CUIDADOS INFORMALES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

INFORMAL CARE AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

María Virginia Carlota Salmón-Vélez, Alicia Álvarez-Aguirre* y Aurora Zamora-Mendoza
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro.

****Correo para correspondencia: alvarez_ali@yahoo.com.mx***

Fecha de recepción: 27/06/2014
Fecha de aceptación: 27/08/2014

Resumen

Introducción: El cuidado informal del adulto mayor en el hogar, es una problemática que exige experiencia, atenciones y cuidados personalizados, ajustados específicamente para las necesidades de cada persona, esto para llevar una vida sin enfermedades y con calidad, a fin de evitar la institucionalización del mismo. Objetivo: Describir los cuidados informales proporcionados a los adultos mayores dependientes y su calidad de vida. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el ISSSTE Colima con 384 adultos mayores en quienes se determinó el grado de dependencia y respondieron dos cuestionarios: "Cuidados Informales" y "Calidad de Vida". En el análisis de datos se aplicó estadística descriptiva. La investigación se apegó a los lineamientos establecidos por la Ley General de Salud. Resultados: Entre los participantes predominó el género femenino (57.1%), la edad promedio fue de 75 años (DE=9). 40.37% y 38.02% tenían dependencia leve y moderada respectivamente. Sobre la calidad de vida, tanto hombres como mujeres la perciben como bien o mal. Respecto a los cuidados informales la dimensión de recuperación fue la más proporcionada seguida por prevención, atención a la enfermedad y recuperación. Conclusión: Los participantes presentaron dependencia leve, los cuidados que más se proporcionan son los de la dimensión de recuperación y la calidad de vida es percibida como bien o mal, estos resultados proponen bases para establecer programas multidisciplinarios y educación para la salud a los adultos mayores dependientes y su familia.

Palabras clave: Adulto mayor dependiente, calidad de vida, cuidado informal.

Abstract

Introduction: Informal care of the elderly at home, is a problem that requires experience, attention and personalized care, specifically tailored to the needs of each person, that to live a life without diseases and quality in order to avoid institutionalization of the same. Objective: To describe the informal care provided to dependent older people and their quality of life. Methodology: He/she was carried out traverse descriptive study, 384 older adults participated in whom the degree of dependence was determined and provided answers to two questionnaires: "Informal Care" and COOP/WONCA. The data analysis was applied descriptive statistics. The research adhered to the guidelines established by the General Health Law. Results: Participants included female gender predominated (57.1%), the average age was 75 years (SD=9). 40.36% and 38.02% respectively had mild to moderate dependence. On the quality of life, both men and women sometimes perceive it as good or bad. Regarding informal care the recovery dimension was provided followed by the prevention, care and disease recovery. Conclusions: Participants had mild dependence, the care provided are more the size of the recovery and quality of life is perceived as good or bad, these results suggest a basis for establishing multidisciplinary programs and health education to seniors dependents and family.

Keywords: adult dependent elderly, informal care, quality of life.

1. Introducción.

Las necesidades de salud y la demanda de los servicios de salud están definidos por la transición demográfica, manifestada por la reducción de la fecundidad y mortalidad de la población en general y por consiguiente el aumento de la esperanza de vida (Kuni, 2011), lo que conlleva al envejecimiento demográfico. En México en el 2010, 6.2% de la población eran personas con más de 65 años y se estima que para el 2050 sean el 22.6 % de la población, con una esperanza de vida de 19.6 años para las mujeres y 17.9 para los hombres (Ham, 2011).

Así, los adultos mayores forman el grupo de edad que aumenta con gran velocidad en México, teniendo esto implicaciones sociales de importancia: una de ellas el aumento de la demanda de los servicios de salud (Gutiérrez y col. 2010), otra es el cuidado y mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor, la cual es la capacidad del individuo para conservar la autonomía física, mental, económica con integración familiar y social (Pedrero y Pichardo, 2009).

Existen dos categorías de capacidad funcional (Lemont, 2009): actividades básicas de la vida diaria [ABVD] (comer, arreglarse, bañarse, pasar de la cama a una silla, usar el sanitario, control del intestino y la vejiga, deambular, subir y bajar escaleras) y actividades instrumentales de la vida diaria [AIVD] (preparar la comida, realizar las tareas domésticas, tomar la medicación, hacer recados, administrar el dinero, usar el transporte, usar el teléfono). Al conocer en cual y cuántas de estas actividades tiene disfuncionalidad el adulto mayor se podrá especificar el grado de capacidad o dependencia funcional.

