



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**NIVEL DE DEPENDENCIA Y NECESIDADES DE APOYO DE
ADULTOS MAYORES CUIDADOS EN CASA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES**

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

**PRESENTA
JOSE SABINO PUEBLA ORTIZ**

**DIRECTORA
DRA. MA. DEL CARMEN PEREZ RODRÍGUEZ**

**COASESORA
DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES**

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

OCTUBRE 2026



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**NIVEL DE DEPENDENCIA Y NECESIDADES DE APOYO DE
ADULTOS MAYORES CUIDADOS EN CASA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES**

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

José Sabino Puebla Ortiz

Directora:

Ma. del Carmen Pérez Rodríguez

Coasesora:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

OCTUBRE 2026



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**NIVEL DE DEPENDENCIA Y NECESIDADES DE APOYO DE
ADULTOS MAYORES CUIDADOS EN CASA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES**

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta

LEO. José Sabino Puebla Ortiz

Sinodales:

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra
Presidente

Firma

Dra. Erika Adriana Torres Hernández
Secretaria

Firma

Dra. Ma del Carmen Pérez Rodríguez
Vocal

Firma

Nivel de dependencia y necesidades de apoyo de adultos mayores cuidados en casa
desde la perspectiva de los cuidadores profesionales © 2026 por Jose sabino Puebla
ortiz tiene licencia CC BY-NC-ND 4.0

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

OCTUBRE 2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, fruto de años de esfuerzo, aprendizaje y perseverancia, a todas las personas que han formado parte de mi vida y que, de una u otra manera, me han impulsado a continuar creciendo tanto en lo personal como en lo profesional.

A mi familia, por ser mi principal fuente de fortaleza, por enseñarme el valor del esfuerzo, la responsabilidad y la constancia, y por brindarme su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. Este logro también les pertenece, porque detrás de cada meta alcanzada existe el respaldo de quienes creen en nosotros incluso en los momentos más difíciles.

A quienes me han acompañado durante este camino, por su paciencia, comprensión y palabras de aliento, que me motivaron a seguir adelante y a no perder de vista mis objetivos.

Dedico también este trabajo a los adultos mayores, quienes merecen vivir esta etapa de la vida con dignidad, respeto, bienestar y calidad de vida; así como a todas las personas que dedican su tiempo, conocimientos y vocación al cuidado de los demás. Que esta investigación represente una pequeña contribución al reconocimiento de sus necesidades y a la construcción de una atención más humana, integral y justa.

Finalmente, me dedico este logro a mí mismo, por la disciplina, el compromiso y la perseverancia que me permitieron superar los retos de este proceso y concluir una etapa importante de mi formación académica y profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a todas las personas que contribuyeron, de manera directa o indirecta, a la realización de este proyecto de investigación, el cual representa no solo la culminación de una etapa académica, sino también el resultado de un proceso de aprendizaje, esfuerzo y crecimiento personal y profesional.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por brindarme la oportunidad de continuar mi formación académica a través de la Maestría en Salud Pública, así como por proporcionarme los conocimientos y las herramientas necesarias para fortalecer mi compromiso con la investigación, la promoción de la salud y el bienestar de la población.

A mis docentes, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, y por contribuir a mi formación como profesional de la salud pública. De manera especial, agradezco a mi directora de tesis y a mis lectores por su orientación, paciencia, observaciones y aportaciones, las cuales fueron fundamentales para mejorar y consolidar este trabajo de investigación.

A los cuidadores profesionales de adultos mayores, por su disposición, tiempo y colaboración. Su participación hizo posible el desarrollo de esta investigación y permitió reconocer la importancia de su labor en el cuidado de las personas mayores, así como los desafíos y las necesidades que enfrentan en su práctica cotidiana.

A mi familia, por ser un pilar fundamental durante este camino, por su amor, comprensión, apoyo y confianza. Gracias por acompañarme en los momentos de mayor exigencia, por motivarme a continuar ante las dificultades y por recordarme la importancia de perseverar para alcanzar mis metas.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

Introducción. Las transformaciones demográficas y epidemiológicas actuales han dado lugar a un incremento en el número de personas mayores que requieren ser cuidadas en su domicilio. Para ello es crucial conocer su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, así como las áreas y la intensidad de los apoyos requeridos que permitan planificar los cuidados, los recursos y servicios, de acuerdo con las necesidades, preferencias, recursos, condiciones y características de los adultos mayores. **Objetivo** determinar la relación entre el nivel de dependencia y la intensidad de necesidades de apoyo del adulto mayor cuidado en casa desde la perspectiva de los cuidadores profesionales de enfermería. **Metodología.** Se trata de un estudio cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal, que se aplicó a cuidadoras(es) profesionales en una muestra por conveniencia en cuota de tiempo. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia empleando la técnica de bola de nieve a través de grupos de cuidadoras(es), de contacto persona a persona y por redes sociales. Se usaron 3 instrumentos, un cuestionario de caracterización de las(os) cuidadoras(os) profesionales, el índice de Barthel para determinar el nivel de dependencia, y la escala de intensidad de necesidades de apoyo (SIS). **Resultados.** Participaron 36 cuidadoras(es) profesionales, el 55.6% fueron mujeres y el 44.4% hombres. El 69.4% eran licenciadas(os) en enfermería, el 16.7% técnicos, el 11.1% especialistas y el 2.8% pasantes. Respecto al tipo de cuidado, 33.3% realiza cuidados complementarios, 33.3% cuidados de acompañamiento y 33.3% cuidados sustitutivos. El mayor porcentaje (33.3%), correspondió al nivel de dependencia leve. Mientras que el mayor porcentaje (38.8%) en la intensidad de necesidades de apoyo se ubicó con el nivel más alto de intensidad de necesidades de apoyo. **Conclusión.** Se identificó una relación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre el nivel de dependencia del adulto mayor y la intensidad de sus necesidades de apoyo, especialmente en las dimensiones relacionadas con, vida en el hogar, y salud y seguridad.

Palabras clave: Dependencia, necesidades de apoyo, adultos mayores, cuidadores profesionales.

ABSTRACT

Introduction. Current demographic and epidemiological shifts have led to an increase in the number of older adults requiring home-based care. To address this, it is crucial to understand their ability to perform activities of daily living, as well as the areas and intensity of support needed; this enables the planning of care, resources, and services in alignment with the needs, preferences, resources, conditions, and characteristics of older adults. **Objective.** This study aimed to determine the relationship between the level of dependency and the intensity of support needs of older adults receiving home care from the perspective of professional nursing caregivers. **Methodology** This is a quantitative, non-experimental, correlational, cross-sectional study conducted with professional caregivers using a convenience sample based on a time quota. A non-probability convenience sampling method was used, employing the snowball technique via caregiver groups, person-to-person contact, and social media. Three instruments were used: a questionnaire to characterize professional caregivers, the Barthel Index to determine the level of dependency, and the Support Needs Intensity Scale (SIS). **Results:** 36 professional caregivers participated; 55.6% were women and 44.4% were men. 69.4% were registered nurses, 16.7% were technicians, 11.1% were specialists, and 2.8% were interns. Regarding the type of care, 33.3% provided complementary care, 33.3% provided companion care, and 33.3% provided substitute care. The largest percentage (33.3%) corresponded to the mild dependency level, whereas the largest percentage (38.8%) regarding the intensity of support needs fell within the highest level of support need intensity. **Conclusion.** A statistically significant and directly proportional relationship was identified between the level of dependency of the older adult and the intensity of their support needs, especially in the dimensions related to home life and health and safety.

Key words: Dependency, support needs, older adults, professional caregivers.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Justificación	5
1.2 pregunta de investigación	11
II. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo general	12
2.2 Objetivos específicos	12
III. HIPÓTESIS	13
IV. VARIABLES	14
V. MARCO TEÓRICO	15
5.1 Dependencia	15
5.1.1 Definición	15
5.1.2 Tipos de dependencia	16
5.1.3 Grados de dependencia	20
5.2 Apoyos	21
5.2.1 Definición	21
5.2.2 Necesidades de apoyo	22
5.2.3 Clasificación de los apoyos	22
5.2.4 Áreas de necesidades de apoyo	25
5.3 Adulto mayor	26
5.3.1 Definición	26
5.3.2 Envejecimiento	26
5.3.3 Cambios fisiológicos	26
5.3.4 Cambios anatómicos	27
5.4 Cuidadores profesionales	29
5.4.1 Definición	29
5.4.2 Niveles de cuidado	30
5.4.3 Funciones del cuidador	30
5.4.4 Cuidados y técnicas en la atención del adulto mayor	30
5.5 Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem	32

5.6 La ética del cuidado	33
5.7 Dimensiones sociales y culturales del cuidado del adulto mayor en México	35
5.8 Sistemas de salud y programas de atención para las personas adultas mayores en México	35
VI. METODOLOGÍA	37
6.1 Delineamiento del estudio	37
6.1.1 Enfoque del estudio	37
6.1.2 Tipo de estudio.....	37
6.1.3 Alcance del estudio.....	37
6.1.4 Diseño del estudio	37
6.2 Población de estudio	37
6.2.1 Universo	37
6.2.2 Población	37
6.2.3 Muestra	38
6.2.4 Muestreo	38
6.3 Criterios de selección de la población	40
6.3.1 Criterios de inclusión:.....	40
6.3.2 Criterios de exclusión:.....	40
6.3.3 Criterios de eliminación:	40
6.4 Lugar y fecha	40
6.5 Instrumentos	41
6.6 Recursos humanos y materiales	45
6.7. Procedimientos	45
6.7.1 Para la aprobación del protocolo	45
6.7.2 Para la selección de la población.....	45
6.7.3 Para la recolección de los datos	46
6.8. Prueba piloto	47
6.9. Análisis de los datos.....	47
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	48
7.1 Normativas internacionales	48
7.2 Normativas nacionales	50
7.3 Consideraciones especiales	51
7.4 Derechos de autoría	52

7.5 No conflicto de intereses	52
7.6 Sobre el financiamiento.....	53
7.7 Sobre la transferencia de resultados	53
VIII. RESULTADOS	54
8.1 Caracterización de los participantes	54
8.2 Características de los adultos mayores cuidados	56
8.3 Estadísticos descriptivos de índice de Barthel	57
8.3.1 Resultados por dimensión del nivel de dependencia	57
8.3.2 Resultados globales del nivel de dependencia	59
8.4 Estadísticos descriptivos de la escala de intensidad de necesidades de apoyo ..	59
8.4.1 Resultados por dimensión de la intensidad de necesidades de apoyo	59
8.4.2 Resultados globales de la intensidad de necesidades de apoyo	61
8.5 Correlación entre nivel de dependencia y nivel de intensidad de necesidades de apoyo	61
8.6 Correlación entre nivel de dependencia y cada una de las dimensiones de la escala de intensidad de necesidades de apoyo	62
IX. DISCUSIÓN	64
9.1 Relación entre el nivel de dependencia y necesidades de apoyo	64
9.2 Implicaciones para la práctica profesional	66
9.3 Implicaciones contextuales	68
9.4 Implicaciones para la salud pública	72
9.5 Brecha educativa del cuidador profesional	75
X. CONCLUSIONES	77
XI. LIMITACIONES	79
XII. ANEXOS	80
Anexo 1. Operacionalización de variables	80
Anexo 2. Instrumentos	83
Anexo 3. Aprobación del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública	90
Anexo 4. Aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFE) de la UASLP	91
Anexo 5. Flyer de invitación para participar en la investigación	92
Anexo 6. Resultados de la prueba piloto	93
Anexo 7. Consentimiento informado	97

Anexo 8. Oficio de no conflicto de intereses y derechos de autoría	99
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1 Cuotas de agrupación de la muestra	39
CUADRO 2. Transferencia de resultados.....	53
CUADRO 3. Caracterización de los profesionales de enfermería	55
CUADRO 4. Caracterización del cuidado los profesionales de enfermería	56
CUADRO 5. Características de los adultos mayores	57
CUADRO 6. Puntuación total por dimensiones	60
CUADRO 7. Tabla de contingencia nivel de necesidades de apoyo / grado de dependencia	62
CUADRO 8. Prueba de correlación de Spearman entre el nivel de dependencia y el nivel de intensidad de necesidades de apoyo	62
CUADRO 9. Correlación entre el nivel de dependencia con cada una de las dimensiones de la escala de intensidad de necesidades de apoyo	63
CUADRO 10. Ejemplos utilizados para mejorar la comprensión de los ítems en la escala SIS.....	95

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1 Nivel de dependencia de los adultos mayores, por dimensiones.....	58
Gráfica 2. Nivel de dependencia de los adultos mayores receptores de cuidados.....	59
Gráfica 3. Intensidad de necesidades de apoyo por dimensiones de la escala SIS.....	60
Gráfica 4. Nivel global de intensidad de las necesidades de apoyo de los adultos mayores	61

INTRODUCCIÓN

En el mundo contemporáneo los países se enfrentan a cambios vertiginosos en su estructura poblacional, epidemiológica y social, dando como resultado la disminución en las tasas de natalidad, cambios en el tamaño y rol de las familias, incremento de la población mayor de 60 años y la presencia de múltiples enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de enfermar y morir de la población.¹

Los cambios señalados posibilitan un mayor riesgo de pérdida de la independencia social, de la movilidad funcional y de las habilidades cognitivas, lo que los lleva a una situación de dependencia funcional en distintos niveles. El incremento en el nivel de dependencia los enfrenta a dificultades cotidianas que pueden provocar que no consigan realizar por sí mismos las actividades de la vida diaria, haciéndose necesario que reciban apoyo de otros para cumplirlas.²

No obstante que el adulto mayor tenga algún nivel de dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, no significa que estará hospitalizado o institucionalizado. Para él, de ser posible, es mejor ser cuidado en casa, por lo que el hogar se sitúa como el principal escenario en el cual se realiza el cuidado, si es que ahí se le pueden proporcionar los apoyos necesarios. Dichos apoyos no siempre pueden proveerse por la familia, ya sea por falta de disposición o disponibilidad de los miembros de la familia para hacerse cargo del cuidado o bien por que la naturaleza del cuidado que se requiere, demanda personal profesional del área de la salud, para proveer cuidado, lo cual incluye también elementos afectivos y de comunicación, integrando, además, el contexto social y cultural donde se desenvuelve el adulto mayor.³

Es preciso señalar que el cuidado que los profesionales proporcionan a los adultos mayores en el hogar debe dar respuesta a las necesidades en distintos niveles, dependiendo en primer término, de cuestiones individuales tales como el nivel de dependencia, la razón que genera la dependencia, la temporalidad y afectación que lo produce, el estado de salud previo y la edad de la persona. Pero también depende del rol y las actividades que desempeña o desempeñaba y por supuesto de los contextos en los que usualmente y de acuerdo con su edad desarrolla su vida cotidiana.³

Para ello se requiere identificar y analizar las necesidades y los apoyos que requieren los adultos mayores que son cuidados en sus hogares. Entendiendo los apoyos como recursos y estrategias que promueven el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal y mejoran el funcionamiento individual.⁴ La provisión de estos apoyos puede posibilitar la disminución del nivel de dependencia y eso se verá reflejado en una menor complejidad e intensidad del cuidado requerido y con ello la preservación o fortalecimiento de su calidad de vida.

Cuando el cuidador tiene la información suficiente sobre la intensidad de las necesidades de apoyo del adulto mayor al que cuida, puede planificar no solo el tipo de apoyo que requiere, sino los recursos y estrategias que le permitirán brindar los cuidados de manera más certera y efectiva, ofreciendo, por tanto, un cuidado adecuado y de calidad, que le ayude a mejorar su bienestar y calidad de vida. Al conocer las necesidades individuales, el cuidador puede personalizar la atención, anticiparse a problemas potenciales y promover la autonomía del adulto mayor al que cuida.⁵

Por otra parte, la evaluación de los apoyos requeridos posibilita la planificación de servicios, la estimación de costos y la formación de recursos humanos, no solo en el área de la salud sino en general puesto que las necesidades exploradas no se limitan a las relacionadas con la salud sino de una manera más extensa a la calidad de vida.

Por lo anterior este estudio pretende identificar por una parte el nivel de dependencia que tienen los adultos mayores, y por el otro la intensidad de las necesidades de apoyo en las actividades de vida en el hogar, vida en la comunidad, aprendizaje a lo largo de la vida, de empleo, de salud y seguridad, actividades sociales, de protección y defensa, así como de apoyo médico y conductual, para identificar la relación entre el nivel de dependencia y la intensidad de necesidades de apoyo de forma global.

El aporte de este estudio va encaminado a proporcionar una visión objetiva y técnica sobre las condiciones de los adultos mayores cuidados en casa. Lo que permite por una parte mejorar la calidad de vida y la atención domiciliaria ya que se obtienen datos que direccionan la planificación del cuidado a nivel individual. Por otra parte, permite obtener información fundamental para diseñar políticas públicas efectivas y mejorar la

sostenibilidad del sistema de salud al identificar con mayor precisión qué tipo de apoyos se requieren, permite también la planificación de servicios de atención y a las instituciones diseñar programas de ayuda a domicilio mejor direccionados. Y también proporciona información que ayuda al sistema de salud a planificar la asignación de recursos y perfiles profesionales basándose en el nivel real de dependencia y de necesidades de los adultos mayores, evitando el desaprovechamiento de los recursos y reduciendo las hospitalizaciones innecesarias con el gasto que todo ello implica.⁶

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI (ENAOE), para el segundo trimestre de 2022 residían en México 17 millones 958,707 personas de 60 años y más, representando el 12.8 % de la población total. Se estima que para el año 2030 el país alcance la etapa representada por más personas mayores (14.96%) más grande que la representada por jóvenes (0 a 14 años) y para el año 2070 el porcentaje de personas mayores se plantea que será de 34.2%.⁷

Otro cambio constante es el aumento en la esperanza de vida, aunque eso no significa necesariamente una mejoría en las condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda.⁸ Lo anterior puede generar diferentes niveles de dependencia con cambios en la posición, función y rol que desempeñan en la sociedad y en su familia.⁹

En San Luis Potosí, la cantidad de adultos mayores de 60 años se estima en 361,599, representando el 12.8% de la población total del estado. Esta cifra ha crecido con el tiempo, ya que en el año 2000 representaba el 8.1% y para el 2020 alcanzó el 12.8%, según un diagnóstico de la entidad realizado por el INEGI.¹⁰

Respecto a la realización de actividades de la vida diaria, la Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) realizada en 2021 identificó que el 15% de las personas adultas mayores tienen al menos una dificultad o limitación. Las actividades como caminar, ir a la cama y usar el excusado de forma autónoma fueron las que representaron mayores dificultades.

Respecto a las limitaciones para realizar actividad cotidiana, el estudio identificó diferencias en porcentaje de acuerdo con el sexo, siendo superior para las mujeres.¹¹

En México, datos del 2022 del INEGI, estimaron que alrededor de 2.9 millones de adultos mayores presentaron algún grado de discapacidad o dependencia que les generó la necesidad de ayuda por parte de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria (ABVD)¹²

En cuanto al cuidado de personas adultas mayores, poco más de la mitad (50.6 %) manifestó desacuerdo en que se les lleve a una institución para su cuidado, ya sea solo unas horas al día, durante todo el día o de tiempo completo, por lo que prefieren ser cuidados en sus hogares porque les permite mantener su independencia, comodidad y un entorno familiar rodeado de sus seres queridos, evitando el estrés de un lugar y personas desconocidas.

Aunado a lo anterior y pese a que gran parte de la población adulta mayor tiene alguna discapacidad o nivel de dependencia, solo un pequeño porcentaje recibe atención en el sistema público, subrayando la necesidad de soluciones en el ámbito domiciliario,¹² y planteando un reto para la creación de un sistema de cuidado que brinde opciones para los adultos mayores y para quienes les brindan el cuidado.

La situación planteada, apunta a que los adultos mayores serán cuidados mayoritariamente en sus hogares, y requerirán hospitalización cuando presenten una situación aguda de enfermedad. El cuidado en el hogar puede ofrecer situaciones con muchos desafíos, ya que necesitan recibir apoyo de distintos tipos y en distintos niveles, pero también ofrece múltiples ventajas, entre ellas están mantener al adulto mayor en un entorno conocido, con sus pertenencias y con sus seres queridos, lo que le da un sentido de comodidad, confianza, seguridad, acompañamiento y con la posibilidad de participar en la realización de sus actividades de la vida diaria, lo que también promueve su independencia, además puede llegar a ser menos costoso cuando la familia se programa de forma adecuada.¹³

En México en el 2022, del total de población estimada en el país (128.9 millones), 45.2 % (58.3 millones) correspondió a población objetivo de cuidados, esto es, 58.3 millones de personas, de estas, 20 millones eran personas de 60 años y más, de los cuales se estiman que hay 2.9 millones con discapacidad o dependencia.¹⁴

La dependencia no es un fenómeno nuevo, siempre ha habido personas a las que ha sido necesario atender y cuidar de una manera especial, ya sea por su edad, por salud física o psíquica, pero un cambio importante es que cada vez se requiere más que sean profesionales quienes se hagan cargo del cuidado en el hogar y más que eso, lo que se presenta como un verdadero nuevo reto es que cada vez hay más adultos mayores que requieren cuidado en casa y que no solo requieren que se atienda su estado de enfermedad, sino que requieren ser atendidos en sus necesidades relacionadas a sus actividades de vida en el hogar, vida en la comunidad, aprendizaje a lo largo de la vida, en el empleo, de salud y seguridad, actividades sociales, de protección y defensa, así como de apoyo médico y conductual.¹⁴

La Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados 2022 (ENASIC), reportó que el tipo de cuidado más frecuente que requieren los adultos mayores con discapacidad o dependencia en su hogar es «compañía o estar al pendiente», «dar de comer o ayudar a hacerlo» con 63.8 % y «ayudar o apoyar en bañar, asear, peinar o ir al baño» con 58.7%, «acompañar a salir o caminar por la calle» con 57.9 % y «ayudar a desplazarse por la casa» con 53.8 por ciento¹². Es importante destacar que la atención en el hogar para adultos mayores no solo se limita a las tareas de cuidado físico, sino que también abarca aspectos como la gestión de enfermedades crónicas, la promoción de la autonomía y el apoyo emocional, contribuyendo a un envejecimiento saludable y digno.¹⁴

Para lograr que los cuidados sean adecuados y adaptados a las necesidades de cada persona, en muchas ocasiones requieren ser ofrecidos por cuidadores que cuenten con formación profesional que les permita conocer las enfermedades y sus posibles complicaciones para prevenirlas. Por lo que la necesidad de un cuidador profesional para un adulto mayor en el hogar surge cuando las actividades de la vida diaria se vuelven difíciles de realizar de forma independiente, ya sea por problemas de movilidad, deterioro cognitivo o problemas de salud. Un cuidador profesional puede brindar apoyo en áreas como la higiene personal, la administración de medicamentos y alimentos, y el monitoreo de la salud, incluso en muchas ocasiones será necesario el uso de equipo electro médico especializado para la asistencia, mejorando y manteniendo así la calidad de vida del

adulto mayor y aliviando la carga de la familia.¹⁵ Lo anterior refleja que en buena medida el cuidado que requieren los adultos mayores se relaciona con la salud y es necesario proporcionar apoyo en distinta medida. Sin embargo, no son esas las únicas necesidades que tienen, sino que se extienden a otras áreas de la calidad de vida y la participación.

