



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**  
**Instituto de Ciencias Sociales y Administración**  
**Departamento de Ciencias Sociales**  
**Doctorado en Psicología**  
*Programa Nacional de Posgrados CONAHCYT*

**“Análisis multidimensional de carga, estrategias de  
afrentamiento y autocuidado de cuidadores familiares de  
personas mayores dependientes”**

Tesis para optar por el grado de  
**Doctora en Psicología**

Por

**Heidi Gladiola Villa Mancilla**

*Becada por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías*

Dirección de Tesis

**Dra. María Nieves González Valles**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**  
Instituto de Ciencias Sociales y Administración  
Departamento de Ciencias Sociales  
**Doctorado en Psicología**



**“Análisis multidimensional de carga, estrategias de  
afrentamiento y autocuidado de cuidadores familiares de  
personas mayores dependientes”**

Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología  
LIE Psicología de la Salud

Por

**Heidi Gladiola Villa Mancilla**

*Matric. 182900/ CVU 727431*

*Orcid: 0000-0002-0324-1120*

Dirección de Tesis

**Dra. María Nieves González Valles**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

*Orcid. 0000-0002-1199-4149*

**Comité Tutorial de Tesis**

**Dr. Charles Ysaacc Da Silva Rodrigues**

Universidad Autónoma de Guanajuato

**Dra. María del Carmen Farfán García**

Universidad Autónoma de Estado de México

**Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

**Dra. Bertha Musi Lechuga**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

**Dra. María Teresa Martínez Almanza**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

## Constancia de Grado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS  
CONSTANCIA DE EXAMEN DE GRADO

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 10:00 horas del día 17 de Mayo del 2024 se reunieron en las instalaciones del Instituto de Ciencias Sociales y Administración los integrantes del sínodo

Dra Maria Teresa Martinez Almanza	Presidente	
Dra Bertha Musi Lechuaa	Secretario	
Dra Alejandra Rodriguez Tadeo	Vocal	En linea
Dra Maria Del Carmen Farfan Garcia	Vocal	En linea
Dr Charles Isaacc Da Silva Rodriques	Vocal	En linea

quienes en base a la normatividad universitaria procedieron a llevar a cabo el EXAMEN de la sustentante

HEIDI GLADIOLA VILLA MANCILLA

Matricula 182900

Como requisito para obtener el Grado de DOCTORADO en Psicología.

Una vez concluida la réplica, el jurado deliberó libremente y procedió a emitir el veredicto de

Aprobado por unanimidad de votos

Para fines de verificación el abajo firmante certifica la lealidad de la reunión.

  
DR. ALBERTO CASTRO VALLES  
Coordinación del Programa Educativo



## VITA



### Heidi Gladiola Villa Mancilla

Maestra en Docencia área Competencias Profesionales por el Instituto Interdisciplinario de Estudios Educativos y Organizacionales (2011), Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz (2017) y Licenciada en Psicología (2004) por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.

Ha realizado estudios sobre depresión y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria, así como sobre proyectos escolares para estrategias de aprendizaje cooperativo en educación superior. Desde el año 2003 ejerce práctica clínica en diversas instituciones públicas y privadas, y en desde el 2013, imparte docencia en centros educativos preescolares y universitarios.



UACJ

ICSA

DEPARTAMENTO DE  
CIENCIAS  
SOCIALES



Doctorado en  
PSICOLOGÍA



CONAHCYT  
CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES  
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS



En julio del año 2018 fue aceptada en el Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, inscrito en el Sistema Nacional de Posgrados del CONAHCYT y ha sido beneficiada con beca nacional de posgrados (2018-2021).

De 2019 a 2021, dictó ponencias nacionales e internacionales sobre autocuidado de cuidadores de personas dependientes, auxiliares geriátricos, así como sobre habilidades de inclusión de mujeres personas mayores y sobre la discapacidad psicosocial. En 2019 publicó un capítulo en libro digital Academia Journals y en 2022 en memorias del Coloquio Institucional de Posgrado el artículo: "Sobrecarga percibida en cuidadores familiares de personas mayores en tiempos de pandemia". También, participa como docente en la UACJ.