Se conocen cinco categorías de capacidad o dependencia funcional (Yañez y col., 2009): 1) Totalmente independiente, sin problemas para realizar ABVD y AIVD. 2) Dependencia leve, problemas sólo en AIVD sin importar en cuantas. 3) Dependencia moderada, problemas en alguna ABVD y en ninguna o una AIVD. 4) Dependencia grave, problemas en una o más ABVD y en más de una AIVD sin que sean todas. 5) Dependencia total, incapacidad para realizar todas las ABVD y todas las AIVD.

La dependencia funcional tiene su causa por alguna enfermedad crónica o algún proceso degenerativo, entonces cuando los adultos mayores comienzan a necesitar ayuda para llevar a cabo estas actividades corren un riesgo cada vez mayor de dependencia progresiva, lo que implica que debe de haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas (Gutiérrez y James, 2008).

Esta otra persona, proporciona el cuidado de dos formas: el cuidado formal definido como el conjunto de acciones que un profesional especializado realiza para mantener y fomentar la salud al individuo o la familia mediante protocolos, normas y estándares (Meza y col. 2009). La enfermera profesional, brinda cuidado integral al adulto mayor y su familia a través de planes de cuidados que incluye intervenciones y resultados efectivos y específicos a esta población.

La otra forma de cuidado es el informal que se proporciona por medio de la familia, vecinos y/o amigos de la persona dependiente. Incluyen ayuda para las actividades de la vida diaria y vigilancia del tratamiento médico-farmacológico así como, tareas que conllevan a mantener o mejorar la función cognitiva y de rehabilitación sin recibir alguna remuneración (Martínez y col. 2008). La evidencia muestra que las características de los cuidadores informales son mujeres, casadas, de nivel de escolaridad básico o inferior, con edad entre 56 y 65 años, de parentesco hija o cónyuge (Lorenzo y col. 2014; Rodríguez y col. 2013; Pérez y col. 2013).

Sin embargo, los cambios de la sociedad actual

donde la inserción de la mujer en centros laborales es cada día mayor, no es fácil que pueda dedicarse al cuidado del adulto mayor. Por lo que se crea en la dinámica familiar una situación inestable para el adulto mayor llegando a requerir de los servicios de salud o hasta llegar al ingreso hospitalario.

Por esto, es importante que los profesionales de la salud enseñen a la familia del adulto mayor a mantener la independencia del mismo y prevenir en la medida de lo posible su discapacidad progresiva, a pesar del deterioro evidente que produce el paso de los años. Los cuidados básicos específicos para conservar la independencia del adulto mayor son (Sarabia, 2009; Rodríguez, 2008): 1) Cuidados de Promoción a la salud: favorecer la integración del adulto mayor con la familia y la comunidad, estimular y apoyar al anciano para realizar su aseo corporal; cuidado de la piel, dientes y pies y favorecer un sueño reparador. 2) Cuidados de prevención: ayudar a mantener su independencia física, evitando caídas y proporcionar una alimentación balanceada. 3) Cuidados de atención a la enfermedad: ayudarlo en el cumplimiento de las indicaciones médicas, apoyarlo cuando aparezcan cambios en su estado de ánimo y ayudarlo a afrontar las incontinencias. 4) Cuidados de recuperación: ayudar al adulto mayor a no perder su funcionalidad o a recuperarla.

Con estos cuidados el adulto mayor se mantendrá en buenas condiciones y mejorara su calidad de vida. Kirchner (2009), determina que la importancia de los cuidados informales influye en la salud integral de la persona de edad mejorando notablemente la calidad de vida. La calidad de vida es un concepto que representa un enfoque subjetivo y otro objetivo, el primero hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y el segundo está relacionado con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambos lo que determina la calidad de vida (González, 2010). La medición de la calidad de vida se realiza a través de las siguientes dimensiones: función física, psicológica, social, rol, síntomas, función cognitiva, percepción de la salud y el apoyo social (González y col. 2009).

