

APOYO SOCIAL, USO DE SERVICIOS DE SALUD Y SALUD MENTAL DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES EN CONTEXTO RURAL CON DIFERENTES INGRESOS ECONOMICOS.

Abstract

Objetivos. Investigar el apoyo social, el uso de servicios de salud y la salud mental entre los cuidadores de adultos mayores en una comunidad rural.

Diseño. Estudio transversal con muestreo aleatorio estratificado.

Sujetos. Se entrevistó a 100 cuidadores reclutados en un contexto rural que eran proveedores de cuidados de largo plazo para los adultos mayores.

Método. Se administró a los cuidadores un cuestionario para medir el apoyo social (escala de apoyo social-EAS), las redes sociales (escala de redes sociales-ERS), el uso de servicios de salud (escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos-CES-D).

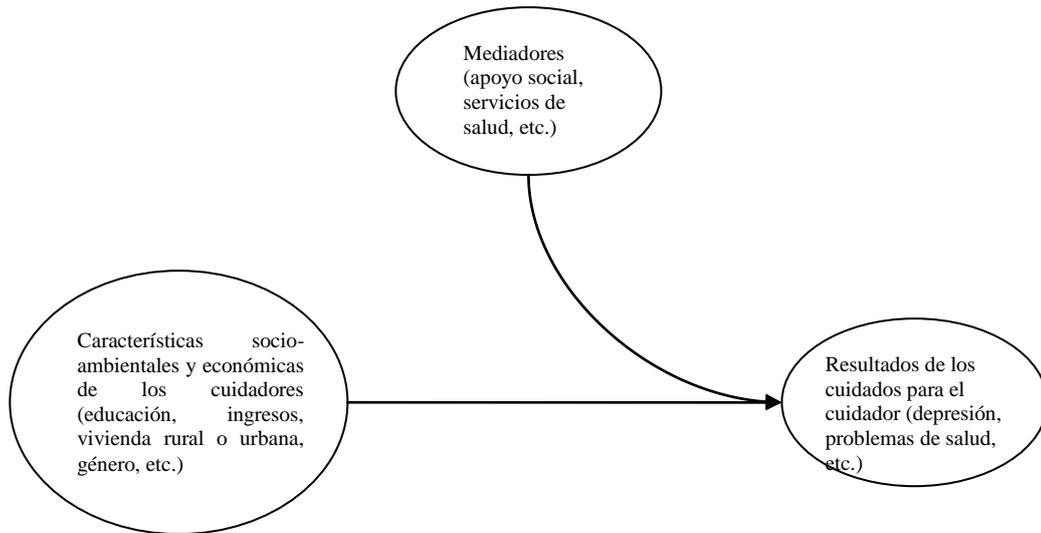
Resultados. Los cuidadores fueron la esposa (39.7%), hijas (26.1%) y nietas (18.1%) del adulto mayor. Los tres servicios de salud más frecuentemente usados por los cuidadores fueron la visita médica (68.0%), ayuda de familiares o amigos (43.9%), curadores alternativos o medicinas no tradicionales (34.0%). Hubo diferencias significativas entre los cuidadores de adultos mayores sanos y enfermos en las escalas de depresión ($t=3.195$, $p<0.01$), pero no en EAS y ERS ($p>0.05$). La Escala de Depresión se asocia con la edad de los cuidadores ($\beta=0.260$), sus ingresos ($\beta=-0.231$), el género de los adultos mayores ($\beta=0.187$), su edad ($\beta=0.800$), la duración de los cuidados ($\beta=0.138$) y la ERS ($\beta=-0.194$); (todas las $p<0.05$). **Discusión.** La familia es la principal fuente de cuidados del adulto mayor en medios rurales de menores ingresos socio-económicos, siendo la esposa e hijas las que ocupan roles centrales. Ellas usan los recursos no tradicionales más frecuentemente que los médicos. La depresión de los cuidadores se asocia con las características de los adultos mayores cuidados, siendo la disponibilidad de fuentes de apoyo un mediador potencial. **Conclusión.** La disponibilidad de apoyos sociales y el uso de servicios de salud son más importantes para los cuidadores rurales comparados con los urbanos, quienes tienen a su disposición otros medios de cuidados.

Palabras claves: adultos mayores, cuidadores, rural, urbano, medios socio-económicos, apoyo social, estado de salud.

