con respecto a los cuidadores (Tabla 6), las variables que se encontraron relacionadas fueron la escolaridad, dentro de la cual los cuidadores que tienen la primaria incompleta o nula muestran 50% más de

Tabla 6.

Características asociadas al reporte de necesidad de cuidado

| <i>Variable</i> | <i>Categoría</i> | Razón de prevalencias (Intervalo de confianza al 95%) | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|
| Características de los cuidadores | Escolaridad | Nula/Prim Incompleta | 1.50(1.16-1.95)* |
| | | Primaria Completa | 1.00 |
| | | Secundaria Completa | 1.23(0.95-1.59) |
| | | Técnica o Superior | 1.31(1.00-1.70)* |
| | Ocupación | Empleado | 1.00 |
| | | Hogar | 1.38(1.31-1.69)* |
| | | Desempleado/Retirado | 1.31(1.01-1.72)* |
| Características de los AM | Edad | 65-69 | 1.12(0.86-1.48) |
| | | 70-74 | 1.00 |
| | | 75-79 | 1.36(1.04-1.78)* |
| | | 80+ | 1.20(0.96-1.51) |
| | Discapacidad | Si | 2.44(2.09-2.86)* |
| | | No | 1.00 |
| | Síntomas neuropsiquiátricos | Ninguno/uno | 1.00 |
| | | Dos o tres | 1.09(0.86-1.38) |
| Más de cuatro | | 1.29(1.05-1.59)* | |

* Indica valores estadísticamente significativos en un intervalo de confianza al 95%.

probabilidad de indicar que el AM necesita de cuidado, mientras que los que cuentan con escolaridad técnica o superior lo reportan con 31% más de probabilidad, ambos con respecto a los cuidadores que tienen primaria completa. Respecto a la ocupación, esta aumenta en 38% y 31% para amas de casa y desempleados/jubilados respectivamente, en comparación a aquellos cuidadores que trabajan. Mientras que las características de los AM relacionadas al reporte de

necesidad de cuidado por parte del cuidador fueron la edad, siendo 36% más probable cuando el AM tiene de 75 a 79 años, en comparación con los cuidadores de AM de entre 70 y 74 años. La presencia de discapacidad en el AM duplicó el reporte de necesidad de cuidado y la presencia de cuatro o más síntomas neuropsiquiátricos, incremento en 30% el reporte de necesidad de cuidado en comparación de los cuidadores con AM con uno o ninguno de estos síntomas. Cabe destacar que cada una de las asociaciones antes mencionadas es independiente mutuamente dado que se estimó mediante un modelo multivariado.

Respecto a las características que están relacionadas a que un AM presente discapacidad (Tabla 7), se encontró que cuando el cuidador es hombre es 17% más probable que el AM padezca discapacidad física o cognitiva, y que esta probabilidad se incrementa en 20% cuando el cuidador tiene escolaridad nula o primaria incompleta en comparación de los cuidadores con primaria terminada. La probabilidad de presentar discapacidad en un AM se incrementa en 36.2% cuando el cuidador es no familiar en comparación a aquellos cuyo cuidador es su esposo(a). En cuanto a las características de los AM, se observó que en comparación con los AM de entre 65 y 69 años, la probabilidad de discapacidad se incrementa en 50% cuando se tiene 75 años o más. En cuanto al estado civil, el ser soltero incrementa un 30% la probabilidad de padecer discapacidad, en comparación con los viudos y finalmente el no tener o tener hasta tres síntomas aumenta aproximadamente un 14%, el riesgo de discapacidad en comparación de tener cuatro o más síntomas.

Tabla 7.

