



Ángel M. Muñoz Alicea, Ph.D.

Laura González López, Ph.D.

Rosa M. Mendoza Páramo, M.P.P.

Ruth M. Velasco Salamanca, MSc.

Jennifer M. Pérez Rivera, Ph.D.

Joan E. Serra Pérez, Psy.D.



Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia

Perfil del
**CUIDADOR INFORMAL
DEL ADULTO MAYOR:**

*un estudio comparativo entre
Puerto Rico, México y Colombia*

PRIMERA EDICIÓN

ÁNGEL M. MUÑOZ ALICEA, PH.D.
LAURA GONZÁLEZ LÓPEZ, PH.D.
ROSA M. MENDOZA PÁRAMO, M.P.P.
RUTH M. VELASCO SALAMANCA, MSc.
JENNIFER M. PÉREZ RIVERA, PH.D.
JOAN E. SERRA PÉREZ, PSY.D.

Perfil del
**CUIDADOR INFORMAL
DEL ADULTO MAYOR:**

*un estudio comparativo entre
Puerto Rico, México y Colombia*

PRIMERA EDICIÓN



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE PUERTO RICO
2023

El material publicado en este libro no puede ser reproducido o transmitido en ninguna forma, medio o formato, total ni parcialmente, sin la autorización escrita del editor y autor.

Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia

Primera edición 2023

© Ángel M. Muñoz Alicea

Laura González López

Rosa M. Mendoza Páramo

Ruth M. Velasco Salamanca

Jennifer M. Pérez Rivera

Joan E. Serra Pérez

© Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

2250 Boulevard Luis A. Ferré Aguayo, Suite 557

Ponce, Puerto Rico 00717-0655

Teléfono: 787.841.2000

www.pucpr.edu/publicaciones

Edición: Prof.^a Olga Bizoso de Montilla
Prensa y Comunicaciones, PUCPR

Diagramación: Carlos Javier Santos Velázquez
coordinador de Publicaciones
Prensa y Comunicaciones, PUCPR

Diseño de portada: José González Sotomayor
diseñador gráfico institucional, PUCPR

Impreso en Puerto Rico / Printed in Puerto Rico

ISBN: 978-1-970009-48-4

Agradecimientos

PUERTO RICO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PUERTO RICO

Para que un proyecto alcance el éxito, es necesario mucho más que una buena idea. Se necesita de compromiso, esfuerzo colectivo, una sinergia entre los integrantes y la colaboración oportuna de personas que deseen el bien común, sobre todo para aquellos que necesiten que se les dé voz. Es por todo esto que, una vez completado este trabajo de investigación internacional, es meritorio agradecer a las personas que apoyaron y colaboraron en este proceso. Agradezco al Dr. Jorge Iván Vélez Arocho, presidente de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, por fomentar y apoyar las gestiones e iniciativas que tienen como misión el bienestar de las poblaciones vulnerables. De igual forma, agradezco al Dr. Leandro Colón y a la Vicepresidencia de Asuntos Académicos por la otorgación de los fondos para realizar la presente investigación. También, extendiendo el agradecimiento especial al Sr. Joel Vélez Colón, director ejecutivo de la Oficina Institucional de Relaciones Internacionales, por la colaboración y por facilitar la vinculación con las universidades internacionales que han formado parte de la Escuela para Cuidadores de Adultos Mayores internacional de la PUCPR (ECAM) y esta

investigación. Asimismo, agradezco a la Dra. Ilia Rosario Nieves, decana del Colegio de Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la PUCPR, por su colaboración con este proyecto.

Un reconocimiento especial para los colegas investigadores de la Universidad del Valle de Atemajac (México), la Universidad Vasco de Quiroga (México), la Universidad Católica de Colombia y la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico por su compromiso y esfuerzo sostenido con este proyecto de investigación. Por último, pero igualmente importante, agradezco a los compañeros de la Oficina de Prensa y Comunicaciones, a la Clínica Interdisciplinaria de Servicios a la Comunidad, a Celimer Torres Rivera, a Ivannys Cappas Pérez, a los estudiantes que hicieron de este proyecto parte de su experiencia de formación académica y a todos los cuidadores informales que participaron.

MÉXICO

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

Agradecemos a la Universidad Vasco de Quiroga por el apoyo prestado; a su rector, el Ing. José Antonio Herrera Jiménez; a la secretaria académica, L.C.C. Susana García Ramírez; al decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Dr. J. Jesús Salgado Hernández; a la Dra. Rebeca Jacqueline Murillo Ruiz, directora de Asuntos Internacionales por ser el vínculo entre las universidades; y a los alumnos que prestaron su apoyo para la recolección de datos necesarios para la presente investigación. Y por último, a la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico y al Dr. Ángel Muñoz Alicea por esta importante iniciativa.

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC

Agradece a las asistentes de investigación, la licenciada en educación Ruth Liliana Santillán Cuevas y a la licenciada en nutrición Andrea Janette Rodríguez Jiménez. A su vez, a la Mtra. Guadalupe Díaz González, directora del Centro Metropolitano del Adulto Mayor (CEMAM) DIF, Zapopan.

COLOMBIA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Agradecimiento a la Facultad de Psicología y a las organizaciones distritales que contribuyen para efectuar contacto con los cuidadores de adultos mayores.

Prólogo

Esta importante investigación, *Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia* se enmarca en el magisterio de la Iglesia y en los documentos más recientes del papa Francisco. En el discurso “La riqueza de los años” que ofreciera a los participantes del I Congreso internacional de pastoral de los ancianos, el santo padre nos recordó:

En la Biblia, la longevidad es una bendición. Nos enfrenta a nuestra fragilidad, a nuestra dependencia mutua, a nuestros lazos familiares y comunitarios, y sobre todo a nuestra filiación divina. Concediendo la vejez, Dios Padre nos da tiempo para profundizar nuestro conocimiento de Él, nuestra intimidad con Él, para entrar más y más en su corazón y entregarnos a Él. Este es el momento de prepararnos para nuestro espíritu en sus manos, definitivamente, con la confianza de los niños. Pero también es un tiempo de renovada fecundidad... En efecto, el plan de salvación de Dios también se lleva a cabo en la pobreza de los cuerpos débiles, estériles e impotentes... El anciano, incluso cuando es débil, puede convertirse en un instrumento de la historia de la salvación.

Los investigadores se acercan al estudio desde el Ver, Juzgar y Actuar. Ver la realidad, juzgarla a la luz de nuestra filiación e intimidad con Dios, y proponer actuar pastoral y socialmente conforme a la dignidad de los adultos mayores.

El papa Francisco nos da pistas sobre cómo actuar ante la realidad actual de los adultos mayores:

[...]la vejez corresponde hoy a diferentes estaciones de la vida: para muchos es la edad en que cesa el compromiso productivo, disminuye la fuerza y aparecen signos de enfermedad, necesidad de ayuda y aislamiento social; pero para muchos es el comienzo de un largo período de bienestar psicofísico y de liberación de las obligaciones laborales. En ambas situaciones, ¿cómo deberíamos vivir estos años? ¿Qué sentido hay que dar a esta fase de la vida, que para muchos puede ser larga?

También ha destacado el santo padre: “La vejez, ¡no es una enfermedad, es un privilegio! La soledad puede ser una enfermedad, pero con la caridad, la cercanía y el consuelo espiritual podemos curarla”.

¿Qué motiva a los investigadores? Nos lo dicen ellos mismos en el planteamiento del problema: “Hay que brindar atención particular a este escenario de envejecimiento poblacional. La etapa de desarrollo en la que se encuentran los adultos mayores trae consigo algunas afecciones de salud que pueden requerir atención o ayuda por parte de un familiar”.

Por otro lado,

Ante el escenario antes descrito, y a medida que aumenta el envejecimiento en Latinoamérica y el Caribe, la situación conlleva a que más familiares desempeñen el rol de cuidador para atender las necesidades del adulto mayor. Esto, frente a la necesidad de una persona que colabore o se encargue de atender los aspectos relacionados con la atención diaria del adulto mayor. Considerando la limitada situación económica de múltiples familias latinoamericanas y caribeñas, la figura que asume el rol de atender estas necesidades es la del cuidador familiar o informal.

En primer lugar, el envejecimiento acelerado de la población; en segundo lugar, una población envejeciente que sufre afecciones de salud serias; y, en tercer lugar, se observa que las personas que se encargan de los envejecientes son cuidadores familiares o informales. En la mayoría de los casos, los cuidadores no tienen la preparación necesaria para realizar este importante cuidado.

Ante este escenario los investigadores propusieron:

La presente investigación asumió como propósito principal describir el perfil sociodemográfico de un grupo de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia. A su vez, se pretendía identificar la presencia de niveles de ansiedad, niveles de depresión y el estado de sobrecarga en los participantes del estudio. Se compararon los datos recolectados de forma simultánea por los investigadores de cuatro universidades colaboradoras en Puerto Rico, México y Colombia.

Los investigadores han hecho una importante contribución en su análisis comparativo del Ver y Juzgar de la situación de los cuidadores informales de adultos mayores. En su acercamiento al Actuar proponen un enfoque integral y multifactorial. Actuar de otra manera no conseguirá los resultados que urgentemente se necesitan. Veamos estos elementos que he segmentado en ocho áreas:

1. Una campaña educativa
Para esto, será necesario comenzar con una campaña educativa masiva que oriente a las personas a autoidentificarse como cuidadores informales o familiares. Esto permitirá que los gobiernos tengan un mejor escenario de la cantidad de adultos mayores que requieren de apoyo o atención, sin necesariamente estar bajo un cuidado de condiciones crónicas.
2. Hacer visible los derechos de los cuidadores a través de políticas públicas
Para esto, es imperante que se desarrollen proyectos de política pública que garanticen derechos para darles visibilidad a los cuidadores familiares. A su vez, que ofrezcan protecciones, particularmente para aquellos que son cuidadores sin apoyo de otros familiares. Estas políticas públicas podrían comenzar con una carta de derechos que cobije a los cuidadores informales.

3. Enfoque comunitario

Asimismo, que establezca la importancia de desarrollar programas para brindar a las familias y comunidades que tengan adultos mayores dependientes, los conocimientos y las destrezas para realizar las tareas de cuidado de manera más eficiente y generando redes de apoyo que fortalezcan el sistema familiar y den a la comunidad un mayor sentido de solidaridad, subsidiariedad y equilibrio.

Y también “Esto podría incluir horas de servicio voluntario que provean el acompañamiento para adultos mayores sin familiares en las comunidades aledañas a las escuelas”.

4. Alivios contributivos e incentivos: “[...] la necesidad de otorgar alivios económicos a las familias con cuidadores [...] es por lo que se deben crear créditos contributivos para estas familias”.
5. Fortalecer el programa de amas de llaves
[...] se deben ampliar los programas de amas de llaves o auxiliares del hogar que hay en algunos municipios o estados. Este tipo de programas de asistencia en el hogar son un recurso de mucha utilidad para las familias que cuidan a un adulto mayor, debido a que ofrecen un espacio de respiro al cuidador principal.
6. El rol de los sistemas educativos es amplio: “[...] se debe considerar el desarrollo de currículos o cursos dentro de los sistemas de enseñanza, públicos y privados, para niños y jóvenes.”

Por otro lado,

Para la parte académica, se debe ampliar la investigación que atienda los escenarios que enfrentan los cuidadores, tanto informales como profesionales. Dentro de las áreas que se deben investigar está la relación entre la sobrecarga y las barreras arquitectónicas en los hogares de los adultos mayores. Esto, al considerar que el cuidado se realiza en la casa del adulto mayor, debido a que un alto número de estos desea envejecer en su hogar. De igual forma, se debe estudiar el impacto futuro del desplazamiento de la fuerza laboral de personas de la adultez media al rol de cuidador de adulto mayor a tiempo completo”.

También se enfatiza que,

[...] se debe capacitar y educar a las personas con una situación potencial de convertirse en cuidadores acerca de temas como: condiciones de salud con mayor prevalencia en los adultos mayores, la atención básica de las condiciones en el hogar, destrezas de empatía, sensibilidad y apoyo emocional, manejo y disposición básico de medicamentos, herramientas financieras para la creación y el manejo de presupuestos, asesoría legal, programas gubernamentales y sin fines de lucro disponibles, uso de herramientas tecnológicas, entre otros.

7. Espacios diurnos: “[...] los gobiernos deben considerar la planificación para crear espacios diurnos para adultos mayores. Estos espacios podrían integrar actividades que mantengan activos, cognitiva y físicamente, a los adultos mayores con independencia”.

8. Legislación

[...] se puede establecer legislación que obligue a los planes de salud a ofrecer ayuda emocional a los cuidadores en sus hogares y que cubran sesiones en grupos de apoyo. Estos grupos deben desarrollarse cercanos a las comunidades en las que se conozca que existe un alto censo de adultos mayores dependientes.

Esta investigación deslinda caminos para afrontar los desafíos que representan los envejecientes y sus cuidadores. Felicitamos y agradecemos a los investigadores de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, de la Universidad del Valle de Atemajac en México, de la Universidad Vasco de Quiroga en México y de la Universidad Católica de Colombia por su compromiso con esta población creciente y muy invisibilizada.

Dr. Jorge Iván Vélez Arocho, presidente
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

Resumen

La población mundial ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas. Se estima que entre los años 2000 y 2050, los habitantes de la Tierra serán en su mayoría personas mayores de 60 años. La Organización Mundial de la Salud (2021) pronostica que un 20% de las personas mayores de 60 años necesitará algún tipo de apoyo o cuidados prolongados para poder realizar las actividades o tareas diarias. Ante lo expuesto, surge la figura del cuidador informal que, en gran parte de los casos, es un familiar.

La presente investigación tiene como propósito principal describir el perfil sociodemográfico de una muestra de los cuidadores informales de adultos mayores. Además, identificar los niveles de ansiedad, de depresión y de sobrecarga de estos. Los marcos teóricos que se utilizaron como base para el estudio fueron el *Modelo sistémico estructural familiar ecológico* y el *Modelo doble ABCX de estrés familiar y de adaptación* de McCubbin y Patterson (1985, citado en Ríos, 2021). La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, no experimental, con un diseño exploratorio de tipo descriptivo-correlacional. Se efectuó una comparación de los datos recolectados simultáneamente por cuatro universidades colaboradoras de Puerto Rico, México y Colombia. La muestra estuvo compuesta por un total de 1,177 cuidadores informales de los tres países.

Para recopilar los datos del estudio, se administraron cuatro instrumentos a través de la plataforma digital PsychData, estos son: el *Cuestionario de datos sociodemográficos del cuidador*, el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) versión en español, la *Escala de ansiedad generalizada* (GAD-7) y la *Escala de sobrecarga del cuidador Zarit* abreviada. Una vez obtenidos los datos, se realizaron análisis estadísticos en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 24. Estos análisis incluyeron: análisis descriptivos, de frecuencia, de correlación de Pearson, Ji cuadrada y Manova.

Sumario

La población mundial ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas. Se estima que para el año 2050 habrá más de un billón de personas con 60 años o más. Ante este aumento exponencial, el cuidador informal que, en su mayoría es un familiar, es de gran relevancia. El propósito de este estudio fue describir el perfil sociodemográfico de una muestra de cuidadores informales de adultos mayores en Puerto Rico, México y Colombia. Así mismo, se identificaron los niveles de ansiedad, depresión y estado de sobrecarga de la muestra. Los marcos teóricos para este estudio fueron el Modelo Sistémico Estructural Familiar Ecológico y el Modelo Doble ABCX de Estrés Familiar y de Adaptación de McCubbin y Patterson. La recolección de los datos, de forma simultánea, fue a través de la plataforma PsychData. Se administraron cuatro cuestionarios: *Cuestionario de datos sociodemográficos*, *Cuestionario sobre la salud del paciente-9* (PHQ-9), *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) y la *Escala de Zarit* abreviada. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad (21 años en Puerto Rico y 18 años en México y Colombia) y ser cuidador informal de un adulto mayor al momento de participar en la investigación. Cabe destacar que los hallazgos se presentan de forma global y por cada país. Los resultados indican que la muestra estuvo conformada por 1,177 cuidadores informales. El perfil global del cuidador informal está caracterizado por féminas, con una edad

promedio de 47.5 años sin conocimiento formal en el cuidado de adultos mayores. Además, se encontró que presentaban niveles, entre moderado a severo, de depresión, ansiedad y sobrecarga. Por tanto, se concluyó que la población de cuidadores informales que participó de esta investigación mostró sintomatología que podría ameritar atención para prevenir que se afecten sus diversos roles o se conviertan en un paciente oculto. Por lo cual, se recomienda que se promueva y desarrolle política pública que le brinde visibilidad a esta población y atienda sus necesidades. De igual forma, se recomienda que se establezcan programas de educación para el cuidado de cuidadores informales de adultos mayores. Por último, se insta a que se creen programas en los currículos educativos de niveles básicos para sensibilizar y comenzar a capacitar a los futuros cuidadores informales.

Tabla de contenido

Introducción	23
Planteamiento del problema	25
Propósito	27
Justificación	27
Marco teórico	31
Objetivos del estudio	33
Preguntas de investigación.....	34
Hipótesis.....	34
Variables del estudio, términos y definiciones	36
Revisión de literatura.....	39
Metodología	53
Diseño de investigación.....	53
Participantes	53

Instrumentos	54
Procedimiento.....	59
Resultados	61
Discusión de los hallazgos	124
Recomendaciones.....	142
Referencias	147
Equipo de investigación.....	159

Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia

INTRODUCCIÓN

ESTADÍSTICAS GENERALES Y CONDICIONES DE LOS ADULTOS MAYORES Y SUS CUIDADORES

La demografía a nivel mundial ha mostrado cambios marcados en los pasados censos poblacionales. Dentro de los datos más reveladores se destaca un incremento consistente en las personas de 60 años en adelante. Este aumento acelerado ha llevado a realizar estimados que indican que, entre los años 2000 y 2050, los habitantes de la Tierra serán en su mayoría personas mayores de 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2021). Según el informe *Leaving No One Behind In An Ageing World*, publicado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el 2021, la población de personas de 65 años o más era de 761 millones la cual se espera que, para el 2050, sea de 1.6 billones (United Nations, 2023). Esta tendencia y cambios sociodemográficos en las últimas décadas han estado influenciados por factores como la disminución en la natalidad, los avances en la medicina tradicional y la migración (Muñoz et al., 2019).

A nivel mundial, según el Banco Mundial (2021), para el 2020 la población general es de 7,753 mil millones de personas, de estos, 722,133,150 son personas de 65 años en adelante. Mientras, en América Latina y el Caribe la población de adultos mayores es de 58,469,722 personas. En Puerto Rico, para el 2021, la Isla fue el séptimo país con el mayor número de personas de 65 años o más (United Nations, 2023). Mientras, los datos del censo poblacional del 2020 reportan una población de 3,285,074 (Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, 2021). Esto muestra un descenso poblacional de 11.8% en comparación con el censo previo. Sin embargo, el número del grupo de adultos mayores en el país fue de 665,233 personas (Banco mundial, 2021). Este aumento superior al 20% es un indicativo de un envejecimiento de la población, al considerar que un 10% o más es el punto de referencia para el comienzo de este fenómeno (Oficina del Procurador de Edad Avanzada, 2010). Este considerable cambio en la edad de la población se hizo notable para el 2016, cuando el porcentaje de personas de 60 años superó el de personas de 20 años o menos (Muñoz, et al., 2019).

De modo similar, en países de Latinoamérica la población de adultos mayores continúa en aumento. En los Estados Unidos Mexicanos la población para el 2020 fue de 128,932,075 personas, de estos, 9,822,231 son adultos mayores (Banco Mundial, 2021). Según la Red de Gerontología (2021), el 12% de la población mexicana tiene 60 años o más, porcentaje que se espera continúe en aumento. De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda del 2020 presentados por el Instituto de Información Estadística y Geográfica (2021) esto equivale a 999,085 habitantes; de los cuales 46.0% (459,620) eran hombres y 54.0% mujeres (539,465).

De otra parte, en Colombia, para el 2020 la población general fue de 50,882,088. El grupo de adultos mayores es de 4,610,275 personas. Estos datos muestran que, aproximadamente un 9% de la población en Colombia son adultos mayores (Banco Mundial, 2021). Según el Informe de Colombia sobre la implementación Plan de Acción de Madrid (2021) al cierre de la vigencia 2021, la población de adultos mayores de 60 años se estima que sea 7,107,914, de las cuales el 44.87% son hombres y 55.13% mujeres. Actualmente representan el 13.92% de la población total. Dentro de una década, en 2031, se estima un aumento de casi 3 millones más de adultos mayores (10,012,815), una variación del 41% respecto al 2021.

Según Hernández et al. (2021), en la investigación titulada *Los cuidados en la vejez: revisión y retos para Colombia* se establece que 471 municipios cuentan con centros de atención al adulto mayor con alojamiento, mientras que 773 municipios no reportan ninguno. De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE (2019), citado en Hernández et al. (2021), había 24 mil mujeres y tres mil hombres ocupados en actividades de atención y asistencia a un adulto mayor con o sin discapacidad. Para el 2020, estas cifras pasaron a mil hombres y 18 mil mujeres. Según los datos expuestos, cerca de 20 mil personas trabajan de forma remunerada en cuidados de tiempo prolongado. Así pues, se estima que hay alrededor de 163 personas con dependencia por cada trabajador remunerado en actividades de cuidado del adulto mayor. Estos estimados muestran, de manera general, que hay muy pocos trabajadores remunerados en estos servicios de cuidado en comparación con la demanda. Esta información sugiere que gran parte de los cuidados son provistos de forma no remunerada por las familias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hay que brindar atención particular a este escenario de envejecimiento poblacional. La etapa de desarrollo en la que se encuentran los adultos mayores trae consigo algunas afecciones de salud que pueden requerir atención o ayuda por parte de un familiar. La Organización Mundial de la Salud (2021) estima que un 20% de las personas mayores de 60 años necesitará algún tipo de apoyo o cuidados prolongados para poder realizar las actividades o tareas diarias. Respecto a las condiciones de salud, los datos indican que un número significativo de personas mayores vivirán un promedio de 30 a 40 años con alguna enfermedad crónica como: diabetes, enfermedades coronarias, respiratorias, cáncer, artritis y/o depresión (Muñoz et al., 2019). Las condiciones que suelen requerir mayor asistencia de parte del cuidador son: diabetes, enfermedades cardíacas, depresión y otros trastornos mentales (Gamboa y Oviedo, 2020). De forma similar, otro grupo de estas personas se espera que padezca de algún tipo de demencia u otra condición que pueda llegar a algún nivel de discapacidad, fragilidad o necesidad de recibir cuidados prolongados (Muñoz et al., 2019).

Ante el escenario antes descrito, y a medida que aumenta el envejecimiento en Latinoamérica y el Caribe, la situación conlleva a que más familiares desempeñen el rol de cuidador para atender las necesidades del adulto mayor. Esto, frente a la necesidad de una persona que colabore o se encargue de atender los aspectos relacionados con la atención diaria del adulto mayor. Considerando la limitada situación económica de múltiples familias latinoamericanas y caribeñas, la figura que asume el rol de atender estas necesidades es la del cuidador familiar o informal. Este término se utiliza para describir a la persona que se encarga de brindar el apoyo físico, emocional y ayuda en las tareas diarias a un adulto mayor. Esta asistencia o apoyo puede requerir un período de tiempo específico o se puede tornar de forma permanente. Generalmente, el cuidador informal suele ser un integrante del núcleo familiar primario que dedica parte de su tiempo y esfuerzo para facilitar que el adulto mayor se pueda desenvolver en la vida diaria (Jiménez Ruiz y Moya Nicolás, 2018). Esto lo hace de forma comprometida y recurrente en tareas que se van modificando a medida que progresa y aumenta el grado de dependencia del adulto mayor (Castellano Almeida, 2015; Navarro et al., 2017).

Según Muñoz et al. (2019) los integrantes de la familia que asumen este rol suelen ser féminas con una edad promedio de 51 años, no casadas y de bajos ingresos económicos. Estos cuidadores, aunque poseen estudios académicos, no cuentan con la preparación en las tareas de cuidado. La preocupación por cometer un error en el cuidado provoca síntomas de ansiedad y depresión. Esta situación puede originar en el cuidador conductas irritables de agitación psicomotora y reacciones negativas como tristeza, frustración, apatía y sentimientos de minusvalía que deterioran su sistema cognitivo. Estas conductas, a su vez, influyen negativamente en su desempeño, sus motivaciones y la calidad del servicio que le brinda al adulto mayor puesto que se siente sobrecargado como consecuencia de sus tareas y responsabilidades (Cerquera et al., 2014).

La responsabilidad diaria que requieren los cuidados y atenciones de una persona dependiente incide en el bienestar del cuidador (Jiménez Ruiz y Moya Nicolás, 2018). Según Flores et al. (2012), el cuidador se ve afectado en su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad. De esta manera se convierte en un paciente oculto que requiere atención inmediata y, ante esta sensación de agobio, puede presentar ansiedad y depresión.

PROPÓSITO

La presente investigación asumió como propósito principal describir el perfil sociodemográfico de un grupo de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia. A su vez, se pretendía identificar la presencia de niveles de ansiedad, niveles de depresión y el estado de sobrecarga en los participantes del estudio. Se compararon los datos recolectados de forma simultánea por los investigadores de cuatro universidades colaboradoras en Puerto Rico, México y Colombia.

JUSTIFICACIÓN

Es importante comprender que el aumento en el grupo poblacional de adultos mayores a nivel mundial implica nuevos retos para otras generaciones. El incremento en la expectativa de vida ha hecho que los adultos mayores estén cerca de conformar un tercio de la población mundial (Flores et al., 2017). La Organización Mundial de la Salud (2021) expuso que esta situación de envejecimiento poblacional continuará en aumento y que entre el 2020 y 2030, el 34% de los habitantes del planeta serán personas mayores de 60 años. Mientras la persona envejece, su autosuficiencia disminuye y con ella la habilidad para realizar sus actividades de la vida cotidiana por lo que hace posible que aumente la necesidad de cuidadores (OPS, 2019). Esta realidad implica un aumento en la demanda de servicios de salud y un incremento en la necesidad de atención y cuidados.

En Latinoamérica y el Caribe esta situación acelerada impone presiones en la demanda de cuidados a largo plazo que requieren los adultos mayores. El aumento de los servicios de cuidados es esencial debido a que los adultos mayores van tornándose dependientes y requieren de ayuda para cumplir con sus necesidades (Aranco, 2018). Según el informe final del *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores 2009-2018* de la OPS, los recursos humanos en salud no están preparados para atender las necesidades de este grupo poblacional. La realidad socioeconómica y los bajos ingresos de los adultos mayores los limita a tener acceso a centros de cuidados de larga duración.

