

Sobrecarga y regulación emocional: Perfil del cuidador de adultos mayores en América Latina y el Caribe

Charles Ysaacc Da Silva Rodrigues

Doctor en Psicología. Profesor-Investigador, Departamento de Psicología, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Guanajuato, Campus León.

Paula Alexandra Carvalho de Figueiredo

Doctora en Relaciones Interculturales. Profesora-Investigadora, Departamento de Psicología, División de Ciencia de la Salud, Universidad de Guanajuato, Campus León

Resumen

Parece fundamental indagar sobre la relación entre las condiciones precarias e inadecuadas de trabajo y los factores de riesgo relacionados con la sobrecarga de los cuidadores formales e informales en América Latina y el Caribe. Así, se realizó esta investigación bajo el método descriptivo y transversal con el propósito de establecer un perfil de sobrecarga y regulación emocional en las personas que cuidan en países hispanohablantes situados en el Continente Americano; se aplicó un enfoque cuantitativo, a través de medición de variables independientes: datos sociodemográficos, sobrecarga, regulación emocional y desesperanza. Siendo así, los cuidadores presentaron un promedio de edad de 48.6 años, estaban mayormente casados y tenían entre 1 hijo y 9 hijos, el 40% presentó algún tipo de enfermedad, más del 72,65% consume algún tipo de fármaco, y la sobrecarga fue estadísticamente significativa. Las evaluaciones tuvieron lugar entre junio de 2021 y junio de 2022

Palabras clave: *Perfil, emoción, cuidado, adulto mayor, hispanohablantes.*

Burden and emotion: Profile of elderly caregiver in Latin America and the Caribbean

Abstract

It seems essential to investigate the relationship between precarious and inadequate working conditions and risk factors related to the overload of formal and informal caregivers in Latin America and the Caribbean. This research was carried out under the descriptive and cross-sectional method that sought to establish a profile of overload and emotional regulation in people who care for in Spanish-speaking countries located on the American Continent; applying a quantitative approach, through the measurement of independent variables: sociodemographic data, overload, emotional regulation, and hopelessness. The caregivers presented an average age of 48.6 years, were mostly married, and had between 1 child and 9 children, 40% presented some type of disease, more than 72.65% consume some type of drug, and the overload was statistically significant. The evaluations took place between June 2021 and June 2022.

Key words: *Profile, emotion, care, older adult, Spanish speakers*

Introducción

El acto de cuidar a un adulto mayor depende, sobre todo, del tipo de vejez, si el envejecimiento es normal o con un bajo nivel de incapacidad física o mental, entonces el cuidado incide en el acompañamiento, el cuidador acompaña, comparte y atiende desde lo emocional y espiritual; y si el envejecimiento es patológico, debido a los diferentes síntomas, síndromes y enfermedades será necesario un cuidado asistido, donde el cuidador asumirá un rol de acompañante terapéutico y atenderá al mayor desde sus necesidades orgánicas (Cardona, Segura, Berberí y Agudelo, 2013; Da Silva, 2019).

El cuidado se clasifica en dos tipos, el informal, ejercido por el acompañante, y que se considera como el que acompaña por gusto, necesidad u obligación, siendo que en cualquiera caso, no está preparado para hacerlo. El acompañamiento se realiza desde su domicilio o en el domicilio del adulto mayor, dependiendo del grado de parentesco o cercanía social, lo mismo para el tiempo de cuidado. Y el formal, desempeñado por el acompañante terapéutico, que trabaja desde una institución o en atención domiciliar, en media jornada o jornada completa, y dispone de una preparación profesional previa y actualizaciones continuas (Da Silva, 2019; Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Esta conceptualización, no impide que el cuidado pueda ser compartido, todo lo contrario, esta sería en teoría, la mejor forma de cuidar. El cuidador informal puede compartir su tiempo de cuidado con otras personas de su red de apoyo o, incluso, con un acompañante terapéutico en el caso de una vejez patológica que exija supervisión de tratamientos farmacológicos o no farmacológicos, del control de los signos vitales, de las necesidades alimenticias y físicas del mayor, o de cualquier otro requisito relacionado con su adaptación al entorno y a su condición progresiva de deterioro (Da Silva, 2019; Flores, Rivas y Seguel, 2012; Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman, 1989).