En el estado de Colima, hay aproximadamente 25,548 adultos mayores de los cuales 9,643 son derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que representa el 18.01% del total de la derechohabiencia. Este grupo de población tienen una gran prevalencia de patologías crónicas, algunas de éstas resultan invalidantes con la consiguiente demanda de ayuda sanitaria, social y familiar (ISSSTE, 2006).

Uno de los retos del Instituto es lograr tener una derechohabiencia con suficiente independencia que participe activamente en la sociedad y así pueda enfrentar con dignidad los últimos años de vida, a la vez proporcionar atención de calidad a las personas mayores con alguna enfermedad crónica para evitar la discapacidad, implementando medidas preventivas en este grupo de la población derechohabiente, se evitaría la institucionalizaron recurrente de los mismos y por consiguiente la reducción de costos en salud. Ante este panorama, la contribución del presente es dejar evidencia para la implementación futura de programas de educación sanitaria dirigidas a los adultos mayores y sus cuidadores, donde el profesional de enfermería es un agente clave como educador. El objetivo de este estudio fue describir los cuidados informales proporcionados a los adultos mayores dependientes y su calidad de vida.

2. Metodología.

Se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo se conformó por adultos mayores dependientes con posibilidad de dar respuesta a los cuestionarios y fueron derechohabientes del ISSSTE de la ciudad de Colima (N = 9,643). El tamaño de muestra fue probabilístico y se esta-

bleció en función de los siguientes parámetros IC 95.5%, k = 2, e = 5%, p = .5, dando como resultado una n = 384 personas.

Los participantes se contactaron en el momento que acudían a la consulta externa, urgencias u hospitalización. Primeramente se determinó el grado de dependencia de los adultos mayores, para ello se aplicaron la escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody (Gaspar, 2009) a los adultos mayores o bien su cuidador informal. La primera es una escala funcional basada en las Actividades Básicas de la Vida Diaria [ABVD], su objetivo es valorar el nivel de independencia del paciente al detectar cambios en el estado funcional. Mide 10 actividades de la vida diaria: Lo que puede hacer el paciente en relación a comida, lavado (baño), vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslado sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Establece grados de capacidad en cada función (a intervalos de 5), con independencia será un valor de 100 puntos y agrupa cuatro categorías de dependencia: leve: >60 puntos, moderada: 40-55, grave: 20-35 y total: <20. Escala se ha aplicado en población mexicana (Morgado, 2014), reportando una fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00., fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.9723.

La segunda, valora las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad mismas que posibilitan la relación con el entorno. Mide 8 actividades: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada actividad se les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente), la puntación final es la suma de cada valor de las respuestas, y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Escala que se ha aplicado en población mexicana (Zavala, 2011).

La identificación de los cuidados proporcionados en su hogar se realizó a través de una entrevista personal con los cuidadores a través del instrumento "Cuidados Informales", el cual divide los cuidados prestados en el ámbito familiar en 4 actividades fundamentales: actividades de promoción de la salud, actividades de prevención, atención a la enfermedad y cuidados de recuperación (Hervás, 2007).

Para medir la calidad de vida, se utilizó el instrumento "COOP/WONCA" aplicado en población mexicana (González, 2012). Conformado por 9 láminas o viñetas con escala Likert de 5 puntos, donde las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Cada lámina contiene un ítem referido al estado funcional del paciente y cubre una dimensión de la calidad de vida: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social, calidad de vida.

Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva, utilizando como herramienta el programa estadístico SPSS ver. 17. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

La presente investigación se apegó a lo dispuesto en el Titulo Quinto de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaria de Salud, 2007). Así mismo, se obtuvo la autorización del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, de la institución donde se realizó el estudio, así como el consentimiento informado por escrito de cada participante, en este se les menciono que se podían retirar en el momento que quisieran sin menoscabo de la atención institucional por ser derechohabientes.

3. Resultados.

En relación a las características sociodemográficas de los participantes, predominó el sexo feme-

nino (57.1%), la edad promedio fue de 75 años (DE=9), 32.5% contaba con estudios de primaria y 28.3% con secundaria. La tabla uno muestra el nivel de dependencia de los participantes por sexo, donde el 40.37% de los participantes se encontraron en dependencia leve, 38.02% en moderada, 15.11% en grave y 6.51% en totalmente dependiente.