Introducción

A medida que envejece la población, aumenta la demanda para la provisión de cuidados para los adultos mayores, especialmente de largo. Actualmente los familiares continúan siendo la principal fuente de cuidados, especialmente en las zonas rurales (1). La demanda de cuidados ha generado un cierto número de dificultades potenciales, incluyendo la sobrecarga de los servicios de salud (2). Por ejemplo, a medida que la esposa del adulto mayor cuidado también envejece y se vuelve frágil, la generación intermedia compuesta por los hijos se ve expuesta a una sobrecarga derivada de ayudar a sus padres y cumplir con sus obligaciones laborales y paternas hacia sus propios hijos al mismo tiempo. Los estudios realizados sobre los cuidados prolongados brindados a los pacientes con demencia muestran una gran sobrecarga y agotamiento de los cuidadores (3), en cuyo resultado desempeña un rol importante la red de apoyos sociales. En ese sentido los estudios sugieren que a mayor apoyo social recibido, menor estrés sufren los cuidadores (4). Adoptar una estrategia adecuada para proveer apoyos sociales y laborales a los cuidadores puede tener un fuerte impacto en la salud de los mismos. En particular, los cuidadores de adultos mayores de zonas rurales son un grupo relativamente poco estudiado, por lo que podrían llegar a subestimarse sus reales necesidades en materia de apoyo social y demanda de servicios de salud. Se ha determinado en varios estudios que la depresión es el problema de salud mental más frecuentemente referido por los cuidadores de pacientes con demencia y otras enfermedades mentales (5). Por las anteriores razones se decidió conducir un estudio exploratorio en una zona rural, para determinar los perfiles de uso de servicios de salud, de apoyo social recibido, y la relación entre este último y la depresión de los cuidadores de adultos mayores entre los cuidadores de adultos mayores. La hipótesis previa era que, de acuerdo con el modelo propuesto por Perlin (6), el resultado de los cuidados recibidos por los adultos mayores sería influido por las características socio-económicas y ambientales de los cuidadores, a través de la mediación ejercida por los apoyos sociales brindados a estos últimos (Figura 1).

Figura 1. Esquema del marco teórico propuesto



De acuerdo con la hipótesis prevista, se anticipaba que los resultados del estudio servirían para elucidar los efectos del apoyo social sobre el estado de salud y la depresión de los cuidadores, proveyendo datos objetivos para la implementación de programas de cuidados para los cuidadores en zonas rurales y/o urbanas, así como las diferencias entre éstos. También se esperaba que los resultados del estudio fueran útiles para implementar redes de servicios de salud en zonas rurales para los cuidadores de adultos mayores sanos y/o enfermos.

Sujetos y Métodos

El estudio se realizó bajo la aprobación del comité de ética local, en dos medios sociales diferentes, uno urbano y otro rural. Todos los participantes del estudio dieron su consentimiento por escrito para participar del estudio.

1. Descripción del campo:

El estudio se realizó con una muestra de cuidadores residentes en la zona rural de la localidad de Chalicán (Provincia de Jujuy) que en febrero de 2008 sufrió una inundación que obligó a muchos de sus habitantes a evacuar. Esta pequeña localidad corresponde al departamento de Libertador General San Martín-Ledesma, con una superficie de 3249 km² y una densidad poblacional de 23,3 habitantes por km², de acuerdo con los datos del censo 2001. El grupo de bajos ingresos socio-económicos se definió como aquél con ingresos per cápita/familiar por debajo de la línea de pobreza (472,13\$) (Fuente Indec) para el aglomerado Libertador General San Martín-Ledesma, mientras que el grupo de altos ingresos se definió como aquél con valores \geq al promedio

de ingresos per capita período 2007-2011, aglomerado por totales del País (3,047\$) (Fuente Banco Mundial). La localidad de Jujuy representa una zona agro-rural con cultivos no intensivos principalmente de cítricos con lento desarrollo socio-económico y escasos recursos materiales. El estilo de vida en esta zona es despojado, simple, con escasas tendencias y con la creencia de sus residentes de que el medio ambiente es seguro y los vecinos son mayormente creíbles y confiables. No se aprecia un sentimiento de inseguridad caracterizado por el cierre compulsivo de puertas y ventanas, y no se percibe la sensación de actitud defensiva ante la inminencia de un delito. Las personas en esta zona son relativamente hospitalarias, ofrecen ayuda en la forma de compartir comidas u ofrecer información a un extraño que los visita. Muchos incluso cultivan parte de sus consumos diarios de vegetales y hortalizas, con una disponibilidad más limitada de otros ingredientes como carne vacuna. Los residentes en esta zona no realizan con frecuencia viajes fuera de su localidad, con excepción de traslados al centro urbano más próximo (Ledesma o Libertador General San Martín) con fines administrativos, sanitarios o de compras específicos.

Sujetos

Los censos poblacionales se obtuvieron de cifras oficiales del INDEC. Los residentes adultos mayores se estratificaron en 3 categorías: 60–69 (n=37), 69-78 (n=35) y más de 79 (n=28). Se realizó una selección de los cuidadores mediante un método de muestreo aleatorio estratificado respetando una misma relación en las muestras urbanas y rurales con respecto al rango de edad y de género. Se administró un cuestionario a los cuidadores de estos 100 adultos mayores, de los cuales respondieron los 100, siendo la tasa de respuesta del 100%.