Por otra parte, el 88% de los adultos mayores desea envejecer en su hogar (Acarón, 2012). Es en este punto en el que el cuidado del adulto mayor es asumido por un integrante de su núcleo familiar cercano, aun sin haber manifestado su deseo explícito de asumir dicho rol. La atención a la salud de las personas dependientes lo ejerce un familiar, quien a su vez, se convierte en la red de apoyo más importante. Estas personas suelen asumir la responsabilidad del cuidado de un adulto mayor dependiente sin contar con el conocimiento, habilidades, destrezas o experiencia (Flores et al., 2017). A esta persona se le conoce como el cuidador informal. Este suele ser el recurso primario que tiene el adulto mayor una vez comienza a perder la independencia y se torna en una persona que requerirá de apoyo constante (Rivas Herrera y Ostiguín Meléndez, 2011). En ocasiones, es una responsabilidad que asumen por no haber otras personas dispuestas a realizar la tarea. Generalmente, es una fémina de edad media la que se convierte en la cuidadora principal (Muñoz et al., 2019). Los cuidadores informales son facilitadores en el proceso de envejecimiento y de deterioro natural que provocan en la persona alteraciones en las capacidades físicas y mentales. Ante esta situación, atienden múltiples necesidades y retos que enfrenta el adulto mayor ante la falta de autonomía. Dentro del rol de cuidar responden a múltiples tareas que conllevan esfuerzo físico y tensiones donde su bienestar y calidad de vida se ven afectados (Gamboa y Oviedo, 2020). No obstante, continúan brindando la asistencia en tareas como: ayudar con los medicamentos, asistencia en la higiene, en la preparación de alimentos, en realizar las compras, en las tareas domésticas, en proveer actividad física, acompañamiento y brindar seguridad (Lozano, 2018).

Los cuidadores principales suelen enfrentarse a un reto aún mayor, la falta de apoyo de otros familiares. La falta de apoyo es un factor determinante en la insatisfacción que resulta de la tarea de cuidar. Los recursos de apoyo resultan insuficientes y no logran responder a las necesidades que enfrenta el cuidador (Balladares et al., 2021). El cuidador informal debe enfrentar una multiplicidad de roles diariamente, así como nuevos desafíos constantes y adaptarse a cambios en los aspectos sociales, económicos y emocionales. Además, también se enfrentan a situaciones agobiantes, a la desmotivación, a problemas de salud y a un deterioro en su calidad de vida.

De otra parte, se ha encontrado correlación entre la falta de conocimiento de cómo realizar la tarea de cuidado y los síntomas asociados con depresión y con ansiedad en cuidadores informales (Muñoz et al., 2019). El miedo a cometer un error debido a la falta de conocimiento y habilidades para poder brindar un cuidado adecuado a la persona dependiente, propicia situaciones estresantes que les provocan sentimiento de sobrecarga (De Ángel-García et al., 2020). Este escenario de estrés, sentimientos de soledad en el cuidado, desgaste emocional, fatiga y sobrecarga podrían provocar que el cuidador cometa algún acto de negligencia con la persona bajo su cuidado (Rivera, 2013). Los cuidadores informales suelen tener riesgos de sufrir condiciones de salud mental debido al nivel de estrés que experimentan. La alta demanda de trabajo, la inaccesibilidad para recibir servicios de apoyo, la dificultad en distribuir las cargas con los miembros de la familia producen sensaciones de ahogo, frustración y estrés en el cuidador (Balladares et al., 2021).

De igual forma, esta labor abrumadora, sin remuneración, representa la mayor parte de la atención a largo plazo realizada por las familias. Se espera que en las próximas décadas sea cada vez más insostenible para las féminas, tanto por razones éticas y de justicia social, como por razones socioeconómicas y demográficas. Podría incluir cambios en la estructura familiar y en la participación de la mujer en la fuerza laboral (Balladares et al., 2021). Los adultos mayores están en aumento en todo el mundo. La demanda por servicios de cuidado de tiempo prolongado aumentará debido al envejecimiento poblacional. Existe una alta cantidad de personas que demandan cuidados y menos personas que puedan proveer los cuidados de forma no remunerada. Algunos factores que impulsan a que esto suceda es que las mujeres tienen menos hijos, se ha retrasado la maternidad, ha aumentado la expectativa de vida, las familias son más pequeñas y están más dispersas, hay altas tasas de divorcio y mayor participación de la mujer en el campo laboral. Contrario a lo que pasaba antes, cada vez hay menos integrantes que no trabajan y que puedan dedicarse a ofrecer los cuidados (Hernández et al, 2021).

Ante el escenario antes descrito, es notable la necesidad de estudios que les brinden visibilidad a los cuidadores informales. Esto, dado que la población de cuidadores pasa desapercibida y el sistema institucional de salud no la reconoce (Flores Villavicencio et al., 2017). La presente investigación permite conocer las características sociodemográficas de un grupo de cuidadores informales, así como: sus necesidades, los niveles de depresión, de ansiedad y de sobrecarga.

EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA BIBLIA, ALGUNAS ENCÍCLICAS, DOCUMENTOS PONTIFICIOS Y EL COMPENDIO DE LA DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA

La Iglesia y el papa Francisco han llevado mensajes de atención y reflexión dirigidos a los adultos mayores y a la población en general, ante la preocupación sobre la situación actual del adulto mayor a nivel mundial. El santo padre ha animado a las parroquias y a las comunidades a realizar obras de misericordia y a visitar a adultos mayores que sufran de soledad.

Asimismo, el mensaje del santo padre Francisco para la *II Jornada mundial de los abuelos y de los mayores* del 24 de julio de 2022 planteaba lo siguiente:

La ancianidad no es un tiempo inútil en el que nos hacemos a un lado, abandonando los remos en la barca, sino que es una estación para seguir dando frutos. Hay una nueva misión que nos espera y nos invita a dirigir la mirada hacia el futuro. «La sensibilidad especial de nosotros ancianos, de la edad anciana por las atenciones, los pensamientos y los afectos que nos hacen más humanos, debería volver a ser una vocación para muchos. Y será una elección de amor de los ancianos hacia las nuevas generaciones». Es nuestro aporte a la revolución de la ternura, una revolución espiritual y pacífica a la que los invito a ustedes, queridos abuelos y personas mayores, a ser protagonistas. *En la vejez seguirán dando fruto (Sal. 92,15)*

En su mensaje para la *I Jornada mundial de los abuelos y de los mayores* del 2021 dedicada a todos ellos, también mencionó:

Esto te lo dice a ti, me lo dice a mí, a todos. Este es el sentido de esta Jornada que he querido celebrar por primera vez precisamente este año, después de un largo aislamiento y una reanudación todavía lenta de la vida social. ¡Que cada abuelo, cada anciano, cada abuela, cada persona mayor sobre todo los que están más solos reciba la visita de un ángel!

En la homilía de esta I Jornada, el santo padre Francisco, desde la Basílica de San Pedro, el 25 de julio de 2021 señaló:

Esta es también la mirada con la que los abuelos y los mayores han visto nuestra vida. Es el modo en el que ellos, desde nuestra infancia, se han hecho cargo de nosotros. Habiendo tenido una vida muy sacrificada, no nos han tratado con indiferencia ni se han desentendido de nosotros, sino que han tenido ojos atentos, llenos de ternura. Cuando estábamos creciendo y nos sentíamos incomprendidos o asustados por los desafíos de la vida, se fijaron en nosotros, en lo que estaba cambiando en nuestro corazón, en nuestras lágrimas escondidas y en los sueños que llevábamos dentro. Todos hemos pasado por las rodillas de los abuelos, que nos han llevado en brazos. Y es gracias también a este amor que nos hemos convertido en adultos.

A su vez, el papa Francisco dirigió unas palabras a los jóvenes, familiares y a los cuidadores de adultos mayores:

Y nosotros, ¿qué mirada tenemos hacia los abuelos y los mayores? ¿Cuándo fue la última vez que hicimos compañía o llamamos por teléfono a un anciano para manifestarle nuestra cercanía y dejarnos bendecir por sus palabras? Sufro cuando veo una sociedad que corre, atareada, indiferente, afanada en tantas cosas e incapaz de detenerse para dirigir una mirada, un saludo, una caricia. Tengo miedo de una sociedad en la que todos somos una multitud anónima e incapaces de levantar la mirada y reconocernos. Los abuelos, que han alimentado nuestra vida, hoy tienen hambre de nosotros, de nuestra atención, de nuestra ternura, de sentirnos cerca. Alcemos la mirada hacia ellos, como Jesús hace con nosotros.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico que se utilizó como base para la presente investigación fue el modelo sistémico estructural familiar ecológico. Este modelo ha sido utilizado en los estudios de familias. El integrante del grupo familiar no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de su grupo de pertenencia. La mayor parte de la vida de un individuo está vinculada a la familia, lo cual la convierte en el microsistema más

importante. No obstante, estas relaciones que se desarrollan dentro del microsistema no están ajenas de recibir la influencia del exterior. Esto, aun cuando no se participe de manera directa o se mantenga una participación activa (Espinal, et al., 2006; Muñoz et al., 2019).

Dentro de la perspectiva ecológica que establece el modelo se incluye: el microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El microsistema representa el entorno social más próximo o cercano, como lo son la familia y el miembro cuidador. Por otra parte, el mesosistema hace referencia a interacción social comunitaria. Un ejemplo de esto podría ser las organizaciones sin fines de lucro que brindan servicios de apoyo a los cuidadores. Por último, el macrosistema se refiere al desarrollo de creencias y significaciones fundamentadas en un conjunto de valoraciones culturales, de ideologías, concepciones sociopolíticas, económicas, entre otras (Espinal et al., 2006; Muñoz et al., 2019).

A su vez, este estudio utilizó como marco teórico el *Modelo doble ABCX de estrés familiar y de adaptación* de McCubbin y Patterson (1985, citado en Ríos, 2021). El modelo presenta las variables que coexisten, las que anteceden a una situación de crisis y las que se desarrollan posterior al evento que precipitó la crisis. El objetivo fue el intento de explicar y comprender las situaciones de vida que evocan estresores y tensiones en la persona. Un aspecto adicional que pretendía explicar el modelo son los recursos con los que cuenta la familia para enfrentar situaciones estresantes, principalmente en aquellos que puedan ser útiles para un proceso de adaptación a la situación que precipita el estrés. Dentro de los recursos se encuentran: características de personalidad, capacidades y destrezas en momentos demandantes, relaciones familiares, y las habilidades de adaptación y de expresión. Por otro lado, se encuentran los recursos adaptativos con los que cuenta la familia enmarcados en el apoyo social que reciben de personas externas al núcleo familiar (Ríos, 2021).

Del mismo modo, el Modelo explica el factor relacionado con la percepción y la coherencia. Este se refiere a la percepción que tiene la familia acerca de la situación y la atribución de significancia según los juicios valorativos que emite. En este factor se le brinda relevancia a conocer la influencia que puedan tener las experiencias intrínsecas y

extrínsecas de los integrantes (Ríos, 2021). Como último factor está la adaptación familiar. En este punto se evidencia cómo la familia respondió a la situación de crisis y al conjunto de necesidades. De no alcanzarse un balance entre las destrezas con las que cuenta la familia para hacer frente a las demandas y las necesidades que se presenten, pudiera ocurrir una mala adaptación. Esto pudiera propiciar una desintegración de los miembros de la familia, y a su vez, afectar de forma adversa el bienestar físico y psicológico. Sin embargo, si se alcanza una adaptación positiva, la familia logrará un balance entre sus capacidades y las necesidades acumuladas. Esto propiciará una unión de los integrantes del núcleo familiar y una percepción de bienestar (Ríos, 2021).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Describir el perfil sociodemográfico de los cuidadores informales que participaron del estudio en Puerto Rico, México y Colombia.
2. Identificar las características y necesidades de una muestra de cuidadores informales de adultos mayores en Puerto Rico, México y Colombia.
3. Comparar el perfil sociodemográfico de los cuidadores informales que participaron del estudio en Puerto Rico, México y Colombia.
4. Conocer la relación entre los niveles de ansiedad, de depresión y de sobrecarga con las variables sociodemográficas de los cuidadores informales que conformaron la muestra del estudio en Puerto Rico, México y Colombia.
5. Conocer la percepción de los participantes acerca de la espiritualidad, las relaciones sociales, la relación de pareja y la vida familiar.
6. Explorar el interés en participar en capacitaciones en modalidad presencial o remota.
7. Ofrecer recomendaciones para la situación de los cuidadores informales basadas en los hallazgos del estudio.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son los niveles de sintomatología de depresión presentados en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia?
2. ¿Existe relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de depresión en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia?
3. ¿Cuáles son los niveles de sintomatología de ansiedad presentados en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia?
4. ¿Existe relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de ansiedad en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia?
5. ¿Cuál es la sobrecarga presentada en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia?
6. ¿Existe relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el estado de sobrecarga en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia?

HIPÓTESIS

Las hipótesis que se respondieron a un nivel de significancia de .05, son las siguientes:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H2: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el estado de sobrecarga en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el estado de sobrecarga en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el estado de sobrecarga en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el estado de sobrecarga en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H4: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H5: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H6: Existe relación estadísticamente significativa entre el estado de sobrecarga y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el estado de sobrecarga y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H7: Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H8: Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

H9: Existe diferencia estadísticamente significativa entre el estado de sobrecarga y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre el estado de sobrecarga y las variables sociodemográficas en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia.

VARIABLES DEL ESTUDIO, TÉRMINOS Y DEFINICIONES

En el presente estudio las variables dependientes que se utilizaron fueron: nivel de depresión, nivel de ansiedad y estado de sobrecarga. Mientras, las variables independientes fueron: género, edad, estado civil, cantidad de hijos, nivel de escolaridad completada, tener trabajo, cantidad de horas de trabajo, país donde vive el participante, cantidad de adultos mayores bajo su cuidado, distancia del trabajo al hogar, tiempo que ha dedicado al cuidado, ingresos económicos, cantidad de horas diarias que dedica al cuidado, lugar donde cuida, condición de salud del adulto mayor, tiempo del adulto mayor con la condición, nivel de dependencia del adulto mayor, poseer formación en el cuidado del adulto mayor, recibir apoyo económico de familiares, parentesco con el adulto mayor y recibir ayuda en las tareas de cuidado.

A continuación, se presentan las definiciones de los términos que fueron parte de la investigación:

Cuidador

Se define como la persona que asume la responsabilidad de proveer los recursos y cuidados a un paciente que requiera asistencia (Breinbauer et al., 2009). Un cuidador es aquella persona encargada de ayudar o asistir a otra persona que tenga una limitación para cumplir ciertas actividades de su vida cotidiana (Jordán, 2021).

Cuidador informal

Se define como la persona, habitualmente un familiar directo o persona cercana, que asume la responsabilidad de brindar apoyo en las tareas relacionadas con el cuidado de una persona dependiente que presenta alguna condición de salud que le dificulta valerse por sí mismo. La atención y cuidados continuos pueden ser en tareas relacionadas con: la preparación de alimentos, el aseo personal, la vestimenta, la movilidad, el manejo y administración de medicamentos, el apoyo en las citas y/o tratamientos médicos, entre otras (López, 2016, Muñoz et al., 2019). En muchos de los casos, esta persona tiene multiplicidad de roles y no posee una preparación o adiestramiento formal en las áreas relacionadas con el cuidado (Retamal et al., 2015).

Además, el cuidador informal no recibe remuneración económica por el trabajo realizado (Muñoz et al., 2019; Martínez, 2020).

Cuidador Principal

Se define como la persona que está a cargo de la mayor parte de las tareas y decisiones relacionadas con el cuidado de una persona. El cuidador principal es un cuidador primario, suele ser el familiar que asume la responsabilidad encomendada, aun cuando no cuente con capacitación profesional (Jordán, 2021). Emplean gran parte de su tiempo diario en proveer asistencia y apoyo en las necesidades físicas y emocionales de la persona que es cuidada (Torres-Avenidaño et al., 2018).

Cuidador secundario

Es definido como la persona que colabora con el cuidador principal en las tareas. Ofrece el apoyo necesario en tareas específicas o releva al cuidador principal en el cuidado. Por lo regular suelen ser familiares directos o personas cercanas de la familia (Toribio-Díaz, et al., 2013).

Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) se define como una persona mayor de 60 años.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Depresión

Se define como un trastorno mental que se manifiesta por una combinación de sintomatología caracterizada por: tristeza, desinterés por las actividades, disminución en la energía, pérdida de la confianza y de la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte, pensamientos asociados con el suicidio, disminución en la capacidad de concentración, cambios en los patrones de alimentación y trastornos del sueño. Los síntomas deben estar presentes durante al menos las últimas dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Ansiedad

Es definida como una respuesta anticipatoria ante una situación que se percibe como amenazante, ya sea externa o interna. Se puede tornar desproporcionada y puede presentarse por un tiempo prolongado. Los síntomas pueden incluir: angustia, desesperación, miedo, sensación de ahogo, palpitaciones, entre otros (Clínica Universidad de Navarra, 2020).

Sobrecarga

Es un estado de agotamiento emocional, de estrés y de cansancio extremo que afecta directamente las actividades del cuidador (Bello-Carrasco et al., 2019). El nivel de sobrecarga afecta la salud psicológica-emocional, la salud física, el contexto social y la relación familiar. A su vez, se puede afectar la estabilidad económica como consecuencia de la atención al paciente (Monsalve Albornoz, 2021; Breinbauer et al., 2009).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Depresión

La sintomatología depresiva se definió operacionalmente como la puntuación obtenida en el inventario de depresión *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Los puntos de corte son 1 a 4 (depresión mínima), 5 a 9 (depresión leve), 10 a 14 (depresión moderada), 15 a 19 (depresión moderadamente grave) y 20 a 27 (depresión grave).

Ansiedad

La sintomatología de ansiedad se definió operacionalmente como la puntuación obtenida en la *Escala de ansiedad generalizada - 7* (GAD-7). Los puntos de corte son 0 a 5 (ansiedad leve), de 6 a 10 (ansiedad moderada) y de 11 a 15 (ansiedad severa).

Sobrecarga

La sintomatología asociada con sobrecarga se definió operacionalmente como la puntuación obtenida en la *Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT* abreviada. Una puntuación menor de 16 sugiere ausencia de sobrecarga, mientras que mayor de 17 sugiere una sobrecarga intensa.

REVISIÓN DE LITERATURA

EL CONCEPTO DE CUIDADOR EN LA LITERATURA

El cuidador informal es la persona que realiza, asume o se encarga de las tareas que se relacionan con el cuidado y atención de una persona que padece de alguna enfermedad, discapacidad o tienen algún nivel de dependencia (López, 2016). Principalmente, este cuidado por otra persona es necesario dado que no pueden valerse por sí solos para llevar a cabo las actividades del diario vivir. Dentro de las tareas que realizan los cuidadores informales están: la alimentación o preparación de alimentos, el aseo personal, la actividad física o movilidad, la vestimenta, ayudar con el manejo de los medicamentos, supervisar el tratamiento médico, entre otras.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la labor de los cuidadores no es reconocida como profesión, por lo que se dificulta el desarrollo o el brindar capacitación sobre temas de cuidado. Villalobos et al. (2022) realizaron un estudio con el objetivo de estimar las necesidades de recursos humanos para la atención de personas mayores con dependencia de cuidados en la actualidad y proyectando cifras hasta el 2050. Los autores relataron que la falta de capacitación afecta la atención brindada a las personas mayores y a sus familias. A su vez, los cuidadores profesionales son poco reconocidos, lo que implica una baja oferta de trabajo y una alta rotación. De igual forma, aquellas carreras relacionadas, como son por ejemplo, la enfermería o la medicina dedican un bajo porcentaje al tema de cuidados prolongados, específicamente al cuidado de adultos mayores. En cuanto al número de personas mayores de 65 años con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe, entre el 2020 y el 2050, el estudio menciona que en Colombia para el 2020 había 625,305; se estima que para el 2035 habrá 1,198, 328; y para el 2050 subirá a 1,981,689. Por su parte en México, para el 2020, el total era 2,471,381; para el 2035 se espera 4,386,298; mientras que para el 2050 ascendería a 7,276,866. Sin embargo, en el estudio no se presentan datos sobre la población de Puerto Rico.

Por otra parte, según Hernández et al. (2021) la esperanza de vida en Colombia está en aumento. En 2021, la esperanza de vida oscilaba en 76,8 años, mientras que para el 2050 se espera que sea de 79,2 y para el 2070 los 80,7 años. Es decir, no solo aumentará la cantidad de adultos mayores, sino también que estos vivirán un promedio mayor de años. Ambos acontecimientos aportarían al incremento en la demanda de cuidados de larga duración en el país. Según el censo de 2018, en Colombia hay 1,197 centros que brindan alojamiento para la atención y protección del adulto mayor. Unos 471 municipios tienen al menos uno de estos centros, de los cuales 442 municipios tienen entre uno a cinco centros. De acuerdo con la DANE, en 2019 en Colombia había alrededor de 24 mil mujeres y tres mil hombres que realizaban tareas de atención y asistencia remuneradas para el cuidado de personas mayores y/o con discapacidad. En 2020, estas cifras bajaron a mil hombres y 18 mil mujeres, por lo que unas 20 mil personas trabajaban de forma remunerada en cuidados de larga duración. Así pues, según los autores, estiman que hay aproximadamente 163 personas con incapacidad permanente por cada cuidador remunerado. Estos datos también sugieren que son muy

pocos los cuidadores remunerados dispuestos a realizar trabajos de larga duración, lo cual sugiere que gran parte de los cuidados son provistos de forma no remunerada por las familias.

Es en el núcleo familiar donde se desarrollan los primeros escenarios de cuidado. La figura del cuidador informal es el recurso primario que tiene el adulto mayor una vez comienza a tornarse dependiente y requiere de asistencia. El rol de cuidador corresponde en gran medida a un familiar que, basándose en su experiencia y trato cotidiano con el adulto mayor, es quien realiza los cuidados. En múltiples escenarios la persona que asume esa responsabilidad es por no haber otras personas dispuestas a realizar la tarea (Muñoz et al., 2019). Asimismo el cuidador, además de encargarse de las tareas cotidianas y de supervisar a la persona bajo su cuidado, suele interrumpir su ritmo habitual para dedicar su tiempo completo al adulto mayor. En múltiples ocasiones esto trae consigo problemas físicos, emocionales, económicos y de salud.

Por su parte, Flores et al. (2017), señala que en México la población de cuidadores pasa desapercibida y no es reconocida por el sistema institucional de salud. En el estudio se pretendía describir las principales características que conforman el perfil del cuidador primario informal de adultos mayores con una muestra de 59 cuidadores primarios. En los hallazgos se encontró que en las características que conformaron el perfil predominaron las féminas, entre 36 y 45 años, motivadas por el afecto hacia su familiar y sin experiencia en el cuidado. Los cuidadores en su mayoría eran hijos o hijas del adulto mayor, casados y desempleados, señalando que su ocupación principal era el cuidado no remunerado. Por otro lado, los autores describieron que el cuidar a un familiar se debe en gran parte al afecto, la obligación, el sentimiento de gratitud o de culpa, la reciprocidad y en ocasiones por evitar ser juzgados por sus familiares. A su vez, estos señalaron que con frecuencia los cuidados no se ofrecen adecuadamente debido a la multiplicidad de tareas que ejerce el cuidador.

Por otra parte, es necesario resaltar que dentro de lo que son los cuidadores informales existen varios subtipos. El primer tipo de cuidador es el principal, por lo general es un familiar o persona cercana, que se ocupa de brindar el apoyo en las tareas que el adulto mayor ya no puede realizar. Estas principalmente son en el aspecto físico y emocional. De igual forma, es la persona que facilita y toma acción ante las

situaciones de quien necesite el cuidado. Además de realizar esta tarea, suele ser quien reorganiza las tareas asignadas y mantiene la cohesión del resto del grupo que apoya en la tarea de cuidar (Muñoz et al., 2019). Este tipo de cuidador por lo general no suele tener una formación en temas relacionados con la salud y no reciben remuneración alguna por su labor (Hurtado, 2021).

El siguiente tipo de cuidador es el secundario, este se conoce como la persona que apoya al cuidador principal en tareas específicas, le brinda un respiro de días libres, se ocupa de asuntos particulares, entre otras funciones. Por lo regular estos suelen ser familiares, voluntarios o amigos cercanos de la familia (Toribio-Díaz et al., 2013). Según Borghi et al. (2013), las actividades complementarias y el proveer recursos financieros son roles que ejerce el cuidador secundario. También es considerado como un cuidador de apoyo, por brindar apoyo al cuidador principal. Un estudio realizado por Toribio-Díaz et al. (2013), sobre los cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante expone que los roles desarrollados por los cuidadores secundarios podrían ser los siguientes: participación en actividades ocio, estimulación del paciente, transporte del paciente, ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria, control de tratamientos, ayuda en tareas domésticas, y apoyo en las gestiones médicas y económicas.

CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES

Para finales de la década de los noventa, el tema sobre las familias cuidadoras comenzó a ser de interés para los investigadores. Según el Instituto de Política Pública de AARP (2015), en los Estados Unidos hay aproximadamente 34.2 millones de adultos que, sin recibir remuneración, se han encargado de cuidar o brindar apoyo a una persona de 50 años. Por lo regular, el adulto mayor de quien cuida tiene un vínculo consanguíneo y presenta alguna condición de salud, ya sea física o relacionada con la memoria (Muñoz et al., 2019). Los cuidadores de adultos mayores por lo general se dedican al tipo de cuidado prolongado, es decir, de larga duración. En esa situación les brindan atenciones médicas y no médicas al paciente que manifiesta algún nivel de dependencia. A través de estos cuidados, se les ayuda a realizar actividades básicas de su vida diaria, como bañarse, comer, vestirse, brindarles una mejor calidad de vida, autonomía y dignidad posibles (Hernández et al., 2021).

Por su parte, menciona Lozano (2018) en su estudio que el cuidador en períodos prolongados de cuidado pasa a adaptar su vida a la de la persona dependiente. Estos períodos de arduo trabajo y esfuerzos repercuten en la calidad de vida del cuidador. Estos presentan dificultades y afecciones en las áreas físicas y emocionales. Además, muchos cuidadores experimentan conflictos constantes en la dinámica familiar debido a la falta de apoyo de otros familiares, el aumento de gastos, la falta de ingresos económicos y la incomprensión de los miembros de la familia. Esta situación provoca un aislamiento social y también que su estado emocional continúe empeorando.

No obstante, aunque la tarea de cuidar pudiera ser agotadora y demandante, también puede ser una labor que brinde una experiencia positiva o satisfacción al momento de realizarla. Según Balladares et al. (2021), la falta de apoyo es un factor determinante en la insatisfacción que resulta de la tarea de cuidar. Cuando los recursos de apoyo resultan insuficientes y no logran responder a las necesidades que enfrentan, el cuidador informal debe enfrentar una multiplicidad de roles diariamente, así como nuevos desafíos constantes y adaptarse a cambios en los aspectos sociales, económicos y emocionales. En el estudio que realizaron Balladares et al. (2021) en Chile señalan que los cuidadores informales suelen tener riesgos de sufrir condiciones de salud mental debido al nivel de estrés que experimentan. Los hallazgos de la investigación apuntan a que la alta demanda de trabajo, la inaccesibilidad de recibir servicios de apoyo, la dificultad en distribuir las cargas con los miembros de la familia produce sensaciones de ahogo, frustración y estrés en el cuidador.

