



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EL SINDROME DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES
PRIMARIOS INFORMALES DE LAS PERSONAS MAYORES
CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:
IVETTE HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS
MTRA. GRACIELA CASAS TORRES

JURADO REVISOR
MTRO. FRANCISCO CALZADA LEMUS
MTRA. ANA LILIA PÉREZ QUINTERO
MTRA. GUADALUPE CAÑONGO LEÓN
MTRO. ROMAN GARCÍA CHÁVEZ



Ciudad Universitaria, CDMX , febrero 2024.



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.

Dedicatorias y agradecimientos.

Dicen que no hay plazo que no llegue, ni fecha que no se cumpla. Han transcurrido casi diez largos años para llegar a este momento que sigo pensando que es un sueño. Este agradecimiento es primero a Dios, a mi maestro Jesucristo que me mostró por dónde caminar y darme la fortaleza para continuar.

Después y sin ser menos importantes. No hay día que no agradezca tenerlos a mi lado, me han dado todo y han recibido tan poco de mí. Esta humilde dedicatoria y agradecimiento es por todas aquellas noches que no durmieron pensando en mí, en mi bienestar. Por darme todo lo material, pero más aún por siempre creer en mí. Por estar, por hacerme fuerte aun cuando yo no era fuerte, por darme alas para volar tan alto, pero sobre todo por ese gran ejemplo de humildad, de trabajo. Por todo el amor infinito y cósmico que siempre he tenido de los dos. Con todo el amor del mundo, para ustedes...

Mis padres... Ricardo y Margarita.

Ady, Erick y Ely.

Las gracias nunca serán suficientes. Me han levantado, me han impulsado cada uno a su manera, pero siempre con amor incondicional. Gracias por todo lo que he recibido de ustedes. Los consejos, el "Tú puedes" en los momentos difíciles y en los que no creí en mí, por todo aquello más allá de lo material que me han dado. Por siempre tener espacio para mí en sus vidas y siempre impulsarme a dar todo... hermanos los amo infinitamente, esto es para ustedes también.

Xime, Huguito.

Mis niños, mis hijos de corazón, los mejores sobrinos del mundo. Por acompañar mi camino en esta travesía, por darme alegrías y siempre motivos para sonreír, por ser mis otros rayitos de luz en el camino de esta aventura, por los días en que con su alegría me alentaron a seguir construyendo.

Los amo.

Cuñados Iván, Hugo.

Mis otros hermanos. Gracias por todo, son ustedes también un apoyo y sostén en mi vida, agradezco eternamente que estén presentes siempre para mí.

A mis Mentoras.

Mtra. Graciela Casas Torres, por darme la oportunidad, por formarme, por el apoyo, por permitirme aprender, conocer y dejar que me equivocara para aprender aún más, por la construcción y aportación de conocimiento, de experiencias, pero más aún por el ejemplo de una gran trayectoria y sobre todo de la experiencia de vida.

Mtra. Guadalupe Cañongo León, por el conocimiento, por el aliento, por la exigencia y la siempre disposición para ayudarme a construir y aprender, por darme herramientas, corregirme, impulsarme, siempre darme motivación, su gran ejemplo de profesionalismo y de vida, por tenderme la mano en los momentos de pesimismo y de necesidad.

A mi Jurado revisor

Mtro. Francisco Calzada Lemus, Mtra. Ana Lilia Pérez Quintero y Mtro. Román García Chávez quienes con sus acertados comentarios y aportaciones nutrieron este trabajo recepcional.

A mis Maestros.

Dr. Fernando Monroy Dávila, Mtra. Ángeles Casillas, Mtra. María de Jesús Marqués, Lcdo. Hugo Flores, Lcda. Raquel Tenorio (QPD), Lcda. Susana Alarcón. Las mejores experiencias académicas han sido a su lado también, gracias por cada consejo, cada palabra y cada instante que dedicaron para mí y por la amistad que hoy también nos une aún en la trascendencia de la vida.

Are “Mi camarada”.

Mi acompañante de todos los días, de risas, de trabajo, de espacio y más de esta aventura para lograr nuestras metas. Sin tu apoyo, tu alegría y el conocimiento compartido conmigo acompañando este viaje nada hubiera sido igual. Por todas aquellas cosas que vivimos fuera del espacio e hicieron de nuestra amistad lo que es hoy.

Jenny, Frida.

Todo lo que aprendí aquí también se los debo a ustedes, mi agradecimiento es eterno y más aún por esa maravillosa amistad llena de momentos inolvidables y por todas las oportunidades en dónde tuvimos tiempo de idear, imaginar y construir en pro de las personas mayores.

Agradecimiento especial a **Lcda. en Trabajo Social, Nancy Aridahi García** y al **Hospital de Especialidades perteneciente al Centro Médico Nacional “La Raza”, “Antonio Fraga Mouret”** por todas las facilidades y el apoyo recibido para la realización de esta investigación.

Al Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología

El lugar que me abrió las puertas para realizar este trabajo, el espacio donde me apasioné aún más, dónde me equivoqué y aprendí.

A mí siempre amada **Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater**. Gracias infinitas, por forjarme, darme herramientas y el espacio para adquirir conocimiento.

A mí segunda casa que me ha permitido formar mi camino profesional y me empapó de conocimiento y experiencias durante estos años. Gracias.

Escuela Nacional de Trabajo Social.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT)

Por su valioso financiamiento para la elaboración de este proyecto.

A Edgar Choreño.

Por esas pláticas y la mano amiga que me ayudó e impulsó a vivir, luchar y volar hasta mis sueños hasta materializarlos. Por la sanación que dio a mi alma.

A Lali.

Por qué más que mi prima te has convertido en una amiga, una confidente. Gracias por todos los momentos de motivación y aquellas entrañables pláticas.

A las familias **Rodríguez Sánchez y Esquivel Hernández** por darme tanto...los quiero y les admiro.

A mis ex jefes y mis usuarias y usuarios de CAIS Villa Mujeres, CAIS Cuautepec, Fundación Mi Gente y compañeros del IECM.

Aquellos lugares donde también me he forjado profesionalmente, los llevo en el corazón siempre.

A mis tripulantes, compañeros de aventura.

Por qué en cada viaje es una satisfacción enorme verlos sonreír y disfrutar con ahínco y determinación su etapa de vejez.

A Verónica Bustamante Martínez y Teresa Ramírez Cristóbal.

Por creer en mí y darme la oportunidad de crear, trabajar y construir en ese espacio en donde “las voces no envejecen”. Por arroparme en todo momento y siempre alentarme a seguir mis sueños.

A mis camaradas, mis amigos y amigas que aun cuando pase el tiempo siempre son leales y siempre atentas (os), apoyando mi andar. **Iván, Clau “mi hermani”, Jazz, Azu, Rosalía, “Mi coleguita”, a mis “comadres”; Eliane y Mayte. Mi Eve, Eli, Karlita, Teresita, Vero, Bere, Sau, Sandy, Ruthi, Ivonne, Mari y Carlos (QPD)Vania, Cristhian, Joe ,Blanca,Marco ...** Todo mi agradecimiento por ser siempre acompañantes de mis sueños, de mi vida y much@s de ustedes colegas. Por la amistad nacida fuera y dentro de las aulas, por ser ustedes quienes también me impulsaron a seguir por este camino.

A los que siguen en este plano y con su paso fugaz me impulsaron a volar más allá de mis límites. A quienes en esencia, alma y corazón transitaron y transitan conmigo en el espacio terrenal más allá de lo creíble, quienes ya no están en este plano, pero viven eternamente en mí y sé, son felices de verme llegar a mis metas. **Infinitas gracias.**

Abue Aurelio.

¡Lo logré! Es por ti y para ti también por qué siempre creíste en mí, por dejarme caminar contigo y siempre sonreír cuando te hablaba de mis sueños, esos que hoy ya son realidades, por todo el amor y el apoyo que en vida me diste.

Hasta donde estés.

A ti...Yovani.

Porque después de todo lo vivido bajo la tormenta, viniste a seguir caminando conmigo sin dejar de mostrarme cuan orgulloso estas de mí.

Por todo aquello que de ti tengo para alcanzar a culminar con esto y más, y aunque por un tiempo fue duro y difícil continuar, hoy con amor e infinita paciencia lo convertiste en una nueva y calmada realidad.

Por cada uno de los momentos en que tomados de las manos hemos recorrido este camino para llegar juntos a lograr nuestros sueños.

Por llegar a tiempo...por la casualidad y la resistencia aun en la adversidad.
ST,SM...SN.

Y finalmente a la luz de mis ojos, mi más ferviente inspiración, mi centro, mi todo...

Mi hija

Miztli Lucía.

Gracias por ponerle color y alegría a mi existencia, por ser mi rayo de luz en la más triste oscuridad, por ser tu quien caminé a mi lado. Por el tiempo que tuve que robarte para poder construir, soñar y trabajar. Por qué aún a pesar de todo seguimos en el camino y dónde estoy segura siempre nos tomaremos de las manos. Esta lucha es siempre para ti, para darte las bases y los valores necesarios para la construcción de tu andar. Eres el motivo más grande para librar mis batallas y para nunca desistir en el camino, lo eres todo... Este logro es para ti, mi amor.

Lucy in the sky with diamonds.

Te amo al infinito y más allá ...y de todas las formas posibles.

Por la resistencia y por todo aquello que tuve que sortear para llegar a ser lo que soy ahora.

Para Fer...

Don't stop believin.

Índice

Introducción.....	1
CAPÍTULO I. Enfermedades no transmisibles en personas mayores.....	4
1.1 Personas mayores: Definición y cifras poblacionales.	5
1.2 Principales enfermedades no transmisibles en población senescente.	9
1.3 Las situaciones de dependencia en las personas mayores.	26
1.4 Antecedentes de estudios sobre cuidados de personas mayores.	31
CAPÍTULO II. Cuidadores primarios informales.	35
2.1 Conceptualización, perfil y funciones del cuidador primario informal.	36
2.2 La responsabilidad en los cuidados de las personas mayores.	40
2.3 Síndrome de sobrecarga en cuidadores de personas mayores.	46
CAPÍTULO III. Trabajo Social Gerontológico y enfoque de derechos.	50
3.1 La intervención de Trabajo Social con personas mayores.....	51
3.2 Derechos humanos de las personas mayores.	55
3.3 Derecho al cuidado durante la vejez y el Sistema Nacional de Cuidados.	57
CAPÍTULO IV. Marco Metodológico.....	67
4.1 Planteamiento del problema.	68
4.1.1 Justificación.	71
4.1.2 Pregunta de investigación.....	74
4.1.3 Objetivos.....	74
4.2.1 Definición conceptual y operacional.	76
4.3 Diseño de investigación.....	80
4.4 Muestra.	81
4.5 Técnicas e instrumentos.....	82
4.6 Procedimiento y tipo de análisis.	83
CAPÍTULO V. Resultados y discusión.	97
5.1 Perfil sociodemográfico de cuidadores.....	98
5.2 Perfil de salud y tipos de cuidados de las personas mayores.....	99
5.3 Niveles de sobrecarga del cuidador.	100
CAPÍTULO VI. Conclusiones y sugerencias.	102
Referencias.	107
Anexos	116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. América Latina y el Caribe: Población de 60 años y más, según el sexo por subregiones y países, 1965-2060. (pag 9)

Tabla 2. Porcentaje de población con dependencia por edad y género en 2015.

Tabla 3. Operacionalización y conceptualización de variables.

Tabla 3.1. Categorización de las variables. (pág. 84 en adelante)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa de incidencia y casos acumulados de diabetes mellitus no insulino dependiente, tipo 2, en mujeres. México, enero-diciembre 2021.

Figura 2. Tasa de incidencia y casos acumulados de diabetes mellitus no insulino dependiente, tipo 2, en hombres. México enero - diciembre de 2021.

Figura 3. Tasa de incidencia y casos acumulados de hipertensión arterial en mujeres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 4. Tasa de incidencia y casos acumulados de hipertensión arterial en hombres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 5. Tasa de incidencia y casos acumulados de Enfermedades isquémicas del corazón en mujeres. México enero - diciembre 2021.

Figura 6. Tasa de incidencia y casos acumulados de Enfermedades isquémicas del corazón en hombres. México enero - diciembre de 2021.

Figura 7. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad cerebrovascular en mujeres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 8. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad cerebrovascular en hombres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 9. Tasa de incidencia y casos acumulados de depresión en mujeres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 10. Tasa de incidencia y casos acumulados de depresión en hombres. México enero –diciembre de 2021.

Figura 11. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad de Parkinson en mujeres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 12. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad de Parkinson en hombres. México enero – diciembre de 2021.

Figura 13. Población en situación de dependencia por edad y género 2001 y 2015.

Figura 14. Proporción de personas mayores con limitación para realizar ADV, según presencia de enfermedades crónicas.

Figura 15. Matriz de trabajo para abordar el cuidado. Figura 16. Esquema metodológico.

Figura 17. Tiempo estimado de ser cuidador. Figura 18. Tiempo transcurrido con el diagnóstico.

Figura 19. Servicio de Salud.

ÍNDICE DE GRÁFICAS (RESULTADOS)

Gráfica 1. Sexo.

Gráfica 1.2 Entidad de residencia.

Gráfica 1.3. Comparte el mismo domicilio.

Gráfica 1.4. Parentesco Cuidadores-Personas mayores.

Gráfica 1.5. Escolaridad.

Gráfica 1.6. Estado civil.

Gráfica 1.7. Religión.

Gráfica 1.8. Ocupación anterior.

Gráfica 1.9. Ocupación actual.

Gráfica 1.10. Ingresos.

Gráfica 1.11. Enfermedades.

Gráfica 1.12. Sexo.

Gráfica 1.13. Entidad de residencia.

Gráfica 1.14. Ocupación actual.

Gráfica 1.15. Ingresos.

Gráfica 1.16. Dependencia económica.

Gráfica 1.17. Estado físico.

Gráfica 1.18. Padecimientos.

Gráfica 1.19. Otros padecimientos.

Gráfica 1.20. Apoyo en las ABVD.

Gráfica 1.21. Apoyo en las AIVD.

Gráfica 1.22. Apoyo en las AIVD.

Gráfica 1.23. Puntuación Escala Zarit.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ADV (Actividades de la Vida Diaria).

ABDV (Actividades Básicas de la Vida Diaria).

AIDV (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).

CPI (Cuidador Primario Informal).

ENT (Enfermedades No Transmisibles).

ENOEN (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición).

ENASEM (Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México).

EVC (Enfermedad Vascul ar Cerebral).

HAS (Hipertensión Arterial Sistémica).

OMS (Organización Mundial de la Salud).

OPS (Organización Panamericana de la Salud).

SUAVE (Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica)

Introducción

La continua transición demográfica de la población se ha acentuado en los últimos años, colocando a las personas mayores como el grupo más creciente dentro de la pirámide poblacional, por lo cual es necesario conocer y reconocer que las distintas necesidades y demandas asociadas a este grupo etario también incrementarán. Una de estas necesidades es respecto al cuidado de estas personas, sea por enfermedad o por el progreso de su proceso de envejecimiento, muy probablemente en algún momento o etapa necesitan o necesitarán ser cuidados. Dichos cambios demográficos y la situación que implica requieren de profesionistas, destacando la intervención oportuna y de calidad de profesionales de Trabajo Social, quienes deben estar en constante aprendizaje y exploración de temas que marcan el contexto social de las personas mayores y sus necesidades.

En este sentido, la salud y el trabajo de cuidados son temas de gran relevancia y que además se aprecian como asuntos urgentes dada la coyuntura actual provocada por la pandemia COVID-19. En cuanto al área del cuidado, tanto desde la academia como desde la sociedad civil se han hecho esfuerzos por hacer visible el trabajo de cuidados de niños, de personas dependientes y de personas mayores dependientes, como una de las necesidades más importantes de la sociedad.

Por ello es preciso que desde la investigación se aborden dichos temas para su estudio y en el caso de Trabajo Social se planteen alternativas que permitan una intervención eficaz y, que además desde las diversas disciplinas se planten conocimientos nuevos que sirvan como referentes de acción profesional para lograr dar respuesta efectiva a las necesidades de los sujetos de atención con los que se interviene.

La UNAM, a través de proyectos como el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) permite abordar el tema del envejecimiento como una línea de investigación del Trabajo Social Gerontológico. Fue así como, mediante la vinculación del PAPIIT con el Centro de Investigación y

Estudios de Trabajo Social en Gerontología (CIETSGe), donde se visualiza el trabajo con personas mayores en situaciones de vulnerabilidad y como población de atención prioritaria a nivel social dentro de sus diferentes entornos y así las problemáticas que esta población demanda sean visibilizadas. De esta manera surgió la idea de conocer más acerca de cómo son las personas que se encargan de cuidarlos, de prodigarles los recursos necesarios para su bienestar aún en la presencia de la enfermedad, y si estas personas cuentan con las herramientas necesarias y las condiciones físicas, sociales y económicas para realizar la actividad de cuidados. Así fue como se logró articular la idea de conocer cómo es un Cuidador Primario Informal (CPI), indagar acerca de la prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) que padecen las personas mayores, la sobrecarga que experimentan los CPI, al estar al frente de los cuidados de la persona mayor, y mostrar que el tema de cuidados corresponde también a la cuestión de los derechos humanos y mostrar que se ha hecho dentro del ámbito gubernamental para visibilizar la actividad y generar recursos materiales y humanos que contribuyan a que esta se realice de manera efectiva, así como la presencia del Trabajo Social en el ámbito gerontológico, que realiza el profesional y por que es un agente de intervención en esta area,

El presente trabajo consta de seis capítulos en donde se realiza el acercamiento en principio al concepto de personas mayores ,así como un breve abordaje histórico respecto a los conceptos utilizados con anterioridad para definir a las personas mayores, cifras acerca del número de personas mayores que exponen su crecimiento a nivel nacional, por otra parte, también dentro de este capítulo se expone información de las ENT (Enfermedades No Transmisibles), que son y cuales es la prevalencia de ellas en la población de personas mayores en nuestro país, así como también cuales son las situaciones que hacen de la dependencia una situación de atención en este grupo etario e información sobre los estudios que se han realizado en cuanto al tema de cuidados de personas mayores.

Encontraremos también un capítulo dedicado a conocer cuál es el perfil de un Cuidador Primario Informal (CPI), sus características y las funciones que efectúa al

estar frente al cuidado, retomando información de otros autores, así como también un acercamiento hacia en quienes recae la responsabilidad de las actividades de cuidado reconociendo que es un tema que también corresponde a los derechos humanos y al Estado de manera fundamental.

Dentro de este capítulo también se plasma una de las dificultades importantes por las que atraviesa un CPI; la “sobrecarga” tema del cual se expone información que nos aproxima a lo que se conoce del tema.

Otro de los tópicos que se tocan dentro de esta tesis es el Trabajo Social Gerontológico, como se realiza la intervención del profesional con las personas mayores, así como también la cuestión del derecho al cuidado durante la vejez y que se ha hecho desde este ámbito al respecto.

Se expone un capítulo sobre el marco metodológico, en donde se muestra la pregunta detonante de la investigación, presentando también la muestra que fue sujeto de estudio para esta investigación y los procedimientos ejecutados para plasmar los hallazgos de la investigación.

Un apartado más consta de la presentación de los resultados obtenidos y el análisis de estos planteando el perfil del CPI y el perfil de salud de la persona mayor a partir de las necesidades que tiene en cuanto a cuidados, así como el análisis de los casos para encontrar niveles de sobrecarga en los cuidadores. Para finalizar el capítulo correspondiente al número seis presenta las conclusiones derivadas del análisis, así como algunas sugerencias que pueden retomarse con respecto al tema, conclusiones derivadas de la indagación del tema.

CAPÍTULO I. Enfermedades no transmisibles en personas mayores

1.1 Personas mayores: Definición y cifras poblacionales.

1.2 Principales enfermedades no transmisibles en población senescente.

1.3 Dependencia y cuidados de las personas mayores.

1.4 Antecedentes de estudios sobre cuidados de personas mayores.

“Cuando sea más viejo y se me caiga el pelo dentro de algunos años

¿Seguirás regalándome por San Valentín o por mi cumpleaños una botella de vino?

Si hubiese estado fuera hasta las tres menos cuarto;

¿Cerrarías la puerta?

¿Aún me seguirás necesitando?

¿Aún me seguirás alimentando?”

McCartney,P (1967). *When I'm Sixty-Four [Canción].Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band.*

1.1 Personas mayores: Definición y cifras poblacionales.

A lo largo de la historia el término para referirnos a las personas mayores ha cambiado, es común encontrar dentro de la literatura conceptos como viejo, anciano y adulto mayor, este último antecesor del término utilizado actualmente. Una definición sobre el concepto de adulto mayor es la siguiente:

En México se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica. (Día del Adulto Mayor. PENSIONISSSTE, 2017).

Por su parte diversos autores como San Miguel Aguirre (1999) menciona que los términos de vejez, tercera edad, ancianos, adultos mayores, se refieren a parte de la población comprendida en el grupo de 60 años en adelante.

En tanto que Hernández Triana (2014) refiere que en el año 1989 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definía a las personas mayores como los seres humanos que sobrepasan los 60 años. Posteriormente y retomando también a la OMS, Arellano & Santoyo (2011), señalan que esta, considera personas de edad aquellas que han vivido entre 60 y 74 años y como ancianos a quienes están entre los 75 y los 90 años.

El papel del anciano a través de la historia ha cambiado, para las culturas antiguas ser viejo era sinónimo de sabiduría, jerarquía, respeto y estatus dentro del grupo social donde se encontraban presentes.

En la cultura mexicana se rendía culto al Huehuetlatolli (o plática de viejos), a través de razonamiento y preceptos doctrinales con que los antiguos mexicanos educaban a sus hijos...es indudable que la estructura organizacional de los mexicanos propició y fomentó la aceptación y respeto hacia los ancianos.

El individuo de edad avanzada llamado Huhuetoque, era objeto de aceptación, respeto, gratitud y humildad por parte de los jóvenes; su presencia era importante en toda ceremonia familiar, religiosa y política. Inclusive hasta muy avanzada edad los ancianos disfrutaban de una vida apacible y plena de honores.

En lo que respecta a las ancianas, estas asistían a sus hijos y parientes en innumerables ceremonias y se les solicitaba consejo. Esta concepción se transformó durante la Conquista de México, influenciada por la idea del valor del vigor y la belleza, el anciano se vuelve un ser marginado (Arellano & Santoyo, 2000 p 92).

Actualmente el término correcto para referirnos a los ancianos es el de personas mayores, cuyo concepto se planteó en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020), en los “Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano”, en específico en la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se define a una “persona mayor como aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor” (p.188).

Toda vez que al presentar dicho concepto se busque el reconocimiento de la población senescente como personas con pleno ejercicio y uso de sus derechos, el goce de estos, así como la garantía de ser respetados.

Dicho de otro modo;

Resaltando que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano; Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades; Reconociendo también la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2020).

Como señalan Arellano & Santoyo (2000), la vejez se entiende como proceso orgánico resultado del desgaste natural que sufre el cuerpo con el paso del tiempo, pero también como un proceso social resultado de la interacción de factores económicos y políticos determinado por el concepto de ancianidad de acuerdo con su tiempo, su economía, su política y su necesidad de mantener el equilibrio de la producción de bienes. En ese sentido, las personas mayores constituyen un grupo poblacional en el que hay que trabajar arduamente brindando herramientas y oportunidades de desarrollo, así como delineando estrategias que permitan que sus derechos sean protegidos y ejercidos de manera justa.

La situación de vulnerabilidad de los ancianos es una desventaja en cuanto al desarrollo y que el proceso de envejecimiento se viva con decoro y plenitud, sea por enfermedad o por una cuestión social, cuestiones en donde debe centrarse la atención para esta población. En la actualidad los grupos sociales tienen un “modelo de anciano” ajustado a partir de los diferentes elementos culturales, sociales, familiares e individuales, los cuales determinan el cómo perciben el proceso de vejez (Arellano & Santoyo, 2000).

En el año 1990 la Organización de las Naciones Unidas, instituyó el 1° de octubre como “Día Internacional de las Personas Adultas Mayores”, se conmemora anualmente con el propósito de reconocer la contribución de las personas adultas mayores al desarrollo humano y económico, así como para resaltar las oportunidades y los retos asociados al envejecimiento demográfico mundial (INEGI, 2021).

La Figura 1, ubica a México dentro de las regiones de Centroamérica con proyecciones de personas mayores de 60 años con las siguientes cifras: hombres con 23,585 y mujeres con un total de 25,543 (Huenchuan, 2019, p 45).

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), para el segundo trimestre de 2022 se estimó que en México residían 17 958 707 personas de 60 años y más (adultas mayores). Lo anterior representa 14 % de la población total del país (INEGI, 2021).

Las proyecciones en los próximos años hacen mención en donde las entidades que muestran un mayor envejecimiento demográfico se concentran en la región del centro del país, en donde se combinan diversos factores que evidencian la concentración de personas mayores y que son; entidades rezagadas en el proceso de transición demográfica pero que son expulsoras de migrantes, como es el caso de Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas (incluso en éstas se registran hasta 13 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral); b) estados en plena transición donde el proceso de envejecimiento es impulsado por la emigración, como sucede en Durango, Jalisco, Morelos, Sinaloa y Yucatán; y c) aquellos con una avanzada transición demográfica y que además son áreas de expulsión poblacional, tal es el caso de Veracruz y el Distrito Federal...para el año 2030, el Estado de México, el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Puebla seguirán concentrando, al igual que en 2015, el mayor número de adultos mayores del país (el 41.3% de las personas de 60 años y más vivirá en ellas) (González, 2015).

Aun y cuando la población de nuestro país concentre todavía cifras considerablemente altas de persona jóvenes es necesario considerar que el incremento gradual y exponencial de personas mayores se ve ya reflejado y con esta transición demográfica también hay retos y problemáticas que demanda esta población, una de ellas son las que tienen que ver con la dependencia, la prevalencia e incremento de las enfermedades.

Tabla 1. América Latina y el Caribe; Población de 60 años y más, según el sexo por subregiones y países, 1965-2060.

Región, subregión, país	2015			2030			2045			2060		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Centroamérica	16 144	7 508	8 636	28 786	13 275	15 510	46 832	21 658	25 174	65 548	31 100	34 449
Belice	21	11	11	42	19	23	73	31	41	118	51	67
Costa Rica	613	290	323	1 111	525	587	1 580	753	827	2 001	969	1 032
El Salvador	703	302	400	1 010	406	604	1 387	541	846	1 921	788	1 133
Guatemala	1 145	519	627	1 834	776	1 058	3 307	1 414	1 893	5 516	2 471	3 045
Honduras	581	278	304	1 044	492	552	1 827	847	980	2 985	1 404	1 581
México	12 177	5 696	6 481	22 094	10 311	11 784	35 909	16 814	19 095	49 128	23 585	25 543
Nicaragua	473	209	264	878	383	495	1 560	693	867	2 324	1 088	1 236
Panamá	430	204	227	773	364	408	1 189	564	625	1 556	744	812
América del Sur	49 033	21 661	27 372	83 227	36 940	46 287	122 216	55 027	67 189	154 948	71 450	83 498
Argentina	6 559	2 753	3 807	8 634	3 687	4 947	11 947	5 294	6 653	15 177	6 955	8 222
Bolivia (Estado Plurinacional de)	988	468	520	1 499	699	800	2 359	1 092	1 268	3 486	1 615	1 870
Brasil	24 392	10 726	13 665	42 879	18 860	24 019	63 803	28 501	35 302	78 815	36 123	42 692
Chile	2 818	1 219	1 598	4 800	2 129	2 671	6 515	2 961	3 554	7 924	3 691	4 233
Colombia	5 226	2 347	2 879	9 721	4 386	5 335	13 872	6 247	7 624	17 146	7 839	9 307
Ecuador	1 602	751	851	2 840	1 333	1 507	4 427	2 083	2 344	6 185	2 960	3 225
Guyana	64	29	34	122	58	64	120	56	64	154	74	80
Paraguay	598	292	306	942	455	487	1 398	666	732	2 082	982	1 100
Perú	3 127	1 440	1 687	5 409	2 464	2 944	8 537	3 976	4 560	11 726	5 629	6 097
Suriname	56	25	31	94	42	52	123	54	69	147	64	83
Uruguay	657	268	389	796	335	461	957	421	536	1 119	513	606
Venezuela (República Bolivariana de)	2 925	1 332	1 592	5 442	2 468	2 974	8 073	3 637	4 436	10 865	4 948	5 917

Fuente: Huenchuan, S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. 2018. Perspectiva regional y de derechos humanos. CEPAL.

1.2 Principales enfermedades no transmisibles en población senescente.

Al ser el envejecimiento un proceso con cambios internos y externos en los seres humanos es necesario también saber que, al llegar dichos cambios, llevan consigo el deterioro físico e intelectual, en su mayoría dado por las enfermedades que ha desarrollado a lo largo de su vida, o bien desgastes propios de la edad.

Los cambios que el mundo vive impactan de manera directa e indirectamente a los seres vivos, no somos inherentes y ajenos a dichos proceso de cambio y las alteraciones dentro de nuestros organismos se ven reflejados también en enfermedades. Se vive actualmente una de las crisis sanitarias que más ha impactado a la humanidad develando con ello la fragilidad del organismo, mermando y/o deteriorando la salud de los individuos. Si bien es cierto que la COVID-19 incrementó los índices de mortalidad en las personas mayores, no fue también más que el resultado de la conjugación de otros factores degenerativos como las enfermedades, que incrementan el proceso del deterioro y por ende la muerte.