Cuestionario

El cuestionario incluyó los siguientes instrumentos: 1) cuestionario de apoyo funcional social de Duke-UNC (7). Es un instrumento de 8 ítems destinado a evaluar la fortaleza de las redes de apoyo social de la persona. Hay 5 respuestas potenciales a cada una de las preguntas, que van desde “tanto como me gustaría” hasta menos de lo que me gustaría”. El cuestionario figura en el siguiente cuadro:

	5	4	3	2	1
	Tanto como me gustaría	Casi tanto como me gustaría	Bastante pero me gustaría mas	Menos de lo que quisiera	Mucho menos de lo que quisiera
Tengo personas que se preocupan por lo que me pase					
Tengo amor y afecto					

Tengo oportunidad de hablar con alguien acerca de mis problemas en el trabajo o en la casa

Tengo oportunidad de hablar con alguien de mi confianza acerca de mis problemas familiares o personales

Tengo oportunidad de hablar de asuntos financieros

Tengo invitaciones de otras personas para salir y hacer cosas

Obtengo consejos útiles acerca de cosas importantes en la vida

Tengo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

El puntaje global del cuestionario es la suma de todas las repuestas. Cuanto mas bajo, menos apoyo social.

La escala de redes sociales (8) consiste en 10 preguntas 1) redes familiares: 3 preguntas; 2) redes de amigos: 3 preguntas; 3) relaciones confidentes: 2 preguntas; 4) ayuda a otros: 1 pregunta; 5) medios de vida: 1 pregunta. La interpretación va desde 0 como puntaje mínimo hasta 50 como puntaje máximo. Cuanto mayor el puntaje es mayor también el nivel de apoyo social. Un puntaje de < 20 indica que la persona tiene una red social extremadamente limitada

Cuestionario de usos de servicios de salud (9) compuesto por 4 dimensiones: uso de servicios de salud (sí o no), frecuencia (con cuánta frecuencia), objetivo (para quién), y utilidad (que tan útiles). La utilización de servicios de salud se puntuó de 0 a 2: 0 = nunca usó los servicios de salud, 1 = usó los servicios; 2 = nunca usó los servicios pero los estima necesarios. La frecuencia se puntuó de 0 a 5: 0 = todos los días, o 5–7 veces por semana; 1 = una vez a 5 veces por semana; 2 = una vez por semana; 3 = más de una vez por mes pero menos de una vez por semana; 4 = una vez por mes; 5 = menos de una vez por mes. El propósito de la utilización se puntuó de 1 a 3; 1 = para el adulto mayor; 2 = para el propio cuidador; 3 = para ambos. La utilidad se puntuó de 1 a 3; 1 = no útil; 2 =parcialmente útil; 3 = muy útil

La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (10) consiste de 20 ítems que puntúan de 0 a 3. El puntaje total fue la suma de los puntajes individuales, cuanto mayor el puntaje es más seria la depresión.

Análisis estadístico

Se uso el paquete SPSS 16.0. Los cuidadores se dividieron en dos categorías: cuidadores de adultos mayores saludables y de adultos mayores con enfermedades

físicas. Se calculó la frecuencia para variables categóricas como distribución de género, relación entre cuidador y adulto mayor, y la frecuencia de respuestas (verdadero-falso) para cada una de las preguntas de la escala de apoyo social funcional de Duke-UNC. Para las variables continuas como el puntaje total de la escala funcional de apoyo social, la escala de redes sociales y la CES-D se utilizó un análisis descriptivo para explorar la media, desviación estándar, intervalo de confianza del 95% de la media. Se empleó un test t de muestras independientes para comparar las diferencias de edad, tiempo dedicado al cuidado, los puntajes de la escala de apoyos social funcional, escala de redes sociales y CES-D entre los cuidadores de ambos grupos. Las diferencias entre grupos para la distribución de frecuencias de género y utilización de servicios de salud se examinaron con test de Chi cuadrado (test χ^2). La relación entre la escala de depresión y las características demográficas de los cuidadores y el apoyo social se analizó en dos pasos: paso 1: las características demográficas del cuidador y del adulto mayor se incluyeron en un análisis de regresión logística, y se extrajeron los factores relacionados de manera significativa con la depresión, los cuales se introdujeron en el 2º paso del análisis (modelo 1). En el paso 2, se realizó un análisis de regresión logística incluyendo la suma de la escala de apoyo social funcional y la escala de redes sociales y los factores extraídos del paso 1 (modelo 2). Se definió como significación estadística un valor de $\alpha \leq 0.05$ (2 lados).