Por otra parte, la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados 2022 (ENASIC) del INEGI reportó que del total de adultos mayores que requiere cuidados en el hogar el 64.5 %, los recibió prioritariamente de alguien del mismo hogar y el 35.5% no recibió ningún tipo de cuidados. De quienes sí lo recibieron el 3.6% señaló que «requeriría de cuidado adicional» de cuidadores profesionales o persona cuidadora remunerada.¹²

Aunque no se conoce con exactitud la cantidad de profesionales de cuidado (enfermeras y enfermeros en su mayor parte), que se emplea para proporcionar cuidados a adultos mayores en sus hogares, la ENASIC 2022 reporta que del total de hogares en el país, 6.8 % (2.6 millones) contrató personal para algún trabajo en el hogar y de ellos únicamente el 0.8 % (0.3 millones) fue personal de enfermería o de cuidados ya sea para cuidar a niñas, niños, personas adultas mayores o con alguna discapacidad o enfermedad.¹²

Otro aspecto relevante que se debe mencionar es que el cuidado del adulto mayor en casa por profesionales del cuidado, es una necesidad creciente, sin embargo, hay sectores de la población para los que es complicado pagar estos servicios, ya que de acuerdo a la organización “paz mental” que es un grupo de profesionales que ofrece servicios de cuidados de a domicilio para adultos mayores, en la ciudad de México, el costo por hora de un cuidador profesional oscila entre 50 y 150 pesos MXN la hora para cuidados básicos y asistencia en actividades diarias, y de 150 a 300 pesos MXN por hora, para cuidados especializados y si se requieren cuidados continuos, contratar a un cuidador para una jornada completa cuesta entre \$500 a \$1,500 MXN por día: Dependiendo de la intensidad del cuidado requerido y la experiencia y preparación profesional del cuidador. No obstante, esta situación, es un hecho que la necesidad del cuidado de adultos mayores en su hogar por profesionales va en incremento,¹⁶ por lo que se requiere que los profesionales potencien sus habilidades, conocimientos y

diversifiquen el tipo de actividades que ofertan tanto para proporcionar el cuidado directo en el hogar como para la comunicación con el binomio paciente-familia, y actividades complementarias que abarquen las diferentes áreas de la vida diaria de una persona para intervenir en pro del cuidado, promover las habilidades de cuidado, potenciar las prácticas de promoción de la salud en domicilios y desarrollar los roles asistenciales, de gestión, de educación y de investigación.¹⁷

El profesional del cuidado se destaca por ser la primera fuente que otorga orientación y transmisión de información al paciente y a la familia, realiza los procedimientos técnicos, se mantiene en constante capacitación y actualización, evalúa las condiciones físicas y socioeconómicas de la familia para así realizar diagnósticos, mejorar las intervenciones y aumentar la atención de calidad. Son múltiples las funciones que cumplen y son de carácter complejo, demandan tiempo y significan gran responsabilidad, ya que las personas en este contexto de cuidado, no se encuentran bajo la supervisión continua de un equipo de salud interdisciplinario y sus necesidades distan mucho de ser solo relacionadas al contexto de la enfermedad.¹⁸

En caso de que las necesidades en los adultos mayores no estén satisfechas corren un mayor riesgo no solo de tener problemas físicos relacionados con complicaciones de sus enfermedades o con otras situaciones relacionadas con las necesidades básicas o actividades de la vida diaria, sino también pueden desarrollar problemas emocionales como depresión y ansiedad relacionadas a las condiciones de vida, la mala salud física o la falta de acceso a apoyo y servicios de calidad.¹⁹

El nivel de dependencia y los apoyos son dos conceptos fundamentales que están íntimamente relacionados y que son la base para planificar el cuidado en términos generales y también de manera puntual para generar planes de cuidados individualizados que permitan obtener resultados personales deseados y, por ende, mejoras en la calidad de vida de los adultos mayores cuidados en casa, así mismo evidenciar las necesidades específicas de apoyo en diferentes categorías, ya sea de salud y seguridad o para realizar sus actividades de la vida en el hogar, de la vida en la comunidad, para el empleo o actividad laboral, para el aprendizaje y de su vida social.⁶

Además de lo anterior este estudio tiene importantes aportes a la salud pública, ya que ayuda a identificar las cargas reales del cuidado y las brechas en los sistemas de atención al evaluar la dependencia desde la perspectiva profesional, permite identificar requerimientos técnicos, de infraestructura y de apoyo emocional que muchas veces son subestimados por los sistemas de salud tradicionales.²⁰

También proporciona evidencia científica para diseñar políticas de salud enfocadas en la prevención y optimización de los recursos sociosanitarios ya que proporciona datos para diseñar redes de apoyo domiciliario y servicios de asistencia a largo plazo, reduciendo así la saturación hospitalaria y las hospitalizaciones evitables.²¹

Además facilita la creación y actualización de leyes, guías clínicas y normativas para mejorar la calidad del cuidado para el adulto mayor.²² Ya que actualmente las leyes establecen que los adultos mayores tienen derecho a un sistema integral de cuidados, acceso a la salud, a vivir sin violencia y recibir orientación en materia de nutrición e higiene (Ley de los derechos de las personas adultas mayores)²³ pero que están dirigidas específicamente a la responsabilidad de los familiares para el cuidado de sus adultos mayores.

Están también algunas Normas Oficiales Mexicanas relacionada al cuidado del adulto mayor, aunque están diseñadas principalmente para regular a las instituciones y establecimientos (casas de día o de retiro), sus criterios de trato, salud e infraestructura médica que sirven, como la NOM-031-SSA3-2012: que regula los servicios de asistencia social para personas en situación de riesgo y vulnerabilidad,²⁴ fijando los parámetros para una correcta alimentación, vestido y atención médica, y la NOM-167-SSA1-1997²⁵ que establece los procedimientos de asistencia social para la prevención del abandono y el maltrato.

También están las Guías de Práctica Clínica como la Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores²⁶, que dicta los protocolos médicos para la prevención de discapacidades, detección de síndromes geriátricos y promoción de la salud u otras guías publicadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA), que están enfocadas en problemas específicos del adulto mayor como la

demencia, caídas, polifarmacia, incontinencia, entre otras, que incluyen apartados de manejo y adaptación del hogar pero no abarcan la totalidad del cuidado en el hogar .

También hay programas de Apoyo Institucional. Como el del Programa Salud Casa por Casa, Iniciativa del Gobierno de México que realiza visitas de salud directamente en los domicilios de las personas adultas mayores, pero da atención en visitas mensuales, no con la permanencia de un cuidador profesional permanente y con horario extenso.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia y la intensidad de las necesidades de apoyo del adulto mayor cuidado en casa?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de dependencia y la intensidad de necesidades de apoyo del adulto mayor que es cuidado en casa desde la perspectiva del cuidador profesional.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de dependencia del adulto mayor receptor de cuidados en el hogar mediante la aplicación de la escala de Barthel desde la perspectiva del cuidador profesional.
- Identificar el perfil global de intensidad en las necesidades de apoyo en el adulto mayor mediante la aplicación de la escala de intensidades de las necesidades de apoyo (SIS) desde la perspectiva del cuidador profesional
- Identificar la intensidad en las necesidades de apoyo en el adulto mayor desde la perspectiva del cuidador profesional, en las dimensiones de vida en el hogar, vida en la comunidad, aprendizaje a lo largo de la vida, empleo, relaciones sociales, salud y seguridad.

III. HIPÓTESIS

H_0 : No existe relación significativa entre el nivel de dependencia del adulto mayor y la intensidad en las necesidades de apoyo.

H_1 : Existe una relación significativa entre el nivel de dependencia del adulto mayor y la intensidad de las necesidades de apoyo

IV. VARIABLES

Variable independiente. Nivel de dependencia.

Para este estudio nivel de dependencia será el grado de dificultad funcional de los adultos mayores para realizar las actividades de la vida diaria y requiera asistencia o algún tipo de apoyo para realizarlas, ya sea por falta o pérdida de capacidades físicas, psíquicas y/o intelectuales. Se medirá en cinco niveles total, grave, moderada, leve e independiente.

Variable dependiente. Intensidad de necesidades de apoyo

La intensidad en las necesidades de apoyo: es el nivel o grado de apoyos requerido por una persona para satisfacer sus necesidades. Apoyo se refiere a recursos, personas, programas, equipos, aditamentos y opciones relacionadas a las actividades de vida en el hogar, la vida en la comunidad, el aprendizaje a lo largo de la vida, el empleo, la salud y seguridad, las actividades sociales, de protección y defensa, así como de apoyo médico y conductual, que le permitirían al adulto mayor adaptarse al contexto para disminuir su nivel de dependencia.

Para determinar la intensidad de las necesidades se miden tres áreas: frecuencia, tipo y tiempo. Con su medición se obtendrán puntuaciones que determinen la intensidad de necesidades de apoyo de manera global y de manera individual para cada tipo de necesidades. La operacionalización de las variables se puede ver en el anexo 1.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Dependencia

5.1.1 Definición

La dependencia se puede entender como la situación de una persona que no puede valerse por sí misma. Intrínsecamente presupone la pérdida de la autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones u otras personas.^{¡Error! Marcador no definido.}

El Consejo de Europa definió la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana.²⁷

La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien la dependencia tiende a aumentar con la edad y el envejecimiento suele asociarse con la presencia de múltiples problemas de salud, la edad, por sí sola, no constituye un criterio suficiente para determinar la presencia o el grado de dependencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales.²⁸

Aunque la condición de dependencia puede darse a lo largo del ciclo de la vida, hay condiciones que hacen más proclives a los adultos mayores, debido a que de manera recurrente la vejez viene acompañada de complicaciones que deterioran la salud y que pueden llevar con mayor rapidez a la muerte.^{¡Error! Marcador no definido.}

En este contexto, es necesario que tanto las políticas públicas como los programas presupuestarios que se pongan en práctica, atiendan dos retos globales: el primero, es retrasar al máximo la aparición de la dependencia, para reducir el tiempo que una persona viva en situación de dependencia. El segundo reto es para prevenir los efectos sociales y económicos que la dependencia genera, para ello, es indispensable que la política

pública se formule con un enfoque transversal y con la plena y real participación de los sectores público, social, privado y académico.²⁹

5.1.2 Tipos de dependencia

La dependencia se puede agrupar en cinco grandes grupos, dependencia física, mental, económica, psicológica y social, no obstante que para este estudio básicamente nos centraremos en la dependencia física que es la que se explora con el índice de Barthel, se muestran en este apartado todos los tipos, ya que la mayoría de ellos puede tener su reflejo en la dependencia física ³⁰:

- Dependencia física

Se refiere a la pérdida funcional de las capacidades corporales o sensoriales que tienen su reflejo en la dificultad o incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sin ayuda, como: vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse y comer, que son actividades esenciales para el cuidado personal y la autonomía.³¹

La dependencia física en los adultos mayores puede tener su origen en dos factores principales, el primero son los cambios biológicos que afectan las funciones de los órganos y los mecanismos que articulan dichas funciones, de manera que limitan la capacidad de respuesta de la persona, ya sea por disminución de la fuerza física, la movilidad, el equilibrio y/o la resistencia, que suele ir asociado con la dependencia a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque de grado y características diferentes en cada una, corresponde a lo que se llama fragilidad del adulto mayor.³¹

El segundo factor que puede llevar a la dependencia física está relacionado con los efectos de enfermedades y el resultado de algunos tratamientos. A medida que una persona envejece aumentan las posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas. De hecho, en ocasiones el envejecimiento es el factor de riesgo principal para algunas enfermedades y condiciones que limitan la salud. Pero, también son mayores las posibilidades de que esas enfermedades provoquen dependencia. Derivado de la presencia de enfermedades o problemas de salud, se hace necesario el uso de

medicamentos o algunos otros tratamientos que pueden tener efectos que fomenten la dependencia como la presencia de confusión, deterioro cognitivo, efectos sedantes, toxicidad cardíaca e hipotensión ortostática son algunos de ellos.³²

Sin embargo, la salud de los ancianos no puede medirse sólo por la presencia o ausencia de enfermedades, por lo que es necesario valorar el grado de dependencia que determinará la autonomía para las actividades cotidianas de la vida diaria.³²

Aunque la dependencia suele aparecer de manera gradual, hay algunos casos en los que puede ser súbita. También puede variar de leve a total, en cualquiera de los casos se requieren identificación óptima y temprana para prevenirse o retrasarse en la medida de lo posible. Se aborda con apoyos como rehabilitación, fisioterapia, adaptaciones en el hogar y, en casos severos, cuidados especializados.³⁰

- Dependencia mental

Relacionado con la dependencia física, los cambios propios del envejecimiento pueden alterar la función cognoscitiva derivados del deterioro de las capacidades mentales y conducirlos a problemas como deterioro cognitivo leve o a la demencia. Los trastornos de la salud mental son por naturaleza de carácter crónico, progresivo y lento e incluyen aspectos de índole cognitivo, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abuso de sustancias.³¹

Con la presencia de enfermedades crónicas tienen una probabilidad más elevada de presentar ansiedad y depresión, lo que repercute en la evolución poco favorable de enfermedades físicas, acentuando la situación de dependencia.³²

Dentro del grupo de enfermedades que generan la dependencia mental en adultos mayores, en primer lugar, aparece la demencia y en segundo lugar el Alzheimer, ya que ambas afectan la capacidad mental, la personalidad y la conducta y conforme avanza la enfermedad se presenta incapacidad para efectuar tareas aprendidas, lo cual repercute paulatinamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria.³³

- Dependencia económica

El componente de la dependencia económica es tal vez uno de los que mayor preocupación ha producido en los países que han experimentado el vertiginoso crecimiento de la población envejecida, del cual México no es ajeno. Entre muchas otras razones, porque justo en este punto de la vida las personas pasan a ser laboralmente pasivas (incluso de manera involuntaria) y dejan de percibir recursos monetarios.³¹ A esto se aúna el hecho de que, a mayor edad, menores opciones de obtener empleo, lo cual influye en la reconfiguración de los papeles dentro del hogar en la provisión económica. En este sentido, los adultos mayores dejan de ser proveedores del hogar y se convierten en dependientes de otros miembros de la familia, sobre todo de los hijos.³⁰

En el caso de que los adultos mayores se desempeñaron como trabajadores formales quedarán aparados a través una pensión por jubilación, por lo que cuentan con un ingreso económico mensual además de contar a través de ello con servicio de salud. Solo un pequeño grupo minoritario puede recurrir al ahorro individual como opción para subsistir en la vejez.³³

De acuerdo con CONEVAL para 2020 el 55.7% de los adultos mayores contaban con ingresos por pensión no contributiva (programas sociales). Por lo que muchos adultos mayores siguen vinculados con el trabajo, siendo los hombres quienes tienen mayor participación que las mujeres, esto mientras su situación de salud física y mental se los permita.³⁴

- Dependencia psicológica

Desde hace varias décadas, la explicación unicausal de la dependencia exclusivamente desde una perspectiva unifuncional se ha transformado en un análisis multicausal, contextual e incluso interactivo. La dependencia se explica como un modelo complejo de interacción personal, en todas sus dimensiones, ambientes y niveles. Así, los factores psicológicos y conductuales desempeñan un papel importante en la génesis, visión y mecanismos de enfrentamiento de la dependencia.³¹

Por lo que podemos decir que la dependencia puede derivar de tres factores importante 1) las afectaciones físicas, 2) actitud aprendida de desamparo y 3) contingencias que refuerzan la sensación de dependencia. Por lo tanto, si la dependencia no responde a un declive funcional, ya sea físico o mental, sino que es el resultado de prejuicios, estereotipos sociales, estigmas, la personalidad o las propias condiciones ambientales, entonces la dependencia será psicológica/conductual. En donde se observará un patrón de comportamiento que se caracterizado por la necesidad excesiva de la atención, la validación y el afecto de otras personas, en ocasiones hasta el punto de que la falta de esa atención provoca ansiedad y malestar emocional. Aunque este patrón de comportamiento puede aparecer en cualquier edad, es más común en personas mayores debido a factores como la soledad, la pérdida de la pareja o amigos, la jubilación, las enfermedades físicas, entre otros.³⁵

- Dependencia social

Las expectativas sociales acerca de las personas mayores son un factor que tal vez esté relacionado con la producción de la dependencia. En consecuencia, una persona es vieja y dependiente, cuando los demás individuos así lo piensan. Si bien no hay una suficiente discusión sobre el concepto de dependencia social, y mucho menos sobre su definición, en esta publicación se pretende abordar los elementos centrales que deben tenerse presentes en su constructo. En primer término, es necesario preguntar qué da lugar a que una persona mayor entre en una condición de dependencia social. En un reciente estudio se encontró que existen tres indicadores que evidencian la ausencia de apoyo social y emocional de los adultos mayores: 1) no tener con quien hablar, 2) comer sólo la mayor parte del tiempo y 3) no decidir sobre la preparación de los alimentos que consume.³²

La pérdida de autonomía sea por el motivo que sea, lleva a algunas personas mayores a necesitar asistencia o ayuda en sus actividades de la vida diaria, como, por ejemplo, hacer la compra, cocinar y en los casos más graves ducharse, vestirse, comer, etc. La ley vigente determina cuál es el grado de pérdida de autonomía de la persona mayor.³⁶

5.1.3 Grados de dependencia

Los grados de dependencia indican la necesidad que tiene la persona, de recibir ayuda o asistencia. Los niveles de dependencia pautados permiten saber cuáles son las necesidades específicas en cada caso, así como determinar quiénes son personas dependientes.³⁷ Dado que, si bien el envejecimiento está ligado a un declive funcional, la dependencia y la improductividad no son condiciones exclusivas de las personas adultas mayores y mucho menos se expresan en todas ellas. Si algo caracteriza a este grupo de edad es su diversidad. Por ello, es importante establecer grados de dependencia y niveles tanto en el plano sanitario como en el legislativo.³⁸

La Ley de promoción de la autonomía personal y protección de personas en situación de dependencia de España³⁹ estableció tres grados de dependencia para identificar la ayuda que puede brindar el estado. De acuerdo con esta ley, la dependencia se clasifica en 3 grandes grupos, 1) dependencia moderada, 2) dependencia severa y 3) gran dependencia, considerando a quien tuviera dependencia leve como totalmente independiente.⁴⁰ A continuación, se describe cada uno de los tres grados:

Grado I: Dependencia moderada

Este primer grado de referencia enmarca a personas que empiezan a necesitar cierta ayuda en su día a día. Una ayuda no constante, pero sí puntual en labores cotidianas básicas para las que esa persona requiere un apoyo al menos una vez al día. Se trata de actividades habituales que afectan a su autonomía y justifican dicha asistencia.^{¡Error!}

Marcador no definido.

Grado II: Dependencia severa

En un grado de dependencia severa se incluyen personas que necesitan ayuda dos o tres veces al día (actividades básicas de la vida diaria), sin precisar una atención constante del cuidador.^{¡Error! Marcador no definido.}

Grado III: Gran dependencia

Las personas con un grado 3 de dependencia son aquellas que necesitan ayuda constante para llevar a cabo la actividad esencial diaria. Quedarían reconocidas con esta tipología personas con pérdida total de autonomía, física, mental, que necesitan apoyo continuo de otra persona.^{¡Error! Marcador no definido.} En el caso de la gran dependencia la persona tiene dependencia total que puede estar relacionada con el estado mental, físico o patológico que hacen que necesite un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar.^{¡Error! Marcador no definido.}

El deterioro funcional debido a edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas las actividades cotidianas. También se describe como aquel estado de las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de ayudas importantes y permanentes de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.²⁸

El nivel de dependencia total aparece cuando se pone de manifiesto la pérdida de autonomía psíquica, como, por ejemplo, pérdida casi total de la memoria (sólo mantienen recuerdos que no saben ubicar en espacio o tiempo), desorientación en tiempo y espacio, problemas permanentes de comunicación, etc.²⁸

5.2 Apoyos

5.2.1 Definición

Los apoyos se identifican como recursos y estrategias que promueven el desarrollo, educación, intereses y bienestar de las personas con algún nivel de dependencia que mejoran el funcionamiento individual. Cuando se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante el tiempo necesario, el funcionamiento en la vida de la persona mejorará, dando como resultado una mayor independencia y productividad personal, mayor participación en la sociedad de una manera interdependiente, mayor integración comunitaria y una mejor calidad de vida en general.⁴¹

Para ello se proponen cinco dimensiones que abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual: Dimensión I: Habilidades Intelectuales; Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica); Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales; Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología); Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).⁴² A través de conocer estas dimensiones se puede identificar la intensidad de necesidad de los apoyos que requiere el adulto mayor tanto en el cuidado básico como especializado.

5.2.2 Necesidades de apoyo

Las necesidades de apoyo constituyen un constructo psicológico referido al modelo y la intensidad de los apoyos necesarios para que una persona participe en actividades relacionadas con el funcionamiento humano típico. De igual modo, todo el mundo necesita tener la oportunidad de participar en cualquier actividad deseada, con el máximo apoyo si es necesario.⁴³

El constructo necesidades de apoyo se basa en la premisa de que el funcionamiento humano está influido por el nivel de congruencia entre la capacidad individual y los entornos en los que se espera que un individuo se desenvuelva.⁴⁴

La concepción de las necesidades de apoyos se basa en la premisa de que el funcionamiento humano se ve influenciado por el grado de congruencia entre la capacidad individual y los ambientes donde las personas se desenvuelven. De entre estos diferentes ambientes se destacan donde las personas viven.⁴⁴

Lo anterior implica el entendimiento de los apoyos más allá de una cuestión individual, ya que determina que para la participación del adulto mayor en la sociedad se hace necesario tomar en cuenta los roles e interacciones en distintas áreas de vida cotidiana como son: trabajo, educación, ocio, actividades culturales y espirituales, identificando también problemas que un individuo puede experimentar en las situaciones vitales como restricciones en la participación.⁴⁵ Esta información es importante dado que los apoyos

proporcionados a esta población contribuirán a mejorar la provisión de cuidados y servicios.

5.2.3 Clasificación de los apoyos

Los apoyos se pueden clasificar por su frecuencia, tipo, intensidad, duración y, siendo los intermitentes los esporádicos y por demanda, los limitados los consistentes por un tiempo corto, los extensos los continuos en algunos entornos y sin límite de tiempo, y los generalizados los constantes, de alta intensidad y potencialmente vitalicios.

Los apoyos se pueden clasificar de acuerdo con su intensidad, duración y frecuencia de acuerdo con lo que la persona necesita para poder desenvolverse con normalidad en su entorno. Ello depende de distintas circunstancias con relación a la persona, la situación, las etapas de la vida y el contexto en el que se desenvuelve. Los apoyos pueden variar en duración e intensidad, para lo cual se deberá identificar el número de ocasiones en los que la persona necesita apoyos personales para realizar la tarea. A continuación mostramos los cuatro formas en las que se puede clasificarse intensidad de las necesidades de los apoyos por su frecuencia:⁴⁶

- Intermitente: Se caracteriza por su naturaleza episódica, por lo que los apoyos se proporcionan cuando se necesitan. Esto significa que no siempre son necesarios, o que sólo son necesarios durante periodos cortos y coinciden con momentos de transiciones de la vida. Los apoyos intermitentes pueden ser de intensidad alta o baja, pero de duración corta.⁴⁷
- Limitado: esta intensidad de apoyo se caracteriza por su consistencia en el tiempo, aunque son por tiempo limitado no son intermitentes. Puede exigir un coste inferior y menos personal que otros niveles más intensos de apoyo. Por ejemplo, en casos de entrenamiento en el trabajo por un periodo determinado.^{¡Error! Marcador no definido.}
- Extenso: se caracteriza por la implicación continua y regular, por ejemplo, varias veces al día, todos los días, cada semana, etc. No tendrá limite en temporalidad en el entorno en el que se realice la actividad, por ejemplo, el hogar, el trabajo, la escuela, etc.^{¡Error! Marcador no definido.}

- Generalizado: se caracteriza por la constancia y alta intensidad. Puede ser proporcionada en distintos entornos y tienen la posibilidad de ser necesarios para toda la vida. Generalmente son más intrusivos y exigen más personal que cualquier de las otras intensidades de apoyo.⁴⁷

Los apoyos son el principal recurso que las personas utilizan para adaptarse a los cambios de salud y para mejorar su calidad de vida. La falta de apoyo contribuye a la incidencia de enfermedades y alteraciones patológicas sobre todo en el adulto mayor. La identificación de los tipos de apoyo, tipo de vínculos, disponibilidad y sostenibilidad de las redes, y complementación entre fuentes formales e informales de apoyo.⁴⁷ A continuación, nos referiremos a cada uno de los tipos de apoyos:

- 1) Apoyos materiales. Son los apoyos que implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.).⁴⁸
- 2) Apoyos instrumentales. pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.⁴⁸
- 3) Apoyos emocionales. Se trata de aquellos que se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.⁴⁸
- 4) Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos o enseñanza que permiten entender una situación, tratamiento o problema de salud etc.⁴⁸

Algunas de las dimensiones evaluadas son: a) el tamaño, que se refiere al número de personas que componen la red y/o la persona con la que mantiene contactos sociales, b) la densidad, que es el grado en que los miembros se conocen o cantidad de interrelación entre los miembros de la red, independientemente del individuo, c) la dispersión geográfica, es la proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto al

individuo estudiado o facilidad en que los miembros de la red pueden ponerse en contacto, d) la fuerza de los vínculos, que incluye el grado de intimidad, hasta el tiempo e intensidad de las relaciones y, e) la homogeneidad de los miembros o similitud demográfica y social de los miembros de la red. ⁶

La intensidad de las necesidades de apoyo se refiere al grado, frecuencia y tipo de ayuda requerida por personas con discapacidad para realizar actividades cotidianas y participar en la sociedad. Se evalúa basándose en tres índices principales que a continuación se muestran⁶:

- Tipo de apoyo: Supervisión, instrucciones verbales, ayuda física parcial o total.
- Frecuencia: Con qué frecuencia se necesita el apoyo (desde una vez al mes hasta cada hora).
- Tiempo diario: Cantidad de tiempo (minutos/horas) necesario cada día.

