



COLEGIO DE POSTGRADUADOS

INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS AGRÍCOLAS

CAMPUS PUEBLA

POSTGRADO EN GESTION DEL DESARROLLO SOCIAL

**FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES, EN SAN
FELIPE CUAPEXCO, PUEBLA**

JOSÉ MANUEL FLORES OLIVARES

TESINA
PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA PROFESIONALIZANTE

PUEBLA, PUEBLA

2021



COLEGIO DE POSTGRADUADOS

INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS AGRÍCOLAS

La presente tesis, titulada: **Factores asociados al estrés en cuidadores de adultos mayores en San Felipe Cuapexco, Puebla**, realizada por el alumno: **José Manuel Flores Olivares**, bajo la dirección del Consejo Particular indicado, ha sido aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE
GESTIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONSEJO PARTICULAR

CONSEJERA:


DRA. BLANCA ALICIA SALCIDO RAMOS

ASESOR:


DR. IGNACIO CARRANZA CERDA

ASESOR:


DR. JESUS FELIPE ALVAREZ GAXIOLA

Puebla, Puebla, México; 6 de diciembre de 2021

FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES EN SAN FELIPE CUAPEXCO, PUEBLA

**José Manuel Flores Olivares, MP
Colegio de Postgraduados 2021**

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación-tesina fue analizar los factores asociados a la sobrecarga en las cuidadoras de adultos mayores que requieren cuidados de largo plazo en San Felipe Cuapexco, Puebla. La sobrecarga en las y los cuidadores de adultos mayores están asociados con el estrés o desgaste físico, emocional y social por lo que se utilizó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, misma que incluye un cuestionario preestablecido con 22 reactivos a fin de definir el nivel de sobrecarga a la que se exponen las o los cuidadores de adultos mayores; los niveles de sobrecarga establecidos son: intensa, ligera y ausencia de sobrecarga. El cuestionario en cuestión se aplicó a siete cuidadoras de adultos mayores en la comunidad objeto de estudio. Entre los resultados más relevantes se destaca que poco más del 71% de las cuidadoras se ubica con una sobrecarga intensa, poco más del 14% se sitúa en el nivel de sobrecarga ligera y otro poco más del 14% se coloca en el nivel de ausencia de sobrecarga. No obstante, que el grupo de cuidadoras con sobrecarga intensa están expuestas a un mayor desgaste físico, emocional y social, se sienten satisfechas con la vida al realizar su labor, lo cual tiene una estrecha relación con su bienestar subjetivo.

Palabras Clave: Cuidados de largo plazo, Cuidador informal, Sobrecarga del cuidador, Bienestar objetivo y subjetivo, Adulto mayor.

ASSOCIATED FACTORS WITH STRESS IN ELDERLY CAREGIVERS IN SAN

FELIPE CUAPEXCO, PUEBLA

José Manuel Flores Olivares, MP

Colegio de Postgraduados 2021

ABSTRACT

The general objective of this research was to analyze the factors associated with overload in caregivers of elderly people who require long-term care in San Felipe Cuapexco, Puebla. Overload in caregivers of older adults is associated with stress or physical, emotional and social exhaustion, for which the Zarit Caregiver Overload Scale was used, which includes a pre-established questionnaire with 22 items in order to define the level of overload to which elderly caregivers are exposed; the established overload levels are: heavy, light and no overload. The questionnaire in was applied to seven caregivers of the elderly in the community under study. Among the most relevant results, it stands out that just over 71% of the caregivers are placed in an intense overload, just over 14% are placed in the level of light overload, and other 14% are placed in the level of absence overload. However, that the group of caregivers with intense overload is exposed to greater physical, emotional and social exhaustion, they feel satisfied with life when carrying out their work, which has a close relationship with their subjective well-being.

Keywords: Long-term care, Informal caregiver, Caregiver burden, Objective and subjective well-being, Older adult.

DEDICATORIAS:

A ti **cuidador** que día a día das lo mejor de ti por el bienestar de los demás

Gabriela Rodríguez Calva Trufita, por confiar, impulsarme y apoyarme en cada paso que compartimos, te amo mis ojos verde mar.

Juan Flores (QEPD) y **Guadalupe Olivares (QEPD)** que me indicaron con su vida el camino para ser un cuidador, cada esfuerzo realizado es en su honor y memoria.

Sara Leticia Morales Cartagena, gran pilar en mi vida, sin ti nada de esto sería posible.

Carlos Rubén Orozco Vega (QEPD), mi Sensei.

Angélica, Juan, Víctor, Alicia y Miguel mis hermanos; este esfuerzo es por y para ustedes.

Nallely, Sergio, Diego, Belén, Iván, Lidia, Grecia e Irlanda. Que este trabajo siembre la inquietud y ejemplo que sea útil para sus vidas; los quiero mis niños.

Familia Albavera Flores, Maribel; el mejor regalo que me ha dado la vida, mi hermana.

Familia Rodríguez Calva: Margarita Calva (QEPD), Don Mundo, Maga, Momo, Chuchín, Ana, a todos por su apoyo

Red Latinoamericana de Cuidadores, Juan Carlos Fernández Díaz y todo el equipo de trabajo, porque día a día entregan parte de su ser para el bienestar de los cuidadores, este esfuerzo es también por todos ustedes **cuidadores de América Latina.**

Prana Life Club, Alí Reza y a todo el equipo de trabajo, por el apoyo y la motivación que recibo de cada uno de ustedes para continuar con esta importante y noble labor de trabajar por los cuidadores de adultos mayores, este esfuerzo va también para ustedes.

AGRADECIMIENTOS:

Infinitamente **a la vida y su poder de creación** por la oportunidad de poder concretar mis planes y proyectos y así sentirme vivo.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por facilitar los medios que permiten el desarrollo del trabajo de investigación.

Colegio de Postgraduados Campus Puebla, cada uno de los académicos y administrativos que con su labor hacen posible la existencia de la Maestría Profesionalizante en Gestión del Desarrollo Social.

Dra. Blanca Alicia Salcido Ramos, por tu tiempo, dedicación y paciencia para poder concretar este trabajo.

Dr. Ignacio Carranza Cerda, por tu apoyo, seguimiento y guía en este proceso.

Dr. Jesús Felipe Álvarez Gaxiola, por tu retroalimentación, seguimiento y total apoyo en este proceso.

A las **cuidadoras de San Felipe Cuapexco**; por contribuir al desarrollo del presente trabajo.

Aglaé, Lol-Bé, Dulce, Priscila, Gabriela, Miguel, mis compañeros de maestría, por la experiencia compartida en este proceso.

A ti, si llegas a leer el presente trabajo de investigación, deseo de todo corazón que te sea útil, porque todos somos cuidadores.

CONTENIDO

RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	5
III. REVISIÓN DE LITERATURA	6
3.1 Concepto de Desarrollo Social	6
3.2 Bienestar	8
3.3 Situación y Organización Social del Cuidado	11
3.4 Políticas Públicas del Cuidado	17
3.5 Servicios para Cuidar y Recibir Cuidados	30
3.6 Cuidados de Largo Plazo	31
3.7 Cuidados No Institucionalizados	35
3.8 Los Cuidadores Informales	38
3.9 Cuidadores Primarios	39
3.10 Sobrecarga del Cuidador	40
3.11 El Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona	46
IV. METODOLOGÍA.....	52
4.1. El Entorno de la Comunidad Objeto de Estudio	52
4.2 Población Objeto de Estudio	54
4.3 El Método de la Escala de Zarit de Sobrecarga del Cuidador	55
4.4 Evaluación de Sobrecarga del Cuidador	57

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59
5.1 Características Generales de la Población Sujeta de Estudio	59
5.1.1 Características de las cuidadoras.....	59
5.1.2 Características de las personas cuidadas	63
5.2 Resultados Relacionados con la Sobrecarga de las Cuidadoras	65
VI. CONCLUSIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA	73

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1	Diferencias entre la planificación individual clásica y la planificación centrada en la persona.....	48
Cuadro 2.	Áreas y reactivos que integran la escala de zarit y el valor máximo que arroja cada una de las áreas.....	56
Cuadro 3.	Categorías y valores de la escala de likert considerados para la sobrecarga de las cuidadoras del presente estudio.....	57
Cuadro 4.	Categorías y puntaje del criterio de decisión para medir la sobrecarga de las cuidadoras sujetas de estudio.....	58
Cuadro 5.	Resultados obtenidos por las cuidadoras sujetas de estudio en cada una de las áreas en que se agrupan los reactivos de la escala de zarit.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la población por edad y sexo en San Felipe Cuapexco. (CENSO IMSS, 2020).....	54
Figura 2. Edad de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla.....	60
Figura 3. Escolaridad de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla.....	60
Figura 4. Padecimientos de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla.....	61
Figura 5. Tiempo de cuidado de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla.....	62
Figura 6. Tipo de parentesco de las cuidadoras con los adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla.....	63
Figura 7. Edad del adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.....	63
Figura 8. Prestaciones sociales que percibe el adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.....	64
Figura 9. Domicilio del adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.....	64
Figura 10. Padecimiento del adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.....	65

I. INTRODUCCIÓN

El cuidado es un bien público esencial para el funcionamiento de las sociedades, un derecho fundamental y una necesidad en diversos momentos del ciclo de vida. En América Latina, la forma en que es provisto origina desigualdades profundas. Estas se expresan en una organización social que asigna a las mujeres el trabajo de cuidado remunerado y no remunerado, con frecuencia, a expensas de su bienestar, oportunidades laborales y protección social, bajo la ausencia de respuestas públicas suficientes y adecuadas para quienes requieren de cuidado y sus cuidadoras y una oferta del mercado sumamente segmentada (Robles, 2016).

En años recientes, se observa un avance en este aspecto y las políticas de cuidado comienzan a figurar de manera más visible en una normativa internacional y regional en construcción y se constata una institucionalidad naciente.

El enfoque hacia el desarrollo de las políticas de cuidado principalmente se debe a que:

El continente latinoamericano sigue el mismo patrón de crecimiento y envejecimiento poblacional de occidente, lo que repercute en necesidades de mayor cuidado a la cada vez más creciente proporción de adultos mayores.

Persiste el desbalance en los trabajos no remunerados del cuidado, recayendo sobre las mujeres, esto dificulta su acceso al empleo formal y sus posibilidades de formación y desarrollo personal.

Es importante reconocer el papel que debe jugar el estado en la valoración del cuidado en un marco de derechos humanos que repercute en el desarrollo social y económico de un país.

Para nuestro país representa, un desafío considerable de coordinación, requerido para consolidar una institucionalidad integrada en la que confluyan acciones dirigidas por organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas diversas para las distintas poblaciones involucradas en el cuidado (Batthyány, 2010).

Asimismo, se reconoce que el cuidado en nuestro país, como derecho fundamental de la sociedad, se encuentra fraccionado tanto como política de Estado como en los programas que se implementan de parte de éste para llevar a cabo tan importante labor, mismo que se lleva a cabo de manera preponderante por cuidadoras y cuidadores miembros de las familias de los adultos mayores, cuidados que son no remunerados económicamente. Es altamente probable que la atención de cuidado a los adultos mayores sea una labor que encuentra mayores dificultades en el medio rural y quienes llevan a cabo esta importante actividad padezcan de diferentes tipos de estrés o desgaste al realizar su labor.

La presente tesina tiene como propósito acopiar información de un estudio, aún exploratorio, sobre cómo se lleva a cabo el cuidado en los adultos mayores de parte de sus cuidadoras en una comunidad rural del estado de Puebla, San Felipe Cuapexco, y los efectos de dicha labor como sobrecarga y estrés en las personas que realizan el cuidado.

El documento de tesina se integra de seis capítulos: el Capítulo 1, Introducción, recoge información de la situación que guarda el cuidado de adultos mayores desde un ámbito amplio como lo es Latinoamérica, para posteriormente abordar la cuestión desde la perspectiva de México, y finalmente destacar que este estudio se lleva a cabo en una comunidad del medio rural, lo cual implica que existan pocos estudios como éste, de allí su categoría de exploratorio. El Capítulo II, Objetivos, donde se formulan un objetivo general y tres objetivos específicos. En todos ellos se enfatiza en la sobrecarga de las cuidadoras y el estrés o desgaste de tipo físico, emocional y social que ésta provoca en las personas que llevan a cabo el cuidado de los adultos mayores; además de identificar los factores que generan estos tipos de estrés o desgaste y la relación de éste con las características de los adultos mayores cuidados. En el Capítulo III, Revisión de Literatura, se acopia y examinan una serie de conceptos y resultados de estudios sobre el tema, mismos que permitirán comparar la situación de las cuidadoras y de las personas cuidadas en la comunidad objeto de estudio e interpretar los hallazgos encontrados; entre los conceptos destacan los relativos a desarrollo social, bienestar (tanto objetivo como subjetivo), cuidados primarios, cuidados de largo plazo, sobrecarga del cuidador, entre otros. El Capítulo IV, Metodología, concentra información relativa al entorno de la comunidad donde se lleva a cabo este estudio, los reactivos que integran el cuestionario preestablecido en la Escala de Zarit y, por supuesto, los criterios de decisión para definir el nivel de sobrecarga de las cuidadoras. El Capítulo V, Resultados y Discusión, está integrado por dos apartados: uno relativo a las características generales de las cuidadoras y de los adultos mayores cuidados y, el otro, sobre los resultados correspondientes a la aplicación del cuestionario de la Escala

de Zarit. Finalmente, el Capítulo VI, Conclusiones, concentra una interpretación de los hallazgos encontrados en este estudio, que tienen que ver con el nivel de sobrecarga de las cuidadoras y los factores que impactan en el estrés o desgaste físico, emocional y social de las cuidadoras.

II. OBJETIVOS

Se considera que el fenómeno de los cuidados de la población es cada vez más importante a nivel internacional y México no es la excepción.