Resultados

Características demográficas de los participantes se describen en la tabla 1 (edad= 51.3 ± 12.2 años; 88 mujeres, 12 hombres). Test t de muestras independientes mostró que la edad de los cuidadores difirió de manera significativa entre ambos grupos ($t = -2.17$, $p < 0.05$) mientras que la edad de los adultos mayores no difirió ($t = -0.163$, $p > 0.05$). El test de χ^2 no demostró diferencias significativas en la distribución de género de los adultos mayores y sus cuidadores entre ambos grupos ($\chi^2 = 0.001$, $p > 0.05$; $\chi^2 = 0.015$, $p > 0.05$). En el área estudiada la edad de adultos mayores (edad = 79.8 ± 4.9 años; 36 adultos mayores saludables, 64 adultos mayores con enfermedades) recibían cuidados de la esposa (49.2%), hijos (26.8%) y nueras (24%). La mayoría de cuidadores viven junto con el adulto mayor cuidado (76.1%). A menudo residen en una vivienda familiar (93.1%). La mayoría de los cuidadores trabajan la tierra (53.2%) o trabajan en el hogar (28.8%). Los cuidadores tenían en promedio no menos de 3 años de escolarización (70.2%). Cerca del 47.5% de los cuidadores tenían ingresos por debajo de la línea de pobreza y sin ahorros bancarios. No hubo diferencias significativas entre la residencia

de los cuidadores ($\chi^2=3.163$, $p>0.05$), estado civil ($\chi^2=2.467$, $p>0.05$), ocupación ($\chi^2=8.489$, $p>0.05$), y tiempo dedicado a los cuidados ($t=-1.375$, $p>0.05$) entre los dos grupos.

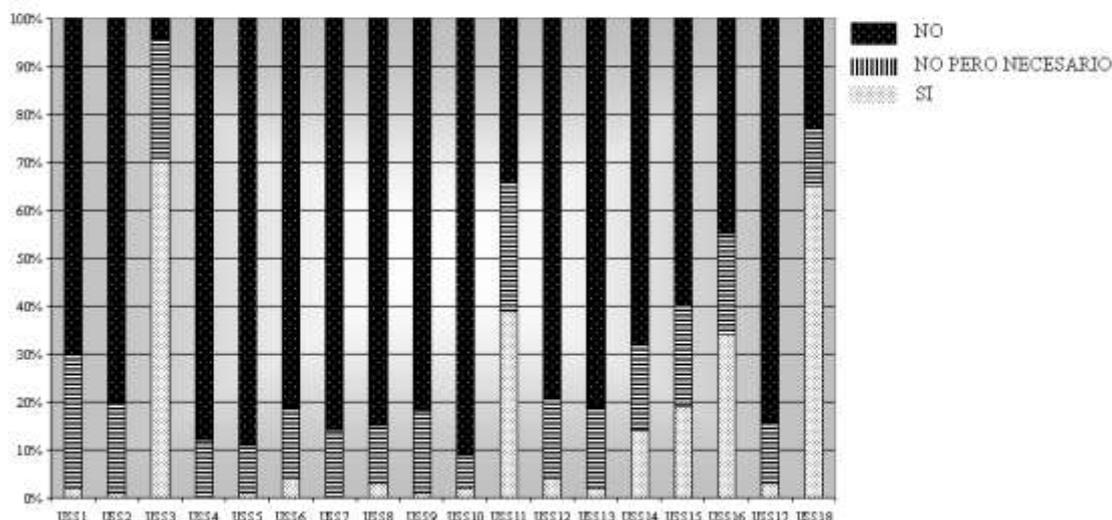
Tabla 1. Características demográficas de cuidadores (C) y adultos mayores (AM) en una zona rural

Características	AMS (N=36)		AME (N=64)	
	C	AM	C	AM
Edad (media±DE) años	55.4±4.3	76.4±2.3	44.2±2.9	75.1±2.7
Género				
Femenino	40	40	48	48
Masculino	7	7	5	5
Relación C-AM				
Esposa	13(26%)		21(46%)	
Hijo y nuera	24(52)		19(40%)	
Hijos	1(3%)		-	
Otros familiares	9(4.23%)		4(9%)	
Residencia (n %)				
Vivienda familiar	44(93%)		43(92%)	
Educación (años)				
< 1año	14(30%)		22(49%)	
1-5 años	15(33%)		14(32%)	
6-9 años	9(20%)		4(9%)	
9-12 años	4(9%)		3(6%)	
Sin datos	3(6%)		1(3%)	
Ingresos				
No cubre los gastos	8(17%)		14(30%)	
Tiene los suficiente pero no mas	16(35%)		18(38%)	
Lo suficiente y algo extra	17(37%)		10(21.5%)	
Siempre me sobra	2(5%)		2(5%)	
Datos faltantes	4(6%)		3(5.5%)	
Estado civil				
Casado	41(83%)		43(92%)	
Viudo	3(7%)		-	
Separado	2(5%)		3(6%)	
Soltero	2(5%)		1(2%)	
C viviendo con AM (sí, n %)	33(70%)		36(77%)	
Tiempo de cuidados (media±DS) hr/semana	20.1±11.8		30.3±21.8	