De igual forma, según Rivera (2013), un cuidador que tenga problemas psicológicos posiblemente no cuenta con las herramientas ni la disposición para ser una persona funcional y podría ser negligente con la persona bajo su cuidado. El autor indica en su estudio que, en los Estados Unidos, muchos cuidadores no tienen otra alternativa que asumir las responsabilidades asociadas con el cuidado del adulto mayor. Un 22% de los cuidadores estadounidenses que participó en el estudio indicó que su salud presentó algún deterioro desde que asumieron la responsabilidad de cuidar a un adulto mayor. Esto se observó, principalmente, en los cuidadores que brindaban más de 21 horas de cuidado a la semana (Instituto de Política Pública de AARP, 2015).

De igual modo, en Puerto Rico se encontró correlación entre los niveles de depresión y el miedo a cometer algún error mientras se cuida al adulto mayor. Los datos descriptivos del estudio *Perfil del cuidador informal del adulto mayor en Puerto Rico* muestran que la edad de los cuidadores informales fue en promedio de 51 años. En su mayoría son féminas (77.3%), no casadas (52%), que tienen bajo su cuidado a un adulto mayor (80.5%) con vínculo filial o consanguíneo. Estas reportaron llevar un período de uno a cinco años en la tarea de cuidado (48%), realizando las tareas en el hogar del adulto mayor (65.1%). Los investigadores encontraron una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y sentirse preocupado cuando el cuidador no puede ayudar de manera efectiva en el cuidado del adulto mayor (Muñoz et al., 2019).

Asimismo, los cuidadores de adultos mayores en su mayoría resultan ser los hijos o pareja, quienes cuidan por un periodo de 24 horas o más. Para el estudio de Sagastegui et al. (2022), participaron 58 cuidadores de adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. En cuanto a los hallazgos, la edad promedio de los participantes osciló entre 30 a 59 años, en su mayoría féminas, casadas y que cuidan a su familiar por un periodo de entre 3 a 5 años. A través de los resultados se encontró que el 64% de los participantes mostró niveles de sobrecarga. A su vez, se destacó una relación significativa entre la sobrecarga y factores demográficos tales como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, parentesco y tiempo de cuidado. En cuanto a las enfermedades que presentaban los adultos mayores, se encontró que la mayoría sufría de enfermedades digestivas, seguido por condiciones metabólicas y enfermedades cardiovasculares.

Otro de los estudios acerca del perfil de cuidadores informales es el de Gamboa y Oviedo (2020). Los investigadores realizaron un estudio con el objetivo de describir los cuidadores informales de adultos mayores que brindaban el cuidado a domicilio. Para esto, alcanzaron una muestra de 96 cuidadores en Bucaramanga, Colombia. Estos tuvieron una participación de un 87% féminas cuidadoras. La edad promedio de las participantes en el estudio fue de 38.2 años, jefas de familia, con estudios técnicos y de estrato socioeconómico bajo o medio. Dentro de las condiciones que tenían los adultos mayores que requerían de su apoyo y asistencia resaltan: diabetes, enfermedades cardíacas, depresión

y otros trastornos mentales. También se reportó que estos necesitaban ayuda para poder movilizarse, subir y bajar escaleras, asearse, en el aspecto emocional, la administración de medicamentos y en el apoyo al traslado.

Mientras que, ante la situación de la pandemia provocada por el COVID-19, autores como Navarrete-Mejía et al. (2020) señalan que muchos cuidadores tampoco cuentan con los adiestramientos o recursos adecuados para atender las necesidades presentes. Dentro de las dificultades que se añadieron en este periodo están: el lavado constante de manos, no disponer de alcohol, necesidad de mascarillas y no tener acceso a vestimenta adecuada para cuidar. Además, manifestaron que el 88% de las personas que trabajan como cuidadores principales no había recibido una formación específica que fuera mayor de 60 horas de duración para cuidar adultos mayores. Esto fue parte de los hallazgos en su estudio donde pretendían conocer el perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia en Lima, Perú. Para el estudio contaron con una muestra de 92 cuidadores de adulto mayor de ambos géneros, no familiares y que recibían remuneración. Se resaltó en el estudio que el 34.8% de los cuidadores contratados reportaron solo estudios primarios y que un 38% de ellos reportó tener estudios generales de auxiliar técnico de salud.

Por otro lado, es necesario resaltar el estudio que realizaron Cuevas y Gutiérrez (2022) con el objetivo de describir las características sociodemográficas y de salud de cuidadores informales de adultos mayores, identificando aspectos sobre el cuidado y el acceso a la tecnología durante la pandemia. Los participantes en este estudio fueron 52 cuidadores informales mayores de 18 años. Respecto a los resultados se encontró predominio en las mujeres, principalmente hijas, en una edad promedio de 37 años. La literatura expone que, aunque se conocen las características habituales de un cuidador informal, el período de pandemia, el aislamiento social, los cambios económicos y la necesidad pudieron haber generado cambios en aquellos que se encuentran frente al cuidado. Según los autores, este hallazgo coincidió con un estudio realizado en China donde se confirmó que adultos jóvenes tenían más probabilidad de ser cuidadores durante el confinamiento en el hogar, debido a que estos realizaban las actividades académicas y laborales desde el hogar. En relación con el área de salud, los autores describieron

que más de la mitad de los participantes no presentaba enfermedades crónicas. Apuntan a que esto podría deberse a que los cuidadores jóvenes sustituyeron a aquellos cuidadores con enfermedades crónicas porque se encontraban en riesgo.

A consecuencia del COVID-19 y similar a lo antes expuesto, un estudio de Hurtado (2021) tuvo como propósito identificar la pertinencia de revisar el impacto psicosocial y las propuestas de intervención para apoyar las necesidades específicas de los cuidadores informales. La literatura señala que, en México, el 41% de los adultos mayores de 60 años fueron atendidos por un cuidador informal durante la pandemia COVID-19. Los autores resaltaron que el sexo femenino es el perfil representativo del cuidador informal en México: de cincuenta años, hija o cónyuge del dependiente, que dedica 14 horas diarias a la atención y cuidado. A su vez, destacan que la ayuda que brindan es una intensa y constante, la cual sobrepasa sus capacidades físicas y mentales.

Continuando la línea de lo expuesto anteriormente, el cuidado del adulto mayor requiere tiempo, conocimiento, fortaleza física y emocional. Este tipo de cuidado conlleva responsabilidades que en ocasiones limitan al cuidador para cumplir sus propias motivaciones y metas. El estudio de Félix et al. (2013) tuvo como objetivo establecer asociación de la autopercepción en dimensiones de bienestar y características de cuidadores. Los autores señalan que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y toda persona tiene derecho a experimentar ese ambiente adecuado. En el estudio participaron 300 cuidadores principales de un adulto mayor con dependencia, mayores de 18 años, con más de seis meses de manera continua en el cuidado, y que no recibían paga. Los resultados indicaron que el mayor porcentaje fueron mujeres en etapa media de la vida o próximas a la etapa de adultez mayor, casadas o en unión libre, con bajo nivel de escolaridad, con labores del hogar, sin actividad productiva e ingresos limitados. Los autores resaltan que la etapa media de la vida en la que se encuentran las cuidadoras conlleva cambios biológicos, psicológicos y sociales que ameritan autocuidado, el cual postergan por el cuidado del adulto mayor. Sin embargo, estas muestran mayor satisfacción al cumplir el deber y brindan cuidados con un sentido de compromiso y responsabilidad aun cuando la dependencia es progresiva y requiere mayor tiempo, dinero y esfuerzo.

Por otro lado, y como se ha mencionado, los cuidadores principales al asumir la responsabilidad total de los cuidados comienzan a experimentar un agotamiento mental y ansiedad frente a los cuidados. Según se menciona en el estudio de Prieto-Miranda et al. (2015), los cuidadores pudieran presentar deficiencias en su sistema inmune debido a los factores estresantes a los que se exponen por periodos prolongados. Como respuesta a esto, los autores señalaron que existe una relación estadísticamente significativa entre ser mujer y presentar sobrecarga; y entre presentar sobrecarga y el tiempo dedicado al cuidado por más de 6 horas. La literatura apunta a que la mujer internaliza el rol de cuidadora familiar. Los investigadores realizaron un estudio acerca del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en familiares de pacientes geriátricos que recibían servicios hospitalarios en México. El objetivo fue determinar la frecuencia del síndrome de sobrecarga en la muestra antes referida. Se administraron 190 encuestas, de las cuales 170 cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados indicaron que la edad promedio de la muestra fue 50 años, el 72% eran mujeres y el 48% presentó el síndrome de sobrecarga.

Asimismo, el rol de cuidador informal conlleva el enfrentarse a situaciones agobiantes, desmotivación, problemas de salud y deterioro en la calidad de vida cuando no se cuenta con apoyo de otras personas en el cuidado de la persona dependiente. Los hallazgos del estudio de De Ángel-García et al. (2020), sugieren que los cuidadores informales requieren de conocimientos y habilidades para poder brindar un cuidado adecuado a la persona dependiente y, de tal manera, evitar afrontar situaciones estresantes que les provoquen sobrecarga. Los autores realizaron un estudio de tipo transversal-correlacional entre las variables de sobrecarga y competencias en 259 cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas de 2 hospitales en Tamaulipas, México. A estos se les administró un inventario sociodemográfico, la escala Zarit y la escala CUIDAR. Los resultados sociodemográficos indican que el 83% fueron mujeres y el 69% eran personas casadas que se dedicaban al hogar. Mientras el 38% eran hijas de la persona enferma, seguido por esposa/compañera (21%). En referencia a la correlación entre las variables de sobrecarga y las competencias de cuidar, se encontró que, a menores competencias del cuidador, mayores serán los niveles de sobrecarga.

Similar a lo antes expuesto, Farías (2022) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de adultos mayores pertenecientes a la parroquia Puerto Bolívar, Colombia. Los participantes fueron 32 cuidadores familiares, 23 mujeres y 9 hombres. Los autores mencionan que este estudio surgió ante la necesidad de identificar el nivel de dependencia del adulto mayor y cómo influye en la sobrecarga que el cuidador pueda enfrentar. Se logró determinar que el 71% eran mujeres quienes se encargan de cuidar, el 53% presentó enfermedades musculoesqueléticas, mientras que el 41% expresó que el nivel de dependencia de su adulto mayor era moderado. De los resultados se desprende que el 50% de los participantes presentó un nivel de sobrecarga intensa. Los autores, a través de los resultados, confirmaron la hipótesis expuesta relacionada al hecho de que la sobrecarga del cuidador familiar de adultos mayores está determinada por el nivel de dependencia del adulto mayor. Mientras que, la ausencia de sobrecarga estaba relacionada con los adultos mayores independientes y con dependencia leve.

Por otro lado, la actividad del cuidador y los cuidados otorgados a la persona dependiente pueden verse afectados cuando un cuidador principal informal presenta sobrecarga. Los hallazgos del estudio de Pablo et al. (2016) sugirieron que es necesario reconocer la labor de los cuidadores informales y promover la autoeficacia en estos. Los autores describieron la autoeficacia como la creencia que tiene la persona de poseer capacidades y desempeñar acciones necesarias con resultados deseados. Estos demostraron en el estudio que un bajo nivel de eficacia aumentará el nivel de sobrecarga. El estudio fue realizado en México y tuvo como objetivo examinar la asociación entre la autoeficacia y la sobrecarga percibida en el cuidador de pacientes con insuficiencia cardíaca. Los resultados sociodemográficos arrojaron que los cuidadores eran féminas (76.1%), casadas (79.8%) y con una edad promedio de 55.1 años. Estas tenían parentesco con la persona bajo su cuidado. En lo relacionado con el nivel de autoeficacia, un 49.5% de los cuidadores reflejó un nivel de autoeficacia bajo, mientras que el 46.8% se clasificó sin presencia de sobrecarga.

Por su parte, aquellos cuidadores informales que dedican más de 6 horas diarias al día al cuidado presentan sobrecarga, pero se intensificó aún más en aquellos que se dedican a cuidar 24 horas del día. Además, los

hallazgos del estudio de Lázaro (2021) indicaron que el género femenino predominó como familiar que brinda el cuidado. El estudio fue realizado en Veracruz, México y tuvo como objetivo identificar la frecuencia de sobrecarga del cuidador de un paciente adulto mayor. Se realizó la investigación con una muestra de 385 cuidadores de adultos mayores de 60 años que residían con el adulto mayor. Los hallazgos arrojaron la presencia de sobrecarga en el 2.6% de la población encuestada. Según se indicó, el bajo porcentaje reportado de sobrecarga pudiera deberse a que el estudio se llevó a cabo en cuidadores de pacientes atendidos en una unidad de primer nivel de cuidado, donde la atención de estos pacientes era ambulatoria.

De otra parte, el síndrome de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores implica repercusiones médicas, pero a su vez, sociales y económicas. Las cargas que experimentan los cuidadores pueden ser descritas de diversas maneras, sin embargo, pueden ser catalogadas por algunos como satisfactorias mientras que, para otros, extremadamente estresantes. Los hallazgos en el estudio de Cardona et al. (2013) apuntaron a que, en cuanto a la salud del cuidador, aquellos con percepción de estado de salud regular o no saludable presentan un mayor riesgo de sobrecarga en comparación con aquellos que su percepción es saludable. El estudio fue realizado en la ciudad de Medellín, Colombia. El mismo tenía como objetivo identificar la prevalencia y factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario de adultos mayores. Los participantes fueron 310 cuidadores principales de adultos mayores de 65 años o más. De los resultados se desprende que, al comparar la prevalencia de sobrecarga del cuidador por los grupos de edad, se observó mayor proporción en la percepción de sobrecarga en los participantes de 65-74 años, seguido por el grupo de 25 a 34 años, siempre reportada con mayor frecuencia en las mujeres.

Mientras, Valderrama et al. (2020) expone que la Asociación Americana de Personas Retiradas (AARP por sus siglas en inglés) menciona que los cuidadores familiares no cuentan con tiempo libre ni vacaciones puesto que el trabajo no es remunerado, por tal razón muestran síntomas de quemazón. Los autores llevaron a cabo un estudio mixto en la ciudad de Bogotá, Colombia. El objetivo fue identificar la narrativa relacionada con la sobrecarga de 51 cuidadores adultos pertenecientes al Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico (CIFEL IPS). A estos se

les administró un inventario sociodemográfico y la escala de sobrecarga Zarit. Luego se realizó un acercamiento para conocer los temas de mayor relevancia para ellos. Los resultados indicaron que el 49% de los cuidadores está a cargo del cuidado de un adulto. De estos, el 72% eran hombres. El 32% fluctuó entre las edades de 41 a 60 años, y el 24% era padre o madre del paciente. Según los resultados de la escala Zarit, el 31% mostró sobrecarga intensa, siendo el 92% mujeres. Mientras los temas de mayor referencia fueron: cansancio, hiperexigencia y protección. Los hallazgos de este estudio sugieren que la ayuda brindada para el cuidador debería comenzar con técnicas para reducir el estrés y aumentar las estrategias de autocuidado.

De otra parte, los riesgos y las condiciones de salud que sufren los cuidadores están relacionadas con el desempeño de las actividades que realiza y con los cambios a los que se somete diariamente. El cuidador muestra un deterioro significativo según la salud de la persona dependiente empeora. Las cargas que demanda la dependencia producen insatisfacción en sus necesidades, bienestar y funcionamiento psicológico, personal y afectivo. En el estudio de Ávila y Vergara (2014), realizado en Colombia, estos señalan que es común que los cuidadores presenten temor, inseguridades, preocupación constante y con esto, la salud y la calidad de vida se afecta desfavorablemente. Los autores realizaron el estudio con el propósito de evaluar la calidad de vida de cuidadores informales. Los participantes debían dedicar al menos tres cuartas partes del día a la tarea de cuidado por mínimo de 4 días a la semana. La muestra estuvo conformada por 28 hombres y 99 mujeres. De estos el 66.9% tenía alguna relación conyugal, un 22.8% eran solteros y un 10.3% estaban separados. A su vez, los investigadores encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el género y el tiempo que dedican a realizar la tarea de cuidar. Se reflejó que la mayoría de los cuidadores de la muestra realizaban esta tarea por más de 12 horas al día.

Del mismo modo, el estudio de Campos et al. (2019) identificó que aquellos cuidadores que tienen un nivel de sobrecarga intensa no reciben apoyo psicológico ni social, los que tienen sobrecarga leve no identificaron apoyo psicológico y en los que se categorizan sin sobrecarga, el 37.5% recibe apoyo psicológico. Al consultarles sobre el conocimiento y acceso a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), los que respondieron bajo nivel de conocimiento en internet y computador fueron

los identificados con altos porcentajes de sobrecarga en comparación con los de sobrecarga leve que sí reportaron conocimientos. Los autores buscaban identificar los medios de apoyo que utiliza el cuidador familiar del paciente con patología crónica no transmisible y su relación con el nivel de sobrecarga del cuidador. En esta investigación participaron 62 parejas de paciente-cuidador familiar de una institución de salud en Bucaramanga. Los resultados concluyeron que los cuidadores familiares eran de género femenino, en un promedio de 36 a 59 años de edad. El 19.3% de cuidadores presentó sobrecarga intensa, el 20% sobrecarga leve y el 59.6 % no sobrecarga.

El estudio realizado por Tripodoro et al. (2015), tuvo como objetivo evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador principal de pacientes asistidos en cuidados paliativos, utilizando la Escala Zarit (EZ). La escala cuenta con 22 preguntas que se responden en formato de escala Likert. Su principal inconveniente es su extensión, por lo que en el 2007 se validó en España una forma abreviada que consta de solo 7 preguntas. Esta forma no distingue entre el nivel de sobrecarga leve o sin sobrecarga, su utilidad es determinar el nivel de sobrecarga intensa. Sin embargo, aún con las citadas validaciones de la escala reducida, se implementó la escala completa para evaluar el riesgo de sobrecarga. Los participantes fueron 60 cuidadores principales de pacientes asistidos con cuidados paliativos, los pacientes asistidos por los cuidadores de la muestra presentaron una edad media de 77 años. El 70% de los cuidadores fueron mujeres con una media de edad de 48 años, en su mayoría convivientes con el paciente, el 70% se encontraba con pareja, el 22% era de amas de casa y el 52% era hijo/a del paciente. Los niveles de sobrecarga identificados fueron 43% de sobrecarga intensa, 24% de sobrecarga leve y un 33% ausencia de sobrecarga, registrando un 67% de las respuestas con sobrecarga en diferentes intensidades. Este dato confirma la vulnerabilidad del cuidador, donde la sobrecarga deteriora su salud mental, física y social. También, estos datos refuerzan la necesidad de intervenciones de apoyo para disminuir la intensidad en el rol del cuidador.

Por otro lado, Rojas et al. (2022) señalan que el apoyo social desempeña un papel indispensable en el proceso de cuidar a la población de adultos mayores. Su estudio desarrollado en Santa Clara, Cuba, tenía como propósito describir el apoyo social que perciben los cuidadores informales de adultos mayores. Los participantes fueron tres (3)

féminas cuidadoras informales que desempeñaban el rol por más de un año y que el adulto mayor presentara alguna condición incapacitante. La edad de las mujeres participantes osciló entre 46 a 65 años, no presentaban vínculos matrimoniales y su tiempo de cuidadoras era de aproximadamente 10 años. En los resultados se destacó la presencia de ansiedad y sentimientos relacionados con angustia y desesperación. Los autores describieron el escaso apoyo social que recibían las cuidadoras y, en su mayoría, este apoyo era brindado por su núcleo familiar más cercano. Además, mencionaron que algunos de los participantes se apoyaron en las creencias religiosas. Por otro lado, de los resultados se desprende que los principales tipos de apoyo para el cuidador fueron: emocional, instrumental, informativo y espiritual. Mientras que la literatura apunta a que, en Cuba, se utiliza la religión como un factor cultural que influye y sirve de apoyo psicológico y espiritual en la vida de las personas.

En cuanto a la sintomatología relacionada con la ansiedad y la depresión, Fong et al. (2021) llevaron a cabo un estudio para conocer el impacto psicológico en los cuidadores de personas que presentaban alguna demencia durante la segunda ola de COVID-19 en Hong Kong. La muestra fue de 51 cuidadores. Se administraron siete cuestionarios en formato digital, entre estos la Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) y la Escala de Sobrecarga de Zarit (ZBI-22). Los resultados mostraron que los cuidadores presentaron síntomas relacionados con depresión, ansiedad, sobrecarga, estrés y carga de cuidado. De modo similar, en Italia y en el sur de Suiza, Messina et al. (2022) realizaron un estudio transversal para conocer la sobrecarga y el bienestar emocional de cuidadores de personas con demencia durante la primera ola de COVID-19 en estos países. La muestra estuvo conformada por 571 cuidadores. De los resultados se desprende que los cuidadores presentaban estrés leve, depresión, ansiedad moderada y sobrecarga moderada a severa. Finalmente, según Pérez et al. (2022), la situación creada por la pandemia del COVID-19 impactó el rol de los cuidadores ya que representó para estos un incremento en las tareas relacionadas con el cuidado, confinamiento, distanciamiento físico y temor porque la persona que cuidaban falleciera. A su vez, esto pudo relacionarse con la presencia de sintomatología depresiva, de ansiedad y de sobrecarga.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, mientras el diseño fue uno exploratorio de tipo descriptivo-correlacional. Según Hernández et al. (2014), el enfoque cuantitativo es un método que implica una serie de procesos rigurosos en el cual se lleva a cabo una recopilación de datos y se utilizan diferentes análisis estadísticos. Mientras, los diseños descriptivos-correlacionales se definen como el hecho de conocer las propiedades, características y perfiles de individuos o grupos. Por su parte, el aspecto correlacional hace referencia al grado de asociación o relación que existe entre dos o más variables. Por último, el estudio fue uno no experimental de corte transversal el cual es usado cuando las variables no son manipuladas de forma directa y son medidas en un solo momento (Hernández et al., 2018).

PARTICIPANTES

La población que formó parte del estudio fue una muestra de cuidadores informales de adultos mayores de Puerto Rico, México y Colombia. En los países que formaron parte del estudio transcultural no se encontró un censo o registro que permitiera conocer la cantidad o número estimado de cuidadores informales (Navarro-Sandoval et al., 2017). Debido a esto, en estudios previos realizados con la población de cuidadores informales de adultos mayores se han utilizado muestreos no probabilísticos y por conveniencia de los participantes. Estos se definen como una muestra que se escoge a base de criterios específicos y que no permite hacer generalizaciones de los resultados en relación con el resto de la población, debido a que no se puede asegurar que la muestra extraída sea representativa a toda la población. En cuanto al aspecto de la conveniencia o disponibilidad, se hace referencia a los sujetos seleccionados de una determinada cultura por el acceso que tienen los investigadores a esta. Estos sujetos cuentan con características que van acorde con el resto de la población (Arias et al., 2016). Este tipo de muestreo suele ser utilizado en los estudios exploratorios (Vergara & Balluerka, 2000).

Es por esto, que basado en la participación en estos estudios previos se sugirió una muestra de 300 cuidadores informales de adultos mayores por cada universidad colaboradora en su país o región. La muestra final de este estudio quedó conformada por un total de 1,177 cuidadores informales (871 féminas y 306 varones). Mientras, la edad promedio de la muestra fue de 47.58 años.

En los Estados Unidos Mexicanos la muestra fue de 601 cuidadores informales de 28 estados de la república. Mientras que en Puerto Rico participaron 377 personas de los 78 municipios del país. Por parte de la República de Colombia la muestra fue de 199 de 15 departamentos. En este país no se alcanzó la muestra proyectada de 300 personas. Los investigadores encontraron desconfianza de las personas para compartir información en plataformas digitales.

Los criterios de inclusión que debían tener personas de ambos géneros para poder participar del estudio fueron los siguientes: tener la edad adulta según las leyes establecidas en el país al que perteneciera el participante (México y Colombia mayores de 18 años; en Puerto Rico mayores de 21 años), encargarse de tareas relacionadas con el cuidado de al menos un adulto mayor, no recibir remuneración económica o paga por las tareas o tiempo de cuidado, preferiblemente que pudieran leer y escribir, poseer aparatos electrónicos (teléfono inteligente, tableta, computadora) con conexión a internet además de un dominio básico del mismo, no tener un diagnóstico de alguna condición mental severa.

INSTRUMENTOS

Para recopilar los datos necesarios del estudio, se utilizaron cuatro instrumentos digitales autoadministrables. Debido a las restricciones por la pandemia provocada por el COVID-19 y ante la imposibilidad de realizar entrevistas o contacto físico con los participantes, se utilizó una plataforma digital para obtener los datos de estos. Mediante la plataforma digital PsychData, el participante pudo responder los cuatro cuestionarios seleccionados para el presente estudio, sin interacción con los investigadores.

Al utilizarse instrumentos para diferentes culturas, los investigadores revisaron la equivalencia entre los mismos. Estos atendieron la similitud lingüística y semántica de las preguntas del cuestionario sociodemográfico. Asimismo, para asegurar la similitud lingüística utilizaron frases cortas, sustantivos en lugar de pronombres, frases que contextualizaran la idea principal y el uso de términos específicos en lugar de generales. Se evitó el uso de palabras o frases coloquiales que carecieran de un significado preciso. Los investigadores consintieron en la adecuación del lenguaje de los instrumentos para la población de su país. De otra parte, se realizó una revisión de investigaciones previas, por países, para identificar el índice de validez y confiabilidad de los inventarios a utilizarse para medir el nivel de depresión, de ansiedad y de sobrecarga.

Los instrumentos recogieron datos relacionados con las variables sociodemográficas, de apoyo social, apoyo emocional, niveles de depresión, niveles de ansiedad y presencia de sobrecarga. El tiempo estimado para completar los cuestionarios fue de aproximadamente 20 minutos. Para mantener la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información los datos no contenían información que pudiera identificar al participante. Se garantizó la confidencialidad dado que no se recopiló la dirección de IP (el número único que identifica los dispositivos conectados al internet).

A continuación, se describen los cuestionarios e inventarios que fueron utilizados:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores informales

Este cuestionario, desarrollado por los investigadores, estuvo conformado por 30 preguntas que tenían el objetivo de recopilar información sociodemográfica necesaria sobre el cuidador informal, la labor que realiza y el grado de apoyo que brinda al adulto mayor. Las variables sociodemográficas que lo conforman son: género, edad, estado civil, cantidad de hijos, nivel de escolaridad completada, tener trabajo (empleo), cantidad de horas de trabajo (jornada laboral), país donde vive el participante, cantidad de adultos mayores bajo su cuidado, distancia del trabajo al hogar, tiempo que ha dedicado al cuidado, ingresos

económicos, cantidad de horas diarias que dedica al cuidado, lugar donde cuida, condición de salud del adulto mayor, tiempo del adulto mayor con la condición, nivel de dependencia del adulto mayor, poseer formación en el cuidado del adulto mayor, recibir apoyo económico de familiares, parentesco con el adulto mayor y recibir ayuda en las tareas de cuidado. Las preguntas del cuestionario sociodemográfico no pretendían obtener información sensible, privada o confidencial del adulto mayor.

2. Inventario para depresión *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)

Este instrumento es uno de los más utilizados a nivel mundial para medir síntomas de depresión en adultos. Es autoadministrable y se compone de nueve preguntas las cuales incluyen síntomas y actitudes relacionados con la depresión. El inventario mide los síntomas dentro de una escala que va de 0 a 3. La persona debe seleccionar cuál describe mejor cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. La puntuación total puede oscilar entre 0 a 27 puntos. Los puntos de corte son 1 a 4 (depresión mínima), 5 a 9 (depresión leve), 10 a 14 (depresión moderada), 15 a 19 (depresión moderadamente grave) y 20 a 27 (depresión grave).