5.2.4 Áreas de necesidades de apoyo

Las necesidades de apoyo en el adulto mayor habitualmente requieren asistencia física, emocional, práctica, y social.⁴⁸

Las necesidades específicas de apoyo se pueden clasificar en diferentes categorías, según el tipo de apoyo que requieran. La clasificación desarrollada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), evalúa necesidades de apoyo en seis áreas específicas de la vida diaria:⁶

- Vida en el hogar: Incluye actividades como usar el servicio, encargarse de la ropa, preparar y comer comidas, y cuidar la casa.
- Vida en la comunidad: Se enfoca en actividades que se realizan en la colonia y la comunidad.
- Aprendizaje para toda la vida: Aborda las necesidades de aprendizaje en diferentes entornos.
- Empleo: Evalúa el apoyo necesario para el trabajo o el empleo.
- Salud y seguridad: Se centra en las necesidades de salud y seguridad.

- Social: Incluye la participación en actividades sociales y la interacción con otras personas.

5.3 Adulto mayor

5.3.1 Definición

En nuestro país, la Ley federal de los derechos de las personas adultas mayores define a una persona adulta mayor como aquella que tiene 60 años y más. A su vez, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que en los países en vías de desarrollo (como México), la edad para definir a una persona como adulta mayor es de 60 años, mientras que en un país desarrollado es de 65 años.⁴⁹

5.3.2 Envejecimiento

Es un proceso normal que atraviesa el ser humano a lo largo de su ciclo de vida, desde la concepción hasta la muerte.⁵⁰ El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida.

Con el envejecimiento, en el cerebro se presentan, de forma normal, cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a continuar su función normal o presentar alteraciones cognitivas⁵¹ que pueden condicionar deterioro funcional y llevar a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual.⁵²

5.3.3 Cambios fisiológicos

Estudios clínicos y experimentales ponen de manifiesto diversos cambios fisiológicos en los órganos internos de los adultos mayores, como: el envejecimiento de los vasos sanguíneos y el corazón, asociado a pérdida de células musculares y menor distensibilidad. El riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración

glomerular, esclerosis vascular y glomerular. El cerebro disminuye su volumen, hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. La masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza.³⁸

El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, contribuye a una mayor resistencia insulínica, que asociada a la disminución de la masa de células beta facilitaría el desarrollo de diabetes. El reconocimiento de cambios morfológicos y funcionales en los sistemas cardiovascular, renal, nervioso central, muscular y metabolismo de la glucosa, asociados al envejecimiento es difícil por la gran variabilidad entre sujetos y la alta prevalencia de comorbilidad.³⁸

Otros cambios que también se observan son los siguientes:

- Ritmos fisiológicos: Alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia. Además, los ciclos se desincronizan (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas). Disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardíaca y presión arterial ante situaciones de estrés.⁵³

- Homeostasis: Hay mayor susceptibilidad a la hipo o hipertermia, ya que los ancianos producen menos calor por kilo de peso. Producen menos calofríos y tienen menos capacidad de vaso contricción con el frío, y vaso dilatación menos eficiente para sudar. Regulan mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan.⁴³

- Barreras de defensa: La disminución de acidez de la piel altera la flora bacteriana, que junto al adelgazamiento facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que macroorganismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección. La respuesta de producción de anticuerpos está disminuida y hay cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son claves en la regulación de la respuesta inmune.⁴⁰

5.3.4 Cambios anatómicos

Respecto a los cambios anatómicos más frecuentes asociados a la edad y que merman sus funciones impidiéndole realizar de manera autónoma actividades básicas de la vida diaria y, por tanto, necesitan ayuda en su día a día, son en distintos niveles como se muestra a continuación:⁵⁴

- **Estatura:** En general, el crecimiento es hasta los 40 años y luego se comienza a perder 1,25 mm. por año, de tal manera que se a los 80años se han perdido aproximadamente 5 cm. Esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.
- **Piel:** La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan pérdida de función de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.
- **Músculo esqueleto:** A los 80 años hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres.
- **Sistema nervioso:** El peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo).
- **Visión:** Los tejidos peri orbitales se atrofian, produciendo la caída del parpado superior y eversión del parpado inferior. El iris se hace más rígido, la pupila más pequeña y la lente se colorea amarillo por la oxidación de triptófano.
- **Audición:** Atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. El tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares.
- **Cardiovascular:** Hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo subendotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata.

- Respiratorio: Hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costos-externales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.

- Gastro intestinal: Las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. Los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago.

- Renal: Se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años.

En general las dificultades cotidianas ante las que se enfrentan los adultos mayores son el deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento, asociado a la presencia de una o más enfermedades y al estilo de vida del individuo, que puede provocar que no consigan realizar por sí mismos las actividades más elementales del día a día.⁴¹

5.4 Cuidadores profesionales

5.4.1 Definición

Los cuidadores son profesionales que transforman vidas al brindar apoyo físico y emocional a personas en situación de vulnerabilidad. Su labor va más allá de las tareas cotidianas, ya que impactan directamente en la calidad de vida de quienes cuidan, promoviendo su bienestar y dignidad. Su presencia es esencial tanto en entornos familiares como en instituciones de cuidado, marcando una diferencia significativa para las personas con discapacidades, enfermedades o en procesos de envejecimiento. Un cuidador ha estudiado y/o está especializado en el cuidado de personas enfermas o dependientes y está bajo el amparo legal bajo un régimen de trabajo.⁵⁵

Tomando como base esta definición un cuidador por excelencia es un profesional de enfermería, por ello en este estudio cuando hablemos de cuidadores o cuidadoras profesionales estaremos haciendo referencia a un profesional de enfermería.⁴⁷

Este rol requiere una combinación de habilidades prácticas y cualidades personales como la empatía, la paciencia y la adaptabilidad. Las tareas diarias incluyen asistencia en la

movilidad, higiene personal y monitoreo de la salud, así como ofrecer apoyo emocional. Además, los cuidadores deben estar preparados para manejar situaciones imprevistas y ser capaces de comunicar efectivamente con los profesionales de salud y las familias.⁴⁷

5.4.2 Niveles de cuidado

Según Dorotea Orem el cuidado proporcionado por un profesional de enfermería puede ser en tres niveles: ⁵⁶

- Totalmente compensatorio: También conocido como cuidado sustitutivo en donde el profesional de enfermería realiza todas las acciones de cuidado para satisfacer las necesidades básicas. La persona cuidada es totalmente dependiente.
- Parcialmente compensatorio: También conocido como cuidado complementario, en donde el profesional de enfermera proporciona apoyo o asiste a la persona cuidada para que realice las acciones de autocuidado.
- De apoyo-educativo: La persona cuidada solo requiere que el profesional de enfermería lo alerte y enseñe para que pueda realizar las acciones de autocuidado por sí mismo.

5.4.3 Funciones del cuidador

El cuidado en el hogar de un adulto mayor con dependencia ha ido en aumento en las últimas décadas, por lo que se sitúa como el principal escenario en el cual se realiza la atención de este grupo de población, considerando que cuando la familia no puede hacerse cargo del cuidado, ya sea por falta de tiempo, deseos o conocimientos y habilidades para hacerse cargo del cuidado, será necesario que se quede a cargo de un cuidador profesional.⁴¹

5.4.4 Cuidados y técnicas en la atención del adulto mayor

El cuidado en casa de adultos mayores es crucial para su bienestar físico, emocional y mental, y puede mejorar significativamente su calidad de vida. Mantener a los adultos mayores en su entorno familiar, rodeados de sus seres queridos, puede prevenir problemas como la depresión y promover un envejecimiento activo y saludable. Además,

el cuidado en casa permite una atención más personalizada y adaptada a las necesidades individuales, lo que puede resultar en ahorros para la familia y el sistema de salud en comparación con la institucionalización, especialmente en casos de dependencia moderada.

Es importante tener claro que la intervención en enfermería geriátrica tiene como fundamento ayudar a las personas a mantener su autonomía, a evitar y prevenir la pérdida de esta y a ofrecer cuidados que garanticen su bienestar.⁵⁷

Los cuidados en casa comprenden distintos campos; desde el acompañamiento, el aseo e higiene de la persona a la que atiende hasta su alimentación o control de la medicación.⁴³ A continuación se enlistan algunas de los principales cuidados y técnicas en la atención al mayor en casa:

- Administración de medicación.
- Control de su correcta alimentación e hidratación.
- Vigilancia ante alteraciones en piel, uñas, ojos, etc.
- Cuidados del aseo.
- Mantenimiento de higiene del sueño y control sobre posibles alteraciones.
- Atención a las necesidades de movilización y actividad física.
- Cuidado en la higiene postural.
- Observación del estado de ánimo.
- Realización de actividades que ejerciten la memoria y la orientación espacial del paciente.

Además de los cuidados antes mencionados es indispensable fomentar en el adulto mayor una comunicación con su círculo de personas, por ello hay que ayudarlo a que hable por teléfono con otros familiares y amigos, procurar utilizar frases breves y concretas; el contacto físico es determinante, de ser posible podemos poner las manos entre las del adulto mayor cuando le hablemos, o bien, abrazarlo o tocarle el hombro.⁴¹

También la comunicación entre el cuidador y el adulto mayor cuidado deberá tener algunas características como: procurar hablarle con voz suave y de frente, tratando de

ser lo más expresivo posible y utilizar la mímica si es necesario, llamarle por su nombre, despacio, y ser paciente con él, expresar claramente lo que debe hacer, sin dejar lugar a incertidumbre, las preguntas deben ser sencillas y sin regañar, no dejar que éste duerma todo el día si no lo requiere por cuestiones de salud.⁴¹

Para lograr que los cuidados sean adecuados y adaptados a cada persona, es importante contar con información básica que permita conocer la situación particular del adulto mayor, sus enfermedades y posibles complicaciones para prevenirlas.

5.5 Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem

La Teoría del Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem constituye uno de los modelos conceptuales más utilizados en enfermería para comprender la necesidad de cuidado profesional en personas que presentan limitaciones funcionales. Esta teoría establece que el autocuidado es una actividad aprendida y orientada a objetivos, que las personas realizan por sí mismas para mantener la vida, la salud y el bienestar. Sin embargo, cuando existe una incapacidad parcial o total para llevar a cabo dichas actividades, se presenta un déficit de autocuidado, haciendo necesaria la intervención de enfermería.⁵⁸ Para ello propone tres sistemas de enfermería: el sistema totalmente compensatorio, en el cual el profesional realiza la mayor parte del cuidado; el sistema parcialmente compensatorio, donde el cuidado es compartido entre la persona y el profesional; y el sistema de apoyo-educación, orientado a fortalecer la autonomía y las capacidades de autocuidado.⁵⁸

La teoría de déficit de autocuidado describe y explica lo que la enfermería es y puede ser, una vez que orienta hacia cuándo hay necesidad de la enfermera. El Déficit de Autocuidado explica la relación entre las capacidades y el poder del individuo para alcanzar los objetivos del autocuidado. Entonces, el déficit de autocuidado no se refiere a una limitación específica, sino establece la relación entre lo que el individuo es capaz y la necesidad que posee. Instalado el déficit de autocuidado, se deben realizar acciones profesionales de enfermería durante algún tiempo para compensarlo; a esto Orem lo llama Demanda Terapéutica de Autocuidado.⁵⁸

Cuando existe el déficit del autocuidado, el profesional de enfermería puede compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.⁵⁸

Esta teoría permite comprender que las necesidades de apoyo no solo se limitan a aspectos físicos, sino también a dimensiones relacionadas con la seguridad, la vida en el hogar, la interacción social y la participación en la comunidad, aspectos fundamentales para mantener la calidad de vida y el bienestar integral del adulto mayor cuidado en casa. Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la planificación, organización y provisión de cuidados individualizados, orientados a compensar las limitaciones funcionales, prevenir complicaciones y promover el mayor nivel posible de autonomía.⁵⁸

5.6 La ética del cuidado

Joan C. Tronto⁵⁹ define el cuidado como una práctica humana central orientada a mantener, sostener la vida y reparar nuestro mundo para vivir en él lo mejor posible. El cuidado es fundamental para la vida humana, todas las personas necesitamos cuidados en algún momento de nuestra vida, ya sea durante la infancia, la enfermedad, la discapacidad, la vejez o ante situaciones de dependencia. Por ello, el cuidado no debe considerarse algo secundario, sino una necesidad humana fundamental que implica una relación ética con las necesidades de otras personas. No basta con "hacer cosas por alguien"; es necesario reconocer sus necesidades, responder adecuadamente y considerar su experiencia y autonomía.

A lo largo del tiempo el cuidado se ha considerado principalmente una responsabilidad de las familias y específicamente de las mujeres, sin embargo, el cuidado debe ser una preocupación de toda la sociedad y debe estar presente en las políticas públicas, las instituciones y los servicios de salud, dado que no todas las personas tienen las mismas posibilidades de recibir cuidados ni tienen las mismas condiciones para proporcionarlos.⁵⁹

Ya sea por las diferencias de género, clase social, edad, discapacidad y posición económica se generan desigualdades en la distribución del cuidado⁵⁹. Derivado de estas diferencias, las familias con mayor recurso económico pueden pagar por ayuda externa, en caso contrario, son las mujeres (madres, hijas, esposas, hermanas), quienes suelen cargar con la mayor parte del trabajo de cuidado sin recibir remuneración. El recurso económico limitado también impide comprar servicios de salud o tiempo libre para que quien cuida en la familia tenga periodos de respiro o para los tratamientos y equipo de sostén en los casos de personas con discapacidad, enfermas o adultos mayores. Incluso también se ve limitado

El cuidado puede comprenderse mediante cuatro fases relacionadas entre sí, estas fases se muestran a continuación ⁵⁹:

1. Preocuparse por alguien: reconocer que existe una necesidad de cuidado que requiere atención y reconocer la vulnerabilidad ajena
2. Encargarse del cuidado: asumir la responsabilidad para atender la necesidad identificada.
3. Cuidar directamente: realizar las acciones concretas y necesarias para proporcionar el cuidado de manera efectiva y adecuada para satisfacer las necesidades.
4. Recibir el cuidado: observar la respuesta de la persona que recibe el cuidado y determinar si realmente se atendió a sus necesidades.

A estas cuatro fases del cuidado, posteriormente incorpora la siguiente quinta dimensión:

5. Cuidar con solidaridad o en condiciones democráticas: esta fase es relacionada con valores como pluralidad, comunicación, confianza y solidaridad, de manera que el cuidado forme parte de una sociedad democrática.

El cuidado también es una responsabilidad colectiva y democrática. Esto significa que el cuidado no debe recaer exclusivamente en las familias o en quienes realizan directamente las actividades de cuidado, sino que debe existir una distribución más justa de las responsabilidades entre las personas, las familias, las instituciones, la comunidad y las estructuras sociales y políticas.⁶⁰

5.7 Dimensiones sociales y culturales del cuidado del adulto mayor en México

El cuidado de las personas adultas mayores involucra redes de apoyo familiar, roles de género, tradiciones de respeto filial y la tensión entre la modernidad y los valores comunitarios, moldeando la calidad de vida y el bienestar emocional del anciano en su entorno cotidiano⁶¹.

Por lo anterior debe comprenderse desde una perspectiva integral, debido a que la dependencia funcional no está determinada únicamente por las condiciones físicas de la persona, sino también por factores familiares, sociales, económicos y culturales. El entorno en el que vive la persona adulta mayor puede favorecer o limitar su autonomía, participación social y capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria.⁶¹

En México, la familia constituye una de las principales redes de apoyo para las personas adultas mayores. Las relaciones familiares y comunitarias pueden facilitar la atención de las necesidades derivadas de la dependencia; sin embargo, la disponibilidad y capacidad de apoyo pueden variar de acuerdo con las condiciones económicas, la estructura familiar y la distribución de las responsabilidades de cuidado.⁶²

Asimismo, las concepciones culturales sobre la vejez pueden influir en la manera en que se perciben la dependencia, el envejecimiento y la necesidad de recibir cuidados. La normalización de la dependencia como una consecuencia inevitable de la edad puede limitar la autonomía y participación de las personas mayores.⁶²

5.8 Sistemas de salud y programas de atención para las personas adultas mayores en México

En México, la atención de las personas adultas mayores requiere acciones que trasciendan la atención de la enfermedad y consideren la prevención, el mantenimiento de la funcionalidad y las necesidades de apoyo en el domicilio. En este contexto, el Estado mexicano cuenta con programas de protección social y atención en salud dirigidos

a esta población. Entre ellos se encuentra la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, cuyo objetivo es contribuir al bienestar y a la protección social de las personas de 65 años y más mediante un apoyo económico.⁶³

Asimismo, el programa Salud Casa por Casa representa una estrategia directamente relacionada con el cuidado domiciliario, ya que contempla visitas de profesionales de la salud para proporcionar seguimiento preventivo y médico a personas adultas mayores derechohabientes de la pensión, incluyendo la identificación de necesidades de salud y condiciones del entorno familiar y social. El programa contempla información relacionada con antecedentes de salud, medicamentos, discapacidad, alimentación, actividad física, vivienda, ingresos, relaciones familiares y redes de apoyo ⁶⁴.

Estos programas son relevantes para el presente estudio debido a que la identificación del nivel de dependencia y de las necesidades de apoyo puede contribuir a reconocer a las personas adultas mayores que requieren mayor atención y seguimiento en el domicilio. Desde la perspectiva de enfermería y salud pública, la valoración de la funcionalidad permite orientar intervenciones preventivas, educativas y de seguimiento, así como favorecer la articulación entre la persona adulta mayor, el cuidador, la familia y los servicios de salud.⁶⁵

VI. METODOLOGÍA

6.1 Delineamiento del estudio

6.1.1 Enfoque del estudio

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo. Según Sampieri, este enfoque se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busco formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas.⁶⁶

6.1.2 Tipo de estudio

No experimental ya que es un estudio que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observó los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.⁶⁷ En el caso de este estudio se buscará la relación entre dos variables.

6.1.3 Alcance del estudio

Estudio correlacional. Este tipo de estudios tuvo como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existió entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analizó la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubicó en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables.⁶⁶

6.1.4 Diseño del estudio

Transversal ya que se analizó el nivel o estado de una o más variables en un único punto en el tiempo.⁶⁶

6.2 Población de estudio

6.2.1 Universo

Profesionales de enfermería que se dedicaran al cuidado de adultos mayores en el hogar

6.2.2 Población

Profesionales de enfermería que se dedicaran al cuidado de adultos mayores en el hogar que cumplan con los criterios de selección.

6.2.3 Muestra

No se calculó tamaño de muestra ya que fue una muestra por conveniencia en cuota de tiempo de 2 meses incluyendo al total de profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de selección.⁶⁷

6.2.4 Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia utilizando la técnica incidental o bola de nieve, en un primer acercamiento se inició contactando a los líderes de grupos de cuidadoras (es) profesionales, posteriormente de forma individualizada de persona a persona y también la versión online utilizando los contactos de las redes sociales (WhatsApp y Facebook) y por último se realizó la selección de participantes. Este método fue adecuado ya que se trató de una población de estudio que utiliza redes sociales.⁶⁷

Este método se justificó por la dificultad de acceder a una población específica y dispersa, un antecedente metodológico es el estudio descriptivo transversal de Cuevas-Martínez y Gutiérrez-Valverde (2022), en el que hicieron un estudio con cuidadores informales, se describieron las características sociodemográficas y de salud de 52 cuidadores informales de adultos mayores identificados mediante muestreo por bola de nieve durante la pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México, con recolección de datos en línea para calcular frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.⁶⁸

Para el análisis de los datos se establecieron cuotas con el fin de minimizar el sesgo de selección y para fortalecer la homogeneidad de la muestra. Las cuotas que se establecieron considerando tres aspectos relevantes como son el tipo de cuidado del adulto mayor (acompañamiento, complementario y sustitutivo), esta cuota se consideró fundamental para garantizar la planificación personalizada, justa y eficiente, ajustando los recursos económicos, humanos y materiales para la asistencia domiciliaria a las necesidades reales de apoyo. Los tres tipos de cuidados que se determinan son:

Acompañamiento: es cuando la persona adulta mayor aún puede realizar la actividad por sí misma, pero requiere, supervisión u orientación.

Complementario: es cuando el adulto mayor puede aprender, recuperar o mejorar la forma de realizar una actividad, por lo que necesita ayuda parcial, orientación y reforzamiento de habilidades.

Sustitución: ocurre cuando el adulto mayor ha perdido la capacidad de realizar la actividad, por lo que otra persona debe realizarla en su lugar.

Otro dato que se estableció por cuota es el sexo, dado que hombres y mujeres envejecen de manera distinta, enfrentando desafíos dispares en salud, esperanza de vida, situación económica y respuesta a la soledad, por lo que incorporar esta diferenciación permitió adaptar el apoyo en el hogar a necesidades específicas, como una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres o diferencias en las redes de apoyo social y familiar.

Por último, se eligió para formar las cuotas un tercer dato, que es la experiencia del profesional como cuidador de adultos mayores ya que estos datos a mayor tiempo mejor se alinean sus competencias técnicas y emocionales con las necesidades específicas del adulto mayor, lo que le puede permitir una atención adecuada, reducir riesgos, mejorar su calidad de vida, seguridad y autonomía en el hogar.

En el cuadro 1 se muestra las tres agrupaciones de cuotas en las que se analizará la información de la población de estudio

CUADRO 1 Cuotas de agrupación de la muestra

VARIABLE	CATEGORÍA
Tipo de cuidado	Acompañamiento Complementario Sustitutivo
Sexo del adulto mayor	Masculino Femenino
Experiencia como cuidador del adulto mayor	<1 año 1-3 años 4-6 años



Fuente: Elaboración propia

6.3 Criterios de selección de la población

6.3.1 Criterios de inclusión:

- Cuidadores profesionales que se dedique al cuidado de adultos mayores en casa. Se entenderá por cuidador profesional al personal de enfermería técnico, enfermera(o) general, licenciada(o) o estudiantes que como mínimo este cursado el servicio social de la licenciatura en enfermería.
- Cuidadores profesionales que tengan experiencia en el cuidado de adultos mayores por lo menos durante un periodo de 6 meses, sin importar si ha sido continuo o intermitente.
- Cuidadores profesionales que lleven cuidando por lo menos 3 meses al adulto mayor del que proporcionaron los datos, ya sea en jornada completa o incompleta, y en cualquiera de los tres turnos matutino, vespertino o nocturno. Sin importar si el adulto mayor al que cuidan es sano o enfermo.

6.3.2 Criterios de exclusión:

- Cuidadores profesionales que cuidaron al adulto mayor hace más de 1 año.
- Cuidadores profesionales que no acepten participar en el estudio.

6.3.3 Criterios de eliminación:

- Quienes decidan dejar de participar en el estudio por cualquier motivo.
- En caso de que el participante no pueda responder alguna sección de los instrumentos ya que es necesario responder el 100% de las secciones para poder obtener una puntuación.

6.4 Lugar y fecha

La recolección de datos se realizó en el periodo de febrero a marzo de 2026. Para la aplicación del instrumento se estableció de acuerdo con el participante para elegir el lugar, día y horario en que mejor se le acomode.

6.5 Instrumentos

Se utilizaron 3 instrumentos el primero permitió contar con información para caracterizar a los profesionales de salud que proporcionaron la información y con el segundo instrumento se obtuvo el nivel dependencia y con el tercero la intensidad en las necesidades de apoyo del adulto mayor. A continuación, se describen más detalladamente cada uno.

1.- Datos generales de los participantes

Con este primer cuestionario se obtuvieron datos que permitieron caracterizar a los profesionales de enfermería con datos como: edad, sexo, grado académico, pertenencia a algún grupo o gabinete y tiempo de experiencia como cuidador de adultos mayores en casa.