Es importante retomar que son las enfermedades crónico-degenerativas o Enfermedades No Transmisibles (ENT). Para la Organización Mundial de la Salud (2022), estas enfermedades son resultante de la combinación de diversos factores los cuales van desde los genéticos, factores ambientales y de comportamiento, asimismo señala que suelen ser padecimientos con larga duración.

La misma organización presenta cifras sobre la tendencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles de las cuales se encuentran en mayor porcentaje de mortalidad con cifras de 17,9 millones de personas fallecidas por enfermedades cardiovasculares, cánceres con 9,3 millones, con 4,1 millones las enfermedades respiratorias crónicas y finalmente con 2,0 millones la diabetes, en donde cabe mencionar también se incluyen en esta cifra las defunciones por enfermedad renal a causa de la diabetes. (OMS, 2022).

La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018, menciona que dentro de las afectaciones más comunes en la etapa de la vejez y que derivan en la disminución de la capacidad funcional y de años de vida saludable se encuentran la pérdida de audición, cataratas, dolores en diferentes regiones del cuerpo como la espalda y el cuello, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Menciona también que a medida que se desarrolla el proceso de envejecimiento es mayor la probabilidad de sufrir varios padecimientos de manera conjunta. En la quinta edición de la misma encuesta, pero del año 2020, se presentó que en México la tendencia de prevalencia de estas enfermedades fue de esta manera en los años 2012 y 2018 y las enfermedades que más afectaron a la población senescente fueron: la hipertensión arterial, diabetes y artritis que en el año 2018 afectó al 39.9%, 22.8% y 11.2% de las personas de 50 años y más. Para el caso de la diabetes, la prevalencia pasó de 15.3% en 2001 (13.2% para los hombres y 17.2% para las mujeres) a una prevalencia de 22.8% en 2018 (20% para los hombres y 24.9% para las mujeres). El 18.7% de los hombres en el grupo de edad 50 años y más presentaba obesidad en 2001, y tuvo un incremento de 22.7% para el año 2018, para el caso de las mujeres de esta edad el porcentaje pasó de 25.2% a 31.3 por ciento. El 68% de las mujeres y 57% de los hombres declaran medirse regularmente el colesterol". (Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento, 2020).

El documento "*Enfermedades No Transmisibles Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México.*" elaborado por el Dr. José Narro Robles y en colaboración con la Secretaría de Salud, refiere que las ENT, representan ya la mayor carga de mortalidad dejando atrás a las enfermedades infecciosas, lo cual es reflejo también de las diversas transformaciones tanto económicas como demográficas que se han dado en los tiempos recientes. Las ENT tienen efectos negativos en las personas que las padecen, su calidad de vida se ve disminuida y por ende en algunos casos aumenta la dependencia de cuidados y atención. Las poblaciones envejecientes requieren de tratamientos especializados para mantener su salud en óptimas condiciones aun existiendo enfermedades. En

su mayoría las personas mayores dependen de otros para realizar actividades de la vida diaria, la administración de medicamentos, el aseo personal, asistencia en la alimentación, entre otros.

Es en este mismo documento donde se recupera información sobre las principales enfermedades prevalentes en el país y con datos y cifras sobre la afectación a las personas mayores, información que se retoma a continuación. Aborda las enfermedades realizando una clasificación sobre las mismas (cardiovasculares, neurológicas, diabetes mellitus, cáncer, salud mental adicciones, enfermedad renal crónica y salud en niñas, niños y adolescentes), información de la cual se retomarán solo aquellas que prevalecen en la población mayor.

Enfermedades cardiovasculares

Dislipidemia

Es la alta concentración de lípidos (colesterol, triglicéridos o los dos) o por el contrario una baja concentración de colesterol rico en proteínas. Actualmente existe un aumento progresivo en los niveles de colesterol en plasma, Aguilar Salinas et al., (2014) menciona que se ha observado que la hipertrigliceridemia es más frecuente en adultos que viven en áreas metropolitanas o en la región central del país, sin que se muestre influencia alguna por nivel educativo o nivel socioeconómico. Por su parte, Escobedo de la Peña et al, 2014; Vinueza et al. (2010) mencionan también que existe un claro efecto de la edad, que muestra un perfil de lípidos más aterogénico en los individuos entre 55 y 64 años de edad (citado por Narro Robles, 2018).

Hipertensión arterial sistémica (HAS)

La Organización Mundial de la Salud en el año 2021, definía la tensión arterial como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada Esta enfermedad aumenta la presión con la cual, el corazón hace circular la sangre hacia las arterias y distribuirla hacia todo el cuerpo. Diversos padecimientos como la obesidad son factores que influyen en el desarrollo de esta enfermedad elevando los niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos en el cuerpo.

Para el caso de nuestro país, la prevalencia (de la enfermedad) en el 2016 fue de 25.5% y, de estos, 40% desconocía que padecía esta enfermedad; 79.6 % de los ya diagnosticados toman antihipertensivos, de los cuales solo el 45.6 % tenían un control adecuado de sus cifras de presión arterial. La mayor carga de la enfermedad es a partir de los 60 años y más (Narro Robles, 2018,41).

Cardiopatía isquémica.

En Borrayo Sánchez et al. (2018) encontramos que la cardiopatía isquémica crónica es un síndrome en el cual hay una disminución de sangre oxigenada afectando el libre flujo de esta en una o más arterias epicárdicas o de la microcirculación coronaria. En este tenor, el documento del Dr. Narro Robles y retomando información publicada en el año 2017 por el INEGI, atiende lo siguiente con respecto a la cardiopatía isquémica y su tasa de mortalidad en el país, ya que es la condicionante de mayores defunciones, en ambos sexos mayores de 65 años o más, lo cual es un indicador de que la edad es detonante en el desarrollo de esta enfermedad.

Insuficiencia cardíaca.

Se produce cuando el músculo del corazón no bombea sangre tan bien como debería hacerlo. Cuando esto sucede, la sangre a menudo retrocede y el líquido se puede acumular en los pulmones, lo que causa falta de aliento. (*Para Insuficiencia Cardíaca Síntomas y Causas, 2021*).

Para los autores, Orea et al.2004; Magaña Serrano et al. 2011; Entre julio de 2002 y octubre de 2003, la Sociedad Mexicana de Cardiología diseñó un Programa Nacional de Registro de Insuficiencia Cardíaca (PRONARICA), dentro de sus resultados destacan que los pacientes con IC eran predominantemente hombres mayores de 60 años. Las dos causas más frecuentes de IC fueron la HAS y la cardiopatía isquémica, con 54.8 por ciento y 42.5 por ciento, respectivamente. Además 40.1 por ciento eran diabéticos, 25.2 por ciento obesos, 19.8 por ciento tenían alguna valvulopatía, 12.4 por ciento insuficiencias renales terminales y 6.1 por ciento patologías tiroideas. Del total de pacientes con falla cardiaca, hoy se estima que un 65 por ciento tienen IC con fracción de eyección preservada". (Citado por Narro Robles, 2018).

Enfermedades neurológicas

También llamados trastornos neurológicos son todas aquellas que afectan al sistema nervioso central y periférico, lo cual comprende cerebro, músculos, nervios y médula espinal.

Enfermedad vascular cerebral

Se refiere a un grupo de alteraciones causadas por la oclusión o ruptura de los vasos cerebrales. Este trastorno es frecuentemente resultado de una obstrucción arterial por un coágulo, situación denominada isquemia. Sin embargo, también puede ser causada por hemorragia, en la cual la ruptura de un vaso lleva al acúmulo de sangre dentro del cerebro. La EVC puede causar daño permanente, incluyendo alteraciones motoras, del lenguaje, de la comprensión o de la memoria...se estima que la EVC es la principal causa de discapacidad en mayores de 60 años. (Narro Robles, 2018, p 56).

El riesgo de sufrir un EVC aumenta si existen factores de riesgo asociados a otros padecimientos como pueden ser el tabaquismo, la hipertensión arterial, diabetes, entre otros. La mejor forma de prevenirlos es controlar los padecimientos ya existentes con el tratamiento adecuado, así como el cuidado de la alimentación, ejercicio de manera regular, evitar el consumo de alcohol y tabaco, entre otros.

Enfermedad de Alzheimer.

La información que retoma el documento nos dice que para:

Gutiérrez Robledo et al. (2017) La enfermedad de Alzheimer es un síndrome neurodegenerativo de etiología diversa que aqueja principalmente a adultos mayores de 60 años, aunque en las últimas décadas el número de casos que inician antes se ha incrementado. Afecta progresivamente la memoria, el pensamiento y la habilidad para realizar actividades de la vida cotidiana. Conforme progresa, la persona que padece esta enfermedad pierde la capacidad de vivir de manera independiente, dando lugar a la dependencia y las necesidades de asistencia. En este sentido, es una enfermedad multidimensional sumamente compleja, que abarca el ámbito biológico, el psicológico, el familiar y el social (Citado por Narro Robles, 2018, p 56).

Es importante precisar que existe una alta existencia de otras enfermedades (comorbilidades) en los senectos diagnosticados con padecimientos mentales, una de ellas la depresión que se asocia con Alzheimer, siendo complejo puesto que clínicamente puede encontrarse depresión dentro de la demencia y a su vez una pseudodemencia dada por un cuadro depresivo y posteriormente esta (depresión) evolucione hacia una demencia.

Diabetes mellitus.

Es entendido como el conjunto de enfermedades que alteran el funcionamiento de la glucosa en el cuerpo.

Para la Organización Panamericana de la Salud (2012), la diabetes:

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Guerrero Godínez et al. (2017), consideran que la expectativa de vida de una persona con esta enfermedad se ve reducida de 2 a 11 años en hombres y 14 años en las mujeres, adultos mayores de 65 años que tienen diagnóstico de diabetes mellitus y que en nuestro país hay aproximadamente 10 millones de adultos mayores de los cuales la mayoría padece y está en riesgo de padecer la enfermedad, sin embargo, carecen de diagnóstico. A su vez también mencionan que existen diversos factores de riesgo que conforme el avance la edad de la persona mayor puede producir el desarrollo de la enfermedad mencionando por ejemplo el desgaste de las células (beta) lo cual traerá consigo la deficiencia en la generación de la insulina en el páncreas, la baja actividad física, la obesidad y la alimentación deficiente, así como

también algunos padecimientos aunados también que merman considerablemente en su estado físico.

Cáncer

Para Pérez (2016) el cáncer es un proceso donde las células tienen una propagación y un crecimiento acelerado, el cual puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. La prevención y la detección a tiempo son primordiales para frenar el creciente y alarmante incremento en la incidencia de este padecimiento.

Como enfermedad no transmisible ocupa el tercer sitio en nuestro país como causa de mortalidad y según datos de la Cámara de Diputados (2014), el cáncer que más aqueja a la población de personas mayores hombres es el de próstata, el cual afecta en un 9.3% a pacientes de entre 70-74 años y el, 19.7% era tan solo mayor de 80 años.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Como características principales presenta síntomas a nivel respiratorio limitando el flujo aéreo, por anomalías en las vías respiratorias en su mayoría como causa de una importante exposición a contaminantes, produciendo una importante inflamación y cambios en los bronquios y parénquima pulmonar. (Narro Robles, 2018).

Es una enfermedad altamente incapacitante, progresiva y potencialmente mortal. La Dirección General de Atención a la Salud de la UNAM (2018) señaló que los síntomas de la enfermedad se hacen evidentes a partir de los 40 a los 50 años y suelen ser dificultad para respirar, la cual generalmente está acompañada de tos crónica y conforme se desarrolla el progreso de la enfermedad la dificultad respiratoria puede llegar a ser incapacitante y mortal para el paciente.

Anteriormente era una enfermedad que afectaba en su mayoría a los varones, sin embargo, hoy en día se sabe que la afectación se da por igual en ambos sexos. En nuestro país según datos reportados por el INEGI en el 2016, esta enfermedad afecta a los grupos de edad más avanzados, siendo el 89.7 por ciento de las muertes por EPOC en México, concentradas en los grupos de población de 65 años y más; los grupos de edad por encima de los 45 años concentran más del 98 por ciento de la mortalidad total. (Narro Robles, 2018).

Enfermedad renal crónica

Enfermedad caracterizada por la pérdida de la función renal, en etapas sumamente avanzadas los pacientes pueden requerir procedimientos médicos complejos como lo es la diálisis y en casos más severos el trasplante del órgano afectado.

La diabetes y la hipertensión, sumadas al envejecimiento, son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica (ERC), que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo, según estudios. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los proveedores de salud a incorporar pruebas o marcadores de daño renal en forma oportuna en pacientes con alto riesgo, especialmente diabéticos e hipertensos, y llama a las personas a mantener estilos de vida saludables” .En América Latina y el Caribe, dos de cada tres personas mayores reportaron tener una de seis enfermedades crónicas frecuentes a esa edad (hipertensión, diabetes, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, artropatías o enfermedad pulmonar crónica) y dos de cada tres dijeron tener al menos dos factores de riesgo dentro de los tomados en cuenta (hábito de fumar, sobrepeso o la falta de actividad física rigurosa), según datos de la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), dirigida por la OPS/OMS. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2014).

Salud mental y adicciones.

Entendido como un estado de bienestar mental, permite hacer frente a las problemáticas presentes en la vida y desarrollar habilidades que permitan enfrentarlas, para la OMS (2022), es parte importante e imprescindible del estado de salud y de bienestar, es lo que respalda nuestras capacidades a nivel individual y colectivo, para la mejor toma de decisiones y establecer relaciones con los demás, así como delinear la forma en la que percibimos el mundo, enmarcado dentro de los derechos humanos fundamentales e imprescindibles y también como un elemento esencial para el desarrollo de diversos ámbitos para el sano desarrollo que van desde lo social hasta el económico.

La atención de la salud mental se liga con las acciones para atender a las ENT en dos objetivos estratégicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuales hacen mención sobre centrarse en la prevención y reducción de la enfermedad, así como la discapacidad y la muerte prematura por ENT derivadas de padecimientos mentales, entre otros y el segundo en la prevención de riesgos como el uso de alcohol, tabaco, drogas y sustancias nocivas al organismo. (Narro Robles, 2018, p 131). Los datos en nuestro país revelan que estas afectan a una tercera parte de la población. El 8.3% es el porcentaje que corresponde a la carga por enfermedad mental en México, mucho mayor a la que producen los trastornos neurológicos que asciende a un 6.4% .Lozano et al. (2012), comentan que; un 22% de los días vividos en los que no se cuenta con salud, corresponden a la aparición de trastornos mentales, sumando también a los trastornos que tiene que ver con el comportamiento y en donde ambos elevaron su frecuencia pasando al cuarto lugar en el año 2016 cuando en el año 1990 se encontraban en el séptimo sitio, por otra parte las cuestiones relativas al suicidio y a la violencia pasaron al octavo lugar, cuando anteriormente ocupaban el undécimo lugar. (Citado por Narro Robles, 2018).

Mientras que Coronel (2019), nos dice que:

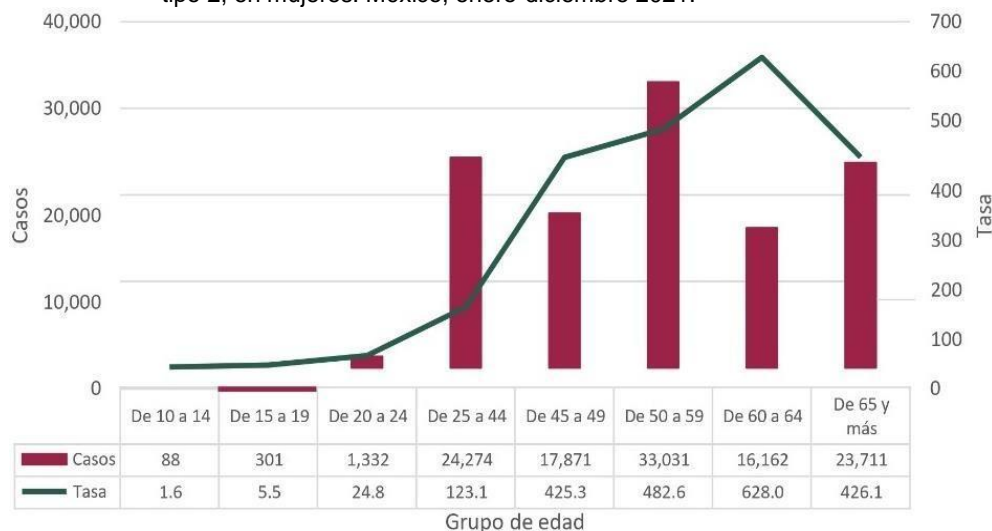
De acuerdo al estudio sobre el envejecimiento global y la salud de adultos (SAGE por sus siglas en inglés), en México se estima que alrededor del 67% de las personas de 60 y más años de edad presenta diferentes enfermedades crónicas como lo son la angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, hipertensión arterial y depresión, lumbalgia crónica, déficit auditivo y obesidad (p 15).

El informe publicado en el mes de julio de este año por el Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles (OMENT) “*Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021*” cuya publicación estuvo a cargo de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT) de la Secretaría de Salud nos muestra en cifras la siguiente información.

Diabetes.

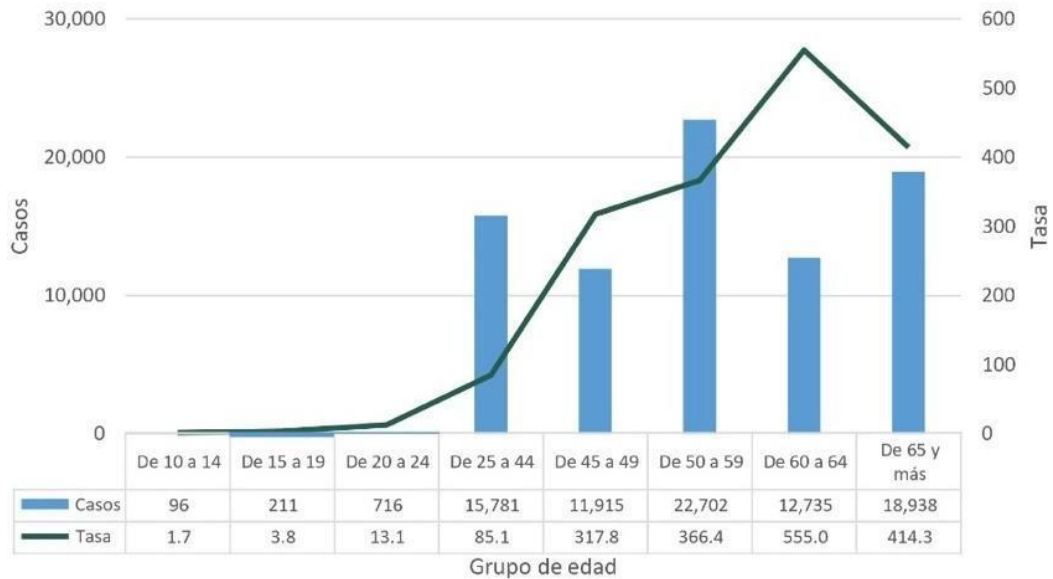
En México, hasta diciembre del año 2021, esta enfermedad tuvo mayor tasa de incidencia en mujeres y hombres de 60 a 64 años, a pesar de que el mayor número de casos se reportó entre mujeres y hombres de 50 a 59 años.

Figura 1. Tasa de incidencia y casos acumulados de diabetes mellitus no insulínica, tipo 2, en mujeres. México, enero-diciembre 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

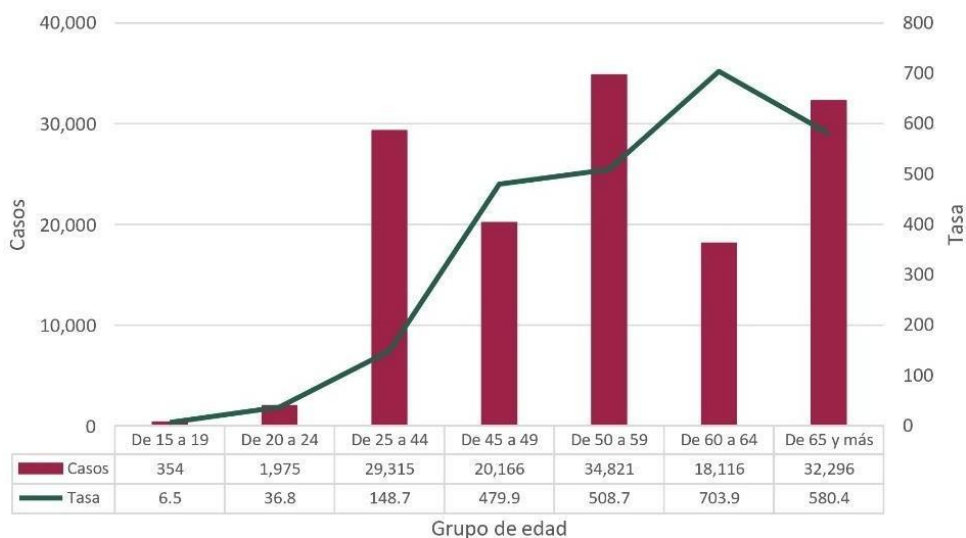
Figura 2. Tasa de incidencia y casos acumulados de diabetes mellitus no insulínica, tipo 2, en hombres. México enero - diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

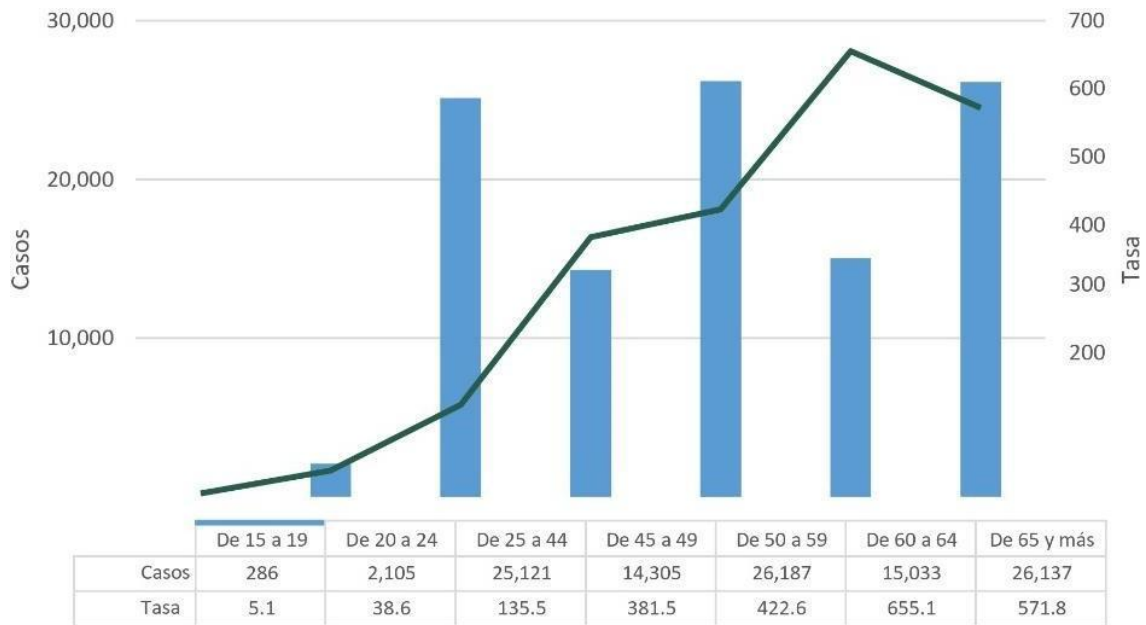
Hipertensión arterial

Los casos de esta enfermedad han sido igual en la de edad promedio tanto en hombres como mujeres (50 a 59 años) de similar es también en la tasa de incidencia para ambos sexos. (Grupo de 60 a 64 años).



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Figura 4. Tasa de incidencia y casos acumulados de hipertensión arterial en hombres. México enero – diciembre de 2021.

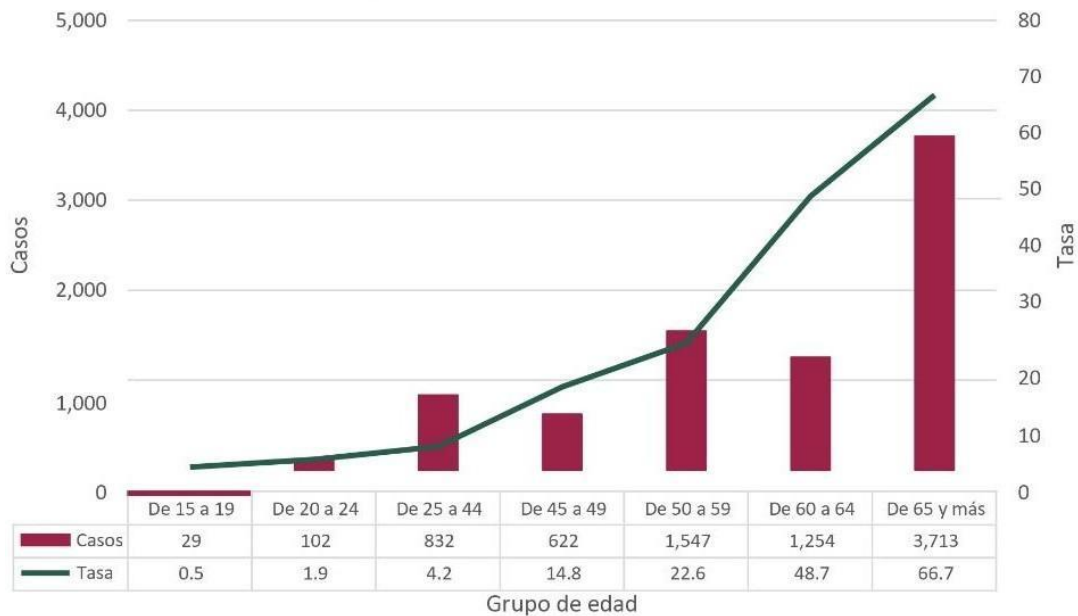


Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Enfermedad isquémica del corazón.

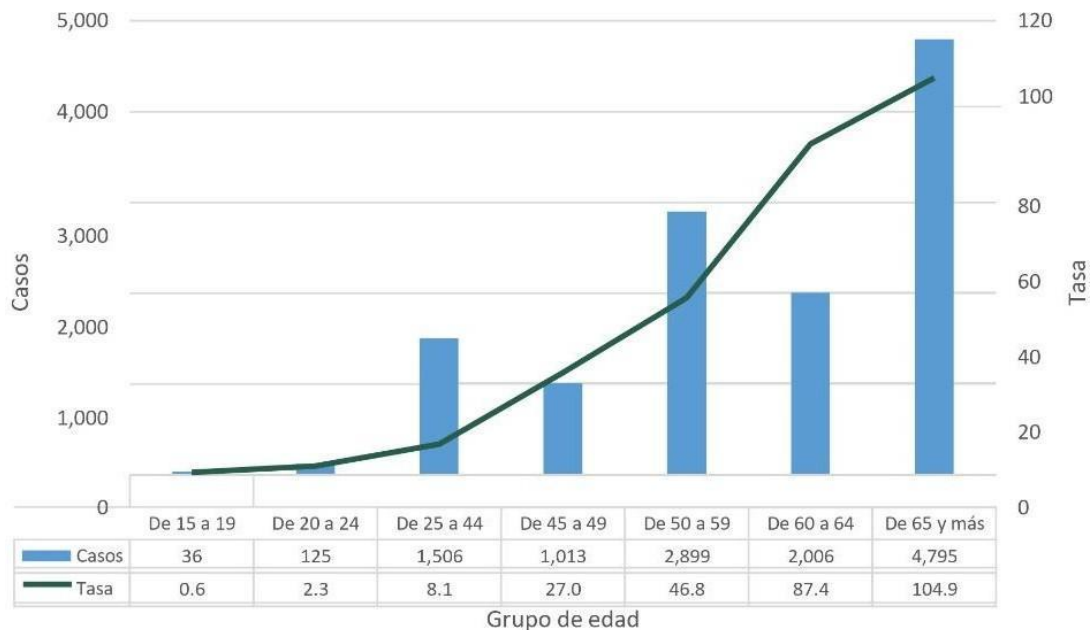
Los registros del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica demuestran que en los últimos ocho años la tasa de incidencia su comportamiento en meseta desde el año 2013 al año 2018, y registrando en 2019 un aumento en la tasa de incidencia con 37.3 casos por cada 100 mil habitantes mayores de 9 años, cifra que para el año 2020, redujo a 23.4 casos, teniendo mayor incidencia en mujeres de 65 y más años, al igual que en hombres.

Figura 5. Tasa de incidencia y casos acumulados de Enfermedades isquémicas del corazón en mujeres. México enero - diciembre 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Figura 6. Tasa de incidencia y casos acumulados de Enfermedades isquémicas del corazón en hombres. México enero - diciembre de 2021.