El PHQ-9 ha sido validado para diversas poblaciones. En Puerto Rico, Ramírez (2016) llevó a cabo un estudio sobre el proceso de implementación de un programa para el manejo de la angustia emocional en pacientes diagnosticados con cáncer. Además, se realizó un estudio piloto con 41 pacientes con el objetivo de validar el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) en pacientes puertorriqueños con cáncer. Los resultados indicaron que el PHQ-9 posee una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.83) y alto coeficiente de confiabilidad (95.5%).

Por otro lado, Arrieta et al. (2017) realizó un estudio con el objetivo de validar la utilidad del PHQ-2 y PHQ-9 para la detección y el diagnóstico de depresión en las zonas rurales en México. La muestra estuvo compuesta por 223 adultos de una comunidad rural en Chiapas, México. Los resultados indicaron que el PHQ-9 posee buena consistencia interna (Alpha de Cronbach ≥ 0.80). Estos resultados indican que el PHQ-9 es una herramienta potencialmente beneficiosa para la detección de depresión en poblaciones de habla hispana.

Mientras, Cassiani et al. (2020) llevó a cabo un estudio con el objetivo de validar el PHQ-9 como una herramienta diagnóstica de depresión en adultos usuarios de atención primaria en Bucaramanga, Colombia. La muestra estuvo compuesta por 243 participantes. Los resultados indicaron que el PHQ-9 para la población antes referida posee un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.80 y un coeficiente de McDonald de 0.81. además, mostró un balance adecuado de sensibilidad y especificidad ($PC \geq 7$). En conclusión, los resultados indican que la versión colombiana del PHQ-9 es un instrumento válido y confiable para el diagnóstico de depresión en atención primaria.

3. Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7)

Este instrumento es uno de los más utilizados a nivel mundial para medir síntomas de ansiedad en adultos. Es autoadministrable y se compone de siete preguntas las cuales incluyen síntomas y actitudes relacionados con la ansiedad. El inventario mide los síntomas dentro de una escala que va de 0 a 3. La persona debe seleccionar cuál describe mejor cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. La puntuación total oscila entre 0 y 21. Los puntos de corte son 0 a 5 (ansiedad leve), de 6 a 10 (ansiedad moderada) y de 11 a 15 (ansiedad severa).

La *Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7)* cuenta con adaptación cultural al español (García et al., 2010). La muestra estuvo compuesta por 212 pacientes, de estos, 106 con un diagnóstico de ansiedad generalizada. Los resultados indican que la GAD-7 obtuvo una excelente confiabilidad (Alpha de Cronbach=0.936). Por su parte, Castro et al. (2016), utilizó dicho instrumento en una muestra de 435 alumnos universitarios mexicanos. En este estudio el GAD-7 obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.89.

Mientras que Mills et al. (2014) realizó un estudio con el objetivo de evaluar la confiabilidad, la validez estructural y la validez convergente del GAD-7 en las versiones de inglés y español para hispanoamericanos en Estados Unidos. La muestra estuvo compuesta por 436 hispanoamericanos que utilizan el inglés o español como lenguaje de preferencia. Los resultados indicaron que el GAD-7 posee un Alpha de Cronbach de 0.93. Por lo cual, se concluyó que los hallazgos sugieren que el GAD-7, en sus versiones en español e inglés, son confiables y poseen validez estructural en la población de hispanoamericanos.

En Puerto Rico, Pagán et al. (2020) llevó a cabo un estudio con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas y la estructura factorial del GAD-7. La muestra estuvo compuesta por 302 adultos puertorriqueños. Los resultados indican que el GAD-7, para la población puertorriqueña, posee excelente consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.92). En conclusión, el GAD-7 es un instrumento adecuado para medir sintomatología ansiógena en Puerto Rico.

De otra parte, Camargo et al. (2021) realizó un estudio con el objetivo de establecer la validez y confiabilidad del GAD-7 en médicos colombianos durante la cuarentena por COVID-19. La muestra estuvo compuesta por 1,030 médicos. Los datos fueron recopilados a través de un cuestionario en internet. El tiempo para completar el mismo fue de 2 minutos. Los resultados mostraron que la GAD-7 posee buena consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.92). En conclusión, la GAD-7 fue una herramienta efectiva para identificar ansiedad generalizada en los colombianos que participaron del estudio.

4. Escala de sobrecarga del cuidador-Zarit abreviada

Para este estudio se utilizó la *Escala de sobrecarga Zarit* en su versión abreviada. Esto debido a que la versión original de la EZ puede ser demasiado extensa para el cuidador que desempeña múltiples funciones y posee tiempo limitado (Tripodoro et al., 2015). De igual modo, para prevenir la fatiga en el participante se utilizó la EZ abreviada dado que resulta beneficiosa para el cuidador por ser corta y autoadministrable (Gort et al., 2005).

Este instrumento es uno de los más utilizados a nivel mundial para medir la sobrecarga del cuidador. Para esto evalúa dimensiones como: calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos. Es autoadministrable y se compone de siete preguntas para responder dentro de una escala que va de 1 a 5. La puntuación total oscila entre 7 a 35 puntos. Las puntuaciones entre 1 y 16 sugieren la ausencia de sobrecarga. Mientras que las puntuaciones de 17 o más refieren la presencia de sobrecarga severa.

La *Escala de sobrecarga Zarit (EZ)* abreviada posee una especificidad y sensibilidad de 100% para la población española (Gort et al., 2005). En cuanto a la población latinoamericana, se encontró que la EZ abreviada posee una alta consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.84) (Breinbauer et al., 2009). En un estudio con cuidadores primarios en Medellín, Colombia realizado por Vélez et al. (2012) se encontró que las escalas abreviadas de Zarit son mejores para determinar la presencia de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con dependencia.

PROCEDIMIENTO

Periódicamente se celebraron reuniones para la conformación de los equipos de investigación en Puerto Rico, México y Colombia para el desarrollo, revisión y adaptación cultural de los instrumentos a utilizar en el estudio. Los coinvestigadores de las universidades colaboradoras de México y Colombia completaron las certificaciones requeridas por la Junta de Revisión Institucional (IRB por sus siglas en inglés) de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Una vez completados todos los requerimientos, se solicitó la autorización del IRB de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico y en las entidades correspondientes en las universidades colaboradoras de México. Para Colombia no fue requerida la revisión de un comité de ética, dado que solo es necesario cuando la investigación es dirigida por un investigador de una universidad colombiana.

Posterior a la aprobación por parte del IRB, se creó un afiche de promoción que incluía la información sobre el propósito de la investigación, criterios de inclusión, criterios de exclusión, contacto con los investigadores por país y el enlace de la plataforma digital PsychData para participar del estudio y un código QR. Se comenzó el proceso de recolección de datos de forma simultánea en los tres países. Para esto se compartió el afiche promocional con la información del estudio a través de las redes sociales y correos electrónicos de las cuatro universidades que forman parte de la investigación. Se contactaron grupos de apoyo de cuidadores de adultos mayores, parroquias, iglesias, centros de cuidado diurno y líderes de comunidades para compartir el afiche de promoción a través de mensajería telefónica, grupos WhatsApp y contactos en diversos municipios o comunidades. Además, se solicitó a estudiantes

y facultativos de las universidades colaboradoras que compartieran el afiche y enlace de participación del estudio. Se contó con el apoyo de los investigadores, coinvestigadores y asistentes de investigación quienes se encargaron de difundir el enlace para completar el cuestionario en la plataforma digital.

Para evitar el sesgo intercultural, las dudas o preguntas de los participantes fueron canalizadas por el coinvestigador del país correspondiente. Además, se estuvo atento para responder dudas, solucionar alguna dificultad en el acceso digital o brindar apoyo sobre el uso de la plataforma. El apoyo al participante por parte del equipo de investigación estuvo disponible en caso de ser solicitado de forma expresa. No hubo una intervención directa con el participante para completar la información de los cuestionarios en la plataforma digital.

Las personas que cumplían con los criterios de inclusión y deseaban participar de forma libre y voluntaria en el estudio accedieron al enlace provisto en el afiche o en las comunicaciones electrónicas. Una vez en la plataforma digital, encontraron una sección en la que se explicaba detalladamente el Consentimiento Informado, los criterios de inclusión, los detalles del estudio, el tiempo que le llevaría contestar, los contactos de los investigadores y números de teléfono para centros de ayuda en caso de surgir una situación de crisis.

El participante, al acceder a la plataforma digital, encontró la Hoja de Consentimiento Informado, documento en el cual se explicaron detalladamente los objetivos de la investigación, la confidencialidad y en qué consistía específicamente la participación de la persona. Además, establecía que la participación fue libre y voluntaria, que no tendría ninguna repercusión en su contra si decidía detener el proceso y que el compromiso de los investigadores era utilizar los datos solo con fines académicos/investigativos. Una vez la persona aceptaba en la plataforma digital que cumplía con los criterios de inclusión o participación, y que estaba consciente de su participación en el estudio, podía proseguir para completar las preguntas de los instrumentos digitales autoadministrables de la investigación. El proceso se mantuvo con un nivel de riesgo bajo para los participantes. No obstante, antes de la primera pregunta al participante le aparecía información y números de contacto de líneas de ayuda emocional disponibles 24 horas y los contactos de cada

investigador, según su país. Cada investigador se rigió por las leyes generales, normas y requerimientos éticos de la investigación con seres humanos en su país.

Posterior a la recolección de los datos en la plataforma digital, los investigadores procedieron a transferir la información en la base de datos en el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 24. Una vez incorporados los datos, se realizaron análisis estadísticos para obtener los resultados. Estos análisis incluyeron: análisis descriptivos, de frecuencia, de correlación de Pearson, Ji cuadrada y Manova.

Una vez obtenida la información de los participantes y, luego de terminada la investigación, se borraron los datos de la plataforma PsychData. Una vez se solicitó que se eliminaran los datos de la plataforma, en siete días, estos quedaron borrados permanentemente. PsychData asegura que ninguno de sus empleados accede a los datos y que están adiestrados en los aspectos éticos de la confidencialidad en investigaciones con seres humanos.

La información y los datos del estudio serán guardados y encriptados en dispositivos de almacenamiento externo por el investigador principal. Solo tendrán acceso a estos datos los coinvestigadores. Posterior a los cinco años reglamentarios se procederá a destruir los archivos de la memoria o dispositivo de almacenamiento. Los resultados no serán utilizados para realizar generalizaciones sobre la población de cuidadores informales y/o métodos de intervención con estos.

RESULTADOS

La participación en la investigación estuvo conformada por 1,177 cuidadores informales. De estos, 601 eran de los Estados Unidos Mexicanos, 377 de Puerto Rico y 199 de la República de Colombia. De estos, 871 eran féminas y 306 varones. Mientras, la edad promedio de la muestra fue de 47.58 años con una desviación estándar de 13.51 años. La edad mínima fue 18 años y la edad máxima 94 años. En relación con el estado civil de los cuidadores que participaron de la investigación, el 51% indicó no tener algún tipo de relación conyugal, ya sea porque fueran solteros, divorciados, viudos, separados o nunca casados. Mientras, el 49% reportó tener algún tipo de relación conyugal, como estar casado

o convivir. De los cuidadores que indicaron tener alguna relación de pareja, el 97.6% refirió vivir con la pareja o cónyuge. Mientras el 60.3% indicó tener entre uno y siete hijos. El 69.2% de los cuidadores con hijos indicó que al menos un hijo vivía en su hogar. Relacionado con la cantidad de personas que residían en el mismo hogar, el núcleo familiar más reportado fue el de una persona (44.9%), seguido por dos personas (39.6%) y tres personas (11.5%). En cuanto a las personas que residen con el cuidador, en la tabla 1 se detallan los resultados:

Tabla 1

Personas que residen con el cuidador

Persona que reside con el cuidador	Por ciento
nieto/a	32.7
cuñado/a	10.2
suegro/a	14.3
familiar del adulto mayor	4.1
hijastro/a	6.1
miembro de la congregación	4.1
yerno/nuera	6.1
amigo/a	8.2

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

PARTICIPACIÓN POR PUEBLO, ESTADO O CIUDAD (SEGÚN EL PAÍS)

En cuanto al lugar de residencia de los cuidadores en Puerto Rico, los resultados mostraron que participaron cuidadores de 78 municipios. Lo cual indica que participaron cuidadores de todos los municipios de la Isla. A continuación, en la tabla dos se detalla la participación de los cuidadores por municipio en Puerto Rico:

Tabla 2

Pueblo de residencia de los cuidadores en Puerto Rico

Pueblo	Frecuencia	Por ciento
Adjuntas	12	3.2
Aguada	1	.3
Aguadilla	1	.3
Aguas Buenas	2	.5
Aibonito	3	.8
Arecibo	2	.5
Arroyo	3	.8
Añasco	2	.5
Barceloneta	3	.8
Barranquitas	2	.5
Bayamón	9	2.4
Cabo Rojo	8	2.1
Caguas	10	2.7
Camuy	4	1.1
Canóvanas	2	.5
Carolina	5	1.3
Cataño	1	.3
Cayey	3	.8
Ceiba	1	.3
Ciales	1	.3
Cidra	1	.3
Coamo	13	3.4
Comerío	1	.3
Corozal	1	.3
Culebra	2	.5
Dorado	2	.5

Tabla 2 (continuación)

Pueblo	Frecuencia	Porcentaje
Fajardo	2	.5
Florida	1	.3
Guayama	1	.3
Guayanilla	24	6.3
Guaynabo	3	.8
Gurabo	2	.5
Guánica	3	.8
Hatillo	2	.5
Hormigueros	2	.5
Humacao	4	1.1
Isabela	1	.3
Jayuya	4	1.1
Juana Díaz	20	5.3
Juncos	2	.5
Lajas	2	.5
Lares	2	.5
Las Marías	2	.5
Las Piedras	1	.3
Loiza	1	.3
Luquillo	1	.3
Manatí	7	1.9
Maricao	1	.3
Maunabo	3	.8
Mayagüez	12	3.1
Moca	1	.3
Morovis	1	.3
Naguabo	1	.3

Tabla 2 (continuación)

Pueblo	Frecuencia	Por ciento
Naranjito	1	.3
Orocovis	3	.8
Patillas	2	.5
Peñuelas	11	2.9
Ponce	81	21.4
Quebradillas	2	.5
Rincón	2	.5
Río Grande	3	.8
Sabana Grande	4	1.1
Salinas	5	1.3
San Germán	2	.5
San Juan	14	3.7
San Lorenzo	4	1.1
San Sebastián	5	1.3
Santa Isabel	5	1.3
Toa Alta	1	.3
Toa Baja	5	1.3
Trujillo Alto	1	.3
Utua	2	.5
Vega Alta	1	.3
Vega Baja	7	1.8
Vieques	1	.3
Villalba	3	.8
Yabucoa	2	.5
Yauco	9	2.4
Total	377	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).



Figura 1
Pueblos de Puerto Rico con participación en la muestra del estudio

■ Pueblos de Puerto Rico con participación en la muestra del estudio

Fuente. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el Cuestionario de datos sociodemográficos para ciudadanos (2023).

Mientras, relacionado con el estado de residencia de los cuidadores en los Estados Unidos Mexicanos, los resultados mostraron que participaron personas de 28 de los 32 estados. Lo cual representa el 87.5% de los estados en México. En la tabla tres se muestra la participación por estado:

Tabla 3
Estado de residencia de los cuidadores en México

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Aguascalientes	5	0.8
Baja California	8	1.3
Baja California Sur	5	0.8
Campeche	4	0.7
Coahuila	1	0.2
Colima	7	1.2
Chiapas	1	0.2
Chihuahua	8	1.3
Distrito Federal	0	0.0
Durango	3	0.5
Guanajuato	13	2.1
Guerrero	3	0.5
Hidalgo	9	1.5
Jalisco	272	45.2
México	24	4.0
Michoacán	198	32.9
Morelos	1	0.2
Nayarit	5	0.8

Tabla 3 (continuación)

Pueblo	Frecuencia	Porcentaje
Nuevo León	8	1.3
Oaxaca	2	0.3
Puebla	4	0.7
Querétaro	1	0.2
Quintana Roo	0	0.0
San Luis Potosí	4	0.7
Sinaloa	6	1.0
Sonora	0	0,0
Tabasco	1	0.2
Tamaulipas	1	0.2
Tlaxcala	0	0.0
Veracruz	3	0.5
Yucatán	1	0.2
Zacatecas	3	0.5
Total	601	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

Figura 2

Estados de México con participación en la muestra del estudio



Fuente. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores (2023)*.

Por último, en cuanto al lugar de residencia de los cuidadores en la República de Colombia, los resultados indicaron que participaron personas de 15 departamentos. Esto representa el 45% de los departamentos. La tabla cuatro muestra la participación de los cuidadores en Colombia por departamento.

Tabla 4*Departamento de residencia de los cuidadores en Colombia*

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Amazonas	0	0
Antioquia	7	3.5
Arauca	1	.5
Atlántico	2	1.0
Bogotá	129	64.8
Bolívar	1	.5
Boyacá	3	1.5
Caldas	0	0
Caquetá	0	0
Casanare	1	.5
Cauca	0	0
Cesar	0	0
Chocó	0	0
Córdoba	0	0
Cundinamarca	0	0
Guainía	0	0
Guaviare	0	0
Huila	0	0
La Guajira	0	0

Tabla 4 (continuación)

Pueblo	Frecuencia	Porcentaje
Magdalena	1	.5
Meta	1	.5
Nariño	0	0
Norte de Santander	9	4.5
Putumayo	1	.5
Quindío	0	0
Risaralda	1	.5
San Andrés	0	0
Santander	19	9.5
Sucre	0	0
Tolima	6	3.0
Valle del Cauca	17	8.5
Vaupés	0	0
Vichada	0	0
Total	199	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

Figura 3

Departamentos de Colombia con participación en la muestra del estudio



Fuente. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

Los resultados relacionados con la escolaridad indicaron que, en Puerto Rico, el 14.4% de los cuidadores completaron algún grado entre escuela intermedia y superior. Mientras, el 84.6% reportó poseer algún grado universitario entre programa técnico y doctorado. En los Estados Unidos Mexicanos, el 33.9% indicó haber completado algún grado de escolaridad entre primaria y preparatoria. En tanto, el 64.4% reportó haber completado algún grado universitario entre bachillerato (licenciatura) y doctorado. Por último, en la muestra de la República de Colombia, el 46.7% indicó haber completado algún grado de escolaridad entre básica y superior. Mientras, el 39.6% reportó poseer algún grado universitario entre bachillerato (licenciatura) y doctorado.

En cuanto a la empleabilidad, el 62.5% de la muestra poseía empleo. De los cuidadores que se encontraban empleados, el 53.9% indicó laborar en un trabajo o empresa privada, el 24.2% en un trabajo o empresa pública y el 20.4% en un empleo propio. En tanto, en relación con el tipo de horario o jornada laboral, los resultados mostraron que el 51.1% laboraba a tiempo completo, el 18.6% a medio tiempo y el 28.3% tenía un horario flexible. Mientras, en relación con cuánto tiempo les tomaba para llegar al trabajo, 29.8% de los cuidadores indicaron que tardaban entre uno a 30 minutos, 17.1% entre 31 a 60 minutos, 3.7% entre una a una hora y media, 2.6% entre una hora y media a dos horas, y finalmente el 2.4%, dos horas o más. Por otro lado, en referencia al ingreso de los cuidadores, en las tablas cinco, seis y siete se muestran los ingresos reportados por los cuidadores por país.

Tabla 5
Ingresos estimados de los cuidadores en Puerto Rico

Ingreso anual estimado	Por ciento
menos de \$5,000	20.2
\$5,001 a \$10,000	11.7
\$10,001 a \$20,000	17.2
\$20,001 a \$30,000	26.0
\$30,001 a \$40,000	11.9
más de \$40,001	13.0

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

Tabla 6*Ingresos estimados de los cuidadores en México*

Cantidad estimada de ingreso mensual	Por ciento
0.00 a 2,699.00 pesos	6.7
2,700.00 a 6,799.00 pesos	6.7
6,800.00 a 11,599.00 pesos	8.0
11,600.00 a 34,999.00 pesos	21.6
35,000.00 a 84,999.00 pesos	21.0
más de 85,000.00 pesos	36.1

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores (2023)*.

Tabla 7*Ingresos estimados de los cuidadores en Colombia*

Cantidad estimada de ingreso mensual	Por ciento
menos de 500.00 pesos	34.2
500.001 a 1.000.000 pesos	25.6
1.000.001 a 2.900.000 pesos	26.1
2.900.001 a 3.900.000 pesos	7.5
3.900.001 a 4.900.000 pesos	4.0
más de 4.900.001 pesos	2.5

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores (2023)*.

FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS

En relación con la fuente principal de ingresos del cuidador, el 62.2% de la muestra indicó el empleo asalariado o el empleo propio. El 8.9% reportó como fuente principal de ingreso las ayudas gubernamentales o asistencia nutricional. En tanto, el 10.5% identificó la ayuda económica de familiares como su fuente de ingreso primaria. Por otro lado, un 18.3%

indicó que contaba con otra fuente principal de ingreso. A continuación, en la tabla ocho se detallan las reportadas como otras fuentes principales de ingresos.

Tabla 8

Otras fuentes principales de ingresos reportadas por los cuidadores

Fuente principal de ingreso	Por ciento
pensión	36.1
pensión o sueldo del cónyuge	25.0
pensión del adulto mayor	7.2
seguro social	18.8
seguro social del adulto mayor	1.0
arrendamiento	1.4
retiro	8.2
ahorros	0.5
préstamos	1.0

Nota: Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

DESCRIPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES Y LA TAREA DE CUIDAR

Los resultados muestran que la edad mínima de los adultos mayores bajo el cuidado de los participantes de esta investigación fue 60 años, y la edad máxima 104 años. La edad promedio es 78.41 años con una desviación estándar de 9.22 años. En relación con las condiciones del adulto mayor bajo su cuidado, el 49.5% indicó algún diagnóstico de condición física, el 9.8% alguna condición de salud mental y el 19.8% ambas. Mientras, los resultados muestran que el 16.4% indicó que el adulto mayor fue diagnosticado con diabetes, 13.7% Alzheimer y 12.2% con condiciones relacionadas con movilidad y motricidad como: tener una prótesis, no poder caminar, estar encamado, algún problema en la columna vertebral, operación de rodillas, falta de alguna extremidad o alguna discapacidad motriz. El 10.4% identificó algún tipo de

demencia, 7.1% artritis, 6.8% hipertensión, 5.3% cáncer, 5.1% alguna condición cardíaca, 4.0% Parkinson y el 3.3% alguna condición de salud mental severa como bipolaridad, esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad. El 3.5% alguna condición cerebrovascular, el 2.6% alguna condición pulmonar y el 2.2% alguna lesión o fractura de cadera. En la tabla nueve se agrupan los resultados sobre el tiempo que lleva el adulto mayor con la condición o enfermedad.

Tabla 9

Tiempo que lleva el adulto mayor con la condición o enfermedad

Tiempo con la condición	Porcentaje
1 día a 6 meses	8.0
7 meses a 1 año	12.0
2 a 4 años	26.2
5 a 7 años	19.1
8 años o más	33.4

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores* (2023).

De otra parte, en cuanto a la cantidad de adultos mayores bajo su cuidado, el 71.2% refirió cuidar de un adulto mayor y el 24.6% de dos adultos mayores. Mientras, que el 91.8% reportó no recibir remuneración o salario por cuidar al adulto mayor. Un 5.7% refirió recibir apoyo económico por parte de la familia.

El 81.9% de los cuidadores que participó de esta investigación no poseía conocimiento formal en el cuidado de adultos mayores. Por su parte, un 18.9% reportó poseer conocimiento formal en el cuidado. De los que reportaron poseer conocimiento formal en el cuidado de adultos mayores, el 4.6% poseía preparación en enfermería, el 3.1% en asistencia de cuidado en el hogar, 2.0% asistencia de cuidado y el 7.1% en otras áreas como cursos, salud física, salud mental o tenía experiencia como cuidador.

En relación con el tiempo que lleva cuidando del adulto mayor, se encontró que el 10.4% había cuidado entre un día y seis meses, el 15.6% entre siete meses y un año, el 33.5% entre dos a cuatro años, el 15.9% entre cinco a siete años y el 24.6% ocho años o más. Mientras que, en cuanto al tiempo en horas de cuidado por semana, un 43.2% reportó cuidar del adulto mayor 21 horas o más, 14.9% entre una a cuatro horas, 14% cinco a ocho horas, 11.9% nueve a 12 horas, 8.2% 13 a 16 horas y 7.8% 17 a 20 horas.

En cuanto a la relación con el adulto mayor, el 92.7% de los cuidadores indicó ser familia del adulto mayor que estaba bajo su atención. Se encontró que el 68.2% cuidaba de uno o ambos progenitores, el 16.6% de uno o ambos abuelos, el 6.7% de su cónyuge, el 4% de su tío o tía, el 4% de un hermano o hermana y el 0.4% cuidaba de su hijo o hija. Cabe resaltar que el 6.4% refirió tener otro parentesco con el adulto mayor bajo su cuidado, como suegro/a, cuñado/a (6.8%), madrastra o padrastro (6.8%), novio/a (4.1%), algún familiar de su cónyuge (2.7%), hijastra (1.4%), persona de crianza (1.4%), primo/a (1.4%) o sobrino/a (1.4%). Mientras, los cuidadores que indicaron no ser familia del adulto mayor los resultados mostraron que el 31.8% cuidaba de un amigo/a, el 22.4% de un vecino/a, el 21.2% de un miembro de la comunidad y 15.3% de un miembro de la congregación.

En lo relacionado con el lugar donde se realiza el cuidado, se encontró que el 61.5% cuida en la residencia del adulto mayor y un 35.2% en la residencia del cuidador. El 1.5% indicó que cuidaba del adulto mayor en un centro de cuidado y el 1.8% en otro lugar como el hospital o la casa de algún familiar.

Por su parte, un 58.4% de los cuidadores indicó que recibía apoyo en las tareas de cuidado del adulto mayor. Un 73.9% reportó que recibían ayuda de algún familiar, el 26.3% de una persona contratada y un 11.9% de su pareja. El 1% recibe apoyo de otra persona como un familiar del adulto mayor, miembros de la congregación o un vecino.

Respecto a la frecuencia de ayuda que requería el adulto mayor, el 44.6% indicó que el adulto mayor necesitaba ayuda la mayor parte del tiempo, el 36.3% en ocasiones y el 19.1% solo requería supervisión. En la tabla 10 se muestran las tareas en las que el adulto mayor requería ayuda.

Tabla 10*Tareas que el adulto mayor requería ayuda*

Tarea	Porcentaje
aseo personal (bañarse, vestirse, lavar los dientes, peinarse)	40.3
alimentarse	32.6
preparación de alimentos	64.8
administración de medicamentos	57.9
movilidad (levantarse, caminar, ejercitarse)	47.5
limpieza del hogar	69.5
transportación (llevarlo a citas, hacer las compras de alimentos)	81.1
otro: por favor especifique	97.2

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores (2023)*.