Características asociadas a discapacidad en AM

| | Variable | Categoría | Razón de prevalencias (Intervalo de confianza al 95%) |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|
| Características de los cuidadores | Sexo | Mujer | 1.00 |
| | | Hombre | 1.17(1.05-1.31)* |
| | Escolaridad | Nula/Primaria Incompleta | 1.20(1.03-1.40)* |
| | | Primaria | 1.00 |
| | | Secundaria | 1.10(0.95-1.28) |
| | | Técnica o superior | 1.08(0.91-1.28) |
| | Parentesco | Esposo/a | 1.00 |
| | | Hijo/a | 1.19(0.98-1.46) |
| Yerno/Nuera | | 1.23(0.97-1.56) | |
| Otro | | 1.36(1.08-1.72)* | |
| Características de los AM | Edad | 65-69 | 1.00 |
| | | 70-74 | 1.22(0.93-1.59) |
| | | 75-79 | 1.46(1.14-1.87)* |
| | | 80+ | 1.42(1.12-1.81)* |
| | Estado Civil | Soltero | 1.30(1.28-1.50)* |
| | | Casado/Unión Libre | 1.04(0.93-1.67) |
| | | Divorciado/Separado | 1.10(0.95-1.33) |
| | | Viudo | 1.00 |
| | Síntomas neuropsiquiátricos | Ninguno/uno | 1.13(1.00-1.28)* |
| | | Dos o tres | 1.15(1.01-1.30)* |
| Más de cuatro | | 1.00 | |

* Indica valores estadísticamente significativos en un intervalo de confianza al 95%.

DISCUSIÓN

El propósito principal de este estudio fue describir las características asociadas al correcto reporte de la necesidad de cuidado en el AM. Se encontró que cuando el AM tiene más de 75 años, cuenta con discapacidad, y con cuatro o más síntomas psiquiátricos, este es más probable que sea identificado por su cuidador como alguien que necesita cuidado. Por otro lado, cuando el cuidador tiene escolaridad nula o apenas unos años de primaria, y este pasa tiempo en casa ya sea por ser ama o amo de casa o por ser jubilado(a) o desempleado(a), es más probable que reporte correctamente la necesidad de cuidado en el AM. En cuanto a la comparación entre grupos, se encontró que la edad del AM está relacionada con el padecer discapacidad, en los grupos de personas con discapacidad, la edad era mayor en comparación al grupo que no tenía discapacidad. Otra variable relacionada fue la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, donde los AM que tenían cuatro o más síntomas, resultaban ser quienes los informantes reportaban que necesitaban de cuidado.

Los resultados de este estudio mostraron que, de acuerdo a las características de los adultos mayores de nuestra muestra, más de 60% de ellos eran del sexo femenino, con una edad promedio de 78 años, con escolaridad principalmente nula o con primaria incompleta, y estado civil viudos o casados, estos datos son equiparables a la población mexicana (INEGI, 2010).

Respecto a los cuidadores, se encontró que la mayoría pertenece al sexo femenino, principalmente son hijas de los AM, casadas y con edad promedio de 47 años, estos datos concuerdan con otros autores (Espin, 2008; Espinoza y Aravena, 2012; Cova et al., 2018; López-Gil et al., 2009; De valle-Alonso, 2015; Félix Alemán, 2012; Ruiz et al., 2015; Flores, Rivas y

Segel, 2012). Como se pudo observar, la mayoría de estudios sobre cuidadores concuerdan en que esta actividad es llevada a cabo principalmente por personas del sexo femenino, una de las razones a las que se puede deber es a “la capacidad de abnegación, sacrificio y voluntad que presenta la mujer frente al hombre para responsabilizarse de los cuidados con el menoscabo en su calidad de vida” (Luengo et al., 2010), otra posible explicación es que, en el caso de los hombres llevar a cabo el cuidado se ha visto como una opción, mientras que en la mujer se ve como una tarea impuesta, asumiendo el cuidado como un compromiso moral y social (Vaquirio y Stepovich, 2010).