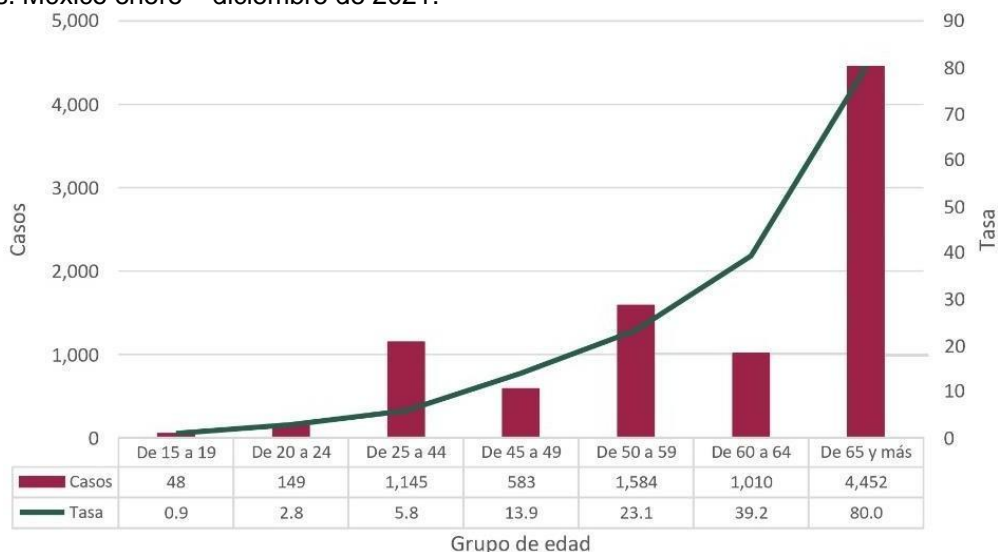


Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Enfermedad vascular cerebral.

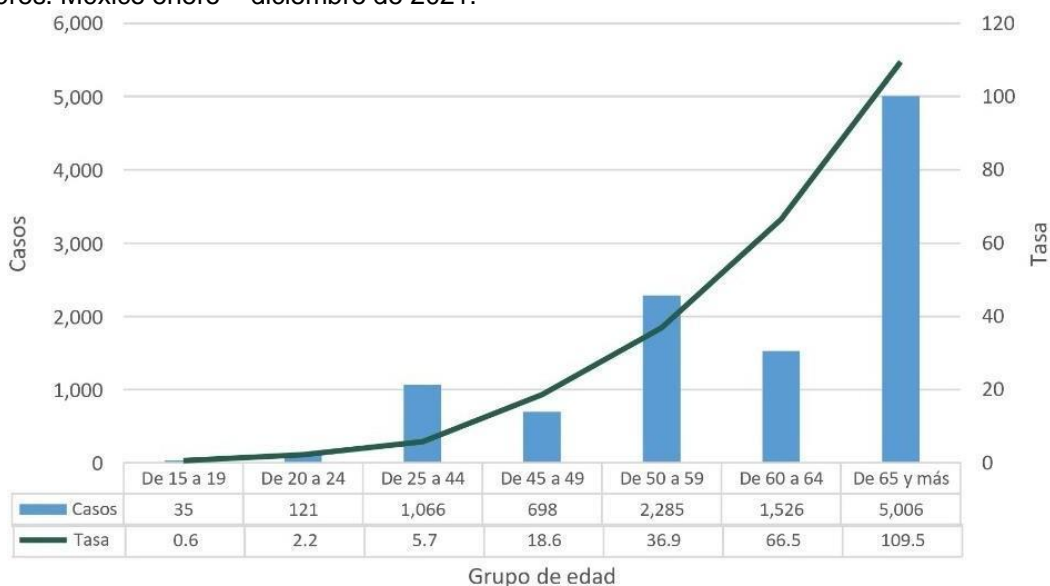
La frecuencia de los casos de esta enfermedad en la tasa de incidencia fue semejante en mujeres y hombres de 65 y más años durante el año 2021.

Figura 7. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad cerebrovascular en mujeres. México enero – diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Figura 8. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad cerebrovascular en hombres. México enero – diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Enfermedades neurológicas

Depresión

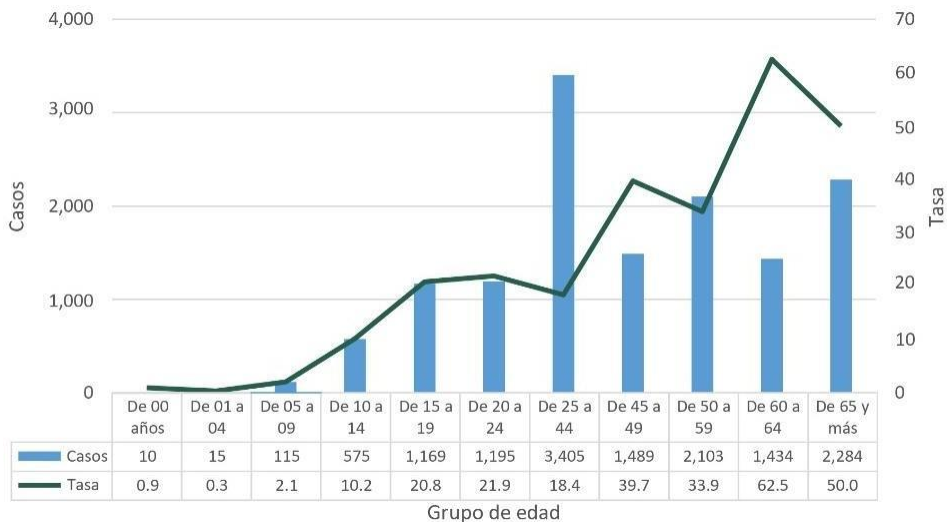
En este padecimiento, para ambos sexos, la mayor tasa de incidencia se ha presentado en el grupo de 60 a 64 años, pese a que el mayor número de casos se reportó en el grupo de 25 a 44 años.

Figura 9. Tasa de incidencia y casos acumulados de depresión en mujeres. México enero – diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Figura 10. Tasa de incidencia y casos acumulados de depresión en hombres. México enero – diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

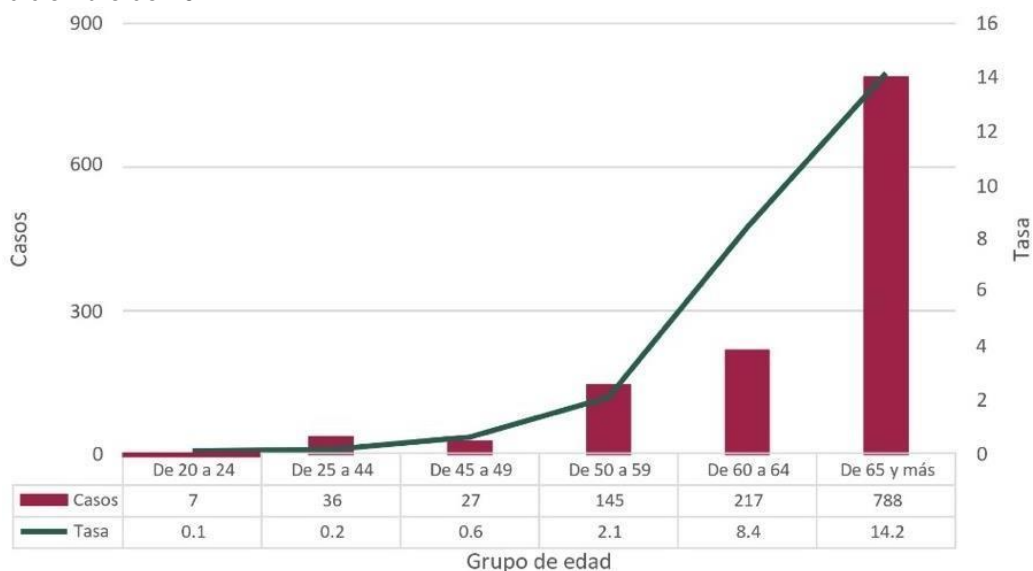
Alzheimer

La información presentada dentro de este documento correspondiente a este padecimiento solo presenta que para el año 2021 se reportaron un total de 931 casos, lo que equivale a un 0.1% del porcentaje las ENT y una tasa de incidencia por cada 100 mil habitantes de 1.1%.

Enfermedad de Parkinson

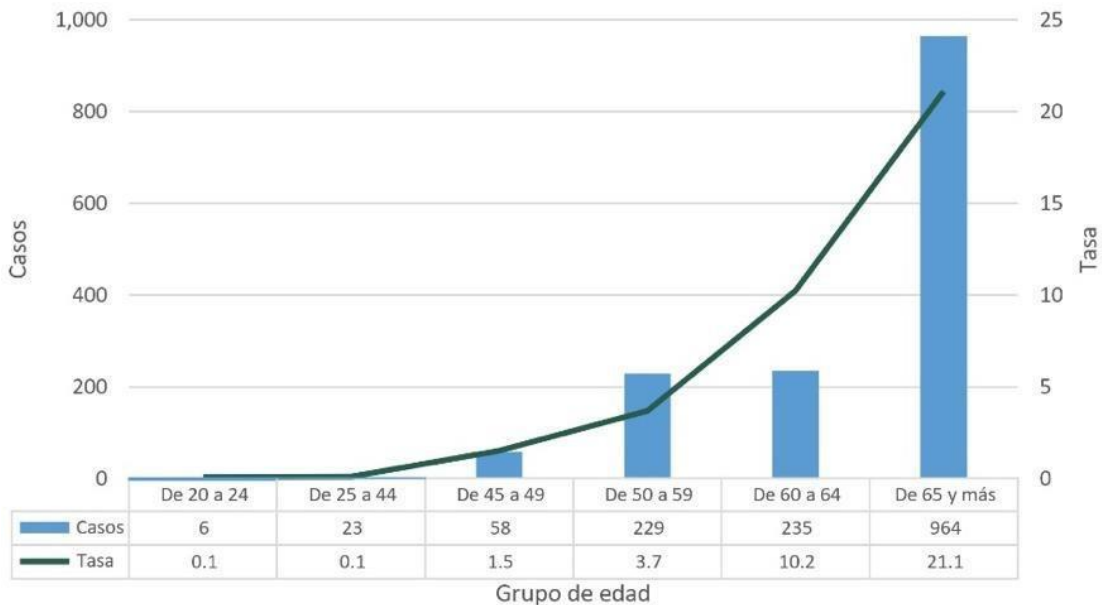
En el sexo femenino la mayor tasa de incidencia se presentó en el grupo de 65 y más años con una total de 788 casos. En el sexo masculino, los que presentan esta afectación son aquellos hombres igualmente de 65 y más años con la diferencia de las mujeres de una tasa de 21.1 casos.

Figura 11. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad de Parkinson en mujeres. México enero-diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

Figura 12. Tasa de incidencia y casos acumulados de enfermedad de Parkinson en hombres. México enero-diciembre de 2021.



Fuente: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, cierre 2021. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (DVEENT, SSA).

1.3 Las situaciones de dependencia en las personas mayores

Durante el proceso de envejecimiento se desarrollan diversos cambios físicos y biológicos que hacen de este (en ocasiones y derivado de las enfermedades que se han desarrollado) un proceso más difícil de transitar para el anciano.

La prevalencia de ENT, es una de las problemáticas a las que se enfrentan en este proceso y si bien es cierto que no todos los senectos desarrollan las enfermedades al mismo tiempo, ni bajo las mismas circunstancias, en algún momento el deterioro en su estado de salud físico generará alguna dependencia de otros, una dependencia social. Según la OMS, en los próximos 40 años la población dependiente en el mundo se duplicará y representará un total de 613 millones de habitantes, de los cuales el 80% serán personas mayores, y este

incremento será más relevante en los países de ingresos bajos y medios. (Citado en “La dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de Derechos Humanos: Seminario Internacional”, 2017, p 14).

En primer lugar, definiremos que es la dependencia. El Consejo de Europa (Oslo, 2000) definió la dependencia como:

un estado en el que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para llevar a cabo sus actividades diarias. (Citado por González Ramírez, 2017). La dependencia vista de otra manera también es, la dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). (López Ortega & Aranco, 2019, p 3).

La atención de personas dependientes y con enfermedades crónicas en un contexto de envejecimiento poblacional es un reto creciente en países de ingresos medios y bajos, en los que el contexto económico desfavorable y las consecuencias de los determinantes sociales de la salud impactan de manera negativa, en especial a la población más vulnerable (Marmot 2005; OMS 2005), como las personas mayores y las personas con alguna discapacidad. Este reto se vuelve aún mayor si se considera que la mayoría de estos países no cuentan con sistemas públicos de atención a la dependencia y, además, tienen sistemas de salud y seguridad social que no resuelven de manera óptima las necesidades de apoyo (Citado en López Ortega & Aranco, 2019, p 3).

En la medida que la población se va envejeciendo, también aumentan los riesgos de contraer enfermedades, con ello también aumenta la reducción de las capacidades físicas y mentales de la persona y con ello el encontrarse en un mayor riesgo de discapacidad y aumentar las posibilidades de convertirse en una persona dependiente (López Ortega & Aranco, 2019, p 7).

Dicho de otra manera; al envejecer la población, también aumenta el riesgo de las afectaciones y limitaciones físicas e intelectuales, muchas de ellas de la mano unas de otras lo cual en algún momento derivará en la dependencia de la persona mayor para la realización de sus ABVD y AIVD.

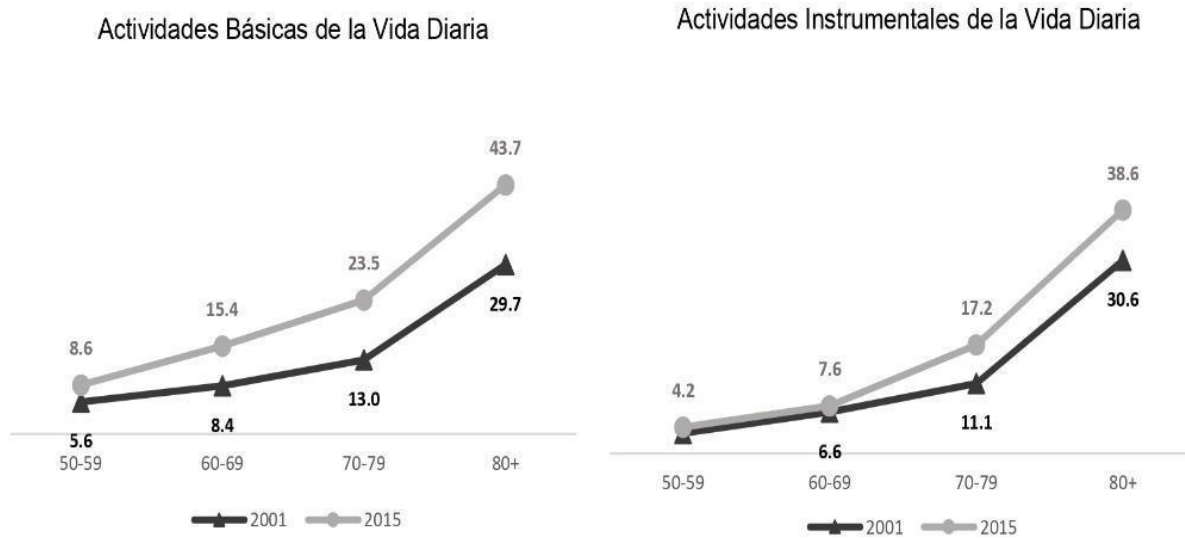
Tabla 2. Porcentaje de población con dependencia por edad y género en 2015.

Grupo de edad	ABVD			AIVD		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
60 y más	25.1	18.6	22.1	18.5	10.0	14.6
60 a 69	18.2	12.0	15.4	10.0	4.6	7.6
70 a 79	26.7	19.9	23.5	21.9	11.9	17.2
80 y más	47.3	39.4	43.7	49.0	27.2	38.6

Fuente: López-O, M, Aranco N, 2019. *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. (Elaboración propia de las autoras retomando datos de la ENASEM).

La tabla anterior nos presenta los cálculos realizados a partir de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México y recuperados en Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en México (2019), y nos muestran los porcentajes de personas mayores con dependencia ABVD y AIVD siendo el grupo de 80 años y más quienes presentan un alto grado de dependencia, en el cual sobresale que el 47.3% son mujeres con dependencia ABVD y de igual manera mujeres con mayor porcentaje de dependencia en AIVD con un 49.0%. Por su parte también se puede observar que entre el 2001 y el 2015, existió un incremento de personas mayores con dificultades en la menos una actividad básica para ambos géneros de igual manera en cuanto a las actividades instrumentales en el caso de las mujeres estas dificultades se observaron en todos los grupos de edad, y en los hombres sólo es a partir de los 70 años. (Figura 13).

Figura 13. Población en situación de dependencia por edad y género 2001 y 2015.



Fuente: López-O, M, Aranco N, 2019. *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. (Elaboración propia de las autoras retomando datos de la ENASEM).

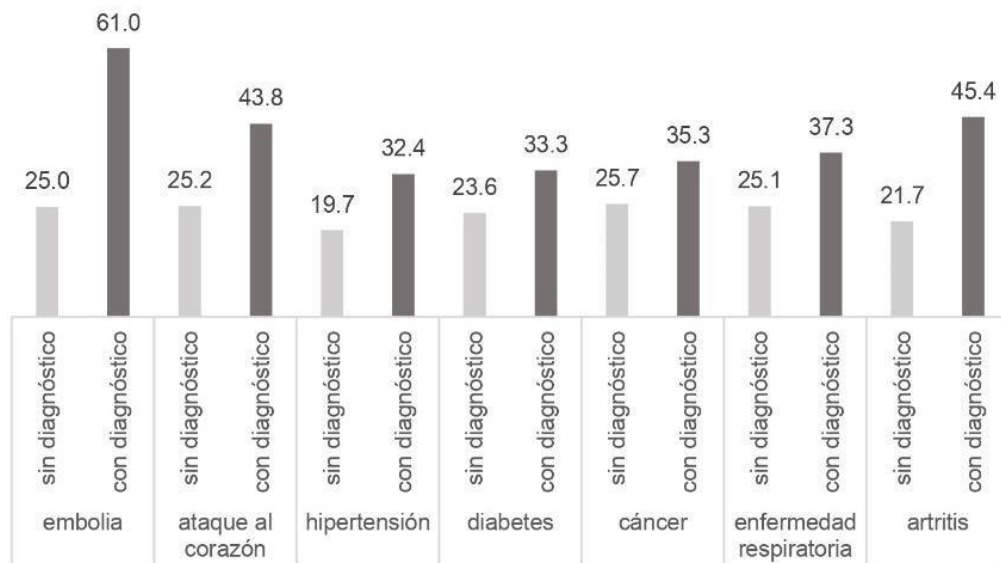
¿Cuáles son las situaciones de dependencia que presentan los ancianos?

Según los datos de la ENASEM (2015), entre las personas que tienen alguna enfermedad crónica, el 27% de ellas, también presenta problemas para la realización de las Actividades de la Vida Diaria mientras que, entre quienes no tienen condiciones crónicas, el 10% si presenta dificultades. López Ortega & Aranco (2019) ,realizan un análisis de la situación por separado de las personas de 60 años y más que sufren enfermedades crónicas y, al explorar acerca de cuál es la relación que se tiene entre la enfermedad y la dependencia funcional ,el hallazgo relacionado fue que las enfermedades crónicas que están especialmente vinculadas en la presencia de dificultad para realizar por lo menos alguna actividad de la vida diaria son; la embolia, la artritis, y algún evento relacionado con el corazón (ataque al corazón),lo cual indica que, la proporción de personas que tiene dificultades para realizar actividades se duplica entre quienes sufren de estas enfermedades respecto a quienes no cuentan con un diagnóstico.

Mientras que Gutiérrez Robledo, (2004) dice que;

El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutrición, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos en México son áreas poco conocidas y por ello no se les da la relevancia que merecen en la planeación. Tal es el caso en particular de la depresión, los padecimientos demenciales, la osteoporosis, los accidentes, las artropatías, la incontinencia urinaria y el deterioro sensorial, afecciones todas que merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad (p 61).

Figura 14. Proporción de personas mayores con limitación para realizar ADV, según presencia de enfermedades crónicas.



Fuente: López-O, M, Aranco N, 2019. Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en México. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. (Elaboración propia de las autoras retomando datos de la ENASEM).

Lo retomado anteriormente nos presenta algunos indicativos que revelan que la presencia de una o varias enfermedades y los efectos derivados de ella son la causa de dependencia en las personas mayores, situación que implica la necesidad de contar con un sistema integral de cuidados, en este sistema sea puntero para preservar el bienestar de la persona mayor y mejorar su calidad de vida, aun en la presencia del padecimiento.

1.4 Antecedentes de estudios sobre cuidados de personas mayores.

Desde la perspectiva histórica, este apartado nos permitirá conocer qué se ha desarrollado sobre el tema de cuidados en las personas mayores, que han dicho otros autores y, lo que en la actualidad se ha escrito sobre el tema. Los primeros trabajos realizados sobre el tema y concepto de cuidados se realizaron a través de una mirada feminista desde la atención del trabajo doméstico y familiar para posteriormente centrarse en el cuidado, de la forma como ahora se entiende el cuidado en las Ciencias Sociales.

Hablar de cuidados nos remonta a los cuidados iniciales y se ubican a los cuidados domésticos como antecedentes, los cuales se concibieron desde hace cuatro décadas (Borderías et al. 2018), en un primer momento en una visión feminista y después desde una perspectiva académica (psicológica y sociológica). A finales de los años sesenta y principios de los setenta y dentro de lo que se denomina; “El debate sobre el trabajo doméstico”, se desarrolló el concepto de reproducción social, surgido desde el movimiento feminista italiano, dentro del cual se incluye la estructura familiar, la del trabajo asalariado y no asalariado y el papel del Estado en la reproducción de la población y de la fuerza de trabajo y de las organizaciones sociales y políticas relacionadas con los trabajos. El trabajo doméstico integrado en el trabajo de reproducción incluiría la producción de bienes materiales para el mantenimiento físico, pero también el cuidado directo de los niños, niñas y personas mayores que constituyen en esa época una fuerza de trabajo, además de la difícil gestión de los afectos y las relaciones sociales...lo que hoy conocemos como trabajo de cuidados. Las diferencias en las estructuras familiares, la dimensión de la propiedad, o el patrimonio y los sistemas hereditarios fijaban, naturalmente, condiciones distintas en la capacidad y disposición de las familias de ocuparse de sus miembros de mayor edad. Los sistemas hereditarios contemplaban y garantizaban en distintas formas el cuidado de las personas mayores, (Borderías et al. 2018), menciona también que antiguamente los sistemas hereditarios contemplaban y garantizaban en distintas formas el cuidado de las personas

mayores, las hijas menores que permanecían solteras realizando las labores domésticas, lo cual incluía también la ocupación de los progenitores, situación que para los hombres que permanecían solteros era distinta, puesto que al permanecer en esta condición tenían la responsabilidad de proveer de recursos el hogar, con la diferencia de que ellos no realizaban ninguna actividad doméstica ni el cuidado de los padres. En ausencia de familia los ancianos con alguna propiedad, la cedían a terceros a cambio de cuidados y atención en la vejez, siendo frecuente la firma de contratos para ello y en ausencia de propiedad y de lazos familiares capaces de asumir los cuidados, los municipios, y las instituciones sociales se hacían cargo de ellos.

Las crecientes y demandantes necesidades de las poblaciones envejecientes, así como su inminente crecimiento demográfico, una población femenina que se inserta de manera creciente al mercado laboral, han derivado en que se busquen alternativas nuevas en la atención a los requerimientos de cuidados, por ello, desde una visión sociológica feminista, autoras británicas han propuesto la categoría de *social care (asistencia social)*, el cual pretende en su momento;

reclamar que el Estado de Bienestar y las sociedades europeas contemplen la organización social del cuidado, además de las políticas sociales ya existentes". La perspectiva del social care sustrae el cuidado del ámbito exclusivo del trabajo doméstico y familiar no remunerado. La finalidad es presentar un concepto que sea capaz de captar las relaciones entre estado y las familias en la prestación de cuidados a las personas dependientes...Además el cuidado se refiere a un mayor número de colectivos, ya no se trata únicamente del cuidado de menores, sino que se expande al de adultos, siendo el colectivo de personas mayores el colectivo diana de muchos de los estudios que se van a realizar bajo esta perspectiva (Recio Cáceres, 2013).

En la década de los 80 algunas autoras se adentraron en el significado del trabajo dentro de los hogares; el *unpaid work* (trabajo no remunerado) en terminología anglosajona. Este interés promovió los nuevos estudios sobre el cuidado.

El cuidado era un trabajo que debía incorporar nuevas dimensiones. Los sentimientos y las emociones eran dimensiones claras del acto de cuidar y esto modificaba, en parte, los saberes teóricos acumulados sobre el trabajo doméstico y familiar. Janet Finch y Dulcie Groves son una de las máximas representantes de estas corrientes. Para estas autoras el análisis del trabajo de cuidados debía entenderse dentro de contextos sociales, económicos y políticos específicos, es también en esta época que los trabajos sobre cuidado se adentran en los significados y las relaciones entre la persona cuidadora y la persona cuidada en el ámbito del hogar. Recio Cáceres (2013) nos dice también que es en la década de los años noventa cuando comenzaron a emerger estudios que hablaban específicamente sobre el trabajo de atención a las personas, esto debido a la crisis económica y los altos niveles de desempleo poderdantes en aquella época, lo cual hacía que el trabajo de atención a las personas fuera una buena fuente y solución al problema del desempleo, sobre todo para las mujeres. Estas emergentes formas de trabajo encasillaron aún más las actividades solo al género femenino.

Hemos notado a lo largo de este apartado como los cuidados son vistos como tareas domésticas que fungen solamente las mujeres, sin embargo, a lo largo del tiempo las perspectivas han cambiado, dándoles como lo han mencionado las autoras connotaciones de importancia y visibilizando la cuestión del cuidado como una parte de trabajo; dicho de otro modo “El cuidado en su perspectiva de trabajo y de bienestar nos va a ayudar a entender el empleo en el sector del cuidado” (Recio Cáceres, 2013).

Conforme el desarrollo del mundo y la sociedad, surgen nuevas necesidades también frente a un cambio, en los ancianos dichos cambios se presentan a partir del proceso de envejecimiento y la presencia de enfermedades que merman la salud y por ende la calidad de vida. Son estas cuestiones las que en ocasiones no sólo es preciso contar con un tratamiento adecuado, un servicio de salud óptimo y los recursos indispensables para solventar las necesidades del anciano, es importante también contar con una red de apoyo que permita al viejo continuar y llevar en

óptimas condiciones su proceso de envejecimiento y si es el caso, a la par un buen tratamiento médico adecuado a las necesidades de su enfermedad.

...si bien una parte importante de las personas mayores puede tener autonomía funcional, los estudios epidemiológicos han demostrado que, si hubiera que definir una edad de corte, a partir de los 75 años la presencia de fragilidad tiene una clara relación con la edad cronológica...los estilos de vida inadecuados y las condiciones socioeconómicas precarias y ambientales nocivas, hacen que aumente el riesgo de que el estado de salud funcional de la persona mayor transite desde la independencia a la dependencia (Huenchuan Navarro & Rodríguez Velázquez, 2015).

En el mismo documento se señala que la estimación actual de las personas de 75 años y más representan el 27% de la población adulta mayor latinoamericana, y que este segmento etario crecería a una tasa cercana al 3,4% anual en el período 2015-2020. En 2030 la cantidad de personas de este subgrupo de edad se habrá duplicado con respecto a la de 2015, y en 2050 sumará casi 70 millones de personas, datos que revelan una creciente demanda de servicios y de atención a las necesidades de las cuales son sujetos.

Se ha realizado ya una aproximación sobre los cuidados, sin embargo, es importante mencionar que, aunque en un inicio la actividad se realizaba sólo por mujeres, hoy en día la situación ha cambiado, los estilos de vida, las necesidades y el ingreso de las mujeres al trabajo formal y remunerado, demandan la necesidad de que sean también los hombres quienes se dediquen a dar cuidados a otros.

CAPÍTULO II. Cuidadores primarios informales

2.1 Conceptualización, perfil y funciones del cuidador primario informal.

2.2 Responsabilidad en los cuidados de las personas mayores.

2.3 Síndrome de sobrecarga en cuidadores de personas mayores.



Fuente: Merino. R. 2022 “Cuidar es un camino de ida y vuelta”. Ilustración. Recuperado de

<https://www.facebook.com/renemerinoilustrador>.

2.1 Conceptualización, perfil y funciones del cuidador primario informal

Hablar de cuidados nos remite inmediatamente a una situación donde es necesario que se cuente con la presencia de otro u otros para realizar las tareas o actividades que por sí solo no se pueden realizar. La familia como sistema social es por tradición el lugar donde se dan los primeros cuidados y las actividades en cuanto al cuidado se refiere son asumidas dentro de ella, pero es aquí donde sobresale la figura de una persona que es generalmente quien toma la responsabilidad del cuidado, siendo las mujeres quienes llevan el rol dentro del sistema familiar de cuidados. Son múltiples las cuestiones por las que las personas *cuidadoras* de otras asumen esta responsabilidad, actos de amor, solidaridad ante la situación discapacitante de la persona mayor, y en ocasiones como una imposición ante la demanda de atención debido a la situación física de la persona a su cargo, son solo algunos de los motivos por los que realizan esta tarea. Pese a ser una figura central en el cuidado de las personas mayores con este tipo de padecimientos todavía no existe un reconocimiento importante dentro del sistema social e institucional, es de considerar que el cuidador no solo satisface las necesidades básicas de la persona mayor a su cargo, es también dador de atenciones afectivas y emocionales, que el cuidador profesional no puede cubrir.