Cabe destacar que los cuidadores indicaron otro tipo de ayuda, identificaron que el adulto mayor requería de ayuda en los aspectos médicos, la administración del dinero, el cuidado de mascotas y el acompañamiento.

APOYO PSICOLÓGICO Y ESPIRITUALIDAD

En cuanto al apoyo psicológico, se halló que el 70.7% de la muestra no había recibido apoyo psicológico. El 14.6% indicó haber recibido o estar recibiendo apoyo psicológico. Mientras el 14.7% reportó no haber recibido apoyo psicológico, sin embargo, considera recibirlo. Por otro lado, el 90.7% de los cuidadores identificaron que la espiritualidad es un factor importante en su vida.

TECNOLOGÍA, CAPACITACIONES Y NECESIDAD DE ADIESTRAMIENTOS

Los datos relacionados con el uso de la tecnología muestran que el 64.4% de la muestra utiliza la tecnología para informarse o realizar consultas sobre el cuidado del adulto mayor. En cuanto al dominio de la tecnología y el uso del internet, el 55.1% indicó tener bastante dominio

de estos. En la siguiente tabla se muestran los medios de comunicación utilizados por los participantes de esta investigación para informarse en los temas de cuidado al adulto mayor.

Tabla 11

Medios utilizados por los cuidadores para informarse sobre el cuidado

Medio	Por ciento
radio	17.5
televisión	30.8
internet	76.7
libros	25.0
periódico impreso	7.9
otro	6.9

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores (2023)*.

Es importante señalar que los cuidadores que identificaron otros medios, indicaron utilizar profesionales de la salud, capacitaciones, charlas, adiestramientos, grupos de apoyo, documentos informativos y las experiencias previas.

De otra parte, se encontró que el 76.2% de la muestra no ha participado de talleres de capacitación para el cuidado de un adulto mayor. No obstante, el 91% considera que recibir capacitación le ayudaría a brindar un mejor cuidado al adulto mayor. Finalmente, en cuanto a cuál modalidad de capacitación o formación preferiría el cuidador, el 46.5% indicaron la modalidad virtual, el 22.9% presencial y el 30.6% la combinación de ambos (presencial y virtual).

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES

A continuación, se encuentran los resultados relacionados con los niveles de ansiedad, depresión y el estado de sobrecarga en la muestra de cuidadores que participaron de esta investigación. Los datos referentes a la depresión mostraron que el 56.7% de los cuidadores presentó algún nivel de depresión entre leve a severo. Se encontró que el 53.8%

de los cuidadores presenta algún nivel de ansiedad entre leve y severo. Finalmente, el 42.4% de los cuidadores mostró sobrecarga intensa. En las tablas 12, 13 y 14 se presentan los porcentos de los inventarios para cada categoría.

Tabla 12

Niveles de depresión en los cuidadores

Nivel	Por ciento
mínimo	43.4
leve	26.8
moderado	15.4
moderado-severo	9.1
severo	5.4

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

Tabla 13

Niveles de ansiedad en los cuidadores

Nivel	Por ciento
mínimo	46.1
leve	28.0
moderado	14.2
severo	11.6

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

Tabla 14

Estado de sobrecarga en los cuidadores

Presencia de sobrecarga	Por ciento
ausencia de sobrecarga	57.6
sobrecarga intensa	42.4

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA CON DEPRESIÓN

Desde la tabla 15 a la 24 se muestran los síntomas asociados con la depresión que se miden según el *Cuestionario sobre la salud del paciente* (PHQ-9). Esto, en las últimas dos semanas del momento en el que el participante completó el cuestionario.

Tabla 15

Poco interés o placer en hacer las cosas

Nivel	Por ciento
para nada	53.4
varios días	26.8
más de la mitad de los días	12.9
casi todos los días	6.9
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente* (PHQ-9) (2023).

En la tabla 15 se muestra que el 46.6% de los participantes presentaron algún nivel de poco interés o placer en hacer las cosas.

Tabla 16

Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanzas

Nivel	Por ciento
para nada	45.6
varios días	33.4
más de la mitad de los días	13.7
casi todos los días	7.3
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente* (PHQ-9) (2023).

La tabla 16 señala que el 54.4% de la muestra presentó algún nivel de desánimo, sentirse deprimido o sin esperanzas.

Tabla 17*Problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado*

Nivel	Por ciento
para nada	36.4
varios días	30.0
más de la mitad de los días	16.7
casi todos los días	16.8
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) (2023)*.

En cuanto a problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado, la tabla 17 muestra que el 63.5% de los cuidadores presentó esto en algún nivel.

Tabla 18*Cansancio o poca energía*

Nivel	Por ciento
para nada	23.2
varios días	37.3
más de la mitad de los días	22.7
casi todos los días	16.8
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) (2023)*.

La tabla 18 muestra que el 76.8% de la muestra indicó presentar algún nivel de cansancio o poca energía.

Tabla 19

Poco apetito o comer en exceso

Nivel	Por ciento
para nada	50.2
varios días	24.7
más de la mitad de los días	14.1
casi todos los días	11.0
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

En el caso de sentir poco apetito o comer en exceso, en la tabla 19 se muestra que el 49.8% de los cuidadores que participó de esta investigación presentó este síntoma en algún nivel.

Tabla 20

Sentirse mal acerca de sí mismo/a o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia

Nivel	Por ciento
para nada	55.7
varios días	22.9
más de la mitad de los días	11.5
casi todos los días	9.9
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

La tabla 20 muestra que el 44.3% de los participantes muestra sentirse mal acerca de sí mismos, sentir que han fracasado, que se han fallado a sí mismos o a su familia en algún nivel.

Tabla 21*Dificultad para concentrarse*

Nivel	Por ciento
para nada	53.3
varios días	26.2
más de la mitad de los días	12.7
casi todos los días	7.8
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

En el caso de la dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales como leer el periódico o ver televisión, la tabla 21 presenta que un 46.7% muestra algún nivel de este síntoma.

Tabla 22

Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o, por el contrario, estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal

Nivel	Por ciento
para nada	66.1
varios días	19.3
más de la mitad de los días	9.1
casi todos los días	5.5
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

La tabla 22 presenta que un 33.9% de los cuidadores reportó moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado, o estar tan inquietos o intranquilos que se mueven mucho más de lo normal en algún nivel.

Tabla 23

Pensamientos de muerte o querer lastimarse de alguna forma

Nivel	Por ciento
para nada	86.4
varios días	8.6
más de la mitad de los días	2.8
casi todos los días	2.2
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

La tabla 23 muestra que el 13.6% presentó algún nivel de pensamientos de muerte o de querer lastimarse de alguna manera.

Tabla 24

Grado de dificultad que le generaron estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas

Nivel	Por ciento
no ha sido difícil	39.0
algo difícil	44.3
muy difícil	13.1
extremadamente difícil	3.7
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)* (2023).

En la tabla 24 se puede observar que un 61.1% indicó que los síntomas que presentaban como cuidadores les dificultaba realizar su trabajo, las tareas domésticas o relacionarse con otras personas.

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA CON ANSIEDAD

A continuación, se presentan diversos síntomas relacionados con la ansiedad que se miden con la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Esto, en las últimas dos semanas del momento en que el participante completó el cuestionario.

Tabla 25

Nervioso

Nivel	Por ciento
para nada	47.3
varios días	30.6
más de la mitad de los días	13.3
casi todos los días	8.8
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (2023)*.

En lo relacionado con sentirse nervioso, ansioso o con los nervios de punta, el 52.7% de los cuidadores mostró presencia de este síntoma en algún nivel.

Tabla 26

Preocupación

Nivel	Por ciento
para nada	43.0
varios días	32.9
más de la mitad de los días	13.1
casi todos los días	11.0
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (2023)*.

La tabla 26 muestra que el 57% presentó algún nivel de preocupación.

Tabla 27

Preocuparse demasiado por diferentes cosas

Nivel	Por ciento
para nada	36.2
varios días	36.2
más de la mitad de los días	14.2
casi todos los días	13.4
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

En cuanto a preocuparse demasiado por diferentes cosas, un 63.8% reportó algún nivel de este síntoma.

Tabla 28

Relajarse

Nivel	Por ciento
para nada	33.9
varios días	35.1
más de la mitad de los días	17.5
casi todos los días	13.5
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

La tabla 28 muestra que más de la mitad (66.1%) indicó algún nivel de dificultad para relajarse.

Tabla 29*Inquietud*

Nivel	Por ciento
para nada	55.7
varios días	24.1
más de la mitad de los días	12.7
casi todos los días	7.4
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

En la tabla 29 se presenta que el 44.2% de los cuidadores presentó algún nivel de inquietud.

Tabla 30*Irritabilidad*

Nivel	Por ciento
para nada	37.0
varios días	34.5
más de la mitad de los días	17.0
casi todos los días	11.6
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

La tabla 30 muestra que el 63.1% de los participantes experimentó algún nivel de irritabilidad.

Tabla 31

Miedo

Nivel	Por ciento
para nada	54.5
varios días	25.1
más de la mitad de los días	11.2
casi todos los días	9.1
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

En lo que concierne a sentir miedo, como si algo terrible fuera a suceder, un 45.4% mostró presencia de algún nivel de este síntoma.

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA CON SOBRECARGA

A continuación, se muestra lo reportado en relación con los síntomas asociados al estado de sobrecarga en la muestra de cuidadores que formó parte de esta investigación.

Tabla 32

Tiempo para usted

Estado	Por ciento
nunca	32.2
raras veces	21.2
algunas veces	22.3
bastantes veces	11.3
casi siempre	12.9
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

La tabla 32 muestra que el 46.5% presentó algún estado de pensamiento de que no tiene suficiente tiempo para sí mismo debido al tiempo que dedica al cuidado del adulto mayor.

Tabla 33

Agobio

Estado	Por ciento
nunca	30.9
raras veces	20.2
algunas veces	23.3
bastantes veces	12.2
casi siempre	13.3
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

En referencia a sentirse agobiado por intentar compatibilizar el cuidado con otras tareas, el 48.8% reportó algún estado relacionado con este síntoma.

Tabla 34

Relación con otros familiares

Estado	Por ciento
nunca	44.5
raras veces	18.3
algunas veces	18.2
bastantes veces	8.2
casi siempre	10.8
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

En la tabla 34 se observa que un 37.2% presentó algún estado relacionado con pensar que cuidar del familiar afecta de forma negativa su relación con otros familiares.

Tabla 35

Salud

Estado	Por ciento
nunca	50.8
raras veces	16.9
algunas veces	15.0
bastantes veces	7.6
casi siempre	9.7
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

En la tabla 35 se muestra que el 32.3% de los cuidadores refirió algún estado relacionado con que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar del familiar.

Tabla 36

Tensión

Estado	Por ciento
nunca	48.3
raras veces	22.9
algunas veces	15.0
bastantes veces	7.6
casi siempre	6.1
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

En el caso de sentirse tenso cuando está cerca del familiar, un 28.7% mostró algún estado relacionado con esto.

Tabla 37

Control de su vida

Estado	Por ciento
nunca	49.6
raras veces	15.6
algunas veces	15.6
bastantes veces	8.5
casi siempre	10.6
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

La tabla 37 muestra que el 50.3% ha experimentado algún estado relacionado con sentir que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad del familiar.

Tabla 38

Grado de carga

Estado	Por ciento
nunca	32.5
raras veces	21.1
algunas veces	21.5
bastantes veces	13.8
casi siempre	11.1
Total	100.0

Nota. Elaborada por los investigadores basada en los resultados generales de la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

En lo que se refiere al grado de carga que experimenta por cuidar del familiar, el 46.4% ha experimentado algún estado relacionado con este síntoma.

NIVELES DE CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES Y LOS INSTRUMENTOS

En la presente sección se muestran los análisis de las correlaciones entre diversas variables con los resultados de los instrumentos para medir la depresión, la ansiedad y la sobrecarga en la muestra recopilada. Para realizar los análisis se utilizaron los niveles significancia de 0.01 y 0.05. La significancia de 0.01 se identificó con dos asteriscos (**), mientras que la significancia de 0.05 con un asterisco (*). En las próximas tablas se muestran los resultados.

Tabla 39

Correlación entre ansiedad y sobrecarga vs. depresión

		Ansiedad	Sobrecarga
depresión	Correlación de Pearson	.822**	.696**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001
	N	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit Abreviada* (2023).

La tabla 39 muestra una correlación positiva alta entre la depresión y la ansiedad; y moderada alta entre la depresión y sobrecarga.

Tabla 40*Correlación entre la sobrecarga vs. ansiedad*

		sobrecarga
ansiedad	Correlación de Pearson	.692**
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit Abreviada (2023)*.

En la tabla 40 se puede observar el análisis de correlación entre la ansiedad y la sobrecarga. Los resultados muestran que existe una correlación positiva moderada alta entre la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 41*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. la edad del cuidador*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
edad	Correlación de Pearson	-.002	.014	.144**
	Sig. (2-tailed)	.956	.628	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit Abreviada (2023)*.

En la tabla 41 se presenta el análisis de correlación entre la edad del cuidador, la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. De los análisis se desprende que existe una correlación estadísticamente significativa baja entre la edad del cuidador y la sobrecarga. Por otro lado, no existe correlación estadísticamente significativa entre la edad del cuidador y la depresión, y la edad del cuidador y la ansiedad.

Tabla 42

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. el género del cuidador

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
género	Correlación de Pearson	.080**	.057*	.110**
	Sig. (2-tailed)	.006	.049	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 42 se muestran los análisis entre el género del cuidador, la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Los análisis muestran que existe correlación estadísticamente significativa entre la variable y los tres instrumentos. La correlación del género con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga es baja.

Tabla 43

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. poseer conocimiento formal

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
poseer conocimiento formal	Correlación de Pearson	.050	.075*	.068*
	Sig. (2-tailed)	.085	.010	.020
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 43 presenta que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre poseer conocimiento y la depresión. Sí se encontró correlación baja entre poseer conocimiento y la sobrecarga. De igual forma se encontró correlación baja entre poseer conocimiento y la ansiedad.

Tabla 44

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. adultos mayores a cargo del cuidador

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿De cuántos adultos mayores está usted a cargo?	Correlación de Pearson	-.002	.017	-.011
	Sig. (2-tailed)	.955	.570	.717
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 44 se puede observar que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre la cantidad de adultos mayores a cargo del cuidador y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 45

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. edad del adulto mayor

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Qué edad tiene el adulto mayor al que cuida?	Correlación de Pearson	.082**	.100**	.210**
	Sig. (2-tailed)	.005	.001	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 45 muestra correlación entre las variables de la edad del adulto mayor, la depresión y la sobrecarga. Los resultados revelaron una correlación baja entre la edad del adulto mayor con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 46

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. recibir apoyo o asistencia

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Recibe apoyo o asistencia de otra persona para el cuidado del adulto mayor?	Correlación de Pearson	.017	-.011	-.002
	Sig. (2-tailed)	.570	.714	.958
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 46 se puede observar que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre el cuidador que recibe apoyo o asistencia de otra persona para el cuidado del adulto mayor y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 47

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. tener hijos

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Usted tiene hijos?	Correlación de Pearson	.084**	.045	.014
	Sig. (2-tailed)	.004	.122	.637
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 47 se presentan los análisis de correlación entre el cuidador que tiene hijos y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. En cuanto a tener hijos, no se encontró correlación estadísticamente significativa con la ansiedad y la sobrecarga. Por otro lado, los resultados mostraron una correlación baja entre tener hijos y la depresión.

Tabla 48*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. vivir con los hijos*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Alguno de sus hijos vive con usted?	Correlación de Pearson	-.047	-.015	.028
	Sig. (2-tailed)	.104	.610	.340
	N	1176	1176	1176

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 48 se muestra que no se encontró relación estadísticamente significativa cuando algún hijo vive con el cuidador y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 49*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. nivel de estudios*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
nivel de estudios completado al momento	Correlación de Pearson	-.062	-.082**	-.014
	Sig. (2-tailed)	.033	.005	.638
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 49 presenta los análisis de correlación entre el nivel de estudio de los cuidadores completado al momento y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Los resultados muestran que existe una correlación estadísticamente significativa baja e inversa entre el nivel de estudio de los cuidadores al momento y la ansiedad, depresión y sobrecarga.

Tabla 50

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. poseer empleo

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Al momento, tiene empleo o trabajo?	Correlación de Pearson	.093**	-.067**	.131**
	Sig. (2-tailed)	.001	.022	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 50 se encontró correlación baja entre la depresión, la sobrecarga y que el cuidador se encuentre empleado. Mientras, entre la ansiedad y poseer empleo se encontró una correlación inversa baja.

Tabla 51

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. fuente de ingreso

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuál es su principal fuente de ingreso económico?	Correlación de Pearson	.088**	.073*	.127**
	Sig. (2-tailed)	.003	.012	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 51 muestra los análisis de correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga con la fuente principal de ingresos. De los análisis se desprende que existe una correlación baja entre la fuente principal de ingreso, la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Es importante mencionar que la correlación entre la depresión y la sobrecarga fue a un nivel de significancia de 0.01.

Tabla 52*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. tiempo que dedica al cuidado*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuánto tiempo dedica al cuidado del adulto mayor durante la semana?	Correlación de Pearson	.187**	.185**	.322**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 52 se encontró correlación estadísticamente significativa entre el tiempo que el cuidador dedica al cuidado del adulto mayor, la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Por un lado, la correlación entre la variable, la depresión y la ansiedad es baja. Mientras, la correlación entre el tiempo dedicado al cuidado y sobrecarga es moderada baja.

Tabla 53*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. condiciones del adulto mayor*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuál/es condición/es tiene el adulto mayor?	Correlación de Pearson	.004	.013	.024
	Sig. (2-tailed)	.900	.673	.428
	N	1078	1078	1078

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 53 muestra que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre las condiciones de los adultos mayores y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 54

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. tiempo con la condición

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuánto tiempo lleva el adulto mayor con la condición/enfermedad?	Correlación de Pearson	.127*	.126**	.160**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001
	N	1174	1174	1174

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 54 se encontró una correlación entre el tiempo que lleva el adulto mayor con la condición y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. En los tres casos la correlación fue baja.

Tabla 55

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. tareas que en que requiera ayuda el adulto mayor

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿En qué tareas requiere su ayuda el adulto mayor?	Correlación de Pearson	.191**	.190**	.267**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 55 se muestran los análisis de correlación entre las tareas en las que el adulto mayor requiere ayuda y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Por un lado, la correlación entre la depresión, la ansiedad y las tareas en las que requiere ayuda el adulto mayor es baja. Por otro lado, la correlación de la variable con la sobrecarga es moderada baja.

Tabla 56*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. tipo de necesidad*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Qué tipo de necesidad de cuidado requiere el adulto mayor?	Correlación de Pearson	.199**	.181**	.329**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 56 presenta los análisis de correlación entre las variables de depresión, ansiedad y sobrecarga con el tipo de necesidad del adulto mayor. En cuanto a la correlación entre la depresión y la ansiedad con el tipo de necesidad del adulto mayor, esta fue baja. Mientras, se halló una correlación moderada baja entre el tipo de necesidad del adulto mayor y la sobrecarga.

Tabla 57*Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. apoyo psicológico*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
Cómo cuidador, ¿usted ha recibido apoyo psicológico en algún momento?	Correlación de Pearson	.066**	.056	.084**
	Sig. (2-tailed)	.024	.053	.004
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

Se puede observar que en la tabla 57 se encontró una correlación baja entre haber recibido apoyo psicológico en algún momento con la depresión y la sobrecarga.

Tabla 58

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. espiritualidad

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Considera la espiritualidad un factor importante en su vida?	Correlación de Pearson	.058*	.042	.040
	Sig. (2-tailed)	.048	.145	.171
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En cuanto a la correlación de la espiritualidad con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, en la tabla 58 se puede observar que se encontró una correlación baja entre la espiritualidad y la depresión. Esta correlación fue significativa a un nivel de 0.05.

Tabla 59

Correlación entre la depresión, la ansiedad y la sobrecarga vs. participar de talleres

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Ha participado en talleres de capacitación o de adiestramiento para el cuidado de un adulto mayor?	Correlación de Pearson	.019	.035	.016
	Sig. (2-tailed)	.523	.233	.592
	N	1177	1177	1177

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

Finalmente, en la tabla 59 se puede observar que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre que el cuidador haya participado en talleres de capacitación para el cuidado de adultos mayores, con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

NIVELES DE DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

A continuación, se presentan los análisis de diferencias entre los países Puerto Rico, México y Colombia en cuanto a las diversas variables con los resultados de los instrumentos para medir la depresión, la ansiedad y la sobrecarga en la muestra recopilada. Se estableció un nivel de significancia de 0.05 para analizar los resultados. En las siguientes tablas se presentan los resultados.

Tabla 60

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. edad del cuidador

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
Edad del cuidador	Sig. (2-tailed)	.028	.054	<.001

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 60 se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación con la edad del cuidador y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 61

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. género

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
género	Sig. (2-tailed)	.181	.215	.172

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

Se puede observar en la tabla 61 que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al género y su correlación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 62

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. poseer conocimiento formal

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Posee algún conocimiento formal (estudios o formación) en el cuidado de adultos mayores?	Sig. (2-tailed)	.146	.026	.278

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 62 muestra los resultados de los análisis de diferencias entre los grupos acerca del nivel de conocimiento formal en el cuidado de adultos mayores que posea el cuidador y su relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Los resultados muestran que se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la variable antes mencionada y la ansiedad. Por otro lado, no se encontraron diferencias en cuanto a la depresión y la sobrecarga (Véase Tabla 81-84).

Tabla 63

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. adultos mayores a su cargo

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿De cuántos adultos mayores está usted a cargo?	Sig. (2-tailed)	.714	.469	.329

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 63 se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación con la cantidad de adultos mayores a cargo del cuidador y los resultados de los tres instrumentos de esta investigación.

Tabla 64

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. ser familia del adulto mayor

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Usted es familiar del adulto mayor que está bajo su cuidado?	Sig. (2-tailed)	.012	.054	<.001

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 64 muestra que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cuando el cuidador es familia del adulto mayor y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga (Véase Tabla 81-84).

Tabla 65

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. apoyo o asistencia

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Recibe apoyo o asistencia de otra persona para el cuidado del adulto mayor?	Sig. (2-tailed)	.286	.759	.390

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 65 se presentan los análisis de diferencias entre grupos en los que el cuidador recibe apoyo o asistencia en el cuidado del adulto mayor con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. Los resultados presentan que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la variable dependiente, con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 66

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. tener hijos

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Usted tiene hijos?	Sig. (2-tailed)	.365	.544	.909

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 66 se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cuando el cuidador tiene hijos, con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga (Véase Tabla 81-84).

Tabla 67

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. vivir con los hijos

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Alguno de sus hijos vive con usted?	Sig. (2-tailed)	.717	.758	.245

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 67 muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos relacionados con si los hijos del cuidador viven con este y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 68

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. nivel de estudios

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
Nivel de estudios completado al momento	Sig. (2-tailed)	.052	.206	.366

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 68 muestra que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sobre el nivel de estudio con la depresión (Véase tabla 81-84). Por otro lado, no se encontraron diferencias entre los grupos sobre la variable con la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 69

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. empleo

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Al momento, tiene empleo o trabajo?	Sig. (2-tailed)	.950	.878	.728

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En cuanto a poseer empleo con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, la tabla 69 muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 70

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. tipo de empresa

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿En qué tipo de empresa trabaja?	Sig. (2-tailed)	.402	.629	.800

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 70 se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al tipo de empresa en la que laboraba el cuidador con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 71

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. tiempo en llegar al trabajo

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuánto tiempo aproximado le toma llegar de su casa a su empleo?	Sig. (2-tailed)	.484	.364	.642

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 71 se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación con el tiempo que le tomaba al cuidador llegar a su trabajo con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga.

Tabla 72

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. fuente de ingreso

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuál es su principal fuente de ingreso económico?	Sig. (2-tailed)	.921	.585	.359

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 72 se muestran los análisis de diferencias entre los grupos en la relación que se da entre la fuente de ingreso principal del cuidador y la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. En los tres casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 73

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. tiempo dedicado al cuidado

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Cuánto tiempo dedica al cuidado del adulto mayor durante la semana?	Sig. (2-tailed)	.061	.006	<.001

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 73 se puede observar que no se encontró diferencia entre los grupos en cuanto al tiempo que el cuidador dedica a cuidar del adulto mayor y la depresión. Contrario a esto, se hallaron diferencias significativas entre los grupos con la variable del tiempo dedicado al cuidado del adulto mayor y su relación con la ansiedad y la sobrecarga (Véase Tablas 81-84).

Tabla 74

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. lugar de cuidado

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿En qué lugar usted realiza el cuidado del adulto mayor?	Sig. (2-tailed)	.411	.572	.178

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 74 se muestran los análisis de diferencias entre los grupos debido al lugar de cuidado del adulto mayor y su relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. En los tres casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 75

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. cantidad de condiciones

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
Cantidad de condiciones del adulto mayor	Sig. (2-tailed)	<.001	.003	.113

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En cuanto a las diferencias entre grupos sobre la cantidad de condiciones del adulto mayor en relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la depresión y la ansiedad (Véase Tablas 81-84).

Tabla 76

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. condiciones del adulto mayor

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
Condiciones del adulto mayor	Sig. (2-tailed)	.172	.233	.034

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En la tabla 76 se encontraron diferencias entre los grupos relacionadas con las condiciones del adulto mayor y la sobrecarga. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la depresión y la ansiedad (Véase Tablas 81-84).

Tabla 77*Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. tipo de necesidad*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Qué tipo de necesidad de cuidado requiere el adulto mayor?	Sig. (2-tailed)	.008	.049	<.001

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En relación con las diferencias entre los grupos sobre el tipo de necesidad del adulto mayor y su relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos y los resultados de los tres instrumentos (Véase Tablas 81-84).

Tabla 78*Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. apoyo psicológico*

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
Cómo cuidador, ¿usted ha recibido apoyo psicológico en algún momento?	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

La tabla 78 muestra que se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cuando el cuidador ha recibido apoyo psicológico en algún momento y su relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga (Véase Tablas 81-84).

Tabla 79

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. espiritualidad

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Considera la espiritualidad un factor importante en su vida?	Sig. (2-tailed)	.077	.543	.011

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

En cuanto a la espiritualidad y su relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, los resultados en la tabla 79 indican que se encontró diferencia entre los grupos en cuanto a la espiritualidad con la sobrecarga. Contrario a esto, no se encontraron diferencias entre los grupos en relación con la variable y la depresión y la ansiedad (Véase Tablas 81-84).