Objetivo General:

Analizar los factores que se relacionan con la sobrecarga en las cuidadoras informales de adultos mayores que requieren cuidados de largo plazo en San Felipe Cuapexco, después de identificar aquellos que generan desgaste físico, emocional y social y de realizar su respectiva jerarquización.

Objetivos específicos:

- 1) Conocer cuáles son los factores que se relacionan con la sobrecarga en las cuidadoras informales de adultos mayores que requieren cuidados de largo plazo en la comunidad objeto de estudio.
- 2) Jerarquizar los factores que generan el desgaste físico, emocional y social en los cuidadores de adultos mayores en San Felipe Cuapexco, Puebla.
- 3) Identificar la relación existente entre los factores que generan el desgaste físico, emocional y social con las características de los adultos mayores en situación vulnerable que requieren cuidados de largo plazo en la comunidad objeto de estudio.

III. REVISIÓN DE LITERATURA

3.1 Concepto de Desarrollo Social

De acuerdo con James Midgley el desarrollo social es “Un proceso de promoción del bienestar de las personas en conjunción con un proceso dinámico de desarrollo económico”. El desarrollo social es un “Proceso que, en el transcurso del tiempo, conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad social, empleo, salarios, principalmente. Implica también la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ingreso”. En este proceso, es decisivo el papel del Estado como promotor y coordinador, con la activa participación de actores sociales, públicos y privados (Midgley, 2014:78).

Para Amartya Sen (2017), “el desarrollo puede concebirse como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos”. Esta interpretación del desarrollo ha llevado a otorgar una importancia fundamental al concepto de desarrollo humano, como un proceso paralelo y complementario al desarrollo social. El desarrollo humano “se refiere a la creación de un entorno en el que las personas pueden desplegar su pleno potencial y tener una vida productiva y creativa, de acuerdo con sus intereses y necesidades” (Sen, 2017:63).

El desarrollo social inclusivo abarca un amplio abanico de temas, entre otros, la eliminación de la pobreza, la reducción de las desigualdades, la creación de empleo, la promoción de las cooperativas, la familia, el rol de la sociedad civil, la tercera edad y el envejecimiento de la sociedad, la juventud, la discapacidad y los pueblos indígenas.

La actual pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las profundas desigualdades sistémicas. Dado que COVID-19 continúa teniendo un impacto de gran alcance en todo el mundo, es importante comprender el impacto diferenciado e intensificado que tiene la pandemia en los más marginados, incluidas las personas con discapacidad, las mujeres, los jóvenes desempleados, las minorías sexuales y de género, los ancianos, pueblos indígenas y minorías étnicas y raciales. Por ejemplo, muchas personas cuidadoras tienen condiciones de salud subyacentes que pueden hacerlas particularmente vulnerables a los síntomas graves de COVID-19, si lo contraen, se enfrentan a la necesidad de poder acceder a los servicios de salud y están sobrerrepresentadas entre quienes no tienen acceso a la seguridad social.

La inclusión social es lo correcto y también tiene un buen sentido económico. Si no se aborda, la exclusión de los grupos desfavorecidos puede resultar costosa. A nivel individual, los impactos más comúnmente medidos incluyen la pérdida de salarios, ganancias de por vida, educación deficiente y resultados laborales. El racismo y la discriminación también tienen costos para la salud física y mental. A nivel nacional, el costo económico de la exclusión social puede reflejarse en el producto interno bruto (PIB) y la riqueza del capital humano.

La exclusión, o la percepción de exclusión, puede hacer que ciertos grupos opten por salir de los mercados, servicios y espacios, con costos tanto para las personas como para la economía.

3.2 Bienestar

El bienestar, es: “Un estado de satisfacción personal, de comodidad y de confort que considera como positivos y/o adecuados aspectos como la salud o bienestar psico-biológico, el éxito social y económico, el éxito profesional, el placer personal, la alegría de vivir, la armonía consigo mismo y con el entorno” (García, 2002: 36). Es tener la sensación de sentirse realizado tras haber alcanzado ciertas metas, o después de lograr el desarrollo personal, social y cultural deseado. Entonces, bienestar es sentirse bien con uno mismo y con lo que se tiene, significa vivir en armonía con el mundo.

El bienestar subjetivo de la persona es el resultado de la valoración global que, a través de la atención a elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, hace el sujeto tanto de su estado anímico presente como de la congruencia entre sus logros alcanzados y sus expectativas acerca de una serie de dominios o áreas vitales de su vida (García, 2002: 44).

Al ser interrogados acerca de qué tan feliz somos o qué tan satisfechos estamos con nuestra vida, para dar una respuesta hacemos una rápida evaluación mental de aspectos vivenciales tan diversos como la situación de pareja, la relación con hijos o amigos, la disponibilidad de tiempo libre, la situación laboral, la satisfacción de necesidades psicológicas y materiales, la situación económica y muchos otros aspectos más (Rojas, 2011).

¿Qué se entiende por bienestar? Es el sentir de una persona al ver satisfechas todas sus necesidades en materia fisiológica y psicológica, en el presente, así como contar con expectativas alentadoras que le sustenten su proyecto de vida. Los anhelos a

futuro, y la posibilidad de poderlo realizar en el inmediato, corto y mediano plazo, son de vital importancia en dicho sentir.

Si hablamos de bienestar, entonces hablamos de la experiencia actual, con expectativas futuras. En este sentido surge de un equilibrio entre las expectativas (predecir el futuro) y el desempeño (evaluar el presente), que muchos autores denominan satisfacción, en las áreas en las que las personas más se preocupan. Esta satisfacción vital surge del punto de partida de la interacción entre el individuo y el entorno micro y macrosocial, incluidas las condiciones sociales y materiales objetivas, que brindan a las personas determinadas oportunidades de desarrollo personal. Las condiciones materiales de vida, por constituir las condiciones reales en que los hombres producen y reproducen su existencia social e individual, aporta elementos decisivos al bienestar humano; sin embargo, ellas constituyen sólo un aspecto en su naturaleza.

Las condiciones de vida no son más que las condiciones físicas, mentales y operativas en las que se desarrolla la vida humana, teniendo una fuente de trabajo, condiciones de vivienda, atención médica, alimentación, cultura y deporte, saneamiento, transporte y comunicación.

Cada sociedad, tiene un estilo de vida correspondiente. Por tanto, la forma de vida se expresa de forma específica en cada nación. Las características de la economía, el territorio, el idioma, la cultura, las tradiciones y las costumbres dan a la forma de vida un carácter nacional. Estilo de vida significa la forma en que utilizan y desarrollan las condiciones de vida. Es necesario tener en cuenta la forma en que interactúa una

persona hacia su forma de vida, ya que la satisfacción o insatisfacción son los motivos más importantes para generar un cambio.

Este modo de vida está también determinado por aspectos bio-psico-sociales individuales, lo que implica un cierto patrón de interacción con su entorno. Expresando su comportamiento en un contexto social. Opera y está influenciado por la personalidad y simboliza todos los comportamientos de las personas en su entorno social, cultural y económico. Impacta prácticas y la autorrealización en todos los aspectos de su vida.

El estado de salud de la población está relacionado con su forma de vida en conjunto, con las condiciones de vida y con el estilo de vida individual.

3.3 Situación y Organización Social del Cuidado

Actualmente, nuestro país carece de sistema de cuidados orientado a la atención de los grupos vulnerables por edad, discapacidad o enfermedad, recayendo esta responsabilidad en la familia y sin alguna remuneración. Los sistemas de pensiones se ciñen al apoyo económico y servicio de salud y no consideran el cuidado de personas dependientes. Este último tipo de cuidados lo han brindado las familias, particularmente las mujeres, durante varias generaciones (Matus, 2015).

En la discusión sobre los cuidados, se establece una relación que va en dos sentidos al tener que considerar el derecho de las personas a recibir cuidados, pero también los derechos de las personas cuidadoras. La obligación del cuidado de otras personas no debe por ningún motivo estar sobre el bienestar de quienes cuidan, que, por asignaciones de género, por lo regular son las mujeres (Ferreyra, 2018).

El Estado ha cumplido de manera parcial, asignando presupuestos para el tema de cuidados. Lo que interesa aquí es mostrar un panorama integral que permita tener una visión integradora de los cuidados, plantear y poder determinar así cuáles son los factores que causan estrés en las cuidadoras de adultos mayores.

Se cuenta con servicios públicos del cuidado, pero de manera fragmentada y depende del tipo de seguridad social al que se tiene acceso. En este aspecto el trabajo de cuidados se ha asignado históricamente a las mujeres, ya que incluso institucionalmente este aspecto se ve favorecido ya que la normatividad y legislación vigente incide en el trabajo de cuidados realizado por mujeres; sin embargo, esto depende también del acceso al trabajo, ya que quienes cuentan con este derecho es

para quienes tienen un trabajo formal; y para aquellas personas que se encuentran en los sectores informales se ven desfavorecidas. Los grupos vulnerables que ejercen el cuidado no reciben un sueldo, tampoco una certificación de sus conocimientos, ejercen su labor sin ningún tipo de reconocimiento, es el grueso de la población que no tiene acceso a la seguridad social, formal (COLMEX, 2017).

El trabajo de cuidado comprende actividades destinadas al bienestar cotidiano de las personas, principalmente aspectos físicos, emocionales, intelectuales y emocionales. Las dinámicas de cuidado se desarrollan también bajo una gama de relaciones diversas, que incluyen los vínculos de parentesco, de amistad, comunitarios o laborales: por ello coexisten diferentes escenarios de cuidado, con diversa participación de actores como la familia, la comunidad, entidades públicas y entidades privadas (CEPAL 2015).

El trabajo de cuidados es fundamental, tanto para nuestras sociedades como para la economía. Este concepto engloba actividades como el cuidado de los niños y niñas, de las personas mayores y las personas con enfermedades físicas y mentales, o de las personas con algún tipo de discapacidad, además de las tareas domésticas diarias (Addati, 2013).

Si nadie invirtiese tiempo, esfuerzo y recursos en este tipo de actividades, comunidades, centros de trabajo y economías enteras se colapsarían por completo. Se dice que la familia es el principal soporte en los momentos difíciles de la vida. Pero no sabemos si esto seguirá así por mucho tiempo, en lo que se refiere a la atención a los adultos mayores. La naturaleza social del ser humano condiciona su existencia, y le

aboca desde su nacimiento hasta el final de la vida a vivir en relación con otros. En esta ineludible relación de alteridad el sujeto intercambia apoyos con sus semejantes más próximos, a través del denominado apoyo informal (Aponte, 2015).

Es así que la familia representa la mayor fuente de apoyos para el sujeto. Desde los tiempos más remotos, nacemos en una familia a la que los sujetos se sienten vinculados de distintas formas a lo largo del ciclo vital. A pesar de las transformaciones sociales experimentadas, a la familia se le otorga una importancia mayor que a la salud o al dinero, en todas las encuestas nacionales e internacionales (Baca, 2014). Debido a las desigualdades sexo-género de la división social del trabajo y a segmentaciones en el mercado de trabajo, son mayoritariamente las mujeres quienes proveen cuidados, sea de forma no remunerada en los hogares o remunerada en el ámbito laboral (CEPAL, 2015).

Como resultado de la revisión teórica se considera que abordar el trabajo del cuidado actualmente en el contexto nacional, nos lleva a retomar todas las carencias que existen en esta temática al respecto, estas carencias han sido estructurales (propias del sistema), familiares y personales. El reto es lograr fundamentar, el conocimiento sobre cuáles son las políticas públicas y estrategias sociales que se han realizado permitiendo así visibilizar a este sector importante de personas cuidadoras. En Latinoamérica las tareas del cuidado se dan en condiciones de desigualdad socioeconómica y de género. Esta se expresa en las condiciones en las que se cuida, incluyendo el acceso a protección social, reconocimiento y remuneración adecuada de

los empleados del sector cuidado, así como en el acceso a mecanismos y servicios de cuidado en suficiencia y calidad, entre otras dimensiones (CONEVAL, 2016).

Se postula que la perspectiva de derechos debe abarcar tanto la condición de los sujetos de cuidado como de las personas cuidadoras; por otra parte, el derecho a cuidar, a ser cuidado y auto cuidarse es indispensable para ejercer otros derechos humanos (CEPAL, 2015).

El financiamiento de los servicios de cuidado para personas con dependencia es variable en cada país. Los servicios socio sanitarios de largo plazo para la dependencia no son incluidos en el presupuesto de la cobertura de los servicios de salud. Los sistemas de atención médica se focalizan en la prestación de servicios de promoción de la salud y en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de afecciones (Gascón y Redondo, 2014).

Para las personas cuidadoras, la organización social del cuidado se orienta a promover su inclusión y sus derechos; lo que puede verse esas opciones son pocas. Los cuidados en México están en una situación lamentable, por lo que se pretende una solución integral. La mayoría de las personas que cuidan o son cuidadas pertenecen a grupos que son discriminados, por lo que no se hace mucho en este aspecto. El propósito es mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y equilibrar el trabajo entre hombres y mujeres (OXFAM, 2017).

Análisis de la situación actual

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2016), al tercer trimestre de 2016, se reportan las siguientes cifras relacionadas con los cuidadores en nuestro país:

- 286 mil los ocupados en el cuidado de personas dependientes en México.
- Es una ocupación predominantemente femenina, pues 97 de cada 100 que la ejercen son mujeres.
- De cada 100 de estos ocupados, 38 se desempeñan en establecimientos y 62 en viviendas particulares.
- Su edad promedio es de 37.6 años.
- Cuentan con 9.6 años de escolaridad en promedio (*equivalente a tener cubierto el nivel básico de educación*).
- En promedio, laboran 38.5 horas a la semana y ganan 24.3 pesos por hora trabajada.