El 17 de mayo de 2024, presenta su Examen de Grado Doctoral con la defensa de la Tesis denominada: "**Análisis multidimensional de carga, estrategias de afrontamiento y autocuidado de cuidadores familiares de personas mayores dependientes**" con la Dirección de la **Dra. María Nieves González Valles** profesora-investigadora de la UACJ.

La Tesis fue valorada por el Dr. Charles Ysaacc Da Silva Rodríguez de la Universidad Autónoma de Guanajuato, la Dra. María del Carmen Farfán García de la Universidad Autónoma de Estado de México, la Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo del Instituto de Ciencias Biomédicas de la UACJ, la Dra. Bertha Musi Lechuga y la Dra. María Teresa Martínez Almanza de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. El examen fue conducido bajo la presidencia del Sínodo por la Dra. María Teresa Martínez Almanza del Doctorado en Psicología UACJ.

Comité Académico  
CA-DPS

Coordinador del Doctorado en Psicología  
Dr. Alberto Castro Valles

## ***Dedicatoria***

*Dios, ante tu trono coloco coronas y triunfos...*

*Alfredo Fuentes hago una mención especial en este espacio para reconocerte tu apoyo, por ser un compañero y pareja en toda la extensión de la palabra ... ¡Te amo!*

*Didier, eres mi pequeño motor!; Gracias por contagiarme tu energía y pasión para realizar las cosas, ¡Te amo!*

*Martha Mancilla, mamá; te dedico este trabajo pues fuiste mi punto de inspiración; ver tu compromiso con Serafín, invertir en cada viaje en horas de trayecto y financieramente, verte con entereza a pesar del cansancio físico y aún continuar con la disposición para cuidar a tu papá, tu apoyo para mí ha sido invaluable, ¡gracias, mamá!*

*Carlos Villa, gracias por emocionarse cada vez que le cuento algo de mi carrera.*

## Agradecimientos

A CONAHCYT por la oportunidad de estudiar un posgrado y ser acreedora a una beca.

A la UACJ por permitirme este espacio para continuar mi preparación académica; A la Coordinación del Doctorado en Psicología, Dr. Oscar Esparza y Mtra. Fabiola Avendaño, gracias por el acompañamiento y seguimiento brindado.

A mi Directora de tesis Dra. María Nieves González quiero agradecerle su acompañamiento y amistad, gracias por dedicarle tiempo a mi trabajo aun en fines de semana y vacaciones, gracias por tanto...

Dr. Charles Da Silva, gracias por acompañarme en este recorrido académico y compartir con tanta sencillez sus conocimientos.

Mtro. Enrique Anchondo gracias por estar presente en mi formación académica desde la licenciatura hasta el doctorado... ¡Gracias!

Psic. Eduardo Mendoza, amigo ¿Qué hubiera hecho con tanta neurosis y sin tu ayuda? ... gracias por tu tiempo y cada ejercicio gestáltico con el que me acompañaste.

Dr. Eli Malvaceda, gracias por ser tan sencillo, porque te cercioras de los aprendizajes de tus alumnos y por ser generoso con tus conocimientos al transmitirlos.

Dr. Steven Zarit, thank you for taking the time to read my emails, for providing me with important articles for the construction of this thesis, but above all, thank you for your words of encouragement to continue.

Mtro. David Mustieles, Mtra. Georgina Moreno, Mtra. Verónica Núñez, gracias por conocerles durante este proceso del doctorado y agradezco su aportación en las cuestiones teóricas para conocer a profundidad el tema, así como lograr analizar la información a nivel metodológica.

Fam. Trejo Martínez, gracias por levantar mis brazos en los momentos que más lo necesité.

Gracias Karla Holguín, Berenice Grajeda, Erika Espinoza, Adriana Lazcano, Sara Belmontes, Lourdes Ozuna, Faviola Mancilla por sus buenos deseos y palabras de aliento para continuar.

A cada cuidador que me permitió adentrarme en su vida y conocer detalles tan íntimos, me dejaron momentos muy lindos e indescriptibles aprendizajes, los acompañó en las pérdidas que han experimentado, gracias por hacer un tiempo en su complicada agenda y compartirse ¡gracias!