Tabla 80

Diferencias entre los grupos: depresión, ansiedad y sobrecarga vs. participar de talleres

		Depresión	Ansiedad	Sobrecarga
¿Ha participado en talleres de capacitación o de adiestramiento para el cuidado de un adulto mayor?	Sig. (2-tailed)	.753	.427	.768

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* y la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

Por último, en cuanto a que el cuidador haya participado en talleres de capacitación para el cuidado de un adulto mayor y su relación con la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, los resultados que se observan en la tabla 80 indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

PERFIL COMPARATIVO DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN SU PAÍS

Tabla 81

Comparativa de resultados obtenidos por país

Variable	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Género	84.40% femenino	66.40% femenino	77.50% femenino
Edad promedio	48.59 años	46.71 años	48.29 años
Tipo de cuidador	54.1% primario 45.9% secundario	44.6% primario 55.4% secundario	64.8% primario 35.2% secundario
Es familiar del adulto mayor	95.80% (sí)	92.20% (sí)	88.40% (sí)
Parentesco con el adulto mayor bajo su cuidado	66.9% padres 12.6% abuelos	60.9% padres 17.4% abuelos	61.3% padres 14.2% abuelos
Estado civil	51.2% relación conyugal	48.1% relación conyugal	45.8% relación conyugal
Si usted tiene cónyuge o pareja, ¿viven juntos?	98.80% (sí)	97% (sí)	97% (sí)
¿Usted tiene hijos?	61.80% (sí)	58.30% (sí)	58.30% (sí)

Tabla 81 (continuación)

Variable	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Núcleo familiar	32.7% dos personas 32.2% cuatro personas	24.4% dos personas 28.6% tres personas	24.2% tres personas 25.8% cuatro personas
¿Quién reside con el cuidador?	30.8% nieto/a 15.5% cuñado/a 15.4% suegro/a	28% nieto/a 16% suegro/a 8% cuñado/a 8% yerno/nuera	45.5% nieto/a 18.2% miembro de la congregación 9.1% cuñado/a 9.1% suegro/a
Escolaridad (Algún grado entre grado técnico y doctorado)	84.6%	64.4%	39.6%
Empleo	55.2% (sí)	68.2% (sí)	59.3% (sí)
Tipo de horario o jornada laboral	72.1% tiempo completo	44.9% tiempo completo	35.6% tiempo completo
Fuente principal de ingreso	54.9% trabajo o empleo propio	69.9% trabajo o empleo propio	54.3% trabajo o empleo propio

Tabla 81 (continuación)

Variable	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Ingreso económico aproximado del cuidador (según la moneda de su país)	(Ingreso anual en dólares) \$1.00 a \$10,000.00 = 31.8% \$10,001 a \$20,000 = 17.2% \$20,001 a \$40,000 = 37.9% \$40,001 + = 13%	(Ingreso mensual en pesos mexicanos) \$0 a \$11,599 = 21.4% \$11,600 a \$34,999 = 21.6% \$35,000 a \$84,999 = 21% \$85,000 + = 36%	(Ingreso mensual en pesos colombianos) \$0 a \$1,000,000 = 59.8% \$1,000,001 a \$2,900,000 = 26.1% \$2,900,001 a \$4,900,000 = 11.5% \$4,900,001 + = 2.5%
Cantidad de adultos mayores bajo su cuidado	70.8% (1)	71.1% (1)	70.4% (1)
Edad promedio del adulto mayor que recibe atención o cuidados	78.54 años	78.22 años	78.72 años
Tiempo cuidando del adulto mayor	53% (1 a 4 años) 46.9% (5 años o más)	64% (1 a 4 años) 36% (5 años o más)	57.8% (1 a 4 años) 42.2% (5 años o más)
Condiciones del adulto mayor	21.7% Alzheimer 19.1% diabetes 10.4% demencia	17.4% diabetes 16.9% movilidad 9.2% demencia	13.8% demencia 12.4% movilidad 11.7% Alzheimer

Tabla 81 (continuación)

Variable	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Tiempo con la condición	40.9% (1 a 4 años) 58.6% (5 años o más)	54.6% (1 a 4 años) 44.1% (5 años o más)	51% (1 a 4 años) 47.3% (5 años o más)
Tiempo de asistencia que requiere el adulto mayor	49.6% Requiere ayuda la mayor parte del tiempo.	41.3% Requiere ayuda la mayor parte del tiempo.	45.2% Requiere ayuda la mayor parte del tiempo.
Tareas en las que requiere ayuda el adulto mayor	83.6% transportación 75.1% limpieza del hogar 62.9% preparación de alimentos	78.5% transportación 66.4% limpieza del hogar 64.4% preparación de alimentos	84.4% transportación 68.3% limpieza del hogar 69.3% preparación de alimentos
Tiempo que ocupa en el cuidado del adulto mayor semanalmente	54.1% (17 horas o más) 45.9% (1 a 16 horas)	44.6% (17 horas o más) 55.4% (1 a 16 horas)	64.8% (17 horas o más) 35.2% (1 a 16 horas)
Conocimiento formal en el área de cuidado	88.2% (no)	84.9% (no)	71.4 (no)
¿Recibe ayuda para el cuidado del adulto mayor?	63.1% (sí)	59.1% (sí)	47.2% (sí)
Salario o remuneración por cuidar del adulto mayor	95.8% (no)	88.4% (no)	94.5% (no)

Tabla 81 (continuación)

Variable	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Como cuidador, ¿usted ha recibido apoyo psicológico en algún momento?	76.4% (no)	63.9% (no)	80.4% (no)
¿Considera la espiritualidad como un factor importante en su vida?	93.1% (sí)	89.7% (sí)	89.4% (sí)
¿Utiliza la tecnología para informarse o realizar consultas sobre el cuidado del adulto mayor?	61.5% (sí)	65.6% (sí)	66.5% (sí)
¿Qué nivel de dominio posee en el uso de internet y de la tecnología?	70.3% (bastante)	48.3% (bastante)	45.2% (bastante)
Medios utilizados para informarse sobre el cuidado de adulto mayor	75.6% internet	75.2% internet	83.4% internet
	31.8% televisión	26.1% televisión	42.7% televisión
	27.1% libros	23.1% libros	26.6% libros

Tabla 81 (continuación)

Variable	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
¿Ha participado en talleres de capacitación para el cuidado de un adulto mayor?	74.8% (no)	80.2% (no)	66.8% (no)
¿Considera que recibir capacitación lo ayudará a brindar un mejor cuidado al adulto mayor?	90.2% (sí)	90.7% (sí)	93.5% (sí)
Nivel de depresión <i>entre leve a severo</i>	55.7%	57.9%	54.3%
Nivel de ansiedad <i>entre leve a severo</i>	46.4%	59.4%	51.2%
Estado de sobrecarga <i>intenso</i>	49.3%	38.6%	40.7%

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en el Cuestionario de datos sociodemográficos para cuidadores, los resultados generales del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), los resultados generales de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y los resultados generales de la Escala de Zarit abreviada (2023).

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: RESULTADOS POR PAÍS

Tabla 82

Comparativa de resultados sobre síntomas de depresión obtenidos por país

Síntomas de depresión <i>Algún nivel entre varios días o casi todos los días</i>	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Poco interés o placer en hacer las cosas	47.7%	47.3%	42.2%
Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanzas	51.5%	57.4%	50.8%
Problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado	62.6%	64.9%	61.3%
Cansancio o poca energía	76.7%	78%	73.4%
Poco apetito o comer en exceso	49.9%	51.6%	44.2%
Sentirse mal acerca de sí mismo o sentir que es un fracasado o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	35.3%	50.7%	41.7%
Dificultad para concentrarse	37.9%	52.1%	47.2%
Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o bien, por el contrario, estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal	24.9%	41.4%	28.1%
Pensamientos de muerte o querer lastimarse de alguna forma	10.1%	14.5%	17.6%
Grado de dificultad que le generaron estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas	58.6%	63.9%	56.8%

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en los resultados generales del *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) (2023)*.

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD: RESULTADOS POR PAÍS

Tabla 83

Comparativa de resultados sobre síntomas de ansiedad obtenidos por país

Síntomas de ansiedad <i>Algún nivel entre varios días o casi todos los días</i>	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Nervioso	45.4%	58.7%	48.2%
Preocupación	49.3%	64.1%	50.3%
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	57%	66.9%	67.3%
Relajarse	61%	67.4%	71.9%
Inquietud	34%	51.9%	40.7%
Irritabilidad	58.1%	65.7%	64.4%
Miedo	41.9%	51.1%	35.1%

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en los resultados generales de la *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)* (2023).

SÍNTOMAS DE ESTADO DE SOBRECARGA POR PAÍS

Tabla 84

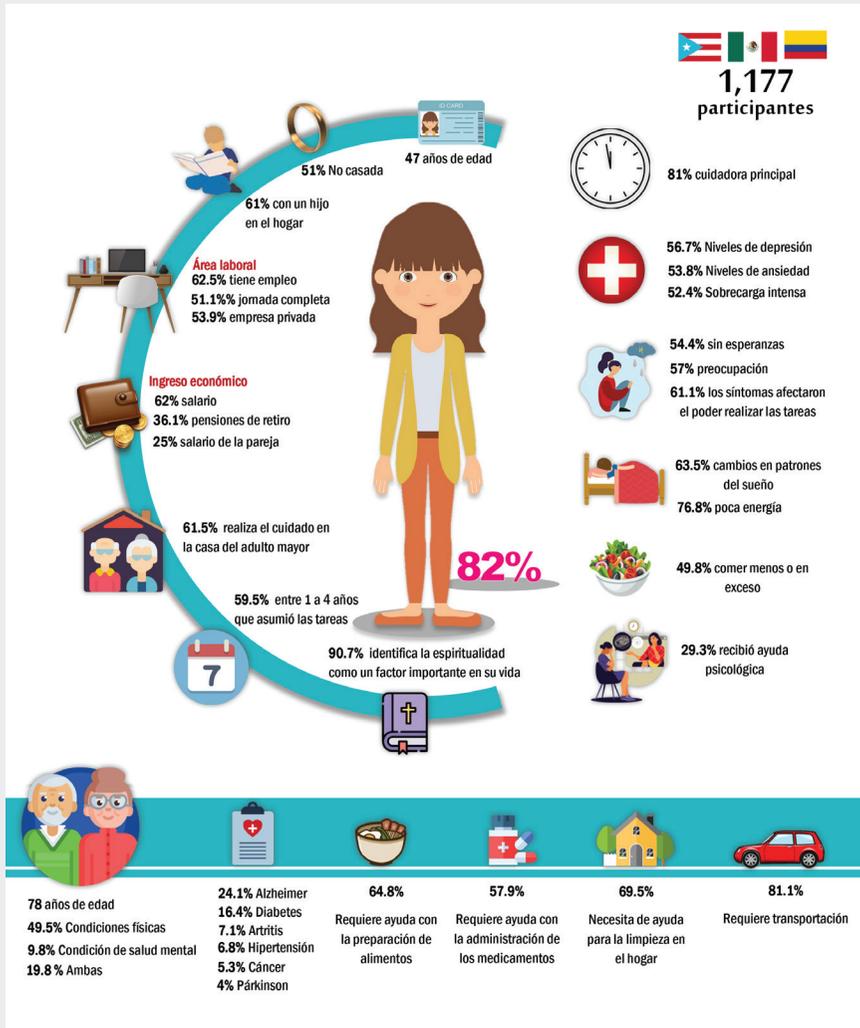
Comparativa de resultados sobre síntomas de estado de sobrecarga obtenidos por país

Síntomas de sobrecarga <i>Algún nivel entre varios días o casi todos los días</i>	Resultados por país		
	Puerto Rico	México	Colombia
Tiempo para usted	55.4%	40.8%	47.2%
Agobio	57%	44.9%	45.2%
Relación con otros familiares	36.3%	35.9%	42.7%
Salud	30.2%	32.8%	34.6%
Tensión	31.6%	28.8%	23.1%
Control de su vida	40.6%	32.9%	29.1%
Grado de carga	52.8%	43.1%	44.2%

Nota. Elaborada por los investigadores con los datos recopilados en los resultados generales de la *Escala de Zarit* abreviada (2023).

Figura 4

Perfil del cuidador informal del adulto mayor en Puerto Rico, México y Colombia



Nota. Elaborada por los investigadores. El 82% de féminas en el infograma proviene del total de participantes que completó el cuestionario sociodemográfico; mientras que un 74% corresponde a la muestra de 1,177 personas.

DISCUSIÓN DE HALLAZGOS DE LA MUESTRA GLOBAL DE LOS TRES PAÍSES

Los resultados obtenidos por la muestra de cuidadores informales que participó del presente estudio abarcan múltiples características y diversas situaciones relacionadas con la atención y el cuidado de los adultos mayores en tres países de Latinoamérica. Al observar los datos descriptivos de las 1,177 personas que conformaron la muestra se destaca que la edad promedio de los cuidadores informales fue de 47 años de edad. No obstante, participaron personas de hasta 94 años de edad. De la muestra el 51% eran cuidadores principales o primarios, mientras que el 49% fueron cuidadores secundarios o de relevo. Al igual que lo arrojado por múltiples estudios de cuidadores informales, la muestra contó con una participación mayor de féminas (82%), no casadas (51%), con al menos un hijo que reside con esta (61%). Los cuidadores participantes eran algún familiar del adulto mayor (92.7%), en su mayoría hijas que cuidan de uno o ambos padres. Estas llevan un período de cuatro años desde que asumieron la responsabilidad y las tareas relacionadas con la atención y el cuidado (59.5%). Esto, sin poseer una preparación o formación profesional sobre la atención en cuidado de salud de adultos mayores (81.9%), aun cuando poseen estudios universitarios. Estos cuidados y atenciones se realizan en la residencia del adulto mayor (61.5%).

En cuanto a lo encontrado en la relación familiar del cuidador y el adulto mayor, los hallazgos son consistentes con lo expuesto por Jiménez Ruiz y Moya Nicolás (2018) quienes encontraron que, generalmente, el cuidador informal suele ser un integrante del núcleo familiar primario que dedica parte de su tiempo y esfuerzo para facilitar que el adulto mayor se pueda desenvolver en la vida diaria. Así también con el estudio realizado por Muñoz et al. (2019) quienes, además de encontrar similitud en cuanto al vínculo familiar, coinciden en cuanto al estatus civil, los bajos ingresos económicos y con el hecho de que aunque los cuidadores poseen estudios académicos, no cuentan con la preparación en las tareas de cuidado. Por su parte, en relación a que el cuidado se realice en la residencia de los adultos mayores es consistente con cifras de que un 88% de estos desean envejecer en su hogar (Acarón, 2012; Muñoz et al., 2019). Además, existe consistencia con el

marco teórico del estudio, el sistémico estructural familiar ecológico, que establece que la mayor parte de la vida de un individuo está vinculada a la familia lo que la convierte en el microsistema más importante (Espinal, et al., 2006; Muñoz et al., 2019).

No obstante, estos hallazgos muestran discrepancia en lo relacionado con el estatus civil y lo encontrado por Sagastegui et al. (2022), quienes reportaron que las féminas cuidadoras en su estudio eran casadas. A su vez, hay una leve discrepancia en lo relacionado con la edad del cuidador y lo encontrado por Muñoz et al. (2019) quienes hallaron una edad promedio en su muestra de cuidadores informales de 51 años, versus 47 años en el presente estudio. Esto podría explicarse dado que ambos estudios utilizaron estrategias diferentes para la recolección de datos de la muestra. El presente estudio utilizó una recolección de datos en plataforma digital, es posible que esto haya limitado la participación de personas de mayor edad con poco o ningún dominio de la tecnología.

En cuanto al adulto mayor que recibe el cuidado, los participantes reportaron una edad promedio de 78 años. Indicaron que el adulto mayor necesitaba ayuda o cuidados la mayor parte del tiempo (44.6%). Dentro de las condiciones que le hacen requerir de asistencia, la muestra reportó como principales las físicas (49.5%), seguidas de alguna condición de salud mental (9.8%) y en algunos casos de ambas (19.8%). En relación con las condiciones específicas para las cuales el adulto mayor requiere de ayuda o cuidados, los participantes resaltaron: Alzheimer (24.1%), diabetes (16.4%), artritis (7.1%), hipertensión (6.8%), cáncer (5.3%), condición cardíaca (5.1%), párkinson (4.0%), condiciones de salud mental severa (3.3%), accidente cerebrovascular (3.5%), condición pulmonar (2.6%) y lesiones o fracturas de cadera (2.2%). También destacaron limitaciones de movilidad debido a que el adulto mayor tenga una prótesis, no poder caminar, estar encamado, tener algún problema en la columna vertebral, le haya sido realizada una operación de rodillas, falta de alguna extremidad o una discapacidad. Estos hallazgos son consistentes con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (2021), que estima que un 20% de las personas mayores de 60 años necesitará algún tipo de apoyo o cuidados prolongados para poder realizar las actividades o tareas diarias. Las condiciones de la diabetes, enfermedades cardíacas, depresión y otros trastornos mentales son las que suelen requerir mayor asistencia de parte del cuidador (Gamboa y Oviedo, 2020).

De otra parte, en lo que atañe a las tareas de la vida diaria en las que el cuidador informal asiste o apoya al adulto mayor, resaltan: preparación de alimentos (64.8%), administración de medicamentos (57.9%), limpieza del hogar (69.5%) y transporte a las citas médicas o para la compra de alimentos (81.1%). De igual forma, los cuidadores también reportaron que realizan gestiones relacionadas con la administración del dinero, el cuidado de las mascotas y el acompañamiento emocional. Para algunas de estas tareas, los participantes indicaron que recibían apoyo de algún familiar cercano (73.9%). Estos hallazgos son consistentes con lo expuesto por Borghi et al. (2013) y Lozano (2018) en sus respectivos estudios.

En cuanto al aspecto socioeconómico y laboral, los cuidadores informales participantes del estudio poseen un empleo fuera del hogar (62.5%). Dentro de lo reportado por estos, la mayoría está empleado para una empresa privada (53.9%). No obstante, también hay un grupo que labora en agencias públicas o gubernamentales (24.2%), así como aquellos que tienen empleo propio o autoempleo (20.4%). Un aspecto importante es que las jornadas laborales de estos cuidadores mayormente son a tiempo completo (51.1%), seguido de horario flexible (28.3%) y jornada parcial (18.6%). Estos tardan aproximadamente 30 minutos en llegar a su lugar de trabajo (29.8%). Para estos cuidadores lo devengado de sus empleos es su ingreso económico principal (62.2%). No obstante, un grupo de los cuidadores participantes reportaron como ingreso principal las pensiones de retiro (36.1%) y el salario del cónyuge (25%). Este aspecto laboral es uno al que se debe prestar atención dado que al ser personas de edad promedio de 47 años se encuentran en la llamada la generación “sándwich”: personas que balancean las responsabilidades exigentes y delicadas de cuidar a sus hijos y a familiares adultos mayores simultáneamente. Estas personas pueden estar propensas a experimentar niveles elevados de estrés que pueden afectar su ejecución y rendimiento en el trabajo (APA, 2010). Se espera que en las próximas décadas sea cada vez más insostenible para las féminas, tanto por razones éticas y de justicia social como por razones socioeconómicas y demográficas. Podría incluir cambios en la estructura familiar y la participación de la mujer en la fuerza laboral (Balladares et al., 2021).

Este hallazgo contrasta con lo reportado por Muñoz et al. (2019) quienes encontraron que los cuidadores eran féminas sin empleo asalariado. Esto podría explicarse por la modalidad para llegar a la muestra. Al utilizarse cuestionarios digitales, las personas a participar deben tener equipos tecnológicos los cuales son accesibles para personas de clase media y media alta en países participantes del estudio como en México y Colombia. Mientras que, sí mostraron coincidir estos resultados relacionados con el género, parentesco, horas de cuidado y el lugar en que se lleva a cabo el cuidado.

En el presente estudio los investigadores también pretendían conocer los niveles de depresión, de ansiedad y el estado de sobrecarga en la muestra. Así como, la posible correlación y diferencias entre los grupos con las variables sociodemográficas. Se encontró que un 56.7% de los cuidadores presentó algún nivel de depresión entre leve a severo. Mientras que, el 53.8% presentó algún nivel de ansiedad entre leve y severo. Finalmente, el 42.4% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa. Estos hallazgos muestran la presencia de niveles de depresión y ansiedad en poco más de la mitad de los participantes del estudio. Así también, un número considerable de personas con una sobrecarga intensa.

Estos hallazgos asociados con el nivel de depresión muestran diferencias al ser comparados con estudios como el de Muñoz et al. (2019), al mostrar un aumento en los niveles moderados de la depresión. No obstante, estudios recientes sugieren que, en relación con el área de salud, los malestares reportados por los participantes pueden haber disminuido debido a que los cuidadores jóvenes sustituyeron a aquellos cuidadores con enfermedades crónicas porque se encontraban en riesgo durante la pandemia del COVID-19 (Cuevas y Gutiérrez, 2022).

Para comprender mejor las puntuaciones de los participantes, se revisaron los reactivos que conforman cada cuestionario. En el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) que mide niveles de depresión, se identificaron puntuaciones altas en reactivos asociados con: sentir desánimo, sentirse deprimido o sin esperanzas (54.4%); tener problemas para dormir, ya fuera por dificultad en mantenerse dormido o por dormir demasiado (63.5%); presentar algún nivel de cansancio o poca energía por varios días (76.8%); sentir cambios en el apetito

ya fuera por una disminución en comer o el comer en exceso (49.8%); sentirse fracasado y que se ha fallado a sí mismo o a su familia (44.3%); dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales como leer el periódico o ver televisión (46.7%); tener síntomas que le entorpecieron, al momento de realizar su trabajo, las tareas domésticas o relacionarse con otras personas (61.1%).

De otra parte, al revisar los reactivos de la *Escala de Ansiedad Generalizada* (GAD-7) se identificaron puntuaciones elevadas en los reactivos relacionados con: sentirse nervioso, ansioso o con los nervios de punta. De modo similar, en lo relacionado con el área cognitiva un 57% indicó que tenía algún nivel de preocupación. Mientras que más de la mitad mostró preocuparse demasiado por diferentes cosas, dificultad para poder relajarse y experimentar períodos de irritabilidad.

Por su parte, en lo relacionado con el estado de sobrecarga un 42.4% de la muestra reportó sentir una sobrecarga intensa. Mientras que cerca de la mitad de los cuidadores reportaron estar agobiados por intentar compatibilizar el cuidado con otras tareas de su vida. A su vez, un número similar indicó experimentar un grado de carga por cuidar del familiar (46.4%). Este hallazgo coincide con el porcentaje de sobrecarga intensa reportado en estudios realizados en Colombia (Campos et al., 2019; Farías, 2022; Valderrama et al., 2020). Sin embargo, muestran una diferencia en cuanto al 64% de participantes que mostraron síntomas de sobrecarga en el estudio de Sagastegui et al. (2022).

Los hallazgos en los cuestionarios también coinciden con el *Modelo Doble ABCX* de estrés familiar y de adaptación de McCubbin y Patterson (1985, citado en Ríos, 2021). Los recursos con los que cuenta la familia para enfrentar situaciones estresantes son útiles para un proceso de adaptación a la situación que precipita el estrés. Además, la sintomatología descrita podría estar presente en los cuidadores dado el deterioro que muestran desde que asumieron la responsabilidad de cuidar a un adulto mayor, principalmente, los cuidadores que brindaban más de 21 horas de cuidado a la semana (Instituto de Política Pública de AARP, 2015).

Los índices en las sintomatologías de la depresión, la ansiedad y la sobrecarga muestran una necesidad de atención en las personas que brindan el cuidado a los adultos mayores. Algunas de estas sintomatologías afectan de forma directa la calidad del cuidado hacia las personas dependientes. Mientras que otros, pueden tener un impacto negativo en la salud física y/o emocional del cuidador a largo plazo, al punto, que pueda llevarlo a convertirse en una persona que requiera de atención por otro cuidador familiar. Es por esto que los cuidadores informales requieren de conocimientos y habilidades para poder brindar un cuidado adecuado a la persona dependiente y, de tal manera, evitar afrontar situaciones estresantes que le provocan sobrecarga (Del Ángel-García et al., 2020).

Por otro lado, los investigadores buscaron conocer si existía correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de los cuestionarios utilizados en el estudio. Se encontró una correlación positiva y alta entre los niveles de depresión y los niveles de ansiedad. Mientras que se halló una correlación moderada alta, a un nivel de significancia de $<.001$, entre los niveles de depresión y el estado de sobrecarga. Igualmente, los hallazgos muestran una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y el estado de sobrecarga. Estos hallazgos ponen en perspectiva que los cuidadores informales experimentan niveles de depresión, niveles de ansiedad y estados de sobrecarga. Además, que están en riesgo de presentar comorbilidad de sintomatología asociada con estos. Lo que en la eventualidad podría afectar la calidad del cuidado que brinda a su adulto mayor y la salud propia.

Otra de las preguntas que el presente estudio pretendió responder fue si existía correlación entre los cuestionarios utilizados y las variables sociodemográficas. Los hallazgos mostraron correlaciones bajas entre el estado de sobrecarga y las variables sociodemográficas de: edad del cuidador, género del cuidador, poseer empleo, fuente principal de ingresos, edad del adulto mayor y tiempo que lleva el adulto mayor con la condición. Asimismo, mostraron una correlación baja entre los niveles de depresión y las variables sociodemográficas de: género del cuidador, que el cuidador tuviera hijos, poseer empleo y fuente principal de ingresos. Si bien las correlaciones encontradas son bajas, no es menos cierto que están presentes. Esto puede implicar que tanto el género del cuidador, el tener hijos, el poseer empleo, el tiempo que lleva el adulto mayor con

la condición y la fuente de ingresos pueden relacionarse con la presencia de niveles de depresión, niveles de ansiedad y estados de sobrecarga. De hecho, se ha encontrado prevalencia de estos síntomas de la depresión entre cuidadores con un bajo nivel socioeconómico (Alqahtani et al., 2018). Lo que resulta en aspectos a considerar al momento de la creación de políticas públicas en áreas de impacto económico y laboral. Particularmente dado el hecho de que las féminas suelen tener salarios más bajos que los hombres.

Por otro lado, los hallazgos muestran una correlación moderada baja con el estado de sobrecarga del cuidador y la cantidad de tiempo semanal que dedica al cuidado del adulto mayor. De igual modo, se muestra correlación moderada con el tipo de tareas en las que el adulto mayor requiere ayuda. Estos pueden estar relacionados en el aspecto de que al adulto mayor necesitar ayuda o asistencia en una mayor cantidad de tareas, requerirá más horas semanales por parte del cuidador. Es en este asunto que se presenta la necesidad de que los cuidadores reciban apoyo para atender las tareas de cuidado por parte de programas de amas de llaves o auxiliares en el hogar. A su vez, coinciden con lo expuesto por Messina et al. (2022), de cuyos resultados se desprende que los cuidadores presentaban estrés leve, depresión, ansiedad moderada y sobrecarga de moderada a severa.

Por otra parte, los hallazgos del presente estudio no encontraron una correlación estadísticamente significativa entre el estado de sobrecarga en los cuidadores y las variables sociodemográficas: cantidad de adultos mayores bajo el cuidado del cuidador y la condición de salud del adulto mayor. De igual modo no se encontró correlación entre los niveles de depresión y ansiedad y las variables sociodemográficas de: cantidad de condiciones de salud del adulto mayor y el apoyo que recibe el cuidador en las tareas y las condiciones de salud del adulto mayor. Estos hallazgos muestran que, aunque los cuidadores sí mostraron estados moderados de sobrecarga con algunas de estas variables, no mostraron correlación con niveles de ansiedad y de depresión.