Esta actividad de cuidado tanto para cuidadores informales o formales puede generar sobrecarga, en el primer caso, porque los acompañantes casi siempre cuidan sin el apoyo de otras personas, y acaban por responsabilizarse del cuidado terapéutico sin tener la preparación técnica o profesional necesaria, trabajando las 24 horas al día, sin descanso. Mientras que los acompañantes terapéuticos tienen a su cargo un número de adultos mayores superior a lo recomendado para una buena supervisión, y en muchas ocasiones escasez de material para trabajar (Da Silva, 2019; Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Entonces, cuando el cuidado del adulto mayor se realiza bajo condiciones inapropiadas de trabajo, y sin disponibilidad para aplicar técnicas de autocuidado y de cuidado que minimicen la sobrecarga subjetiva (desgaste psicológico) y objetiva (cansancio físico), el riesgo de padecer de un problema de salud se incrementa significativamente. Por desgracia, la mayoría de los cuidadores padecen tanto de carga subjetiva como objetiva, lo que puede resultar en un descuido extremo de la persona que cuidan, y claro está, del mismo cuidador, posibilitando el apareamiento de sintomatología psicosomática, cambios en la regulación emocional (ansiedad, estrés o depresión) o incluso, *burnout* (Abengózar y Serra, 1996; Da Silva, 2019).

Importa referir que la carga subjetiva está asociada a las expectativas que el cuidador tiene sobre el desarrollo de los síntomas y limitaciones que la enfermedad del adulto mayor pueda presentar (Da Silva, 2017, 2019; Fernández-Lansac y Crespo, 2011). En cuanto que la carga objetiva, se define por varios factores de riesgo, entre otros, los esenciales son: la edad, el estado civil, número de hijos, situación de salud, experiencia como cuidador, parentesco, componente económico, conocimiento sobre las enfermedades más comunes en la vejez, y su sistema de creencias,

puesto que lo espiritual puede ser un factor motivacional importante para un cuidado más humanizado (Barrios, Martínez y Martínez, 2011; Kosberg y Cairl, 1986).

Por fin, si consideramos el incremento de la esperanza de vida de la población adulta y la aparición de nuevas enfermedades crónicas y degenerativas, parece primordial indagar sobre los factores relacionados con la sobrecarga de los cuidadores formales e informales, en América Latina y el Caribe. Aunque lo más importante de este perfil es, precisamente, que se hayan incluido los diferentes tipos de cuidadores de adultos mayores, porque la investigación tiene como propósito indagar sobre la relación entre las condiciones precarias e inadecuadas de trabajo, y los factores que consideramos para realizar la medición de dichas personas que cuidan: datos sociodemográficos, sobrecarga, regulación emocional y desesperanza.

Metodología

Diseño

Este fue un estudio descriptivo y transversal que pretendió establecer un perfil de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores en los países de habla hispana en América Latina y el Caribe. Se aplicó un enfoque cuantitativo, por medio de la medición de variables independientes: datos sociodemográficos, sobrecarga regulación emocional y desesperanza (Robson, & McCartan, 2016).

Participantes

Se conformó una muestra de 1.104 cuidadores de adultos mayores residentes en 20 diferentes países hispanohablantes de América Latina y el Caribe, y que son parte de una población que se calcula sea superior a 5 millones de personas; si bien se refiere al número de cuidadores existentes en la actualidad, no consta el método utilizado para recolectar esta información (Dintrans, Oliveira, & Stampini, 2022). Sin embargo, no fue posible obtener el número total de adultos mayores con discapacidad y, o algún problema o condición mental, porque este dato posibilitaría una aproximación más realista al número de cuidadores indicado anteriormente. Por otro lado, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2023) en 2022 calculó que en 88,6 millones de personas los mayores de 60 años, lo que representaba el 13,4% de la población regional.