También se preguntaron otros datos relacionados con el cuidado de adulto mayor como: tiempo que lleva cuidándolo, a cuantos adultos mayores cuida, tipo de cuidado que proporciona y si el adulto mayor al que cuida es sano o tiene alguna enfermedad (Anexo 2).

2.-El índice de Barthel

Para determinar el nivel de dependencia del adulto mayor se empleará la versión original del Índice de Barthel (también llamada Barthel Index de 10 ítems). Se trata de un instrumento creado específicamente para los adultos mayores, que permite evaluar el grado de dependencia, ya que mide las capacidades y habilidades del adulto mayor a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como comer, bañarse, asearse, vestirse, el control de esfínteres, y la deambulaci6n.⁶⁹

Es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para medir dependencia al realizar las ABVD y se ha utilizado en múltiples estudios en nuestro País, así mismo en la práctica clínica y ambulatoria, por lo que no requiere ningún tipo de adaptación, sin embargo, si al aplicarlo en la prueba piloto se identifica la necesidad de realizar alguna adecuación, se realizarán las modificaciones pertinentes. La escala registra las acciones y comportamiento del adulto mayor en el momento de la prueba. Por lo que el informe se basa en ese registro, pero siempre acompañado de lo reflejado en las 24-48 horas anteriores. En ocasiones, este período previo a la prueba puede ser más extenso. Es una escala de aplicación sencilla que por el tipo de información que recoge no es molesta ni intrusiva. Es un instrumento que puede ser aplicado directamente al adulto mayor o a un cuidador que conozca lo suficiente a la persona cuidada para que pueda responder con certeza que puede y que no puede hacer.⁶⁹

El índice de Barthel es un instrumento estandarizado con buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. Consta de 10 preguntas, cada una de ellas hace referencia a una actividad básica de la vida diaria. La escala de evaluación tiene tres o cuatro niveles dependiendo de lo que puede o no puede realizar la persona. Las respuestas tienen una puntuación numérica que va de un posible valor de 0 hasta 10 o 15 puntos estas actividades son: comer (0, 5, 10 o 15), lavarse (0 o 5), vestirse (0, 5 o 10), arreglarse (0 o 5), deposiciones (0, 5 o 10), micción (0, 5 o 10), uso de retrete (0, 5 o 10), trasladarse (0, 5, 10 o 15), deambular (0, 5, 10, o 15) y escalones (0, 5 o 10).⁶⁹

Para obtener el resultado se suman todas las puntuaciones y se obtiene una puntuación numérica total que va de 0 a 100. Para estimar el grado de dependencia de la persona la interpretación es de la siguiente manera, puntuación de 100 corresponde a una persona totalmente independiente y a medida que la puntuación obtenida va disminuyendo va creciendo el grado de dependencia del individuo, correspondiendo, finalmente una puntuación de 0 a una persona totalmente dependiente.⁶⁹⁶⁹

Para asignar el nivel de dependencia las puntuaciones se agrupan de la siguiente manera: <20 dependencia total, 20-35 dependencia grave, 40-55 dependencia moderada, >60 dependencia leve y 100 independiente. (Anexo 2)

3.- Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)

Para la valoración de los apoyos se utilizará la escala de intensidad de apoyos (SIS) que es un instrumento diseñado para ayudar a los profesionales a determinar las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad en su vida cotidiana. Es una guía de entrevista que puede ser de auto aplicación y puede aplicarse directamente a la persona, en este caso al adulto mayor o bien a su proxy (cuidador principal), tiene una duración aproximada de 45 minutos.⁶

Esta escala esta estandarizada y validada por la asociación estadounidense de discapacidad intelectual y del desarrollo (AAMR) que no obstante que fue creada para aplicarse a personas con discapacidad intelectual, fue adaptada en 2007 al español y ha sido adaptada y utilizada en el contexto mexicano desde 2010 en diversos estudios relacionados con personas con adultos con distintos tipos de problemas y enfermedades crónicas, así mismo con adultos mayores y ha sido creada para ser aplicada a personas a partir de los 16 años.⁷⁰ En caso de que en la prueba piloto se identifique la necesidad de realizar alguna adaptación semántica se realizará.

La escala está conformada por tres secciones, la primera sección del instrumento está compuesta por seis módulos que evalúan las siguientes seis dimensiones:⁴

- Actividades de la vida diaria.
- Actividades en la comunidad.
- Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida.
- Actividades de empleo.
- Actividades de salud y seguridad.
- Actividades sociales.

La finalidad que tiene esta escala es: a) Identificar el perfil y la intensidad de las necesidades de apoyo de una persona; b) Proporcionar una medida de las necesidades

específicas de apoyo para la realización de planes individualizados de adaptación y apoyo y c) Proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes de intervención o apoyo.

Las tres dimensiones de las necesidades de apoyo que maneja la SIS son:

1) Frecuencia: Examina con qué regularidad (Es decir, con qué frecuencia) se necesita el apoyo en cada actividad establecida. Se utiliza una escala de estimación de 0 a 4. Si se rodea el cero (0) con un círculo, indica que el apoyo necesario menos de una vez al mes; un 1 significa que el apoyo se necesita mensualmente; un 2 significa que el apoyo se necesita semanalmente, un 3 si se necesita diariamente o menos; y un 4 si el apoyo necesario cada hora o quizás más frecuentemente.

2) Tiempo de apoyo: Requiere información relacionada con la cantidad de tiempo que habitualmente hay que dedicar a la provisión de apoyo en los días en que se proporciona dicho apoyo. El cero (0) se debería de rodear si no se necesita ningún tiempo (es decir, nada) o si en esta área específica no se necesitan apoyos. Se rodea el 1 si un día normal en el que se preste el apoyo, el tiempo que se requiere es menor de 30 minutos. Un 2 significa que la prestación del apoyo normalmente requiere de 30 min a menos de 2 horas cada día que es necesario realizarlo. Se rodea un 3 cuando los apoyos son requeridos al menos durante 2 horas, pero sin llegar a las 4 horas. Se rodea un 4 si la persona necesita apoyo durante 4 horas o más.

3) Tipo de apoyo: Examina la naturaleza del apoyo que una persona necesitaría para realizar la actividad en cuestión. Una puntuación cero (0) significa que no se necesita apoyo de ningún tipo; la persona es autosuficiente. Una puntuación de un 1 significa que la persona que está siendo evaluada necesita solo supervisión. Un 2 significa que la persona necesita ayuda en forma de incitaciones verbales o gestuales. Se rodea el 3 si la persona necesita ayuda física parcial para realizar la actividad; 4 significa el tipo de apoyo más intenso: la ayuda física total

La sección 2 es una escala suplementaria de protección y defensa al igual que la sección I se mide a través de la frecuencia, tiempo y tipo de apoyo, las dimensiones que la

conforman son: a) Defenderse ante los demás; b) Manejar dinero y finanzas personales; c) Protegerse de la explotación; d) Ejercer responsabilidades legales; e) Pertenecer y participar en organizaciones de autodefensa o autoapoyo; f) Obtener servicios legales; g) Hacer elecciones y tomar decisiones y h) Defender a otros.

La sección 3 es también una escala complementaria, en donde se exploran las necesidades excepcionales de apoyo médico y conductuales, en esta sección se parte del supuesto de que ciertas condiciones médicas y conductas desafiantes pueden significar que una persona requiera niveles de apoyo sustanciales, independientemente de la intensidad relativa de sus necesidades en otros campos de actividades de vida evaluados en la sección I. (Anexo 2) Para este proyecto solo se utilizara la sección 1 ya que pueden ser utilizadas de manera individualizada.

6.6 Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos para la implementación de este proyecto fueron el tesista José Sabino Puebla Ortiz, la directora de tesis Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez y la Coasesora Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores.

Los materiales y recursos que se requieren para la implementación se aportaron por el equipo de investigadores.

6.7. Procedimientos

6.7.1 Para la aprobación del protocolo

En primer lugar, se envió al comité académico de la Maestría en Salud Pública para su evaluación y registro, el protocolo fue aprobado con el número de registro GXIII-18-2025 (Anexo 3). Posteriormente se envió al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP (CEIFE) para su evaluación y se aprobó otorgándole el número de registro CEIFE-2026-493 (Anexo 4). También se contactó a los dirigentes de los grupos de cuidadoras (es) para que permitan contactar a cuidadoras(es) a través de los grupos de WhatsApp por el que se comunican entre cada grupo.

6.7.2 Para la selección de la población

Se tuvo un primer acercamiento con la población de estudio primero a través del contacto con líderes de grupos de cuidadoras(es) profesionales quienes autorizaron que se publicará un flyer (Anexo 5) para invitar a posibles participantes al estudio a través de un WhatsApp donde se comunican los integrantes de cada grupo, y quienes cumplieran con el criterio de cuidar a algún adulto mayor en casa y les interesaba participar primero se les pidió que contestaran una encuesta rápida a través de una liga que daba acceso al cuestionario en Google forms para conocer las características generales de profesionales y algunas características del cuidado que proporcionan.

También se buscaron otros posibles participantes de persona a persona y también a través de los contactos de las redes sociales (WhatsApp y Facebook). Del total de 31 personas que respondieron se realizó la selección de participantes de acuerdo con quienes cumplan con los criterios de selección.

Una vez que se obtuvieron las aprobaciones correspondientes de los Comités, se contactó a quienes había contestaron la guía rápida, para seleccionar algunos para la prueba piloto. Así que se seleccionó a quienes cumplieran los criterios de inclusión, pero que actualmente ya no cuidan al adulto mayor y ellos conformaron la prueba piloto y el resto se reservaron para la muestra final. Del total de quienes respondieron se seleccionaron 6 para integrarlos a la prueba piloto, pero al intentar

contactarlos solo respondieron 3 por lo que se buscaron otros posibles participantes por medio de recomendaciones y referencias y se integraron otros 3 quedando un total de 6 para la prueba piloto.

Para invitarlos a responder los instrumentos, se les explicó en que consiste el estudio, cual es el objetivo y que tendría que hacer si aceptaba participar. Al mismo tiempo se continuó buscando otros participantes por el método bola de nieve.

6.7.3 Para la recolección de los datos

Una vez que aceptaron participar se estableció la coordinación para la aplicación de los instrumentos respecto al día y la hora, y se les consultó si preferían que fuera de manera presencial o virtual a través de videollamada, para quienes prefirieron de manera presencial se les propuso que fueran en el contexto universitario en un área tranquila que permitió realizar la aplicación de los instrumentos y que le fue cómodo a la persona participante. Estaba planteado que en el caso en que algún participante no respondiera alguna sección de los instrumentos no se tomaría en cuenta y se eliminaría del estudio, sin embargo, esta situación no se presentó.

6.8. Prueba piloto

Previo a la implementación se realizó la prueba piloto con 6 cuidadoras(es) profesionales de enfermería con la finalidad de identificar dificultades en la aplicación, la tasa de respuesta, las preferencias para la modalidad de aplicación (presencial o virtual) y el manejo del instrumento en cada una de estas modalidades, así como medir el tiempo aproximado que se invierte en su aplicación (los resultados se encuentran al inicio del apartado de resultados) los resultados se encuentran en el anexo 6.

6.9. Análisis de los datos

Los datos se vaciaron en una base del programa SPSS. El análisis de datos descriptivos se realizó utilizando estadística descriptiva con media, frecuencias y porcentajes. Para la prueba de hipótesis se utilizó estadística analítica con la correlación lineal de Spearman donde se analizó la relación que existe entre las

variables ordinales, este método nos permitió medir la naturaleza, fuerza y dirección de la asociación entre las variables.⁷¹

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

7.1 Normativas internacionales

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki⁷² con énfasis a los principios éticos en la investigación médica en seres humanos, refiriéndose al apartado I correspondiente a los principios básicos, que en sus numerales 4, 7, 8, 10, 12, 18, 22, 24, 25, 26 y 31 que a continuación se señalan:

Numeral 4.- Se promovió el bienestar y derechos de los cuidadores profesionales participantes en el estudio buscando siempre evitar algún daño que el estudio le pudiera causar. Por lo tanto, se ajustó su participación en el día, lugar y horario que le acomode mejor. Además, se le informo claramente en que consiste el estudio, cuál es su participación si decide aceptar formar parte del estudio, también se le explico que en el

momento en que lo decida puede dejar de participar o puede no contestar algo que le haga sentir incomodo sin necesidad de dar alguna explicación.

Numeral 7.-La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los cuidadores profesionales que participaron y para proteger su salud y sus derechos individuales. Así como protección de la información que se brindó. Por lo que se respetaron los aspectos éticos y legales nacionales e internacionales para la investigación en seres humanos.

Numeral 8.- Nunca se tuvo ventaja sobre los derechos y los intereses de los cuidadores profesionales que participaron en el estudio de investigación. Por ello se respetó la voluntariedad para participar y se declaró que no existió ninguna relación de poder ante los ellos.

Numeral 10.- En este protocolo se consideraron las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación de nuestro país, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se permitió que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los cuidadores profesionales que participan en la investigación. Por ello en el presente proyecto se tomó en cuenta los aspectos éticos y legales que disponen organismos internacionales en la Declaración de Helsinki como en la Ley general de salud en materia de investigación de México.

Numeral 12.- Esta investigación en la que participaron cuidadoras(es) profesionales, fue desarrollada por personal con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. Por lo que la investigación estuvo a cargo de un Licenciado en enfermería con experiencia en el cuidado del adulto mayor y dos doctoras profesoras investigadoras de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP.

Numeral 18.- Se evaluaron los riesgos que podría causar la investigación al cuidador(a) profesional y estos fueron considerados como mínimos ya que solo se aplicaron encuestas y entrevistas a estos participantes.

Numeral 22.-Se describió claramente y se justificó el proyecto de investigación y el método del estudio en el presente documento.

Numeral 24.-Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad y la confidencialidad de la información personal proporcionada por el cuidador profesional, como es no incluir el nombre en los cuestionarios ni datos personales en los resultados en los que se pueda identificar a los participantes.

Numeral 25.- Para la participación del(a) cuidador(a) profesional en la investigación se solicitó su consentimiento informado voluntariamente. Por lo que toda persona que no aceptó participar de manera libre y voluntaria no se le forzó a que formara parte del estudio.

Numeral 26.- Al(a) cuidador(a) profesional que aceptó participar en el estudio se le pidió que firmara el consentimiento informado después de explicarlo clara y detalladamente y se le proporciono la información adecuada acerca de todo el aspecto pertinente de la investigación.

Numeral 31.- Se informo cabalmente al cuidador profesional en qué consistiría su participación en la investigación si aceptaba formar parte del estudio. La información se le proporciono desde que se le hizo la invitación a participar y fue tanto de manera verbal como a través del consentimiento informado.

7.2 Normativas nacionales

De acuerdo con la Ley general de salud⁷³ en su Título segundo Capítulo 1

Como lo indica el artículo 13 prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo tanto, para la selección de los cuidadores profesionales la participación fue totalmente voluntaria.

Según el Artículo 14 para esta investigación se entregó el consentimiento informado por escrito y se le pidió al cuidador profesional que lo firme antes de iniciar, si acepta participar. La participación del cuidador profesional se suspendió en caso de que él lo solicitara por las razones que considerara.

ARTICULO 15.- Se realizo la investigación con los(as) cuidadores(as) profesionales que cumplieron con los criterios de selección tomándose las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño, por lo que se les dio a elegir el medio por el que preferían la entrevista y se les propuso el lugar y si no aceptaban tenía todo el derecho de negarse y no tendrían ninguna repercusión.

ARTICULO 16.- Se protegió la privacidad de la información proporcionada por el(la) cuidador(a) profesional que participo en el estudio, por lo que los instrumentos no incluyeron nombre y los datos proporcionados se mostrarán en un informe global junto con los datos de otros participantes.

ARTICULO 17.-Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. En el caso de este proyecto de investigación la participación del(a) cuidador(a) profesional se consideró de riesgo mínimo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables, y únicamente se aplicaron tres cuestionarios.

ARTICULO 20.-Se conto con el consentimiento informado, mediante el cual el(a) cuidador(a) profesional autorizo su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de las actividades que el estudio implicó su participación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Anexo 7).

ARTICULO 21.-El(a) cuidador(a) profesional recibió una explicación clara y completa, sobre la justificación y los objetivos de la investigación, así como los procedimientos que se usarían y su propósito, las molestias o los riesgos que le pudiera generar, los beneficios de su participación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos y otros asuntos relacionados con la investigación. Así mismo se le aclaró la libertad para retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se viera perjudicada(o).

También se le aclaró que como participante del proyecto no se le identificaría y que se mantendría la confidencialidad de la información proporcionada y el compromiso de

proporcionarle información sobre el estudio que pudiera ponerla(o) en riesgo durante el estudio, aunque ésta pueda afectar su voluntad para continuar participando.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado fue elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo 21 y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables, fue revisado y aprobado por el Comité de ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición ya que cumple con todos los lineamientos requeridos.

7.3 Consideraciones especiales

Principios de bioética ⁷⁴

Autonomía: el(a) cuidador(a) profesional que participó en el estudio decidió de forma voluntaria e informada formar parte del estudio, lo que se refleja a través del consentimiento informado firmando.

Principio de no maleficencia: señala la responsabilidad del investigador de no causarle ningún tipo de daño o perjuicio al participante independientemente de si el estudio le brindó un algún tipo de beneficio. En este caso se trata de un proyecto de investigación clasificado como de riesgo mínimo ya que únicamente se aplicaron tres cuestionarios, sin embargo, el(a) cuidador(a) profesional tenía claro que si no se sentía cómodo(a) podría retirarse del estudio en cualquier momento.

Principio de beneficencia: No obstante que a raíz de la participación en este estudio no se obtendría ninguna remuneración económica se compartió con el(a) cuidador(a) profesional la información resumida de la situación del adulto mayor al que cuida, información que le ayuda a planificar y direccionar el cuidado que proporciona, así como los recursos requeridos para dicho cuidado manteniéndolo en su entorno. Además del beneficio colectivo que se puede tener con los resultados globales.

Principio de justicia: se procuró que el proyecto aporte un beneficio importante. Con la información que el(a) cuidador(a) profesional proporciono es posible, además de mejorar la calidad de vida y la atención domiciliaria de los adultos mayores. También diseñar políticas públicas efectivas y mejorar la sostenibilidad del sistema de salud ya que se

pueden diseñar programas de ayuda a domicilio mejor direccionados, planificar la asignación recursos y reduciendo las hospitalizaciones innecesarias.

7.4 Derechos de autoría

En caso de que derivado de la presente tesis se obtengan productos de divulgación o de difusión tales como artículos, carteles, ponencias u otros se atenderá a lo siguiente: en la primera publicación que se realice derivado de la investigación, el estudiante de la maestría será el primer autor, la directora y Coasesora serán coautoras. Para las publicaciones posteriores, el orden de los autores será en función de la participación que éstos tengan, siempre de común acuerdo, pudiendo incluir a otros autores siempre y cuando participen en la elaboración del producto.

Para garantizar los derechos de autoría se estableció el acuerdo por escrito con la firma de las partes implicadas en el anexo correspondiente.

7.5 No conflicto de intereses

Los autores del presente protocolo declaran que no existe conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener algún tipo de beneficio económico por desarrollar en el proyecto. Así mismo declaran que el proyecto no responde al interés de ninguna empresa o institución con fines comerciales, sino que se trata de un proyecto académico. Para constancia de lo anterior en el oficio anexo 8 firman todos los involucrados.

7.6 Sobre el financiamiento

Tanto los materiales como los equipos y consumibles requeridos para el proyecto, así como los gastos derivados del traslado del equipo serán solventados por recursos propios de la tesista y los investigadores participantes.

7.7 Sobre la transferencia de resultados

Los resultados obtenidos se presentarán en forma global en un informe escrito. Además, se compartirá con cada profesional y grupos de cuidadoras (es) los resultados obtenidos con los dos instrumentos, ya que tener la información de la situación respecto a las necesidades de apoyo y al nivel de dependencia del adulto mayor al que cuidan les

permitirá que hagan, ajustes e individualicen los planes de cuidado, lo que permitirá por una parte un cuidado más adecuado a la situación del adulto mayor cuidado y mejor calidad de vida del adulto mayor. Por la otra parte ayuda a disminuir la ocupación hospitalaria, optimiza el uso de recursos, previene complicaciones y disminuye los reingresos hospitalarios, además le permite mayor comodidad y bienestar emocional, autonomía, en general mejora la calidad de vida

En el caso de quienes son parte de algún grupo, sobre todo de quienes son integrantes del grupo formal se entregará un informe a su dirigente ya que los resultados le pueden ayudar a la planificación de los recursos humanos, materiales y financieros, así como las necesidades de capacitación de los profesionales para el cuidado de adultos mayores.

CUADRO 2. Transferencia de resultados

Destinatario	Documento para entregar	Fecha tentativa de entrega
Líderes de grupos de cuidadoras(es)	Entrega de informe ejecutivo	1 mes después de concluido el estudio
Comunidad académica	Artículo en revista indexada	6 meses después de concluido el estudio
Autoridades institucionales	Presentación ejecutiva	1 mes después
Participantes del estudio	Resumen de resultados	1 mes después

Fuente: Elaboración propia

VIII. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se muestran organizados de la siguiente manera, primero se encontrarán las características de los profesionales de enfermería que proporcionaron los datos de los adultos mayores y las características de los cuidados que proporcionan, después de ello se presenta la caracterización de los adultos mayores cuidados en el hogar.

Una vez que se muestran las características se muestran los resultados descriptivos tanto del nivel de dependencia de los adultos mayores, así como de la intensidad de las necesidades de apoyo tanto de cada dominio como de manera global. Para finalizar se

muestran los resultados de la prueba de correlación entre el nivel de dependencia y la intensidad necesidades de apoyo identificadas.

8.1 Caracterización de los participantes

8.1.1 De los profesionales de enfermería

Se tiene la información de 36 cuidadores profesionales, de ellos el 66.7% prefirieron ser entrevistados a través de videollamada, 25% de forma presencial y 8.3% a través del envío de un cuestionario por Google forms.

En cuadro 4 se muestran las características de los profesionales de enfermería que fueron los informantes, en donde podemos observar que del total de los participantes el 20 fueron mujeres y 16 hombres. Respecto al estado civil el 69.4% son solteras (os) y 30.6% casadas(os). El 69.4% son Licenciados en enfermería, el 16.7% técnicos en enfermería, el 11.1% especialistas y el 2.8% pasantes de Licenciatura en enfermería. Del total de los profesionales participantes el 66.7% procede de una escuela pública y el 33.3% de escuela privada.

En cuanto a la experiencia que tienen los profesionales de enfermería como cuidadores de adultos mayores, el 41.6% tiene experiencia de entre 1 y 3 años, el 30.6% tiene experiencia de entre 4 y 6 años, el 22.2% más de 6 años y el 5.6% de entre 6 y 12 meses. Del total de cuidadores el 75% no pertenece a ningún grupo/gabinete de cuidadores y el 25% si pertenece a alguno.

CUADRO 3. Caracterización de los profesionales de enfermería

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	20	55.6
Hombre	16	44.4
Total	36	100
Estado civil		
Solera(o)	25	69.4
Casada(o)	11	30.6
Total	36	100
Grado académico		

Pasante	1	2.8
Técnico	6	16.7
Licenciado	25	69.4
Especialista	4	11.1
Total	36	100
Pertenencia a algún grupo/gabinete de cuidadores		
No	27	75
Si	9	25
Total	36	100
Tiempo como cuidador(a)		
6-12 meses	2	5.6
1-3 años	15	41.6
4-6 años	11	30.6
>6 años	8	22.2
Total	36	100

Fuente: Directa.

8.1.2 Características del cuidado que proporcionan

En la tabla 5 también podemos observar como el mayor porcentaje (55.5%) lleva cuidando al mismo adulto mayor por más de 12 meses, seguido de quienes llevan cuidando 7 a 12 meses (38.9), y por último de 3 a 6 meses (5.6%).

El 72.2% cuidan al adulto mayor entre 7 y 10 horas al día, seguido de quienes cuidan 7 horas o menos y de quienes cuidan 10 horas o más, ambos con un 13.9%.

El tipo de cuidado que brindan los cuidadores profesionales se mantiene de forma igualitaria con un 33.3%.