Al hacer el análisis para encontrar las variables relacionadas con el correcto reporte de necesidad de cuidado, se encontró que el reporte de cuidado era 50% más acertado cuando el cuidador tenía solo algunos años de primaria o nula escolaridad, en comparación a cuando se tiene primaria completa. Los cuidadores que pasan más tiempo en el hogar, ya sea porque son amos(as) de casa o retirados o jubilados, tienen 38% y 31% respectivamente más probabilidad de hacer un correcto reporte de necesidad de cuidado en comparación a quienes son empleados, esto puede deberse a que como se mencionó anteriormente, la mayoría de cuidadores eran del sexo femenino, quienes culturalmente y socialmente son quienes se encuentran al cuidado del hogar y la familia mientras los hombres se encargan de trabajar (Luengo et al., 2010). En otros estudios se ha encontrado que un cuidador reporte más niveles de discapacidad en el AM está relacionado con la sobrecarga de este (Horowitz, 2004), esta relación no fue observada en este estudio, lo cual concuerda con otros estudios donde la sobrecarga correlaciona con las horas al día dedicadas al cuidado (Jofré & Sanhueza, 2010; Zamora & Sánchez, 2008) o al tiempo que tiene el AM de ser dependiente (Huete et al., 2010); sin embargo, si se encontró una tendencia a la significancia en la diferencia de sobrecarga en cuanto a los cuidadores que reportaban adecuadamente la discapacidad de los que no. Por otro lado, la edad del AM parece ser un factor importante para que el cuidador

indique si este necesita de cuidado, se encontró que cuando el AM tiene de 75 a 79 años, aumenta en 36% que el cuidador indique necesidad de cuidado comparado con AM que tiene de 70 a 74 años. Lo anterior nos lleva a pensar que cuando un AM es joven es más difícil que sea identificado como alguien que necesita de cuidados, esto puede verse influenciado a la percepción que él o ella misma tiene sobre su salud, ya que a mayor la percepción de salud parece empeorar a medida que aumenta la edad (Seculi et al., 2001; Pérez-Fernández, 2015). En un estudio del 2010 (Luengo et al., 2010), la edad del cuidador fue un factor importante para determinar si este efectuaba adecuadamente los cuidados básicos, determinando que los cuidadores de 41 años en adelante eran quienes mejor lo efectuaban; nuestros datos no mostraron diferencias significativas entre las edades de los cuidadores, cuyas edades promedio rondan los 48 años. Por otra parte, que el AM tenga cuatro o más síntomas neuropsiquiátricos hace 29% más probable que su cuidador indique que este necesita de cuidados en comparación a cuando presentan uno o ninguno, esto puede hablar sobre la atención que les dan estos cuidadores a los aspectos emocionales, en otras, palabras de la importancia o el valor que se le da a las actividades de acompañamiento, escucha, atención y cariño que también forma parte del cuidar de otro (Ferre, 2008). Otra explicación, puede estar relacionada a que una proporción de nuestros AM se identificaron con algún tipo de demencia, la cual mientras es más severa, más síntomas neuropsiquiátricos presenta o estos son más severos, lo cual aumenta el porcentaje de concordancia con el reporte del cuidador (Stella et al., 2015), que la presencia de cuatro o más síntomas neuropsiquiátricos sea considerado un indicador de que este necesita de cuidado puede deberse a que los cuidadores a cargo de las personas con problemas conductuales como agresividad, impulsividad, tristeza, tiendan a reportar que realizan el cuidado del AM (Flores, et al., 2012). Otra posible explicación es que estos datos pueden pertenecer a personas que cuidan de pacientes con demencia, debido a que los síntomas neuropsiquiátricos son más frecuentes en los trastornos neurocognitivos (demencia) como lo es la enfermedad de Alzheimer (Stella et al., 2015).

Los datos sobre el cuidador son interesantes debido a que unas características pueden estar relacionadas con otras, es decir, si una persona no cuenta con escolaridad o con primaria nula, es menos probable que tenga un trabajo remunerado, siendo más probable que se dedique al hogar, lo que trae en consecuencia, estar a cargo de alguien que no puede valerse por sí mismo, rol, que culturalmente en este lado del mundo se le ha asignado a la mujer (Vaquirio y Stepovich, 2010), quien en nuestro estudio fue el sexo predominante entre los cuidadores.

Al analizar el reporte de necesidad de cuidado respecto al tipo de discapacidad que presentaba el AM, se encontró que quienes presentaban discapacidad pero no cuidado tenían en su mayoría una discapacidad cognitiva, mientras que aquellos que presentaban discapacidad y si eran cuidados tenían una discapacidad física o física y cognitiva, lo anterior puede deberse a que los síntomas neuropsiquiátricos muchas veces suelen verse como algo “normal” cuando llega la vejez, y no ser identificados como una situación de cuidado por los informantes, además de que estos pueden estarle dando la connotación de “mayor gravedad” a afectaciones físicas principalmente (Ferre, 2008).