Uso de los servicios de salud, apoyo social y evaluación de la depresión

Como se observa en la figura 2, el servicio de salud más usado fue el de visitar a un médico (SU3) (65.2%), seguido de recurrir a los amigos para obtener apoyo adicional (SU18) (41.2%) y buscar ayuda por parte de los practicantes informales (*curanderos o manosantas*) (SU16) (31.9%). La tabla 2 muestra el uso de estos 3 servicios entre los cuidadores. Tal como se observa en la Tabla 2, la mayoría de los cuidadores (81.2%) no ve al médico muy seguido (1 o < 1 vez/mes). Cerca de la mitad visita médicos (44.2%) mayormente para el adulto mayor, y a más de la mitad (57.2%) le resulta muy útil. Entre ambos grupos, solamente el segmento de cuidadores que recurren a los servicios de médicos fue significativamente diferente ($\chi^2=6.482$, $p<0.05$). El cuidador de adultos mayores no sanos o enfermos mostró una mayor tendencia a recurrir a los servicios de médicos. El uso de otros servicios no difirió significativamente entre ambos grupos ($p>0.05$).

Uso Servicios de salud por los cuidadores en una comunidad rural



Nota: SU1 = cuidados de día; SU2 = cuidadores domiciliarios; SU3 = visita médica; SU4 = internación domiciliaria; SU5 = acompañamiento pago; SU6 = mejoras domiciliarias; SU7 = asistente domiciliaria; SU8 = descanso; SU9 = trabajador social; SU10 = entrega de comidas a domicilio; SU11 = transporte; SU12 = asesoramiento de salud mental; SU13 = consejo legal; SU14 = consejo financiero; SU15 = curanderos o sanadores; SU16 = médicos; SU17 = grupos de apoyo; SU18 = amigos o parientes.

Los puntajes de las escalas de apoyo funcional social, de redes sociales y del CES-D se exhiben en la tabla 3.

Tabla 2. Uso de 3 servicios comunes de salud entre cuidadores en área rural.

	Frecuencia de uso (%)					Para quién (%)			Utilidad (%)			
	0	1	2	3	4	5	C	AM	ambos	1	2	3
Visita al médico	2.5	2.9	5.7	16.7	7.9	64.3	45.6	19.9	34.5	1.7	37.3	61.0
Buscar ayuda de amigos	2.5	6.1	1.5	5.1	4.8	81.0	57.2	6.1	36.7	1.4	45.6	53.0
Ver a practicante informal	0	1.5	5.4	6.4	8.8	77.9	35.2	36.8	27.9	2.1	51.9	45.9

Frecuencia: 0=diaria, 5-7 días/semana; 1=>1 vez/semana, < 5 días/semana; 2=1 vez/mes; 3=> 1 vez/mes, < 1 vez/semana; 4=una vez/mes; 5= <1 vez/mes.

Utilidad: 1=nada útil; 2=algo útil; 3=muy útil

C=cuidador; AM=adulto mayor

La frecuencia de respuesta para cada pregunta de la escala de apoyo social funcional se muestra en la tabla 4. No hubo diferencias significativas de esta escala entre ambos grupos ($t=0.627$, $p>0.05$) ni en la escala de redes sociales ($t=1.955$, $p>0.05$). Los cuidadores de adultos mayores enfermos puntuaron más alto en la escala de depresión que los cuidadores de adultos mayores sanos ($t=3.195$, $p<0.01$).

El análisis de correlación de Pearson encontró una relación positiva entre las escalas de apoyo social funcional y de redes sociales ($r=0.369$, $p<0.001$), sugiriendo la consistencia ambas escalas para la evaluación de apoyo social, y también encontró una

correlación negativa entre las escalas de apoyo social y la escala CES-D ($r=-0.217$, $p=0.001$), y entre la escala CES-D y la escala de redes sociales ($r=-0.418$, $p<0.001$). Estos resultados sugieren que la severidad de la depresión disminuye a medida que aumenta el grado de apoyo social.

Tabla 3. Frecuencia de respuesta a cada pregunta en la escala de apoyo social funcional

Preguntas	Frecuencia (%)				
	Puntaje 5	Puntaje 4	Puntaje 3	Puntaje 2	Puntaje 1
Tengo personas que se preocupan por lo que me pase	33.3	19.7	18.2	18.4	10.4
Tengo amor y afecto	30	17	23	25	27
Tengo oportunidad de hablar con alguien acerca de mis problemas en el trabajo o en la casa	22.2	17.2	19.6	22.4	25.6
Tengo oportunidad de hablar con alguien de mi confianza acerca de mis problemas familiares o personales	39.3	14.3	12.4	11.1	24.9
Tengo oportunidad de hablar de asuntos financieros	31.4	15.0	16.7	11.5	25.6
Tengo invitaciones de otras personas para salir y hacer cosas	38.2	13.2	13.8	12.4	24.6
Obtengo consejos útiles acerca de cosas importantes en la vida	32.1	16.3	14.7	13.5	25.6
Tengo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	35.0	14.1	14.9	12.4	25.8