Se debe contemplar aquí a dos grupos de cuidadores que ejercen esta labor, derivado del lugar en el que desarrollan su actividad; estos se dividen en:

Cuidadores Formales: Destaca un mayor nivel de escolaridad de los que se desempeñan en establecimientos, pues 58.9% de ellos cuentan con estudios de nivel medio superior y superior.

Cuidadores informales: Estos trabajadores cuentan con 9.6 años de escolaridad en promedio, lo que equivale a tener cubierto el nivel básico de educación, predominan los que tienen secundaria con 36.8%.

Es importante mencionar que, si bien lo anteriormente citado es visible en un contexto urbano, actualmente existen pocas fuentes de información que nos permitan conocer cuál es la situación que guardan los contextos rurales. Ya que la brecha que existe entre lo rural y lo urbano si bien se incrementa con la industrialización, también se polariza con la falta de información que nos permitan conocer la realidad que viven las personas que ejercen el trabajo de cuidados en nuestro país.

El estudio del cuidado en México está en expansión. Uno de los pasos importantes que debe darse es no permitir que el asistencialismo continúe como un modo de resolver las problemáticas sociales. En el tema de cuidados, para visibilizar esta labor se debe dejar de ubicarlo como una actividad asignada a las mujeres, organizar el tiempo y el trabajo en función del rol también de los hombres, ya que, si bien existe un predominio de mujeres cuidadoras, también existe un porcentaje mínimo de hombres que han ejercido el trabajo de cuidados (Coneval, 2016). El cuidado generalmente es un trabajo invisibilizado y no remunerado, pero que sin duda tiene un costo no sólo en términos económicos sino también en la salud física y mental de quienes lo ejercen.

3.4 Políticas Públicas del Cuidado

Así al hablar sobre políticas públicas se requiere tener claro el concepto que va de la mano con que los recursos se ejerzan con eficiencia, eficacia, economía, honradez y transparencia. La población es la que recibe los beneficios del ejercicio de estos recursos, y en ocasiones la misma ciudadanía contribuye para que las políticas públicas se lleven a cabo. Las políticas públicas deben buscar el máximo beneficio posible para la sociedad. Deben ser capaces de proteger los intereses de la comunidad a través de un compromiso entre el Estado, las instituciones y la ciudadanía. Aquellos problemas o situaciones que la sociedad no puede resolver por sí misma requieren de la atención por parte de los responsables de elaborar e implementar las políticas públicas en México. “Las políticas públicas son una respuesta a las exigencias y necesidades de la sociedad y como tal, requieren de ser dinámicas y flexibles, capaces de adaptarse y a la vez generar cambios en la dirección apropiada. La expresión política pública es bastante reciente. Se introdujo en el lenguaje de las ciencias políticas y administrativas en Europa en la década de 1970 como traducción literal del término public policy” (Rodríguez, 2015:25).

Las políticas públicas se definen como:

- 1) Un conjunto de acciones con intención y causa. Porque se orientan a realizar objetivos para la sociedad y son con causa porque son consideradas la mejor opción para resolver el problema.
- 2) Acciones intencionales y causales se identifica por el tipo de diálogo que tiene lugar entre el gobierno y los sectores de la sociedad civil.

- 3) Las autoridades toman una serie de acciones y sus decisiones suelen ser públicas y legales.
- 4) Acciones que son llevadas a cabo por las personas.
- 5) Acciones que tienen que ver con las acciones públicas y civiles.

Para Roth, esta es la definición que propone de política pública: “conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución y organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (Roth, 2002:21).

Por su parte, José Mejía señala que una política pública es “una correlación entre elementos técnicos, intervención de analistas expertos que condicionan la orientación y la instrumentación del proyecto político del gobierno en turno y el manejo político que se produce” (Mejía, 2003:86).

Las políticas públicas son “acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones” (Rodríguez, 2015: 34-35).

La política pública es una acción del gobierno, destinada a responder a las demandas sociales que se presentan. Sus principales características son:

- a) Su orientación hacia objetivos de interés público (constitucional o legislativo) y su capacidad para hacerlo,
- b) Participación pública con el gobierno en la definición de objetivos, herramientas y procedimientos de política,
- c) Decisión por el gobierno y con respeto a la legalidad,
- d) Implementación y evaluación de políticas por parte de los gestores estatales ya sea con actores sociales o descentralización hacia ellos.

Lo que distingue a la política pública es que “integra un conjunto de acciones estructuradas, estables, sistemáticas, que representan el modo en el que el gobierno realiza de manera permanente y estable las funciones públicas y atiende los problemas públicos: un patrón de actuación” (Aguilar, 2010:28).

Una política pública nace de la necesidad que existe ante una situación social determinada que; planteada, fundamentada y contextualizada en nuestro país, permite delimitar las categorías y unidades de análisis que nos aproximen a un estudio preciso; en este caso visibilizar el trabajo de cuidados. (OXFAM, 2017)

La reciente intervención del cuidado en la agenda regional de las políticas públicas y los sistemas de protección social se ha visto influida por la expansión del concepto de lo que se conoce como “crisis del cuidado”. Ésta se desenvuelve en un contexto marcado por cambios demográficos acelerados en los países, especialmente caracterizados por el envejecimiento progresivo de las sociedades, y las

transformaciones operadas en los mercados laborales producto de la creciente, aunque todavía desigual, participación laboral de las mujeres (Robles, 2016).

De acuerdo con Batthyány (2015:64) América Latina encontramos, fundamentalmente, tres tipos de políticas de cuidado:

De corto plazo: que tienden al asistencialismo y carecen de procesos de evaluación de calidad.

Sistémicas e integrales: centradas en la acción del Estado sobre reconocer el trabajo no remunerado y las políticas sobre educación y trabajo.

Un nuevo pacto social: dejar atrás la división genérica del trabajo y reconceptualizar el cuidado como función esencial para el desarrollo sostenible.

Los antecedentes actuales en nuestro país y Latinoamérica se originan en la afirmación mundial de la relación entre equivalencia de naturaleza y progreso. Es necesario un análisis de las posibilidades de conciliar el trabajo de cuidados con la exigencia del trabajo remunerado, condición necesaria para garantizar el derecho a la autonomía económica, el derecho al acceso y permanencia escolar y, por supuesto, el derecho al cuidado (de sí mismo y de otras personas). (OXFAM, 2017).

De acuerdo con el Senado de la Republica en la normatividad vigente considera con carácter de universal el problema de cuidados, dirigiéndose principalmente al cuidado de los niños y adolescentes, personas con alguna discapacidad y adultos mayores en situación vulnerable. Existiendo principalmente las siguientes legislaciones:

1.- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 2016

2.- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

3.- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

4.- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Los principios de esta última incluyen la autodeterminación y la autoactualización, así como la participación y la equidad en el sentido de un trato igual para todos, independientemente del sexo, el estatus económico, la identidad étnica o cualquier otra circunstancia, lo que demuestra la importancia de la interseccionalidad en las vidas de los miembros de este segmento de la población.

La base de cuidadores no remunerados disminuye y se vuelve insegura a medida que la población dependiente de la atención crece y se transforma en términos de sus demandas y necesidades, basadas en los derechos reconocidos a ellos. Con ello, la reflexión sobre el trabajo de cuidado, remunerado y no remunerado, y su naturaleza como asunto público, se torna inminente y urgente (INMUJERES, 2013).

Para el público, la idea de la atención social como responsabilidad primaria de las familias y de las mujeres que las componen requiere un cambio en la forma en que se ha entendido tradicionalmente esta función social. ¿Hasta qué punto las bases institucionales de nuestras sociedades dictan cómo y a quién se debe distribuir la carga del cuidado? Esto tiene al menos dos consecuencias.

Como primer paso, requiere un nuevo acuerdo en el que se describa explícitamente el papel del Estado en el respaldo del derecho a la atención.

Las mujeres y los hombres deben trabajar juntos para crear una cultura de responsabilidad compartida por el cuidado de los demás.

Ambos elementos expresan una nueva ecuación de acceso al bienestar social que permite a los cuidadores y a los necesitados de atención ejercer plenamente sus derechos. Además, las políticas deben ayudar a redefinir y flexibilizar la división sexual del trabajo y a cuestionar la asignación cultural basada en la división sexual del trabajo que da a las mujeres una responsabilidad casi exclusiva por el cuidado de los miembros de la familia. Esto es necesario en este contexto. Estas políticas sólo pueden diseñarse y aplicarse en una región en la que la igualdad de género y los derechos humanos están en el centro del proceso. Por lo tanto, una Política Pública del Cuidado puede entenderse como aquella destinada a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia, a la vez de intervenir sobre la organización social del cuidado, consagrando los derechos al cuidado, abordando sus riesgos y necesidades y contribuyendo al logro de la igualdad sustantiva (Robles, 2016).

Políticas integradas de cuidado

Conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros (Robles, 2016).

La aplicación de una variedad de instrumentos para responder a las necesidades de las personas y su integración en las políticas sectoriales en las áreas de salud (incluida la educación), la seguridad social y el empleo (entre otras) es esencial para el éxito de

este enfoque de política. Los mecanismos institucionales deben estar en marcha para que esto funcione.

Componentes de una política integrada del cuidado

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe

1. Varios actores, como los cuidadores familiares, las empresas privadas, las organizaciones sin ánimo de lucro y los organismos gubernamentales, así como la comunidad en general, prestan atención tanto dentro como fuera del hogar. Emiten la importancia de atender las necesidades de todos sus ciudadanos, no sólo de los que pueden darlas. La distribución de políticas para las personas en situación de dependencia debe organizarse de acuerdo con los distintos niveles de dependencia que se han identificado. (CEPAL, 2013).

2. Estas propuestas construyen políticas de cuidado en torno a sus objetivos. Parte de los servicios para cuidadores que persiguen:

- a) Apuntalar en la armonía del trabajo de cuidado no pagado y el trabajo pagado,
- b) Optimizar su salud física y emocional y,
- c) Asegurar el respeto a sus derechos.

Es posible identificar 4 dimensiones que estructuran las políticas de cuidado:

- a) **Los tiempos.** Se refieren los mecanismos y medidas que permiten a las cuidadoras acceder a beneficios económicos en el cuidado de niños y niñas y

otros familiares en situación de dependencia, con protección de sus condiciones laborales (CEPAL, 2013).

- b) **Los recursos económicos.** Incluyen pagos directos para contratar servicios de cuidado o como prestación a las cuidadoras no remuneradas por su trabajo por medio de aportes gubernamentales para sus cotizaciones en los sistemas de seguridad social, así como contribuciones a la oferta de servicios estatales y privados de cuidado (CEPAL, 2013).
- c) **Los servicios para cuidar y recibir cuidados.** Los servicios de bienestar público brindan la respuesta más directa para garantizar el acceso a la atención de los necesitados. Estos servicios también pueden incluir servicios para cuidadores, en el caso de servicios de relevo, capacitación y apoyo psicológico, entre otros (CEPAL, 2013). Aquí es donde se pretende influir con el presente trabajo de investigación.
- d) **Su regulación,** Incluye todos los estándares de calidad y sistemas de trabajo que tienen que ver con su desempeño. La existencia de normas y reglamentos relacionados con los métodos de atención también explica el papel que juega el Estado en la regulación y garantía de los derechos, sean o no proporcionados por el sector privado. (CEPAL, 2013).

Los grupos de población con mayor probabilidad de recibir apoyo económico y material son adultos mayores, menos educados, no tienen ingresos y su salud está en declive, lo que indica la necesidad de atención cuando están enfermos.

Existe también la reciprocidad hacia las acciones de cuidado que realizan las personas mayores en beneficio de otras generaciones más jóvenes, lo que les permite recibir apoyos económicos ante la ausencia de ingresos propios (INAPAM, 2010).

La intención de dar reconocimiento social al trabajo de cuidado se ve limitada ante la ausencia de políticas de amplia participación de los diversos actores involucrados en el cuidado de las personas, como el Estado, las empresas, las familias y las comunidades, por dos razones primordiales: primero, el cuidado de la niñez y la adolescencia sigue siendo características de las mujeres y el sector privado; el segundo es no presentarlo como un acto de creación de valor esencial para el funcionamiento de la sociedad y la economía. La mayor parte del cuidado que se lleva a cabo en México es el trabajo de atención domiciliaria realizado por mujeres. El cuidado es un trabajo que requiere confinamiento en el hogar. La población de México que necesita atención es de unos 30,4 millones de niños menores de quince años; 6,8 millones de personas están temporalmente enfermas; 3,5 millones de personas padecen enfermedades crónicas; 1,2 millones de personas están discapacitadas y una gran parte de los 10,6 millones son personas mayores (INMUJERES, 2013).

De acuerdo con Seiz (2011), “Investigaciones realizadas en relación con el uso del tiempo en países de América Latina muestran que, en el caso de las familias mexicanas, el modelo tradicional que atribuía la responsabilidad de los cuidados únicamente a las mujeres empieza a manifestar un evidente desgaste: se ha identificado un porcentaje significativo de varones que sí participa de forma visible en estas tareas e, incluso, una minoría lo hace en un grado notable en términos de tiempo

invertido. Las características de este sector social son: juventud, alto nivel educativo y mayores ingresos en pareja; esta situación se puede asociar a una incipiente transformación de valores, actitudes y pautas de comportamiento familiares. Podríamos entender entonces que, si no hemos cambiado más rápidamente en favor de la distribución más igualitaria y justa del trabajo de cuidados, es porque su organización en el hogar (y en la sociedad en su conjunto) es atravesada, además del género, por otros factores como el nivel educativo y el nivel de ingreso, entre otros” (SEIZ, 2011:46).

Trabajar para cuidar que las personas coman, se eduquen, se mantengan saludables y vivan en un entorno de vida apropiado. Por lo tanto, incluye la atención física relacionada con el trabajo, la atención económica relacionada con los costos y la atención psicológica relacionada con las emociones. (Rodríguez, 2005).