Bajo la premisa que indica en cifras el crecimiento poblacional de personas mayores, es necesario considerar qué tipo de cuidados necesitan y quienes serán quienes les prodigan de tales llegado el momento de la dependencia que se pudiera tener en esta etapa de la vida, las condiciones existentes dentro de su medio para el desarrollo de su enfermedad (si está presente) y la realización de la asistencia en cuidados, así como también las características de quien o quién estará o estarán encomendados a llevar a cabo dichas tareas, mismas que deben apoyarse siempre en función del bienestar del individuo y sus necesidades de acuerdo a la situación en su estado de salud, sin dejar de lado que el cuidado es también un derecho.

No se debe dejar de lado que la presencia de un buen tratamiento médico y los recursos necesarios pueden facilitar que las tareas del cuidador sean relativamente sencillas y fructíferas.

Bergero, Gómez, et al. (2000), aluden a que el crecimiento significativo de la incapacidad y la invalidez de la población con enfermedades, ha visibilizado la importancia que tiene ya desde este momento el rol del cuidador primario en la atención y cuidados que requiere y requerían las personas con enfermedades no transmisibles, ya que pueden llegar a generar una dependencia e incapacidad en la persona, por lo cual son clave en el equipo multidisciplinario que comprende al médico, al paciente y al cuidador, más aun tomando en cuenta la situación del enfermo y si la atención y cuidados que se le otorgan se realizan en el domicilio.

La Organización Panamericana de la Salud (2006), menciona que en los sistemas de salud de los países ya desarrollados y los no desarrollados existe un creciente requerimiento en los servicios de atención a largo plazo, lo cual se refleja en el creciente y demandante trabajo no remunerado del cuidado informal en el hogar, el cual por lo regular siempre es realizado por algún familiar del paciente (Citado en Ramos del Río & Figueroa López, 2008, p 18).

Por otra parte, encontramos también que el cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro (Rivas Herrera & Ostigüín Meléndez, 2011,50).

Dentro de este capítulo abordaremos el término de cuidadores primarios informales el cual nos permitirá tener una aproximación teórica sobre cuál es su perfil y las funciones que realiza al ser cuidador de una persona con ENT.

La literatura nos proporciona el siguiente concepto:

Cuidador primario informal. Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. (Islas Salas et al. 2006, p 267).

Una concepción más es la siguiente:

Este tipo de cuidador también es llamado cuidador primario, informal o principal, es la atención prestada por un miembro de la familia o de la comunidad a un enfermo con discapacidad o dependencia. (Ramos del Río & Figueroa López, 2008, p 32-33).

Para esta investigación el concepto formulado por quien suscribe es el siguiente:

El Cuidador Primario Informal (CPI) es aquel individuo (hombre o mujer) que dedica esfuerzos y asume la responsabilidad por procurar cuidados a la persona a su cargo. La mayoría de las veces el CPI, es algún miembro del núcleo familiar inmediato (hijos, hijas, nietos, nietas, otros familiares y hasta amistades).

¿Cuál es el perfil de un Cuidador Primario Informal (CPI)?

La revisión de la literatura nos acerca a una definición que pudiera aproximarnos a la conceptualización del perfil de un cuidador primario informal:

Se entenderá como perfil del cuidador informal al conjunto de características demográficas, sociales, culturales y psicológicas que se han identificado como constantes en las personas que cuidan a largo plazo de un enfermo dependiente o con discapacidad (Ramos del Río & Figueroa López, 2008, p 102-103).

Dentro de las características que delinean a un cuidador primario informal, Ramos del Río & Figueroa López, (2008) enlistan las siguientes:

- Cuidar de un paciente en el hogar, fuera del hospital o del centro de salud.
- No reciben ninguna remuneración económica por el cuidado y asistencia que ofrecen.
- A menudo existe una relación emocional y familiar con el paciente.
- Con gran frecuencia son mujeres (esposa, hija, nuera).
- De escolaridad media-baja.
- Mayores de 50 años.
- Con actividades de cuidado que implican una presencia y dedicación casi de tiempo completo.
- Con gran frecuencia reciben escaso apoyo social por parte del resto de la familia}

- Su función generalmente incluye atención personal (aseo, alimentación, movilización, ejercicio) médica, (curaciones, monitoreos o mediciones, medicación), doméstica, (cocinar, limpiar, comprar), administrativa (trámites legales, administración financiera).
- Ser cuidado informal, es una decisión que comúnmente llega a ser impuesta por las circunstancias (entre ellas la propia familia), y no por una decisión consciente y voluntaria. (p 32-33).

El cuidar requiere poner atención en el cuidado personal, el acompañamiento, los cuidados hacia la salud, así como la gestión y el acompañamiento ante los servicios médicos requeridos y también, el acompañamiento emocional y social.

Todas aquellas características permiten tener un perfil sobre quién y cómo es el cuidador primario informal, en donde la tendencia nos marca que en su mayoría son las mujeres quienes realizan dichas actividades, prestando el servicio, sin alguna remuneración económica y también sin el reconocimiento sobre el valor que tiene ser cuidadora de otra persona. Cuidar implica entre otras cosas, dedicación, esfuerzo, condiciones de buena salud física y mental y quizás también, recursos económicos que permitan llevar con decoro su actividad.

Los distintos tipos de cuidados o ayuda, que generalmente se otorgan a un enfermo o persona dependiente, se agrupan en:

- Cuidados sanitarios. Suponen una relación y contacto directo en la atención física de la persona dependiente. Consisten en ayudar al paciente en tareas como vestirse, comer, asearse, control de esfínteres.
- Cuidado instrumental. Son ayudas que proporciona el cuidador facilitando la relación de la persona dependiente con el entorno y que esta no puede realizar por sí sola, tales como. limpiar, planchar, comprar, el uso de electrodomésticos, realizar pequeñas

reparaciones, manejar el dinero y los bienes, controlar la toma de medicamentos, manipular materiales, objetos y utensilios, son solo algunos ejemplos.

- Acompañamiento y vigilancia. Son apoyos que proporciona el cuidador al acompañar a la persona dependiente para salir del hogar, realizar visitas, acudir a reuniones, llevarlo a las citas médicas y estudios de laboratorio, etcétera.

Apoyo emocional y social. Es aquel apoyo en el cual el paciente puede encontrar en el cuidado, comprensión, escuchar, afecto, tolerancia, además de fungir como enlace en la relación interpersonal del paciente con las otras personas que le rodean, etcétera. (Ramos del Río & Figueroa López, 2008, p 35).

2.2 La responsabilidad en los cuidados de las personas mayores

Cuidar nos puede posicionar en la idea de dependencia y asistencia a otros, que les permitan preservar un óptimo estado de salud ante las dificultades que ya están presentes. Dicha labor también representa una responsabilidad afectiva, moral y en ocasiones económica que recae la mayoría de las veces solo en una persona. Es aquí cuando la presencia del cuidador es notable, y las responsabilidades que este asume se convierten en tareas diarias para beneficio en el estado de salud de la persona mayor a su cargo. La tarea de cuidado es variada acorde a las necesidades que demande el individuo y la situación de salud y dependencia en la que se encuentre.

Huenchuan Navarro & Rodríguez Velázquez (2015), comentan que el cuidado es parte de una necesidad, remite a la dependencia lo cual muestra un vínculo de interdependencia del sujeto con el medio.

La tasa de crecimiento de población de personas mayores aumenta cada vez más, lo cual aumenta la demanda de la existencia de cuidados ante las problemáticas por enfermedad que presentan (si es que están presentes en la persona mayor), lo cual deriva en demandas que, por falta de recursos e implementación de políticas públicas acordes a la satisfacción de estas necesidades, se cumplan, y los sistemas de salud se vean rebasados.

Cuando se habla de los cuidados a mayores es obligado hablar de la calidad de vida, que en definitiva es lo que se busca para este grupo social, y para todos los demás. Teniendo en cuenta que para lograrla hay que contar con recursos sociales para el desenvolvimiento razonable de las personas (alimento, vivienda, recursos socio-sanitarios, etc.). Para ello los poderes públicos tienen la obligación de dotar a la ciudadanía de aquellos medios que les permitan vivir su existencia de la mejor manera. (Paniagua Fernández, 2015, p 10).

La responsabilidad del cuidado más que en el Estado, ha recaído en el medio más inmediato; la familia y dentro de la familia, esta responsabilidad de cuidado, protección y resguardo en un solo individuo, quien toma el rol de cuidador. La mayoría de las ocasiones, las mujeres son quienes siguen siendo las que realizan estas actividades.

Esta situación de responsabilidad trae consigo también una serie de problemáticas que impactan directamente en la cuestión económica y en la calidad de los cuidados que se están brindando. Se asume que la responsabilidad sobre el cuidado debe recaer en los miembros de la familia más cercanos (como el caso de los hijos), sin embargo, el carecer de preparación y recursos tanto materiales como económicos, envuelven al cuidador en una serie de problemáticas que dificultan aún más su labor.

La familia ha desarrollado un papel importante en el bienestar de los integrantes de ella, lo cual según Giraldo et al. (2005), el cuidador familiar ha realizado una importante aportación al sistema formal de salud del

cuidado familiar, en cifras ofrecidas por Del Rey & Mazarrasa L. (1995); “el 88% del tiempo empleado en el cuidado de la salud es ofrecido como asistencia informal, frente al 12 % del tiempo que dedica el sistema formal”. (Citado en Giraldo, et al.2005. p 8).

En cuanto a los adultos mayores, en la Observación General N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1995) se señala que de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores ha derivado el derecho al cuidado de este grupo vulnerable. Posteriormente, el derecho de las personas mayores al cuidado se incorporó de manera explícita en el artículo 17 del Protocolo de San Salvador, al establecerse que: *toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica...* (OEA, 1988).

Giosa y Rodríguez (2010) nos dicen que el cuidado y las maneras en como la sociedad hace frente en la resolución de las necesidades derivadas de ello en las familias son de relevancia también para el trabajo y en el desarrollo productivo. (Citado en CEPAL & Bidegain Ponte, Nicole, 2018, p 24).

Batthyány (2004). En este sentido, el concepto de economía del cuidado se desarrolla en referencia a un espacio de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas. Así, el cuidado refiere a los bienes y servicios, actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Abarca, por tanto, al cuidado material que implica un trabajo, al cuidado económico que involucra un costo y al cuidado psicológico que entraña un vínculo afectivo (Citado en CEPAL & Bidegain Ponte, Nicole, 2018, p 24)

En nuestro país, en el año 2020, la Cámara de Diputados aprobó la reforma constitucional en materia de Sistema Nacional de Cuidados, en donde se establece la nueva reforma y adición a los artículos cuarto y septuagésimo tercero respectivamente los cuales hacen mención sobre que el Estado debe garantizar el cuidado digno como derecho, haciendo responsables tanto a hombres como mujeres, las familias, entre otros, incluyendo al Estado. Dentro de dichas tareas también incluyó, la libre decisión de adquirir la obligación y responsabilidad de cuidar a quien lo requiere, así como también el uso de su tiempo libre. (Cámara de Diputados LXIV Legislatura, 2020). Mientras que la ciudad de México en la Constitución Política de la Ciudad de México, en su artículo 9 “Derecho al cuidado”, inciso B menciona que:

Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado (Constitución Política de la Ciudad de México, 2017, p 34).

Es entonces también responsabilidad del Estado brindar los recursos necesarios para garantizar y salvaguardar el derecho al cuidado, aún y cuando la familia asuma la responsabilidad. Hoy en día se sigue observando la falta de atención al tema de los cuidados, no es un tema que cobre relevancia para favorecer que los cuidadores se integren como parte importante del tratamiento de las ENT que padecen algunas personas mayores. *Otro aspecto relevante se relaciona con la forma institucional para responder a la dependencia. La modalidad institucional o formal corresponde a los servicios sociales, que buscan proteger o promover la autonomía de la persona desde una perspectiva moral y fáctica (Huenchuan Navarro & Rodríguez Velázquez, 2015, p 13).*

Se tiene que seguir trabajando en el abordaje del tema, desde la perspectiva de que, si bien no todos los viejos demandaran cuidados por enfermedad, en algún momento de su proceso de envejecimiento tendrán la necesidad de apoyo y cuidado dado por otros y en este no solo está inmerso en la familia, sino también en las instituciones que le provean de los recursos acordes a su necesidad. Es preciso enmarcar los cuidados dentro de los aspectos de igualdad y seguridad para todos, y que este no se limite exclusivamente al hecho de que no existen posibilidades en su contexto social, económico y familiar para contar con los cuidados que requieran, así como también que no sea un trabajo que se centre exclusivamente en las mujeres, sino que sea incluyente también a los hombres, darle valor y no solo limitarse a que los cuidados están orientados a las funciones de servicio por una cuestión meramente de obligación moral y servicio hacia otros.

Huenchuan Navarro & Rodríguez Velázquez (2015), mencionan que:

Es necesario incorporar la universalidad como un principio básico de los servicios, las prestaciones y los beneficios dirigidos a las personas que precisan asistencia. Tal como lo ha planteado la CEPAL (2006), la universalidad no exime de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad. Esto significa que hay que ampliar progresivamente el horizonte de acción de los programas que se implementan, centrándose menos en la capacidad de pago y más en las necesidades de las personas que requieren asistencia. En este sentido, es responsabilidad del Estado asegurar la calidad y accesibilidad de todos los ciudadanos y ciudadanas a los servicios existentes, y ejercer un rol activo en su prestación. Muy vinculado a este principio se encuentra el de la seguridad, en la medida que todas las personas deben contar con la certeza que su necesidad de cuidado será atendida con independencia de su trayectoria individual y generacional, que esa atención será sostenible y que no se perderá por razones de índole presupuestaria.

En otras palabras se debe garantizar el derecho al cuidado desde las instituciones, buscando cubrir las necesidades de quien demanda los servicios, los cuales deben ser de calidad y accesibilidad, así como mantenerlos activos para garantizar su prestación, las políticas públicas desarrolladas por el Estado deben garantizar que estas atiendan las necesidades de todas las generaciones ,que las incluyan y las satisfagan de manera igualitaria, lo cual implica también que se desarrollen políticas de protección a todos los miembros de la familia. Aún y cuando las relaciones de cuidado están dadas inmediatamente en el seno familiar, no debemos dejar de lado que el Estado puede proporcionar los recursos necesarios para su realización, sin caer en una dependencia y más bien sumando valor como trabajo y no sustituir la ayuda que presta la familia, sino acrecentando su valor con sus aportaciones. Puede el Estado contribuir haciendo que las tareas de cuidado y las de trabajo remunerado se conjuguen adaptando las condiciones de ambos para poder cubrirlas de manera eficaz... *en este sentido es ayudar a las personas a elegir si desean cuidar a sus familiares dependientes (niños, personas de edad y con enfermedad crónica o terminal) y ofrecerles las condiciones para llevar a cabo su decisión* (Huenchuan Navarro & Rodríguez Velázquez, 2015).

Así pues, la tarea de cuidado es una responsabilidad compartida por el Estado y la Familia, quienes en todo momento buscarán el bienestar, cada uno desde sus respectivas trincheras aportando los recursos necesarios para desarrollar la encomienda y dar atención a las demandas de quien lo está requiriendo. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2020).

2.3 Síndrome de sobrecarga en cuidadores de personas mayores

El síndrome de sobrecarga es una de las problemáticas que presentan los cuidadores. Díaz Sosa, et al. (2014) en la investigación Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico, retoma que el término de carga utilizado por Zarit, (2002) y el cual en Jerrom, Main & Rukanyake (1993) se define como *un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como demandas económicas que surgen al cuidar un enfermo crónico o con discapacidad.*

Para Martínez Pizarro (2017), más del 90% de los cuidadores informales tienen una puntuación por encima de 46 puntos y por lo tanto sufren el síndrome de sobrecarga o síndrome del cuidador quemado. Además, puesto que la población está envejeciendo, produciéndose una inversión de la pirámide poblacional, aumentando de forma exponencial el número de personas mayores de 65 años este síndrome será cada vez más frecuente.

Todos los individuos seremos sujetos de cuidado en algunos momentos de nuestra vida, desde que se sabe que un nuevo ser humano llegara, se plantean las necesidades que hay que cubrir acorde a las etapas de crecimiento ,al paso de las diferentes etapas de la vida es menor la dependencia que se tiene de la persona que funge como la dadora de cuidado, sin embargo en la etapa del envejecimiento surge la necesidad de ser sujeto de cuidado nuevamente, y aunque no siempre es así existen factores que aumentan el riesgo de, como lo es el padecimiento de alguna enfermedad.

En capítulos anteriores se ha hablado ya de las enfermedades prevalentes en las personas mayores, también se ha mencionado sobre la especificidad y las características de las personas que son dadoras de cuidado. El cuidar implica una serie de responsabilidades y acciones para encaminar el óptimo estado de salud de la persona receptora de tales, sin embargo en el transcurso de este proceso existen problemáticas a las que se enfrenta el cuidador

de manera individual, sin embargo todas y cada una de ellas deriva en una sola *carga*. Factores para tomar en cuenta y que se encuentran dentro del perfil del cuidador son que no cuentan con instrucción o formación en salud que le permitan tener amplitud de conocimientos sobre la enfermedad y los cuidados requeridos ante esta, la remuneración económica no está presente, no hay horarios ni tiempos establecidos para sus tareas, simplemente debe estar presente para la atención de las necesidades de la persona sujeta sujeta a ello sin que en ocasiones se tenga más apoyo o consideración hacia sus propias necesidades. Lo cual derivará en una “carga” emocional, física y económica también y la cual entenderemos la como todas esas responsabilidades, pesos, obligaciones etcétera que lo irán “desgastando” al ser responsable del cuidado de otros, desarrollando así malestar físico y mental, que en algún punto del camino quiebre su bienestar personal.

Párrafos atrás hemos mencionado un concepto referente al término *carga*, pero una revisión más específica de fuentes puede acercarnos a entender los diferentes términos que nos permitan conocer e identificar las diversas acepciones sobre lo que se conoce como síndrome de sobrecarga.

Sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador se refiere a la disrupción de la vida social que presenta, debido al esfuerzo en cuanto a tiempo y dinero invertido en los cuidados del receptor. La sobrecarga también se expresa por una repercusión emocional debido a las demandas o problemas relacionados con el acto de cuidar. Este padecimiento tiene mayor incidencia sobre la vida del paciente y sus familiares (Instituto Nacional de Geriátrica, 2020, p 9).

Síndrome de Burnout

*Según la OMS (2019), el **Síndrome de Burnout**, “**Síndrome de estar quemado**”, es un trastorno acompañado por la sensación de agotamiento o cansancio excesivo, siendo consecuencia de estrés laboral crónico que se caracteriza por un estado de impotencia emocional, con actitud distante frente al trabajo, pérdida de identidad o personalidad, seguido de una sensación de ineficacia al hacer adecuadamente las tareas. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020).*

Colapso de cuidador

Se define como colapso de cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica (Kim H, 2012). También se describe como el grado en el que los cuidadores perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero (Zarit SH, 1980). Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015)

Síndrome de sobrecarga del cuidador

Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía, por lo que pierde su independencia, desatiende sus tareas y abandona su proyecto de vida, lo que se traduce en importantes cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, e incluso en la situación económica (Cabada Ramos & Martínez Castillo, 2017, p 54).

Rodríguez. et al (2016) dicen que: *La sobrecarga se presenta cuando el cuidador enfrenta tareas complejas por un tiempo prolongado, las que demandan mucha energía, responsabilidad y exigencias a nivel físico, además de tener una naturaleza desagradable muchas veces. El cuidado diario de una persona dependiente crea sobrecarga psicológica, económica, física y social, (que se manifiesta a través de síntomas tales como: problemas óseos, musculares o articulares, cefaleas, alteración del sueño, cansancio, fatiga, astenia, desarrollo de infecciones, ansiedad, depresión, irritabilidad y sentimientos de culpa. (Citado en Barba Lara, & Shugulí Zambrano, 2022).*

La labor de un CPI es fundamental y de alto valor para el receptor del cuidado, implica que aun y con la falta de conocimiento y recursos suficientes su labor sea significativa y marque una diferencia entre el estado de salud del enfermo a su cargo, no se puede poner en duda que la mayoría de la veces realizan su labor con la mejor de las intenciones siempre buscando mejorar la calidad de vida y el

bienestar del otro, pero es de considera también que en algún momento de la realización de sus actividades los cuidadores “sobrecargados” caerán en situaciones de estrés, de inseguridad, falta de atención, tristeza, miedo, angustia, desesperación, irritabilidad, culpa y pérdidas en diverso aspectos de su vida (pareja, trabajo, etcétera), por lo que es necesario saber que el cuidador requiere también de ayuda y cuidados para enfrentar la situación que está viviendo.

Una investigación realizada en el 2006, para valorar el impacto físico y psicológico que produce el ser cuidador principal de personas dependientes por ancianidad, enfermedades crónicas e invalidez; identificaron que lo que aquejó principalmente a los cuidadores, fue: la mayoría (84%) cambiaron su vida anterior, se sentían rebasados (20%), modificaron su proyecto de vida (66%), tenían insomnio (40%); consideraban que el cuidar al anciano les exigía esfuerzo físico drástico (76%), además de confesarse tensos, nerviosos e inquietos (64%). Descubrieron además prevalencia de ansiedad de 36%, la mitad de los cuidadores tomaba “ansiolíticos/hipnóticos”, 55% de estos no asistieron al médico en los seis meses recientes a la fecha de estudio (Del Valle et al. 2015 p 21).

Zacharopoulou et al, (2015); Cheix, Herrera y Fernández (2015) comentan que los estudios señalan que las mujeres son quienes se dedican al cuidado, siendo el género el factor que más significado tiene para predecir la existencia del grado de sobrecarga, la mayoría de estas mujeres con niveles educativos bajos, lo cual las posiciona en un estado de vulnerabilidad y las lleva a presentar situaciones de estrés, sentimientos depresivos, y como ya se ha mencionado sobre carga, así como consecuencias negativas en el estado de salud, en consecuencia, es importante considerar el riesgo de sobrecarga del cuidador, lo que puede traer como consecuencia la vulneración de los derechos de las personas cuidadas. (Citado por Casas Torres, G., & Piña Morán, M. 2022 p 147). Sería de gran utilidad que, al llegar el momento de tomar el papel de cuidado, se cuente con las herramientas necesarias, la preparación adecuada y los recursos necesarios que permitan mitigar la “sobrecarga” que conlleva cuidar, así como tener en cuenta que el autocuidado es necesario para lograr cumplir con las actividades, sin que estas lleguen a deteriorar la salud física y mental del cuidador.

Capítulo III. Trabajo Social Gerontológico y enfoque de derechos

3.1 La intervención de Trabajo Social con personas mayores.

3.2 Derechos humanos de las personas mayores.

3.3 Derecho al cuidado durante la vejez y el Sistema Nacional de Cuidados.

“Me educaron para creer que la cuestión de religión, la nación,
pertenecer a cualquier raza no tiene importancia.

- ¡Es un ser humano lo que importa!”

Irena Sendler.

3.1 La intervención de Trabajo Social con personas mayores

El Trabajo Social abarca diferentes aspectos que marcan su intervención en los procesos sociales en la trilogía de su intervención (caso, grupo y comunidad), lo que permite abordar las demandas y necesidades de cada uno de ellos de manera tal, que puedan darse respuestas certeras desde la mirada profesional y metodológica de la profesión.

Debemos entender también que el Trabajo Social no se centra en una cuestión meramente asistencialista, desde la profesionalización de la disciplina podemos observar que la preparación teórica con la que se cuenta permite construir esas alternativas echando mano de los recursos que sean requeridos en la solución de dicha demanda.

El Trabajo Social incorpora aportaciones de variadas disciplinas, que explican parte de la realidad...No bastará con saber un poco de todo sino que su formación teórica debe abarcar un amplio campo de las ciencias humanas hasta el nivel suficiente para darse una explicación contextualizada de una situación-problema...su objeto es la persona humana a nivel individual,familiar,grupal o comunitaria que se encuentra en una situación- problema, se manifiesta o incide en su interacción con el medio, impidiendo el desarrollo integral de sus potencialidades en relación a sí mismo y a su entorno, y que precisa de una intervención profesional sistematizada para el tratamiento y resolución de esta situación-problema (Pastor Fayos, 2005, p 209).

El campo de actuación del Trabajo Social Gerontológico, es una innovación en la intervención de los profesionales que nos hemos formado en esta disciplina, más aún cuando el incremento de las poblaciones viejas demanda que nuestro servicio y conocimiento se pongan a disposición de incidir en ella modificando su realidad y brindándoles oportunidades de desarrollo aún pese a la edad, las enfermedades o sus condiciones sociales, y si bien el tema lleva ya algún tiempo sobre la mesa, es relevante continuar realizando aportaciones frescas e innovadoras que permitan como se ha

mencionado dar respuesta a las necesidades que esta población nos recordando que somos partícipes de la organización y la promoción de la participación de las poblaciones buscando su desarrollo integral. El crecimiento poblacional de este grupo de personas no hace repensar en nuevas estrategias de intervención dentro de nuestro espacio de acción encaminadas al diseño y la ejecución de nuevas propuestas que den origen a políticas públicas de impacto en esta población, siendo las personas mayores nuestros sujetos de atención, sujetos de derechos y con reconocimiento como constructor histórico y social, desarrollando y potencializando sus capacidades en la etapa de la vejez.

Así la intervención será a través de la identificación de las diversas esferas del desarrollo de la persona mayor (social, económico, individual), las redes de apoyo con las que cuenta y de esta manera elaborar un diagnóstico social que permita la identificación de las problemáticas que se encuentren dentro de estas esferas para posteriormente ofrecer las soluciones, tomando también de las redes de apoyo detectadas los posibles recursos que puedan aportar en la demanda de las necesidades descubiertas, siendo necesario evaluar de manera constante si su intervención ha sido la adecuada.

Las y los profesionales en Trabajo Social deben desarrollar la habilidad y la actitud interdisciplinaria necesarias para articular los aportes propios de la disciplina con el trabajo que se desarrolla en un equipo interdisciplinario. (Navarro ,2018 p 14).

En cuanto a la gerontología, una definición es la siguiente:

La gerontología, como ciencia y rama de la filosofía que estudia los cambios bioquímicos y psicológicos en los seres humanos, así como los efectos y consecuencias derivados de la vejez, es la encargada de orientar en los aspectos económicos, médicos, sociales, ambientales y políticos a este grupo de edad (Gerontología 2000, 1998, p 30).

Así pues, podemos observar que dentro de ella también cabe la multidisciplinariedad, lo cual logra un trabajo nutrido y con mayores efectos sobre el cambio que se pretende lograr, y como ya se ha mencionado anteriormente buscando siempre el bienestar del individuo.

Señala Jorge Paola (2021), que:

La Gerontología trata de cualquier aspecto del fenómeno del envejecimiento, biológico, psíquico, social, cultural, político, jurídico, etc., mientras que la Gerontología Social aparece en el mundo de manera multi o interdisciplinaria, se refiere a cuestiones no biológicas del envejecimiento y tiene por objeto de atención las relaciones de interacción psico-social entre el sujeto mayor y su contexto (Citado en Casas Torres, G., & Zamora Carrillo, E. 2021 p 21).

Es ahí donde la actuación del trabajo social nota relevancia, puesto que al ser una disciplina que trabaja desde la multidisciplinariedad, busca con ello encontrar las relaciones que los sujetos, en este caso personas mayores tienen en su contexto que va desde el nivel social hasta el individual. Académica e institucionalmente se han realizado diversos esfuerzos para lograr que se alcance y sea una realidad para las personas mayores, por lo que el Trabajo Social y la Gerontología siguen trabajando en formular estrategias y conocimientos que las fortalezcan dentro de su proceso de envejecimiento, tal es el caso del Centro de Investigación y Estudios en Trabajo Social en Gerontología (CIETSGe) que desde el año 2016, ha centrado también sus esfuerzos y conocimientos académicos para generar nuevos y amplios, que permitan mejorar la intervención de los trabajadores sociales con la personas mayores:

En otras palabras:

Desarrollar conocimiento especializado en Trabajo Social gerontológico a través de la vinculación interna (ENTS) y externa (diversas instituciones) de los procesos de formación, y de ejercicio profesional del Trabajo Social correlacionado con la docencia, la investigación, la extensión y la atención de las personas mayores (Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología, 2022).

Las condiciones de vulnerabilidad en las que este grupo etario se encuentra, han permitido observar que la intervención del Trabajo social se ha centrado en la búsqueda de soluciones oportunas que permitan desde las instituciones contribuir al pleno desarrollo de la vejez, sin embargo, también es necesario recalcar que todas estas "alternativas" también se han centrado en los ancianos vulnerables (hoy reconocidos como grupos de atención prioritaria) o marginados, sin recursos, aquellos que no cuentan con las condiciones de vida necesarias para la plenitud de la vejez, los dependientes institucionales. Esto no significa una tendencia, ya que por otro lado se encuentran aquellos que cuentan con redes sociales fuertes, con ingresos que les permiten llevar un digno estilo de vida, por lo cual es necesario buscar que estas condiciones de estabilidad se mantengan dentro de las mejores condiciones posibles.

Es en este tenor que nuestra intervención no solo debe centrarse en dar solución a las necesidades de la persona mayor, sino también en ofrecer alternativas que permitan que su envejecimiento este encaminado a ser exitoso y placentero, por ello también es necesario que las cuestiones de educación estén presentes dentro de las agendas de trabajo; los ancianos siguen en aprendizaje continuo y desarrollando habilidades que les aporten en su proceso de envejecimiento.