Relaciones entre la depresión y las características de los cuidadores y adultos mayores. Como se muestra en la tabla 4 el análisis de regresión logística mostró que estas características incluyendo la edad de los cuidadores, sus ingresos y medio de vivienda, edad de los adultos mayores y género de los mismos y el tiempo dedicado a los cuidados se asocio significativamente con la presencia de depresión y su severidad (modelo 1 en Tabla 5). Tomando en cuenta el efecto del apoyo social el análisis de regresión logística indico que hubo una relación significativa entre el valor de la depresión y la edad e ingreso de los cuidadores, la edad y genero de los adultos mayores, tiempo de cuidados y puntaje de la escala de redes sociales (modelo 2 en Tabla 5).

Discusión

La hipótesis planteada al comienzo del estudio fue que el resultado de los cuidados recibidos por los adultos mayores sería influido por las características socio-económicas y ambientales de los cuidadores, incluyendo su grado de depresión; a través de la mediación ejercida por los apoyos sociales brindados a estos últimos, dentro del contexto de una comunidad rural. Los resultados preliminares informan que: 1) mayoría de cuidadores usan recursos médicos durante el cuidado del anciano; 2) la depresión difiere significativamente entre los cuidadores de ancianos sanos y enfermos; 3) la severidad de la depresión está relacionada con las características de los cuidadores,

como sus ingresos, edad, tiempo dedicado a los cuidados; y 4) el apoyo social influye en la mejoría de la depresión durante los cuidados brindados. La mayoría de los cuidadores fueron esposa e hijas en la comunidad rural, mientras que las nueras e hijos fueron menos frecuentes.

Tabla 4. Comparación entre los puntajes de escala apoyo social, redes sociales y CES-D

	Puntajes de Escalas		Comparación CAS-CAE	
	CAS(n=36)	CAE(n=64)	t	P
Escala apoyo social				
Mediana	16.0	17.0		
Media (DE)	16.8 (2.8)	16.2 (2.6)	0.538	0.549
95% IC	15.3-17.9	15.3-17.1		
Escala redes sociales				
Mediana	26.0	23.0		
Media (DE)	26.9 (5.3)	23.9 (6.9)	1.855	0.032
95% IC	24.2-29.4	21.2-26.2		
CES-D				
Mediana	15.0	20.0		
Media (DE)	15.8 (6.1)	18.9 (7.1)	-3.417	0.002
95% IC	13.2-17.9	17.9-21.1		

CAS=cuidadores adultos sanos, CAE= cuidadores adultos enfermos

Esto resulta consistente con las tradiciones habituales en zonas rurales, donde se supone que la crianza de los hijos tiene que deparar en el futuro un apoyo para los padres cuando estos ya no pueden valerse por sí mismos. Especialmente en zonas rurales los hijos son los que deben procurar los ingresos para el mantenimiento de la familia, en tanto que las hijas, cuando la esposa ya no puede cumplir esta función, son las principales encargadas de proveer la asistencia y cuidados a los adultos mayores dentro del hogar. Es habitual que sean los hombres los que interactúan con las personas fuera del hogar en el ámbito laboral, en tanto son las mujeres las que se ocupan de manejar los asuntos relativos al hogar o a la huerta, en lo tocante a los detalles de la higiene y alimentación del adulto mayor. Las nueras juegan un papel en la segunda línea, pero igualmente importante, en la asistencia y el cuidado del adulto mayor. Con respecto al papel de las hijas en el proceso de cuidado de los padres, en tanto no estén casadas participan conjuntamente con la madre (esposa) del adulto mayor, pero en la medida en que se casan, pasan a ocupar un rol fuera de la familia de origen y en ese sentido componen una sub-familia que ya no tiene un rol principal en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores. A medida que se extienden los beneficios del desarrollo económico, más jóvenes se dirigen a los centros urbanos, ya sea por razones de estudio o laborales, para obtener mejores salarios y mejorar el nivel de vida de la familia entera. Por las anteriores razones la esposa del adulto mayor juega un papel de manera crecientemente importante en la provisión de cuidados. En la comunidad rural estudiada

la mayoría de los cuidadores eligen visitar al médico cuando se necesita una opinión médica, ya que la búsqueda de asistencia por parte de los agentes de salud tradicionales como médicos y enfermeras es el tercer servicio de salud, en orden de frecuencia, que tienden a usar los cuidadores.