Las cuidadoras de San Felipe Cuapexco, en Puebla, desconocen el trabajo de las cuidadoras de la ciudad de Puebla. Las primeras tendrán que hacer el cultivo y la limpieza de la casa, lo que sumará una actividad más al cuidado; mientras que las segundas obtendrán los alimentos que compran en el supermercado. Anteriormente, tenían que recurrir a los libros de texto para responder a las preguntas de sus hijos; otros suelen tener la información que necesitan para responderlas. Por tanto, se deben reconsiderar las condiciones laborales del servicio de bienestar para personas de diferentes edades, indígenas o no, que viven en una comunidad del norte, centro o sur, trabajan por un salario o realizan otro trabajo. Según el género del cuidador.

El bienestar humano es una condición que cumple el cuidado diario, entre otros factores, por lo que recientemente se ha acordado que dicho cuidado debe ser considerado como parte del derecho reconocido a los seres humanos.

La intención de dar reconocimiento social al trabajo de cuidado se ve limitada ante la ausencia de políticas de amplia participación de los diversos actores involucrados en la atención humanitaria, como el estado, las empresas, las familias y las comunidades, por dos razones primordiales: primero, la atención a la niñez y la adolescencia continúa siendo vista como típico de las mujeres y del sector privado; el segundo es no presentarlo como un acto de creación de valor esencial para el funcionamiento de la sociedad y la economía.

En particular, el panorama general que nos presentan todas las leyes en México es el de la indiferencia institucional, la retórica sin acción, el comportamiento de grupos sociales y políticos desarraigados, la empatía o compromiso con la igualdad social y de género en el acceso y ejercicio de los derechos, y proliferación. Modelos de comportamiento tradicionales de género, sociedades desfavorecidas que ya no están desfavorecidas para convertirse en miembros de la sociedad. Hacer frente a la dependencia de la asistencia social.

De acuerdo con Rodríguez (2005), las lecciones que México debe tener presentes para el diseño de políticas de cuidados son las siguientes:

- Comprometerse con la atención de las desigualdades en la distribución del trabajo de hombres y mujeres sea pagado o no.

- Que el trabajo de cuidados sea reconocido como necesario, asignando con evidencia las tareas específicas que los actores sociales involucrados deben asumir.
- Adaptar y diseñar las políticas que existen, así como formulación de las que no existen, es decir, reconociendo su particularidad en relación con su condición y posición de género.
- Reformar las políticas sobre igualdad de género e incluir estrategias conjuntas sobre el conocimiento de la desigualdad de género en el acceso y disfrute de todos los derechos para que los patrones de comportamiento de género comiencen a cambiar. Incluir el trabajo, la igualdad de género, la salud, la educación, la cultura y la economía en la agenda de las comisiones legislativas como parte de los temas a abordar.
- Considere diseñar una ley de trabajo no remunerado que defina horas, responsabilidades, derechos y deberes y aborde el mal comportamiento. Esta ley debe basarse en la igualdad de género y la corresponsabilidad entre actores sociales involucrados.
- Invitar a las organizaciones de mujeres a discutir el cuidado como un derecho para todos.
- Reconocer que las condiciones inseguras del país dificultan el debate sobre la distribución del trabajo remunerado y no remunerado, así como las medidas de autocuidado. (Rodríguez, 2017).

De esta manera se debe considerar que el apoyo social se conciba en el hogar o el entorno familiar, pero también la interacción donde el apoyo de las unidades familiares

difiere del que proviene de otros miembros de la familia, o de cualquier organización gubernamental o no gubernamental.

La OXFAM (2017:84) por su parte recomienda que para integrar e implementar políticas públicas de cuidados se deben tener las siguientes consideraciones:

1.- El cuidado del hogar y de la familia debe reconocerse como trabajo, porque implica tiempo, energía, recursos materiales y económicos.

2.- Toda persona debe tener derecho a ser atendida con respeto a su dignidad a través de acciones coordinadas, equitativas y responsables compartidas por los actores sociales involucrados.

3.- La atención de la salud debe ser un derecho de todas las personas y estar garantizada por el estado a través de un sistema de protección social eficaz para todos.

4.- Reasignación de la responsabilidad del cuidado, especialmente a los grupos más pobres y vulnerables.

5.- Un cambio radical en los estereotipos de género a favor del cuidado y el trabajo doméstico - remunerado y no remunerado - donde se debe promover el trabajo incluyente.

6.- Deben garantizarse condiciones de trabajo dignas y adecuadas para los cuidadores a cambio de una remuneración y seguridad social.

7.- Deben implementarse políticas públicas multidisciplinarias que integren la visión global del cuidado de acuerdo con los principios de justicia social e igualdad sustantiva.

8.- Las políticas en este ámbito deben promover la autonomía de todos, y como punto de partida para el reconocimiento de diferentes realidades y estilos de vida social y cultural. Es fundamental que personas de estas diferentes realidades participen activamente en la formulación de estas políticas.

Coincide así con la esperada participación del Estado y de la ciudadanía, así como del sector público, en la creación de las condiciones necesarias para la implementación de las políticas públicas de bienestar. Promover la igualdad y el acceso universal a los derechos derivados del propio trabajo de cuidados.

3.5 Servicios para Cuidar y Recibir Cuidados

Programa de intervención en Desarrollo Humano (desarrollo de habilidades socio afectivas para el manejo del estrés) de los cuidadores informales que permitan prevenir y atender el desgaste del cuidador.

A lo largo de la historia, el cuidado y el trabajo familiar han sufrido una reducción económica y social. Hoy en día, en diversos ámbitos políticos, sociales y nacionales, se ha convertido en un tema destacado, sobre todo porque ha pesado durante pocos siglos sobre los miembros de la familia: las mujeres. Se ha observado que la división por género de este tipo de trabajo restringe la participación de las mujeres en otros ámbitos de la vida económica y social, y que cuando ingresan al mercado laboral productivo, esto significa duplicar la jornada laboral. Durante cuatro décadas (1975), tanto a nivel nacional como internacional, México se ha comprometido a trabajar por la igualdad entre mujeres y hombres. Una de las responsabilidades que se asumen es conocer estadísticamente el comportamiento de este tipo de trabajos desde una

perspectiva de género. Dos décadas después, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, China, se instó a los países a encontrar formas de mejorar la recopilación de datos, en particular sobre la contribución de mujeres y hombres a la economía, incluida su participación.

Los datos de la Encuesta de Empleo y Responsabilidad Social Compartida (ELCOS) 2012 permiten estimar el tamaño de la población necesitada de cuidados en nuestro país: en ese año, el 52% de los hogares urbanos mexicanos (6-6,9 millones) tenían al menos un miembro de los grupos anteriores.

Existe una demanda insatisfecha, ya que las necesidades de los usuarios de los servicios de cuidados no están siendo adecuadamente atendidas mediante los bienes o servicios, producidos y ofrecidos.

Situación esperada para el futuro: Se estima que la demanda de servicios de cuidados se incremente debido al cambio en la pirámide poblacional de acuerdo con datos del INEGI en la cual indica un incremento en la población de adultos mayores; que va en relación con la razón de dependencia por edad.

3.6 Cuidados de Largo Plazo

El cuidado se refiere a un aspecto esencial de la existencia humana, por lo que afecta a todas las personas en algún momento de su vida sin discriminación.

Los avances en la ciencia y la tecnología han ayudado a prolongar la vida y, en muchos casos, han beneficiado a los adultos mayores en etapas posteriores de la vida. La calidad de vida y la felicidad de las personas mayores varía debido a esta diversidad.

La edad es un factor que facilita la dependencia que tiene un impacto crítico en el aislamiento, la pobreza, la discapacidad y el medio ambiente. (Spin, 2005)

Una de las consecuencias del alargamiento del promedio de la vida es el aumento de la cantidad y la proporción de personas de edades extremas que deben vivir períodos prolongados en situaciones de fragilidad o dependencia, derivadas de limitaciones físicas o cognitivas permanentes que generan las enfermedades crónicas (Gascón y Redondo, 2014)

Los cuidados de largo plazo han sido definidos por distintos organismos internacionales como parte integral tanto de los sistemas sociales como de los de salud.

- La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) los define como un rango de servicios requeridos por personas con un grado reducido o disminuido de capacidad funcional, física o cognitiva, y que son en consecuencia dependientes por un periodo extendido de tiempo en ayuda o apoyo con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Huber, 2005).
- Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que son “aquellas actividades y servicios que se proveen por medio de cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) o profesionales (servicios de salud y sociales) para asegurar que una persona que no es completamente capaz de autocuidado pueda mantener el grado más alto posible de calidad de vida, de acuerdo a sus preferencias, con el grado más alto de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (OMS, 2002:132).

- “Una función social que integra la serie de actividades, bienes y relaciones destinadas al bienestar cotidiano de las personas y que se desenvuelven en diversos planos, incluyendo el material, económico, moral y emocional. Incluye la provisión de bienes esenciales para la vida, como la alimentación, el abrigo, la higiene y el acompañamiento, así como el apoyo y la transmisión de conocimientos, valores sociales y practicas a través de los procesos de crianza. Se funda en relaciones cara a cara entre las personas que lo proveen y quienes los reciben, más allá de que este trabajo se desarrolle de forma remunerada o no remunerada” (Nieves y Robles 2016, 11).
- Es un término que describe los servicios comunitarios y a domicilio para los adultos que necesitan ayuda a fin de atender sus necesidades (Mayo Clinic, 2018).
- Los cuidados de largo plazo para personas adultas mayores se entienden como servicios requeridos por una persona de 60 años y más que sufre de dependencia permanente y que pueden suministrarse de manera institucional o en el hogar (ya sea por cuidadores formales o informales) (CONEVAL, 2016).

Los cuidados de largo plazo responden a la pérdida de autonomía de una persona, dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que ocasiona una dependencia permanente de otros para poder realizarlas. Pueden proveerse en distintos lugares, mediante diversos tipos de recursos humanos y pueden ser institucionales o proporcionados en el hogar. Además, pueden estar financiados de manera pública (dónde la provisión y organización depende de instituciones

gubernamentales), o privada (tanto con fines lucrativos como no lucrativos) (CONEVAL, 2016).

La gama de necesidades de atención puede variar desde una asistencia mínima para realizar algunas actividades diarias hasta casi todas las necesidades de asistencia para realizar la vida diaria. El lugar donde se pueden satisfacer estas necesidades varía según el estado de salud del individuo o la familia, las preferencias y valores, los recursos familiares y económicos disponibles o la ubicación geográfica, y las propuestas públicas y privadas actuales.

En general, los sitios posibles para recibir el apoyo o los cuidados pueden ser el mismo hogar de los usuarios, entornos comunitarios, ámbitos residenciales con facilidades de asistencia o instituciones con elevada intensidad de cuidados (IOM, 2001).

Los cuidados de largo plazo deben ser entendidos en función de los siguientes elementos principales:

- 1.- Servicios requeridos
- 2.- Cuidadores (formales e informales)
- 3.- Capacidad funcional
- 5.- Bienestar cotidiano (material, económico, moral y emocional)

Son los elementos presentes en cada una de las anteriores definiciones, en donde podemos ver que los cuidadores son elementos centrales; por ello, que se debe entender la importancia de lograr un enfoque que permita visibilizar su labor para poder así incidir en crear las condiciones que favorezcan su trabajo.

Esta realidad impone grandes retos a toda la sociedad y en particular a los cuidadores informales, ya que si bien se planifican acciones de promoción y prevención de enfermedades para la edad avanzada que tienen el objetivo de garantizar un envejecimiento satisfactorio, existe una porción de este grupo poblacional que presenta afecciones discapacitantes que dificultan el mantenimiento de una vida independiente y funcional (Spin, 2005). Iniciando con la propuesta de conocer cuáles son aquellos factores que inciden en el desgaste de los cuidadores.

3.7 Cuidados No Institucionalizados

El apoyo informal es un tipo de apoyo social que se refiere al cuidado y la atención que se brinda a los necesitados (familiares, amigos, vecinos) y, a menudo, se caracteriza por las emociones en la relación más que por la burocracia o el profesionalismo. Ayudar al desarrollo de actividades útiles para la vida diaria: son los medios que permiten a una persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la sociedad. Estos incluirán actividades como: cocinar, hacer las tareas del hogar, hacer llamadas telefónicas, ir de compras, usar el transporte, revisar los medicamentos y hacer arreglos financieros. (Moreno y Osuna 2009:142).

La atención a los mayores varía mucho en función del tipo y el nivel de dependencia, así como de una variedad de factores como la personalidad, la historia común y la voluntad de aceptar la atención de una forma u otra. Es importante tener en cuenta que los sentimientos de estrés o de carga no se definen únicamente por la enfermedad o la discapacidad de los mayores. (Lezaun, Arrazola, 2001).

Cuando la autonomía de una persona está severamente limitada, el cuidado que recibe de su familia y amigos se denomina cuidado informal. Generalmente, estos cuidados son un servicio de naturaleza heterogénea, que no tiene un mercado definido y que es prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante de dichos cuidados, quienes generalmente no son profesionales y que no reciben habitualmente ningún tipo de remuneración por sus servicios (Huenchuan y Rodríguez, 2014).

Los cuidadores deben ser capaces de diferenciar entre los distintos tipos de apoyo que prestan:

En otras palabras, asistencia con el autocuidado y la movilidad que permite a una persona vivir de forma independiente y sin necesidad de atención continua de los demás, así como ayuda con el desarrollo de las actividades diarias básicas. Entre otras actividades incluiría: comer, vestirse, bañarse/ ducharse, controlar los esfínteres, usar el baño a tiempo, trasladarse, etc.

Aunque inicialmente se definió como un estado subjetivo, el término carga ha evolucionado para incluir un componente objetivo, como una reducción de la libertad de movimiento. El concepto de carga ha evolucionado con el tiempo para incluir medidas de carga social, emocional, económica, psicológica, etc.