Sexo	Nivel							
	Dependencia Leve		Dependencia Moderada		Dependencia Grave		Dependencia Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Femenino	92	23.96	72	18.75	37	9.64	17	4.43
Masculino	63	16.41	74	19.27	21	5.47	8	2.08

Fuente: Escalas de Barthel y Lawton y Brody aplicadas *n*=384

Tabla 1. Nivel de dependencia de los participantes del estudio

En relación a los cuidados informales proporcionados a los adultos mayores, se presentan las tablas de la tres a la seis. Respecto a las actividades de promoción a la salud, en la dimensión de interacción con la familia y la comunidad cinco de cada diez participan en las actividades comunitarias como centros de la tercera edad, religiosos y reuniones familiares, seis de cada diez participa en la toma de decisiones y siete de cada diez participa en grupos de amigos. Así mismo, en la dimensión de aseo personal seis de cada diez estimulan y apoyan a su familiar en el cuidado de la piel y pies. Respecto a la dimensión de sueño reparador cinco de cada diez proporcionan alguna medicación para inducir el sueño y un ambiente cómodo para el descanso. Además seis de cada diez evita proporcionar café y líquidos en abundancia antes de acostarse **(Tabla 3)**. En relación a las actividades de prevención, en su dimensión de mantenimiento de independencia física seis de cada diez, cuenta con buena iluminación especialmente en las áreas de riesgo, agrega pasamanos en baño y pasillos y utiliza alfombras antideslizantes. En relación a la dimensión de alimentación balanceada seis de cada diez incluyen alimentos como pescado, carne, pollo, cereales, lácteos, agua, frutas y verduras y solo cinco de cada diez restringen el consumo de sal y azúcar **(Tabla 4).** Respecto a las actividades de atención a la enfermedad, en la dimensión de cumplimiento de las indicaciones médicas cinco de cada diez ayudan a su familiar en el cumplimiento del manejo de medicamentos e indicaciones terapéuticas, solicitan información sobre la enfermedad y acuden a la aplicación de vacunas. Además, seis de cada diez acude a sus citas médicas periódicas **(Tabla 5).** En la dimensión de cambios en el estado de ánimo, seis de cada diez apoya a su familiar cuando aparecen cambios del estado de ánimo cómo sentirse decaído, sentir deseos de morir y sentimiento de inutilidad. Respecto a la dimensión de detección de signos de alarma seis de cada diez ha detectado en su familiar, en las últimas dos semanas, signos cómo dificultad para realizar tareas cotidianas, olvido de palabras o su uso incorrecto para expresar algo, y desorientación **(Tabla 5)**. Respecto a las actividades de recuperación, seis de cada diez proporciona cuidado como masaje corporal y en la proporción de cinco de cada diez acude a terapia física y estimulación afectiva **(Tabla 6)** .

En relación a las actividades de prevención, en su dimensión de mantenimiento de independencia física seis de cada diez, cuenta con buena iluminación especialmente en las áreas de riesgo, agrega pasamanos en baño y pasillos y utiliza alfombras antideslizantes. En relación a la dimensión de alimentación balanceada seis de cada diez incluyen alimentos como pescado, carne, pollo, cereales, lácteos, agua, frutas y verduras y solo cinco de cada diez restringen el consumo de sal y azúcar **(Tabla 4).**

Viñeta	Escala de Medición									
FORMA FISICA	Muy intensa		Intensa		Moderada		Ligera		Muy ligera	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos 2 minutos?	1	.26	120	31.25	119	30.99	119	30.99	25	6.51
SENTIMIENTOS	Nada en absoluto		Un poco		Modera-damente		Bastante		Intensamente	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida te han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, irritabilidad o tristeza y desanimo?	1	.26	136	35.42	141	36.72	92	23.96	14	3.65
ACTIDADES COTIDIANAS	Ninguna en absoluto		Un poco de dificultad		Dificultad moderada		Mucha dificultad		Todo, no he podido hacer nada	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?	2	.52	129	33.59	146	38.02	93	24.22	14	3.65
ACTIVIDADES SOCIALES	No; nada en absoluto		Ligeramente		Moderadamente		Bastante		Muchísimo	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las 2 últimas semanas ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	4	1.04	133	34.64	144	37.50	87	22.66	16	4.17