A nivel institucional-estado existen aquellos que han volcado esfuerzos por brindar los apoyos y las condiciones necesarias a las personas mayores, brindándoles servicios y recursos en beneficio de su todavía desarrollo, y en donde el trabajador social ha podido mediante la políticas públicas intervenir con la personas mayores, siendo ellos mismos; los senescentes quienes generen a través de su participación las intervenciones necesarias para dar respuesta a sus demandas institucionales y de servicios, donde el Trabajador Social será el puente entre la institución y los sujetos de atención, generando propuestas y materializando también las acciones necesarias para dichas demandas.

3.2 Derechos humanos de las personas mayores

Los derechos humanos son fundamentales e imprescindibles en todas las personas, siendo universales e inviolables. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), sentó bases y fundamentos para reconocer que los hombres han nacido libres y en igualdad de condiciones ante la ley. Durante el siglo XIX prosperaron otros documentos que igualmente incluyen garantías y derechos a los ciudadanos. Para el caso de nuestro país fue, con la promulgación de las Constituciones de 1814 y 1857 que se plantea que las instituciones tienen que salvaguardar y hacer valer los derechos, así como garantizarlos y velar por su apropiada ejecución.

A partir de 1990 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), es la institución encargada de promocionar y hacer valer los derechos de los habitantes de nuestro país. Para el caso de las personas mayores específicamente la Comisión establece que:

Las personas de 60 años y más son titulares de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan. El Estado mexicano, como autoridad garante de los mismos, debe generar mecanismos que garanticen que planes, programas, políticas públicas y cualquier trabajo que se realice para el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores... (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

La igualdad de oportunidades, el acceso a la justicia, entre otros son ineludibles para la atención y protección de las personas mayores. Para el caso de cuidados menciona que:

Las personas adultas mayores tienen derecho a beneficiarse de los cuidados de su familia, a tener acceso a servicios sanitarios y a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares y en instituciones donde se les brinden cuidados y tratamiento (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

Sin embargo, es necesario no perder de vista que no todas las vejeces se viven y se desarrollan de la misma manera, “encasillar” al anciano denostando su todavía potencialidad aun y cuando se encuentre en un proceso de envejecimiento puede conducirnos en prácticas discriminatorias que afecten el libre desarrollo y acceso de sus derechos.

El enfoque de derechos comenzó siendo universalista, para después encaminarse en la especificidad de los diversos grupos y sus condiciones (niños, niñas, inmigrantes, mujeres, personas mayores)...El enfoque de derechos humanos consiste en que el derecho internacional es el marco conceptual aceptado y capaz de obtener un sistema coherente de principios y reglas que guíen la doctrina y la jurisprudencia, así como las políticas públicas, tanto en el diseño, como en la implementación y evaluación de las mismas. La supremacía del derecho internacional está relacionada con o es impulsada por el movimiento jurídico transnacional, que en los últimos años apoya consistentemente desde los organismos internacionales gubernamentales y no gubernamentales, así como desde sectores académicos y asociaciones nacionales e internacionales de la sociedad civil la justiciabilidad de los derechos humanos. De manera concisa, puede decirse que la perspectiva de derechos humanos aplicada al envejecimiento se caracteriza por empoderar a la persona mayor, incluir las múltiples vejeces, conciliar los diferentes principios y asimismo visibilizar las necesidades y las aportaciones de las personas mayores (Díaz-Tendero Bollaín, 2019, p 9).

Díaz Tendero (2019), realiza la división de seis enfoques de derechos específicamente hablándonos de derecho gerontológico en donde expone, que:

El derecho gerontológico evolucionó desde su consideración como el derecho general que tiene como sujetos a las personas mayores, a enfoques específicos que surgen a partir de un nuevo entendimiento sobre las diversas formas en que el derecho interfiere con y afecta la vida de las personas mayores (Díaz-Tendero Bollaín, 2019, 10).

Dichos planteamientos marcaran la diferencia para una mejor ejecución y buen ejercicio de los derechos humanos, así como el acceso que la población senescente tiene a ellos. Estos enfoques se enmarcan en la planificación de la fase final de la vida, derecho y economía, jurisprudencial terapéutico, feminista de la ética del cuidado y el pluralista como propuesta, este último con seis dimensiones enfocadas en la protección, el cuidado, la planificación, el empoderamiento, y la cultural.

3.3 Derecho al cuidado durante la vejez y el Sistema Nacional de Cuidados.

Se ha hablado de la disminución de las capacidades y diversas problemáticas que pueden suscitarse en el proceso de envejecimiento, sin embargo no es una tendencia que todos los viejos llegados a la etapa de vejez requieren de cuidados o tengan necesidades que tengan que ser cubiertos por otros, lo que es una realidad es que el proceso biológico y fisiológico del envejecimiento natural puede aumentar la necesidad de protección y cuidado dentro de su sistema de relación familiar y social, derivado todo ello de la posible fragilidad y vulnerabilidad producto del incremento de enfermedades con riesgos potenciales.

El cuidado está presente a lo largo del curso de vida, pero los cuidados de larga duración responden a las necesidades generadas por procesos de discapacidad o fragilidad creciente. Estas situaciones pueden limitar la capacidad de una persona para cuidar de sí misma. El problema se agudiza, en muchos casos, para las personas mayores porque el entorno no siempre facilita el mantenimiento de la autonomía. En ocasiones, la diferencia entre los requisitos del entorno y las capacidades del individuo se puede solventar con ayudas técnicas, pero estas no siempre están disponibles o son accesibles. Es ahí donde el cuidado ejerce de puente entre la autonomía real y la potencial. (Huenchuan, 2018).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2020) en su artículo 12, inciso 1 hace referencia a que:

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y la promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda, promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

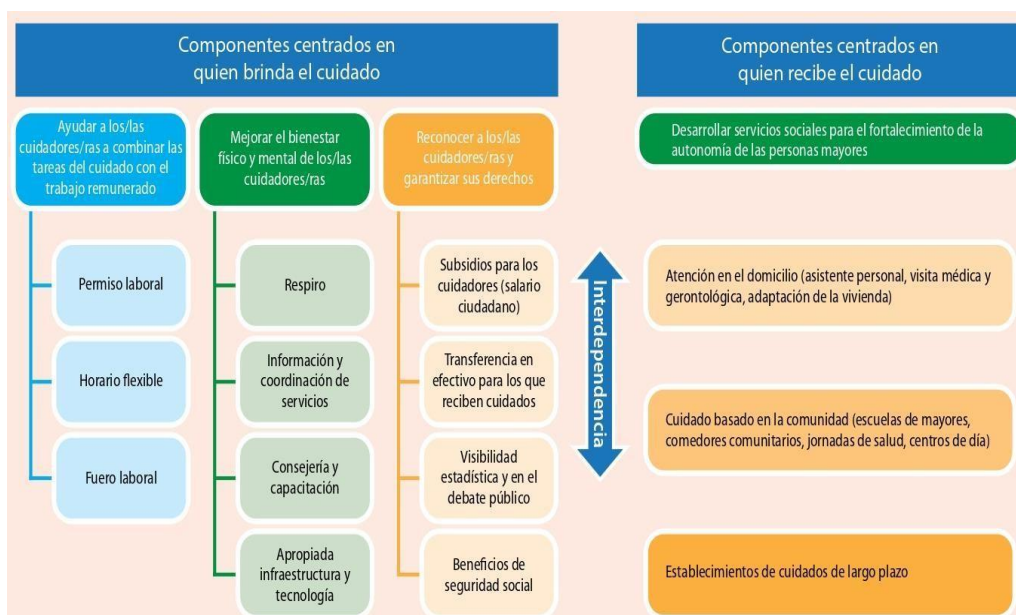
Por ello es importante que el Estado desarrolle estrategias y mecanismos que coadyuven al mejoramiento de los cuidados, su protección y garanticen que las personas mayores tengan cuidado integral, enmarcados en el respeto y la igualdad, así como la integridad y desde la perspectiva de género.

El *Protocolo de San Salvador, artículo 17 “Protección de los Ancianos”* refiere también que las personas tienen derecho a una protección especial en su ancianidad, por lo cual los Estados deben comprometerse a adoptar de manera progresiva las medidas:

- a) *Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;*
- b) *Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;*
- c) *Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2020, p 106).*

Las tareas de cuidados se encuentran enmarcadas dentro del trabajo, pero esta idea aún está ligada como una práctica de la dinámica familiar. Por ello es importante que como se ha mencionado anteriormente, se le agregue valor, se le apoye para que las tareas de cuidado sean realizadas optimizando los recursos que los cuidadores poseen, todo ello enmarcado dentro de las políticas públicas del Estado, así como también estableciendo medidas que permitan conjugar el trabajo de cuidado con el trabajo formal, lo cual también incluye acciones que beneficien y salvaguarden la salud e integridad del cuidador, así como el contar con la disponibilidad de recursos y capacitación constante, pensar en que es preciso revalorar y recibir una remuneración por ello, a nivel institucional adecuar los servicios prestados para lograr el bienestar de la persona mayor.

Figura 15. Matriz de trabajo para abordar el cuidado.



Fuente: Huenchuan, S. Rodríguez, R. Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores.2014. CEPAL.

Hemos de recordar entonces que las tareas de cuidados no corresponden solo a las familias, es una tarea en equipo para realizarse entre el estado, familia y servicios sociales, todo ello en miras de proveer bienestar y garantizar el pleno derecho de cuidados a esta población. En el año 2022, la Comisión de Inclusión, Bienestar Social y Exigibilidad de Derechos Sociales del Congreso de la CDMX, abroga la antigua *“Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México”*, para dar paso a la creación de la *“Ley de los Derechos de las Personas Adultas de la Ciudad de México, y en su lugar se expide la Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores y del Sistema Integral para su Atención de la Ciudad de México”*.

Dicho documento en materia general reafirma y refrenda el compromiso de salvaguardar y dar respuesta a las diversas problemáticas que este grupo etario enfrenta.

La presidenta de la Comisión, diputada Marisela Zúñiga, indicó que el nuevo ordenamiento jurídico busca prevenir y atender a corto plazo, la situación que viven las personas mayores, y se construyó con una visión de largo plazo, pues diversos organismos internacionales advierten sobre un envejecimiento acelerado en la capital del país (Congreso de la Ciudad de México, 2021).

Dentro de dicha ley en la sección VII, artículos 29,30,31 y 32 “Derecho a recibir servicios de cuidado a largo plazo se establece lo siguiente:

Artículo 29. En la Ciudad las personas mayores tienen el derecho a recibir cuidados que le provean de protección, promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda. En todo momento se respetará la opinión, voluntad, privacidad, autonomía, dignidad e integridad física y mental de la persona mayor respecto de los cuidados que reciba. Dichos cuidados deberán proporcionarse de conformidad a lo establecido en ley que regule el sistema integral a que se refiere el artículo 9, apartado B de la Constitución Política de la Ciudad.

Artículo 30. Sin perjuicio de lo señalado en la legislación aplicable, las autoridades de la ciudad impulsarán permanentemente la implementación de acciones con perspectiva de género y enfoque interseccional que promuevan la autonomía de las personas mayores atendiendo a sus diferentes niveles de dependencia y con la corresponsabilidad entre los sectores público, social y privado, así como con la comunidad y la familia. De igual forma promoverán la integración y fortalecimiento de redes de apoyo familiares o comunitarias para apoyo de personas mayores con niveles de dependencia, favoreciendo el diseño de medidas de apoyo y servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados.

Artículo 31. En los cuidados que se proporcionen de manera formal a las personas mayores se promoverán la especialización y profesionalización que permita ofrecer una atención adecuada e integral, así como prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.

Artículo 32. Las instituciones encargadas de proporcionar cuidado a las personas mayores deberán: I. Informarles sobre sus derechos, sobre el marco jurídico y protocolos de cuidado; II. Permitir en todo momento el acceso de la persona mayor a la información, incluida la relativa a su expediente personal;

III. Facilitar el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales; Marco normativo Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores y del Sistema Integral para su Atención de la Ciudad de México CNDH Fecha de publicación: Última reforma incorporada: 15 de enero de 2021 27 de octubre de 2022 Integrado por: Subdirección de Informática Jurídica Dirección General de Tecnologías de Información y Comunicaciones Comisión Nacional de los Derechos Humanos Página 17 de 62

IV. Evitar las injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familiar, su hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación;

V. Promover y facilitar la interacción de la persona mayor con su familia comunidad y sociedad;

VI. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor;

VII. Proporcionar cuidados paliativos conforme a la legislación aplicable, y VIII. Garantizar un entorno libre de todo tipo de violencia. (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021).

En síntesis, lo que los citados artículos mencionan es que esta población es sujeto de atención y de cuidados, tema del cual las personas mayores tiene que reconocer y apropiarse de que también son sujetos de cuidados y de atención, y se debe de garantizar que este derecho sea ejecutado plenamente implementando acciones entre las redes familiares y las del Estado. Es el (Estado) quien fungirá como mecanismo de promoción de dicho derecho (cuidado), promoviendo también la parte de la autonomía e integrando y haciendo fuerte también la red de apoyo familiar o social que sean fuente de apoyo ante las necesidades de las personas

mayores, así como la promoción y difusión de sus derechos utilizando los diversos mecanismos institucionales y de comunicación para tal fin.

En cuanto al Sistema Nacional de Cuidados de acuerdo con el Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en *México, realizado por el CIDE (2017), la mayor parte de las personas que necesitan cuidados son niños y niñas menores de 15 años, adultos mayores y personas con enfermedades temporales o con limitaciones permanentes.*

En el 2018 en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) ,la Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU MUJERES) y el Gobierno Federal lanzan el documento “Bases para una estrategia Nacional de Cuidados”, *se enmarca en el proyecto “Institucionalización de políticas y presupuestos públicos para la igualdad de género, el empoderamiento económico y la eliminación de la violencia contra las mujeres”, realizado de manera conjunta por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y ONU Mujeres, el cual no busca más que realizar una estrategia nacional de cuidados sobre las posibilidades de emprender medidas que pueda tomar el Estado en su conjunto y una ruta de coordinación de políticas públicas orientadas a atender la problemática actual que enfrenta el país en esta materia. (Bases para una estrategia nacional de cuidados ,2018 p 5).*

Dicha estrategia planea enfocarse en las necesidades de cuidado desde niveles elementales (alimentación), rehabilitación en las personas con enfermedades y la atención y apoyo a las personas mayores por mencionar algunos.

Por lo mismo, la población objetivo de la ENAC será la siguiente:

- *Niñas y niños entre 0 y 6.*

- *Niñas, niños y adolescentes entre 7 y 15 años.*
 - *Personas con discapacidad temporal o permanente.*
 - *Y personas adultas mayores de 65 años en adelante*
- (Bases para una estrategia nacional de cuidados ,2018 p 16).*

Es aquí en donde dicha estrategia cobra notoriedad en este trabajo la situación de cuidados en personas mayores es derivada en su mayoría a cuestiones del desarrollo de enfermedades que derivan en dependencia y por consiguiente en la necesidad de ser cuidados por otros.

En el caso de las personas mayores la estrategia propone:

INSTRUMENTO A LA PROVISIÓN DE CUIDADOS POR PARTE DEL ESTADO:

Centros de cuidado diurnos o nocturnos: estos lugares ofrecen servicios de cuidado a niñas, niños y adolescentes, personas mayores y personas con alguna discapacidad en situación de vulnerabilidad cuyas personas cuidadoras habituales realizan actividades que les impiden atenderlos en algún momento del día o ciertos días. El objetivo de estos centros de cuidado es reducir los factores de riesgo y exclusión social, además de favorecer la integración social a través de un ambiente adecuado.

INSTRUMENTOS ENFOCADOS EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PRIVADA

1. Subsidio a la demanda de cuidados: este tipo de intervención busca otorgar subsidios a las familias que requieren de servicios de cuidado mediante la exención y deducibilidad fiscal de la adquisición de estos. Esta intervención tiene el fin de disminuir los costos monetarios asociados al cuidado.

2. *Subsidios a la oferta de cuidados: este tipo de intervención busca otorgar subsidios (o exenciones fiscales) a quienes proveen los servicios de cuidado para disminuir los costos de los servicios de cuidado y así aumentar la oferta o permitir que estos se puedan conseguir a un menor costo.*

3. *Certificación: la certificación del personal es una de las herramientas fundamentales para garantizar la calidad de los servicios de cuidado. Existen certificaciones voluntarias y obligatorias. La diferencia entre una certificación voluntaria y una obligatoria es que la segunda es necesaria para proveer un servicio de cuidado con base en estándares mínimos de calidad de un servicio; la primera otorga ventajas, pero no es necesaria*

INSTRUMENTOS ENFOCADOS EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS DESDE EL HOGAR

3. *Capacitación para personas cuidadoras: esta intervención pretende mejorar la calidad del cuidado que proporcionan las personas cuidadoras, así como el bienestar de la persona cuidadora al estar mejor preparadas para su labor. Esta capacitación permite de alguna manera reducir los gastos asociados al cuidado y debe estar enfocada tanto en aspectos técnicos como emocionales.*

4. *Apoyos para la autonomía de personas con dependencia: esta intervención permite que las personas con algún tipo de discapacidad puedan minimizar su dependencia o aumentar su autonomía. Esto incide directamente en el bienestar de las personas cuidadoras y reduce la demanda monetaria y no monetaria de cuidado por parte de familiares. Estos apoyos pueden ser 1) pensiones o subvenciones, 2) creación de redes y círculos de apoyo y 3) servicios de asistencia remota o a domicilio.*

5. Formalización y compensación de cuidadoras y cuidadores familiares: esta intervención consiste en otorgar derechos equivalentes en el mercado laboral formal. De esta manera, se reconoce el papel de las personas cuidadoras en la fuerza laboral del país.

6. Licencia de cuidados: esta intervención permite a las personas empleadas ausentarse del trabajo por algunos días para cuidar de un familiar enfermo o con alguna discapacidad temporal.

7. Políticas de relevo: esta intervención permite que la persona que se encarga del cuidado de un familiar pueda ser relevado por un profesionalista del cuidado. Esto permite que los familiares puedan tomar algunos días libres para descansar, atender emergencias y/o mejorar el bienestar físico y mental del cuidador y la calidad de sus servicios.

8. Horas de trabajo flexibles: esta intervención permite que algunos trabajos formales puedan ofrecer horarios flexibles de trabajo con el fin de poder continuar con labores de cuidado.

9. Regulación de publicidad: esta intervención permite que se regulen los espacios de publicidad para promover la corresponsabilidad de las labores de cuidado del hogar.

Para las personas mayores dicha estrategia tiene como objetivo que se garantice que cuenten con el acceso a los servicios de cuidado y se plantea la apertura de centros de en donde el cuidado se de manera regular, ofreciendo también la apertura de albergues públicos, aumentando también los centros de atención física y mental a esta población ofreciendo la ampliación de los servicios ,así como empatar que la oferta pública y privada homologuen estrategias proveyendo de recursos a la infraestructura privada para posteriormente fortalecer la infraestructura pública.

Se requiere también el fortalecimiento de las redes de apoyo sociales con las que se cuenta, así como también el impulso que debe tener el derecho al cuidado, reconociéndolo como tal. Visibilizar el trabajo de cuidado admitirá que este sea también una estrategia económica que permita solidificar la economía al darle el reconocimiento y a su vez, la profesionalización como un trabajo importante dentro de la sociedad y para el cual también se requieren recursos materiales y económicos.

Dicha estrategia entreteje las directrices de una política de cuidado tomando en cuenta tres protagonistas al que se cuida, el cuidador y las necesidades de ambos.

Capítulo IV. Marco Metodológico

4.1 Planteamiento del problema

4.1.1 Justificación

4.1.2 Pregunta de investigación

4.1.3 Objetivos

4.2 Hipótesis

4.2.1 Definición conceptual y operacional

4.3 Diseño de investigación

4.4 Muestra

4.5 Técnicas e instrumentos

4.6 Procedimiento y tipo de análisis

***“Tu verdad aumentará en la medida que sepas
escuchar la verdad de los otros”.***

Martin Luther King. (1929-1968)

4.1 Planteamiento del problema

El notable incremento de la población de 60 años y más ha visibilizado problemáticas a las que no se les ha brindado la atención requerida, siendo ellos, las personas mayores quienes demandan servicios acordes a sus necesidades, respuestas a sus demandas y el pleno ejercicio de sus derechos, los que tiene y de los cuales aún, pese a su edad no se han apropiado. Los ancianos han sido vistos como personas de jerarquía en la antigüedad, en el presente y en la mayoría de las ocasiones han sido vistos como sujetos de necesidad, de vulnerabilidad, de abandono y carencia, lo cual los hace aún más vulnerables a padecer situaciones de abuso, agresión y falta de cuidado ante las situaciones que atraviesan durante el periodo de envejecimiento.

El 15 de junio de 2015, se aprobó el texto de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que es el primer instrumento internacional de su tipo que agrupa y especifica los derechos humanos y principios que deben incluirse en la legislación, políticas públicas y programas nacionales para lograr la independencia, autonomía, salud, seguridad, integración y participación de las personas de 60 años o más, y eliminar la discriminación por motivos de edad. (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

Retomando a Navarro Sandoval et al. (2017), la llegada de la vejez debería ser una etapa de gozo y disfrute para las personas mayores, con la seguridad y certeza de que el acceso a la salud, la seguridad económica y la alimentación este consolidado, lo cual no es algo factible y real, ya que no existe aún información y concientización suficiente, así como la aplicación de políticas públicas que reconozcan y tengan a bien aplicar y reconocer los derechos de esta población.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020) en sus, “Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano”, define a una “Persona mayor” como:

Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente hasta alcanzar un promedio aproximado de 75 años, debido al incremento en la supervivencia de enfermedades crónicas y discapacidades físicas; lo que, a su vez, ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay en la actualidad 91 millones de personas mayores de 60 años en el continente americano, este número crece a una tasa de 3 a 5% anual. (Navarro Sandoval et al. 2017)

Si bien es cierto que la familia constituye la primer gran red de apoyo, es en la mayoría de las ocasiones que la responsabilidad del cuidado del adulto mayor recae en una sola persona, la cual se enfoca a los cuidados de la persona en cuestión, dejando inclusive su salud de lado para dar paso a centrar su atención y conocimiento a la labor que le fue designada, lo cual constituye un problema también por que el cuidador o cuidadora tiende a dejar sus necesidades, ocasionándole desgaste a nivel físico y emocional, es así como se convierte en un cuidador primario informal, el cual también es necesario mencionar carece en su mayoría de los conocimientos para brindar la atención necesaria requerida.

Giraldo et al. (2005) retoman el concepto de cuidados familiares que planteó Soldo (1989), el cual define como cuidado familiar a la;

asistencia proporcionada por la familia, los amigos o los vecinos a personas con necesidades de cuidado instrumental o personal, en actividades de la vida cotidiana. Se trata de una fuente de cuidados no pagados, para que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, las personas discapacitadas u otros grupos, puedan seguir viviendo en su hogar, o en la comunidad y no ser institucionalizadas (Giraldo M., Franco A., Correa B., & Salazar H., 2005).

Hay que mencionar que, el trabajo de cuidados hacia las personas dependientes estaba dado desde la asistencia y sin retribución económica, una actividad expresamente familiar o realizada por otros cercanos, centrado la asistencia de las actividades y las necesidades que estas personas tienen, sin embargo, la premisa también se concentra en que estas personas no tengan que ser institucionalizadas.

Párrafos anteriores se hizo mención sobre la situación en la que se encuentra el proceso de envejecimiento a nivel mundial bajo el incesante incremento demográfico de este grupo etario a nivel nacional e internacional, así como el incremento de enfermedades no transmisibles, de ahí que surja la necesidad de contar con personas que puedan contribuir en el cuidado de los ancianos que requieran ser cuidados, que cumpla este rol, cuente con las herramientas adecuadas, así como un estado de salud deseable y una red de apoyo firme que pueda apoyarlo. No se debe perder de vista también que a medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro en su salud y su calidad de vida, influyendo negativamente tanto en sus actividades sociales, laborales y familiares, a las problemáticas que tiene que lidiar el cuidador como la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos, la poca o en muchas ocasiones nula actividad social ,entre otras origina un aumento en la frecuencia de ansiedad y depresión en ellos y en no menos importancia también se incurren en situaciones como la violencia hacia el sujeto de cuidados.

Hay que mencionar que, el trabajo de cuidados hacia las personas dependientes estaba dado desde la asistencia y sin retribución económica, una actividad expresamente familiar o realizada por otros cercanos, centrado la asistencia de las actividades y las necesidades que estas personas tienen, sin embargo, la premisa también se concentra en que estas personas no tengan que ser institucionalizadas. Párrafos anteriores se hizo mención sobre la situación en la que se encuentra el

proceso de envejecimiento a nivel mundial bajo el incesante incremento demográfico de este grupo etario a nivel nacional e internacional, así como el incremento de enfermedades no transmisibles, de ahí que surja la necesidad de contar con personas que puedan contribuir en el cuidado de los ancianos que requieran ser cuidados, que cumpla este rol, cuente con las herramientas adecuadas, así como un estado de salud deseable y una red de apoyo firme que pueda apoyarlo.

No se debe perder de vista también que a medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro en su salud y su calidad de vida, influyendo negativamente tanto en sus actividades sociales, laborales y familiares, a las problemáticas que tiene que lidiar el cuidador como la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos, la poca o en muchas ocasiones nula actividad social ,entre otras origina un aumento en la frecuencia de ansiedad y depresión en ellos y en no menos importancia también se incurren en situaciones como la violencia hacia el sujeto de cuidados.

4.1.1 Justificación

Las personas mayores representan un importante sector de la población. Son el medio de reproducción de experiencia de vida, de historia y conocimiento a través de los años. La población mundial está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. Para el 2050 habrá 200 millones de personas mayores en todo el planeta. El 65 % de ellas se ubica en países en desarrollo. (Morales Ramírez, 2018), de ahí que surja la necesidad de buscar y plantear acciones y alternativas que puedan contribuir en el mejoramiento de su calidad de vida acorde a sus necesidades y los problemas de salud que presenten. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporto que “en el año 2020 residían en México 15.1 millones de personas de 60 años o más, que

representan 12% de la población total" (INEGI, 2021). Algunas personas mayores al llegar a la etapa del envejecimiento sufren del deterioro y desgaste físico, la pérdida de ciertas capacidades cognoscitivas y el desarrollo de enfermedades, que limitan su funcionalidad y capacidad para poder realizar actividades de la vida diaria. Padecimientos como lo son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, colesterol, triglicéridos, entre otros marcan la tendencia de desarrollo de estas en los ancianos y ancianas. En México hay tres tipos de enfermedades que concentran más del 33 % de las muertes en mujeres y más del 26 % de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. De la misma manera, existe un incremento en la morbilidad por las mismas causas y sus secuelas, situación que aumenta la cantidad de enfermos con este tipo de padecimientos, los cuales demandan una atención médica que difícilmente puede ser cubierta por las instituciones de salud debido a la deficiente infraestructura de estas. (Villegas Ceja, et al 2014, p 26). Si estas afecciones no se atienden a tiempo y sin el tratamiento adecuado, pueden llegar a tener serias consecuencias en quien las padezca, mismas que también inciden en el círculo social en donde se esté inserto, tal es el caso de la familia.

La familia representa una de las instituciones sociales más importante dentro de la sociedad es en ella donde se determinan los valores y se da el aprendizaje vicario. Al llegar a la vejez la familia suele ser el lazo y red de apoyo más grande para el anciano, sin embargo en algunas ocasiones no suele ser así, ya que por diversas cuestiones los miembros de la familia no cuentan con la misma capacidad y disponibilidad (económica, física, moral, intelectual) para poder ser una fuente de apoyo a las necesidades de las personas mayores con o sin enfermedades crónicas o con algún impedimento físico, el cual no permite que pueda realizar sus actividades como cotidianamente lo realizaban.

La red de apoyo más importante para el anciano está constituida por la familia, porque proporciona al anciano mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y más intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización. (Flores Villavicencio, et al. 2017). Aunado a estas situaciones, una figura que representa suma importancia es el de cuidador primario.

En la literatura hallamos que el cuidador primario es;

La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta". (Flores Villavicencio et al. 2017).

Las poblaciones viejas demandan servicios de atención óptimos y de calidad, por ello es necesario que desde trabajo social conozcamos las características de esta población, así como también las redes de apoyo con las que cuentan y de esta manera ofrecerles alternativas adecuadas para la solución de la problemática en la que se encuentran.

Es por ello por lo que es una necesidad que desde la investigación se aborden dichos temas, para su estudio y en el caso de Trabajo Social se planteen alternativas que permitan una intervención eficaz y, también desde las diversas disciplinas se planten conocimientos nuevos que sirvan como referentes también. Para quien suscribe, es importante el conocer cómo es, qué características y cuál es el rol que cumple, así como las consecuencias tanto físicas, emocionales y sociales, que conlleva ser un cuidador primario informal, todo ello a través de la mirada científica de nuestra disciplina, Trabajo Social. Realizar esta investigación, permitirá conocer los aspectos anteriormente mencionados, pero también se busca generar conocimiento que permita reconocer la importancia de la figura del cuidador primario, conocer acerca de los problemas a los que se enfrenta al asumir el rol y que se puede hacer desde Trabajo social, para brindarles herramientas que puedan apoyar su labor hacia el cuidado del senescente.

4.1.2 Pregunta de investigación

Hernández Sampieri (2014) expresa que aparte de realizar una definición de los objetivos concretos de la investigación, es necesario también esbozar por medio de algunas preguntas el problema a investigar, lo cual al hacerlo de manera directa disminuirá la tergiversación de este.