No es sólo una cuestión personal si la familia de una persona tiene o no el deber de atender a un miembro de la comunidad dependiente. Más y más, los cuidadores se dan cuenta de que mantener el papel de cuidador está relacionado con sus propios beneficios personales, que reciben cuidando de un ser querido. Hay una variedad de formas en las que los cuidadores perciben la carga del cuidado, en función de cómo

definen sus funciones. Por ejemplo, algunos cuidadores ven la realización de algunas tareas incluidas en el cuidado (como lavarse, vestirse), mientras que otros ven el comportamiento agresivo, la deambulaci3n, las ideas disfuncionales y la incontinencia como la carga del cuidado; para otros el cuidado es una experiencia emocional gratificante y parte de la vida compartida en com3n, con la persona que se cuida.

El cuidado de personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los eventos m3s estresantes que se dan en el ciclo familiar (Zarit, 1996) y para el que se han identificado diferentes y adversas consecuencias, m3s si cabe cuando el cuidado de personas mayores dependientes no es por lo general, una actividad que termina en un corto espacio de tiempo. Las consecuencias com3nmente m3s identificadas se producen a diversos niveles: emocionales, relacionales, econ3micos, de reducci3n de tiempo libre, a nivel laboral (Lezaun, Arrazola, 2001).

El hecho de que el cuidado pueda continuar en el tiempo indica nuevos cambios en la familia a lo largo del proceso de cuidado. Incluso el hecho de que un familiar haya sido institucionalizado tras a3os de cuidados o la muerte de este 3ltimo no conduce en muchos casos a estereotipos muy comentados sobre el momento de "relajaci3n y descanso" para la familia, pero puede provocar nuevos procesos estresantes surgir.

La investigaci3n actual sobre el apoyo informal proporciona un mosaico cada vez m3s diverso. Frente a los esfuerzos de los investigadores por entender la atenci3n a las personas mayores dependientes como un proceso similar, se debe enfatizar su complejidad y diversidad en la gran mayor3a de los casos. No existe un modelo 3nico de adaptaci3n y adaptaci3n a las diferentes situaciones asistenciales, pero existe una

importante variabilidad individual en cada una de sus etapas y tiempos. Las familias y los cuidadores difieren según el tipo de deseo o actitud que los lleva a cuidar de sus dependientes, sus habilidades para brindar cuidados y el tipo de sentimientos que los impulsa a asumir el rol de cuidador. Compromiso con el voluntariado, en recursos disponibles.

3.8 Los Cuidadores Informales

Se denominan cuidadores informales a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria: aseo, alimentación, movilidad, vestirse, administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras (Fernández, 2009)

Es aquella persona encargada de ayudar en las necesidades básicas instrumentales de la vida diaria del paciente, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello, contribuyendo a que la persona dependiente se mantenga en su entorno social (Stone de Díaz, 2017).

Características comunes de los cuidadores:

Dedican gran parte de su tiempo a satisfacer las necesidades de su familia.

No tienen un horario para atender a la persona que cuidan principalmente si se encuentra en situación de dependencia.

No reciben un salario por su trabajo.

No es necesario que tenga una formación especializada, pero si se preocupan por tener los principios básicos del cuidado. (Fernández, 2009).

Labores de los cuidadores informales:

- Realiza actividades del hogar.
- Acompaña a la persona que cuida para atender sus necesidades médicas.
- Asiste a la persona para moverse por la casa cuando tiene problemas de movilidad.
- Asistencia en higiene personal: peinado, lavado y cambio de ropa.
- Monitorear y administrar la ingesta de medicamentos. Está atento a los efectos secundarios y las interacciones.
- Realiza labores y cuidados de enfermería.
- Está atento a los conflictos derivados de los problemas emocionales (Fernández 2009).

La importancia del cuidador informal radica en que es una de las principales fuentes de apoyo para quienes reciben los cuidados en este caso los adultos mayores; sin embargo, debido a su falta de capacitación y/o desarrollo de habilidades para el cuidado, muchas veces su labor se dificulta repercutiendo en la calidad de vida de él mismo y del adulto mayor cuidado.

3.9 Cuidadores Primarios

Cuando una persona mayor tiene problemas de salud la familia y/o vecino son los que le brindan los auxilios que estén a su alcance. Dentro de la familia la que mayor responsabilidad asume es la jefa de familia. Cuando tiene que estar hospitalizado se

hace un rol entre los miembros de la familia para su cuidado. Esta persona se denomina cuidador principal (Mayo Clinic, 2018).

El cuidador principal es la persona que se preocupa principalmente por las necesidades físicas y emocionales del paciente; El rol generalmente lo asume un cónyuge, hijo, miembro de la familia o alguien cercano al paciente.

Por lo general no reciben capacitación para la atención del enfermo (Fernández, 2009).

Las actividades que realizan son muy importantes porque permiten mantener el nivel de calidad de vida.

Son las mujeres las principales cuidadoras de los pacientes sin descartar que también hay hombres que tienen la responsabilidad de cuidar de un familiar.

Las primeras en cuidar son las esposas y las hijas, en caso de que sean viudos o viudas el papel lo asume la nuera, las hijas solteras u otro familiar cercano; de los adultos mayores quienes se hacen cargo de los cuidados que éstos necesitan, pero, también podemos encontrar que en algunos casos quien se encarga de la atención de un familiar enfermo sea un hermano o hermana, una nieta o nieto, sobrinos, tíos y tías, compadres o comadres, es decir, todos podemos ser cuidadores (Rangel, 2017).

3.10 Sobrecarga del Cuidador

El estado del cuidado constituye un factor estresante por la naturaleza de la necesidad (que puede ser mayor o menor) y el impacto de lidiar con la dependencia y enfermedad que vive el ser querido. El efecto de tal cuidado está influenciado por una variedad de factores tales como el grado de cuidado requerido, tiempo dedicado a la dedicación,

carga física, exposición a situaciones estresantes relacionadas con el servicio, cuidados similares, etc. Si un familiar que desempeña este rol vive con un dependiente, la intensidad de estos estresores es mayor. El éxito de la prestación de cuidados depende de qué tan bien los cuidadores se cuiden a sí mismos, den suficiente tiempo y presten atención a sus necesidades.

Zaritt (1980, 1996) sugiere hablar de sobrecarga y definirla como el impacto negativo que tiene el cuidado de los demás en los cuidadores. Cambios significativos a nivel personal, familiar, profesional y social, pueden surgir problemas de salud, con carga física y emocional que, en algunos casos, puede llevar al abandono de los cuidadores. Esto se llama "síndrome de cuidador" o "sobrecarga del cuidador". La sobrecarga del cuidador es un trastorno que se presenta en personas que trabajan como cuidador principal de un dependiente. En el cuidador se manifiesta un agotamiento físico y mental que el cuidador enfrenta a una nueva situación a la que no está preparado dedicarle la mayor parte de su tiempo y energía. Se cree que es causado por el estrés constante contra la enfermedad, que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. (Muñoz, Espinosa, Portillo y Benítez, 2002).

De acuerdo con Roca *et al.* (2016), Los síntomas más comunes de la sobrecarga del cuidador son:

a) Físicos: Los que están ligados a la salud del cuerpo como son: dolor de cabeza, fatiga, síntomas gastrointestinales, dolor crónico, palpitaciones, temblores entre otros.

b) Psicológicos: Los que se se refieren al estado emocional de las personas cuidadoras, a las que se le debe poner atención como es la depresión, ansiedad y alteraciones del sueño.

c) Sociales: Se refieren a problemas familiares y laborales que el cuidador enfrenta como el aislamiento social, falta de tiempo libre y las dificultades económicas.

De esta forma, la tarea de ser cuidador genera sentimientos encontrados, dejando de lado intereses y enfermedades personales para cumplir con la responsabilidad que ha tomado de cuidar a los demás. El reto que debe asumir es mantener un equilibrio entre la atención que brinda a la persona cuidada sin descuidar su propia salud mental y física (Rivera, Dávila y Gonzáles, 2011).

Asumir el rol de cuidador trae consigo consecuencias, es posible desarrollar un fenómeno de "sobrecarga" este concepto surge por la necesidad de unificar el conjunto de consecuencias que el cuidado de una persona dependiente tiene para el cuidador, por la tarea adquirida, conjugando diversas variables, físicas, sociales, económicas y laborales:

- 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social;
- 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras;
- 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.

La mayor carga afecta la salud mental, social y física de los cuidadores y a menudo se manifiesta con trastornos individuales, mayor aislamiento social, peores condiciones económicas familiares, mayor morbilidad general y tasas de mortalidad más altas.

Además, los cuidadores tienden a no buscar ayuda médica, retrasan y priorizan los problemas de los familiares dependientes, mantienen la mayoría de sus propias condiciones sin diagnosticar y deberían ser casi "invisibles" para el sistema de salud. Esto hace que sea necesario evaluar la situación. (Vásquez, Mayans, Breinbauer, Guerra y Millán, 2009).

Zarit y colaboradores quienes identificaron la carga generada por la provisión de cuidados como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador” (Viale, 2016:132).

El cuidador de un familiar debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el desgaste del cuidador, por lo que es importante contar con redes de apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad.

Estos efectos son mayores y más frecuentes en cuidadores que deben lidiar con personas que presentan problemas conductuales, como agresividad y conducta errante, además cuando el curso de la enfermedad es de naturaleza impredecible. Pero también se han descrito efectos positivos asociados al cuidado, como el aumento de la autoestima, mayor satisfacción personal al sentir que el ser querido está siendo cuidado adecuadamente. Sin embargo, también cuidar por tiempo prolongado permite

a los cuidadores ir realizando una adecuación en sus rutinas, de manera de lograr una adaptación paulatina al rol, lo que va aminorando los efectos negativos y disminuye la probabilidad de sufrir estrés crónico (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

La sociedad da por hecho que el cuidador sabe y debe realizar su trabajo lo mejor posible; sin embargo, el desgaste es una manera en que el trabajo de cuidados repercute en el cuidador; como ya se mencionó anteriormente en los diferentes aspectos de la vida como lo son el aspecto personal, social, familiar y laboral. La sobrecarga a la que se ve sometido el cuidador puede manifestarse de diferentes maneras.

Por lo que puede entenderse que el desgaste del cuidador primario puede ser originado cuando se le atribuye dicha responsabilidad al cuidador, a causa de dicha situación los demás integrantes de la familia se alejan durante el proceso de atención del adulto mayor dependiente, debido a que algunos no pueden o no quieren ayudar en el cuidado.

Puesto que al no gozar el cuidador de un bienestar físico y emocional le imposibilitará a la persona que cuida una atención adecuada, es conveniente revisar que algunos de los cuidadores, ante la tarea de cuidado diario llegan a concebir la idea de ser los únicos conocedores de lo que vive y siente el adulto mayor. Lo que impide que algún otro familiar ayude en el cuidado, pues piensan que no tendrá la misma atención que éste proporciona, considerando así que nadie más que él conoce la abnegación de cuidado familiar, consecuente a esto se da origen al desgaste del cuidador y a un mal cuidado del adulto mayor.

Son las familias las que con mayor frecuencia se encargan del cuidado de los ancianos dependientes, durante periodos prolongados, para hacer frente a una sociedad que envejece. La responsabilidad no puede recaer sólo en la familia; por la intensidad y costo de las cargas sugiere una responsabilidad compartida, creativa, que se consideren las necesidades de la persona cuidada y del cuidador, por lo que es necesario realizar estudios que conduzcan al logro de mejores estrategias de intervención. Debido a que los cuidadores representan un recurso muy valioso para alcanzar el bienestar de la población que cuidan y que el desempeño de este rol les puede provocar consecuencias negativas para su salud, surge la necesidad de conocer desde la perspectiva de quienes cuidan, cuál es el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol y cuáles son los factores relacionados para poder establecer estrategias de intervención que permitan prevenir o detectar la sobrecarga en los cuidadores familiares (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

De manera frecuente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a ser un paciente "oculto" o "desconocido", que requiere de un diagnóstico e intervención inmediata. Asimismo, se sienten agobiados por las exigencias de cuidados, llegando a presentar ansiedad y depresión. Con la aparición de los síntomas anteriores, se necesitan intervenciones para apoyarlos mentalmente y para llevar a cabo sus actividades de cuidado.

3.11 El Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona

a) La atención integral

La atención integral es aquella que se logra cuando a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y sus necesidades:

- a) **Biológicos**, los relacionados con el cuerpo.
- b) **Psicológicos**, los que tienen que ver con nuestro funcionamiento psicológico, aspectos cognitivos, de comportamiento y de personalidad.
- c) **Sociales**, los que afectan al campo social, rol que ocupamos en la sociedad en cada etapa de la vida, participación, etc.
- d) **Medioambientales**, entorno en el que nos desenvolvemos, nuestra vivienda, nuestro barrio, el lugar en el que vivimos, el lugar de trabajo, los lugares de interacción y de ocio, transporte, comunicaciones, contacto con la naturaleza, entre otros. (Pilar, 2014).

Requiere de normas que regulen, planificación y gestión que abarque y coordine la diversidad de servicios e intervenciones que se precisen desde los diferentes sectores, recursos y niveles de atención.

Su objetivo es ofrecer la atención y apoyos que se requieren con la flexibilidad suficiente para adaptarse a los diferentes contextos en los que se encuentre la persona (en su casa, en un centro de día, en un hospital, en una casa de reposo, en la ciudad o en una comunidad rural). Involucra a todos los sectores y niveles de los sistemas de

protección social y de otros recursos y ámbitos: educación, servicios sociales, sanidad, vivienda, formación y empleo, cultura y cuidadores familiares.