Se efectuó un muestreo no probabilístico, no aleatorio y sin representatividad, pero con un buen número de participantes. Según el cálculo de la muestra, para una población de 5 millones de cuidadores de adultos mayores, y pensando en un procesamiento de datos con un nivel de confianza 99% y un margen de error de 5%, serían necesarios 1040 participantes, 65 menos que la muestra actual (García-García, Reding-Bernal & López-Alvarenga, 2013; Lakens, 2022; Sauro & Lewis, 2016).

Tabla 1.
Participantes por país (América Latina y Caribe)

País	N	País	N
México	268	República Dominicana	77
Colombia	30	Honduras	48
Argentina	46	El Salvador	34
Perú	23	Paraguay	23
Venezuela	40	Nicaragua	45
Chile	29	Costa Rica	41
Guatemala	37	Panamá	35
Ecuador	32	Puerto Rico	80
Cuba	100	Uruguay	36
Bolivia	46	Belice	35

Fuente propia

Instrumentos

Se aplicó una breve entrevista para recopilar los datos sociodemográficos, en la cual se solicitaba, primero, información personal: sexo, estado civil, religión, edad y número de hijos; segundo, el estado de salud del cuidador, considerando enfermedades de tipo oncológicas, neurológicas, psiquiátricas, y en caso de discapacidad, el tipo: mental o física, y si estaban bajo algún tratamiento farmacológico. En cuanto a este último aspecto, en lo esencial, se consideraron las terapéuticas psicofarmacológicas, debido a la potencialidad que poseen para originar situaciones incapacitantes para el cuidador; y, por último, los datos geográficos, que básicamente fueron: país, ciudad o población donde residían.

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue el instrumento escogido para medir el exceso de carga, sobre todo, porque es una herramienta de medición orientada a la vivencia objetiva y subjetiva de la sobrecarga percibida por el cuidador principal, sea este formal o informal. Se define como un instrumento individual y autoaplicable, compuesto por 22 ítems y una escala de tipo Likert con 5 opciones que varía entre *nunca* y *casi siempre*. La sobrecarga se considera leve cuando la clasificación del cuestionario se presenta entre los 47 y los 55 puntos, e intensa cuando el resultado se muestra por encima de 55 (Zarit & Femia, 2008; Crespo y Rivas, 2015).

Cuanto a la desesperanza de los cuidadores de adultos mayores se midió con la Escala de Desesperanza de Beck, una herramienta de 20 afirmaciones con 2 posibilidades de respuesta: verdadero y falso, y con un tiempo expectable de aplicación de entre 5 y 10 minutos. Sobre la clasificación, cuando es superior a los 4 puntos se considera una desesperanza leve, cuando es superior a los 9 puntos es moderada, y superior a los 15 puntos se considera severa (Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer, 1990).

Entretanto, la regulación emocional se midió a partir de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – EDAE (DASS-21 por sus siglas en inglés), en su forma abreviada de 21 ítems. Una prueba que se caracteriza por ser individual, autoaplicable y por presentar un constructo basado en tres dimensiones, con siete ítems cada una, que evalúan la intensidad de los estados afectivos de la depresión, ansiedad y estrés. Su formato de respuesta es de tipo

Likert con 4 opciones que varía entre 0 a 3 puntos, en el que 0 es no se aplica; 1 se aplica poco; 2 se aplica bastante y 3 se aplica mucho (Gurrola-Peña et al., 2006; Lovibond y Lovibond, 1995; Román, Santibáñez, y Vinet, 2016).

Procedimiento

El procedimiento, debido a la contingencia por covid-19, se realizó de manera virtual, siendo que los participantes fueron invitados mediante las redes sociales, y durante dicho proceso se conducía a los interesados al *Google Forms*, plataforma donde se alojaba la entrevista y las escalas de medición. El protocolo de evaluación tenía un tiempo estimado de contestación de 25 minutos, iniciándose con la aceptación del consentimiento informado; posterior llenado de la entrevista sociodemográfica y de las escalas. Las evaluaciones tuvieron lugar entre junio de 2021 y junio de 2022 (APA, 2020).