CUADRO 4. Caracterización del cuidado los profesionales de enfermería

Tiempo que llevan cuidando al adulto mayor	Frecuencia	Porcentaje
3-6 meses	2	5.6
7-12 meses	14	38.9
>12 meses	20	55.5

Total	36	100
Número de horas al día que cuida al adulto mayor		
<7 horas	5	13.9
7-10 horas	26	72.2
>10 horas	5	13.9
Total	36	100
Tipo de cuidado que proporciona al adulto mayor		
Acompañamiento	12	33.3
Complementario	12	33.3
Sustitutivo	12	33.3
Total	36	100

Fuente: Directa.

8.2 Características de los adultos mayores cuidados

De los 36 adultos mayores cuidados el 50% fueron hombres y el 50% mujeres, con un mayor porcentaje entre las edades de 85 a 89 años con un 25%.

Respecto a los aditamentos que usaban los adultos mayores para la movilización, el 33.3% usa silla de ruedas, el 25% andador y el 11.1% bastón, y hay un porcentaje importante, 30.6%, que no necesitaba aditamentos.

CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	18	50
Mujer	18	50
Total:	36	100
Uso de aditamentos para la movilidad		
Silla de ruedas	12	33.3
Andador	9	25
Bastón	4	11.1
Ninguna	11	30.6
Total	36	100
Edad		

60-64	1	2.7
65-69	6	16.7
70-74	5	13.9
75-79	4	11.1
80-84	6	16.7
85-89	9	25
90 o mas	5	13.9
Total:	36	100
Numero de enfermedades crónicas		
0	1	2.8
1	12	33.3
2	8	22.2
3	9	25
4	4	11.1
>4	2	5.6
Total:	36	100

Fuente: Directa.

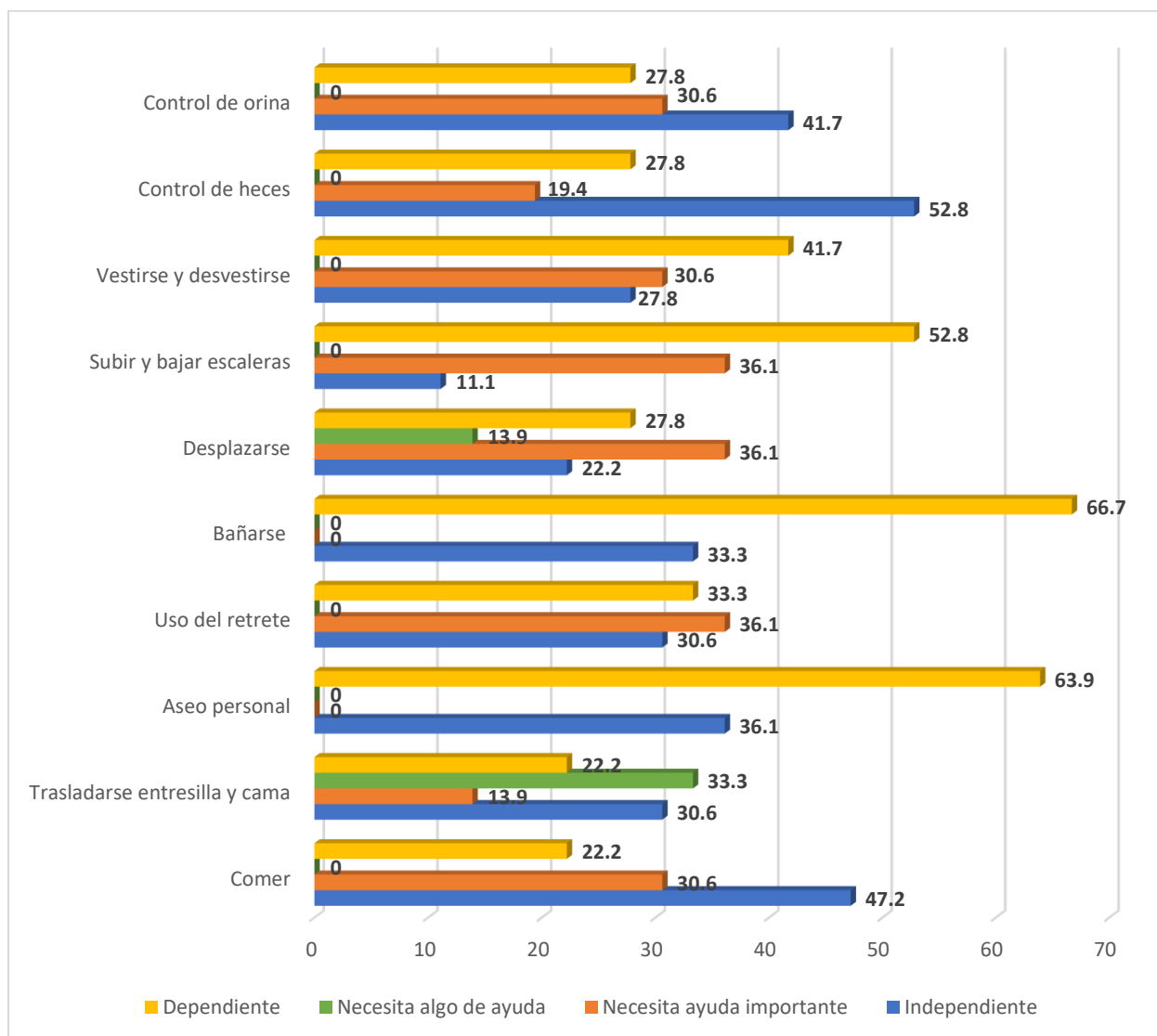
8.3 Estadísticos descriptivos de índice de Barthel

8.3.1 Resultados por dimensión del nivel de dependencia

Como podemos observar en la gráfica 1 hay importantes porcentajes de adultos mayores que son dependientes en prácticamente todas las actividades de la vida diaria, pero es mucho más evidente en actividades como bañarse o subir y bajar escaleras, así mismo para el aseo personal requieren ayuda importante y donde se pueden observar porcentajes mayores de independencia es para comer y para el control de las heces.

Cabe mencionar que del porcentaje que aparecen como independientes para desplazarse el 11.1% usan bastón y para quienes son dependientes en el control de heces y orina se refiere a que son incontinentes.

GRÁFICA 1 Nivel de dependencia de los adultos mayores, por dimensiones

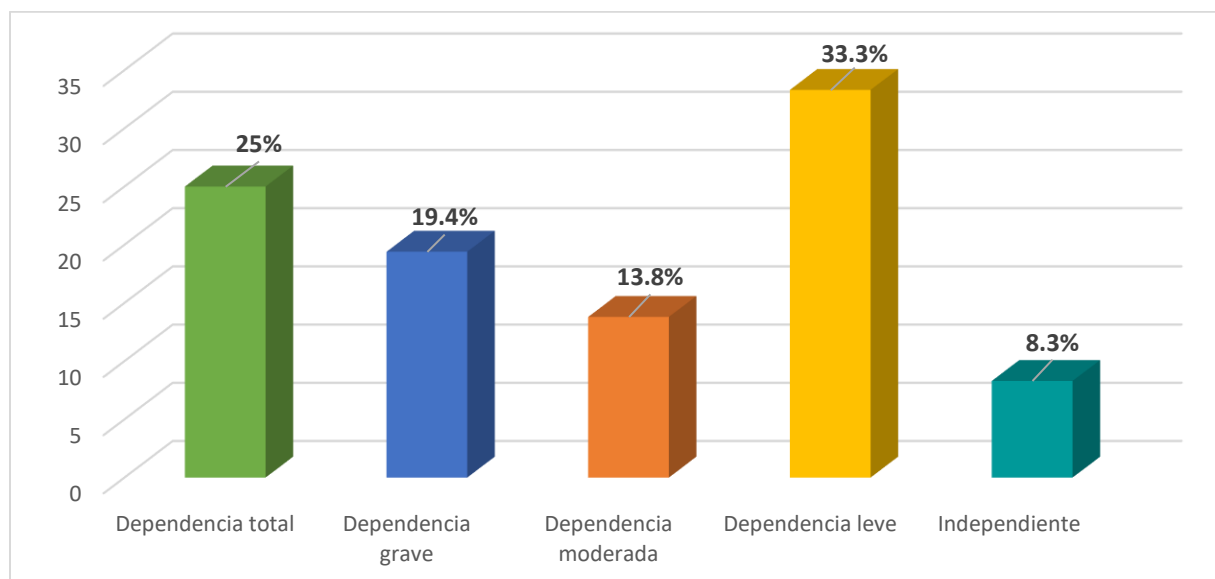


Fuente: Directa

8.3.2 Resultados globales del nivel de dependencia

En la gráfica 2 se muestra que el nivel de dependencia de los adultos mayores receptores de cuidado en el hogar. Se observó que el mayor porcentaje, 33.3%, correspondió al nivel de dependencia leve. El 25% corresponde a adultos mayores con dependencia total, el 19.4% presentó dependencia grave, el 13.8% presentó dependencia moderada y un pequeño porcentaje (8.3%) es independiente.

GRÁFICA 2. Nivel de dependencia de los adultos mayores receptores de cuidados



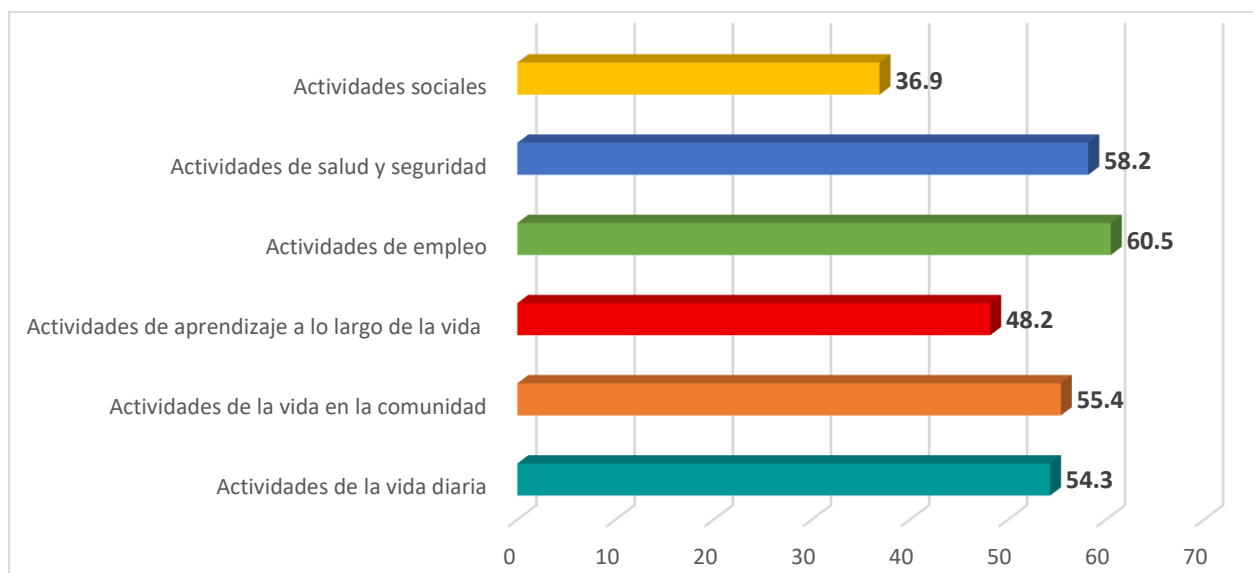
Fuente: Directa

8.4 Estadísticos descriptivos de la escala de intensidad de necesidades de apoyo

8.4.1 Resultados por dimensión de la intensidad de necesidades de apoyo

Como podemos observar en la gráfica 3 y cuadro 6 en todas las dimensiones de las necesidades de apoyo hay porcentajes importantes de adultos mayores que requieren ser apoyados, en la dimensión que menos se requieren apoyos es en actividades sociales, aun así, es un porcentaje considerable (36.9%).

GRÁFICA 3. Intensidad de necesidades de apoyo por dimensiones de la escala SIS



Fuente: Directa

CUADRO 6. Puntuación total por dimensiones

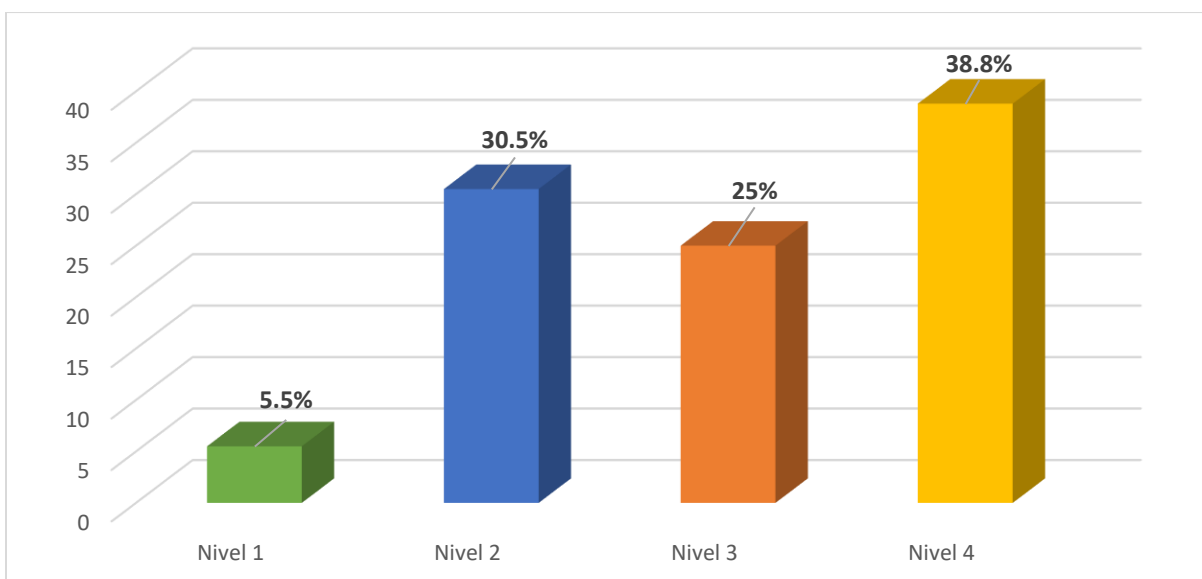
Dimensiones de las necesidades de apoyo	Total, de puntos	Puntuación directa total	Porcentaje
Actividades de la vida diaria	3312	1801	54.3
Actividades de la vida en la comunidad	3276	1816	55.4
Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida	3744	1805	48.2
Actividades de empleo	3132	1895	60.5
Actividades de salud y seguridad	3384	1970	58.2
Actividades sociales	3348	1238	36.9

Fuente: Directa

8.4.2 Resultados globales de la intensidad de necesidades de apoyo

En la gráfica 4 se muestra el nivel global de la intensidad de necesidades de apoyo identificado en los adultos mayores, donde podemos identificar que el mayor porcentaje (38.8%) se encuentran en el más alto nivel de intensidad de necesidades de apoyo, seguido del nivel 2 (30.5%) seguido de quienes están en el nivel 3 (25%) y únicamente el 5.5% se encuentran en el nivel 1.

GRÁFICA 4. Nivel global de intensidad de las necesidades de apoyo de los adultos mayores



Fuente: Directa

8.5 Correlación entre nivel de dependencia y nivel de intensidad de necesidades de apoyo

En el cuadro 7 se observa una tabla de contingencia en donde se relacionan el grado de dependencia con el nivel de necesidades de apoyo. Donde se obtuvieron datos concordantes según corresponde.

CUADRO 7. Tabla de contingencia nivel de necesidades de apoyo / grado de dependencia

		GRADO DE DEPENDENCIA					
NIVEL DE NECESIDADES DE APOYO		Total	Grave	Moderada	Leve	Independiente	Total
	Nivel 1	0	0	0	0	2	2
	Nivel 2	1	1	1	7	1	11
	Nivel 3	1	3	2	3	0	9
	Nivel 4	7	3	2	2	0	14
	Total	9	7	5	12	3	36

Fuente: Directa

En el cuadro 8 se muestra el resultado de correlación con una significancia de 0.001 lo que se puede interpretar como una correlación estadísticamente significativa y fuerte ya que el coeficiente de correlación es de $-.628$ entre las dos variables estudiadas.

CUADRO 8. Prueba de correlación de Spearman entre el nivel de dependencia y el nivel de intensidad de necesidades de apoyo

		NIVEL DE DEPENDENCIA	NIVEL DE NECESIDADES DE APOYO
NIVEL DE DEPENDENCIA	Coeficiente de correlación	1	$-.628$
	Significancia		.001
	N	36	36
NIVEL DE NECESIDADES DE APOYO	Coeficiente de correlación	$-.628$	1
	Significancia	.001	
	N	36	36

Fuente: Directa

8.6 Correlación entre nivel de dependencia y cada una de las dimensiones de la escala de intensidad de necesidades de apoyo

En el cuadro 9 se observa la correlación entre el nivel de dependencia y las 6 dimensiones de la escala de intensidad de necesidades de apoyo (SIS), en donde se obtuvo con mayor magnitud es actividades de vida en el hogar con $-.754$, seguido por actividades de salud y seguridad con $-.752$, mientras que los de menos magnitud es actividades de aprendizaje a lo largo de la vida. Por lo que podemos decir que, no obstante que en todas las

dimensiones los resultados fueron estadísticamente significativos, podemos decir que el grupo de adultos mayores estudiados en esta tesis se identificó mayor intensidad de necesidades de apoyo en las dimensiones de actividades de la vida en el hogar y salud y seguridad, y menos necesidades de apoyo para las actividades de aprendizaje a lo largo de la vida, mientras que el resto de las actividades requieren apoyo moderado.

CUADRO 9. Correlación entre el nivel de dependencia con cada una de las dimensiones de la escala de intensidad de necesidades de apoyo

		NIVEL DE DEPENDENCIA
ACTIVIDADES DE LA VIDA EN EL HOGAR	Coeficiente de correlación	-.754
	Significancia	.001
	N	36
ACTIVIDADES DE LA VIDA EN LA COMUNIDAD	Coeficiente de correlación	-.582
	Significancia	.001
	N	36
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA	Coeficiente de correlación	-.414
	Significancia	.012
	N	36
ACTIVIDADES DE EMPLEO	Coeficiente de correlación	-.500
	Significancia	.002
	N	36
ACTIVIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD	Coeficiente de correlación	-.752
	Significancia	.001
	N	36
ACTIVIDADES SOCIALES	Coeficiente de correlación	-.662
	Significancia	.001
	N	36

Fuente: Directa

IX. DISCUSIÓN

Los cambios en la estructura poblacional, epidemiológica y social se consideran un problema de salud pública, dado que nos muestra una poblacional cada vez más envejecida, a este respecto la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), manifiesta que la disminución sostenida de la mortalidad y la fecundidad nos enfrenta a un continente que envejece como consecuencia de su transición demográfica, es así que en la actualidad, el número de personas de 60 años y más es de 88,6 millones y se prevé que para el 2060 la población de 60 años y más será de 220 millones de personas en América Latina y el Caribe, aproximándose a los 248 millones que hay en Europa.⁷⁵

9.1 Relación entre el nivel de dependencia y necesidades de apoyo

El envejecimiento demográfico y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidad no sólo aumentan el número de personas que necesitan ser cuidadas en casa, sino la complejidad y exigencia en su cuidado, por lo que demanda por una parte que sean profesionales del área de la salud quienes se hagan cargo del cuidado, pero también que se utilicen herramientas que permitan por una parte obtener datos más certeros sobre la situación de los adultos mayores y por la otra conocer que necesitan para su cuidado en el hogar.

Respecto a la correlación identificada entre estos dos instrumentos, los resultados nos mostraron una fuerte correlación entre ellos, confirmando la hipótesis alterna planteada, lo que respalda la premisa teórica de que el deterioro en la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria se traduce en un incremento proporcional en la demanda de apoyos estructurados, en diferentes áreas de la vida de la persona. Este resultado es congruente con lo reportado por Puchi en su estudio titulado “Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización”,⁷⁶ donde señala que la dependencia constituye un predictor directo de la necesidad de asistencia continua, particularmente en actividades relacionadas con movilidad, autocuidado e higiene personal. Dicho trabajo enfatiza que la dependencia no debe concebirse únicamente

como una limitación biomédica, sino como un fenómeno multidimensional que impacta la autonomía, la participación social y la calidad de vida del adulto mayor.

Esto coincide con literatura que señala que factores psicosociales, económicos y ambientales influyen en la demanda de apoyos, tales como la red de apoyo familiar, las condiciones del entorno físico y la disponibilidad de cuidadores capacitados. Por lo tanto, si bien la dependencia constituye un determinante central, no debe considerarse el único factor explicativo.

Desde el modelo conceptual de apoyos propuesto por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), retomado por la Revista HAD, el funcionamiento humano se entiende como el resultado de la interacción entre las capacidades individuales y las demandas del entorno. Bajo esta perspectiva ecológica, la dependencia no es una condición estática, sino una situación dinámica que puede modificarse mediante apoyos adecuados en intensidad, frecuencia y duración.⁷⁷

Otro resultado relevante, es que la intensidad de necesidades de apoyo no se distribuyó de manera homogénea en todas las dimensiones evaluadas (vida en el hogar, comunidad, salud y seguridad, aprendizaje, empleo y relaciones sociales), lo que sugiere que el impacto de la dependencia funcional puede variar de acuerdo a diversos factores. Esto se identificó en la diferencia en la fuerza de correlaciones significativa entre el nivel de dependencia con las seis áreas de necesidades de apoyo evaluadas, identificándose la correlación más débil entre el nivel de dependencia y las necesidades de apoyo para el aprendizaje, lo que puede deberse a que, en los adultos mayores, las actividades relacionadas con la educación, la adquisición de nuevas habilidades o el acceso a programas formativos suelen tener menor frecuencia y prioridad que en otras etapas del ciclo vital, por lo que las necesidades de apoyo en esta dimensión pueden ser menos evidentes.⁷⁸

Así mismo es habitual que en los adultos mayores, las necesidades de apoyo suelen concentrarse en actividades relacionadas con el mantenimiento de la funcionalidad, la salud y la seguridad, mientras que las actividades orientadas al aprendizaje y adquisición

de nuevas competencias pueden tener una menor relevancia en comparación con otras etapas del curso de vida.⁷⁹

En ese sentido, los resultados del presente estudio fortalecen la evidencia de que la utilización conjunta de dos instrumentos como el índice de Barthel que midió la funcionalidad de los adultos mayores y de la escala SIS de intensidad de necesidades de apoyo, constituyeron dos herramientas fundamentales que nos permitieron determinar cuánto y como se relaciona el nivel de dependencia con las necesidades de apoyo, de los adultos mayores, específicamente en el contexto del hogar.

9.2 Implicaciones para la práctica profesional

El documento publicado en New Medical Economics en el artículo llamado “El domicilio: más allá de un lugar de atención para cuidar”,⁸⁰ destaca que el envejecimiento poblacional está reconfigurando los sistemas sanitarios, desplazando progresivamente la atención institucional hacia modelos de cuidado domiciliario profesionalizado. Los hallazgos aquí reportados se alinean con esta perspectiva, ya que los adultos mayores identificados con dependencia moderada, grave o total presentaron perfiles de apoyo extensos o generalizados, lo cual exige intervenciones sistemáticas y técnicamente fundamentadas por parte de profesionales de enfermería. Esto reafirma el papel estratégico de la enfermería como disciplina clave en la gestión del cuidado en el hogar, particularmente ante la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad.

Otro elemento que se debe tener en cuenta y que va estrechamente relacionado es la transición epidemiológica, es el importante incremento de las enfermedades crónicas, lo que exige una transformación profunda en los sistemas de salud, desplazando la atención de los hospitales hacia el cuidado domiciliario.⁸¹ Dada la importancia de cómo la población de adultos mayores y las enfermedades crónicas se están incrementando, es necesario que los organismos de salud e instituciones formadoras de recursos humanos, desarrollen propuestas por una parte para la formación de recursos humanos con este perfil y por la otra con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida de este grupo a través de planes, programas y proyectos.⁸²

Muchas veces se considera que los adultos mayores que no están hospitalizados son porque requieren pocos cuidados y de cuidados de baja complejidad, sin embargo, en este estudio pudimos identificar que hay importantes porcentajes de adultos mayores que son dependientes en prácticamente todas las actividades de la vida diaria, haciéndose más evidente en actividades de aseo general o para subir y bajar escaleras, en donde requieren ayuda importante.