Plantea que mejorar la atención y el apoyo a las familias cuidadoras es un objetivo primordial internacionalmente. Por lo que se requiere que las personas cuidadoras formales e informales dejen de ser invisibles para los sistemas de protección social y se conviertan en beneficiarios de los servicios. Ya que si bien aumenta su calidad de vida, también mitiga la sobrecarga del cuidador.

Se desarrollan las siguientes líneas prioritarias de apoyo a las familias:

- Desarrollar las prestaciones económicas a las personas cuidadoras del ámbito familiar, verificando la calidad del cuidado.
- Promover el equilibrio y la flexibilidad entre la vida laboral y la prestación de cuidados.
- Introducir servicios de soporte para favorecer el respiro de las personas cuidadoras su formación y el asesoramiento profesional.

b) La Atención Centrada en la Persona

Es la que se propone conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Lo que se plantea desde este enfoque es que el plan de atención y apoyos se elabore con la participación activa de la persona, favoreciendo que, además de los tratamientos relacionados con su salud, se busquen otros dos objetivos, para que mediante la

preservación de su autonomía, las personas puedan tomar sus propias decisiones y mantener el control de su propia vida.

Tiene su origen en la psicología humanista que se inicia en la primera mitad del siglo XX, pone especial énfasis en la potencialidad del ser humano y sus características distintivas como decisión, creatividad y autorrealización. Fue Carl Rogers quien propuso un nuevo enfoque psicoterapéutico, en 1942 sentando las bases para la terapia basada en el cliente. Parte del supuesto de que nadie tiene mas conocimiento sobre uno mismo que la propia persona y también es esta quien cuenta con las claves necesarias para comprenderse y autodirigir su vida emprendiendo los cambios necesarios. El rol del terapeuta consiste básicamente en proporcionar un clima favorable y realizar un acompañamiento a la persona en la toma de conciencia de los aspectos que quiere modificar de su vida apoyando y orientado al usuario en la adopción de las estrategias mas convenientes para lograrlo. Estableciendo la confianza total en la persona y el rechazo al papel directivo del terapeuta.

Cuadro 1 Diferencias entre la Planificación Individual Clásica y la Planificación Centrada en la Persona

	Planificación Individual Clásica	Planificación Centrada en la Persona
Percepción de la persona	La persona puede participar, pero no decide. Papel: Perceptor de servicios.	La persona se percibe como sujeto con derechos que toma sus propias decisiones Papel: Cliente
Valores y creencias	Paternalismo del experto. Predominio de la tecnica. El problema esta en la persona.	Satisfacción vital. Orientación y respeto a la persona y su autodeterminación. El problema esta en el ambiente.
Toma de decisiones.	Las toma el equipo técnico.	Las toma la persona y/o su grupo de apoyo.

Continúa en la página siguiente

	Planificación Individual Clásica	Planificación Centrada en la Persona
Conocimientos necesarios	Psicopedagogía, medicina, rehabilitación.	Se añade al conocimiento curricular, otros relacionados con la relación de ayuda, la escucha activa y la comunicación. Ética, Derecho.
Metodología	Elaboración por equipo multidisciplinar. Planificación por objetivos operativos.	Coordinada, participativa, y democrática, incluyendo siempre a la persona. Debate, negociación y consenso final.
Evaluación	Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por la persona.	Cuantitativa y cualitativa, centrada en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos.
Limitaciones	Disponibilidad de servicios específicos.	Preferencias de las personas y disponibilidad de recursos comunitarios.
Modelos de referencia.	Médico. Psicopedagógico/rehabilitador.	Calidad de vida.

Fuente: Vasquez, Mayans, Guerra y Millán, 2009

Los objetivos de la Atención Centrada en la Persona, requiere que la practica profesional se desarrolle mediante una relación de ayuda basada en la preservación de la dignidad inherente a la condición humana y, por tanto, impregnada de valores éticos y desde una posición terapeutica no directiva que cuente con la participación activa de la persona (Pilar, 2014).

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona

- 1.- Todas las personas somos iguales en dignidad y derechos.
- 2.- Cada persona es única.
- 3.- La biografía es la concreción esencial de la singularidad y ayuda a proyectar los planes futuros.
- 4.- Todas las personas adultas tienen derecho a controlar y dirigir su propia vida.

- 5.- Quienes presentan una grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía (de forma asistida o indirectamente).
- 6.- Todas las personas tienen fortalezas y capacidades y pueden desempeñar un rol valioso en función de su edad y circunstancias contextuales.
- 7.- El ambiente físico influye en el comportamiento y el bienestar subjetivo de todos y, de manera especial, de las personas en situación de dependencia.
- 8.- La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas que precisan cuidados de larga duración.
- 9.- Todos somos interdependientes y necesitamos relacionarnos y participar en todos los ámbitos (educativo, laboral, cultural, de ocio).
- 10.- Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. De acuerdo a los postulados del Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona la consecución de la autonomía propia será posible solo en la medida que los cuidadores dispongan de los recursos necesarios para su propio autocuidado, para cuidar bien, hay que cuidarse (Pilar, 2014: 76).

Es vital la promoción de los propios recursos personales, así como el acceso a aquellos acordes a las diversas necesidades de los cuidadores familiares, así como favorecer su autonomía y bienestar.

El papel de las emociones en el Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona

Sentir emociones es inherente en las profesiones de prestación de atención/apoyos. Acompañar a personas que nos necesitan, que tienen dificultades para desarrollar su

plan de vida, o, directamente que sufren, activa nuestros sentimientos. Y ello, lejos de ser algo inadecuado y no profesional es parte de un ejercicio profesional comprometido, eso que necesita la Atención Centrada en la Persona. Difícilmente se puede acompañar a una persona que sufre si no genera en nosotros una emoción capaz de conmovernos, de sensibilizarnos.

La ética no solo necesita de la razón, si no que necesita, para poder estimar y dar valor a la realidad, de la emoción. El Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona requiere de personas con mucha empatía, lo que implica esfuerzo por entender la posición de la otra persona, pero no solo momentáneamente, si no de un modo permanente, global. La actitud empática y la acción empática es un deber que nos obliga a dejar prejuicios para comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación (a nivel verbal o no verbal) sin emitir juicios y sin quedarnos en una amabilidad superficial y estereotipada. Son muchas las dificultades y barreras que encontramos para ejercer esta capacidad cognitiva: desde una falta de inteligencia emocional, que no identifiquemos al otro como un ser portador de emociones (positivas y negativas) o una identidad o rol profesional aprendido.

Es imprescindible, incluir el adecuado manejo de las emociones en la formación, contar con procesos de acompañamiento que ofrezcan apoyo técnico y emocional, que ayuden a manejar las emociones y revisar el impacto de las relaciones entre los cuidadores para que no se comprometa su salud psicológica. Estos procesos de acompañamiento también permiten, prevenir o abordar problemas ya establecidos como la despersonalización existente o el desgaste del cuidador (Pilar, 2014).

IV. METODOLOGÍA

4.1 El Entorno de la Comunidad Objeto de Estudio

La comunidad de San Felipe Cuapexco, pertenece al municipio de Cohuecan de origen náhuatl, fue un pueblo que apareció en la época prehispánica bajo el nombre Cohuican. Sometido en 1522 por los españoles. Perteneció, a fines del siglo XIX, al antiguo Distrito de Izúcar de Matamoros; en 1895 fue constituido como municipio libre.

La cabecera municipal es el pueblo de San Bartolomé Cohuecan, localizado en la parte centro oeste del estado de Puebla.

La comunidad se ubica a cuatro kilómetros de la cabecera municipal. Colinda al este con el municipio de Acteopan, Puebla; mientras que al sur, norte y oeste limita con el estado de Morelos (INAFED, 2013).

Las principales actividades económicas a las que se dedica la población son: actividades agrícolas, las pecuarias y las artesanales. En lo que se refiere a las actividades agrícolas las familias se dedican a la producción de cultivos como es el maíz, frijol, cacahuate, sorgo y amaranto. Además, en el traspatio cultivan hortalizas plantas medicinales y plantas ornamentales.

Otra de las actividades importantes es la ganadería familiar (aves, porcinos) y en menor escala los ovinos, caprinos y bovinos.

Una de las actividades económicas importantes a las que se dedican es a la elaboración de artesanías de alfarería que les genera ingresos en épocas de estiaje.

Características Sociales Municipales. En el 2005 según los criterios metodológicos usados por CONEVAL para medir la pobreza, el 36.6% de la población de Cohuecan tenía pobreza alimentaria, definida por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza en México (CTMP) como: los hogares cuyo ingreso por persona era menor al que se consideró como necesario para cubrir las necesidades de alimentación (Deloarte *et al.*, 2014).

En la actualidad el CONEVAL ha cambiado sus criterios metodológicos para medir la pobreza adoptando una metodología para la medición multidimensional de la pobreza (CONEVAL, 2011). Bajo esta perspectiva, las principales características del municipio de Cohuecan lo muestran como:

- Un municipio con el 78.2% de su población en situación de pobreza.
- Con una población del 28.9% en situación de pobreza extrema.
- Con una población del 78.8% con ingreso inferior a la línea de bienestar.
- Con una población del 43.3% con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.
- Con una población del 32.5% con carencia de acceso a la alimentación.

La población se distribuye de la siguiente manera: cuenta con una población total de 658 personas, de las cuales 303 son hombres y 355 son mujeres; el total de la población se distribuye en 155 viviendas

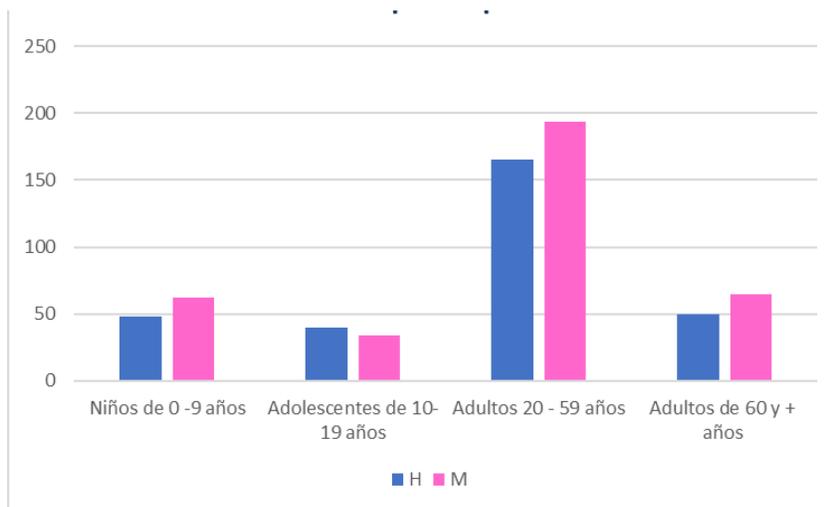


Figura 1. Distribución de la población por edad y sexo en San Felipe Cuapexco.
FUENTE: Datos tomados del Censo IMSS,2020

Como puede notarse en la figura 1, la mayor concentración de población está representada por aquellas personas de 20 a 59 años actualmente; y los niños de 0 a 9 años y los adolescentes de 10 a 19 años y principalmente los adultos mayores de 60 años constituyen los sectores de la población con menor densidad.

4.2 Población Objeto de Estudio

La población objeto de estudio la constituyen siete cuidadoras, todas del sexo femenino, que atienden a la misma cantidad de adultos mayores. Las cuidadoras en cuestión lo son informales, que se dedican principalmente a las actividades del hogar y apoyan en las actividades propias de la producción agropecuaria y otras labores

propias del medio rural. Asimismo, cabe mencionar que ninguna de las cuidadoras ha recibido capacitación o entrenamiento para desarrollar dicha labor.

4.3 El Método de la Escala de Zarit de Sobrecarga del Cuidador

De acuerdo con Vásquez, Mayans, Guerra y Millán (2009:123), el "Cuidador" se define como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente es incapaz de auto sustentarse".

La "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" presenta gran confiabilidad inter-observador, consistencia interna. Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, muestra alta correlación con instrumentos afines. También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental. Siendo capaz de discriminar estrés psíquico.

Más aún, el análisis factorial de las dimensiones que incorpora, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones.

Con su brevedad y 100% de sensibilidad, representa un excelente método de investigación para detectar cuidadores que presenten sobrecarga intensa, condición asociada a un aumento de morbimortalidad.

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit consta de 22 reactivos, los cuales se agrupan en tres áreas: la primera de ellas (A) se denomina consecuencias del cuidador en el cuidado y consta de 11 reactivos; la segunda área (B) se denomina creencias y

expectativas sobre capacidad para cuidar y contiene 7 reactivos; la tercera área (C) es la relativa a la relación cuidador con adulto mayor, misma la conforman 4 reactivos. Para una mayor comprensión de la escala en cuestión y para conocer el tipo de reactivos contenidos en cada una de las áreas ver Cuadro 2.

Cuadro 2. Áreas y reactivos que integran la Escala de Zarit y el valor máximo que arroja cada una de las áreas

A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44)
1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?
7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?
8A. ¿Cree que su familiar depende de usted?
10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?
12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?
13A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?
14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?
22A. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?
B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?
9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?
18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?
19B. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

Continúa en la página siguiente

C. Relación Cuidador con Adulto Mayor cuidado (0-16)
15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?
20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?
21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?

Fuente: Vásquez, Mayans, Guerra y Millán, 2009.

4.4 Evaluación de Sobrecarga del Cuidador

El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Las preguntas de la escala son tipo Likert de 4 opciones, tal y como se menciona en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Categorías y valores de la escala de Likert considerados para la sobrecarga de las cuidadoras del presente estudio

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Fuente: Vásquez, Mayans, Guerra y Millán, 2009.

Las opciones antes mencionadas constituyen las respuestas de las cuidadoras de adultos mayores a cada uno de los reactivos que integran la Escala de Zarit, los cuales a su vez se agrupan en las tres áreas aludidas en el Cuadro 3.