Por otra parte, el presente estudio también buscó conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Se encontraron diferencias significativas, a un nivel de significancia de $<.001$, entre los grupos en relación con la edad del cuidador y los niveles de depresión, los niveles de ansiedad y el estado de sobrecarga. A un

número de significancia similar se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre tres inventarios y que el cuidador fuera familiar del adulto mayor; así también con la cantidad de condiciones de salud que padeciera el adulto mayor. De otro lado, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo que el cuidador dedica a cuidar del adulto mayor y los niveles de ansiedad y el estado de sobrecarga. Cabe destacar que no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto al género del cuidador, como tampoco con la cantidad de adultos mayores bajo su cuidado.

Un tema importante para el presente estudio fue conocer la percepción de los cuidadores informales acerca del apoyo psicológico. Dentro de los hallazgos, un factor que resalta es que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a un nivel <0.01 en los tres cuestionarios en relación con que el cuidador haya recibido apoyo psicológico. En este aspecto, solo un 29.3% de la muestra reportó haber recibido apoyo psicológico durante su rol de cuidador. Esto es consistente con lo encontrado por Campos et al. (2019) quienes identificaron que aquellos cuidadores que tienen un nivel de sobrecarga intensa no reciben apoyo psicológico ni social, los que tienen sobrecarga leve no identificaron apoyo.

Por su parte, en lo relacionado con la espiritualidad, nueve de cada diez cuidadores la consideran un factor importante en sus vidas. Estos hallazgos son consistentes con lo encontrado en Puerto Rico por Muñoz et al. (2019); al igual que por Rojas et al. (2022), en que la espiritualidad y la religión son factores culturales que influyen y sirven de apoyo psicológico en la vida de los cuidadores.

Otro aspecto importante para los investigadores fue conocer la percepción de los participantes del estudio en cuanto a recibir talleres de formación sobre el cuidado de adultos mayores. De la muestra, siete de cada diez no ha participado en talleres de formación para el cuidado de un adulto mayor. No obstante, el 91% consideró que recibir capacitación lo ayudaría a brindar un mejor cuidado y atención al adulto mayor. Estos reportaron, como preferencia para recibir estas formaciones, la modalidad virtual, seguida de la híbrida (virtual-presencial). Este tipo de modalidad les permite, tanto a los cuidadores de personas dependientes como a los que tienen tiempo limitado, a acceder de forma remota para recibir la información. Esto, sin la necesidad de realizar grandes ajustes a sus rutinas de cuidado, de trabajo y demás roles.

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS EN LA MUESTRA DE PUERTO RICO

El presente estudio, en lo referente al grupo de la muestra de Puerto Rico, contó con un total de 377 cuidadores informales mayores de 21 años. De estos, el 54.1% era de cuidadores principales o primarios, mientras que el 45.9% estaba compuesto por cuidadores secundarios o relevos. Hubo participantes de los 78 municipios del país, siendo la mayoría de la región sur (45.6%), los demás repartidos entre las regiones norte (19.1%), este (14.1%), oeste (10.6%) y central (10.6%). Al igual que estudios previos realizados con cuidadores hubo una participación amplia de féminas (84.4%) de una edad promedio de 48 años, con una relación conyugal o de convivencia (51.2%). Un grupo de estas, además de residir con su cónyuge, también incluían en su núcleo familiar a un nieto (30.8%). Los cuidadores de la muestra reportaron ser familiares del adulto mayor, la mayoría eran hijos (66.9%) o nietos (12.6%) de la persona bajo su atención o cuidado. No obstante, hubo cuidadores que señalaron no ser familia del adulto mayor, estos cuidaban de un miembro de la congregación (40%), de alguien en su comunidad (26.7%) o de algún amigo cercano (13.3%). La gran mayoría de estos cuidadores, tanto familiares como no familiares, no recibían remuneración por las tareas de cuidar. Estos cuidadores han brindado atención y cuidados en el hogar del adulto mayor por un período entre dos a siete años (49.3%). Un hallazgo que coincide con estudios previos es que estos reportaron que recibían apoyo de familiares para las tareas relacionadas con el cuidado del adulto mayor (Sagastegui et al., 2022). Sin embargo, en cuanto a la edad del cuidador se ve una disminución en la edad promedio al compararlo con estudios previos (Muñoz et al. (2019); Prieto-Miranda et al. (2015). Esto puede sugerir que personas más jóvenes estén asumiendo o involucrándose en el cuidado de adultos mayores.

La mayoría de la muestra contaba con grado de estudios universitarios que van desde grado técnico hasta doctorado. No obstante, esta preparación profesional no era en el área de cuidados o atención de salud. Solo un 11.8% reportó tener conocimiento formal de cuidado a adultos mayores o en el área de salud.

A diferencia de estudios previos realizados en Puerto Rico, como el de Muñoz et al. (2019), poco más de la mitad de los cuidadores del presente estudio poseían empleo (55.2%) en una empresa privada (31.8%) o en una agencia pública o gubernamental (16.2%). Esto con una jornada a

tiempo completo (72.1%). A estos les toma entre 30 minutos a una hora llegar a su trabajo (46.7%). Un aspecto importante es que, además de su jornada laboral, estos cuidadores brindan un aproximado de 21 horas o más semanales en las tareas de cuidado del adulto mayor.

En lo relacionado con el aspecto económico, un 54.9% de la muestra reportó que su salario era su principal ingreso. El ingreso anual reportado por la muestra (75.1%) estaba entre los \$5,000 a \$30,000 dólares. Hubo un 14.9% que refirió que su fuente principal de ingreso provenía de ayudas gubernamentales o asistencia nutricional. Dentro de los que reportaron otras fuentes de ingresos resaltaron el seguro social y el retiro o salario del cónyuge. Estos hallazgos discrepan de los reportados en el estudio de Muñoz et al. (2019), en el cual los ingresos de los cuidadores en el mismo renglón fueron de 81.5%. Esto podría sugerir que en un período de cinco años (2019-2023), y ante los terremotos (enero 2020) y la pandemia del COVID-19 (marzo 2020), los cuidadores informales en Puerto Rico han sufrido una disminución en sus ingresos.

De otra parte, en cuanto a lo relacionado con el adulto mayor que depende del cuidado, la edad promedio fue de 78 años. Estos requieren apoyo o cuidados la mayor parte del tiempo (49.6%) debido a limitaciones físicas (47.2%), condiciones de salud mental (13%) o ambas (27.1%). Cabe señalar que dentro de las condiciones de salud que presenta el adulto mayor destacan: Alzheimer (21.7%), diabetes (19.1%) y demencias (10.4%). Dentro de las tareas del día a día en las que el adulto mayor necesita apoyo resaltan: aseo personal, alimentación, preparación de alimentos, administración de medicamentos, transportación y movilidad a citas o compra de suministros, lo relacionado con los aspectos médicos, la administración del dinero y con la limpieza del hogar.

Otro tema importante que se pudo observar en los hallazgos del presente estudio fue la salud mental de los cuidadores informales. El 55.7% de la muestra en Puerto Rico reportó niveles de depresión entre leve a severo. Estos hallazgos muestran un aumento de un 29.3% en los niveles de depresión entre leve a severo al ser comparado por lo encontrado por Muñoz et al. (2019). Al observar la sintomatología específica, se puede destacar que los participantes reportaron dificultades por: sentirse deprimidos y sin esperanzas (51.5%), problemas para dormir o mantenerse dormidos (62.5%), cansancio o poca energía (76.6%), cambios en el apetito (49.9%), problemas para realizar su

trabajo y encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas (58.6%). Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Fong et al. (2021) quienes en sus resultados mostraron que los cuidadores presentaron síntomas relacionados con la depresión.

Por su parte, un 46.4% presentó niveles de ansiedad entre leve y severo. Al observar la sintomatología específica, se pueden destacar: sentirse preocupado (49.3%), angustiarse demasiado por diferentes cosas (57%), dificultad para relajarse (61%) y sentirse irritado (58.1%). Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Fong et al. (2021) quienes en sus resultados mostraron que los cuidadores presentaron síntomas relacionados con la ansiedad de cuidado. A su vez, es semejante a los hallazgos de Muñoz et al. (2019) quienes reportaron un 49.7% de niveles de ansiedad entre leve a severo en su muestra de cuidadores informales puertorriqueños.

Por último, en lo relacionado con la sobrecarga, un 49.3% reportó un estado intenso. Al observar la sintomatología específica, se pueden destacar: pensamientos de que, debido al tiempo que dedica al cuidado del familiar, no tiene suficiente tiempo para sí mismo (55.4%); sentirse agobiado por intentar compatibilizar el cuidado con otras tareas de su vida (57%); sentir que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar (40.6%); y experimentar algún grado de carga por cuidar del familiar dependiente (52.8%). Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en estudios recientes acerca de que los cuidadores presentaban estrés leve, depresión, ansiedad moderada y sobrecarga moderada a severa (Messina et al., 2022; Fong et al., 2021; Prieto-Miranda et al., 2015).

Uno de los hallazgos interesantes relacionados con la salud mental de los cuidadores informales del estudio fue que, aunque reportaron sintomatología asociada con la presencia de ansiedad, depresión y sobrecarga, siete de cada diez indicaron que no habían recibido apoyo psicológico. Mientras, que solo el 10.3% reportó que considera recibir el servicio psicológico. Estos hallazgos pueden coincidir con lo reportado en el estudio realizado por Campos et al. (2019) el cual identifica que aquellos cuidadores que tienen un nivel de sobrecarga intensa no reciben apoyo psicológico ni social; los que tienen sobrecarga leve no identifican apoyo psicológico y en los que se categorizan sin sobrecarga, el 37.5% recibe apoyo psicológico.

Por su parte, en lo relacionado con la espiritualidad, la muestra del cuidador informal puertorriqueño evidencia que nueve de cada diez la identificaron como un factor importante en su vida. Esto coincide con lo encontrado por Muñoz et al. (2019) en su estudio realizado en 45 municipios del país y el cual fue realizado al visitar las comunidades y hogares de cuidadores. Un aspecto que podría ayudar a comprender la escasa búsqueda de apoyo psicológico por parte de los cuidadores informales es precisamente el factor de la espiritualidad. Según Rojas et al. (2022) en su estudio realizado en Cuba, los cuidadores utilizan la religión como un factor cultural que influye y sirve de apoyo psicológico y espiritual en la vida de las personas.

De otro lado, una parte importante para los investigadores fue conocer si los cuidadores informales de la muestra habían participado o habían sido parte de diplomados, charlas y/o talleres de formación para el cuidado de adultos mayores. Un 74.8% reportó no haber participado de talleres de formación para el cuidado de un adulto mayor. Sin embargo, nueve de cada diez considera que recibir formación en el tema lo ayudaría a brindar un mejor cuidado. Estos reportaron como preferencia para recibir la formación la modalidad virtual (50.7%), seguido por la modalidad combinada o híbrida (presencial y virtual) y por último la presencial (16.4%). Esto contrasta con el estudio de Navarrete-Mejía et al., (2020) quienes reportaron que los cuidadores poseían algún tipo de estudios generales de auxiliar técnico en salud.

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS EN LA MUESTRA DE MÉXICO

En la cultura mexicana, al igual que en muchas otras culturas hispanas, existe una tendencia a mantener la comunicación y cercanía con la familia extendida. Es común que cuando algún familiar adulto mayor tenga alguna dificultad para valerse por sí mismo, se le brinde apoyo para realizar tareas tales como asistir al médico, realizar compras, proveer cuidado personal o del hogar.

El presente estudio contó con un total de la muestra recopilada que comprende 28 de 32 estados de la República Mexicana, lo cual representa un 87.5% del total. Existe una mayoría representada por la población del occidente del país con un 78.2% con participantes de los estados de Michoacán y Jalisco.

Por su parte, se obtuvieron resultados similares a otros estudios realizados en Puerto Rico (Muñoz et al., 2019), Perú (Navarrete-Mejía et al., 2020) y Colombia (Cardona D, 2013), (Campos de Aldana et al., 2019) en relación con el género, mostrando que las personas del sexo femenino sobresalen en esta tarea de cuidadoras. Este estudio revela tener 66% de mujeres, lo cual es un dato similar a la mayoría de los autores de estudios en otros países que puede llegar a ser hasta un 95%, como es el caso de Perú, aun cuando en ese estudio se trataba de cuidadores formales (Navarrete-Mejía et al., 2020). De igual manera, la edad promedio del cuidador es entre los 40 a 50 años, muy similar a los resultados encontrados por Muñoz et al. (2019). Tal como lo afirma Erikson (Papalia, 2010) la generación a cargo de los adultos mayores, en su mayoría, son personas de edad intermedia que tienen como tarea de vida “el cuidado” de dos generaciones, los jóvenes y los adultos mayores.

Se puede destacar una mínima diferencia relacionada con el estado civil de las cuidadoras. Al hacer referencia a estudios realizados en Perú y Colombia, al igual que en México, sobresalen con un 51% las personas solteras, divorciadas, separadas o viudas. Este dato refleja mucha similitud con el estudio realizado en Puerto Rico por Muñoz et al. (2019), ya que un 52% indicó que no tenía ningún tipo de relación conyugal y es más común que se asigne como cuidador principal a un familiar que se perciba con mayor disponibilidad y recursos; mientras, en las otras investigaciones como en Colombia mencionan que sobresalen las personas casadas.

Se pudo observar que, tanto en los resultados de México como en otros países en Latinoamérica, los cuidadores tenían hijos. En cuanto a la escolaridad o preparación académica, sí existe una diferencia con los resultados en México ya que un 64% reportó contar con estudios superiores de pregrado y posgrado. En otras investigaciones de referencia, los cuidadores presentaron un bajo y medio nivel de escolaridad, como por ejemplo en Perú así como en otras investigaciones en años pasados en México (Del Ángel, 2020). Hay que destacar que, por razones de la pandemia, la muestra fue tomada de manera virtual. Este dato lleva a pensar que se tuvo mayor acceso a un sector de la población de nivel socioeconómico medio y medio alto que contaba con computadora y acceso a servicios de internet, teléfono inteligente o tableta electrónica.

En los resultados obtenidos de este estudio, se encontró que un 68.2% de los cuidadores tiene empleo. En cambio, otros estudios mencionan que las mujeres amas de casa son las que, en su mayoría, se encargan de la tarea de cuidadoras y también se hace referencia a que las cuidadoras que trabajaban hacían un mayor esfuerzo que los hombres. Los ingresos de la mayoría de los cuidadores en este estudio (43%) va de \$11,600.00 a \$84,999.00 pesos mexicanos y un 36.1% mencionó un ingreso mayor a \$85,000.00 pesos mexicanos lo que denota nuevamente se trata de una población en su mayoría con un nivel socioeconómico privilegiado. Puede acotarse que, aunque poseen el respaldo económico para pagar por los servicios en una institución geriátrica, optan por tener a sus adultos mayores cuidados en casa.

La edad promedio de los adultos mayores al cuidado fue de 78 años y con condiciones físicas (52.7%): diabetes y condiciones mentales. La información recopilada revela que un 85% de los cuidadores en México no tiene conocimientos formales para el cuidado de los adultos mayores; solamente el 15.1% indicó poseer conocimiento sobre el cuidado de adulto mayores en el área de enfermería y asistencia de cuidado. Esto contrasta con un estudio en Perú (Navarrete-Mejía et al., 2020) el que reportó que solo el 38% de los cuidadores formales poseía algún tipo de estudios generales de auxiliar técnico en salud y un 88% trabajaba como cuidador principal sin ningún tipo de formación para el cuidado de adultos mayores. Esto destaca la necesidad de ofrecer una oferta de estudios especializados para cuidadores formales o informales.

La mayoría de los cuidadores encuestados (68.6%) lleva de 2 a 8 años en el cuidado de algún adulto mayor, de los cuales el 36.9% indicó cuidar 21 horas al día. Esta información es muy importante ya que algunas investigaciones mencionan que, 6 horas o más al día de cuidado, es una razón para sentir alguna sobrecarga. Mientras, el 92% de los adultos mayores eran familiares y su cuidado, en su mayoría, estaba a cargo de sus hijos. En países de Latinoamérica, la responsabilidad del papel de cuidador principal suele ser la hija mayor. Sin embargo, es sorprendente que cerca de un 8% menciona no tener parentesco familiar con el adulto mayor y su relación es de vecino o algún amigo. Entre las labores más frecuentes que realizan los cuidadores se encuentran: ayuda en las actividades domésticas, control de sus medicamentos, auxilio para el transporte fuera del domicilio, colaboración en tareas de enfermería, asistencia para la higiene personal, alimentación establecida y ejercicios que puedan desarrollar.

En México se encontró que el 64% de los cuidadores que participó en la investigación no cuentan con ningún apoyo psicológico. Otras investigaciones mencionan que el 37% de los cuidadores que no tenía sobrecarga, contaba con apoyo psicológico (Campos de Aldana, et al., 2019).

Dentro de lo reportado por los participantes un 66% utiliza la tecnología para informarse o realizar consultas de temas sobre el cuidado del adulto mayor. Esta actividad es un factor protector para prevenir la sobrecarga, ya que las personas con mayor nivel de sobrecarga tienen bajo nivel de conocimiento, acceso y uso de tecnología de la información y de las comunicaciones (Campos de Aldana, 2019).

La salud mental de los cuidadores en México está muy deteriorada. Según los datos recopilados, casi el 60% de los encuestados mostró algún grado de depresión y de ansiedad, síntomas relacionados con la dificultad para gestionar los sentimientos de temor o frustración en la realización de las tareas de cuidado. En este sentido, Muñoz y colaboradores encontraron que, cerca de la mitad de los cuidadores (49.7%), presentó algún nivel de ansiedad entre leve y severo. De otra parte, datos relacionados con la depresión mostraron que un 26.4% de los participantes mostró algún nivel de depresión entre leve y severo. Además, se mostró una correlación entre la falta de conocimiento para realizar la tarea de cuidado y los síntomas asociados con depresión y la ansiedad en cuidadores informales (Muñoz et al., 2019). Estos datos son menores a los encontrados en el presente estudio en México. En cuanto al nivel de sobrecarga, este fue de 38.6% por debajo de otras investigaciones de Colombia que mostraba 41% (Campos de Aldana et al., 2019); Venezuela 52.4% (González et al., 2012); México en el 2015 reportó un 48% (Prieto-Miranda et al., 2015); pero sí más alto que en un estudio en México 2020 (De Ángel-García et al., 2020) que reportó un 12.2% de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas no demenciales.

Es importante recalcar que la sobrecarga del cuidador dependerá de la gravedad de la dependencia del adulto mayor. Algunos factores de sobrecarga están relacionados con las horas de cuidado en el día y cuánto tiempo hayan realizado el cuidado, el parentesco con el adulto mayor,

número de hijos del cuidador, estado de salud del cuidador, abandono o disminución de actividad por el cuidado del adulto mayor, apoyo o ayuda para el cuidado, razón por la que recae el cuidado en el cuidador, edad del adulto mayor y la percepción de necesidad de cuidado hacia el adulto mayor. De otra parte, los factores de protección potenciales fueron la independencia en la funcionalidad del adulto mayor y el bueno o regular estado de salud del adulto mayor. Casi todos los estudios en referencia demuestran que la mayoría de los participantes tiene el síndrome de sobrecarga del cuidador y, entre algunos, es una sobrecarga intensa.

En el caso de México, se observó que dentro de la muestra no se presentaban adultos mayores con condiciones de gran deterioro mental o físico, esto pudiera incidir en la ausencia de sobrecarga reportada. Este dato no resulta congruente con los altos niveles de ansiedad y depresión mencionados. En la hipótesis de este estudio se menciona que, debido a la formación cultural, las personas no expresan el malestar de forma consciente y verbal, más bien lo expresan solo a través del cuerpo, con los síntomas de ansiedad y depresión. Tal como lo presenta un estudio de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (2008), el cuidador se pone en situación de riesgo de salud al postergar sus necesidades personales debido al cuidado de su adulto mayor. Este comportamiento logra que la persona pueda pasar, de ser cuidador, a ser una persona que requiera de cuidado y pueda mostrar síntomas como una solicitud de ayuda inconsciente a los demás miembros del sistema familiar.

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS EN LA MUESTRA DE COLOMBIA

El estudio en Colombia tuvo cobertura en 15 de los 32 departamentos del país, con el reflejo de datos importantes que permiten identificar quién es y la necesidad que tiene el cuidador informal de adultos mayores. Para recopilar los datos, se utilizaron cuestionarios amplios, con preguntas detalladas y profundas. Se tomó una muestra de 199 personas en el rol de cuidador, en su mayoría mujeres, con una edad promedio de 48.9 años, con algún tipo de relación conyugal y/o con hijos. Los participantes, en su mayoría, tenían vinculación laboral con ingresos menores al salario mínimo legal vigente en más de la mitad de los casos (un millón de pesos) y sin remuneración al asumir el rol de cuidador, desde pocas horas o de manera permanente. Esta información resulta coherente con la misma

línea de estudios llevados a cabo por Ramírez, Saldarriaga y Sánchez (2019), Jiménez- Ruíz y Moya (2018), Carreño y Chaparro (2016) y Cruz y Ostiguin (2011) quienes señalan que el grado de consanguinidad cercano es de los más usuales en la relación cuidador-cuidado. Sus estudios reflejan que la responsabilidad es asumida por mujeres en más casos y que también ellas pueden ser el familiar en el hogar que brinda afecto, cuidado, dedicación y asume el cuidado de la persona dependiente en medio del cumplimiento de sus funciones habituales como ama de casa y cuidadora de hijos. Lo que por supuesto suma actividades y carga al tener que llevar a cabo todas las tareas de manera diaria o frecuente. Datos de la investigación llevada a cabo por Muñoz et al. (2019) señalan que las mujeres de aproximadamente 50 años asumen el rol, muchas veces sin formación, del cuidado del familiar y se someten a tensiones en la preocupación de no cometer errores en el cuidado del adulto, lo que genera ansiedad y depresión en la mayor parte de los casos como consecuencia de la sobrecarga.

Es importante resaltar que, a mayor edad, mayor probabilidad de padecer algún cuadro médico por parte del adulto mayor que produzca discapacidad y la necesidad de recibir cuidados prolongados (Muñoz et al., 2019). El presente estudio encontró que los participantes en Colombia reportaron estar al cuidado de adultos mayores con enfermedades tales como: párkinson, demencias, hipertensión, artritis, condiciones vasculares en cuidados paliativos o crónicos, entre otras. Estas condiciones generan dependencia en diferentes grados por parte del adulto mayor para alimentarse, aseo personal, preparación de alimentos, administración de medicamentos, traslados o transportación, limpieza del hogar, movilidad. Todo esto genera mayor sobrecarga para el cuidador. Los cuidadores informaron que, en algunas ocasiones, cuentan con el apoyo de otros familiares o cuidadores formales pagados de manera particular o asignados por el sistema de salud. Estos hallazgos contrastan con los obtenidos en la investigación llevada a cabo en Medellín por Ramírez, Saldarriaga y Sánchez (2019) haciendo uso también de la prueba Zarit lo que, en apoyo a la presente investigación, pone en evidencia que la prueba ha sido validada en la población de Colombia y que aporta mayor confiabilidad y replicabilidad de los datos obtenidos en los cuidadores.

Esta exposición a sobrecarga de la muestra pone en evidencia que la mayor parte de los cuidadores consideran que no tienen suficiente tiempo para ellos y sienten agobio al tratar de hacer compatible el cuidado del adulto mayor con las tareas de la vida diaria. Esta percepción de sobrecarga para el cuidador, desde meses hasta años, tiene consecuencias a corto plazo. Algunas de estas son la modificación de hábitos saludables, molestias físicas como trastornos del sueño, problemas digestivos, dolor de cabeza, que, al no ser tratados, a largo plazo pueden generar disminución del peso cerebral, problemas en las habilidades cognitivas, enfermedades inmunológicas, sentimientos de desesperanza y resentimiento hacia la persona que cuida (Yaribeygi et al., 2017; Cano, 2015). Es importante tener en cuenta que esta sobrecarga se da como resultado del estrés prolongado al que se somete la persona cuando la responsabilidad de cuidar sobrepasa sus recursos. El cuidador comienza a darse cuenta de que su calidad de vida, relaciones sociales, situación económica, salud emocional, física y psicológica han cambiado como consecuencia de su rol como cuidador y puede aparecer el síndrome de *burnout* (De Ángel-García et al., 2020; Zapata, 2019).

La investigación en psicología de la salud destaca que los cuidadores informales de adultos mayores tienen una relación significativa entre estados emocionales negativos como la depresión y la ansiedad con la percepción de carga (Buitrago & Flórez, 2022; Monsalve Albornoz, 2021; León-Hernández et al., 2020; Martínez, 2018) sumado a esto ira, hostilidad, aumento de insulina y obesidad en comparación con otras poblaciones (Merino, 2020). Para la presente investigación se mostró relación al encontrarse que más de la mitad de la muestra tenía nivel de depresión entre leve y severo. Algunos de los síntomas presentados eran: poco interés en hacer las cosas, problemas en conciliar el sueño o dormir, comer poco o en exceso, dificultad para concentrarse en diferentes actividades y presentar cansancio o poca energía. Esto mostró correspondencia con la evaluación de sobrecarga respecto al nivel de deterioro y tipos de cuidado que exige el adulto mayor a cargo. A su vez, el nivel de ansiedad fluctuó entre leve y severo en la que la mitad de los casos se sentía nervioso, con preocupación por diferentes cosas, con sintomatología: dificultad para relajarse, inquietud e irritabilidad.

Los resultados recopilados reportaron casos con sintomatología de alto riesgo en ansiedad y depresión; por lo menos la mitad de los casos arrojó de elevados a severos niveles de las dos variables, a lo que se debe prestar especial atención, ya que pueden estar expuestos a desórdenes psicológicos, físicos y sociales futuros con consecuencias graves. Dentro del proceso de envejecimiento del adulto mayor, el rol de cuidador primario juega un papel importante en el proceso por su participación activa en la búsqueda de bienestar y recuperación del cuidado. Es por esta razón que debería cobrar mayor interés propender por la calidad de vida y mejores condiciones del cuidador a favor de sí mismo. Este debe seguir asumiendo su propia vida, cuidar su salud y la del agente cuidado. Por lo expuesto anteriormente, la prevención debe ser un factor primordial en el manejo de la ansiedad, la depresión, la percepción de sobrecarga y el estrés. Se debe sumar la posibilidad de contar con escuelas de formación para cuidadores que les permitan tener mayor conocimiento de cómo realizar su labor y a la vez cuidar de su salud mental, psicológica y física, de lo contrario habrá una persona más para las listas de atención del sistema de salud. De tener la oportunidad de contar con estos programas, es importante que, al llevarlos a cabo, se usen estrategias virtuales, ya que esto facilita contar con el apoyo mientras continúan con su labor de cuidado.

Una limitante de la investigación para Colombia fue no recopilar una muestra más amplia. Algunos factores podrían ser que los cuidadores primarios no se identifiquen como cuidadores, sino como acompañantes o familiares y el rol de cuidador se designe, aparentemente, solo para el cuidador formal. En segundo lugar, la mayor parte de cuidadores eran adultos mayores sin acceso a la tecnología, internet o manejo de dispositivos que permitieran el diligenciamiento de las pruebas y fue necesario realizar aplicaciones telefónicas. En último lugar, no se cuenta con una red de cuidadores que permita acceso a la población de ciudades principales o aledañas.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos del presente estudio brindan una oportunidad para ofrecer recomendaciones puntuales que atiendan la situación que enfrentan los cuidadores informales en Puerto Rico, México y Colombia. Al considerar que la población a nivel mundial continuará con el

envejecimiento acelerado, es imprescindible que se realice un censo o autorregistro para conocer la cantidad de cuidadores informales en los países. Para esto, será necesario comenzar con una campaña educativa masiva que oriente a las personas a autoidentificarse como cuidadores informales o familiares. Esto permitirá que los gobiernos tengan un mejor escenario de la cantidad de adultos mayores que requieren de apoyo o atención, sin necesariamente estar bajo un cuidado de condiciones crónicas.