También se identificó que de únicamente el 2.8% no tiene enfermedades crónicas y el resto tienen como mínimo una, encontrándose incluso algunos con más de cuatro enfermedades crónica, lo que complejiza su cuidado, dado que requirieren apoyos tanto para las actividades cotidianas para mantener su bienestar y autonomía como para la prevención y manejo de las enfermedades crónicas. Esta situación también se ve reflejada en los tipos de cuidado que requieren, los porcentajes identificados fueron iguales (33.3%) para quienes requieren cada uno de los tipos de cuidado: cuidado de acompañamiento, cuidado complementario y cuidado sustitutivo.

Desde el marco referencial de enfermería la teoría de Orem ayuda a explicar que cuando existe el déficit del autocuidado del adulto mayor, el profesional de enfermería puede compensarlo por medio de tres sistemas de enfermería: el sistema totalmente compensatorio que implica el cuidado sustitutivo, cuando la persona es totalmente dependiente y el profesional realiza todas las actividades de la vida diaria por él; el sistema parcialmente compensatorio, que implica el cuidado complementario, donde el cuidado es compartido entre la persona y el profesional; y el sistema de apoyo-educación correspondiente al cuidado de acompañamiento, orientado a fortalecer la autonomía y las capacidades de autocuidado.⁵⁶

Esta teoría permite comprender que las necesidades de apoyo no solo se limitan a aspectos físicos, sino también a dimensiones relacionadas con la seguridad, la vida en el hogar, la interacción social y la participación en la comunidad, aspectos fundamentales para mantener la calidad de vida y el bienestar integral del adulto mayor cuidado en casa. Además, se requiere reconocer las necesidades de la persona, asumir responsabilidad,

contar con las competencias necesarias y escuchar la respuesta de quien recibe el cuidado.⁵⁹

En concreto, los resultados pueden ayudar a identificar las cargas reales del cuidado y las brechas en los sistemas de atención al evaluar la dependencia desde la perspectiva profesional, también permite identificar requerimientos técnicos de capacitación y formación, de infraestructura y de apoyo emocional que muchas veces son subestimados por los sistemas de salud tradicionales.²⁰

La identificación de las necesidades de apoyo desde la perspectiva de los cuidadores profesionales permitió reconocer las dificultades y áreas de mayor requerimiento de asistencia de las personas adultas mayores en el contexto domiciliario. Si bien la valoración puede presentar cierta variabilidad relacionada con la experiencia, formación y percepción del cuidador, se buscó reducirla mediante criterios de inclusión relacionados con la experiencia en el cuidado y el uso de instrumentos estandarizados para valorar el nivel de dependencia y las necesidades de apoyo.

9.3 Implicaciones contextuales

Los resultados encontrados muestran que el incremento en el nivel de dependencia se relaciona con mayores necesidades de apoyo; sin embargo, esta relación debe interpretarse considerando el contexto socioeconómico, cultural y político en el que se desarrolla el cuidado,⁸³ por ello es necesario tener en cuenta factores como el acceso a la atención médica, los determinantes sociales como el apoyo familiar y económico, la disponibilidad de redes de salud comunitaria, y las políticas de prevención de enfermedades crónicas y discapacidad funcional, que son los principales factores de la salud pública que tienen que ver con el cuidado en el hogar de los adultos mayores.

Respecto a los factores socioeconómicos, estos tienen una importancia fundamental por que condicionan tanto las posibilidades de acceder a servicios de salud como la capacidad de mantener una vida autónoma segura y digna, con calidad del cuidado del adulto mayor en el hogar. Por una parte, el nivel de ingresos familiares o de las pensiones determinan el acceso a una atención a la salud adecuada, a adquirir desde productos

básicos para la alimentación, hasta materiales, equipos y los medicamentos requeridos.

84

Además, los factores socioeconómicos también determinan las condiciones de la vivienda, que sea segura, accesible y con los servicios básicos (agua y luz), con lo que disminuye el riesgo de caída, accidentes y aislamiento, manteniendo un entorno más seguro para el adulto mayor. Por lo que, cuantos menores sean los recursos económicos, las familias se enfrentarán a una mayor vulnerabilidad financiera ante emergencias médicas, implicándoles altos gastos de bolsillo y la imposibilidad de acceder a servicios de respiro o a la contratación de cuidadores profesionales.

Por otra parte, el papel de la familia es fundamental. En nuestro contexto aún se constituye la familia como una importante fuente de apoyo para el cuidado de las personas en el hogar, que sí bien en este trabajo nos referimos a profesionales de enfermería que cuidan en el hogar, la familia es quien proporciona el soporte emocional y afectivo indispensable, además de coordinar los recursos económicos, logísticos y hace el cuidado de sostén del hogar.

Además, la familia puede influir de forma directa en el desempeño del profesional de enfermería de acuerdo a su actitud, comunicación y organización, lo que determina qué tan eficiente, seguro y cómodo pueda ser el cuidado en casa. Por ejemplo, es necesario que se facilite el entorno, que se mantenga un área limpia, iluminada y segura para los procedimientos clínicos, que se provea puntualmente de los medicamentos materiales y equipos biomédicos necesarios, que se respeten los momentos de atención íntima entre la enfermera y el adulto mayor.

También es necesario que la familia comparta datos clave sobre las rutinas, gustos y antecedentes del adulto mayor, que informe de inmediato las anomalías observadas fuera del horario de cuidado de la enfermera, que permitan la autonomía profesional de enfermería sin ejercer una supervisión asfixiante o asignar tareas que no correspondan a su actividad profesional. Incluso cuando hay problemas familiares en los que se trata de involucrar al profesional de enfermería. En este sentido, el cuidado no debe considerarse exclusivamente como una condición individual, sino como un fenómeno

multidimensional que surge de la interacción entre las características de la persona y las condiciones de su entorno familiar con el entorno familiar. Esta interacción determina la naturaleza, forma y magnitud tanto del cuidado como de las necesidades de apoyo.⁸⁵

Otro factor que tomar en cuenta que determina las condiciones del adulto mayor son las redes de apoyo social que son el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Estas redes se dan en la vida cotidiana, es decir, en la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad, y son lazos permanentes, asimismo, las redes pueden crecer o debilitarse, conforme quienes las integran cambien sus relaciones, con el paso del tiempo. Las integra cualquier persona que comparte intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria.⁸⁶

La importancia de estas redes es que brindan apoyo respecto a aspectos emocionales como afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. Pueden ser a través de visitas, llamadas telefónicas, invitaciones, abrazos, etc. Los apoyos Instrumentales como ayudas para transportarse, en las labores del hogar, para hacer las compras, el cuidado o acompañamiento. La ayuda cognitiva mediante el intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc., y también apoyos materiales aportando dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc.⁸⁷

En resumen, los beneficios de contar con redes de apoyo son: reducir la depresión y la soledad, contar con apoyo físico para el cuidado, lo que le ayuda a mantener también la agilidad mental estimulando la memoria con la conversación constante y la interacción frecuente. De manera general le ayuda a conservar la salud física y mental al adulto mayor y alivia la fatiga del cuidador principal.

Por otra parte, el acceso a los servicios de salud constituye un pilar fundamental para determinar la calidad de vida y la sostenibilidad del cuidado de las personas adultas mayores en el hogar. Asimismo, se reconoce como uno de los factores que influyen en la equidad en salud, particularmente en el contexto actual de envejecimiento poblacional,

caracterizado por un incremento en la demanda de servicios de atención médica. En este sentido, para favorecer un envejecimiento saludable y exitoso, es fundamental garantizar que las personas mayores tengan un acceso oportuno, equitativo y adecuado a los servicios de atención sanitaria, social y de cuidados a largo plazo.

La atención sanitaria comprende servicios como la atención primaria y la atención hospitalaria; mientras que la atención social incluye aquellos apoyos destinados a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, entre los que se encuentra la atención domiciliaria. Por su parte, los cuidados a largo plazo dirigidos a personas en situación de dependencia integran tanto componentes sanitarios como sociales, además de otras medidas de apoyo, como las prestaciones económicas destinadas a facilitar y sostener el cuidado.⁸⁷⁸⁸

No obstante, los sistemas de atención actuales aún presentan dificultades para responder de manera integral a las necesidades complejas de las personas adultas mayores, particularmente de aquellas que viven con enfermedades crónicas y requieren apoyos continuos. En muchos casos, estos sistemas mantienen un enfoque centrado principalmente en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, en lugar de considerar de manera integral las necesidades físicas, funcionales, emocionales, sociales y familiares de la persona. Esta situación puede limitar la continuidad y calidad del cuidado, especialmente cuando este se desarrolla en el hogar y requiere la participación coordinada de los servicios de salud, la familia y la comunidad.⁸⁸

Todos estos factores hacen que exista una gran inequidad en salud que tiene que ver con diversas causas entre las que se encuentra el estatus socioeconómico, el género, la edad, la ubicación geográfica y las características históricas, que pueden modificarse mediante el desarrollo de regulaciones y legislación que afectan los determinantes sociales de la salud.⁸⁹

Dado lo expuesto en este apartado es necesario analizar el cuidado domiciliario más allá de las relaciones personales y no obstante, que la interdependencia entre los distintos factores contextuales es real, se debe politizar el cuidado para lograr una verdadera justicia social. Desde esta perspectiva Tronto identifica el cuidado no solo como una

actividad privada o propia que recaiga exclusivamente en las familias, sino como una cuestión ética, social y política, dado que cuidar implica reconocer que las personas tienen necesidades y que, en distintos momentos de la vida, pueden requerir no solo de otras personas, sino de otros recursos para satisfacer esas necesidades. con responsabilidad del estado para lograrlo.⁵⁹ Por ello, la distribución de la responsabilidad de hacerse cargo del cuidado entre la familia y el estado constituye un debate crucial de la salud pública.

9.4 Implicaciones para la salud pública

Los resultados de este estudio proporcionan una visión objetiva y técnica de las condiciones de los adultos mayores que reciben cuidados en el hogar, generando información fundamental para orientar la toma de decisiones y favorecer el diseño de políticas públicas efectivas.⁸⁷

Asimismo, permiten identificar con mayor precisión los tipos y niveles de apoyo requeridos, lo que contribuye a una adecuada planificación de los servicios de atención domiciliaria y al diseño de programas de apoyo mejor dirigidos por parte de las instituciones de salud enfocadas en la prevención y optimización de los recursos sociosanitarios, ya que proporciona datos para diseñar redes de apoyo domiciliario y servicios de asistencia a largo plazo, reduciendo así la saturación hospitalaria y las hospitalizaciones innecesarias.²¹

Los resultados obtenidos aportan evidencia relevante sobre el nivel de dependencia y las necesidades de apoyo de los adultos mayores que reciben cuidados en el hogar, lo que constituye una contribución significativa a identificar las cargas reales del cuidado y las brechas en los sistemas de atención, para el diseño e implementación de programas de atención domiciliaria más pertinentes y ajustados a sus requerimientos. Asimismo, proporciona evidencia científica para diseñar políticas de salud enfocadas en la prevención, el soporte al cuidador y la optimización de los recursos sociosanitarios relacionadas con el envejecimiento y la atención de largo plazo.

Ante el proceso de envejecimiento poblacional, el incremento de la longevidad puede acompañarse de una mayor demanda de servicios de cuidado y de apoyos de larga duración con el fortalecimiento de modelos de atención centrados en la persona, integrales, equitativos y sostenibles. Además, se puede contribuir a que el sistema de salud planifique de manera más eficiente la asignación de recursos y la conformación de perfiles profesionales, de acuerdo con el nivel real de dependencia y las necesidades específicas de los adultos mayores. Con ello, se favorece un uso racional de los recursos disponibles, se fortalece la sostenibilidad del sistema de salud y, potencialmente, se reducen las hospitalizaciones evitables y los costos asociados a ellas.⁸⁸

Además, los resultados del estudio pueden contribuir a la creación, actualización y fortalecimiento de leyes, guías clínicas y normativas orientadas a mejorar la calidad del cuidado de las personas adultas mayores.²² Si bien actualmente el marco jurídico reconoce derechos fundamentales de este grupo poblacional, como el acceso a un sistema integral de cuidados, a los servicios de salud, a una vida libre de violencia y a la orientación en materia de nutrición e higiene, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores contempla de manera importante la responsabilidad de la familia en el cuidado de las personas mayores. En este sentido, resulta necesario fortalecer las disposiciones normativas mediante un enfoque integral que considere no solo las responsabilidades familiares, sino también la participación y corresponsabilidad del Estado, las instituciones de salud y los profesionales, con el propósito de garantizar cuidados de calidad, accesibles y acordes con las necesidades reales de las personas adultas mayores.²³

Este estudio también aporta información relevante como una cantidad grande de adultos mayores que requieren ser cuidados en casa, que hay por porcentajes similares (33.3% en cada nivel) de los tres niveles de dependencia y en cuales áreas de necesidades de los adultos mayores se requiere mayor intensidad de apoyos, de donde se puede derivar los implementos, adaptaciones al hogar, conocimientos, perfiles profesionales y en general todos los recursos que ayuden a solventar las diversas necesidades de apoyo. Todo ello demanda la existencia de Normas Oficiales y Guías de práctica clínica que

ayuden a guiar y fortalecer la regulación y las estrategias dirigidas al cuidado de las personas adultas mayores en el ámbito domiciliario por profesionales de diversas áreas de la salud y así se pueda asegurar que los productos, servicios y procesos cumplan con reglas mínimas de calidad, seguridad e información.

Las que hay están dirigidas principalmente a regular las condiciones y los servicios que se proporcionan en instituciones y establecimientos de asistencia social, como casas de día y residencias para personas mayores. Como es el caso de la NOM-031-SSA3-2012, que establece las características de los servicios de asistencia social para personas en situación de riesgo y vulnerabilidad, incluyendo criterios relacionados con el trato digno, disposiciones relacionadas con la alimentación, el vestido y la atención médica, la infraestructura y las condiciones necesarias para garantizar una atención adecuada ²⁴

Asimismo, la NOM-167-SSA1-1997 establece criterios para la prestación de servicios de asistencia social dirigidos a la población adulta mayor, incluyendo acciones orientadas a la prevención del abandono y el maltrato. En conjunto, estas disposiciones constituyen un marco normativo relevante para garantizar condiciones adecuadas de atención; sin embargo, su alcance se centra principalmente en los servicios institucionalizados,²⁵ lo que evidencia la necesidad de contar con normas específicamente dirigidas al cuidado de adultos mayores en el hogar.

Respecto a las Guías de Práctica Clínica (GPC), tampoco son específicas para el cuidado de los adultos mayores en el hogar, con las que se cuenta son por ejemplo la Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores,²⁶ que establece recomendaciones para la prevención de la discapacidad, la detección oportuna de síndromes geriátricos y la promoción de la salud. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) han desarrollado otras guías dirigidas a problemas específicos frecuentes en las personas adultas mayores, como demencia, caídas, polifarmacia e incontinencia, entre otros. Si bien algunas de estas guías incluyen recomendaciones relacionadas con el manejo y la adaptación del entorno domiciliario, su abordaje se centra principalmente en aspectos clínicos específicos y no contempla de manera integral las diversas dimensiones que intervienen en el cuidado

cotidiano de las personas adultas mayores en el hogar. Por ello, resulta necesario fortalecer las estrategias y herramientas que orienten a las familias y cuidadoras profesionales en la atención integral y continua de las necesidades de esta población en el ámbito domiciliario.

Otro recurso disponible para apoyar el cuidado de las personas adultas mayores que permanecen en sus hogares son los programas de apoyo institucional. Entre ellos se encuentra el Programa Salud Casa por Casa, iniciativa del Gobierno de México que brinda atención directamente en el domicilio mediante visitas periódicas de personal de salud, con el propósito de dar seguimiento a las condiciones de salud y necesidades de las personas adultas mayores⁹⁰. Sin embargo, este tipo de programas se basa en visitas programadas, principalmente de carácter mensual, por lo que no contempla la presencia permanente de un cuidador profesional ni la disponibilidad de atención durante jornadas extensas. Esta limitación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los apoyos domiciliarios y desarrollar alternativas que permitan responder de manera continua a las necesidades de cuidado de las personas adultas mayores en el hogar.

9.5 Brecha educativa del cuidador profesional

Un hallazgo relevante, aunque no se trata directamente de los resultados de los datos arrojados por los instrumentos, pero que es necesario comentarlo fue que se observó una variación en el manejo de los instrumentos utilizados (en la fluidez y precisión al interpretar y responder), en relación al nivel académico de los profesionales entrevistados.

Los cuidadores especialistas mostraron mayor facilidad para identificar los niveles de dependencia y las necesidades de apoyo, así como una comprensión más integral de las dimensiones evaluadas por el índice de Barthel y la escala SIS, incluso fue evidente que los especialistas ya conocían y habían manejado el índice de Barthel a diferencia sobre todo de los técnicos y pasantes que requirieron mayor tiempo para responder, en comparación con aquellos con posgrado (especialidad). Ante esta situación se hizo necesaria mayor orientación, reformular las preguntas y dar ejemplos para aclarar el sentido del ítem.

Al respecto la bibliografía hace referencia a la brecha en el grado académico entre técnicos y licenciados/especialistas, dado que en los grados académicos más altos se fomenta el conocimiento y el pensamiento crítico ocurriendo un proceso de transformación cognitiva, metodológica y discursiva durante la formación de posgrado (especialidades, maestrías y doctorados).

impacta directamente en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente, dado que, lo que ayuda a reducir la tasa de mortalidad, minimiza eventos adversos, como las complicaciones graves, infecciones, úlceras por presión y errores de medicación, frente a perfiles técnicos que a menudo se limitan a la ejecución de tareas.⁸⁸

El personal técnico suele ejecutar procedimientos concretos de manera mecánica, mientras que los profesionales con licenciatura o posgrado desarrollan habilidades de resolución de problemas, juicio clínico avanzado y liderazgo, y aplican protocolos fundamentados en la investigación actualizada, mejorando la recuperación del paciente.⁹¹

X. CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados confirman que existe una relación significativa entre el nivel de dependencia y la intensidad de necesidades de apoyo en adultos mayores cuidados en casa, lo que respalda la necesidad de transitar hacia modelos de atención domiciliaria basados en apoyos personalizados, evaluación objetiva y planificación estratégica del cuidado, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del adulto mayor y a fortalecer la sostenibilidad del sistema de salud.

Conocer la intensidad de las necesidades de apoyo de los adultos mayores cuidados en casa mejora la calidad del cuidado, evita la improvisación y reduce riesgos de accidentes ya que permite la planificación precisa del cuidado, adaptado a su grado de dependencia. Dado que permite identificar las necesidades de apoyo en 6 áreas específicas (vida en el hogar, comunidad, salud y seguridad, aprendizaje, empleo y relaciones sociales). Por lo que permite identificar una amplia gama de necesidades de apoyo del adulto mayor, que al mantenerlas satisfechas mejora su calidad de vida.

La mayoría de los adultos mayores de este estudio presentó dependencia leve; sin embargo, una proporción considerable mostró dependencia total o grave, lo que evidencia que, aun cuando permanecen en el hogar, pueden requerir cuidados de mayor complejidad. En cuanto a la intensidad de las necesidades de apoyo, esta no se distribuyó de manera homogénea entre las seis dimensiones evaluadas (vida en el hogar, participación en la comunidad, salud y seguridad, aprendizaje, empleo y relaciones sociales), lo que sugiere que la dependencia funcional tiene un impacto diferenciado en cada una de estas dimensiones y, por tanto, en los tipos e intensidad de los apoyos que requieren los adultos mayores.

Los resultados de este estudio tienen un importante aporte a la salud pública, ya que pueden constituir una base para fortalecer la planificación y organización de los servicios de atención domiciliaria, favoreciendo una asignación más adecuada de recursos humanos, materiales y económicos de acuerdo con el nivel de dependencia y la intensidad de los apoyos requeridos. También contribuye a fortalecer el enfoque de atención integral y de cuidados de larga duración, puede apoyar el diseño de estrategias

de prevención de la progresión de la dependencia, favorecer la continuidad de los cuidados en el hogar y contribuir a disminuir la sobrecarga de las familias y de los propios cuidadores. Finalmente, el estudio permite visibilizar la necesidad de desarrollar políticas y programas de atención domiciliaria sustentados en las características reales de la población adulta mayor dependiente.

De igual manera, este estudio contribuye a fortalecer la comprensión del cuidado de las personas mayores en el hogar, proporcionando información de utilidad que guíe a las instituciones educativas hacia la formación del recurso humano en la salud orientados hacia las necesidades específicas de las personas mayores, particularmente de aquellas que presentan dependencia grave o total y que requieren cuidados de mayor complejidad.

Este estudio aporta evidencia desde la perspectiva del cuidador profesional, lo cual representa una contribución relevante al campo, dado que gran parte de la literatura nacional relacionada con el cuidado en casa se centra en cuidadores informales. La evaluación realizada por profesionales de enfermería aporta información desde una perspectiva técnica, objetiva y basada en protocolos médicos con sustento teórico, en donde el cuidado domiciliario es un ámbito especializado que requiere competencias clínicas, educativas y de gestión, específicas para la complejidad del cuidado en casa.⁹²

XI. LIMITACIONES

Una limitación del estudio fue no haber incorporado una medida estandarizada del nivel socioeconómico de las personas adultas mayores, lo que impidió analizar su posible relación con el nivel de dependencia y las necesidades de apoyo. Esta variable constituye un factor contextual relevante, ya que los ingresos, las condiciones de vivienda, el acceso a servicios de salud y la disponibilidad de recursos pueden influir en la autonomía de la persona adulta mayor y en las posibilidades de recibir cuidados y apoyos adecuados. Si bien se establecieron cuotas para favorecer una mayor homogeneidad en la selección de la muestra, estas no permiten determinar el efecto específico de las condiciones socioeconómicas sobre las variables estudiadas. Por ello, los resultados deben interpretarse considerando la posible influencia de factores socioeconómicos no evaluados. Para futuras investigaciones se recomienda incorporar una medida estandarizada del nivel socioeconómico que permita analizar su asociación con la dependencia funcional y las necesidades de apoyo, contribuyendo así a identificar desigualdades y orientar intervenciones y estrategias de atención dirigidas a los grupos más vulnerables.

Otra limitación es el uso de la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) para la obtención de los datos, ya que fue desarrollada originalmente para evaluar las necesidades de apoyo en personas adultas con discapacidad intelectual y del desarrollo, y su uso en población geriátrica ha sido limitado, se encontraron algunos trabajos de tesis en los que se ha utilizado,⁹³ pero no se encontró ningún artículo publicado. No obstante, se consideró pertinente su utilización debido a que el constructo evaluado “las necesidades e intensidad de los apoyos requeridos” es congruente con el objetivo del estudio y permite complementar la valoración de la dependencia funcional mediante el índice de Barthel. Además de evaluar dominios funcionales relevantes para el adulto mayor, como actividades de la vida diaria, participación comunitaria, salud y seguridad, lo que sustenta su pertinencia conceptual en esta población.