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Posteriormente se suma cada una de las calificaciones obtenidas en la escala Likert por cada una de las cuidadoras. Acto seguido se suman las calificaciones de todos los reactivos de las cuidadoras

participantes y se obtiene un puntaje máximo de 88 puntos, mismos que resultan de la suma del puntaje máximo de cada una de las áreas: A 44, B 28, C 16.

El criterio de decisión para establecer los diferentes tipos de sobrecarga contenidos en la Escala de Zarit quedaría como se presentan en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Categorías y puntaje del criterio de decisión para medir la sobrecarga de las cuidadoras sujetas de estudio

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥56

Fuente: Vásquez, Mayans, Guerra y Millán, 2009

- La **ausencia de sobrecarga**, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado
- El estado de **sobrecarga ligera** se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de **sobrecarga intensa** se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo de esta investigación se integra de dos apartados: uno relativo a características generales de la población sujeta de estudio, el cual contiene información relativa a las características de las cuidadoras de los adultos mayores y de las características más importantes de las personas cuidadas; en un segundo apartado se presentan y discuten los resultados relativos a la sobrecarga de las cuidadoras sujetas de estudio de la presente investigación. Los resultados del trabajo de investigación sobre las cuidadoras de adultos mayores de la comunidad de San Felipe Cuapexco sujetas de estudio arrojan una amplia información que, por razones de espacio, algunos cuadros y figuras se enviaron a los anexos. En este capítulo solamente se presentarán y discutirán aquellos resultados más directamente relacionados con los objetivos de la investigación.

5.1 Características Generales de la Población Sujeta de Estudio

5.1.1 Características de las cuidadoras

Resultados obtenidos en las entrevistas que se realizaron a las siete personas que son cuidadoras de adultos mayores en San Felipe Cuapexco.

En este apartado se describen algunas de las características principales de las siete personas cuidadoras. En relación con la categoría de sexo, todas ellas son mujeres, no se encontró ningún varón. Esto indica que son las mujeres principalmente las responsables del cuidado de los adultos mayores, debido al rol que desempeñan dentro del núcleo familiar como jefas de familia, que son las responsables de velar por

el bienestar de todos sus integrantes, sobre todo en lo relacionado con la alimentación, educación y salud, entre otras muchas actividades.

Una característica importante es la relacionada con la edad, la cual permite conocer la etapa de la vida en la que se encuentran las cuidadoras, en este caso la edad promedio es de 54 años. La persona de menor edad tiene 40 años y la de mayor edad 74 años. Esto se va a traducir en menor o mayor desgaste físico y emocional en las cuidadoras (Figura 2).



Figura 2. Edad de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla
Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

Otra característica importante de las cuidadoras es el grado de escolaridad que poseen. Todas saben leer y escribir, el 43% cuentan con un nivel de escolaridad de primaria, 28% no la concluyó y sólo el 28% llegó hasta la secundaria. Este nivel de escolaridad les permite entender las indicaciones de los médicos, leer las indicaciones de cómo administrar los medicamentos, así como de llevar un control de los fármacos aplicados al adulto mayor que tenga un problema de salud (Figura 3)



Figura 3. Escolaridad de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla
Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

En relación con el servicio médico con que cuentan las cuidadoras y los adultos mayores, éstos no son derechohabientes de ninguna institución del sector de salud oficial. Cuando se enferman consultan a médicos particulares establecidos en pueblos de mayor número de habitantes y con actividades económicas relacionadas con el comercio. Este punto es muy importante debido a que cuando las personas adultas presentan una enfermedad crónica degenerativa, les genera gastos por lo que tienen que acudir a la familia (especialmente los hijos e hijas) para recibir apoyo económico para sufragar los gastos médicos, de medicamentos y el transporte.

Otra característica igual de importante es el estado de salud en las que se encuentran las cuidadoras. Como se muestra en la figura 4 el 43% de las entrevistadas mencionó que no padecen de ninguna enfermedad crónica, el 29% padece de hipertensión, el 14% de tiroides y vitíligo y el 14% de hipertensión y diabetes. Enfermedades comunes de la edad (Figura 4).



Figura 4. Padecimientos de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla

Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

Una actividad importante para la salud es la activación física, que en algunas ocasiones se vuelve compleja por las múltiples labores que realizan. Sin embargo, las

participantes consideran importante el caminar como una actividad física que realizan. El ir y venir a las parcelas durante el ciclo agrícola es una ejercitación importante para su salud.

El tiempo que tienen al cuidado de un adulto mayor es relativamente poco. Las personas en el medio rural se hacen dependientes hasta que no puedan satisfacer sus necesidades por sí solos (principalmente salud). Las participantes mencionaron que el tiempo que tienen como cuidadoras primarias oscila entre los tres meses y 5 años, solo una cuidadora mencionó que tiene 20 años al cuidado de su suegro. Esto es muy común cuando se casan y van a vivir a la casa de los suegros. Al vivir con los padres o los suegros van viviendo el envejecimiento de los adultos mayores y asumiendo responsabilidades (Figura 5).

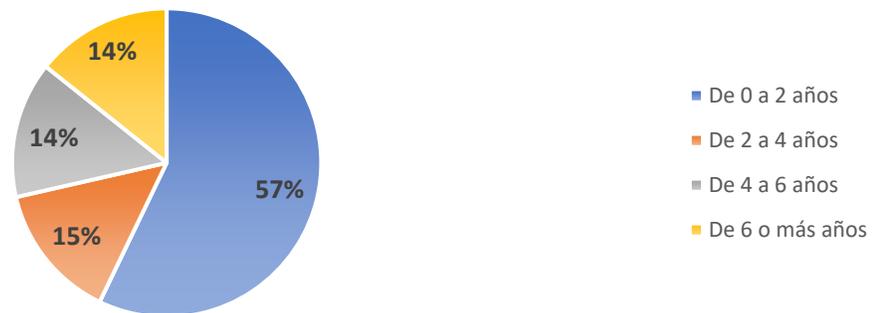


Figura 5. Tiempo de cuidado de las personas cuidadoras de adultos mayores en San Felipe, Cuapexco, Puebla

Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

Un aspecto importante de destacar es el papel que juega la familia en el medio rural en relación con el cuidado y acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento y, sobre todo, cuando se tienen problemas de salud de enfermedades crónicas degenerativas. En el transcurso de la vida de los integrantes se va observando el envejecimiento de los padres, que si bien es cierto les permite ir preparándose en la

toma de decisiones entre los hijos e hijas de quién será la persona encargada de su cuidado cuando se requiera de ello. En este estudio se encontró que el parentesco entre las cuidadoras y el adulto mayor cuidado, el 57 % son hijas, el 29 % nuera y 14% esposa. La mayoría de las personas mayores de edad viven en casa de su cuidadora o bien en casa de otra hija o son matrimonios que viven solos (Figura 6).

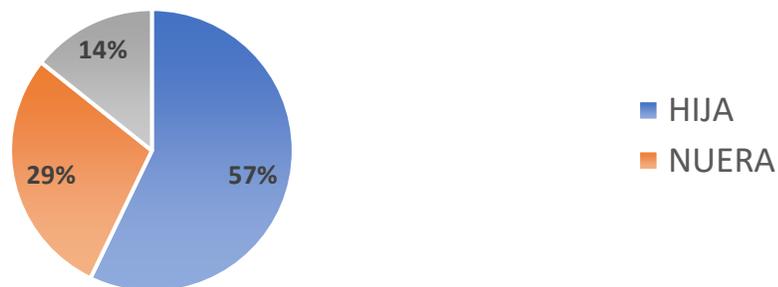


Figura 6. Parentesco de las cuidadoras con los adultos mayores en la comunidad objeto de estudio.
Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

5.1.2 Características de las personas cuidadas

En este estudio se entrevistaron siete mujeres cuidadoras y cada una de ellas está a cargo de un adulto mayor sujeto de cuidado, como se muestra en la Figura 7, en donde se consignan las edades de las personas cuidadas. La persona de menor edad tiene 64 años y este es un dato atípico porque el conjunto (86%) se concentra entre 76 y 87 años, lo que da una clara idea de la edad de los adultos mayores.



Figura 7. Edad del adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.
Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

En lo que se refiere a prestaciones sociales que perciben los adultos mayores sujetos de cuidado, se encontró que el 86% de ellos reciben apoyo del Programa Pensión para el Bienestar de los Adultos Mayores de la Secretaría del Bienestar del gobierno federal. Como se muestra en la Figura 8 sólo un adulto mayor no recibe apoyo institucional alguno.



Figura 8. Prestaciones sociales que percibe el adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.
 Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

Generalmente, y en especial en las comunidades del medio rural, la cuidadora vive en la misma casa que la persona sujeta de los cuidados, esto queda de manifiesto en el caso de esta investigación, en donde se encontró que en el 86% de las observaciones, la cuidadora y la persona cuidada comparten el mismo domicilio (Figura 9).

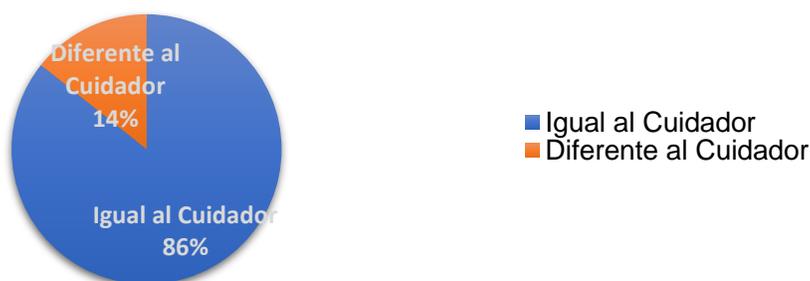


Figura 9. Domicilio del adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.
 Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

En lo referido al padecimiento de la persona cuidada, este se puede apreciar en la Figura 10, en donde se mencionó una diversidad de enfermedades que van desde padecimientos neurologicos (42%) hasta gastrointestinales y metabólicos (28%) y crónico-degenerativos (14%). Se observa también que un adulto mayor no presenta una enfermedad o discapacidad determinada, su necesidad de atención está referida únicamente a su condición de edad.

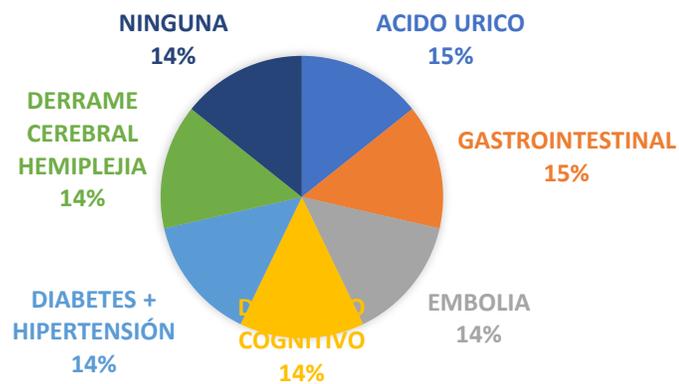


Figura 10. Padecimiento del adulto mayor cuidado en la comunidad objeto de estudio.
Fuente: Datos obtenidos del trabajo de campo, 2021

5.2 Resultados Relacionados con la Sobrecarga de las Cuidadoras

Como ya se señalaba párrafos arriba, solamente se presentarán los resultados directamente relacionados con los objetivos del trabajo de investigación, para el caso específico de este segundo apartado, se presentarán los resultados que sintetizan o concentran la información relacionada con la aplicación de los 22 reactivos que integran la Escala de Zarit para las cuidadoras de adultos mayores en la comunidad rural de San Felipe Cuapexco. Este trabajo de investigación también obtuvo resultados individuales de cada una de las cuidadoras sobre los reactivos y áreas que constituyen la Escala de Zarit, mismos que se encuentran en los anexos para su consulta.

A continuación, se presentan los resultados relativos a los 22 reactivos de las tres áreas (A, B y C), que se aplicaron a las cuidadoras de adultos mayores de la comunidad de San Felipe Cuapexco (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5 Resultados obtenidos por las cuidadoras sujetas de estudio en cada una de las áreas en que se agrupan los reactivos de la Escala de Zarit

No.	Factores de Carga	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1	A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44)	39	43	35	32	23	34	13
2	B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)	18	14	16	15	13	18	7
3	C. Relación cuidador con adulto mayor cuidado (0-16)	13	11	13	12	13	11	4
	Nivel de Carga del Cuidador	70	68	64	59	49	63	24

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta 2021.

En el Cuadro 5 se concentra la información obtenida de la aplicación del cuestionario a las siete cuidadoras de la comunidad objeto de estudio para medir el nivel de carga de éstas, en dicho Cuadro se aprecia el puntaje obtenido por cada una de ellas, pero concentradas en las tres áreas (factores de carga), las cuales a su vez se integran por una cierta cantidad de preguntas (reactivos) A 11, B 7 y C 4, de acuerdo con la metodología previamente establecida.

Los resultados del Cuadro en cuestión indican que, de las siete cuidadoras de adultos mayores de la comunidad objeto de estudio, cinco de ellas (que representan poco más del 71%) se ubican con una sobrecarga intensa, que de acuerdo con el criterio de decisión declarado en la metodología obtienen un puntaje igual o mayor de 56 puntos; una de ellas (que representa poco más del 14%) se sitúa con una sobrecarga ligera, en

un rango de 47 a 55 puntos y una más (14%) que se coloca con ausencia de sobrecarga, ya que su puntaje total fue de 24, muy inferior al establecido para éste que es igual o menos 46 puntos.

En el caso de la cuidadora que se ubica como ausencia de sobre carga es probable que influya que ésta sea una cuidadora secundaria, lo que significa que su responsabilidad no es tan comprometida y estresante que cuando se es cuidadora primaria; por otro lado, la cuidadora en cuestión tampoco asiste a la persona cuidada en el mismo techo donde esta vive sino que se traslada al domicilio de la persona cuidada; asimismo, la cuidadora tan sólo tiene atendiendo a la persona cuidada alrededor de medio año, en comparación con la mayoría de las cuidadoras que tienen atendiendo a sus adultos mayores entre 2, 4, 5 y 20 años. Sin duda todos los aspectos antes señalados influyen para que la cuidadora C 7 sea colocada en la categoría de ausencia de sobrecarga.