## Resumen

Las últimas décadas han presenciado el incremento en la esperanza de vida, a menudo caracterizada por padecimientos crónicos y síndromes geriátricos, elevándose la necesidad de cuidados domiciliarios de personas mayores cuya condición es de dependencia. En ello, el rol de cuidador/a familiar informal tiene un papel fundamental, lo que suele acarrearle de diversas implicaciones que comprometen su propia salud mental y física. **Objetivo:** Analizar las implicaciones multidimensionales que se asocian a la carga objetiva y subjetiva que representa el rol de cuidador/a familiar de un miembro en condición de dependencia, los modos en que vive y afronta las exigencias y retos que representa el proveer los cuidados, así como las prácticas de autocuidado que posibilitan mayores niveles de salud mental. **Metodología:** El estudio fue abordado a partir del enfoque cualitativo, de alcance descriptivo, con una muestra intencional, de cuatro cuidadores/as familiares elegidos a conveniencia mediante un diseño de casos múltiples y la estrategia de recolección de información ha sido con entrevista semiestructurada y revisada mediante el software ATLAS.ti 24. **Resultados:** Se identifica una variedad de implicaciones que alcanzan todas las dimensiones de la vida del cuidador familiar. En la dimensión familiar se identificaron conflictos familiares, herencias que pueden llevar al cuidador a enfrentar el reto como cuidador por lealtad o herencia, se encuentran dificultades para establecer límites, aumento en las responsabilidades, cambios familiares en donde no se visita a la persona mayor por no querer cuidar. En la dimensión social se da una pérdida de núcleo de apoyo con amigos, distanciamiento de grupos o actividades sociales, aislamiento social; en la dimensión económica se dan incrementos en los costos, estrés financiero; en la dimensión emocional experimentan sentimientos de culpa, desafíos, tristeza, miedo, desconfianza, frustración, sacrificio, desafíos, nuevos compromisos, preocupación por el futuro, incertidumbre en general, pérdida de concentración, aumento en compromiso; mientras que en la dimensión espiritual existe un enojo contra Dios, pero a su vez existe un abandono personal al perder el control de la situación. Adicionalmente se puede decir que, en la dimensión psicológica se experimentan rasgos de depresión, así como estrés postraumático, comprometiendo la salud con problemas de sueño, aumento y pérdida de peso, uso y abuso de sustancias, debilidad visual, fatiga, dolor muscular y espalda. Como estrategias que les posibilita afrontar tales condiciones recurren a abandonar la situación en Dios, hay una ausencia de práctica de ejercicio físico debido a las demandas de cuidado en actividades básicas de la vida cotidiana, que desemboca en el tiempo del cuidador.

**Palabras clave:** Carga, autocuidado, estrategias de afrontamiento, cuidadores familiares, personas mayores dependientes.

## Abstract

Recent decades have seen an increase in life expectancy, often characterized by chronic conditions and geriatric syndromes, increasing the need for home care for elderly people whose condition is dependent. In this, the role of informal family caregiver plays a fundamental role, which usually entails various implications that compromise their own mental and physical health. **Objective:** To analyze the multidimensional implications that are associated with the objective and subjective burden that represents the role of family caregiver of a dependent member, the ways in which he or she lives and faces the demands and challenges that providing care represents, as well as self-care practices that enable higher levels of mental health. **Methodology:** The study was approached from a qualitative approach, with a descriptive scope, with an intentional sample of four family caregivers chosen at convenience through a multiple case design and the information collection strategy was a semi-structured and revised interview. using the ATLAS.ti24 software. **Results:** A variety of implications are identified that reach all dimensions of the family caregiver's life. In the family dimension, family conflicts were identified, inheritances that can lead the caregiver to face the challenge as a caregiver due to loyalty or inheritance, difficulties are found in establishing limits, increase in responsibilities, family changes where the elderly person is not visited for not wanting to care. In the social dimension, there is a loss of core support with friends, distancing from social groups or activities, social isolation; In the economic dimension there are increases in costs, financial stress; In the emotional dimension they experience feelings of guilt, challenges, sadness, fear, distrust, frustration, sacrifice, challenges, new commitments, worry about the future, uncertainty in general, loss of concentration, increase in commitment; while in the spiritual dimension there is anger against God, but at the same time there is personal abandonment when losing control of the situation. Additionally, it can be said that, in the psychological dimension, traits of depression and depression are experienced, as well as post-traumatic stress, compromising health with sleep problems, weight gain and loss, substance use and abuse, visual weakness, fatigue, muscle pain and back. As strategies that enable them to face such conditions, they resort to abandoning the situation in God, there is an absence of physical exercise due to the demands of care in basic activities of daily life, which leads to the caregiver's time.