Consideraciones éticas

La participación de los cuidadores de adultos mayores en este trabajo de investigación fue voluntaria, y se realizó en concordancia con los criterios éticos de confidencialidad y anonimato, bien como de los criterios metodológicos difundidos por la *American Psychological Association* (2010), Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964), Ley General de Salud (2021), Reglamento de la Ley General de Salud, Norma Oficial Mexicana en materia de Investigación en Salud (2014), y Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (2017).

Resultados

La distribución por género fue de 931 mujeres (84,2%) y de 173 (15,8%) hombres, y el promedio de edades de la muestra se situó en los 48,6 años, con una edad mínima de 18 y máxima de 90 años. Además, 409 cuidadores reportaron no tener hijos (37%), mientras que los demás 696 participantes (63%) tenían al menos 1 hijo, y hasta un máximo de 9 hijos. De la muestra 505 participantes eran casados (45,7%), 402 solteros (36,6%), 149 divorciados (13,4%) y 49 viudos (4,3%); cuanto a las creencias religiosas 766 informaron ser católicos (69,3%), 102 protestantes (9,2%), 86 ateos (7,8%), 31 espiritualistas (2,9%), 11 orientales (0,9%), 3 angélicos (0,2%), y los 106 restantes creen o practican otro tipo de religión (9,7%).

Tabla 2.
Variables sociodemográficas – datos personales

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Sexo			
Hombre	931	84,2	84,2
Mujer	173	15,8	100
Edad			
18 hasta 30	86	7,8	7,8
31 hasta 50	494	44,7	52,5
51 hasta 70	496	44,9	97,4
71 hasta 90	29	2,6	100
Estado civil			
Casado	505	45,7	45,7
Soltero	402	36,6	82,3
Divorciado	149	13,4	95,7
Viudo	49	4,3	100
Religión			
Católica	766	69,3	69,3
Protestante	102	9,2	78,5
Ateo	86	7,8	86,3
Espiritualista	31	2,9	89,2
Oriental	11	0,9	90,1
Anglicana	3	0,2	90,3
Otras	106	9,7	100
Hijos			
Sin hijos	409	37	37
1 hijo	165	14,9	51,9
2 hijos	328	29,6	81,5
3 hijos	148	13,4	94,9
4 hijos	30	2,7	97,6
5 hijos	15	1,3	98,9
más de 6 hijos	9	1,1	100

Fuente propia

Así fue posible verificar que los cuidadores de adultos mayores de América Latina y el Caribe tienen una media de edad de 48,6 años, están casados y tienen entre 1 hijo y 9 hijos. El promedio de edad de los participantes hace pensar que los cuidadores están en período de productividad económica, y sus hijos, probablemente viven su última etapa de la adolescencia o inician sus estudios superiores o vida laboral.

Tabla 3.
Variables sociodemográficas – antecedentes de salud – enfermedades

Variable salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Estado de Salud			
Sano	663	60	60
Enfermo	441	40	100
Enfermedad psiquiátrica			
Regulación emocional	27	96,4	96,4
Otras	1	3,6	100
Enfermedad neurológica			
Crónicas	182	96,3	96,3
Otras	7	3,7	100
Enfermedad oncológica			
SNC	6	100	100
Discapacidad			
Motora	29	90,6	90,6
Sensorial	2	6,2	96,8
Otras	1	3,2	100
Otras enfermedades			
Respiratorias	24	51	51
Obesidad	12	25,6	76,6
Gastroenterológica	3	6,4	83
Infectocontagiosa	1	2,1	85,1
Otras	7	14,9	100

Fuente propia

Sirve la tabla anterior para identificar que un 40% de los cuidadores de adultos mayores que participaron en esta investigación tenían algún tipo de enfermedad psiquiátrica, neurológica u oncológica, siendo que dichas dolencias afectan directamente el buen funcionamiento del cerebro de la persona que cuida.