Por otro lado, al analizar las características relacionadas a la discapacidad, se observó que cuando un AM cuenta con discapacidad, este es más probable que sea cuidado por un hombre en 17%. También se encontró que un AM con discapacidad, tiene 20% más de probabilidad de ser cuidado por alguien con escolaridad nula o pocos años de primaria en comparación a ser cuidado por alguien con primaria completa, datos que coinciden con Dueñas (2014), en donde compararon los datos de cuidadores de AM discapacitados contra los no cuidadores de AM discapacitados. Otro dato interesante fue que cuando un AM padece discapacidad, es 36% más probable de ser cuidado por una persona que no es su familiar, lo cual no es de extrañarse debido a que en los resultados se mostró que la mayoría de los AM discapacitados son viudos, por lo tanto, es más probable que

vivan solos y/o que no haya un familiar cerca cuando necesita de ayuda. Este estudio y el de Horowitz (2004), muestran que el cuidador sea un no familiar y/o que no viva con el AM está relacionado a no identificar adecuadamente la necesidad de cuidado en el AM. El padecer una discapacidad está fuertemente relacionada con la edad, ya que se encontró que de los AM de 75 a 79 y de los 80 años en adelante es 46% y 42% respectivamente, más probable que un AM presente discapacidad en comparación a cuando tienen de 65 a 69 años. El estado civil también se encontró relacionado a la discapacidad, siendo soltero es 30% más probable padecerla comparado a cuando se es viudo. Por último, el tener discapacidad está relacionado 13% y 15% a padecer de cero a uno o de dos o tres síntomas psiquiátricos, respectivamente, en comparación a padecer cuatro o más, lo anterior puede deberse a que algunos de los síntomas psiquiátricos como depresión o apatía, culturalmente están entendidos como parte normal del envejecimiento (Stella, 2015).

Se encontró que la edad del AM está relacionada con el padecer discapacidad. En los grupos donde se encontraban las personas con discapacidad, la edad era mayor en comparación al grupo donde no se tenía discapacidad, estos datos concuerdan con un estudio en Cataluña, donde la proporción de personas que declaran tener una o más alteraciones funcionales mayor en los grupos de mayor edad (Seculi et al., 2001), de acuerdo a este mismo estudio y a otro llevado a cabo en el 2015 (Pérez-Fuentes et al., 2015), es probable que la proporción de hombres que manifiestan tener una discapacidad o problema de salud sea menor que el de mujeres, es decir, que los hombres perciben un estado de salud mejor que las mujeres, lo cual no fue analizado en este trabajo. Otra variable relacionada fue la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, donde los AM que presentaban discapacidad, en su mayoría tenían de cero a tres síntomas neuropsiquiátricos, con estos datos podemos sugerir que tal vez a pesar de padecer estos síntomas, estos no son reportados como componentes que promuevan la discapacidad, ya que muchas veces porque el afecto, cariño, escucha y acompañamiento no son vistos como necesidad de cuidado, dándole más atención a las

enfermedades “más graves y duraderas” (Ferre, 2008). En este estudio, la escolaridad no fue un factor asociado a la discapacidad, como lo reportado por Gutiérrez et al., 2012 y Méndez et al., 2005).

Como se mencionó anteriormente, es importante, tomar en cuenta que debido a que nuestra evaluación de la discapacidad es por medio de autorreporte, y que a pesar de que la utilización del estado de salud percibido es un método confiable ampliamente utilizado como criterio para la valoración del estado de salud real, pueden existir factores como los beneficios percibidos de estar discapacitado por parte del AM, como el recibir una pensión de discapacidad e incluso tener más atención por parte de los familiares, que pueden llevar al AM a reportar más dificultades que las que realmente tiene e influir en la incongruencia entre el reporte del cuidador y la verdadera necesidad de cuidado del AM (Branchet et al., 2018).