**Keywords:** Burden, self-care, coping strategies, family caregivers, dependent older people

## Tabla de contenido

Introducción.....	1
Descripción del problema.....	2
Carga objetiva derivada de las tareas del cuidado. Impactos multidimensionales.....	8
Carga subjetiva derivada de las tareas del cuidado. Impactos multidimensionales.....	10
Recursos protectores derivados de la carga.....	13
Pregunta de investigación.....	18
Justificación.....	18
Capítulo I. Envejecimiento.....	22
Aspectos generales del envejecimiento.....	23
<b>Envejecimiento activo</b> .....	23
Discapacidad y dependencia en la población de adultos mayores.....	25
Clasificación según el tipo de discapacidad.....	28
Capítulo II. Labores de cuidado y cuidadores/as informales.....	30
Sistema familiar como proveedor de cuidados informales.....	30
Reparto de responsabilidades al interior de los sistemas familiares.....	32
Tareas domésticas y de cuidado. Figura del cuidador informal.....	34
Carga del cuidador.....	35
Carga objetiva.....	39
Carga subjetiva.....	40
Implicaciones derivadas de las tareas de cuidado.....	41
Implicaciones en la dimensión familiar.....	41
Implicaciones en la salud física.....	43
Implicaciones en el ámbito económico.....	44
Implicaciones en el ámbito social del cuidador.....	46
Implicaciones en la dimensión espiritual.....	49
Capítulo III. Fundamentos teóricos en la comprensión de las implicaciones del trabajo de cuidados.....	51
Teoría general del estrés aplicado al cuidado.....	51
Modelo teórico transaccional del estrés.....	52
Modelo Teórico Expandido del Cuidado.....	53
Capítulo IV. Recursos protectores: Afrontamiento y autocuidado.....	56
Teorías del afrontamiento.....	56
Modos de afrontamiento ante las labores de cuidado.....	57
Autocuidado.....	59
Capítulo IV. Metodología.....	64
Supuestos paradigmáticos y enfoque del estudio.....	64
Diseño de investigación: diseño de casos múltiples.....	67
Inmersión en el trabajo de campo.....	68
Selección de participantes.....	69
Criterios de inclusión.....	70
Criterios de exclusión.....	71
Participantes en el estudio.....	71

Estrategias y técnicas empleadas en la recolección de información .....	73
Entrevista semiestructurada en profundidad .....	73
Operacionalización y sus indicadores.....	78
Aspectos éticos y de confidencialidad.....	86
Supuestos de investigación.....	87
Método de análisis de la información.....	92
Sistematización y reducción de la información .....	92
Capítulo V. Resultados o Hallazgos .....	96
Capítulo VI. Discusión y conclusiones .....	120
Referencias bibliográficas .....	131
Anexo No.1 Dictámen Institucional .....	148
Anexo No.2 Entrevista semiestructurada y en profundidad.....	149
Anexo No. 3 Consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.	153
Anexo No 4. Autorización para utilizar el instrumento.....	154

## Introducción

El incremento en la expectativa de vida de la población mundial ha ocasionado que los rangos etarios de personas mayores de 60 años estén aumentando. Con ello, se eleva también el número de personas que requieren de cuidados por alguna enfermedad que los ha colocado en condición de dependencia. Ello plantea un reto a las sociedades actuales, dado que, no existen mecanismos instaurados resultado de las políticas públicas enfocadas en atender a este sector de la población. Por lo tanto, es la propia familia quien de modo recurrente se hace cargo de proveer cuidados a los miembros que así lo requieran. Frecuentemente es un miembro de la propia familia quien toma el rol de *cuidador*, y en este caso, *informal*, dado que, a pesar de dedicar jornadas extenuantes para proveer labores de cuidado, lo realiza sin retribución económica ni el goce de prestaciones propias de un trabajo remunerado. El reto al que se enfrentan plantea cambios, reestructuraciones, modificaciones en todas las dimensiones de la vida de quien se ha convertido en cuidador informal, afectándole negativamente en varios aspectos, pero también, creando las condiciones para construir su autoconcepto con aspectos positivos.