Tabla 5. Modelos de relación entre depresión, características demográficas y apoyo social

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Significación (P)
	B	SE			
Modelo 1: Características demográficas					
Edad C	0.134	0.043	0.316	1.901	0.002
Ingreso C	-2.921	0.834	-3.215	-3.267	0.001
Residencia C	2.468	1.693	0.153	2.093	0.002
Género AM	1.438	1.215	0.215	1.745	0.003
Edad AM	0.153	0.047	0.436	2.943	0.001
Tiempo de cuidados	0.05	0.037	0.167	4.923	0.001
Modelo 2: características demográficas +mediadores					
Edad C	0.213	0.923	0.329	2.544	0.002
Ingreso C	-3.232	0.523	-2.642	-3.834	0.002
Residencia C	2.923	1.933	0.184	2.374	0.003
Género AM	1.922	0.038	0.743	2.394	0.003
Edad AM	0.023	0.936	0.845	2.184	0.005
Tiempo de cuidados	1.032	0.861	0.934	3.294	0.003
Puntaje escala de apoyo social funcional	0.264	0.073	1.946	4.934	0.004
Puntaje escala de apoyo social funcional	-0.147	0.934	-1.984	-2.934	0.014

C=cuidadores, AM=adultos mayores

En ausencia de una causa claramente definida de las enfermedades, especialmente las crónicas, los usuarios, especialmente los cuidadores, pueden interpretar la demencia como un agotamiento de la energía de la mente debido a las duras condiciones de vida locales o como el efecto natural del paso de los años. La otra fuente común de búsqueda de asistencia es a través de los amigos o familiares, que se podría explicar dentro del marco teórico del apoyo social. Debido a las características de vida locales, los contactos frecuentes con el medio exterior no es abundante y más bien escaso, y se intensifican los vínculos internos de la familia ya que viven en proximidad, tanto en la vivienda familiar o en viviendas vecinas compartiendo un espacio de socialización común, lo que permite suponer la existencia de un importante apoyo social dentro mismo de los recursos de la comunidad local. Diferencias del apoyo social y depresión entre cuidadores de adultos mayores sanos y enfermos. No se encontraron diferencias significativas en apoyo social medido con la escala de apoyo social funcional y de redes sociales entre los cuidadores de adultos mayores sanos y enfermos, lo que indica que dentro de la comunidad estudiada, el apoyo social representa una propiedad intrínseca de la población estudiada, sin demasiada influencia de la condición del adulto mayor. Los puntajes de depresión difirieron significativamente entre las dos categorías de cuidadores de adultos, los cuidadores de adultos mayores sanos tenían mayores puntajes

(más depresión) que los cuidadores de adultos mayores sanos. Estos resultados indican que el cuidado de los mayores con enfermedades debería representar una mayor carga sobre el estado mental del cuidador. Esto puede ser consistente con otros estudios que indican una mayor carga de cuidadores de enfermos con enfermedades cerebrovasculares o infarto de miocardio (11-13). Sin embargo se debe tener en cuenta que las enfermedades físicas fueron referidas por los propios cuidadores pero no fueron corroboradas por los médicos ya que no se contaban con certificados de dichas condiciones, de modo que resulta difícil excluir la incidencia de otros factores que pudieran interferir con los cuidados, como por ejemplo del deterioro cognitivo. Por lo tanto los resultados deberían ser interpretados con cautela dentro de estas limitaciones. Se deberían conducir más investigaciones para poder dilucidar si la depresión es influida por otros problemas además de las enfermedades físicas. Con respecto a las características de los cuidadores y adultos mayores con respecto a la depresión, se encontró que la edad de los cuidadores, la vivienda, el género y edad de los adultos mayores y el tiempo de cuidado se asociaron significativamente con los puntajes de la depresión. Tomando en cuenta el efecto del apoyo social los resultados sugieren que persiste una significativa relación entre los puntajes de la depresión y la edad y género de los adultos mayores y el tiempo de cuidados, lo que indica que en el proceso de cuidado, la depresión depende de las características generales de los cuidadores y de los adultos mayores receptores de dichos cuidados. También se desprende del estudio que los ingresos de los cuidadores se asociaban con la depresión sugiriendo la posible influencia del nivel socio-económico en dicha enfermedad. El nivel socio-económico generalmente consiste de ingresos monetarios, nivel ocupacional y nivel educativo. Se ha encontrado en otros estudios que el nivel de ingresos influye en la salud mental y física del anciano en áreas rurales mientras que el nivel ocupacional sólo lo hace sobre la salud física (14). En el presente estudio esa conclusión se sostiene parcialmente, ya que no se encontró una relación significativa entre el nivel ocupacional y educativo y el grado de depresión. Una posible explicación podría ser que en el área estudiada la mayoría de los cuidadores tenían niveles educativos elementales o habían recibido una educación de pocos años o mayormente informal y trabajaban en el ámbito del hogar.