Por otro lado, los datos obtenidos también pueden estar influenciados por otras variables, como ejemplos, el cuidador puede tener una percepción limitada de que hace que una persona necesite de cuidado o esté discapacitada, y no conocer acerca de las capacidades funcionales del AM. Debido a que muchas veces la dependencia es cuestión de percepción, los AM tienden a reportarse con menos dependencia comparado con sus cuidadores, lo cual puede estar relacionado incluso con el que ellos no acepten aun sus limitaciones funcionales (Branchet, et al., 2018). Incluso puede influir la percepción que tenga el cuidador sobre la enfermedad o el padecimiento del AM, este puede tomarlo grave o no tan grave e influir en el reporte de si este necesita cuidado o no, ya que anteriormente se ha encontrado que los cuidadores tienden a percibir peor la salud del AM que el AM mismo (Horowitz, et al., 2004). Una situación ideal, sería que el cuidador y el AM no solo identifiquen la presencia de necesidad de cuidado, también la patología y los síntomas que llevan a su dependencia.

También es importante tomar en cuenta la relación que tienen el cuidador y el AM ya que este puede ser un factor para que el primero no atienda las necesidades del AM cuando este padece de discapacidad, además de que esta relación puede ser un factor clave para el bienestar del AM (Branchet, 2018), ya que la relación AM-cuidador es la más importante para el AM con discapacidad, más que una relación con otro miembro del hogar o conocido (Horowitz et al., 2004). Además, el convertirse en cuidador se relaciona con factores morales, emocionales y afectivos, que muchas veces desencadena en sobrecarga física y emocional (Ferre, 2008) todo esto influye en que una persona “decida” o acepte ser cuidador, además se ha encontrado que mientras el cuidador tenga una experiencia más negativa en cuanto al cuidado con respecto a la discapacidad del AM y a su relación emocional, es más probable que exista incongruencia entre el reporte del cuidador y el estado del AM (Horowitz et al., 2004).

La importancia de los hallazgos de esta investigación, radican en que a partir de las características reportadas, tanto del cuidador como del AM, se pueden crear intervenciones para aquellos cuidadores con empleo, que no pasan mucho tiempo en casa, también se puede comenzar a diseñar intervenciones adecuadas para cuidadores con escolaridad nula o incompleta, estas intervenciones pueden educar sobre los síntomas psiquiátricos y el deterioro cognitivo, como indicadores de discapacidad/deterioro en el AM. Todo esto con el propósito de educar a los familiares para ayudar a identificar si el AM necesita de cuidado. Y así evitar complicaciones futuras o accidentes, incluso con la posibilidad de aminorar o revertir la condición. Lo anterior desencadenaría en el mejoramiento de la calidad de vida de ambos protagonistas, ya que así se podrá volver a involucrar al AM en la sociedad, haciendo que el AM se sienta útil y autónomo; evitando así la sobrecarga del cuidador. Cuando un AM y su cuidador identifican, entienden y están sintonizados en cuanto a las fortalezas y limitaciones que tiene el AM, la relación, el cuidado, y las

implicaciones que estas pueden llegar a tener tanto físicamente como emocionalmente ya sea en el AM como en el cuidador, se vuelven más amenas, sencillas de sobrellevar y más fáciles de resolver.

Las principales fortalezas de este proyecto son las características de la muestra, ya que es una cantidad muy grande de participantes, cuyas características se asemejan a la mayoría de la población mexicana tanto por el nivel socioeconómico, como por ser de población abierta, ya que no se evaluaron AM institucionalizados. Otra fortaleza es que las entrevistas fueron realizadas por profesionales de la salud, entrenados de manera estandarizada. Por otro lado, dentro de las limitaciones se encuentra el hecho de haber evaluado la discapacidad por autorreporte, sin evaluar el desempeño directo del AM, además de que la validez externa de esta investigación se ve afectada por la técnica de muestreo.