La revisión de antecedentes permitió generar supuestos hipotéticos que hicieron evidente la necesidad de generar información científica que busque conocer en su profundidad las implicaciones que acarrea el trabajo de cuidados. A la par, fuimos construyendo preguntas relacionadas con los recursos protectores relacionados con el afrontamiento y las acciones de autocuidado que los cuidadores informales utilizan ante el reto de hacerse cargo de una persona mayor en condición de dependencia. Con ese propósito, el objetivo de la presente investigación ha sido analizar las implicaciones multidimensionales

que se asocian a la carga objetiva y subjetiva que representa el rol de cuidador/a familiar de un miembro en condición de dependencia, los modos en que vive y afronta las exigencias y retos que representa el proveer los cuidados, así como las prácticas de autocuidado que posibilitan mayores niveles de salud mental. Con un enfoque cualitativo y alcance descriptivo, una muestra intencional de cuatro cuidadores/as familiares que fueron elegidos a conveniencia mediante un diseño de casos múltiples participaron en formato de entrevista semiestructurada como estrategia de recolección de información.

La construcción de la información es el resultado de la flexibilidad del enfoque cualitativo, del ir y venir del trabajo de campo, búsquedas de explicaciones teóricas, reestructuración de supuestos hipotéticos y afinación de preguntas en la entrevista. Finalmente, el documento se ha conformado en el estilo tradicional, dedicando el Capítulo I en la revisión de antecedentes teóricos sobre el envejecimiento como etapa de vida; el Capítulo II recupera el conocimiento en torno a las labores de cuidado y la figura del cuidador informal; el Capítulo IV contiene revisiones sobre los recursos protectores de afrontamiento y autocuidado; el Capítulo V describe la metodología adoptada; el Capítulo V se dedica a presentar los Resultados, finalmente el Capítulo VI abarca Discusión y Conclusiones.

### **Descripción del problema**

En México y otras regiones de las Américas el grupo etario de personas mayores ha incrementado sus cifras, dando lugar a una modificación en la pirámide poblacional a partir de que el crecimiento se ha reducido y la población está envejeciendo (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2011; Chakiel, 2000; Grupo Banco Mundial [GBM], 2015; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022; Sanhueza-Parra, 2022).

Las proyecciones anteriores a la pandemia del coronavirus SARS - COVID-19<sup>1</sup> ejecutadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) indicaban que la esperanza de vida en México incrementaría para el 2030 de 75.3 a 76.9 años en las mujeres, mientras que para los hombres la proyección era de 72.8 a 79.4 años (CONAPO, 2019). Dadas las condiciones de la población y a partir de las proyecciones del CONAPO se contempla que serán 32.4 millones de habitantes en México de personas mayores a 65 años para el año 2050, correspondiendo al 21.5 % de la población total (Nava, 2018; CONAPO, 2020).

Al prolongarse la esperanza de vida, resultado de adelantos médicos y tecnológicos, se ha modificado a la par, el incremento de las necesidades de atención para este grupo etario (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018), sobre todo para aquellos que arriban a esta etapa del ciclo vital en condición de dependencia, dada por la alta tasa de enfermedades crónicas como los síndromes geriátricos (Rivero-Serrano y Martínez, 2011). Dicha situación permite considerar que, en el presente, y con mayor énfasis en un futuro cercano, aumentará la necesidad de los cuidados domiciliarios que requieren las personas mayores (Huenchuan-Navarro y Rodríguez-Velázquez, 2015). En este marco surge el interés por quienes brindan cuidados, es decir los cuidadores, reconociéndose a nivel mundial la necesidad de proporcionar cuidados como una de las actividades con mayor demanda a largo plazo (Bastawrous-Wasilewski, 2012; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2018; INEGI, 2018).