Así, 28 individuos presentaron algún tipo de enfermedad psiquiátrica, de los cuales se encontró un caso de psicopatología funcional del espectro esquizofrénico, puesto que las demás dolencias incidieron en los trastornos de la Regulación emocional (depresión y ansiedad) con una incidencia superior a los 50% en la República Dominicana y Cuba.

En cuanto a las enfermedades neurológicas se encontraron 182 cuidadores con casos crónicos y 7 con otras afectaciones; y en la enfermedad oncológica 6 personas presentaron algún tipo de diagnóstico tumoral en el Sistema Nervioso Central (SNC). La discapacidad motora se presenta como la que más afecta a los cuidadores de adultos mayores, posiblemente, por los esfuerzos que realizan durante los procedimientos de cuidado, levantar al adulto mayor, sentarlo, bañarlo, entre otras actividades que necesitan de mucho esfuerzo físico, además claro está, de las comorbilidades o enfermedades concomitantes previas que estos cuidadores puedan padecer.

CHARLES DA SILVA Y PAULA CARVALHO

En este orden de ideas, parece fundamental referir que las enfermedades crónico-degenerativas de tipo artritis, diabetes, EPOC e hipertensión arterial son las que más afectan a los cuidadores de América Latina y el Caribe. Los países con mayor incidencia en enfermedades crónico-degenerativas fueron:

- a) República Dominicana, con una ocurrencia de cuidadores con hipertensión arterial superior a los 85%, México y Guatemala con 70%;
- b) México tiene la mayor incidencia en la diabetes, rebasando un 42% de cuidadores con esta enfermedad, mientras que Puerto Rico presentó una incidencia de 35%;
- c) Puerto Rico, México y Cuba tienen un 47% de cuidadores que manifestaron algún tipo de enfermedad física, con mayor preocupación para los problemas respiratorios;
- d) México detiene la mayor incidencia de casos de obesidad, un 63%.

Tabla 4.

Variables sociodemográficas – antecedentes de salud – psicofármacos

Variable psicofarmacológica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Psicoestimulantes	78	34,3	34,3
Antidepresivos	23	10,1	44,4
Ansiolíticos e Hipnóticos	16	7	51,4
Estabilizadores del humor	12	5,2	56,6
Antipsicóticos	2	0,9	57,5
Otros	96	42,5	100

Fuente propia

Una vez revisados los antecedentes de salud fue posible verificar que existía un importante número de tratamientos farmacológicos, incluso más expresivos de lo esperado, siendo que 802 (72,65%) cuidadores evaluados reportaron tomar algún tipo de fármaco de manera sistemática y continuada; mientras que 213 (19,29%) cuidadores toman algún tipo de medicamento de forma esporádica, como sean vitaminas, analgésicos, antiinflamatorios; y apenas 89 (8,06%) cuidadores respondieron no tomar ningún tipo de medicamento.

De los 802 cuidadores que consumían medicamentos de forma continuada, se verificó que 523 (65,21%) eran utilizadores de psicofármacos, y de estos, más de 412 (51,4%) tomaban medicina para el tratamiento de la regulación emocional (estrés, depresión y ansiedad). De los datos recogidos, lo más preocupante, cuanto al consumo de psicofármacos, es que 41 (5,2%) cuidadores consumían fármacos de tipo estabilizadores del humor que, por lo general, son utilizados para el control de estados psicopatológicos, como sea, por ejemplo, trastorno bipolar, espectro esquizofrénico, trastornos de la personalidad, y demás alteraciones del estado de ánimo.

La inquietud con el consumo de este tipo de fármaco es su actuación directa en la estructura cerebral, porque pueden causar cambios relevantes en la conducta humana, y de esta forma, impedir que el cuidador pueda ejercer su role de cuidado en seguridad. En su mayoría, los pacientes con cambios bioquímicos en niveles psicopatológicos pueden ser funcionales y tener una muy buena autonomía, pase a que deben estar clínicamente supervisados, lo que implica que no deben ser cuidadores, más bien, que deben ser cuidados por servicios especializados debido a su condición.