XII. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable dependiente: Necesidades de apoyo

Definición conceptual: Ausencia de recursos y estrategias útiles para promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal que mejoran el funcionamiento individual.		Definición operacional: Es la carencia o escasez de apoyos o recursos referidos a personas, programas, equipos, aditamentos y opciones que le permitirían al adulto mayor adaptarse al contexto para disminuir su nivel de dependencia. Para determinar su intensidad se miden en tiempo, frecuencia y tipo de necesidades. Con su medición se obtendrán puntuaciones que determinan la intensidad de necesidades de apoyo.
Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Actividades de la vida diaria	Preguntas de la parte A: 1, 2,3, 4,5 ,6 ,7 y 8.	Es escala de intervalo ya que se trata como si las diferencias entre categorías fueran iguales, aunque no haya un cero absoluto real y se sumaran los puntajes obteniendo el total o porcentaje. Dado que se miden tres aspectos de cada ítem la escala se divide en frecuencia, tiempo y tipo de apoyo como se muestra a continuación: Frecuencia del apoyo 4=Cada hora o con más frecuencia. 3=Al menos una vez al día, pero una vez cada hora. 2=Al menos una vez a la semana, pero no una vez al día. 1= Al menos una vez al mes, pero no una vez a la semana. Tiempo diario de apoyo 4= 4 horas o más. 3= Más de 2 horas menos de 4 horas. 2= Más de 30 minutos menos de 2 horas. 1= Menos de 30 minutos. 0= Nada. Tipo de apoyo 4=Ayuda física total. 3=Ayuda física parcial. 2=Incitación verbal o gestual. 1=Supervisión. 0=Ninguno.
Actividades de la vida en la comunidad	Preguntas de la parte B: 1,2, 3, 4,5 ,6 ,7 y 8.	
Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida	Preguntas de la parte C: 1, 2, 3,4 5, 6,7, 8 y 9.	
Actividades de empleo	Preguntas de la parte D: 1, 2, 3, 4, 5 ,6 ,7 y 8.	
Actividades de salud y seguridad	Preguntas de la parte E: 1, 2, 3, 4, 5, 6 ,7 y 8.	
Actividades sociales	Preguntas de la parte F: 1,2, 3, 4,5 ,6 ,7 y 8.	
Actividades de protección y defensa	Preguntas de la parte: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8	
Necesidades excepcionales de apoyo médicos y conductuales	Sección 3 A Necesidades de apoyo médicas	Para las necesidades excepcionales de apoyo médicas y conductuales la escala es: 0= No necesita apoyo 1=Necesita algún apoyo 2= Necesita apoyo extenso

	Cuidado respiratorio: 1, 2 ,3 y 4. Ayuda en alimentación: 5,6 y 7. Cuidados de la piel: 8 y 9. Otro cuidado excepcional: 10, 11, 12,13, 14,15 y 16. Sección 3B Necesidades de apoyo conductuales: Destructividad dirigida hacia el exterior: 1,2 y 3. Destructividad autodirigida: 4,5 y 6. Sexual: 7 y 8. Otros: 9,10 ,11 ,12 y 13.	
--	---	--

Variable independiente: nivel de dependencia

Definición conceptual		Definición operacional
El nivel de dependencia evalúa la necesidad de ayuda de una persona en la realización de tareas básicas diarias, atendiendo al número promedio de veces que se produce por jornada y al tipo de apoyo de una tercera persona que hace falta en cada una de estas tareas que el enfermo no puede realizar solo.		Para este estudio nivel de dependencia será el grado de dificultad funcional de los adultos mayores para realizar las actividades de la vida diaria y requiera asistencia o algún tipo de apoyo para realizarlas, ya sea por falta o pérdida de capacidades físicas, psíquicas y/o intelectuales. Se medirá en cinco niveles total, grave, moderada, leve e independiente.
Dimensiones	indicadores	Escala de medición
comer	1.-incapaz (0) 2.- necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. (5) 3.- independiente (10)	La escala es de razón, ya que se puede obtener un cero absoluto que representa a la dependencia total, las distancias entre valores son iguales y significativas por ejemplo la diferencia entre 40 y 50 puntos es igual que entre 70 y 80, además de que se pueden hacer operaciones matemáticas como sumar o calcular promedios.
Trasladarse entre la silla y la cama	1.-incapaz, no se mantiene sentado (0) 2.-necesita ayuda importante, puede estar sentado (5) 3.-necesita algo de ayuda (10) 4.- independiente (15)	
Aseo personal	1.- necesita ayuda con el aseo personal (0) 2.- independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse (5)	
Uso del retrete	1.-dependiente (0) 2.-necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo (5) 3.-independiente (10)	
Bañarse o ducharse	1.-Dependiente (0) 2.- independiente para bañar se o ducharse (5)	Para asignar el nivel de dependencia las puntuaciones se agruparán de la siguiente manera: <20 dependencia total, 20-35 dependencia grave, 40-55 dependencia moderada, >60 dependencia leve y 100 independiente
desplazarse	1.-inmovil (0) 2.-independiente en silla de ruedas en 50 m (5) 3.-andar con pequeña ayuda de una persona (10) 4.-independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muletas, excepto andador (15)	
Subir y bajar escaleras	1.- incapaz (0) 2.-necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta (5) 3.-independiente para subir o bajar (10)	
Vestirse y desvestirse	1.-dependiente (0) 2.-necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda (5) 3.-independiente incluyendo botones, cremallera, cordones, etc. (10)	
Control de heces	1.-incontinente (0) 2.- accidente excepcional (5) 3.- continente (10)	
Control de orina	1.-incontinente o sondado incapaz de cambiar la bolsa (0) 2.-accidente excepcional (5) 3.-continente, durante al menos 7 días (10)	

Anexo 2. Instrumentos

1. Datos generales de los participantes

Edad: _____ Grado académico: _____

Para tus contrataciones de cuidado a domicilio estas agremiado a algún grupo/gabinete de cuidado Sí _____ No _____

Tiempo de experiencia como cuidador de adultos mayores en casa (no importa que no sea de manera continua): _____

Tiempo cuidado al adulto mayor al que se cuida actualmente: _____

Actualmente a cuantos adultos mayores cuida: _____

Tipo de cuidado que proporciona al adulto mayor:

a) de acompañamiento: _____

b) Complementario _____

c) Sustitutivo _____

Al adulto mayor que cuida es: sano _____ enfermo: _____ De que está enfermo: _____

2. Índice de Barthel

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

3. Escala de intensidad de necesidades de apoyo



Escala de intensidad de apoyos

Versión para adultos
(16 años y más)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			Fecha de aplicación Año Mes Días		
Nombre			Fecha de nacimiento		
Apellidos			Edad cronológica		
Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer					
Dirección					
Localidad/Provincia/C.P.					
Teléfono			Lengua hablada en casa		
PROVEEDORES DE APOYOS ESENCIALES (INDIVIDUOS U ORGANIZACIONES):					
Nombre		Relación con la persona		Teléfono	
Otra información pertinente					
Nombre de los encuestados		Relación con la persona		Idioma	
Entrevistador		Puesto de trabajo			
Agencia / Afiliación		Teléfono			
Dirección		Correo electrónico			



Autores: J. R. Thompson, B. R. Bryant, E. M. Campbell, E. M. Craig, C. M. Hughes, D. A. Rotholz, R. L. Schalock, W. P. Silverman, M. J. Tassé, M. L. Wehmeyer
Adaptación española: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez y Alba Ibáñez García (INICO, Universidad de Salamanca)
Copyright original © 2004 by AAMR, Asociación Americana de Retraso Mental.
Copyright de la adaptación española © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid (España). Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Impreso en España. Printed in Spain.

SECCIÓN 1. ESCALA DE NECESIDADES DE APOYO

INSTRUCCIONES: Identifique la Frecuencia, el Tiempo de apoyo diario y el Tipo de apoyo que el entrevistado indica que es necesario para que la persona evaluada tenga éxito en los seis dominios de actividad (partes A-F). Rodee el número apropiado **(0-4) para cada parámetro** (es decir, Frecuencia, Tiempo diario de apoyo y Tipo de apoyo; ver la clave de puntuación de la parte inferior). Suma las puntuaciones de los tres parámetros de cada una las actividades que se examinan para obtener las puntuaciones directas. Suma las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

- 1 Esta escala debería ser cumplimentada sin considerar los servicios o apoyos proporcionados o disponibles actualmente.
- 2 Las puntuaciones deberían reflejar los apoyos que serían necesarios para que esta persona tuviera éxito en cada actividad.
- 3 Si un individuo utiliza ayudas técnicas, el funcionamiento de la persona debería ser valorado considerando que emplea dichas ayudas.
- 4 Cumplimente TODOS los ítems, incluso si la persona no está realizando actualmente alguna de las actividades que se examinan.

PARTE A Actividades de la vida en el hogar	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Utilizar el servicio.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Encargarse de la ropa (incluyendo lavar).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Preparar comidas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Comer.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Cuidar y limpiar la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Vestirse.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Bañarse y cuidar la higiene personal.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Manejar los aparatos de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de la vida en el hogar				

Introducir la puntuación directa (máx.=92) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte A, actividades de la vida en el hogar

CLAVE DE PUNTUACIÓN

FRECUENCIA	TIEMPO DIARIO DE APOYO	TIPO DE APOYO
¿Con qué frecuencia se necesita apoyo para esta actividad?	En un día típico en el que se necesita apoyo en esta área, ¿cuánto tiempo debería dedicarse?	¿Qué tipo de apoyo se debe proporcionar?
0 = Nunca o menos de una vez al mes.	0 = Nada.	0 = Ninguno.
1 = Al menos una vez al mes, pero no una vez a la semana.	1 = Menos de 30 minutos.	1 = Supervisión.
2 = Al menos una vez a la semana, pero no una vez al día.	2 = 30 minutos o menos de 2 horas.	2 = Incitación verbal o gestual.
3 = Al menos una vez al día, pero no una vez cada hora.	3 = 2 horas o menos de 4 horas.	3 = Ayuda física parcial.
4 = Cada hora o con más frecuencia.	4 = 4 horas o más.	4 = Ayuda física total.

Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (ver clave de puntuación). Complete TODOS los ítems, incluso si la persona no está llevando a cabo actualmente alguna de las actividades examinadas. Sume las puntuaciones de los tres parámetros de cada actividad para conseguir una puntuación directa. Sume las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

PARTE B Actividades de la vida en la comunidad	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Moverse de un sitio a otro por toda la comunidad (transporte).	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Participar en actividades recreativas o de ocio en los entornos de la comunidad.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Usar los servicios públicos en la comunidad.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Ir a visitar amigos y familia.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Participar en las actividades comunitarias preferidas (parroquia, voluntariado...).	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Ir de compras y adquirir bienes y servicios.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Interactuar con miembros de la comunidad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Acceder a edificios y entornos públicos.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de la vida en la comunidad Introducir la puntuación directa (máx.=91) en el Perfil de la SES, de la página 8, sección 1A, parte B, actividades de la vida en la comunidad				

PARTE C Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Interactuar con otros en actividades de aprendizaje.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Participar en las decisiones educativas o de formación.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3 4	
3. Aprender y usar estrategias de solución de problemas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Usar la tecnología para aprender.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Acceder a los contextos educativos o de formación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Aprender funciones intelectuales básicas (leer señales, contar el cambio, etc.).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Aprender habilidades de salud y educación física.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Aprender habilidades de autodeterminación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
9. Aprender estrategias de autodirección.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida Introducir la puntuación directa (máx.=104) en el Perfil de la SES, de la página 8, sección 1A, parte C, actividades de aprendizaje a lo largo de la vida				

Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (ver clave de puntuación). Complete TODOS los ítems, incluso si la persona no está llevando a cabo actualmente alguna de las actividades examinadas. Sume las puntuaciones de los tres parámetros de cada actividad para conseguir una puntuación directa. Sume las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

PARTE D Actividades de empleo	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Acceder y recibir adaptaciones en el trabajo o tarea.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Aprender y usar habilidades específicas de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Interactuar con compañeros de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Interactuar con supervisores y preparadores.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Completar tareas relativas al trabajo con una velocidad aceptable.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Completar tareas relativas al trabajo con una calidad aceptable.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Cambiar tareas de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Buscar información y ayuda de la empresa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	

Puntuación directa TOTAL
Actividades de empleo

Introducir la puntuación directa (máx.=87) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte D, actividades de empleo

PARTE E Actividades de salud y seguridad	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Tomar la medicación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Evitar riesgos para la salud y la seguridad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Obtener servicios de cuidado para la salud.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Ambular y moverse.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Aprender a acceder a los servicios de emergencia.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Mantener una dieta nutritiva.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Mantener la salud y la buena forma física.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Mantener el bienestar emocional.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	

Puntuación directa TOTAL
Actividades de salud y seguridad

Introducir la puntuación directa (máx.=94) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte E, actividades de salud y seguridad

CLAVE DE Puntuación

FRECUENCIA	TIEMPO DIARIO DE APOYO	TIPO DE APOYO
¿Con qué frecuencia se necesita apoyo para esta actividad?	En un día típico en el que se necesita apoyo en esta área, ¿cuánto tiempo debería dedicarse?	¿Qué tipo de apoyo se debe proporcionar?
0 = Nunca o menos de una vez al mes.	0 = Nada.	0 = Ninguno.
1 = Al menos una vez al mes, pero no una vez a la semana.	1 = Menos de 30 minutos.	1 = Supervisión.
2 = Al menos una vez a la semana, pero no una vez al día.	2 = 30 minutos o menos de 2 horas.	2 = Incitación verbal o gestual.
3 = Al menos una vez al día, pero no una vez cada hora.	3 = 2 horas o menos de 4 horas.	3 = Ayuda física parcial.
4 = Cada hora o con más frecuencia.	4 = 4 horas o más.	4 = Ayuda física total.

PARTE F		Frecuencia				Tiempo diario de apoyo				Tipo de apoyo				Puntuaciones directas	
Actividades sociales		0	1	2	3	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	Socializarse dentro de la casa.														
2.	Participar en actividades recreativas o de ocio con otros.														
3.	Socializarse fuera de la casa.														
4.	Hacer y conservar amistades.														
5.	Comunicarse con otros acerca de las necesidades personales.														
6.	Utilizar las habilidades sociales apropiadas.														
7.	Implicarse en relaciones de amor e íntimas.														
8.	Dedicarse al trabajo de voluntariado.														

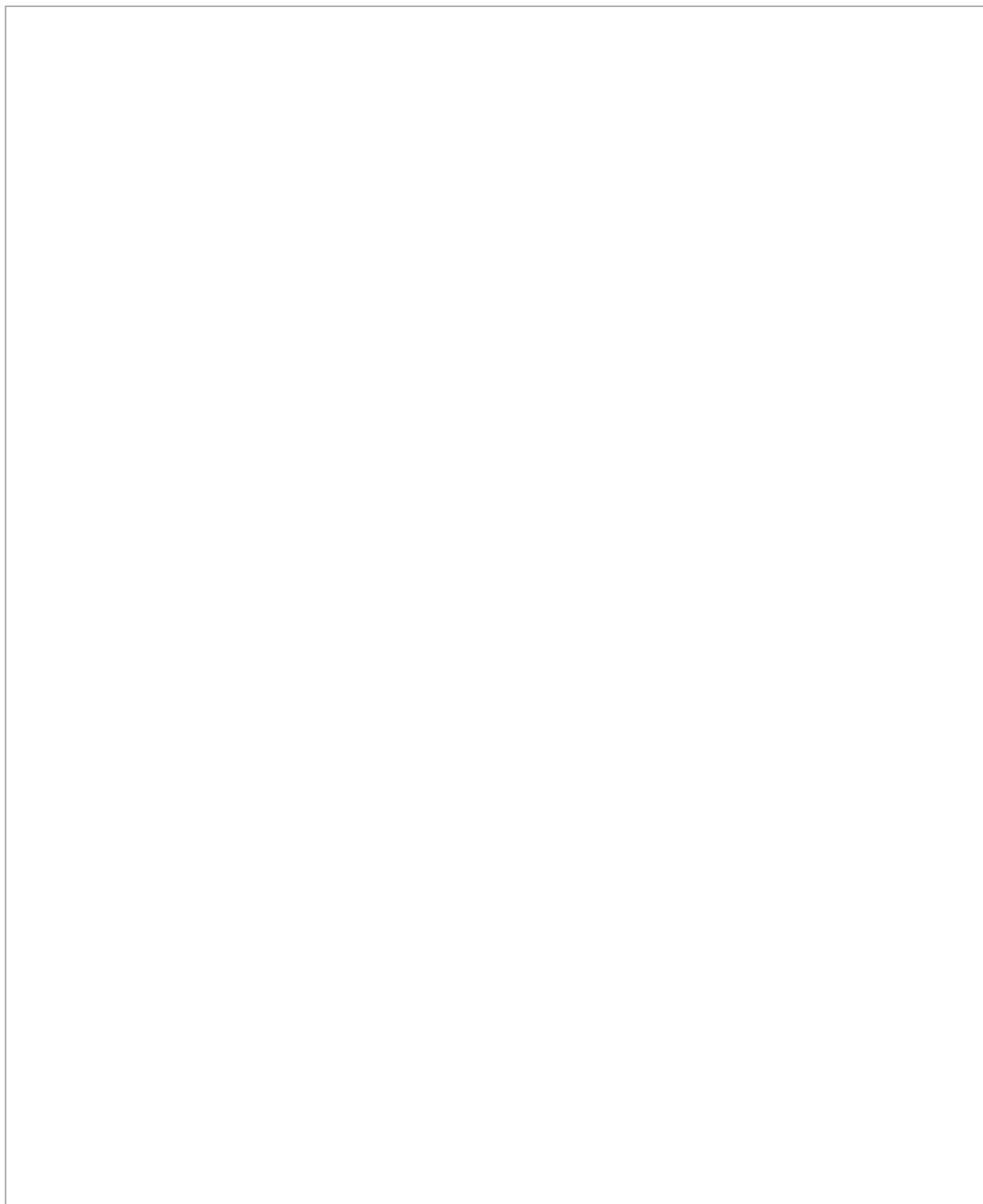
Puntuación directa TOTAL
Actividades sociales
 Introducir la puntuación directa (máx.=93) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte F, actividades sociales

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		Sección 1a. Escala de necesidades de apoyo			
Nombre		1. Introducir las puntuaciones directas de las partes A a F de las páginas 2 a 5. 2. Introducir las puntuaciones totales y los percentiles usando el apéndice 7.1. 3. Introducir el índice de Necesidades de apoyo usando el apéndice 7.2.			
Fecha de aplicación		Subescalas de actividad	Puntuaciones directas totales (de las páginas 2-5)	Puntuaciones típicas (ver apéndice 7.1)	Percentiles de las subescalas (ver apéndice 7.1)
Nombre del entrevistador		A. Vida en el hogar			
		B. Vida en comunidad			
		C. Aprendizaje a lo largo de la vida			
		D. Empleo			
		E. Salud y seguridad			
		F. Social			
		TOTAL de las puntuaciones estándar (suma)			
		ÍNDICE DE NECESIDADES DE APOYO (Puntuación estándar compuesta) (ver apéndice 7.2.)			
		Percentil del índice de Necesidades de apoyo (ver apéndice 7.2.)			

Sección 1b. Perfil de necesidades de apoyo								
Rodee la puntuación estándar para cada subescala de actividades y el índice de Necesidades de apoyo. Después conecte los círculos de las subescalas con una línea para formar el perfil.								
Percentiles	A Vida en el hogar	B Vida en comunidad	C Aprendizaje a lo largo de la vida	D Empleo	E Salud y seguridad	F Social	Índice de Necesidades de apoyo	Percentiles
99	17-20	17-20	17-20	16-20	17-20	18-20	>137	99
95	16	15-16	15-16	15	15-16	15-17	121-127	95
90	15	14	14	14	14	14	117-120	90
85	14	13	13	13	13	13	114-116	85
80	13	13	12	12	12	12	111-113	80
75	12	12	11	11	11	11	109-110	75
70	11	11	10	10	10	10	107-108	70
65							104-106	65
60							102-103	60
55							101	55
50	10	10	10	10	10	10	98-100	50
45							96-97	45
40	9	9	9	9	9	9	93-95	40
35							91-92	35
30	8	8	8	8	8	8	89-90	30
25	7	7	7	7	7	7	87-88	25
20							84-86	20
15							82-83	15
10	6	6	6	6	6	6	79-81	10
5							75-78	5
1	1-5	1-5	1-4	1-4	1-4	1-5	<73	1

Anexo 3. Aprobación del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública

Anexo 4. Aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFE) de la UASLP



Anexo 5. Flyer de invitación para participar en la investigación



¿ERES CUIDADOR PROFESIONAL DE ADULTOS MAYORES EN CASA?

Si eres profesional de enfermería **licenciado, técnico o pasante**, te invitamos a participar en nuestro proyecto de investigación:

“NIVEL DE DEPENDENCIA Y NECESIDADES DE APOYO DE ADULTOS MAYORES CUIDADOS EN CASA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES”

CONTACTO

LEO. Jose Sabino Puebla Ortiz
Estudiante de la maestría en Salud Pública de la UASLP
4442859294
a260580@alumnos.uaslp.mx

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez
Directora de Tesis
4448575344
ma.perez@uaslp.mx

Anexo 6. Resultados de la prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con el objetivo de identificar dificultades en la aplicación y manejo de los instrumentos, la necesidad de hacer modificaciones semánticas a las preguntas, calcular el tiempo que se invierte en su aplicación, la disponibilidad de los participantes para responder, así como las vías más aceptadas para aplicar los cuestionarios. A continuación, se muestran los resultados:

1) Sobre los participantes

Se aplicó a 6 profesionales de enfermería, con un promedio de edad de 30 años. Fueron 2 mujeres y 4 hombres de los cuales 5 fueron solteros y 1 casado. Respecto al nivel de educación, 2 tenían especialidad y 4 licenciatura. 5 proporcionan cuidados complementarios y 1 cuidado sustitutivo. En relación con el tiempo que llevan cuidando al adulto mayor 2 llevan 3-6 meses, 2 de 7 a 12 meses y 2 más de 12 meses. En promedio de número de horas al cuidado del adulto mayor 1 son menores de 7 hrs, 3 son de 7 a 10 hrs y 2 mayor a 10 hrs. Con una experiencia como cuidador de la cual tienen de 4 a 3 años y 2 de 4 a 6 años de experiencia y 4 no pertenecen a algún grupo o gabinete de cuidadores.

2) Sobre el acceso a los participantes

Previo a la prueba piloto se tuvo un acercamiento con los posibles participantes, en donde a través de la publicación de un flyer (Anexo 3) para invitar a profesionales del cuidado a participar y a contestar un cuestionario breve elaborado en Google forms para tener la caracterización de posibles participantes y del adulto mayor al que cuidan. Para la prueba piloto se eligió a profesionales del cuidado que contestaron el cuestionario pero que en este momento no están cuidando a un adulto mayor. Se tomó esta determinación dado que el objetivo de la prueba piloto va encaminado hacia aspectos relacionados con la organización, logística y manejo de los instrumentos y porque puede ser que por la distancia en el tiempo no recuerden bien la situación en la que se encontraba el adulto mayor al que cuidaron, por lo que los datos podrían ser erróneos.

Con la información previa que proporcionaron quienes respondieron el cuestionario breve, fueron seleccionados 10 profesionales, los cuales fueron contactados a través del número de WhatsApp que proporcionaron, para coordinar con ellos el día, la hora y el lugar para la aplicación de los instrumentos.

De los 10 posibles participantes 4 no respondieron al mensaje que se les envió para invitarlos a participar, por ello únicamente se quedaron 6 en la prueba piloto, por lo que se debe tomar en cuenta para la muestra final, que hay un porcentaje importante que posiblemente no responderá.

3) sobre el consentimiento informado

De los participantes que aceptaron participar, a quienes prefirieron que la aplicación fuera presencial, se les entregó el consentimiento informado y junto con ellos se leyó y lo firmaron si estuvieron de acuerdo en participar. A los 5 que prefirieron que se les aplicara el cuestionario a través de una videollamada, a ellos se les proyectó el consentimiento informado en la pantalla a través de la función de compartir pantalla, para leerlo y explicarlo detalladamente.

A raíz de la aplicación se planeó en resaltar con amarillo los datos más importantes que se consideró debían conocer sobre el estudio y los aspectos éticos y legales para que fuera más fácilmente identificable cada uno de los artículos. Una vez que ya no tenían dudas y aceptaron participar de forma voluntaria se continuó con la aplicación de los instrumentos.

4) Sobre la aplicación de los instrumentos

De los 6 que aceptaron participar 3 prefirieron que fuera presencial, por lo que se les citó en el espacio universitario en horario vespertino, se entregaron los instrumentos, se explicó la forma de responderlos y tardaron aproximadamente 30 min. en responderlos.

Para los 3 participantes que prefirieron que la aplicación a través de una videollamada en la plataforma zoom, se proyectaron los instrumentos compartiendo pantalla. El instrumento se proyectó y el investigador lo tenía en papel para marcar las respuestas de acuerdo con como las iba señalando el participante. Para el segundo instrumento (Escala

de intensidad de necesidades de apoyo) fue un poco complicado, dado que cada pregunta debe tener tres respuestas respecto a frecuencia, tiempo y tipo y además tiene opciones de respuesta que van de 0 a 4 de acuerdo con la necesidad de apoyo.

Para que fuera más sencillo responder, al compartir pantalla, fue necesario dividir la pantalla para que el participante observara en una mitad de la pantalla la encuesta y en la otra mitad la tabla de respuesta.