Dentro de esta investigación las preguntas que se plantearon fueron las siguientes:

- ✚ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de un cuidador primario informal?
- ✚ ¿Cómo afecta a un cuidador la responsabilidad de cuidar a otro?
- ✚ ¿Cuáles son las necesidades de la persona mayor que requieren del apoyo del cuidador (a) primario (a)?

Y a las cuales se les dio respuesta en base a la información teórica recopilada en el transcurso de la investigación.

4.1.3 Objetivos

Al igual que las preguntas, los objetivos deben ser pertinentes y encaminarse entre ambos y determinar qué es lo que se intenta con la realización de la investigación. Dentro de este apartado los objetivos que se plantearon para la Tesis fueron los siguientes:

General

Identificar cuáles son las principales afectaciones y problemáticas por las que atraviesa un cuidador primario informal de personas mayores que padecen alguna enfermedad no transmisible.

Específicos

- ✚ Describir las características sociodemográficas presentes en un cuidador primario informal.
- ✚ Determinar cuál es el nivel de sobrecarga que sufre un cuidador primario informal de personas mayores que padecen alguna enfermedad no transmisible.
- ✚ Revisar el tema de los cuidados de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos.

4.2 Hipótesis

Las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados. (Hernández Sampieri, 2014 p.104). Dichas proposiciones suelen ser una especie de guías para la realización de una investigación que incluye la relación entre variables (una o varias) y son sujetas a comprobación.

La hipótesis planteada fue la siguiente: Los cuidadores primarios informales desarrollan *UN ALTO* desgaste físico y emocional (*SÍNDROME DE SOBRECARGA*) como consecuencia de la labor que desempeñan al cuidar de otros.

4.2.1 Definición conceptual y operacional

De acuerdo con lo que menciona Hernández Sampieri (2014) la definición conceptual no son más que las definiciones halladas en los sustentos teóricos o aquella literatura especializada las cuales determinan la apropiada construcción conceptual acorde a las necesidades que la investigación requiera. Mientras que la definición operacional se conoce como el conjunto de procedimientos y actividades que se desarrollan para medir una variable. (Citado en Hernández Sampieri, p 153).

Tabla 3. Operacionalización y conceptualización de variables.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLES	INDICADORES
PERSONAS MAYORES	Se considera adulto mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica."	PERSONAS MAYORES	PERSONAS MAYORES
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Es un conjunto de datos que vinculan el tamaño y crecimiento poblacional con la dinámica de los componentes que intervienen (fecundidad, mortalidad y migraciones), así como los efectos en su composición (por sexo y edad, lugar de nacimiento, situación conyugal) y los hogares.	PERSONA MAYOR CUIDADORES EDAD SEXO LUGAR DE RESIDENCIA ESCOLARIDAD OCUPACION ANTERIOR Y ACTUAL ESTADO CIVIL ACCESOS A SERVICIOS DE SALUD INGRESO	Personas mayores: 60 años o más con enfermedades no transmisibles Cuidadores: 18 años o más Hombres y mujeres Abierto Soltero Casado Unión libre Divorciado Separado Viudo Pública Privada Fijo Variable
SINDROME DE SOBRECARGA	Estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como demandas económicas que surgen al cuidar un enfermo crónico o con discapacidad.	ANSIEDAD DEPRESION ESTRÉS ESTADO DE SALUD VIDA SOCIAL	Nivel de sobre carga
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo	TIPO DE ENFERMEDADES	Diabetes mellitus
DEPENDENCIA	Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como "el estado en el que se encuentran las personas que, por razones	FISICA MENTAL ECONOMICA	Postración Perdida de algún miembro Ceguera

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLES	INDICADORES
	ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”	SOCIAL	<p>Audición</p> <p>Capacidades cognitivas</p> <p>Sin ingreso económico</p> <p>Apoyo en Actividades de la Vida Diaria (comer, vestir, asistencia en el aseo, toma de medicamentos, acompañamiento y seguimiento médico).</p> <p>Apoyo en las actividades instrumentales de la Vida Diaria (Realizar quehaceres del hogar, manejo de dinero, utilizar medios de transporte o comunicación)</p>
CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL	La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta.	RELACIÓN CON LA PERSONA MAYOR	<p>Cónyuge</p> <p>Hijo/Hija</p> <p>Nieto/Nieta</p> <p>Amigo/Amiga</p> <p>No pertenece a la red familiar</p>
DERECHOS HUMANOS	Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra constitución política, tratados internacionales y las leyes.	TIPOS DE DERECHOS	<p>Derecho a la salud</p> <p>Derecho al cuidado</p>

Fuente: Elaboración propia retomando conceptos de la investigación inicial (Protocolo de investigación) 2022.

Tabla 3.2. Categorización de las variables.

Categoría	Variables
Edad	18-30 31-40 41-50 51-60 61-70
Sexo	HOMBRES MUJERES
Lugar de residencia	CDMX ÁREA METROPOLITANA
Tiempo estimado de ser cuidador	AÑOS MESES
Relación de parentesco con la persona mayor	ESPOSO (A) HIJO (A) NIETO (A) NUERA YERNO AMIGO (A) VECINO (A) OTRO
Escolaridad	PRIMARIA SECUNDARIA MEDIO SUPERIOR SUPERIOR CARRERA TÉCNICA SUPERIOR SIN ESCOLARIDAD
Estado civil	SOLTERO (A) CASADO (A) UNIÓN LIBRE SEPARADO (A) DIVORCIADO (A) VIUDO (A)
Religión	ABIERTA
Ocupación	ABIERTA
Ingresos	FIJOS VARIABLES
Servicio de salud	PÚBLICO PRIVADO
Institución que brinda el servicio	IMSS ISSSTE SSA
Estado físico de la persona mayor	POSTRACIÓN PERDIDA DE ALGÚN MIEMBRO CORPORAL CEGUERA PROBLEMAS DE AUDICIÓN PERDIDA DE CAPACIDADES COGNITIVAS

	REQUIERE APOYO PARA ALGUNAS ACTIVIDADES
Enmendadas que la persona mayor padece	DIABETES MELLITUS HIPERTENSIÓN ARTERIAL CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INSUFICIENCIA CARDIACA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR DEPRESIÓN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ENFERMEDAD DE PARKINSON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Dolor	NADA POCO BASTANTE MUCHO
Apoyo en las actividades básicas de la vida diaria	SI NO
Actividades en las que requiere apoyo	ASEO PERSONAL VESTIRSE Y CALZARSE ASISTENCIA PARA ACUDIR AL SANITARIO ALIMENTARSE MOVILIZARSE DE UN LUGAR A OTRO
Actividades instrumentales de la vida diaria	SI NO
Actividades en las que requiera apoyo	ACOMPañAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPRAS Y USO DE DINERO USO DE APARATOS DOMÉSTICOS USO DE DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS PARA RECREACIÓN Y COMUNICACIÓN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS LAVADO DE ROPA UTILIZACIÓN DE MEDIOS DE TRANSPORTE
Sobrecarga	NUNCA RARAMENTE ALGUNAS VECES BASTANTE A MENUDO CASI SIEMPRE

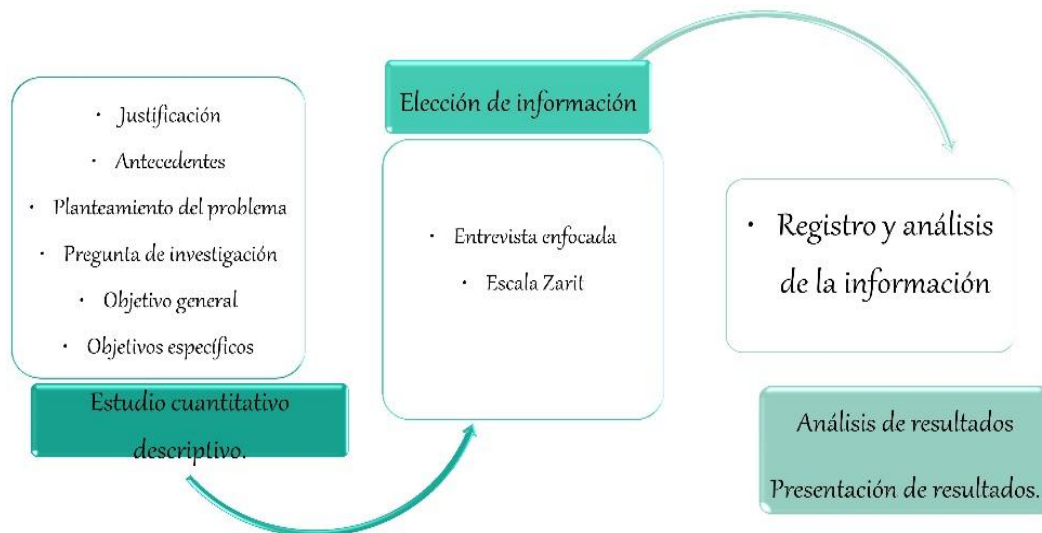
Fuente: Elaboración propia retomando conceptos de la investigación inicial (Protocolo de investigación) 2022.

4.3 Diseño de investigación

Toda investigación requiere que se planteen las directrices, los métodos y técnicas que el investigador necesitará para la realización de esta. Dicho diseño nos ayuda en el proceso de obtención de información a fin de ayudarnos a dar respuesta a nuestro planteamiento inicial. En esta investigación se realizará un estudio cuantitativo descriptivo. Para los fines de esta tesis se utilizará estudio de casos, que no son más que “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008), la unidad o caso investigado, puede ser un individuo, un colectivo, objeto, organización, etcétera. Es importante llevar un registro de información de los casos de análisis para ello, Evelyn Davison (1973) como se ha citado en (García Rivas, p 28) menciona que:

los registros sirven para cuatro objetivos principales: ayudar a la buena práctica de trabajo social de casos, administración, adiestramiento e investigación. Algunas personas pueden considerar al registro como una labor tediosa, pero después de contemplarlo desde diferentes ángulos se verá que es una de las herramientas esenciales del buen trabajo social de casos, y que con el refinamiento de la destreza puede contribuir en forma significativa a una buena práctica.

Figura 16. Esquema metodológico



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación inicial (Protocolo de investigación) 2022.

4.4 Muestra

Para recabar la información en esta investigación, se eligió un tipo de muestra no probabilística o dirigida, subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Lepkowski (2008) refiere que una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (Citado en Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La muestra constó de 25 casos, de los cuales 5 fueron tomados como pruebas piloto y fueron cuidadores que quien suscribe contacto a través de Facebook o contacto directo visitando sus domicilios, los 20 restantes, fueron casos de estudio del Hospital de especialidades perteneciente al *Centro Médico Nacional “La Raza”, “Antonio Fraga Mouret”*, todos ellos cuidadores primarios informales, cumpliendo con las siguientes características:

Criterios de inclusión:

- ✚ Hombres y mujeres mayores de 18 años con o sin relación familiar con la persona mayor, que acepte la aplicación de una cédula de entrevista, instrumento de medición de sobrecarga (escala Zarit) y firmen consentimiento informado.
- ✚ Personas mayores (hombres o mujeres) con Enfermedades No Transmisibles (crónico degenerativas).
- ✚ Residentes de la Ciudad de México y Área metropolitana.

Criterios de exclusión:

- ✚ Hombres y mujeres menores de 18 años.
- ✚ Aquellas personas (pacientes) que contaran con menos de 65 años.

4.5 Técnicas e instrumentos

En esta investigación mediante la recopilación de información, se permitió conocer cuáles son las características que definen a un cuidador primario informal; (edad, sexo, lugar de origen, estado civil, instrucción escolar, las enfermedades que padece la persona mayor bajo su cuidado, el parentesco que tiene con la persona mayor, etcétera.). Para la obtención de la información necesaria para la investigación, se procedió a realizar un instrumento, el cual consta de una cédula de entrevista que nos permitió conocer los rubros anteriormente mencionados y ,se utilizó como técnica de recopilación de información la aplicación de entrevistas enfocadas, y una escala de medición de sobrecarga Escala Zarit; escala que nos permitió conocer y evaluar si existen o no niveles de sobrecarga del cuidador, en este caso el cuidador primario informal.

Entrevista Enfocada: Se puede decir que la entrevista enfocada, es una entrevista en profundidad, pero específicamente dirigida a situaciones concretas. Va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida. A diferencia de la Entrevista a profundidad, la entrevista enfocada no revive toda la vida, sino la reconstrucción de una experiencia personal concreta. De alguna manera el entrevistador conoce de antemano directa o indirectamente, esta situación con los elementos, procesos y estructura total de la misma y la ha analizado sistemáticamente. En base de este análisis es que se elabora la guía de preguntas (Díaz Sanjuán, 2010, p 13).

Lo cual pudo realizarse como se comentó anteriormente con la elaboración de una cédula de entrevista. Es importante mencionar que dichas entrevistas se llevaron a cabo de manera individual en las instalaciones del hospital, haciendo uso de la oficina de Trabajo Social en la mayoría de los casos, contando con un tiempo aproximado de 15 minutos por entrevista, para las pruebas piloto se realizó visita domiciliaria previamente programada y con un intervalo aproximado de 30 minutos para la aplicación del instrumento.

Tal y como lo dice García Rivas (2008);

En la mayoría de las instituciones, el trabajador social cuenta con una oficina o un pequeño cubículo y dos o tres sillas, lo cual puede ser adecuado para realizar la entrevista. El trabajador social debe evitar entrevistar en pasillo o en lugares donde haya interferencias (como llamadas telefónicas o entrada y salida de otros profesionistas). Hacer entrevistas en la oficina del trabajador social tiene la ventaja de poder controlar el escenario físico.

Lo cual favoreció la fluidez en el desarrollo de la entrevista y que el cuidador se sintiera en confianza y con la apertura para aplicar el instrumento de manera cómoda y personalizada.

4.6 Procedimiento y tipo de análisis.

Hernández, Fernández & Baptista, (2014), mencionan que; “el análisis cuantitativo de los datos se lleva a cabo por computadora u ordenador. Ya casi nadie lo hace de forma manual ni aplicando fórmulas, en especial si hay un volumen considerable de datos...” Para realizar el análisis correspondiente de la información recolectada se procedió a la elaboración de un concentrado en una base datos utilizando el programa *Excel*, en la cual se realizó la captura de la información recabada y se procedió a procesar y seleccionar la información recolectada, mediante la realización de gráficas con porcentajes que nos den cuenta de los resultados de las respuestas obtenidas en el instrumento. Para el caso de los CPI, se realizaron las gráficas pertinentes a cada interrogante, así como la sumatoria total que permitió conocer si existe sobrecarga en esta muestra, para el caso de las personas mayores las gráficas realizadas fueron elaboradas tomando en cuenta alguna de las interrogantes del rubro sociodemográfico, los padecimientos y /o enfermedades que padece, si requiere apoyo en las ABVD y las AIDV, dependencia económica, etcétera.

Gráfica 1 Sexo

Esta gráfica nos muestra que el sexo que predomina en los cuidadores es el de las mujeres, siendo el **75 %** de la población femenina que conformo la muestra de estudios quienes se encargan de los cuidados de sus familiares. Como en capítulos anteriores se ha manifestado el tema de los cuidados sigue siendo una cuestión dada a las mujeres e íntimamente ligada con la relación que existe entre lo público y lo privado. Siendo el promedio de edad de estas mujeres de 50 años.

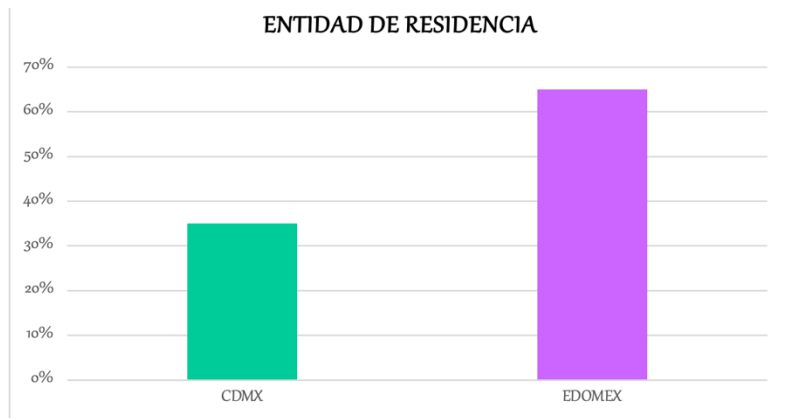
SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

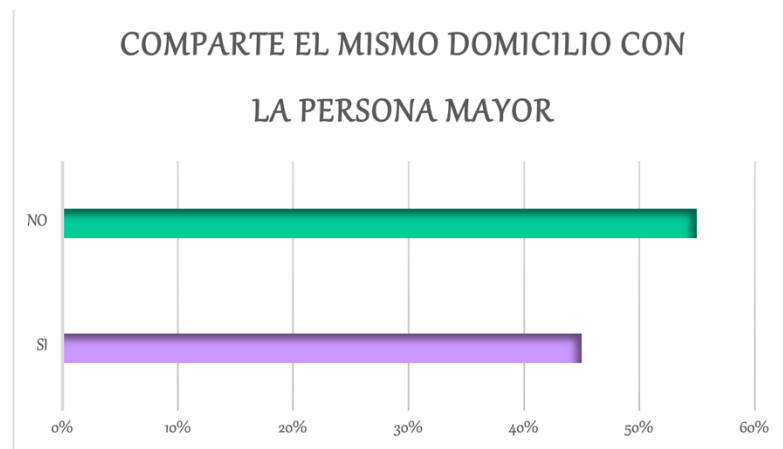
Gráfica 1.1 Entidad de residencia

Los resultados arrojados para este rubro ,mostraron que **65%** de los cuidadores tiene como entidad de residencia el Estado de México, contrario a un **35 %** que reside en la Ciudad de México, factor a considerar ya que los entrevistados refieren que es algo difícil compatibilizar su labor de cuidado al tener un lugar de residencia diferente que la persona mayor a su cargo debido a que si bien están abocados al cuidado de la persona mayor sus necesidades económicas también implican que tengan una lugar de residencia diferente, el cual nos arrojó que solo un 45% de los cuidadores si comparten el mismo domicilio con la persona mayor ,y un 55% no comparten el domicilio.(Gráfica 1.3).



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022

Gráfica 1.3 Comparte el mismo domicilio



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022.

Figura 17 Tiempo estimado de ser cuidador

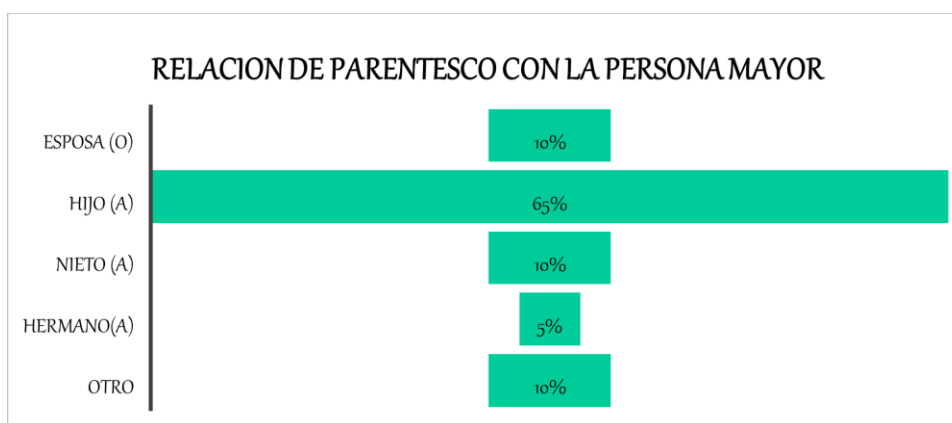
Dentro de la investigación encontramos que el CPI, con menos tiempo dedicado al cuidado de la persona mayor es de 1 mes, y el CPI con más tiempo dedicado al cuidado es de 20 años, esto es debido a que aunque ambos casos de personas mayores ya tienen previamente un diagnóstico de enfermedad no transmisible, esta no había mostrado signos de deterioro o de consecuencias más serias (en el caso del CPI con 1 mes dedicado al cuidado), por el contrario para el CPI con 20 años a cargo del cuidado de la persona mayor, es porque es el tiempo de evolución que ha transcurrido desde su ENT.

Tiempo estimado de ser cuidador



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.4 Parentesco Cuidadores-Personas mayores

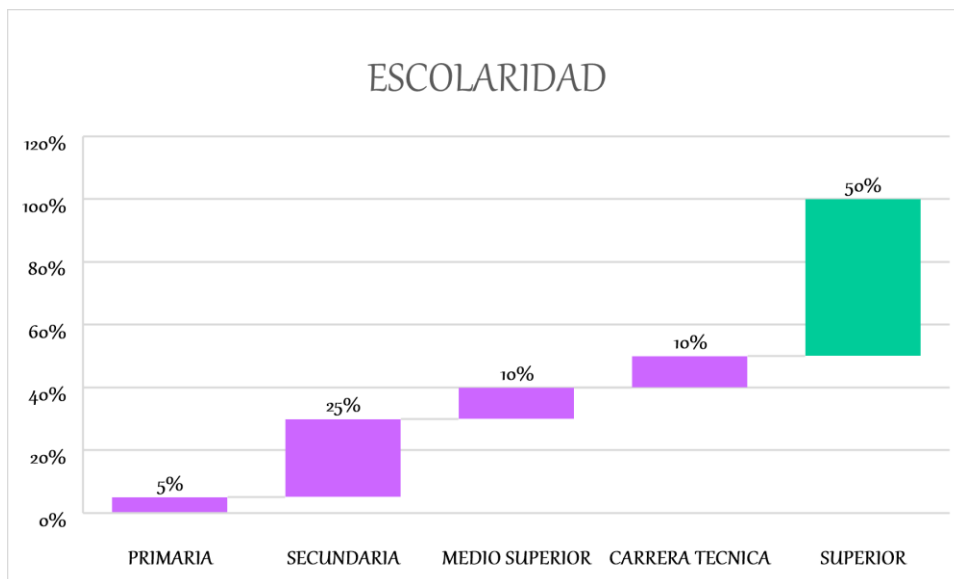


Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

La gráfica nos muestra que del **65%** de las personas entrevistadas tiene una relación de parentesco, siendo **hijos e hijas** de las personas mayores a las que cuidan, en menor porcentaje con el **5%** la relación de parentesco es de hermanos, el **30%** restante corresponde a la esposa o esposo, nietos y en otros siendo sobrinos o parejas de las personas mayores.

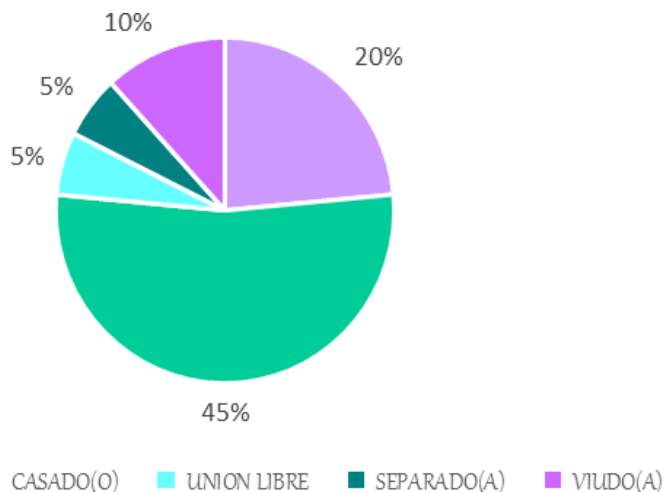
Gráfica 1.5 Escolaridad

Esta gráfica nos permite conocer el nivel de escolaridad con el que cuentan los CPI, y podemos observar que el **50%** de los entrevistados cuentan con un nivel **SUPERIOR** de escolaridad, contrario al **5%** quien solo cuenta con instrucción a nivel **PRIMARIA**.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022.

Gráfica 1.6 Estado civil

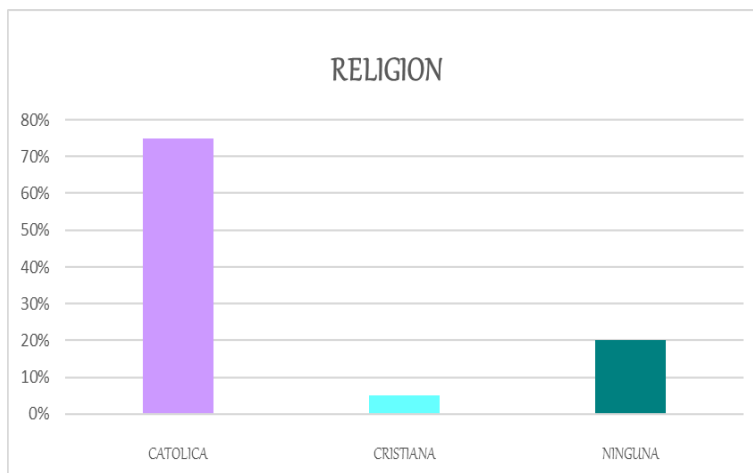


Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

45% de los CPI están **CASADOS**, el porcentaje menor correspondiente a **5%** se encuentra **SEPARADO** o en **UNIÓN LIBRE**.

Gráfica 1.7 Religión

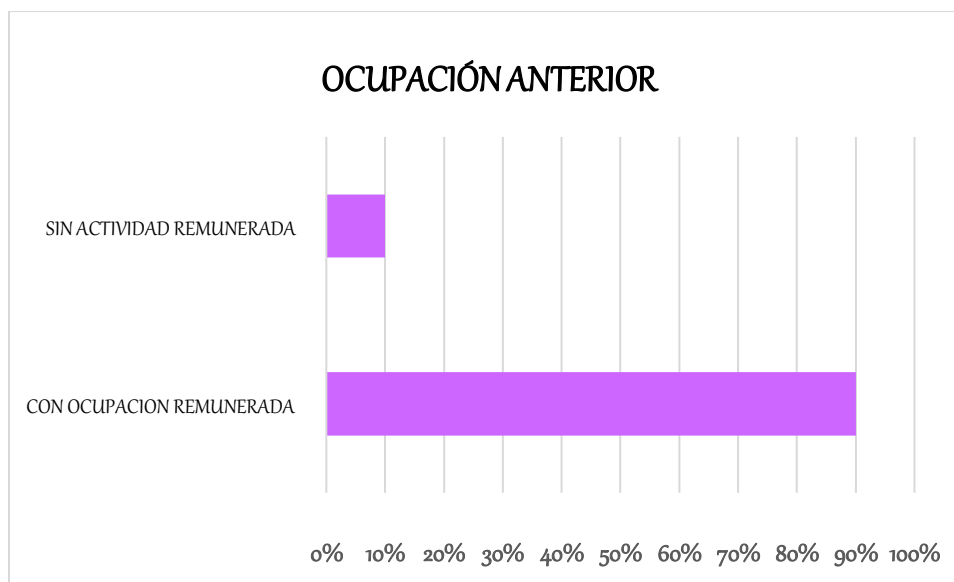
75% de los CPI, profesan la religión **CATÓLICA** ,**5%** profesa la religión **CRISTIANA** y no profesa **NINGUNA RELIGIÓN** el **20%**.



Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.8 Ocupación anterior

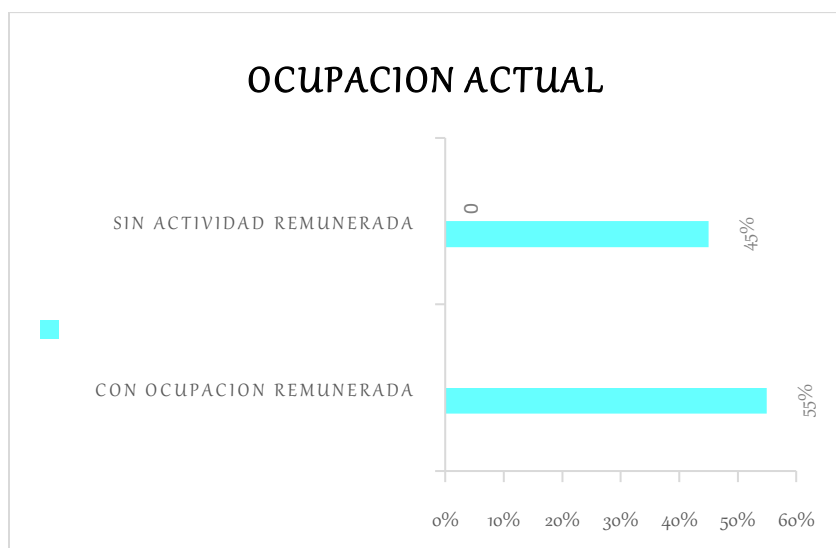
El análisis en este rubro consistió en preguntar cuál era su ocupación anterior a ser CPI, para acotar la información se procedió a analizar de esta manera encontrando que con un **90%** tenía una **OCUPACIÓN REMUNERADA**, contrario al **10%** que no la tenía.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

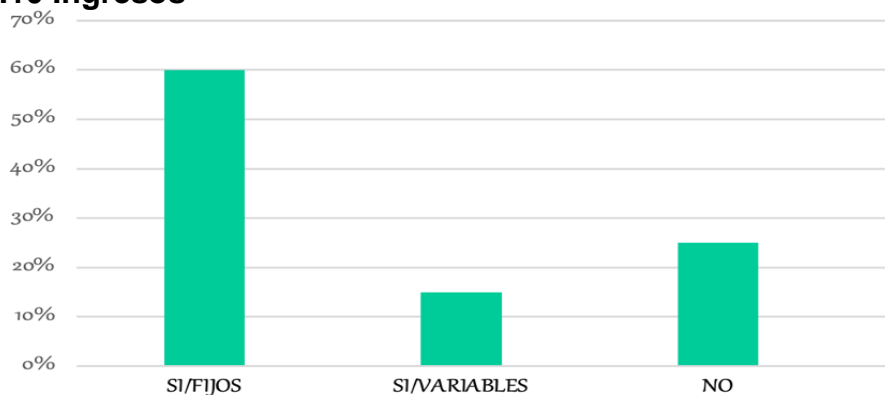
Gráfica 1.9 Ocupación actual

En esta gráfica se observa que el **55%** de los entrevistados tiene una **ACTIVIDAD REMUNERADA** que se conjuga con su labor de cuidador, mientras que **45%** de ellos no la tienen, sin embargo, es importante mencionar que si bien no son **ACTIVIDADES REMUNERADAS** formalmente con un salario están enmarcadas en las actividades del cuidado, del hogar.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

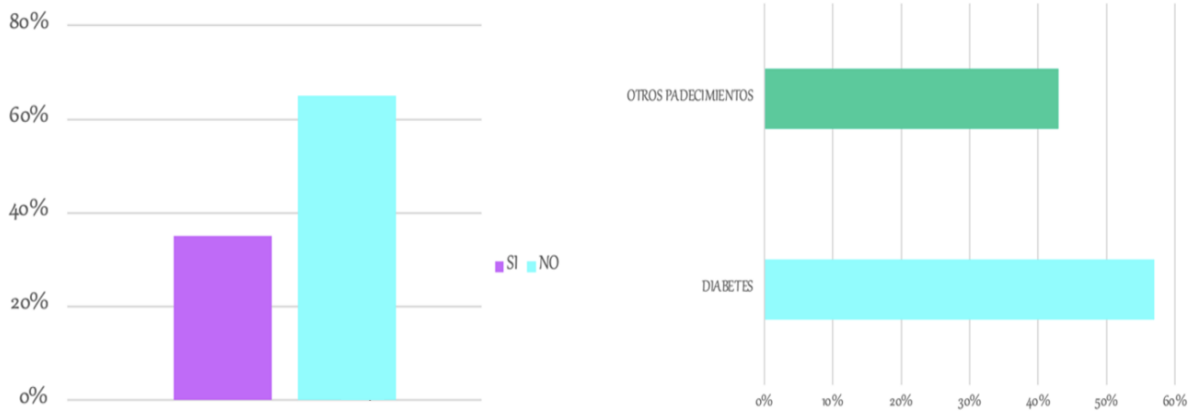
Gráfica 1.10 Ingresos



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022.

Como en la gráfica anterior se mencionó, la mayoría de los CPI cuentan con una actividad remunerada, lo cual se refleja en un **INGRESO FIJO** de un **60%**, unos más con **INGRESO VARIABLE** con un **15%** debido al tipo de actividad que realizan y el **25%** que **NO** recibe un ingreso.

Gráfica 1.11 Enfermedades



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022.

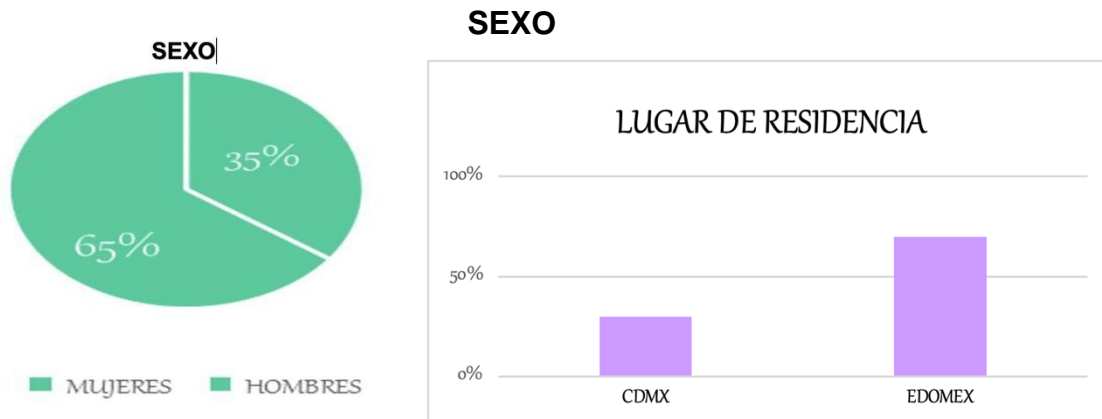
Al preguntar si padecen alguna enfermedad, los CPI contestaron que el **65% NO TIENE ALGÚN PADECIMIENTO**, contrariamente al **35%** quien si refirió padecer alguna enfermedad, las cuales en su mayoría se encuentran el rubro de las ENT correspondiendo al **57%** a la diabetes y el **43%** a otros padecimientos como cáncer, problemas de circulación, hipertensión, etcétera.

PERSONA MAYOR

Para fines de la realización del perfil del CPI, se tomaron datos sociodemográficos de la persona mayor de la cual están a cargo, sin embargo, en esta parte del análisis solo se tomaron datos de las personas mayores que aportaron información que completo lo relacionada a la descripción del perfil del CPI.

Gráfica 1.12 Sexo

Esta gráfica nos muestra que el **65%** de esta población muestra corresponde a **HOMBRES**, mientras que el **35%** corresponde a **MUJERES**, con una edad promedio de 76 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.13 Entidad de residencia

Se puede observar que el **70%** de las personas mayores residen en el **Estado de México**, mientras que el **30%** tiene como lugar de residencia la **Ciudad de México**. Factor por considerar debido a que algunos CPI no tienen el mismo lugar de residencia que la persona mayor por motivos laborales.

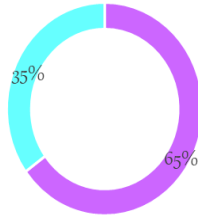
Figura 18 Tiempo transcurrido con el diagnóstico



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.14 Ocupación actual

La información analizada en este apartado nos permite conocer que el **65%** de las personas mayores aún realiza **ACTIVIDADES REMUNERADAS**, mientras que el **35% NO REALIZA YA ALGUNA ACTIVIDAD** encontrándose ya jubilados o pensionado.

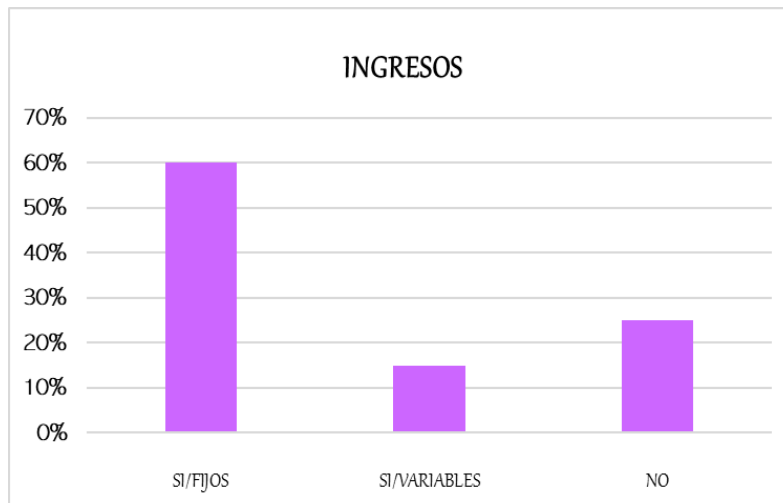


■ CON OCUPACION REMUNERADA ■ SIN ACTIVIDAD REMUNERADA

Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.15 Ingresos

La siguiente gráfica nos muestra el rubro de los ingresos. En ella se puede observar que el **60% de los pacientes cuenta con un ingreso económico fijo** (personas que cuentan con una pensión retroactiva o universal o bien siguen insertos en el mercado laboral), También podemos observar que el **15% son ingresos variables**, ya que las personas que no cuentan con ningún apoyo económico, se dedican a actividades laborales que generan algún ingreso (actividades económicas informales), mientras que el **25 % de la población entrevistada no cuenta con ningún apoyo económico**, recayendo en la familia los gastos en el tratamiento de sus enfermedades y sus necesidades.



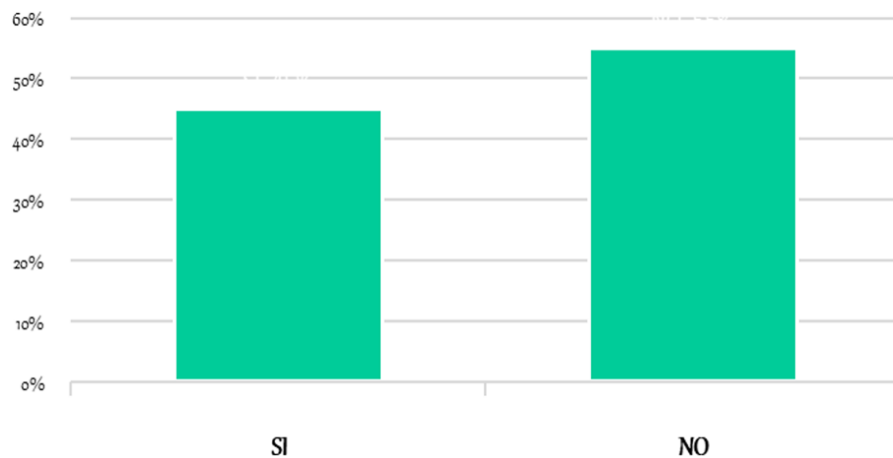
Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.16. Dependencia económica

La gráfica nos muestra que solo un **45%** de las personas mayores es dependiente económico ya sea de su cuidador o de otro familiar, mientras que el **55%** no tiene dependencia económica de su cuidador, ni de otro familiar.

Figura 19. Servicio de Salud

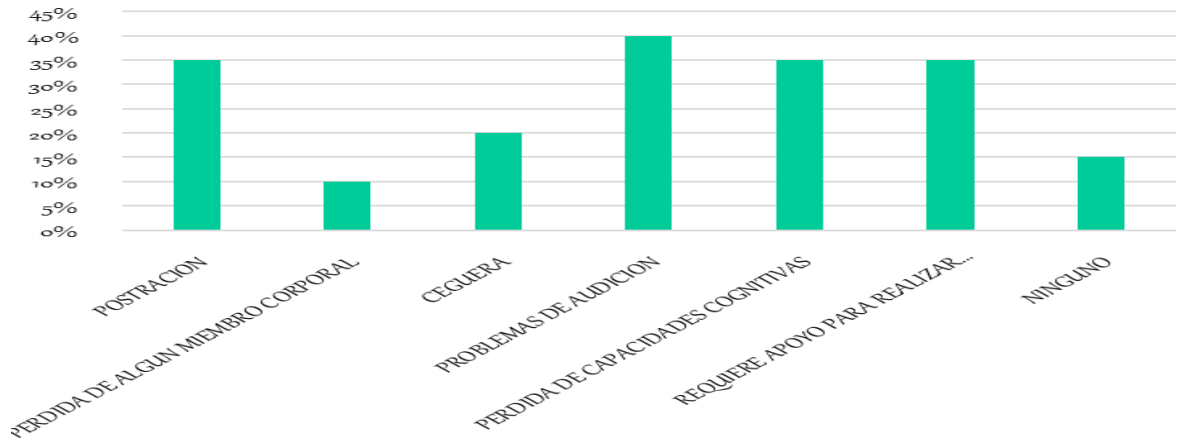
Las **20** personas mayores que formaron parte también de la población muestra, tienen acceso al servicio público que corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social. Solamente en menores ocasiones hacen uso de algún servicio de salud privado.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022

Gráfica 1.17. Estado físico

De los 20 casos analizados la persona mayor se encuentra en un **35%** en estado de **POSTRACIÓN**, **10 %** tiene la **PÉRDIDA DE ALGÚN MIEMBRO CORPORAL**, **20% CEGUERA**, **40% PROBLEMAS DE AUDICIÓN**, **35%** tiene **PÉRDIDA DE CAPACIDADES COGNITIVAS** y **35% REQUIERE DE APOYO PARA REALIZAR ALGUNAS ACTIVIDADES**, mientras que el **15%** no tiene **ninguna condición de este tipo en su estado físico**.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

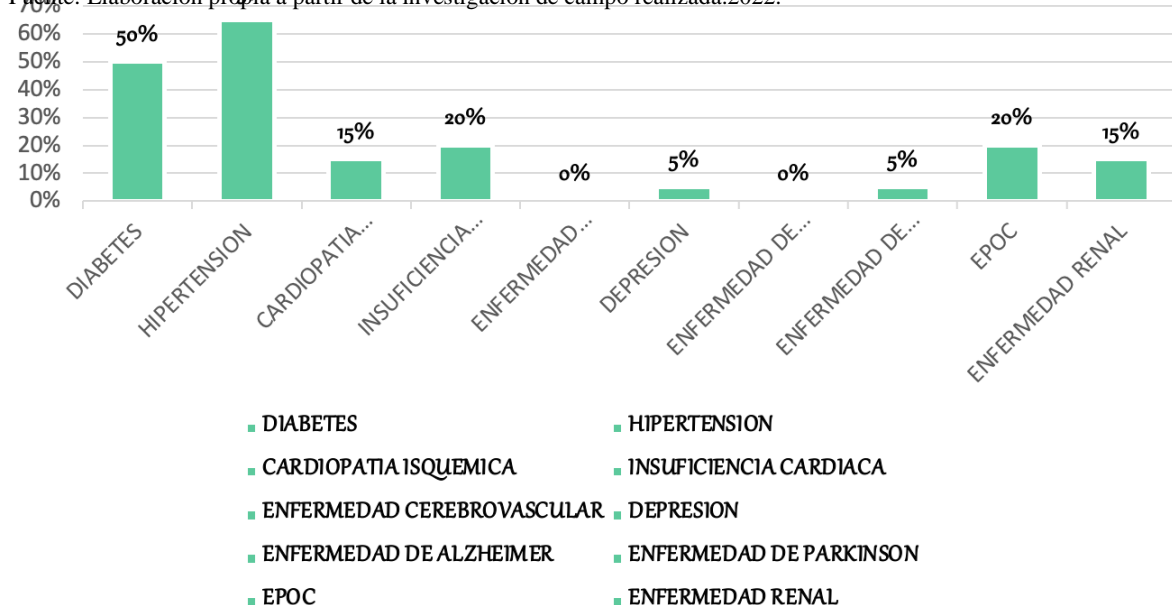
Gráfica 1.18 Padecimientos

Se observa que los padecimientos o ENT's que tiene prevalencia en esta muestra es la siguiente; **50% DIABETES, 65 % HIPERTENSIÓN, INSUFICIENCIA CARDIACA y EPOC con el 20% cada una, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA 15% y, DEPRESIÓN y PARKINSON con un 5% cada uno.** Con respecto a otros padecimientos el 65% de la población tiene otro padecimiento relacionado con la próstata, cáncer, glaucoma, artritis, etcétera.

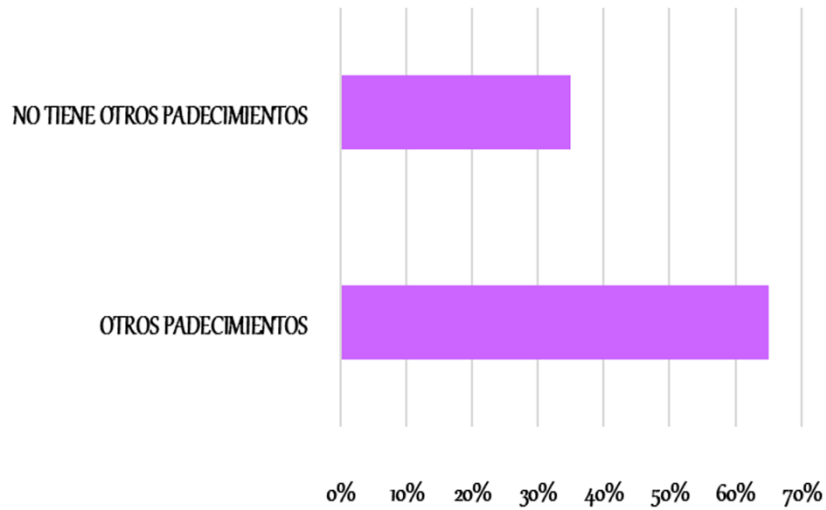
(Gráfica 1.19 Otros padecimientos)

PADECIMIENTOS

Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022.



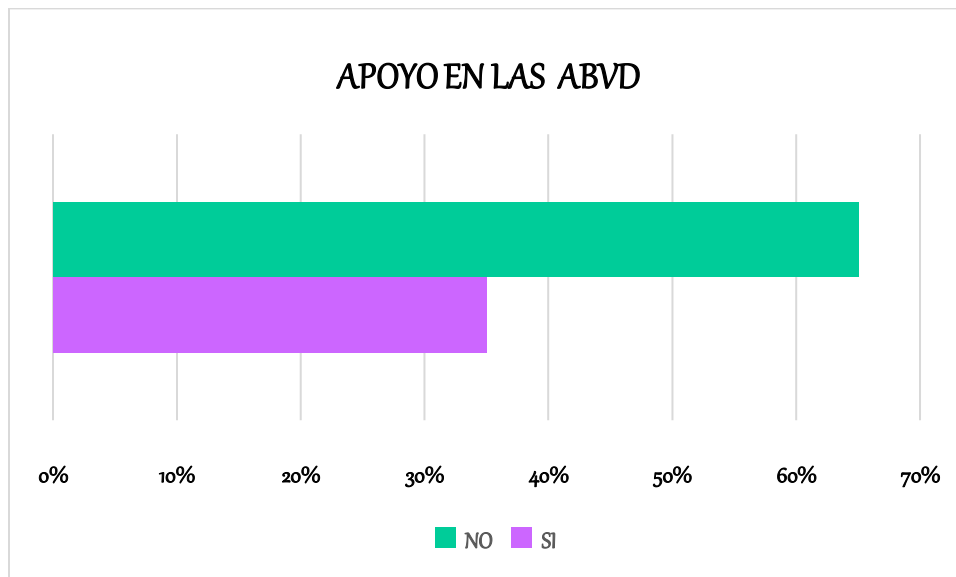
OTROS PADECIMIENTOS



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Gráfica 1.20 Apoyo en las ABVD

Los resultados arrojados fueron los siguientes. Solo el **35%** de estas personas mayores requiere el apoyo para la realización de las **ABVD** tales como **VESTIRSE Y CALZARSE, ASISTENCIA PARA ACUDIR AL SANITARIO, ALIMENTARSE y MOVILIZARSE DE UN LUGAR A OTRO**, mientras que **el 65%** no requiere de tal apoyo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

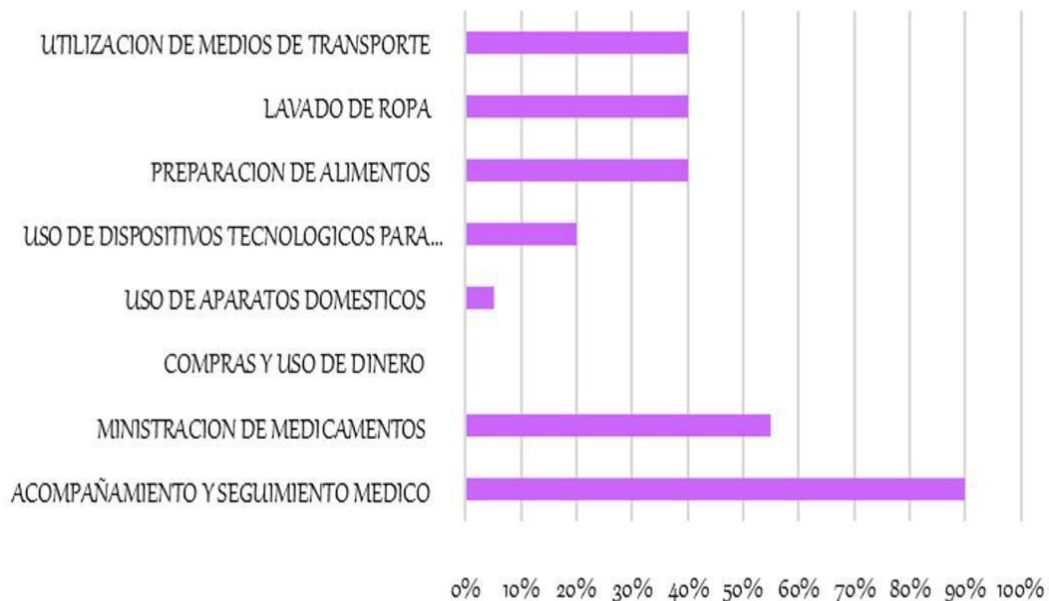
Gráfica 1.21 Apoyo en las AIVD



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

El **90% SI** requiere el apoyo en la **AIVD (Gráfica 1.20)** en mayor medida en el **ACOMPANAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO** (también en un **90%**), mientras que el **55%** solo lo requiere en la **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**. (Gráfica 1.21).

Gráfica 1.22. Apoyo en las AIV



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada en 2022.

Capítulo V. Resultados y discusión

5.1 Perfil sociodemográfico de cuidadores

5.2 Perfil de salud y tipos de cuidados de las personas mayores

5.3 Niveles de sobrecarga del cuidado

“Que tus ideas dejen huella”

Anónimo.

2022

5.1 Perfil sociodemográfico de cuidadores

Hemos visto a lo largo de la investigación y sustentado en la teoría las características que definen a un cuidador primario informal así, la investigación se encuentra en posibilidades de poder proponer un perfil sociodemográfico que defina a un cuidador primario. Sustentado en el hallazgo de la presente investigación se propone lo siguiente como una aproximación sobre el concepto de cuidador primario informal basándose en los resultados arrojados en la investigación. El cuidador primario informal de una persona mayor con enfermedades no transmisibles es de sexo femenino, de edad adulta y de mediana edad, casada y en su mayoría con relación de parentesco con la persona mayor, siendo en mayor cifra las hijas quienes cumplen la función de CPI, no reciben una remuneración económica fija y si bien cuenta con un grado de escolaridad en nivel superior, no se encuentra en ejercicio profesional o su actividad no corresponde a la profesión que tiene. No siempre comparte el mismo domicilio que la persona mayor, pero se encuentra enfocada a las necesidades que esta tiene, realizando actividades correspondientes al hogar y al cuidado. A su vez la cuidadora cuenta con nociones básicas del cuidado por la experiencia que ha obtenido a lo largo del tiempo que ha realizado la labor. Las actividades de cuidado siguen siendo tendencia en el ámbito femenino. Aunque los cuidados de las personas han recaído principalmente en el núcleo familiar ,las necesidades de cuidado son diferentes entre los miembros, así como también son diferentes las personas que los prodigan ,lo cual conlleva consecuencias relevantes en cuanto a la cuestión de género en la situación social de las mujeres debido a que cuando ellas fungen como las principales dadoras de bienestar, su inserción dentro del mercado laboral se excluye o no se encuentra en igualdad de condiciones frente al género masculino (Batthyány, 2021,53).

5.2 Perfil de salud y tipos de cuidados de las personas mayores.

Las personas mayores de esta población están integradas en su mayoría por hombres en etapa de vejez con edad promedio de 76 años, en su mayoría pensionados o jubilados, con un ingreso fijo y sin dependencia económica de su cuidador u otro familiar, con ENT's de las cual destaca la Diabetes e Hipertensión. Refirieron a su cuidador sentir dolor en algún momento durante su padecimiento (bastante). Son funcionales en esta etapa de la vida y con apoyo mínimo para la realización de las ABVD y por el contrario requieren de apoyo en las AIVD de las cuales destaca el acompañamiento y seguimiento médico y la ministración de medicamentos. La mayoría se encuentra en buen estado físico, solo destacando de entre las problemáticas aquellas que tiene que ver con la audición. Los cuidados que principalmente requieren son en cuanto a la realización de las AIVD y específicamente para el caso de esta población cuidados dentro de las instalaciones del hospital y que realizan durante las visitas al hospital durante la estancia de la persona mayor, bajo las sugerencias y recomendaciones del médico tratante y del equipo multidisciplinario y que deben seguirse en el hogar a fin de mejorar el cuidado o la calidad de vida de la persona mayor. La ENASEM en su edición 2018 comenta que, ante el incremento de la población de personas mayores, también se da un incremento de las necesidades que demandan, específicamente en el contexto de la salud, esto debido a la disminución de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas que son propias del proceso de envejecimiento, lo cual deriva también en un impacto a nivel individual, familiar y social, así como también en las políticas de salud ya establecidas. (ENASEM, 2018, p 6). Es importante entonces considerar que la salud de esta población debe ser prioridad y deben seguirse trabajando en la mejora de políticas públicas que se adecuen a sus necesidades.

5.3 Niveles de sobrecarga del cuidador

La hipótesis de trabajo planteada para la presente investigación fue la siguiente:

Los cuidadores primarios informales desarrollan UN ALTO desgaste físico y emocional (SÍNDROME DE SOBRECARGA) como consecuencia de la labor que desempeñan al cuidar de otros.

El instrumento aplicado para conocer si los CPI presentaban sobrecarga consta de una Escala Zarit, la cual cuenta con 22 reactivos, los cuales se adecuaron a las circunstancias del contexto y el lugar donde se realiza la aplicación.

Dicha escala contiene una puntuación que va desde el 0 al 4 para puntuar cada respuesta, cada una de esas escalas corresponden a los siguientes rubros:

RARAMENTE = 1.






ALGUNAS VECES = 2.

BASTANTE A MENUDO = 3.

CASI SIEMPRE =4

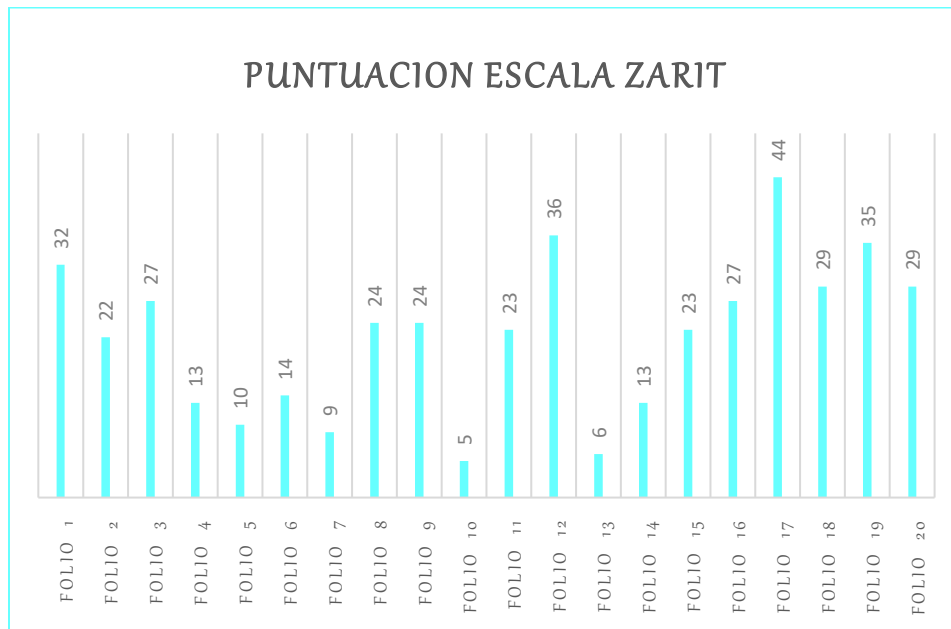
Una vez que el instrumento fue contestado, se realizó posteriormente el conteo y la sumatoria de cada uno de los rubros para cada instrumento en donde los resultados considerados para encontrar y evaluar el nivel de sobrecarga corresponden a los siguientes criterios:

Evaluación escala Zarit

-  Si usted tiene una puntuación menor de **47 puntos** no se encuentra en sobrecarga.
-  Puntuaciones entre **47-55** indican sobrecarga leve.
-  Puntuaciones mayores de **55** indican sobrecarga intensa.
-  Si tiene puntuaciones superiores a **47**, necesita por tanto modificar urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes.
-  En el caso de puntuaciones superiores a **55**, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo de depresión y ansiedad.

La información recopilada da cuenta de lo siguiente:

Gráfica 1.23 Puntuación Escala Zarit.



Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación de campo realizada.2022.

Es como podemos observar que en esta población muestra que los niveles de sobrecarga que presentan los CPI, son bajos y no se consideran dentro de la escala de evaluación como niveles que den cuenta de la existencia de la sobrecarga, por lo tanto, EN ESTA POBLACIÓN **NO EXISTE**, sin embargo, es importante recordar que el no encontrar hallazgos que sustenten la hipótesis de esta investigación no es sinónimo de que el fenómeno no exista. No debemos perder de vista que las tareas de cuidado también acarrear una serie de problemáticas a los cuidadores, manifestaciones de malestar tanto física como emocionalmente, así como también la pérdida de la autonomía financiera y de la vida social, o cual puede observarse en algunos casos registrados en la investigación, que si bien se ha mencionado no presentan índices de sobrecarga altos, si se muestran índices que dan cuenta que la sobrecarga comienza a presentarse.

Capítulo VI. Conclusiones y sugerencias.

“La vida exige a todo individuo una contribución y depende del individuo descubrir en qué consiste”

Viktor Frankl.