Tabla 5.
Pruebas aplicadas a los cuidadores – ANOVA

Pruebas aplicadas		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Escala de sobrecarga del cuidador del Zarit	Entre grupos	13.382	3	4.461	6.524	0.01
	Dentro de grupos	592.756	867	0.684		
	Total	606.138	870			
Test de desesperanza de Beck	Entre grupos	0.496	3	0.165	0.857	0.463
	Dentro de grupos	167.343	867	0.193		
	Total	167.839	870			
Estrés	Entre grupos	2.396	3	0.799	0.791	0.499
	Dentro de grupos	875.886	867	1.010		
	Total	878.282	870			
EDA E	Entre grupos	3.866	3	1.289	0.714	0.544
	Ansiedad Dentro de grupos	1564.327	867	1.804		
	Total	1568.193	870			
Depresión	Entre grupos	4.022	3	1.341	0.979	0.402
	Dentro de grupos	1187.489	867	1.370		
	Total	1191.511	870			

Nota: La diferencia de medidas es significativa para .01

Los análisis descriptivos permiten verificar que la sobrecarga del cuidador, tanto objetiva como subjetiva, se reporta como estadísticamente significativa para todos los países de América Latina y del Caribe, mientras que los demás resultados se confirman como no significativos (Tabla 5). Sin embargo, parece esencial indagar sobre el perfil de estos cuidadores, pensando en las oscilaciones cuantitativas, que no siempre la estadística puede examinar (Tabla 6).

Tabla 6.
Perfil del Cuidador en América Latina y el Caribe

Por región		Sobrecarga Zarit	Desesperanza Beck	Regulación Emocional		
				Estrés	Ansiedad	Depresión
América Latina	perfil	leve	normal	leve	moderado	leve
	Mínimo	normal	normal	normal	normal	normal
	Máximo	alto	alto	alto	severo	alto
Caribe	perfil	leve	normal	leve	moderado	leve
	Mínimo	normal	normal	normal	normal	normal
	Máximo	alto	alto	alto	severo	severo

En líneas generales, el perfil de cuidadores expresa algunos datos diferenciados, como sean los altos niveles de sobrecarga, desesperanza y estrés, bien como, los valores severos de ansiedad y depresión, que en el análisis de la ANOVA aparecieron como no significativos, pero que aun así, son altos y significantes. La pertinencia de estos valores es que debido a su nivel de afectación, se podrían entender como un elemento predictor de futuras problemáticas, y esto, claro está, considerando una progresión de los síntomas no significativos y del impacto que estos tienen en la funcionalidad y adaptación del cuidador al entorno.

Tabla 7.
Correlaciones entre pruebas (Zarit, Beck y EDAE)

Pruebas		Sobrecarga Zarit	Desesperanza Beck	Regulación Emocional		
				Estrés	Ansiedad	Depresión
Escala de Sobrecarga del cuidador del Zarit	Correlación de Pearson	1	.340**	.422**	.404**	.399**
	Sig. (bilateral)		0.001	0.001	0.001	0.001
	N	871	871	871	871	871
Test de desesperanza de Beck	Correlación de Pearson	.340**	1	.494**	.477**	.559**
	Sig. (bilateral)	0.001		0.001	0.001	0.001
	N	871	871	871	871	871

Con respecto a las correlaciones estadísticas entre las pruebas aplicadas a los cuidadores (Tabla 7), se comprobaron dos ámbitos coincidentes y sustanciales, el primero, se relaciona con la significancia recíproca entre las Escala de Desesperanza de Beck y las 3 dimensiones de la regulación emocional; y el segundo, es que no siendo estas relaciones significativas se refuerza la idea del perfil del cuidador (Tabla 6) pensando que por ser valores impactantes y muy altos, fácilmente se podrían convertir en aspectos estadísticamente significativos.