CONCLUSION

Las características de los cuidadores/informantes de AM fueron predominancia del sexo femenino, en edad promedio de 47.8 años, casadas, hijas del AM, mientras que los AM eran en su mayoría mujeres, con edad promedio de 78 años. Las características que se encontraron asociadas al reporte de necesidad de cuidado fueron la escolaridad y ocupación del cuidador; y la edad y presencia de síntomas neuropsiquiátricos del AM. Mientras que las características asociadas a la presencia de discapacidad en el AM fueron el sexo del cuidador, su escolaridad y parentesco con el AM, además de la edad, estado civil y síntomas neuropsiquiátricos del AM.

Al realizar el levantamiento de información en este trabajo, se puede ser consciente, al platicar cara a cara con los adultos mayores y entrar a su hogar, el por qué son una población vulnerable, tanto a nivel social con falta de programas para apoyar a adultos mayores que no cuentan con el apoyo de familiares o amigos, casas de día para que puedan pasar el tiempo en compañía de otras persona, así como en el cuidado de la salud con la falta de personal para que pueda procurar el bienestar de esta población; a nivel económico, donde no cuentan con los suficientes recursos para subsistir por ellos mismos ni con oportunidades para laborar quienes aún pueden y lo desean. También en el ambito personal ya que muchas veces por cuestiones físicas y psicológicas que acompañan a la vejez, las personas alrededor se alejan o no se involucran con ellos. En el área rural todavía se le suma la dificultad que se tiene para poder salir de su casa ya que muchos viven en condiciones peligrosas como en la cima de una calle empedrada o con cocinas de leña, definitivamente México debería procurar más a los adultos mayores, sin importar la edad todos merecemos una buena calidad de vida hasta el último de nuestros días.

REFERENCIAS

- Amate, E. A., Vásquez, A. (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber. *Panamerican Health Organization*, 216. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/719/9275316163.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. J., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica de Mexico*, 49(SUPPL. 4). doi:10.1590/S0036-36342007001000004
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tàrraga, L., López, O. L., & Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17(6), 317-323.
- Branchet, B., Monfort, E., Poulet, C., & Weil, G. (2018). A triadic approach to health and dependence in aging adults: incongruence in perception. *Quality of Life Research*, 0(0), 0. doi:10.1007/s11136-018-1950-0
- De Valle-Alonso, M., Hernández-López, I., Zúñiga-Vargas, M., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004
- Félix Alemán, A., Aguilar Hernández, R. M., Martínez Aguilar, M. L., Ávila Alpírez, H., Vázquez Galindo, L., & Gutiérrez Sánchez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 33. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24156/1/CC_33_11.pdf

- Fernández-Lao, I., Silvano-Arranz, A., & Pino-Berenguer, M. (2013). Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index De Enfermería*, 22(1-2), 12-15. doi:10.4321/s1132-12962013000100003
- Flores, G. E., Rivas, R. E., & Seguel, P. F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29–41. doi:10.4067/S0717-95532012000100004
- Flores-Terrones, M., Galindo-Vázquez, Ó., Jiménez-Genchi, J., Rivera-Fong, L., & González-Rodríguez, E. (2019). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales. *Psicología y Salud*, 29(1), 17-24. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2564/4459>
- García, M. J. C. (2008). De la discapacidad a la dependencia: Aspectos sanitarios. *Seminario médico*, 60(2), 93-100.
- Gómez Ayala, A. E. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70–74. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- Gutierrez, J.P., Rivera-Domarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Gutierrez-Robledo, M., García-Peña, M.C., Jiménez-Bolón, J.E. (2014). Envejecimiento y

- dependencia. *Realidades y previsión para los próximos años*. Mexico. Recuperado de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Gutierrez-Robledo, L.M., Garcia-Peña, C., Medina-Campos, R., Parra-Rodriguez, L., López-Ortega, M., González-Meljem, J.M., Gómez-Dantes, H. 2017 (2017). Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf
- Huete, F. Y., Pérez, Z. U., Gutiérrez, M. M., & Herrero, R. M. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Revista Enfermería CyL*, 2(1). Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/40>
- INEGI (2010). Perfil Sociodemográfico. Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/uem/702825047610_1.pdf
- INEGI (2014). Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo 2014. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2014/>
- INMUJERES. (2015). Situación de los Adultos Mayores en México. México: Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- Jofré Aravena, V., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 111-120.
- Larrión, J. L. (1999). Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del anciano. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 22. Recuperado de