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD	Mucho mejor		Un poco mejor		Igual; por el estilo		Un poco peor		Mucho peor	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?	3	.78	127	33.07	143	37.24	95	24.74	16	4.17
ESTADO DE SALUD	Excelente		Muy buena		Buena		Regular		Mala	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las 2 últimas semanas ¿Cómo calificaría su salud general?	1	.26	121	31.51	148	38.54	104	27.08	10	2.60
DOLOR	Nada de dolor		Dolor muy leve		Dolor ligero		Dolor moderado		Dolor intenso	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las dos últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?	2	.52	150	39.06	145	37.76	73	19.01	14	3.65
APOYO SOCIAL	Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme		Si, bastante gente		Si, algunas personas		Si, alguien había		Nada en absoluto	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Durante las 2 últimas semanas ¿Había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda?	3	.78	138	35.94	139	36.20	94	24.48	10	2.60
CALIDAD DE VIDA	Estupendamente, no podían ir mejor		Bastante bien		A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales		Bastante mal		Muy mal: no podían haber ido peor	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
¿Qué tal le han ido las cosas durante las dos últimas semanas?	5	1.30	123	32.03	167	43.49	84	21.88	5	1.30

Fuente: Laminas COOP /WONCA aplicadas

Tabla 2. Dimensiones de calidad de vida (COOP / WONCA)

Interacción con la familia y la comunidad	Si		No	
	f	%	*f*	%
Participa en actividades comunitarias como centros de la tercera edad	195	50.8	189	49.2
Participa en actividades comunitarias como centros religiosos	195	50.8	189	49.2
Participa en actividades comunitarias como grupos de amigos	277	72.1	107	27.9
Participa en reuniones familiares	211	54.9	173	45.1
Participa en la toma de decisiones	261	68.0	123	32.0
Estimula a su familiar a hablar de sus sentimientos y proyectos	196	51.0	188	49.0
Aseo personal	**Si**		**No**	
	f	%	*f*	%
Estimula y apoya a su familiar en el cuidado de la piel	243	63.3	141	36.7
Estimula y apoya a su familiar en el cuidado de los dientes	222	57.8	162	42.2
Estimula y apoya a su familiar en el cuidado de los pies	245	63.8	139	36.2
Sueño reparador	**Si**		**No**	
	f	%	*f*	%
Proporciona alguna medicación para inducir el sueño	224	58.3	160	41.7
Proporciona un ambiente y habitación cómoda	202	52.6	182	47.4
Evita proporcionar café, comida y líquidos en abundancia antes de acostarse	238	62.0	146	38.0

Fuente: Cuestionario Cuidados Informales *n*=384

Tabla 3. Cuidados informales: Actividades de promoción a la salud

Mantenimiento de independencia física	Si		No	
	f	%	*f*	%
Tiene buena iluminación y aumenta la luz en las áreas de riesgo (escaleras, baño, cocina y dormitorio)	244	63.5	140	36.5
Repara el mobiliario poco estable	228	59.4	156	40.6
Agrega pasamanos en baño y pasillos	235	61.2	149	38.8
Utiliza alfombras antideslizantes	235	61.2	149	38.8
Proporciona ayuda adicional con dispositivos (bastón, andador) para el apoyo al caminar	229	59.6	155	40.4
Alimentación balanceada	**Si**		**No**	
	f	%	*f*	%
Aceites vegetales (oliva) y pescado por lo menos 1 vez a la semana	231	60.2	153	39.8
Cereales diario	247	64.3	137	35.7
Derivados de lácteos diario	240	62.5	144	37.5
Frutas y verduras diario	241	62.8	143	37.2
Ingesta de agua o jugos de un litro diario	241	62.8	143	37.2
Ingesta de sal menos de 2 grs. al día	225	58.6	159	41.4
Baja ingesta de azúcar	230	59.9	154	40.1
Carne y pollo dos veces por semana	247	64.3	137	35.7