En el caso de la cuidadora C 5, la cual se ubica con una sobrecarga ligera, existen situaciones particulares que seguramente influyen para que sea colocada en tal situación; la principal de ellas es que su adulto mayor cuidado manifiesta no tener enfermedades crónico degenerativas como en el caso de la mayoría de los adultos mayores cuidados; y aunque esta cuidadora es considerada de tipo primaria, y asiste a la persona cuidada en el mismo techo donde ambos viven; el tiempo de atención que es de dos años, aunque se ubica en un nivel de tiempo medio en comparación con las cuidadoras que tienen 4, 5 y 20 años con sus personas cuidadas y las cuidadoras que tiene menos de dos años y hasta algunos meses atendiendo a sus adultos mayores.

Dichos aspectos influyen para que la cuidadora C 5 se sitúe en un nivel de sobrecarga ligero.

Ahora bien, el resto de las cuidadoras C 1, C 2, C 3, C 4 y C 6, que se ubican en un nivel de sobrecarga intensa, lo cual implica que las cuidadoras en cuestión estén expuestas a un mayor grado de estrés, a un mayor cansancio, descuidar o quitar tiempo a las actividades propias del hogar y de tipo productivo, a las actividades familiares y sociales. Seguramente la edad de las personas cuidadas, las cuales siete de ellas registran más de 76 años de edad hasta alcanzar dos de ellas 87 y el de menor edad 64 años, ha influido para ubicarse en un nivel de sobrecarga intenso.

La edad de las personas cuidadas tiene una estrecha relación con la presencia de enfermedades crónico-degenerativas que tienen que ver con la salud física de los adultos mayores, el quebranto de la salud física es inevitable a partir de los 75 años de edad. No obstante, el bienestar no solamente lo constituye la salud física, ya que el concepto de bienestar también incluye la salud mental o psicológica, la economía, la educación, el acceso a los servicios generales, entre otros.

Los conceptos relativos a la salud física y salud psicológica derivan en las nociones de bienestar objetivo y bienestar subjetivo; los cuales son entendidos: en el caso de bienestar objetivo como las cosas que las personas hacen como el acceso a los recursos y a las oportunidades que tiene, mientras que el bienestar subjetivo se refiere a la sensación de dicha o felicidad que cada ser humano tiene respecto a su vida y está más relacionado con los aspectos sociales y psíquicos (Ángulo, 2018). Este bienestar

subjetivo permite a las personas cuidadas mantener la esperanza de mantenerse satisfechos con la vida.

El bienestar subjetivo que mantiene a las personas cuidadas satisfechas con la vida se transmite a cuidadoras ubicadas en el nivel de sobrecarga intensa, a pesar de que padecen un mayor grado de estrés, que están expuestas a sacrificar las actividades del hogar, técnico productivas, familiares y sociales, así como ser más proclives a padecer enfermedades, estas cuidadoras mantienen un bienestar subjetivo y de satisfacción con la vida. Ello se manifiesta con algunas evidencias de alguna de las cuidadoras:

“Cuidar ha sido complicado, debido al poco tiempo que me queda para mí, lo más complejo para mí es preparar la comida, ya que debo dejar todo hecho antes de salir al trabajo del campo. Cuando tenemos que salir a alguna fiesta también es difícil porque no le gusta asistir a esas reuniones y debe quedarse solo en casa; eso puede provocar que finalmente yo decida no asistir para quedarme a cuidarlo.

También han existido diferencias con mi esposo al sentir que le dedico menos tiempo a él y me enfoco más al cuidado de su papá.

Por otro lado, es gratificante, por que cuidarlo me ha dado la oportunidad de poder conocerlo mejor, al escucharlo y valorar la oportunidad de poder aprender de sus consejos y experiencia en la vida” C2.

Aun cuando las cuidadoras de adultos mayores sujetas del presente estudio no mencionaron cantidades precisas, todas aludieron que lo económico es el principal factor que las afecta. Ya que el tiempo dedicado a la atención de los adultos mayores cuidados no permite a la familia dedicarle más tiempo a apoyar en las labores de campo y en otras actividades como alfarería y comercio, mismas que son generadoras de ingreso para la familia.

El desgaste emocional de las cuidadoras informales de los adultos mayores constituye otro de los factores que provocan el desgaste de dichas cuidadoras, el principal aspecto es la falta de preparación (capacitación) para atender a los adultos mayores. En este caso, los adultos mayores cuidados el 86% tiene más de 76 años hasta llegar a los 87 como edad máxima, lo cual los hace proclives a enfermedades crónicas cuya atención es difícil de proporcionar: medicamentos, asearlos, llevarlos al médico, alimentarlos, cuidar que no se formen escoriaciones en espalda y cuerpo por tanto tiempo de permanecer acostados o sentados.

La labor de cuidadoras también constituye un factor de carga importante y causante de estrés en ellas ya que afecta el rol que ocupan en la sociedad, de acuerdo con la edad que éstas tienen y con la etapa de la vida en que se encuentran; lo cual incide en descuidar las actividades escolares de los hijos, abandonar parcialmente el mantenimiento de la vivienda, participación en eventos de tipo social de la comunidad y sacrificar parte del tiempo para dedicarlo al ocio.

Sin duda, la edad de los adultos mayores cuidados constituye el aspecto que mayormente afecta no sólo el desgaste físico, emocional y social de las cuidadoras en cuestión, ya que los adultos mayores sujetos de estudio han perdido su independencia y requieren se les apoye hasta para resolver problemas y necesidades muy elementales como alimentarse e ir al WC o cambiarles de pañal. La dependencia del adulto mayor cuidado incide negativamente en el aspecto económico de la familia, lo que conlleva a realizar una mayor cantidad de actividades productivas (apoyar en labores de cultivo, alfarería y comercio) y por ende a un mayor estrés físico; también

incide negativamente en el desgaste emocional de las cuidadoras al producirles angustia y agobio para enfrentar el cúmulo de cuidados que requieren los adultos mayores sin una preparación profesional o técnica para ello; asimismo, les afecta en el rol social que deben desempeñar dentro de su grupo social.

VI. CONCLUSIONES

Lo primero que hay que señalar, es que estudios sobre la carga del o la cuidadora de adultos mayores de largo plazo en comunidades rurales no se había explorado, éste es un intento por asomarse a esta actividad que llevan a cabo primordialmente las mujeres de las familias donde se requiere que éstas se conviertan en cuidadoras. Por supuesto, dicha labor es enormemente más complicada que llevarla a cabo en el medio urbano donde se encuentran mayores facilidades para proporcionar una atención más oportuna que en el medio rural.

Este breve trabajo de exploración, indica que en el medio rural (y particularmente en la comunidad objeto de estudio) se carece de lo más indispensable para desarrollar la labor de cuidadora de adultos mayores: seguridad social, médicos en la comunidad, medios de transporte para trasladar a los adultos mayores enfermos a la población donde se le brinde atención médica y, sobre todo, disponibilidad inmediata de recursos económicos para enfrentar los gastos que requieren los adultos mayores.

Por otra parte, las cuidadoras del medio rural como en el caso de San Felipe Cuapexco, carecen de preparación o capacitación para brindar una atención adecuada a los adultos mayores y, sobre todo, para que el nivel de sobrecarga cuando es intensa no les afecté tanto el estrés físico, emocional y social.

En el caso particular de la comunidad objeto de estudio, las cuidadoras que se ubican en el nivel de sobrecarga intensa, que constituyen la mayoría de los casos estudiados, aunque reconocen que el estrés físico, emocional y social, les afecta de manera importante; ellas aseguran que se sienten satisfechas con la labor que realizan, dándole mayor importancia al bienestar subjetivo, lo que favorece para que su bienestar en general lo consideren aceptable.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva , L. (2010). Política Pública . México: Miguel Angel Porrúa.
- Álvarez, L., González, A. M., & Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618-619. Recuperado el 2 de 8 de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-91112008000600020
- Ángulo Domínguez, Fernanda (2018). Descripción de la calidad de vida como inclusión social en adultos mayores en el Centro de Asistencia y Estancia Gerontológica “Casa del Abue” en el estado de Puebla. Tesina de Maestría Profesional. Colegio de Postgraduados
- Batthyány, K. (2010). Gobierno de México. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/247787/V14_Envejecimiento.pdf
- Cantero Rodriguez, M. (12 de Mayo de 2012). Efecto de la fibra y acidos grasos de la chíá en personas de la 3a. edad. 157. Santa Catarina Martir, Puebla, México.
- Cárdenas Elizalde, M. d., Cortés Cáceres, F. A., Escobar Latapí, A., Nahmad Sittón, S., Scott Andretta, J. R., & Teruel Belismelis, G. M. (2018). ¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores? México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Caribe, C. E. (2015). Sobre el cuidado y las políticas de cuidado. Recuperado el 2020, de <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>
- CONEVAL. (2016). ¿Que fundiona y que no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores? (CONEVAL, Ed.) México: CONEVAL. Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Guias_practicas/6_Cuidados_de_Largo_Plazo.pdf
- Deloarte George , M., Aguirre Alvarez , L., Jaramillo Villanueva , J., Escobedo Garrido , J., Alvarez Gaxiola , J., & Montalvo Paquini , C. (2014). El quehacer alfarero en

San Felipe Cuapexco, Puebla y sus potenciales para la producción con valor agregado. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas* .

Entrepreneur. (Noviembre de 2016). *Emprende en el negocio del futuro: la vejez*. Entrepreneur, 20-24.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontología Social* . España: Psicología Piramide.

Ferreyra, M. (2018). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres.

Furlong, M. S. (s.f.). *El nuevo mercado de la tercera edad*.

García Guzmán , B. (2019). *El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano*. México, México: Estudios Demográficos y urbanos. Obtenido de <https://doi.org/10.24201/edu.v34i2.1811>

Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Santiago de Chile: CEPAL. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/1/S1420237_es.pdf

Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Santiago de Chile: Publicacion de las Naciones Unidas .

Gutierrez Robledo, L. M., Giraldo Rodriguez , L., Agudelo Botero, M., Gonzalez-Gonzalez, C., López Ortega , M., Medina Campos, R. H., & Cárdenas Varela , C. L. (2015). *Realidades y Expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta Nacional de envejecimiento*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM .

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: Mc Graw Hill.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40628/1/S1600887_es.pdf. (s.f.).

- Huenchuan, S., & Rodriguez, R. I. (2014). CEPAL. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40628/1/S1600887_es.pdf
- INMUJERES (2013). El trabajo de cuidados ¿Responsabilidad compartida? México: INMUJERES.
- Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. Argentina: Salud Colectiva.
- Mayo Clinic (2018). Cuidados a Largo Plazo: La Planificación Temprana Vale la Pena. México. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/healthy-aging/in-depth/long-term-care/art-20045212>
- Mejía Lira, J. (2003). La Evaluación de Políticas Públicas . México: Miguel Angel Porrúa.
- Mendoza-Nuñez, V. M. (2013). Viejismo: Prejuicios y estereotipo de la vejez. (F. d. Zaragoza, Ed.) Ciudad de México, México: Impresiones Torres.
- Nieves Rico, M., & Robles, C. (2016). "Políticas de cuidado en America Latina Forjando la Igualdad". CEPAL, Naciones Unidas.
- Nutrición, I. N. (5 y 6 de Noviembre de 2019). 1er Congreso Internacional de Cuidadores. D.F., México.
- Oliva Moreno, J., & Osuna Guerrero, J. (Septiembre de 2009). <https://www.fundacionsindano.com/>. Obtenido de <http://www.fundacionsindano.com/wp-content/uploads/2017/11/J.-Oliva-Moreno-et-al-2009-Coste-cuid.informales.pdf>
- Ostiguín-Melendez, R., & Bustamante-Edquén, S. (2016). Dimensiones del cuidado en familias urbanas mexicanas. Enfermería Universitaria, 80-89.
- OXFAM. (2017). Trabajo de cuidados y desigualdad. Mexico: OXFAM.
- Pérez-Lizaur, A.B.; Marván, L.; (2009). Manual de dietas normales y terapeuticas. Los alimentos en la salud y en la enfermedad. Ciudad de México: Ediciones científicas la prensa médica mexicana.

- Rangel Dominguez, N. E. (s.f.). Cuidados paliativos .org. México: Hospital General Manuel Gea Gonzales . Obtenido de <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>
- Revista de Cancerología. (2019). Obtenido de <https://www.infocancer.org.mx/>
- Rodriguez Escobedo, F. (2015). Políticas Públicas y sus Programas Sociales. México: Distribuciones Fontamara S.A.
- Rodriguez, H. (2017). Política Publica del Trabajo de Cuidados en America Latina . México: OXFAM.
- Roth Deubel, A. (2002). Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora.
- Sommer, S. E. (2014). Según pasan los años. La vejez como un momento de la vida . Madrid, España: Clave Intelectual.
- Spín Andrade , A. (2005). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Salud Pública.
- Stone de Díaz, M. G. (2017). Llegar bien a la vejez. Gericultura, Gerontología y Geriátría. México: Trillas .
- Vasquez Va., H., Mayans Sa., S., Breinbauer Ka., H., Guerra , C., & Millán K., T. (2009). Scielo. Obtenido de Revista Médica de Chile : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009
- Vizcaino Martí, J. (2000). Envejecimiento y Atención Social. Barcelona: Herder.
- Yanguas Lezaun, J., Leturia Arrazola , F., & Leturia Arrazola , M. (Octubre de 2001). <https://fiapam.org/>. Obtenido de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/yanguas-apoyo-02.pdf>