La duración de la aplicación fue de aproximadamente 30 minutos y se observó ligera dificultad para la comprensión en los dominios de actividades de vida en el hogar específicamente en el ítem 1, actividades sociales en los ítems 6 y 7; y en el dominio de aprendizaje a lo largo de la vida en los ítems 2, 5, 8 y 9. De estos ítems en 1 de ellos se modificó una palabra para que se entendiera mejor y en el resto de los ítems se buscaron ejemplos para clarificar lo que se quería preguntar como se muestra en el cuadro 10:

CUADRO 10. Ejemplos utilizados para mejorar la comprensión de los ítems en la escala SIS

ITEM ORIGINAL	ITEM MODIFICADO O CON EJEMPLOS
DOMINIO: Actividades de la vida en el hogar	
1. Utiliza el servicio	1. Utiliza el baño
DOMINIO: Actividades sociales	
6. Utiliza las habilidades sociales apropiadas	6. Por ejemplo saludar, pedir por favor, dar las gracias, despedirse, entre otros.
7. implicarse en relaciones de amor e íntimas	7. Por ejemplo con su pareja o hijos (si los tiene) o algunas personas cercanas, como amigos o vecinos.
DOMINIO: Aprendizaje a lo largo de la vida	
2. Participar en las decisiones educativas o de formación.	2. Por ejemplo, si el adulto mayor quisiera aprender alguna cosa nueva (del tipo que sea el aprendizaje) que tanto apoyo necesitaría para participar en esta decisión.
5. Acceder a los entornos educativos o de formación	5. Por ejemplo, asistir a algún lugar, o conectarse si fuera en línea.
8. Aprender habilidades de autodeterminación	8. Por ejemplo decidir qué quiere hacer o que objetivos quiere cumplir
9. Aprender habilidades de autodirección	9. Por ejemplo saber cómo cumplir lo que quiere hacer mediante una serie de pasos

Fuente: Elaboración propia

5) sobre el entrevistador

Antes de aplicar los cuestionarios fue necesario leer detenidamente cada ítem y pensar en posibles ejemplos de cada uno por si fuera necesario ampliar la explicación de algunos ítems. Se prepararon suficientes fotocopias de cada instrumento, dado que, aunque fuera en línea se usó un cuestionario por cada participante. También se preparó desde antes la plataforma por la que se haría la aplicación de los cuestionarios, verificando la intensidad de la señal, que se escuchara bien y que la imagen estuviera clara.

Se identificó que era necesario darles una explicación muy detallada de cómo se responde la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) para la comprensión de las respuestas en la frecuencia, el tiempo y el tipo de apoyo que necesita el adulto mayor cuidado, también se identificó la necesidad de al finalizar cada dominio de la escala SIS hacer una breve descripción de la situación identificada en el adulto mayor para confirmar la situación global del adulto mayor.

6) Sobre el entrevistado

Se contactó de manera rápida a los participantes por medio de WhatsApp, se identificó fácil comprensión de la mayoría de los ítems y una buena interacción, además de tener la disposición de mantenerse durante todo el tiempo de la aplicación de los 2 instrumentos. Algunos de ellos aportaron otros posibles participantes.

Anexo 7. Consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Permítame presentarme, soy José Sabino Puebla Ortiz estudiante de la Maestría en Salud Pública, me gustaría invitarlo(a) a participar en el proyecto titulado “NIVEL DE DEPENDENCIA Y NECESIDADES DE APOYO DE ADULTOS MAYORES CUIDADOS EN CASA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES “, este proyecto pretende identificar la relación entre el nivel de dependencia y las necesidades de apoyo en el adulto mayor cuidado en casa visto desde los cuidadores profesionales.

Sabemos que usted se desempeña cuidando a adultos mayores en casa, por esa razón le estamos invitando a participar este proyecto, si acepta le pediremos que conteste dos cuestionarios relacionados con la situación en la que se encuentra el adulto mayor al que usted cuida. Un cuestionario identifica el nivel de dependencia y el otro mide la Intensidad de las necesidades de Apoyo.

La aplicación de los dos instrumentos puede ser en línea o presencial, como usted lo prefiera y en total tendría una duración aproximada de 45 minutos. Es importante mencionarle que con su participación no tiene ningún riesgo ya que solo contestará preguntas de un instrumento. Su participación es totalmente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que usted lo decida sin que por ello tenga alguna repercusión y sin que deba dar explicaciones por su decisión.

Durante su participación puede preguntar al investigador cualquier duda que tenga en cualquier momento. Los datos que usted nos proporcione serán anónimos y confidenciales, estarán bajo el resguardo del investigador principal y en ningún momento será posible identificarle de ninguna forma. Estarán protegidos de acuerdo a lo señalado por la Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de los Particulares y sólo se usarán con fines de investigación.

En caso de que el participante no pueda responder alguna sección de los instrumentos no se tomara en cuenta para el estudio ya que es necesario responder el 100% de las secciones para poder obtener una puntuación.

Los resultados de este estudio serán publicados en conjunto con los datos de otros participantes y se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada. Cabe mencionar que no recibirá ningún pago por participar en el estudio, pero tampoco implicará algún costo para usted, pero será de gran ayuda para identificar qué necesitan los adultos mayores que son cuidados en casa para de esa manera poder planificar estrategias y recursos que faciliten el cuidado.

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, puede comunicarse con toda confianza y en cualquier momento, al siguiente contacto: Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez, investigadora responsable del estudio. Facultad de Enfermería y Nutrición, UASLP., Av. Niño Artillero #130, Zona Universitario Poniente, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P. Teléfono: 44 48 26 23 00, Ext. 5080. Correo electrónico: ma.perez@uaslp.mx

Aviso de privacidad:

En cumplimiento al deber de resguardo de información y de datos personales, con fundamento en el Artículo 3, fracción 1, 8, 12, 15, 16, relativos a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, ponemos a su disposición el presente aviso de privacidad.

Después de haber leído y resuelto cualquier duda, si Usted acepta participar, por favor firme abajo como forma de expresar su acuerdo en que ha sido informado sobre el estudio, los procedimientos y riesgos asociados y que, al firmar este documento, autoriza su participación de manera libre y voluntaria.

Registre su nombre y firma en este documento del cual se le entregara una copia.

Participante:

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Testigo 1

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el participante: _____

Fecha: _____

Testigo 2

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el participante: _____

Fecha y hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha y hora: _____

El estudiante investigador de este estudio José Sabino Puebla Ortiz, así como todo el equipo de investigación, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporciona, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados. Los datos personales que solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección del correo a260580@alumnos.uaslp.mx

Anexo 8. Oficio de no conflicto de intereses y derechos de autoría

NO CONFLICTO DE INTERESES Y DERECHOS DE AUTORIA

Los autores del presente protocolo declaran que no existe conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener algún tipo de beneficio económico por desarrollar en el proyecto. Así mismo declaran que el proyecto no responde al interés de ninguna empresa o institución con fines comerciales, sino que se trata de un proyecto académico. Por lo que nos comprometemos a priorizar nuestras obligaciones primarias para con los participantes; respetando en todo momento sus derechos y promoviendo su bienestar, aún por encima de los objetivos e intereses. Para constancia de lo anterior firmamos de conformidad todos los involucrados

NOMBRE Y FIRMA
DIRECTORA DE TESIS

NOMBRE Y FIRMA
ALUMNO TESISISTA

NOMBRE Y FIRMA
COASESOR DE TESIS

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Gobierno de México. Transición epidemiológica y salud pública. 2022;(8). Disponible en: <https://acortar.link/gZ4qvx>
- ² Sotomayor Preciado AM, Zhunio Bermeo FI, Ajila Saraguro AB, Peláez Días PA. Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. Dominio de las Ciencias. 2022; 8(Extra-3):722-34 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637898>
- ³ Aguirre Raya DA, Elers Mastrapa Y, Oria Saavedra M, Pascual Cuesta Y, Aguirre Raya DA, Elers Mastrapa Y, et al. Comunicación de Enfermería con el adulto mayor o su cuidador en una comunidad del Municipio 10 de octubre, 2018. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 30 de enero de 2025];19(4): 1-14. Disponible en: <https://n9.cl/ydxdm0>
- ⁴ Schalock R. La nueva definición de discapacidad intelectual, los apoyos individuales y los resultados personales. En Verdugo MA., Nieto T, Jordán B y Crespo M. (coord.), Mejorando resultados personales para una calidad de vida (pp.69-94). Salamanca: Amarú, 2009. Disponible en: <https://sid.usal.es/idos/F8/ART11724/Schalock.pdf>
- ⁵ Chilán Guerrero DO, Domínguez Chóez IP, López Mera GE, Saltos Vásquez LJ, Soledispa Pibaque LJ, Veliz Piloza EJ, et al. Rol de Enfermería y el Cuidado Humanizado en los Adultos Mayores. Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar. 2024; 8(4): 7781-7793. Disponible en: <https://goo.su/6rV3Bz>
- ⁶ Verdugo MA, Ibáñez A, Arias B. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS): Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. Siglo cero. 2007 [citado 30 de enero de 2025]; 38(2):5-16. Disponible en: <https://www.La Escala de Intensidad de Apoyos SIS Ad.com>
- ⁷ INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN). Instituto Nacional de Estadística y Geografía, para el segundo trimestre de 2022. [internet]. 2022. (citado junio de 2025). Disponible en: <https://goo.su/JYui3>
- ⁸ Castillo Sánchez Y, Karam Calderón MÁ, Ramírez Durán N, Moreno Pérez MP. Dependencia social y económica del adulto mayor residente del municipio de Metepec, Estado de México. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. 2020. 8(spe5): 1-26. Disponible en: <https://goo.su/RK0T9w>
- ⁹ Montenegro Saldaña L, Salazar Roque C, De la Puente Olortegui C, Gómez Sarapura A, Ramírez Aranda E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Médica Peruana. 2009;26(3):169-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96618972005>
- ¹⁰ INEGI. En San Luis Potosí somos 2 822 255 habitantes: censo de población y vivienda 2020. [internet]. 2021. (citado enero 2025). Disponible en: <https://goo.su/wudYw>

-
- ¹¹ INEGI. Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva. Comunicado de prensa núm. 44/21. 2021. Disponible en: <https://goo.su/3LXkD>
- ¹² INEGI. Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados 2022. (ENASIC). [internet]. 2023. (citado junio de 2025): 1 - 6. Disponible en: <https://goo.su/Sh2Eq>
- ¹³ Fernández Alba R, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm glob. junio de 2010. Disponible en: <https://goo.su/ANzW3>
- ¹⁴ Badenes Plá N, López MA. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. EKAINA; 2011. <https://goo.su/ZnTwJn>
- ¹⁵ Instituto Nacional de Personas adultas mayores. Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. Gobierno de México. [internet]. 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores>
- ¹⁶ Paz mental. Cuánto se cobra por cuidar a un adulto mayor en México. [internet]. 2024. Disponible en: <https://www.pazmental.mx/tu-historia-es-nuestra-historia>
- ¹⁷ Puchi C, Jara P, Puchi C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Enfermería universitaria. diciembre de 2015;12(4):219-25. Disponible en: <https://goo.su/kptTU>
- ¹⁸ OMS. Salud mental de los adultos mayores. [internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- ¹⁹ Soria Romero Z, Montoya Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población. 2017; 23(93):59-93. Disponible en: <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- ²⁰ García-Peña C, Gutiérrez-Robledo LM, García-Chanes RE, López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. Sistema nacional de cuidados para personas mayores. Salud Pública Mex. 2024;66:599-606. Disponible en: <https://n9.cl/jsi8s9>
- ²¹ Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez AM, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Salud Uninorte. 2022; 37(2): 448-505. Disponible en: https://www.Adulto_mayor_envejecimiento_discapacidad_cuidado.com
- ²² Secretaría de Salud. Sistema de cuidados para las personas mayores con dependencia en México: Diagnóstico y elementos clave para el diseño e implementación. [En línea]. Instituto Nacional de Geriatria. 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/978974/SistemaCuidadosPersonasMayores_INGER-2025.com
- ²³ Cámara de diputados. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Diario Oficial de la Federación. 2024. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- ²⁴ Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos

mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la Federación. 2012. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#gsc.tab=0

²⁵ Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Diario Oficial de la Federación. 1999. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>

²⁶ Gobierno de México. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades. 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/guia-clinica-para-atencion-primaria-a-las-personas-adultas-mayores>

²⁷ Comité de ministros de los Estados miembros. Recomendación No. (98) 9 relativa a la dependencia (Adaptada por el comité de miembros el 18 de septiembre de 1998 en la 641ª Reunión de delegados de ministros). 1998: 11 - 21. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>

²⁸ OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. [Internet]. 2017. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

²⁹ Jiménez Balón JE. Prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores: elementos para la construcción de una política pública. En Gutiérrez LM, Lara L, Vega S (coord.). Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. México. Universidad Autónoma Metropolitana-Rectoría Unidad Xochimilco/ Grupo interdisciplinario de estudios sobre el envejecimiento/ Instituto nacional de geriatría. 2013: 69-96. Disponible en: <https://goo.su/zKKV0>

³⁰ Academia nacional de medicina. Envejecimiento y dependencia realidades y previsión para los próximos años. Intersistemas editores. 2014. Disponible en: <https://acortar.link/6QWFK>

³¹ González AL, Rangel C. La autoeficacia en las actividades cotidianas. En Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D (coord.). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriatría; 2015: 179- 191. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814354/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf

³² Coveñas NS, Sánchez M, Ñaña-Cordova AM, Torres-Zegarra BC, Jordan-Beisaga I, Parodi José F et al. Ansiedad, depresión y su asociación con dependencia funcional en adultos mayores frágiles. Gerokomos. 2024; 35(3): 142-147. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000300002

³³ Vivaldo Martínez M, Martínez Maldonado ML. La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D (coord.). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriatría; 2015: 27-41. Disponible en: <https://n9.cl/r5aeu2>

-
- ³⁴ CONEVAL. Pobreza y personas mayores en México 2020. Disponible en: <https://n9.cl/uwoyu8>
- ³⁵ Quiroga-Méndez MP. El apego en la vejez, una dimensión a tener en cuenta. Acción psicol. 2020; 17(2): 13-24. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2020000200002
- ³⁶ Castillo Sánchez Y, Karam Calderón MÁ, Ramírez Durán N, Moreno Pérez MPA. (2020). Dependencia social y económica del adulto mayor residente del municipio de Metepec, Estado de México. Dilemas contemporáneos: educación, política y valore. 2020; 8(5):1-26. Disponible en: <https://n9.cl/e9iym7>
- ³⁷ Sociedad Española de geriatría y gerontología. Guía práctica de la ley de la dependencia. 2011. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26185/guiapracticaanton.pdf>
- ³⁸ Gutiérrez Robledo LM, Kershenovich Stalnikowitz D (coord.). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriatría; 2015: 8. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814354/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- ³⁹ Gobierno de España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2006: p.18. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- ⁴⁰ Aguilera F. Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí. Universidad Autónoma de san Luis Potosí. Tesis M.FD. 2022. Humanismo. Aguilera. pdf. Disponible en: <https://n9.cl/kpe39e>
- ⁴¹ Schalock R. La nueva definición de discapacidad intelectual, los apoyos individuales y los resultados personales. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2009; 40 (1): 22-39. Disponible en: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART11724/Schalock.pdf>
- ⁴² Verdugo M. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. Siglo Cero. 2003; 34(205): 5-19. Disponible en: <https://n9.cl/3htdd>
- ⁴³ Thompson J, Bradley V, Buntinx W, Schalock R, Shogren K, Snell M, et al. Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2010; 41 (1): 7-22. Disponible en: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART14280/233-1%20Thompson.pdf>
- ⁴⁴ Van Loon, J.; Claes, C.; Vandeveld, S.; Van Hove, G. & Schalock, R.L. Assessing individual support needs to enhance personal outcomes. Exceptionality. 2010; 18(4):193-202. Disponible en: <https://n9.cl/qykdd>

- ⁴⁵ OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. 2001. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- ⁴⁶ Secretaría de integración social. Instructivo de evaluación del sistema de apoyos para personas con discapacidad. Alcaldía mayor de Bogotá. 2021: 2-8. Disponible en: [20211228_ins_pss_034_v1_evaluacion_sistema_apoyos_personas_discapacidad.docx](20211228_ins_pss_034_v1_evaluacion_sistema_apoyos_personas_discapacidad.docx)
- ⁴⁷ Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco teórico conceptual. 2003: 1-20. Disponible en: <https://n9.cl/nxr1co>
- ⁴⁸ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Cuidado de los Adultos Mayores. ISSSTE. [internet]. 2018. Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/articulos/cuidado-de-los-adultos-mayores>
- ⁴⁹ Secretaría de Salud. Por un envejecimiento activo y saludable. 2015. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/por-un-envejecimiento-activo-y-saludable>
- ⁵⁰ Ocampo J. Evaluación geriátrica multidimensional. El anciano en cuidados paliativos. Persona y bioética. 2005; 2 (25): 46-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2053409.pdf>
- ⁵¹ Benavides C. Revista Mexicana de anestesiología. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. 2017; 40 (2): 107-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- ⁵² Laguado E, Camargo K, Campo E, Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos. 2017; 28 (3): 135-141. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- ⁵³ Secretaría de Educación Pública. Asistencia a personas con discapacidad y adultos mayores. 2021. Disponible en: https://www.cecycampeche.edu.mx/BibliotecaVirtual/Asistencia_2021/ASISTENCIA_M_1_S2_1P_1.pdf
- ⁵⁴ Agurto-Unuzungo MZ, Sotomayor-Preciado AM. Cambios evolutivos en los adultos mayores y estilos de vidas saludables. Polo del conocimiento. 2023; 8 (8): 961-976. Disponible en: <file://www.CambiosEvolutivosEnLosAdultosMayoresYEstilosDeVida-9152374.com>
- ⁵⁵ Secretaría de salud. Modelo del cuidado de enfermería. 2ª ED. Gobierno de México. 2023. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_cuidado_enfermeria.com
- ⁵⁶ Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. diciembre de 2017; 19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

- ⁵⁷ Coltters C, Güell M, Belmar A. Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. Rev Med Clin Condes. 2020; 31 (1): 65-75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-gestion-del-cuidado-de-enfermeria-S0716864019301154>
- ⁵⁸ Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 dic; 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es
- ⁵⁹ Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=xAvD_vr_YEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- ⁶⁰ Tronto JC. Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press; 2013. Disponible en: <https://caring-democracy-markets-equality-and-justice-9780814770450.com>
- ⁶¹ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49cb8c52-7daa-4cc2-8fb9-f5220d5e4f39/content>
- ⁶² Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cultura del envejecimiento. Ciudad de México: Gobierno de México; 2024. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5616097
- ⁶³ Secretaría de Bienestar. Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. Ciudad de México: Gobierno de México; 2026 Disponible en: <https://www.programasparaelbienestar.gob.mx/>
- ⁶⁴ Secretaría de Bienestar. Programa Salud Casa por Casa. Ciudad de México: Gobierno de México; 2026. Disponible en: <https://www.programasparaelbienestar.gob.mx/programas/adultos-mayores/salud-casa-por-casa/>
- ⁶⁵ Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Salud Casa por Casa, para el ejercicio fiscal 2026. Diario Oficial de la Federación; 2026. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5780062&fecha=13/02/2026#gsc.tab=0
- ⁶⁶ Hernández Sampieri R, Fernández-Collado CF. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education. sexta edición. 2014. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- ⁶⁷ Hernández González O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. Rev. Cubana. Med Gen Integr. 2021; 37 (3): e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002

- ⁶⁸ Cuevas-Martínez KI, Gutiérrez-Valverde JM. Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. Sanus [Internet]. diciembre de 2022 [citado 24 de enero de 2026];7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-60942022000100204&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ⁶⁹ Barrero Solís CL, García Arriola S, Ojeda Manzan A. 2024. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y de rehabilitación. Publicidad y restauración neurológica. 2005;4(1-2): 81-85. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
- ⁷⁰ Verdugo MA, Arias B, Ibáñez A, Guillen V. Aplicación de la Escala de Intensidad de Apoyos-SIS: Reflexiones y propuestas a partir de los entrevistados. IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. 2007. Libro de Actas Disponible en: <https://n9.cl/u5rjog>
- ⁷¹ Fiallos G. La Correlación de Pearson y el proceso de regresión por el Método de Mínimos Cuadrados. Ciencia Latina Revista Multi Disciplinar. 2021; 5 (3): 2492 – 2509. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/466>
- ⁷² Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. [internet]. 2024. disponible en: <https://n9.cl/mrs4>
- ⁷³ Cámara de diputados. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [internet]. 2014. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4447_RLGSMIS.pdf
- ⁷⁴ Siurana Aparisi JC. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010; (22): 121-157. Disponible en: <https://goo.su/vhok>
- ⁷⁵ CEPAL. Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe. [en línea]. Nueva York. 2022. Disponible en: <https://goo.su/3l2AQsQ>
- ⁷⁶ Puchi C. Jara P. enfermería y el cuidado domiciliario del adulto mayor en la era de la globalización. Scielo. 2015. Disponible en: <https://goo.su/FNNIS>
- ⁷⁷ Bahillo M. Amat R. Bahillo S. Riquelme B. La figura de la enfermera en la atención domiciliar en el paciente anciano: una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis. 2025. Disponible en: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/232/290>
- ⁷⁸ Stowe JD, Cooney TM. Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective. The Gerontologist. 2015; 55(1): 43-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/gnu055>
- ⁷⁹ Organización Mundial de la Salud. World Report on Ageing and Health. [en línea]. Ginebra. OMS. 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content>

-
- ⁸⁰ Ferrer C. administración sanitaria. El domicilio: más allá de un lugar de atención para cuidar. 2024. Disponible en: <https://www.newmedicaleconomics.es/wp-content/uploads/2024/11/enfermeria.pdf>
- ⁸¹ INCAE. El futuro ya nos alcanzó: cómo el envejecimiento y las enfermedades crónicas están presionando los sistemas de salud en América Latina. Instituto Centroamericano de Administración de Empresas. [en línea]. Costa Rica. 2025. Disponible en: <https://goo.su/9uC41>
- ⁸² Velasco-Yanez RJ, Cajape-Quimis JC, Cunalema-Fernández JA, Vargas-Aguilar GM. Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud. Gerokomos. 2022; 33(3): 145-149. Disponible en: <https://goo.su/2GtST>
- ⁸³ Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- ⁸⁴ Mah JC, Stevens SJ, Keefe JM, Rockwood K, Andrew MK. Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2021; 21(1):145. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7912889/>
- ⁸⁵ Cervantes L. Apoyos en los hogares con al menos un adulto mayor en el Estado de México. Pap. Poblac. 2013; 19(75): 1-30. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v19n75/v19n75a4.pdf>
- ⁸⁶ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. Gobierno de México. 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>
- ⁸⁷ Jara Rojas SY, Medina DM. Percepción de los enfermeros sobre la importancia del cuidado domiciliario del adulto mayor, año 2024. RECIDE Revista Científica del Centro de Investigación y Desarrollo. 2025; V (1): 151-177.
- ⁸⁸ Noyola Alonso M. El nivel académico del profesional de enfermería y su relación con la aceptación del rol y la socialización profesional en un hospital privado. Tesis de maestría. Repositorio institucional UASLP. 2003. Disponible en: <https://goo.su/wvZR>
- ⁸⁹ Cabañero-García E, Martínez-Lacoba R, Pardo-García I, Amo-Sauz E. Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews. Int J Equity Health. 2025 Mar 12;24(1):72. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11905592/pdf/12939_2025_Article_2429.pdf
- ⁹⁰ Gobierno de México. Salud Casa por Casa: bienestar que llega directo a los hogares. [en línea]. 2026. Disponible en: <https://www.programasparaelbienestar.gob.mx/programas/adultos-mayores/salud-casa-por-casa/historia/>

⁹¹ Gassas R, Ahmed M. Cómo perciben las enfermeras la brecha entre el conocimiento y la práctica. *Enfermería clínica ELSEVIER*. 2024; 34 (2): 77-144. Disponible en: <https://n9.cl/mubds>

⁹² Bahílo-Fernández M, Amat-Camposo R, Bahílo-Fernández S, Riquelme-Gallego B, Luis-Pérez C, Casanova-Muñoz V, et al. La figura de la enfermera en la atención domiciliaria en el paciente anciano: una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Hosp. domic.* 2025; 9(1): 17-34. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152025000100017

⁹³ León Cervantes D. Calidad de vida y su relación con el perfil de necesidades de apoyos en adultos mayores cuidadores de personas dependientes. Tesis de maestría. 2018. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/5513>