Fuente: Cuestionario Cuidados Informales *n*=384

Tabla 4. Cuidados informales: Actividades de prevención

Cumplimiento de las indicaciones médicas	Si		No	
	f	%	*f*	%
Manejo de medicamentos (registro de nombre, dosis y horario)	217	56.5	167	43.5
Solicita al médico toda la información que se requiere con respecto a su enfermedad y tratamiento	229	59.6	155	40.4
Proporciona a su familiar medicamentos no prescritos por su medico	223	58.1	161	41.9
Da cumplimiento con las indicaciones terapéuticas proporcionadas por el personal sanitario	213	55.5	171	44.5
Acude a sus citas periódicas para su chequeo	238	62.0	146	38.0
Acude a la aplicación de las vacunas requeridas	218	56.8	166	43.2
Cambios en el estado de ánimo	**Si**		**No**	
	f	%	*f*	%
Dormir mal y no tener deseos de levantarse	210	54.7	174	45.3
Sentirse decaído, sin deseos de hablar ni ver a nadie	245	63.8	139	36.2
Sentir deseos de morir	238	62.0	146	38.0
Sentimientos de inutilidad, dependencia y culpabilidad	245	63.8	139	36.2
Detección de signos de alarma	**Si**		**No**	
	f	%	*f*	%
Dificultad para realizar tareas cotidianas	240	62.5	144	37.5
Olvido de palabras o uso de palabras incorrectas para expresar algo	254	66.1	130	33.9
Se desorienta y no sabe dónde está o como llego ahí	231	60.2	153	39.8
Guarda objetos en lugares absurdos	223	58.1	161	41.9
Muestra cambios bruscos de desaseo o incontinencia urinaria o fecal	219	57.0	165	43.0
Incontinencia	**Si**		**No**	
	f	%	*f*	%
Consulta a su médico y trata la causa según sus indicaciones	219	57.0	165	43.0
Modifica el comportamiento del adulto mayor, orinar cada 2 horas	237	61.7	147	38.3
Le facilita la ida al baño, teniendo cómodo u orinal en su habitación	217	56.5	167	43.5
Proporciona cuidado con el pañal (si usa); revisión o cambio cada 2 horas	230	59.9	154	40.1

Fuente: Cuestionario Cuidados Informales *n*=384

Tabla 5. Cuidados informales: Actividades de atención a la enfermedad

Cuidados de recuperación	Si		NO	
	f	%	*f*	%
Masajes corporales	236	61.5	148	38.5
Acude a algún centro para rehabilitación o terapia	214	55.7	170	44.3
Estimulación afectiva	218	56.3	166	43.2

Fuente: Cuestionario Cuidados Informales *n*=384

Tabla 6. Cuidados informales: Actividades de recuperación

4. Discusión.

El perfil básico de los adultos mayores dependientes se caracterizan por el predominio del sexo femenino, con edad promedio de 75 años, con un nivel de estudio bajo.

Esta feminización de la población con dependencia funcional, se relaciona con estudios como el de Caro (2008) y Giraldo (2008). La dependencia se agudiza en las personas mayores de 60 años explicada por la relación existente entre la edad avanzada y la dependencia, como lo indica el estudio de Duran y col. (2008) donde resumen que las habilidades funcionales van disminuyendo a medida que avanza la edad.

El 78.38% de los adultos mayores presentaron un nivel de dependencia; leve y moderada, lo que significa que un gran proporción de adultos mayores dependen de terceros para realizar actividades cotidianas de la vida diaria, restringiéndose su capacidad de vivir de manera independiente en la comunidad, resultado que es consistente con lo reportado en otros estudios (Manríquez y col. 2008, Bertone y col. 2009).

La calidad de vida en los adultos mayores estudiados se vio afectada en tres dimensiones evaluadas con un predominio de la dimensión social seguida de la física. El hecho de que los adultos mayores tengan dependencia leve y moderada demuestra que no puedan realizar actividad física muy intensa o que ninguno de ellos percibe su salud como excelente o su calidad de vida como estupenda. En cuanto a los sentimientos se sienten moderadamente libres de ansiedad, irritabilidad o tristeza que sumado a su percepción de que pueden contar con alguien en momentos de necesidad hacen que tengan un estado anímico y emocional en general bueno. La consecuencia de esto, se puede deber al apoyo de cuidados informales que reciben de sus cuidadores.

En cuanto a que la mayoría de los adultos mayores dependientes tengan dificultad moderada para realizar las actividades cotidianas llama la atención por su percepción de salud buena que éstos expresan, por lo que habría que estudiar más en profundidad si es porque atribuyen a los demás, actividades básicas de su vida diaria que podrían realizar ellos con dificultad pero que al tener a quien atribuírselas no las realizan y no las ven como propias. Si esto fuera así se debería fomentar a pesar de esa dificultad a que las realizaran ellos para que no perdieran más capacidades o mantuvieran las que no han perdido.