Discusión

Parece evidente que los resultados arrojados por las escalas de evaluación aplicadas en esta investigación permiten, entre otras cosas, indagar sobre ciertos aspectos de riesgo eminente a la afectación de la salud mental de los cuidadores de adultos mayores. No obstante, y antes de cualquier interpretación de los datos, importa recordar que los participantes de la muestra eran cuidadores formales e informales, o sea, que los datos recogidos son referentes tanto a profesionales de la salud que trabajan al interior de las instituciones especializadas, como de personas particulares o familiares que se dedican al cuidado de manera no profesional. Además, dichos cuidadores son primarios, cuando pasan la mayor parte del tiempo de cuidado con los mayores, o secundarios, cuando pasan apenas unas horas ejerciendo la actividad de cuidado (Da Silva, 2017, 2019; Flores, Rivas y Seguel, 2012; Hennings, Frogatt y Payne, 2013).

De los resultados debemos, en primer lugar, destacar el aspecto de la edad promedio de los cuidadores, establecida en 48.6 años, porque esto indica que la persona está en su mejor momento del desarrollo personal y

profesional (Da Silva, 2019; Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman, 1989). En este sentido, para el cuidador formal esto puede ser extraordinario, debido a que se trata del desarrollo de su profesión, pero para los cuidadores informales significa todo lo contrario, porque estando en una edad económicamente productiva, debido al cuidado, no pueden iniciar o dar continuidad a una actividad o profesión de interés (Cardona, Segura, Berberí y Agudelo, 2013; Da Silva, 2017; Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Asimismo, se suman todas las demás preocupaciones inherentes a esta fase de la vida, como sea el inicio profesional, académico u el final de la adolescencia de los hijos; las responsabilidades sociales; falta de disponibilidad para estar con la familia; y muchas veces, en lo profesional, cuando el cuidador todavía puede conciliar el cuidado con su trabajo, la precariedad de los contratos y exceso de horas laborales (Abengózar y Serra, 1996; Da Silva, 2019; Kosberg y Cairl, 1986).

El segundo factor de riesgo a enfatizar es el estado de salud del cuidador, considerando que un 23,09% de cuidadores estaban clínicamente diagnosticados con enfermedad psiquiátrica, neurológica, oncológica y, o trastornos incapacitantes para realizar el cuidado de otra persona. Asociado al elemento anterior, el tercer factor de riesgo a remarcar es el más preocupante, y claramente se refiere al consumo excesivo de psicofármacos. Sobresale, que 523 (65,21%) de los cuidadores consuman de manera sistemática y continuada psicofármacos para estabilizar la regulación emocional, cuando apenas 28 (3,49%) personas mencionaron tener un diagnóstico asociado en este ámbito (Acuña y González, 2010; Barrios, Martínez y Martínez, 2011; Kosberg y Cairl, 1986).

Ahora bien, este consumo agravado de psicofármacos podría ser la razón por la cual se presentan dos datos inesperados, pero relacionados, por un lado, que este mismo consumo tenga evitado resultados estadísticamente significativos en la desesperanza y regulación emocional (Barrios, Martínez y Martínez, 2011; Kosberg y Cairl, 1986); y por otro lado, que si los pacientes que presentaron terapéutica farmacológica con diagnóstico clínico no estuvieran bajo vigilancia médica, igualmente, hubieran impactado en los resultados de la regulación emocional. Entonces, podemos pensar que el alto consumo de psicofármacos, con y sin prescripción, influyeron en los verdaderos resultados de este perfil del cuidador de adultos mayores (Da Silva, 2017, 2019; Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Conclusiones

Este trabajo permite concluir que en los países hispanohablantes de América Latina y del Caribe existen, al menos, tres factores de riesgo importantes en el ejercicio de un cuidado responsable: la edad, que mantiene una estrecha relación con el desempeño profesional, y que en el caso de los profesionales de la salud se vislumbra como un desarrollo de carrera, pero a la luz del cuidador, no profesional, pudiera entenderse como un fenómeno que no les permite iniciar, progresar, y en algunos casos, tener una carrera o profesión; el estado de salud de los cuidadores que imposibilita un buen cuidado del adulto mayor, así como un buen autocuidado de la persona que cuida.