<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7309/9436>

- Lee, M. , Ryoo, J. H., Campbell, C. , Hollen, P. J. & Williams, I. C. (2019), Exploring the challenges of medical/nursing tasks in home care experienced by caregivers of older adults with dementia: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.15007
- Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R., & Hildebrandt, L. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, 14 Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001
- López-Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez-Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., & Javier, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Monfort, E., Gandit, M., Poulet, C., Quillion-Dupré, L., Boudin, B., & Couturier, P. (2018). Perception of domestic risks among carers for dependent older persons. *Psychogeriatrics*, 18(5), 371–378. doi:10.1111/psyg.12331
- Montorio-Cerrato, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 43-54. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592007000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
- OMS. (2001) . Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Version Abreviada. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1
- OMS. 2010. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule

- WHODAS 2.0. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=D75A7A590112254B0029403443E81231?sequence=z
- OMS. (2011). Reporte mundial sobre la discapacidad. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- OMS. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2017). Mental health of older adults. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- OMS. (2018) Discapacidad y salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Ortiz, P. A. C., & Orellana, K. P. O. (2019). Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(1), 11-19. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2544/1776>
- Pardo, X. M., Cárdenas, S. J., Cruz, A. V., Venega, J. M., & Magaña, I. M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44918/42834>
- Prince, M., Acosta, D., Chiu, H., Scazufca, M., Varghese, M., & 10/66 Dementia Research Group. (2003). Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *The Lancet*, 361(9361), 909-917.

- Rodriguez, J. J. L., Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., ... & Dewey, M. E. (2008). Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *The Lancet*, 372(9637), 464-474.
- Ramírez, N. G., Castillo, I. A., & Ortíz, A. L. S. (2014). La carga de los cuidadores de adultos mayores con demencia en una región rural. *Psicología y Salud*, 24(1), 35-44.
- Rodríguez, J., Ferri, C., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., & Jacob, K., Krishnamoorthy E. S., Salas, A., Sosa, A. L., Acosta, I., Dewey, M. E., Gaona, C., Jotheeswaran, A. T., Li, S., Rodriguez, D., Rodriguez, G., Kumar, P. S., Valhuerdi, A., Prince, M.; (2008). Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *The Lancet*, 372(9637), 464-474. doi:10.1016/s0140-6736(08)61002-8
- Ruiz-Rios A.E., Nava-Galan M.G., (2010). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Ruiz, M. A. V., García, C., Navarrete, R. A. M., Hernández, C. M. M., & Reyna, M. D. L. Á. V. (2015). Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 151-160. Recuperado de <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/66/53>
- Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf
- Sousa, R. M., Dewey, M. E., Acosta, D., Jotheeswaran, A. T., Castro-Costa, E., Ferri, C. P., ... Prince, M. J. (2010). Measuring disability across cultures; the psychometric properties of

- the WHODAS II in older people from seven low- and middle-income countries. The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*. doi:10.1002/mpr.299
- Stella, F., Forlenza, O. V., Laks, J., De Andrade, L. P., De Castilho Cação, J., Govone, J. S., ... Lyketsos, C. G. (2015). Caregiver report versus clinician impression: Disagreements in rating neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(12), 1230–1237. doi:10.1002/gps.4278
- Tomás-Aznar, C., Moreno-Aznar, L. A., Germán-Bes, C., Alcalá-Nalváiz, T., & Andrés-Esteban, E. (2002). Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Revista española de salud pública*, 76(3), 215-226.
Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300006
- Vaquiro, R. S. & Stieповich, B.J. (2010). Informal care challenge assumed by women. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. doi:10.4067/S0717-95532010000200002
- Zamora, Z. E. H., & Sánchez, Y. E. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 127-142.
- Zanetti, Orazio, Geroldi, C., Frisoni, G., Bianchetti, A., & Tabucchi, M. (2010). Contrasting Results Between Caregiver's Report and Direct Assessment of Activities of Daily Living in Patients Affected by Mild and Very Mild Dementia : The Contribution of the Caregiver's Personal Characteristics Contrasting Results Between Caregiver. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1–12. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.1999.tb04578.x>