El hombre en busca del sentido, 1946

A lo largo del desarrollo de esta investigación pudimos observar y conocer de manera teórica y personal cuales son las características y condiciones que forjan a un cuidador primario informal. Desde su inicio se reconoció que el tema de cuidados sigue siendo un tema privado en el cual solo las mujeres llevan el peso de corresponder y realizar esta labor, dejando de lado quizás su desarrollo personal, profesional y económico por salvaguardar el de alguien más. Históricamente las mujeres siempre hemos tenido el papel de ser quienes prodigan cuidados, quienes se aboquen fundamentalmente a ese tema por un arraigo cultural que hoy en día todavía es muy difícil de deshacer; el patriarcado y la cuestión de que el hombre no puede dedicarse a dichas labores, porque es la fuerza del hogar y quien debe proveer. Se requiere, dejar de feminizar los cuidados e incluirlos como un tema de igualdad y de responsabilidad correspondiente a hombres y mujeres, abrir las brechas para que sean ellos quienes también tomen conciencia sobre el tema. Hoy en día dichos paradigmas se van transformando, en el camino encontramos pocos, pero significativos casos en donde eran cuidadores del género masculino los que se dedican a realizar labores de cuidados y efectúan su labor con entrega, profesionalismo y sobre todo con la idea, al igual que las mujeres de hacerlo con animosidad y por el bienestar sea o no su familiar quien requiera de ser cuidado.

No debemos perder de vista que la sobrecarga, colapso del cuidador, etcétera es un tema presente y el cuidador también debe priorizar su salud mental y física que le permita continuar con la encomienda, para ello también se requiere de la profesionalización y el reconocimiento del trabajo realizado, así como también el contar con los recursos necesarios que puedan permitirle al cuidador desarrollar su actividad de manera eficiente, sin poner en riesgo su salud.

Como mencione en un capítulo anterior el hecho de no encontrar cuidadores colapsados, no es un indicador de que el fenómeno no existe, existe y es por ello que es importante visibilizar las condiciones tanto físicas, como materiales en las cuales desarrollan su actividad, ya que los factores externos son los que pueden incidir en que en algún momento ese cuidador pueda “colapsar”. Es en ocasiones inevitable que el CPI tome decisiones también pensando en su bienestar físico y

mental, de manera que estas brinden bienestar personal y no afecten a la persona mayor. Los Trabajadores Sociales somos quienes en algún momento podemos visibilizar la problemática más a fondo desde las instituciones, las comunidades o los casos de intervención, podemos y debemos proponer las alternativas que permitan al cuidador encontrar solución para el colapso que está viviendo o bien recursos para poder desarrollar mejor su actividad de cuidado, siendo puente entre las instituciones y así generar los programas adecuados para tal fin.

Es necesario no dejar de lado que las poblaciones envejecientes son las que por cuestiones de enfermedad o por el progreso innegable de los años presentan deterioro en el estado físico y mental, lo que en algún momento los hace “vulnerables” y sujetos de atención y cuidados, grupos de atención prioritaria que aun siendo una responsabilidad de la familia prodigar de los cuidados a las personas mayores, el Estado debe garantizar que este derecho humano se cumpla cabalmente, proporcionado en algún momento los recursos necesarios y pertinentes para la buena práctica. Es través de trabajos como este que se visibilizan las problemáticas donde es necesario intervenir, es en ese tenor que se podría sugerir que; nosotros los vehículos de cambios y transformaciones de las realidades de los diferentes sectores de la sociedad, tengamos a bien a indagar más allá de lo que vemos tras *“el escritorio”* y de esta manera proponer y generar políticas públicas que puedan incidir en la realización de acciones concretas que permitan que no solo la persona mayor tenga lo adecuado, sino que también el cuidador tenga herramientas y capacitaciones constantes para el desarrollo de su labor. En un segundo momento, promover el cumplimiento y previamente, el reconocimiento de los derechos humanos, como garantes de seguridad, libertad y justicia para todos, pero sobre todo en las poblaciones desfavorecidas y vulnerables como las personas mayores, los cuales, aún en esta época, no tienen la conciencia e información necesaria sobre que ellos, sin importar su edad, condiciones físicas y condiciones de salud, entre muchas otras que los hacen sujetos de derechos, deben y pueden exigirlos.

Promover y reconocer que los cuidadores primarios informales realizan actividades importantes y las cuales generan el bienestar de la persona mayor con ENT, mismas que aun y cuando ellos no cuentan con la experiencia profesional, la han adquirido de forma empírica, que los ha hecho ejecutarlas adecuadamente para el oportuno bienestar de la persona mayor, sin embargo es necesario que en medida de sus posibilidades ellos cuenten con lo necesario, tanto en recursos y para su bienestar físico y emocional que les permita desarrollar su actividad.

El crecimiento de la población de 65 años con necesidades especiales de atención y cuidado es cada vez más notoria a este factor se suman otros de impacto como lo son el que cada vez existe un número mayor de mujeres que se integra al campo laboral delegando las actividades de cuidado lo cual también presenta un freno en la prestación de cuidados .A su vez la atención que requieren estas poblaciones requieren que el profesional social mantengan habilidades y disponibilidad de aportar las alternativas necesarias sin dejar de lado el trabajo multidisciplinario, por lo cual es necesario que el Trabajador Social desarrolle dichas alternativas y estrategias a fin de buscar el beneficio bienestar de las personas mayores tomando en cuenta diversos factores como de cada persona, el ambiente en donde está inmerso ,las redes de apoyo disponibles los recursos y las características específicas de la persona. Nos enfrentamos a un reto profesional, puesto que es escaso el trabajo realizado en este campo de intervención, para lo cual se requiere el interés y acercamiento de los profesionales dentro de este campo, que las aportaciones realizadas permitan reconocer que las personas mayores necesitan cada vez más y de profesionales capacitados dentro de la atención gerontológica que promuevan el desarrollo del bienestar en la etapa de la vejez y durante el desarrollo del proceso de envejecimiento, el diseño de políticas públicas ,el desarrollo de la investigación gerontológica y la adecuada implementación de programas en materia de personas mayores permitirán visibilizar cada vez más reconocer la importancia de la profesionalización gerontológica del Trabajo Social. Es necesario que dentro del desarrollo de trabajos en materia gerontológica tomemos en cuenta la búsqueda del envejecimiento exitoso que incluya la

participación de diversas instituciones como son el Estado, las instituciones robadas y las públicas, las redes primarias de apoyo como la familia y la participación activa de las personas mayores reafirmando así que la etapa de la vejez, aún y con las dificultades que pueden presentarse debe vivirse a plenitud y con pleno goce y garantía de ejercer sus derechos humanos.

Referencias.

Ander-Egg, E. (1995). Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Lumen. Arellano, J., & Santoyo, M. (2011). Imagen y vida cotidiana de los ancianos en la ciudad de México. México: Plaza y Valdés.

Barba L, L. E., & Shugulí Z, C. N. (2022). Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. Ecuador: Revista Eugenio Espejo, vol. 16, número 2. Recuperado de <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.08>.

Batthyány, K. (2021). Políticas del cuidado. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Casa Abierta al Tiempo. Archivo digital recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20210406022442/Políticas-cuidado.pdf>

Bidegain P, N, & Calderón, C (2018). Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018. Santiago de Chile: CEPAL. Archivo digital recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44361/1/S1801102_es.pdf

Borderías, C., Torns, T., & Carrasco B, C. (2018). El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas. Madrid: Los Libros de La Catarata. https://www.catarata.org/libro/el-trabajo-de-cuidados_44820/

Borrayo S, G., Estrada Al, H., Flores, J., Magaña Serrano, J. A., Hernández Martínez, J. G., Torres Arreola, L. d. P., Lepe Montoya, L., Peralta Pedrero Ornel, M. L., & Jáuregui Aguilar, R. (2012). Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica (Digital, 1st ed.). México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Archivo digital recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GERCardiopatialsquemica.pdf>

Cabada R, E., & Martínez C, V. A. (2017, enero-junio). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. México: *Psicología y Salud*, Vol. 27 Número (1). <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2436/4287>

Cámara de Diputados LXIV Legislatura. (2020, noviembre 18). La Cámara de Diputados aprueba reforma constitucional en materia de Sistema Nacional de Cuidados (Boletín No. 5363) <https://comunicacionnoticias.diputados.gob.mx/comunicacion/index.php/boletines/lacamara-de-diputados-aprueba-reforma-constitucional-en-materia-de-sistema-nacional-de-cuidados#gsc.tab=0>

Cámara de Diputados LXV LEGISLATURA. (2014, diciembre 24). *Cáncer, tercera causa de muerte en México; más de 128 mil casos cada año* (Issue Boletín N°. 4872).

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2014/Diciembre/24/4872-Cancer-tercera-causa-de-muerte-en-Mexico-mas-de-128milcasoscadaano#:~:text=Los%20cinco%20tipos%20de%20c%C3%A1ncer,era%20mayor%20de%2080%20a%C3%B1os.>

Casas T, G. (2020). Evidencias de Trabajo Social en Gerontología. México: UNAM-ENTS. (Libro electrónico).

Casas T, G., & Piña M, M. (2022). Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología el ámbito comunitario. México (1st ed.). UNAM-ENTS. (Libro electrónico).

Casas T, G., & Zamora C, E. (2021). Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología (1st ed.). ENTS-UNAM. (Libro electrónico).

Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología. (2022). CIETSGe. Escuela Nacional de Trabajo Social
<https://www.trabajosocial.unam.mx/investigacion/cietsge/index.php>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (24 de enero de 2020). Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano. Archivo digital recuperado de
<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/DocumentosBasicos-es.pdf>

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2018) ¿Cuáles son los Derechos Humanos?

<https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos#:~:text=Actualmente%20es%20mayormente%20aceptado%20clasificar,%20sociales%20culturales%20y%20ambientales.>

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (Julio de 2018). Los Derechos humanos de las personas mayores. México: CNDH. Archivo digital recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf>

Congreso de la Ciudad de México. (2021). Comisión aprueba Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores y del Sistema Integral para su Atención.

<https://congresocdmx.gob.mx/comsoc-comision-aprueba-ley-reconocimiento-los-derechos-las-personas-mayores-y-sistema-integral-su-atencion-2088-1.html>

Constitución Política de la Ciudad de México. (2017). Gobierno de la Ciudad de México.

<https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/index.php/leyes/constitucion>

Consejería jurídica y de servicios legales. Archivo digital recuperado de

<https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/index.php/leyes/leyes/1478-leydereconocimientodelosderechosdelaspersonasmayoresydelsistemaintegralparasuatienciondelaciudaddemexico#ley-de-reconocimiento-de-los-derechos-de-las-personas-mayores-y-del-sistema-integral-para-su-atenci%C3%B3n-de-la-ciudad-de-m%C3%A9xico>

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos humanos de las Personas Mayores. (2020). EE. UU. OEA. Archivo digital recuperado de

https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Del Valle A, M. J., Hernández L, I. E., Zúñiga V, M. L., & Martínez A, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. México: Enfermería Universitaria, Vol. 12, Número 1. Archivo digital recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>

Diabetes - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Díaz Sanjuán, L. (2010). Indagación. Textos de apoyo didáctico, 13. Departamento de publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM.

Díaz S, D. M., Arango L J. C., Espinosa J, I. G., & Rivera L, A. (2014, septiembre-diciembre). Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico. Colombia: Psicología desde el Caribe. Archivo digital recuperado de <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.31.3.5794>

Díaz-Tendero A. (2019). *Derechos humanos de las personas mayores*. México: IJ -UNAM- CNDH Número 11. Archivo digital recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/adultos.pdf>

Flores V, M. E., Fuentes L, H. L., González P, G. J., Meza F, I. J., Cervantes C, G. A., & Valle Barbosa, M. A. (23 de enero de 2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. México: Nure Investigación. Archivo digital recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045/778>

Gaceta oficial de la Ciudad de México. (2021, enero 15). Ley de reconocimiento de los derechos de las personas mayores y del sistema integral para su atención de la ciudad de México.

García Rivas, M. d. (2088.). Trabajo Social en la Atención Individualizada. Sistema Universidad Abierta, ENTS-UNAM

Gerontología 2000. (1998). Praxis.

Giraldo M., C I; Franco A., G M; Correa B., L S; Salazar H., M O; Tamayo V., A M (2005) Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Colombia: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 23, Número. 2. Universidad de Antioquia.

Gobierno de Chile, Dirección Sociocultural. La dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos: Seminario Internacional: 11/12 (enero 2017), Santiago de Chile. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

González Ramírez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. España: Scielo https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011

González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. Consejo Nacional de Población http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf

Guerrero G, J. M., Barragán V A. M., Navarro M, C. L., Murillo B, L. M., Uribe G, R. P., & Sánchez C. M. A. (2017, septiembre 30). Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. *Revista de Medicina Clínica*, Vol. 1, Número 2.

Gutiérrez R, L. M. (2004). La situación demográfica de México 2004. México: Consejo Nacional de Población.

Hernández E, S. (noviembre de 2018). Diagnóstico de la calidad de vida de las Personas Mayores que acuden al Centro de Salud Santa Ana Yecahuizotl, Tlahuac. Elementos para la construcción de un modelo de intervención. Tesis de especialidad. México: ENTS- UNAM.

Hernández S, R., Fernández C, C., & Baptista L, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.

Hernández T, M. (2014, octubre-diciembre). Envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 40, Número

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201400040001

Huenchuan N, S., & Rodríguez V, R. I. (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. CEPAL.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37523/S1421014_es.pdf

Huenchuan N, S., & Rodríguez V, R. I. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México Diagnóstico y lineamientos de política. CEPAL..

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/38879-necesidades-cuidado-personas-mayores-la-ciudad-mexico-diagnostico-lineamientos>

Huenchuan, N, S. (2019). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos. Naciones Unidas, CEPAL.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>

Huenchuan N, S. (2022). Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/47835-visionmultidisciplinaria-derechos-humanos-personas-mayores>

IMSS. (2015, diciembre 2). Detección y Manejo del colapso del cuidador. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-781-15 (Electrónica). Archivo digital recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>

INEGI. (2021, septiembre 25). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores (1º DE OCTUBRE). Archivo digital obtenido de Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (inegi.org.mx)

INEGI. (29 de SEPTIEMBRE de 2021). Archivo digital obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.docx#:~:text=En%202020%20resid%C3%ADan%20en%20M%C3%A9xico,instituci%C3%B3n%20de%20servicio%20de%20salud.

INEGI. (2020). El INEGI presenta resultados de la quinta edición de la encuesta nacional de salud y envejecimiento Archivo digital recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem_N al20.pdf

INEGI. (2018). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2018*.

INGER (n.d.). Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/138/Archivos/Dip_Medicina_geriatrica/MODULO_III/88a_Zarit.pdf

INGER. (2020). Colapso de cuidadores informales de personas mayores, el riesgo durante el aislamiento por COVID-19 (de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátrica, Ed.). *Boletín. Instituto Nacional de Geriátrica*, 3, 34.

INAPAM. (2020, enero 30). *La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de personas mayores dependientes*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-dequien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>

INMUJERES, ONU MUJERES (2018). Bases para una estrategia nacional de cuidados. BASES PARA UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE CUIDADOS 2018 web1.pdf (unwomen.org)

Islas S, N. L., Ramos D. R, B., Aguilar E, M. G., & García G, M. D. L. (2006, octubre-diciembre). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. México: Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Vol. 19 Número 4. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>

López O, M., & A, N. (2019). *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. https://eurosocial.eu/wpcontent/uploads/2020/10/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico.pdf

Martínez P, S. (2018). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. España: ENE. Revista de enfermería Vol. 14 Número 1. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n1/1988-348X-ene-14-1-e14118.pdf>

Mayo Clinic. *Para Insuficiencia cardíaca. Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>

Morales R, M. A. (2018). Introducción. En *Derechos de las Personas Adultas Mayores: nuestros derechos*. Ciudad de México: UNAM-INEHRM.

Narro Robles, J. R. (2018). *Enfermedades No Transmisibles Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/75aniversario>

Navarro S, C., Uriostegui E, L. C., Delgado Q, E. G., & Sahagún C, M. N. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. México: Revista Mexicana del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 55 Número 1. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297013/457749297013.pdf>

Navarro Bartels, N. (2018). Áreas de acción profesional del trabajo social gerontológico. *Revista Costarricense De Trabajo Social*, (29), 61–74. <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/3>

OPS/OMS Diabetes. (n. d.). Archivo digital recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15

OMS (2022, septiembre 16) Enfermedades no transmisibles. [https://www.who.int/ Enfermedades no transmisibles \(who.int\)](https://www.who.int/Enfermedades-no-transmisibles)

OPS/OMS (n.d.). PAHO. Enfermedades no transmisibles. Archivo digital recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

OPS/OMS. PAHO. ENT y COVID-19 (n.d.) <https://www.paho.org/es/ent-covid-19>

OMS (2021). Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> OMS. (2022, junio 17). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Paniagua Fernández, R. (2015). *LA ÉTICA DEL CUIDADO Y MAYORES: Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida*. Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética.

PAPIIT. (03 de agosto de 2020). Salud, seguridad económica y cuidados de largo plazo de las personas mayores.

Pastor Fayos, A. (2005). *El trabajador social en el ámbito gerontológico*. Formación Alcalá.

PENSIONISSSTE. *Día del Adulto Mayor* (2017, agosto 25). Gobierno de México. <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

Pérez, I. (2016). *Los cánceres más frecuentes mortales*. Ciencia UNAM.

[https://ciencia.unam.mx/leer/546/Los canceres mas frecuentes y mortales](https://ciencia.unam.mx/leer/546/Los_canceres_mas_frecuentes_y_mortales)

Ramos del Río, B., & Figueroa López, C. G. (2008). Emergencia del cuidado informal como sistema de salud. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Recio Cáceres, C. (2013). El empleo en el sector de atención a las personas mayores en España. Barcelona.

Rivas Herrera, J. C., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2011, Enero-Marzo). Cuidador: ¿Concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, Vol. 8. Número 1.

San Miguel A, E. (1999). *Los derechos humanos en la tercera edad*. México: CNDH.

Silva Arciniega, M. d. (2016). *Apuntes para la elaboración de un proyecto de investigación social*. ENTS-UNAM.

UNAM Global. (14 junio, 2018) EPOC, enfermedad potencialmente mortal. Dirección General de Atención a la Salud de la UNAM. <https://unamglobal.unam.mx/epoc-enfermedad-potencialmente-mortal/>

Villegas C, M. H., Aguilar Ch, M. A., Espericueta M, M., Medina S, M. d., & Luján, L. M. (2014). Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 22 Número 1 http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/151/240

Anexos



CIETSGe

Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PROGRAMA DE APOYO A PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

PAPIIT

*Instrumento para la valoración del índice de sobrecarga de los
cuidadores primarios informales de personas mayores con
enfermedades no transmisibles.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMA DE APOYO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PAPIIT)

Estimado cuidador (a):

La presente es una invitación para participar en la investigación denominada:

“El síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios informales de las personas mayores con enfermedades no transmisibles”.

cuyo objetivo es:

“Identificar cuáles son las principales afectaciones y problemáticas por las que atraviesa un cuidador primario informal de personas mayores que padecen alguna enfermedad no transmisible”.

Toda vez que nos favorezca con su participación le pedimos que tenga a bien firmar el presente consentimiento informado, el cual respalda sus datos personales y toda la información que nos proporcione, ya que serán tratados con absoluta discreción y confidencialidad, dándole un uso exclusivo para fines académicos e investigativos.

Es importante que tenga en cuenta que, al decidir libremente participar en esta investigación, acepta su participación en una entrevista que explorará las siguientes categorías: datos sociodemográficos, información sobre los ingresos y salud del cuidador o cuidadora y de la persona mayor, así como la aplicación de una escala de medición de sobrecarga (Escala Zarit).

Es necesario reiterar que:

- *Usted es libre de elegir participar en esta actividad.
- *No existe remuneración económica, ni en especie por su participación.
- *La información proporcionada será tratada con absoluta discreción y confidencialidad.
- *Los resultados finales serán compartidos a través de una copia digital de la tesis realizada.

Considerando la información anterior, marque con una X su respuesta con relación a la invitación que le hemos realizado:

No acepto []

Sí acepto []

Nombre y firma del o la participante: _____

Nombre y firma de la aplicadora: _____

Fecha: _____

FOLIO: ____

Instrumento para la valoración del índice de sobrecarga de los cuidadores primarios informales de personas mayores con enfermedades no transmisibles

OBJETIVO: Identificar cuáles son las principales afectaciones y problemáticas por las que atraviesa un cuidador primario informal de personas mayores que padecen alguna enfermedad no transmisibles

Instrucciones: Marque con una X su respuesta en cada pregunta

1. Datos sociodemográficos del cuidador(a).

Nombre del cuidador (a)	Edad	Sexo H M	Lugar de residencia	Tiempo estimado de ser cuidador(a)	Comparte el mismo domicilio con la persona mayor SI NO
-------------------------	------	-------------	---------------------	------------------------------------	---

1.1 Relación de parentesco con la persona mayor:

Esposo (a)	Hijo (a)	Nieto (a)	Nuera	Yerno	Amigo (a)	Vecino (a)	Otro
------------	----------	-----------	-------	-------	-----------	------------	------

1.2 Escolaridad:

PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIO SUPERIOR	CARRERA TECNICA	SUPERIOR	SIN ESCOLARIDAD
----------	------------	----------------	-----------------	----------	-----------------

1.3 Estado civil:

SOLTERO (a)	CASADO (a)	UNION LIBRE	SEPARADO (a)	DIVORCIADO (a)	VIUDO (a)
-------------	------------	-------------	--------------	----------------	-----------

1.4 Religión: _____

1.5 Ocupación:

ANTERIOR	ACTUAL
----------	--------

1.6 Ingresos:

¿Percibe algún ingreso económico?

SI	NO
----	----

¿De qué

FIJOS	VARIABLES
-------	-----------

tipo?

1.7 Salud:

¿Padece alguna enfermedad?

SI	NO
----	----

¿Cuál? _____

2. Datos sociodemográficos de la persona mayor:

Nombre de la persona mayor	Edad	Sexo H M	Lugar de residencia	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad no transmisible
----------------------------	------	-------------	---------------------	---

2.1 Escolaridad:

PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIO SUPERIOR	CARRERA TECNICA	SUPERIOR	SIN ESCOLARIDAD
----------	------------	----------------	-----------------	----------	-----------------

2.2 Estado civil:

SOLTERO (a)	CASADO (a)	UNION LIBRE	SEPARADO (a)	DOVORCIADO (a)	VIUDO (a)
-------------	------------	-------------	--------------	----------------	-----------

2.3 Religión: _____

2.4 Ocupación

ANTERIOR	ACTUAL
----------	--------

2.5 Ingresos

¿Percibe algún ingreso económico?

SI	NO
----	----

¿De qué tipo?

FIJOS	VARIABLES
-------	-----------

2.6 ¿La persona mayor depende económicamente de usted o de algún miembro de la familia?

SI	NO
----	----

3. Salud:

3.1 El servicio de salud con el que cuenta la persona mayor

Publico	Privado
---------	---------

es:

3.2 Institución que brinda el servicio.

IMSS	ISSSTE	SSA	Otro
------	--------	-----	------

3.3 Estado físico en el que se encuentra la persona mayor.

Postración	Pérdida de algún miembro corporal	Ceguera	Problemas de audición	Pérdida de capacidades cognitivas	Requiere apoyo para algunas actividades
------------	-----------------------------------	---------	-----------------------	-----------------------------------	---

3.4 De la siguiente lista marque con una X la o las enfermedades que la persona mayor padece

DIABETES MELLITUS	HIPERTENSION ARTERIAL	CARDIOPATIA ISQUÉMICA	INSUFICIENCIA CARDIACA	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	DEPRESIÓN	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	ENFERMEDAD DE PARKINSON	ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA	ENFERMEDAD RENAL
-------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------	-----------	-------------------------	-------------------------	--------------------------------	------------------

3.5 En caso de no encontrar en la lista el padecimiento, colóquelo aquí: _____

3.6 En su padecimiento, la persona mayor refiere dolor.

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
------	------	----------	-------

4. Necesidades.

4.1 ¿La persona mayor requiere de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo apoyo para bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, desplazarse, etc.?)

SI	NO
----	----

4.2 En caso de que la respuesta sea **SI**, de la siguiente lista marque con una X la o las actividades en las que requiere apoyo

Aseo personal	Vestirse y calzarse	Asistencia para acudir al sanitario	Alimentarse	Movilizarse de un lugar a otro
---------------	---------------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------------

4.3 ¿La persona mayor requiere de apoyo en las actividades instrumentales de la vida diaria (realizar quehaceres del hogar, manejo de dinero, utilizar medios de transporte o comunicación, etc.?)

SI	NO
----	----

4.4 En caso de que la respuesta sea **SI** de la siguiente lista marque con una **X** la o las actividades en las que requiere apoyo.

Acompañamiento y seguimiento médico	Ministración de medicamentos	Compras y uso de dinero	Uso de aparatos domésticos	Uso de dispositivos tecnológicos para recreación y comunicación	Preparación de alimentos	Lavado de ropa	Utilización de medios de transporte

5. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE SOBRECARGA (ESCALA ZARIT)

Instrucciones. Posterior a leer cada pregunta, marque con una **X** la frecuencia con la que usted identifica cada situación.

NUNCA = 0. RARAMENTE = 1. ALGUNAS VECES = 2. BASTANTE A MENUDO = 3. CASI SIEMPRE = 4.

Recuerde que **No** existen respuestas acertadas o equivocadas sino solo su experiencia y su sentir en cada situación.

Preguntas	Respuestas				
	0	1	2	3	4
1 ¿Cree usted que la persona mayor a la que cuida le solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica al cuidado de la persona mayor no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 ¿Se siente agobiado por intentar conciliar el tiempo que dedica al cuidado de la persona mayor con otras responsabilidades como su familia o su trabajo?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta que tiene la persona mayor a la que cuida?					
5 ¿Se siente enojado cuando está cerca de la persona mayor a la que cuida?					
6 ¿Piensa que el cuidar de la persona mayor ha afectado negativamente la relación que tiene con otras personas (familia, pareja, etc.)					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de la persona mayor?					
8 ¿Piensa que la persona mayor a la que cuida depende de usted?					
9 ¿Se siente tenso cuando está cerca de la persona mayor?					
10 ¿Piensa que su estado de salud ha empeorado debido a tener que cuidar a la persona mayor?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría por atender el cuidado de la persona mayor?					
12 ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a la persona mayor?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por tener que atender el cuidado de la persona mayor?					
14 ¿Piensa que la persona mayor considera que es usted la única persona capaz de cuidarlo?					
15 ¿Piensa que no cuenta con los suficientes ingresos económicos para cubrir los gastos de la persona mayor y otros?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a la persona mayor por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida por tener que cuidar a la persona mayor?					
18 ¿Desearía dejar a cargo de otras personas el cuidado de la persona mayor?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con la persona mayor?					

20	¿Piensa que debería hacer más por la persona mayor?				
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a la persona mayor?				
22	¿Piensa que es una "carga" el cuidar de la persona mayor?				

Total=

Instrumento de elaboración propia, retomado de: INGER, 2019

¡GRACIAS!

La información que amablemente nos ha proporcionado será confidencial y se utilizará únicamente para fines de investigación social.

Evaluación escala Zarit.

- ✓ Si usted tiene una puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga.
- ✓ Puntuaciones entre 47-55 indican sobrecarga leve.
- ✓ Puntuaciones mayores de 55 indican sobrecarga intensa.
- ✓ Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes.
- ✓ En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo de depresión y ansiedad.

Ciudad Universitaria, CdMx, a 5 de diciembre de 2022

A QUIEN CORRESPONDA.

PRESENTE

Por este medio, comparto que el **Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología (CIETSGe) de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la UNAM**, tiene como objetivo desarrollar conocimiento especializado en Trabajo Social gerontológico a través de la vinculación interna y externa de los procesos de formación y de ejercicio profesional del Trabajo Social correlacionado con la docencia, la investigación, la extensión y la atención de las personas mayores. En particular, actualmente se desarrolla un proyecto de investigación, bajo la modalidad de Opción de Titulación Vía Tradicional Tesis, denominado "*El síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios informales de las personas mayores con enfermedades no transmisibles*"; cuyo objetivo es identificar cuáles son las principales afectaciones y problemáticas por las que atraviesan las personas cuidadoras primarias informales referidas.

La investigación que está a cargo de quien suscribe, bajo la dirección de la Mtra. Graciela Casas Torres, Coordinadora del CIETSGe, se encuentra en fase de trabajo de campo, motivo por el cual solicito atentamente su apoyo a efecto de obtener la autorización requerida para entrevistar a familiares de derechohabientes que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Hombres y/o mujeres:
 - De 18 años o más.
 - Con residencia en la Ciudad de México o área metropolitana
 - Que actualmente sean cuidadores primarios informales de personas mayores con enfermedades no transmisibles.
 - Que acepten mediante firma de consentimiento informado su participación en el estudio.

Con las entrevistas se pretende explorar las siguientes categorías: datos sociodemográficos, información sobre los ingresos y salud del cuidador o cuidadora y de la persona adulta mayor, así como la aplicación de una escala de medición de sobrecarga (Escala Zarit). Es importante mencionar que la información recabada será para uso exclusivo de investigación social y tratados con absoluta discreción y confidencialidad; los resultados finales serán compartidos a través de una copia digital de la tesis realizada

Sin otro particular, me despido enviando un cordial saludo, no sin antes reiterar mi agradecimiento y compromiso de ser un vehículo de cambios y transformaciones en las realidades de las poblaciones vulnerables y su contexto social.

A T E N T A M E N T E

Ivette Hernández Rodríguez.

Tesista del CIETSGe, ENTS – UNAM