Estos factores de riesgo necesitan de una reflexión trasversal de los saberes de la salud, porque el resultado de su posible relación se materializa en una sobremedicación de los cuidadores, un consumo agudo y, por veces, crónico de psicofármacos para estabilizar las emociones. Esta ingesta desmesurada puede estar asociada a diversos factores, como, por ejemplo, la repetición de una terapéutica reciente, pero sin supervisión médica, por recomendación de alguien cercano a su entorno, por negligencia personal o del sistema de salud, por cansancio, sobrecarga, frustración, entre otras. Parece urgente crear políticas públicas ajustadas, realistas y contundentes, en lo que respeta a los derechos y deberes económicos, laborales y legales del cuidador.

Referencias bibliográficas

- Abengózar, M. C., y Serra, E. (1996). Cuestionario de Sobrecarga en cuidadoras de ancianos con demencia: SCAD. *Geriatrica*, 12:15–21.
- Acuña, M. R., y González, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2):71-81.
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (3a ed.). México: El Manual Moderno.
- American Psychological Association, APA (2020). *Guidelines for psychological assessment an evaluation*. APA Task Force on Psychological and Evaluation Guidelines. <https://n9.cl/gpr7h>
- Barrios, M. D. M., Martínez, G. J. J. y Martínez, N. H. (2011). Intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón. *MEDICIEGO*, 17(1):1-9.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., y Steer, R. A. (1990). Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication Whit Psychiatric Outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2): 190-195.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021). *Ley General de Salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2017). *Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud*. http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MateriaInvestigacion_Ago2014.pdf
- Cardona, D., Segura, A., Berberí, D., & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1): 30-39.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2023). Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe. Población y desarrollo. https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe?utm_source=CiviCRM&utm_medium=email&utm_campaign=20230308_boletin_envejecimiento_20
- Crespo, M., y Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 9(1): 9-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- Da Silva, C. Y. S. (2017). *Envejecimiento: Evaluación e intervención psicológica*. México: El Manual Moderno.

- Da Silva, C. Y. S. (2019). *Ser Cuidador: Estrategias para el cuidado del Adulto Mayor*. México: El Manual Moderno.
- Dintrans, P. V., Oliveira, D., & Stampini, M. (2022). *Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe*. Washington: Banco Internacional de desarrollo. [Estimacion-de-las-necesidades-de-recursos-humanos-para-la-atencion-a-las-personas-mayores-con-dependencia-de-cuidados-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf](#)
- Fernández-Lansac, V., y Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el entorno familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22:21-40.
- Flores, G. E., Rivas, R. E. y Seguel, P. F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista de Ciencias y Enfermería*, 18(1):29-41.
- García-García, J. A., Reding-Bernal, A. & López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Revista Investigación en Médica*, 2(8): 217-224. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)
- Gurrola-Peña, G. M., Balcázar-Nava, P., Bonilla-Muños, M. P., y Virseda-Heras, J. A. (2006) Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(2), 3-7.
- Hennings, J., Frogatt, K., y Payne, S. (2013). Spouse caregivers of people with advanced dementia in nursing homes: A longitudinal narrative study. *Palliative Medicine*, 27: 683-691.
- Kosberg, J. I., y Cairl, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers. *Gerontologist*, 26:273-278.
- Lakens, D. (2022). Sample Size Justification. In Collabra: *Psychology*, 8 (1): 33267. Doi: <https://doi.org/10.1525/collabra.33267>
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., y Glicksman, A. (1989), Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44:61-71.
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd. ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research* (4th ed.). John Wiley & Sons, Ltd. ISBN: 978-1-118-74523-6.
- Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. V. (2016). Use of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) as Screening Tests in Clinical Youngsters. *Acta de Investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336.
- Sauro, J., & Lewis, J. (2016). *Quantifying the User Experience. Practical Statistics for User Research*. Elsevier. ISBN: 9780128025482.

World Medical Association (1964) *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zarit, S. H., & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *American Journal of Nursing*, 108: 47-53.