De igual forma, este censo les ofrecerá un escenario a las agencias gubernamentales que ejercen función ministerial sobre la familia para que puedan desarrollar programas que incluyan o atiendan la población de cuidadores familiares. Para esto, es imperante que se desarrollen proyectos de política pública que garanticen derechos para darles visibilidad a los cuidadores familiares. A su vez, que ofrezcan protecciones, particularmente, para aquellos que son cuidadores sin apoyo de otros familiares. Estas políticas públicas podrían comenzar con una carta de derechos que cobije a los cuidadores informales. Asimismo, que establezca la importancia de desarrollar programas para brindar a las familias y comunidades que tengan adultos mayores dependientes, los conocimientos y las destrezas para realizar las tareas de cuidado de manera más eficiente y generando redes de apoyo que fortalezcan el sistema familiar y den a la comunidad un mayor sentido de solidaridad, subsidiariedad y equilibrio.

En relación con lo que puedan realizar los gobiernos, resalta la necesidad de otorgar alivios económicos a las familias con cuidadores. Al día de hoy, las familias que invierten del presupuesto familiar no pueden hacer deducciones de estos gastos en su planilla de contribución sobre ingresos. Los costos relacionados con el cuidado de una persona dependiente pueden llegar hasta un aproximado de 20% del ingreso familiar, es por lo que se deben crear créditos contributivos para estas familias. Este tipo de crédito contributivo podría tener un beneficio a largo plazo para el país al proveer la oportunidad a las familias de poder hacer deducciones, por ejemplo, de los pagos a una persona que ofrezca tiempo de cuidado a cambio de un salario accesible para la familia. Este tipo de créditos podría alentar a que las personas permanecieran en sus empleos y no los abandonaran para convertirse en cuidadores a tiempo completo por no resultar efectivo utilizar su salario para pagar el salario de un cuidador.

Por otra parte, se deben ampliar los programas de amas de llaves o auxiliares del hogar que hay en algunos municipios o estados. Estos programas de asistencia en el hogar son un recurso de mucha utilidad para las familias que cuidan a un adulto mayor, debido a que ofrecen un espacio de respiro al cuidador principal. Sin embargo, los requerimientos para cualificar a estos, generalmente, son para familias con ingresos muy bajos. Por lo cual, familias trabajadoras de clase media quedarían excluidas de estas ayudas. Se debe considerar, además, ampliar los criterios de elegibilidad o la creación de un subsidio o subvenciones que cubran parte de estos costos.

De modo similar, considerando lo expresado por los participantes y considerando que mejoraría su ejecución como cuidador al recibir formación o capacitación, se debe considerar el desarrollo de currículos o cursos dentro de los sistemas de enseñanza, públicos y privados, para niños y jóvenes. El tener programas planificados a largo plazo permitirá que desde edades tempranas se puedan sensibilizar, involucrar y capacitar para lo que son tareas básicas del cuidado de una persona dependiente. Esto podría incluir horas de servicio voluntario que provean el acompañamiento de adultos mayores sin familiares en las comunidades aledañas a las escuelas.

Por otra parte, los gobiernos deben considerar la planificación para crear espacios diurnos para adultos mayores. Estos espacios podrían integrar actividades que mantengan activos, cognitiva y físicamente, a los adultos mayores con independencia. De esta forma se previene o retarda el convertirse en personas dependientes de cuidados.

Cabe destacar la importancia de brindar cuidado al cuidador, esto generando espacios dignos de formación y salud para el bienestar mental, físico y social de las personas que acompañen y den cuidado al adulto mayor. Estas acciones permitirán reducir el impacto futuro en los servicios sanitarios por el incremento de problemas de salud asociados con el deterioro por sobrecarga y estado de ánimo por el rol de cuidador. Para esto se puede establecer legislación que obligue a los planes de salud a ofrecer ayuda emocional a los cuidadores en sus hogares y que cubran sesiones en grupos de apoyo. Estos grupos deben desarrollarse cercanos a las comunidades en las que se conozca que exista un alto censo de adultos mayores dependientes.

Para la parte académica, se debe ampliar la investigación que atienda los escenarios que enfrentan los cuidadores, tanto informales como profesionales. Dentro de las áreas que se deben investigar está la relación entre la sobrecarga y las barreras arquitectónicas en los hogares de los adultos mayores. Esto, al considerar que el cuidado se realiza en la casa del adulto mayor debido que un alto número de estos desea envejecer en su hogar. De igual forma, se debe estudiar el impacto futuro del desplazamiento de la fuerza laboral de personas de la adultez media al rol de cuidador de adulto mayor a tiempo completo. Esto debido a que les resulta complicado mantener el rol de trabajador y de cuidador principal simultáneamente. A su vez, auscultar el posible impacto que tendría en la solvencia de los planes de retiro ante la continua merma en las aportaciones y el alto número de adultos mayores retirados. De igual forma, se debe investigar el escenario actual y futuro impacto de los potenciales cuidadores informales, entiéndase los jóvenes universitarios. Principalmente, cómo podría verse afectada la formación profesional de los futuros profesionales que sustituirán en la fuerza laboral a los adultos mayores. El rendimiento académico podría verse afectado por los estresores y síntomas de sobrecarga por el cuidado de un familiar dependiente de cuidados. Mientras que la psicología industrial organizacional podría llevar a cabo estudios que exploren el impacto en la motivación, concentración, compromiso y/o rendimiento en el trabajo tomando en cuenta el estado de sobrecarga de un empleado/cuidador informal. Esto podría sentar las bases para el comienzo de una reforma dentro de las organizaciones al ajustarse al escenario de las próximas décadas. Por último, en cuanto a la academia, se deben revisar los currículos de especialidades como la psicología clínica, consejería psicológica, y psicología industrial organizacional para incluir cursos que capaciten a los estudiantes en la atención y el desarrollo de destrezas para trabajar con la población de adultos mayores y de los cuidadores informales.

Además, se debe capacitar y educar a las personas con una situación potencial de convertirse en cuidadores acerca de temas como: condiciones de salud con mayor prevalencia en los adultos mayores; la atención básica de las condiciones en el hogar; destrezas de empatía, sensibilidad y apoyo emocional; manejo y disposición básico de medicamentos; herramientas financieras para la creación y el manejo de presupuestos; asesoría legal; programas gubernamentales y

sin fines de lucro disponibles; uso de herramientas tecnológicas, entre otros. De igual forma, se les puede capacitar para hacer trámites por internet como: citas médicas, citas en agencias de servicios, compra de suministros o alimentos, pago de servicios básicos, entre otros. La finalidad de este tipo de programas de formación es promover que las familias alcancen un ambiente de equilibrio, de apoyo y de atención mutua para que el cuidador no presente sintomatología asociada con la depresión, la ansiedad o la sobrecarga. Para esto, será clave crear redes de apoyo familiar y contar con asesoría especializada de conocedores en el tema de cuidados y atención al adulto mayor.

Referencias

- AARP. (2015, 22 de julio). Declaración de AARP sobre informes del Consejo de Administración de Medicare del 2015. <https://www.aarp.org/espanol/conoce-aarp/centro-de-prensa/info-2015/aarp-consejo-aministracion-medicare-2015.html>
- Acarón, J. (2012, 14 de noviembre). El envejecimiento de la población en Puerto Rico [presentación de diapositivas]. *American Association of Retired Persons*.
- Alqahtani, M. S., Alshbriqe, A. A., Awwadh, A. A.; Alyami, T. A., Alshomrani, M. S. & Alhazzani, A. (2018). Prevalence and Risk Factors for Depression Among Caregivers of Alzheimer's Disease Patients in Saudi Arabia. *Hindawi Neurology Research International*, 2018, 1-7. doi: 10.1155/2018/2501835
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <https://doi.org/10.18235/0000984>
- Arias-Gómez, J., Villasis-Keever, M., & Miranda-Navales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.

- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodriguez, E., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (phq)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-sectional Study. *Journal of Clinical Psychology, 73*(9), 1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan, 14*(3): 417-429.
- Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Acevedo, J. C., Molina Garzón, M., & Catalán, L. (2021). Cuidar a los que cuidan: experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad, 20*(3). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue1-fulltext-2397>
- Banco mundial. (2021). Población de 65 años de edad y más, total. https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO?most_recent_value_desc=fse
- Banco mundial. (2021). Población, total. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>
- Bello Carrasco, L. M., León Zambrano, G. A., & Covená Bravo, M. I. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Universidad y Sociedad, 11*(5), 385-395. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1389/1416>
- Borghi, A., De Castro, C., Silva, S., & Carreira, L. (2013). Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Rev. Latino Am, Enfermagem, 21*(4). <https://pdfs.semanticscholar.org/f3eb/04bf2d3c170ebf021a2a57f66eaea5bc7d5a.pdf>

- Breinbauer K, H., Vásquez V, H., Mayanz S, S., Guerra, C., & Millán K, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000500009>
- Breinbauer K, H., Vásquez V, H., Mayanz S, S., Guerra, C., & Millán K, T. (2013). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada: Réplica a corrección. *Revista médica de Chile*, 141(8), 1084-1084. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013000800020>
- Buitrago, N.J. & Flórez, A. D. (2022). Ansiedad y depresión en el rol de cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica en una institución de salud del área metropolitana de Bucaramanga, 2021-2022. <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/ae332bda-6783-4eae-8d29-254173c143f1/content>
- Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., González, M., Contreras, O., Caldichoury, N., Ramos-Henderson, M., Gargiulo, P., & López, N. (2021). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante la pandemia de COVID-19: Validez de constructos y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Campos, M. S., Durán, E. Y., Rivera, R., Páez, A. N., & Carrillo, G. M. (2019). Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *Revista Cuidarte*, 10(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.649>
- Cano, A. (2015). Consecuencias del estrés laboral. Asociación de Técnicos Superiores en Prevención de Riesgos Laborales. Granada. <http://www.prevenga.org/prevenga/pdf/opinion/201509/consecuencias.pdf>
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D., & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a04.pdf>

- Carreño-Moreno, S. P., & Chaparro-Díaz, L. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 16(4), 447-461. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.4>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Paez, A., Cabanzo-Arenas, D. F., Ribero-Marulanda, S., & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validez del cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de atención primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Castellano Almeida, R. M. (2015). *Impacto del Alzheimer en el cuidador principal* [Tesis de maestría publicada]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/838/IMPACTO+DEL+ALZHEIMER+EN+EL+CUIDADORA+PRINCIPAL..pdf;jsessionid=32C943CDE8CD3994DF9BE2D05F0269DF?sequence=1>
- Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, E., Jurado Cárdenas, S., Gómez-Maqueo, M. E., & Valencia Cruz, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6, 2544-2551. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.08.004>
- Cerquera Córdoba, A. M., & Galvis Aparicio, M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1). <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi12-1.ecpa>
- Clínica Universidad de Navarra. (2020). *Ansiedad*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>
- Corbalán, M. G., Hernández, O., Carré, M., Galcerán, G. P., Hernández, B., & Marzo, C. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*, 24(3), 120-123. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300005>

- Cruz, J., & Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería universitaria*, 8(1), 49-54. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es
- Cuevas, K., & Gutiérrez, J. (2022). Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8450536&orden=0&info=link>
- Del Ángel-García, J. E., León Hernández, R. C., Méndez Santos, G., Peñarrieta de Córdoba, I., & Flores-Barrios, F. (2020). Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *MedUNAB*, 23(2), 233-241 <https://doi.org/10.29375/01237047.3878>
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Universidad de València*. <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistematico.pdf>
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores principales de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004
- Farias, F. (2022). Sobrecarga del cuidador familiar de adultos mayores. [Trabajo de investigación.] Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/8045/1/UPSE-TEN-2022-0068.pdf>
- Félix, A., Aguilar, R., Martínez, M., Ávila, H., Vázquez, L. & Gutiérrez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los cuidados. Revista De Enfermería Y Humanidades*, 16(33), 81-88.
- Flores Villavicencio, M. E., Fuentes Laguna, H. L., González Pérez, G. J., Meza Flores, I. J., Cervantes Cardona, G. A., y Valle Barbosa, M. A. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Inv*, 14(88). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045/778>

- Flores G, E., Rivas R, E., & Seguel P, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000100004>
- Fong, T. K., Cheung, T., Chan, W., & Cheng, C. P. (2021). Depression, Anxiety and Stress on Caregivers of Persons with Dementia (CGPWD) in Hong Kong Amid COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 184. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010184>
- Galvis, C., R., Aponte, L., H., & Pinzón, M., L. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. *Aquichan* 16(1), 104-11. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.11>
- Gamboa, A., & Oviedo K. (2020). Caracterización del perfil de los cuidadores de adultos mayores en el domicilio de las comunas 1-17 de Bucaramanga y su área metropolitana en el periodo 2019b-2020b. *Universidad de Santander. Facultad Ciencias de la Salud*.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural Adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) Scale as a Screening Tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- González E, Orozco G, Poveda J, Perelli A, Calzolaio V, Gil, Y, Superlano L & González R. Sobrecarga del cuidador versus autonomía funcional del anciano. *Informe Médico*, 2012; 14(8): 351-354.
- Gort, A. M., March, J., Gómez, X., De Miguel, M., Mazarico, S., & Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 124(17), 651-653. <https://doi.org/10.1157/13074742>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza-Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa, y mixta*. Mc Graw Hill Education.

- Hernández, H. M., Herrera-Idárraga, P., & Gélvez, T. (2021). Los cuidados en la vejez: revisión y retos para Colombia. *Género y Economía*, Pontificia Universidad Javeriana. <https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/06/Cuidados-en-la-vejez.pdf>
- Hurtado, J. C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1). <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>
- Instituto de estadísticas de Puerto Rico. (2021). Población total de Puerto Rico - Censo Decenal 2020. <https://censo.estadisticas.pr/node/489>
- Jiménez Ruiz, I., & Moya Nicolás, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 17(1), 420. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>
- Jordán, A. (2021). *Implicaciones socio familiares en el cuidador del adulto mayor*. Trabajo de investigación: Universidad Técnica de Ambato.
- Lázaro, D. (2021). *Frecuencia de sobrecarga del cuidador de paciente adulto mayor*. Universidad Veracruzana. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- León-Hernández, R. C., Mártir-Hernández, E. B., Torres-Compeán, Y. G., Sánchez-Garcés, K. A., & Gutiérrez-Gómez, T. (2020). Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. *CienciaUAT*, 15(1), 86-98. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v15i1.1386>
- Lozano, N. (2018). *Cuidadores informales de personas mayores dependientes* [Tesis de maestría publicada]. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32558>
- Martínez Rodríguez, Lesnay (2018). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 61-72. Recuperado 1 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400061&lng=es&tlng=es.

- Merino, C. (2020). Nivel de estrés en cuidadores formales e informales de personas dependientes y su repercusión en salud mental. [Trabajo de pregrado. Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/42031>
- Messina, A., Lattanzi, M., Albanese, E., & Fiordelli, M. (2022). Caregivers of people with dementia and mental health during COVID-19: Findings from a Cross-sectional Study. *BMC Geriatrics*, 22(56). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02752-x>
- Mills, S. D., Fox, R. S., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Champagne, B. R., & Sadler, G. R. (2014). The Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in Hispanic Americans with English or Spanish Language Preference. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 463-468. <https://doi.org/10.1037/a0036523>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Informe nacional sobre la aplicación del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. *Minsalud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/informe-nal-plan-accion-internacional-madrid-envejecimiento-2022.pdf>
- Monsalve Albornoz, E. A. (2021). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes diagnosticados con Alzheimer. *Revista Científica Universitaria*, 10(2), 109-118. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2282279007/index.html>
- Muñoz, A., Cabán, M., & Vera, H. (2019). *Perfil del cuidador informal del adulto mayor en Puerto Rico*. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.
- Navarrete-Mejía, P. J., Parodi, J. E., Rivera-Encinas, M. T., Runzer-Colmenares, F. M., Velasco-Guerrero, J. C., & Sullcahuaman-Valdiglesias, E. (2020). Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia POR SARS-COV-2, Lima-Perú. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 13(1), 26-31. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.596>

- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L., Delgado-Quiñones, A., & Sahagún-Cuevas, M. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 25-31.
- Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada. (2010). *Perfil demográfico de la población de 60 años o más en Puerto Rico*. <https://agencias.pr.gov/agencias/oppea/Documents/Area%20estadistica/Perfil2010.pdf>
- Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada. (2017). *Perfil demográfico de la población de edad avanzada: Puerto Rico y el mundo*. <http://www.agencias.pr.gov/agencias/oppea/procuraduriaprogramas/Informacin/Perfil%20Demogr%C3%A1fico%202017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-pahowarns&Itemid=1926&lang=es
- Santiago, R. Domínguez, B. Peláez V., Rincón, S. & Orea, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(3), 152-158.

- Pagán-Torres, O. M., González-Rivera, J. A., & Rosario-Hernández, E. (2020). Reviewing the Psychometric Properties and Factor Structure of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in a Sample of Puerto Rican Adults. *International Journal of Recent Scientific Research*, 11(01), 36885-36888. <http://dx.doi.org/10.24327/ijrsr.2020.1101.5017>
- Papalia Diane, (2010) *Desarrollo humano*. México Mc Graw Hill.
- Pérez, J., Dávila, C., Muñoz, A. & Pietri, L., (2022). *Experiencia de un grupo de psicoterapeutas en relación a los procesos de duelo en cuidadores informales de adultos mayores durante la pandemia del COVID-19* [Disertación doctoral inédita]. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.
- Prieto-Miranda, S. E., Aria-Ponce, N., Villanueva-Muñoz, E. Y., & Jiménez-Bernardino, C. A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*, 31, 660-668. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d.pdf>
- Ramírez, J. A., Saldarriaga, M. V. & Sánchez, V. (2019). Características de cuidadores informales. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4525/1037668991_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Ramírez-Solá, M. (2017). Distress Management in Cancer Patients in Puerto Rico. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 15(2), 68-73. <https://doi.org/10.12788/jcso.0321>
- Red de Gerontología. (2021). *México, en proceso de envejecimiento*. Dirección General de Comunicación Social. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_574.html
- Ríos, L. (2021). *Percepción del proceso de adaptación en un grupo de mujeres que cuidan familiares diagnosticados con Alzheimer*. [Tesis doctoral no publicada]. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.

- Rivas Herrera, J. C., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49-54. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273>
- Rivera, M. (2013). *Variables de riesgo asociadas al burnout entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en el oeste de Puerto Rico* [Tesis de maestría publicada]. <http://hdl.handle.net/10612/2880>
- Rojas, L., Garciga, M., Iglesias, A. & Martínez, L. (2022). Percepción de apoyo social en cuidadores informales de adultos mayores ante la COVID-19. *Revista Electrónica de Psicología* 25(1). Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol25num1/Vol25No1Art7.pdf>
- Sagastegui, D., Leitón, Z., Santillán, R., Serrano, F., & García, Y. (2022). Factores sociodemográficos y sobrecarga en cuidadores de adultos mayores. *Sciendo* 25(2). <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/4575/4907>
- S.S. Francisco. (2021). *Jornada Mundial de los abuelos y de los mayores*. Homilia del santo padre <https://www.vatican.va/content/francesco/es/homilies/2021/documents/20210725-omelia-giornatanonni-anziani.html>
- S.S. Francisco. (2022, 24 de julio). *Jornada Mundial de los abuelos y de los mayores*. <https://www.vatican.va/content/francesco/es/messages/nonni/documents/20220503-messaggio-nonni-anziani.html>
- Toribio, M., Medrano, V., Moltó-Jordá, J. M., & Beltrán-Blasco, I. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 28(2), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.03.010>
- Torres-Avenidaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, Á. M., & Berbesi-Fernández, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Universidad y Salud*, 20(3), 261. <https://doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- United Nations. (2023). *World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World*. <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/2023-wsr-tablecontents.pdf>

- Valderrama, J., Machado, L., & González, L. (2020). *Las narrativas del cuidador: Temas, tramas y concurrencias del relato asociados a la sobrecarga*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7767365>
- Vélez Lopera, J. M., Berbesí Fernández, D., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., & Ordóñez Molina, J. (2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención Primaria*, 44(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007>
- Vergara, A. & Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales. *Psicothema* 12(2), pp. 557-562. <http://www.psicothema.com/pi?pii=625>
- Villalobos, P., Oliveira, D. & Stampini, M. (2022). Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidado en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://www.researchgate.net/profile/Pablo-Villalobos-Dintrans/publication>
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057. 10.17179 / excli2017-480 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579396/>
- Zapata, R. (2019). Calidad de vida de cuidadores informales de personas adulto mayor. Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/2770/calidad%20de%20vida%20de%20cuidadores%20informales%20de%20personas%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Equipo de investigación



Ángel M. Muñoz Alicea, Ph.D.

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

Investigador principal del estudio. Es catedrático auxiliar del Departamento de Psicología del Colegio de Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR) y psicólogo clínico licenciado. En la PUCPR es el director de la Escuela para Cuidadores de Adultos Mayores internacional (ECAM) y coordinador de la Oficina para el Manejo de Pérdidas y Duelo.

El proyecto internacional de responsabilidad social que dirige se ha extendido a países como México, Colombia, Bolivia, República Dominicana y Argentina. En el 2022 la ECAM internacional recibió un reconocimiento por la labor realizada en Latinoamérica con los cuidadores por parte de los premios Supercuidadores en Madrid, España. Estos premios cuentan con la presidencia de honor de los reyes de España.

En el campo de la investigación fue el investigador principal del primer Perfil del cuidador informal de adultos mayores en Puerto Rico. De igual forma, ha dirigido investigación transcultural a nivel internacional sobre el tema de cuidadores y adultos mayores con la colaboración de universidades en América Latina. Además, es director de comités de disertaciones doctorales tanto cuantitativas como

cuantitativas de estudiantes del Colegio de Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad. Como parte de su línea de investigación, experiencia clínica y en el desarrollo y planificación de programas de servicio ha participado con diversas ponencias internacionales para discutir la situación de los adultos mayores en Nueva York, México, Colombia, Bolivia, Chile, Venezuela y la República Dominicana.

En la práctica clínica de la psicología ha brindado servicios de salud mental y consultoría para diversas poblaciones entre las que se encuentran estudiantes universitarios, niños con diversidad funcional, cuidadores y adultos mayores.



Laura González López, Ph.D.

Universidad del Valle de Atemajac, México

Doctora en Ciencias del Desarrollo Humano, Maestra en Nutrición Clínica y Licenciada en Nutrición por la Universidad del Valle de Atemajac. Recientemente realizó una estancia de investigación en el Departamento de Genética en Texas Biomedical Research en San Antonio, Texas. Cuenta con casi treinta años de experiencia profesional como nutrióloga clínica y veinte de experiencia académica como profesora e investigadora.

Es líder de la línea de investigación “Nutrición y Salud del Adulto Mayor”, así como investigadora principal del proyecto GEMM (UNIVA-Texas Biomed, USA), miembro de la red y consorcio nacional GEMM y colaboradora en redes de investigación nacionales e internacionales. Es autora de libros, conferencista, ponente y creadora de otras publicaciones internacionales de alto impacto. Actualmente es profesora e investigadora de UNIVA, campus Guadalajara.



Rosa M. Mendoza Páramo, M.P.P

Universidad Vasco de Quiroga, México

Cursó la Licenciatura en Psicología en la Universidad Vasco Quiroga, obtuvo una especialidad en Psicoterapia Humanista por el Instituto de Entrenamiento en Psicoterapia Humanista A.C. Es Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia, por la Universidad Vasco de Quiroga. Cuenta con un diplomado de Promotor en Desarrollo Humano otorgado por el Instituto de Entrenamiento en Psicoterapia Humanista y otro diplomado en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica, otorgado por la Universidad Autónoma de México y el Instituto Milton Erickson de México, A.C.

Actualmente es docente de maestría, supervisora de casos, asesora de tesis, psicoterapeuta privada y directora de la Facultad de Psicología de la Universidad Vasco de Quiroga. Ha sido docente en el nivel de bachillerato y licenciatura, orientadora vocacional, directora de la Escuela de Psicología en la Universidad Internacional Jefferson. Ha tenido participación en equipos de investigación en la UVAQ y ha publicado artículos en revistas especializadas.

**Ruth M. Velasco Salamanca, MSc.**

Universidad Católica de Colombia

Posee un Magíster en Psicología. Es consultora para el Ministerio de Salud en Colombia y miembro activo del grupo de investigación ENLACE en la línea de psicología clínica de la salud y de las adicciones. Investigadora Junior certificada por MinCiencias. Docente de pregrado y maestría en al área social y de la salud. Ganadora en 2019 del Premio Nacional de Investigación Luis H. Ramírez Collazos de la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.

Ha investigado temas asociados con la salud en adultos mayores y con la prevención del consumo de cigarrillos en Colombia y América Latina. Actualmente es becaria del programa MinCiencias para la formación doctoral.

**Jennifer M. Pérez Rivera, Ph.D.**

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

Posee un Doctorado en Filosofía con concentración en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Es instructora certificada en la prevención del suicidio y posee una certificación internacional en la metodología de *Las 15 tareas del duelo*. Fue asistente de Servicios a la Comunidad en la Escuela para Cuidadores de Adultos Mayores y en la Oficina para el Manejo de Pérdidas y Duelo de la PUCPR. Además, ha

laborado en organizaciones de autogestión comunitaria en Puerto Rico. Cuenta con publicaciones relacionadas con el tema del duelo y ha sido copresentadora en congresos internacionales sobre temas relacionados con los cuidadores informales de adultos mayores.



Joan E. Serra Pérez, Psy.D.

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

Posee un Doctorado en Psicología con especialidad en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Recientemente, laboró como asistente de Servicios a la Comunidad en la Oficina para el Manejo de Pérdidas y Duelo de la PUCPR. Fue copresentadora de un programa radial en Católica Radio. Ha brindado charlas y talleres en temas como prevención de suicidio, violencia en el noviazgo y liderazgo.

Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia se compaginó en Adobe InDesign CS6, utilizando la familia tipográfica Chaparral Pro.

Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia fue impreso por Extreme Graphics en Naguabo, Puerto Rico en el mes de julio 2023.



Ángel M. Muñoz Alicea, Ph.D.
Pontificia Universidad Católica
de Puerto Rico



Rosa M. Mendoza Páramo, M.P.P.
Universidad Vasco de Quiroga
México



Laura González López, Ph.D.
Universidad del Valle de Atemajac
México



Ruth M. Velasco Salamanca, MSc.
Universidad Católica de
Colombia



Jennifer M. Pérez Rivera, Ph.D.
Pontificia Universidad Católica
de Puerto Rico



Joan E. Serra Pérez, Psy.D.
Pontificia Universidad Católica
de Puerto Rico