En cuanto a los cuidados informales que son proporcionados por sus cuidadores, la mayoría de ellos proporcionan cuidados de promoción a la salud, de prevención, atención a la enfermedad y de recuperación, los cuales son indispensables para mantener y mejorar la calidad de vida del adulto mayor dependiente (Ruiz, 2012).

5. Conclusiones y recomendaciones.

Los resultados de este estudio abren un área de oportunidad para incidir en materia de prevención, específica a esta población, a fin de favorecer su capacidad de actuar ante las limitaciones relacionadas o derivadas de salud y así establecer los cuidados informales brindados al adulto mayor para no permitir el decremento en su calidad de vida.

Además, en atención a estos resultados se podría formar un grupo de salud multidisciplinario, que proporcione ayuda profesional a los cuidadores informales y adulto mayor, realizando visitas domiciliarias periódicas para brindar atención médica, prevención y promoción a la salud. Así como también desarrollar un programa para cuidadores informales, el cual les capacite para ayudar a sus adultos mayores evitando así que se enfermen y en la medida de lo posible disminuir las hospitalizaciones recurrentes, lo cual conlleva a posibles infecciones intrahospitalarias. Asimismo, proporcionar educación para la salud a los adultos mayores para enseñarles a implementar

el autocuidado a fin de favorecer su independencia y vivir con calidad de vida óptima y sin secuelas de enfermedades. Y a la vez, sería importante conocer la percepción del adulto mayor respecto al cuidado recibido por parte de su cuidador. Por otra parte sería conveniente realizar un estudio y considerar las características sociodemográficas de los cuidadores, problemas de salud o enfermedades del adulto mayor.

Resumen curricular:

María Virginia Carlota Salmón Vélez, Licenciada en Enfermería, Estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y Enfermera de la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" ISSSTE Colima

Alicia Álvarez-Aguirre, Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Querétaro con adscripción a la Facultad de Enfermería.

Aurora Zamora Mendoza, Doctora en Enfermería con énfasis en Psiquiatría, Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Querétaro con adscripción a la Facultad de Enfermería.

Referencias bibliográficas.

Bertone, C.L., Torres, V. E. R., Andrada, M. (2009). *Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los Adultos Mayores de cuatro ciudades latinoamericanas*. Extraído 04 Septiembre 2014 desde http://www.academia.edu/

Caro, J.C. (2008). *Perfil epidemiológico de los adultos mayores con dependencia funcional en un centro de salud.* Universidad Mayor. Chile, 1-35. Extraído 04 Septiembre 2014 desde http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/339/1/Tesis%20Juan%20Carlos%20Caro.pdf

Duran D. y cols., (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Revista Universidad de Psicología*, 7(1), 1-5. Extraído 04 Septiembre 2014 desde http://www.scielo.org.mx/scielo.php.

Gaspar, E.J., (2009). *Escalas de valoración funcional y cognitiva.* Barcelona: Gobierno de Aragón, 316-322. Extraído el 01 de Septiembre de 2014 desde http://www.aragon.es/.

Giraldo, M.C. y Franco, A.C. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Revista Avances de Enfermería*, 26(1), 43-58. Extraído 04 Septiembre 2014 desde http://www.scielo.org.mx/scielo.php

González, C.R. (2010). *Calidad en el adulto mayor.* En Gutiérrez, R.L. y Gutiérrez, A.J. (Ed.), Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria (366-375). México. Instituto de Geriatría. Secretaria de Salud.

González, R., González. A. (2012). Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Revista atención familiar,* 19(1), 1-6. Extraído 04 Septiembre de 2014 desde http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af121a.pdf

González, T.V., García, R.M., Ramírez, C.F. (2009). Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social.* 48(2), 69-78. Extraído el 02 Septiembre de 2014 desde http://www.artemisaenlinea,ord.mx/

Gutiérrez, R.L., Gutiérrez, A.H., y Ávila, F.F. (2010). El Instituto de Geriatría: Hacia un envejecimiento sano y activo. *Revista de Investigación Clínica,* 62(4), 287-288.

Gutiérrez, R.L., James, A.M. (2008). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud pública Mex,* 49(4), 459-466. Extraído 31 Agosto 2014 desde http://www.scielo.org.mx/scielo.php.