Relación entre depresión y apoyo social. El análisis de correlación bi-variado encontró que el puntaje de depresión correlacionaba estrechamente con el puntaje de la escala de apoyo social funcional y de redes sociales señalando una asociación potencial entre el resultado de la depresión y el apoyo social. El análisis multivariado demostró que había

una relación robusta entre la depresión y los puntajes de escala de redes sociales, pero no de apoyo social funcional, ya que el apoyo social funcional se centra en la evaluación subjetiva del apoyo social y las redes sociales en el aspecto más objetivo. La calidad del apoyo social tiene una influencia tal vez más importante sobre la salud que la cantidad de apoyos sociales disponibles. La influencia del apoyo social sobre la salud debe ser considerado desde tres perspectivas: cantidad y calidad de apoyo social y cambio en las redes sociales ya que en ocasiones la pérdida de unidades de la red social puede llegar a tener un mayor efecto sobre la salud física y mental del anciano. Esto puede dar cuenta de la diferente asociación entre la depresión y las escalas de apoyo social y redes de apoyo en los cuidadores. En el presente estudio el apoyo social de los cuidadores está provisto mayormente por la comunidad. El encontrar una asociación entre la depresión y el apoyo social sugiere que mantener la familia integrada y promover las interacciones en el seno de la comunidad puede ser una contribución positiva para la salud mental de los cuidadores del anciano. Limitaciones: 1) los datos fueron recogidos de una comunidad rural del Norte y en cierta medida los valores y creencias y tradiciones compartidas en este ámbito podrían no ser representativas de las áreas rurales de otras partes, 2) se necesita una mayor elaboración de los contenidos de las escalas de apoyo social y redes sociales para poder diferenciar con más precisión sobre las contribuciones relativas de ambas en la depresión del cuidador y del anciano, 3) el número de entrevistados es relativamente pequeño, lo que podría reducir la potencia estadística de los hallazgos.

En conclusión, en el estudio se observa que en el proceso de cuidados de los adultos mayores por parte de cuidadores en un área rural del Norte Argentino, una gran proporción de los cuidadores buscan ayuda por parte de los médicos, los cuidadores de los ancianos sanos tienen menores índices de depresión que los cuidadores de ancianos enfermos. La depresión entre los cuidadores se asocia con las características generales de los cuidadores y los adultos mayores, especialmente los ingresos. El apoyo social tiene influencia sobre la depresión. De modo que en cierto modo el apoyo social puede mediar la relación entre las características generales de los cuidadores y adultos mayores y el estado de salud mental del cuidador durante el cuidado del anciano. Esto implica un punto importante para la promoción del apoyo social y de la red social en términos de mejorar los servicios de salud mental para los cuidadores rurales. Estos últimos representan una población subestimada y poco estudiada, por lo que se requieren más estudios para explicar y explorar el apoyo social que reciben y su salud

mental (depresión). Sería necesario replicar similares estudios con muestras mayores de sujetos a fin de poder corroborar los hallazgos de la presente investigación

Referencias:

1. Wenger GC, Scott A, Seddon D. The experience of caring for older people with dementia in a rural area: Using services. *Aging & Mental Health* 2002, 6(1):30-38.
2. Freund D, Smeeding TM, Tuljapurkar S. The Future Costs of Health Care in Ageing Societies: Is the Glass Half Full or Half Empty?, en Ogawa, Naohiro y Gauthier, Anne H. (eds.), *Ageing in Advanced Industrial States*, 2010, 8:173-193.
3. Benjumea C. cuidado familiar en condiciones crónicas. Una aproximación a la literatura. *Teto & contexto enfermagem* 2004, 13(1):137-146.
4. Molina JM, Iáñez M, Iáñez B. el apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud* 2005, 15(1):33-43.
5. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo MT. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen* 2012, 38(1):16-23.
6. Pearlin, LI, Mullan, JT, Semple, SJ, & Skaff, MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990, 30(5), 583-594 Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, et al. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26:709-23
7. Lubben, JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health* 1988, 11: 42-52
8. Lubeck DP, Hubert HE. Self-report was a viable method for obtaining health care utilization data in community-dwelling seniors. *Journal of clinical epidemiology* 2005, 58(3):286-290.
9. Radloff, LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977, 1:385-401.
10. Vandervoort D, Skorikov V. Physical health and social network characteristics as determinants of mental health across cultures. *Current Psychology* 2006, 21(1):50-67
11. Grant JS, Bartolucci AA, Elliot TR, Giger JN. Socio-demographic, physical, and psychosocial characteristics of depressed and non-depressed family caregivers of stroke survivors. *Brain Injury* 2000, 14(12):1089-1100

12. Nieboer AP, Schulz R, Matthews KA, Scheier MF, Ormel J, Lindenberg SM. Spousal caregivers' activity restriction and depression: A model for changes over time. *Social Science & Medicine* 1998, 47(9):1361-1371
13. Schrag A, Hovris A, Morley D, Quinn N, Jahanshahi M. Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability, *Parkinsonism & Related Disorders* 2006, 12(1):35-41
14. Minh HV, Huong DL, Wall S, Chuc N & Byass P. Multilevel analysis of covariation in socioeconomic predictors of physical functioning and psychological well-being among older people in rural Vietnam. *BMC Geriatrics* 2010, 10:7 doi:10.1186/1471-2318-10-7