Ham, C.R., (2011). Diagnostico sociodemográfico del envejecimiento en México. La situación demográfica de México 2011, (141-2). Extraído el 30 Agosto 2014 desde http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico

Hervás. A., Cabasés J., Forcéna, T. (2007). Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gaceta Sanitaria,* 21(6), 444-451. Extraído 04 Septiembre de 2014 desde http://www.scielosp.org/pdf/gs/v21n6/originales1.pdf.

Kirchner, A., Vessvesian, P., Roque, M. (2009). E*nvejecimiento y sistemas de cuidados, ¿oportunidad o crisis?.* Ministerio de Desarrollo Social, 66-67. Extraído el 01 de Septiembre de 2014 desde http://www.edac.org/publicaciones/xml/1/36631/w263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf.

Kuni-Morales, P.A., (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. R*evista Gaceta Médica de México,* 147, 451-4.

Lemot, H. (2009). *Evaluación geriátrica integral.* En Beers M.H, Berkow R (Ed.), Manual de geriatría (pp 325-329). Washington: New York University.

Lorenzo, T.., Millán-Calceti, J.C., Lorenzo-López, L., Masedas, A. (2014). Caracterización de un colectivo de cuidadores informales de acuerdo a su percepción de la salud. *Aposta revista de ciencias sociales*, 62: 1-17

Manríquez, B., Salinas, A., Téllez, R.M. (2008). *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades.* Trabajo presentado en el III Congreso

de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008. Extraído 04 Septiembre 2014 desde http://www.alapop.org/2009/images/docsfinais_pdf/alap_2008_final_278.pdf

Martínez, G.L. y cols. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista mexicana de fisioterapia y rehabilitación,* 22(1), 23-29. Extraído 01 de Septiembre 2014 desde http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi

México. (2006). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores. Departamento de Estadística. Colima.

Meza, G.M, Rodríguez, N.V., Gómez, L.O. (2009). Humanismo en Enfermería. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social,* 17(2), 109-111. Extraído 31 Agosto 2014 desde http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi

Morgado, H.Y, (2014). *Sobrecarga del cuidador principal en relación a la dependencia física del paciente con diabetes mellitus tipo II con complicaciones crónicas adscritos a la UMF No. 66.* Universidad de Veracruz. 1-35. Extraído 04 Septiembre de 2014 desde http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Morgado.pdf

Pedrero, N.L., Pichardo, F.A. (2009). *Concepto de Funcionalidad: historia clínica geriátrica y evaluación funcional.* En González, M.F., Pichardo, F.A., García, L., (Ed.), Geriatría (pp 32-53). México: McGraw-Hill Interamericana.

Pérez, J. D., Rodríguez, S. A. Herrera, T. D.M. García, R. R., Echemendía, T. B., Chang, R. M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología,* 51(2): 174-183

Rodríguez, G.R., (2008). *Geroprofilaxis.* En Rodríguez, G.R. y Lazcano, B.G. (Ed.), Practica de la geriatría (490-495), México: McGraw-Hill Interamericana.

Rodríguez, J.C., Archilla, M.I., Archilla-Castillo, M. (2013). La sobrecarga de los cuidadores informales. *Metas de enfermería*, 17 (1): 62-67

Ruiz, R. N., Moya, A. L., (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción,* 1, 22-30. Extraído 04 Septiembre 2014 desde http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf.

Sarabia. F.E.(2009). *Vitalidad en el anciano y como mejorarla.* En González, M.F. y cols. (Ed.), Geriatría (529-544), México: McGraw-Hill Interamericana.

Secretaria de Salud. (2007). *Ley General de Salud,* última modificación 18 Diciembre del 2007, 32-34. Extraído 02 Septiembre de 2014 desde http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Yañez, L.J., Fernández, G.M., Rizo, J.V. (2009). Características clinimétricas en adultos mayores consultados en la especialidad de geriatría de la Unidad de Especialidades Médicas. *Revista Sanid Milit,* 63(3), 158-177. Extraído 31 Agosto 2014 desde http://www.imbiomed.com.mx/1/1/catalogo.html.

Zavala G.M.A., Domínguez, S.G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,* 49 (6), 585-590. Extraído 04 Septiembre de 2014 des