---

<sup>1</sup> El SARS-CoV-2 [Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (por sus siglas en inglés) - 2 traducido como coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave], es una cepa de coronavirus que causa COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019), virus propagado a finales del 2019 ocasionó estragos mundiales y millones de defunciones movilizándolo a las instituciones sanitarias a convocar confinamiento (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2020).

Los datos estadísticos nos informan que la población mayor de 65 años se encuentra en ascenso en comparación a otros grupos de población, es la primera vez en la historia registrada que, en 2018 hubo más adultos mayores de 65 años o más (ONU, 2022). World Population Prospects informó a nivel mundial hubo 1 persona mayor en cada 11 en 2019 (9 %), porcentaje que superó a los niños menores de 5 años durante este mismo año y en el año 2000 se estimaba un alza en la esperanza de vida de 73.2 años. Acontecimientos recientes refieren que durante un período de 71 años entre 1950 y 2021, la cifra de personas mayores tuvo un alza de 150 millones en 1960 a 747 millones en 2021 (Mena-Roa, 2022; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2022).

Recientemente las estadísticas de los adultos mayores dependientes a nivel mundial varían dependiendo del país o región, lográndose apreciar que las personas mayores en condición de dependencia viven en su mayoría, donde el acceso a los servicios de salud y a cuidados a largo plazo es limitado, generalmente en países de ingresos bajos y medios (ONU, 2022). Datos de países del continente americano, indican que en Argentina se encuentra más de 1 millón de personas mayores de 65 años en condición de dependencia (Monteverde et al., 2016), mientras que Guatemala, Haití y Guayana Francesa, se ubican en las primeras etapas del envejecimiento, en donde la población adulta mayor ocupa el 7%; mientras Belice, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y el Caribe, se clasifican como de edad media y avanzada porque tienen la misma proporción de población. Por otra parte, se encuentran países como Trinidad y Tobago, Argentina, Chile, Antigua y Barbuda, Brasil, Santa Lucía, Costa Rica, Guadalupe, San Vicente, las Granadinas y Uruguay con poblaciones significativamente envejecidas (Comisión económica para América Latina [CEPAL], 2021).

En Estados Unidos la National Caregiving Alliance (NAC) y American Association of Retired Persons (AARP) publicó que el número de cuidadores familiares en ese país aumentó en 9.5 millones a 53 millones en el periodo del 2015 a 2020, correspondiendo a uno o más cuidadores de cada cinco estadounidenses (National Alliance of Caregiving and American Association of Retired Persons, 2020).

También en Asia y el Pacífico el rango etario de adultos mayores de 80 años es el que crece más rápidamente, mientras que, en África, es aproximadamente un 5% de la población actual; en Europa, el 19% de los mayores de 65 años necesita ayuda para actividades básicas diarias, como vestirse o comer (Agencia EFE Madrid, 2015). Por su parte, en España la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia (2020) permitió conocer datos que indican la existencia de 4.3 millones de personas en condición de discapacidad, predominando las mujeres<sup>2</sup>. Se estima que el 17.9% de los hogares tiene al menos una persona dependiente de cuidados, el 2.5% de hogares tiene dos de personas con discapacidad, y el 0.2% tiene tres o más personas que requieren de cuidados (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022).

En México, estimaciones previas habían destacado que, en el rango poblacional mayor de 60 años, el 27% de las personas tiene alguna discapacidad, y el 42% sufre alguna limitación para ejecutar actividades básicas de la vida cotidiana (INEGI, 2015). En el rango

---

<sup>2</sup> El grupo femenino tiene una elevada probabilidad de ser dependientes en comparación al grupo masculino, ya que son más longevas y suelen padecer enfermedades crónicas, mayores discapacidades y menor protección social, así como proveer cuidados de salud a quienes padecen enfermedades crónicas desde temprana edad (Organización Mundial de la Salud [OMS] en conjunto con OPS, 2011).

de 60 a 69 años<sup>3</sup>, el 14 % de los adultos mayores que vive sin compañía, tiene alguna discapacidad y en el 48% de los mayores 80 años (INEGI, 2019). Dichas estadísticas indican que en México existe 42 millones de personas que requieren algún tipo de cuidado, 33 millones son menores de 15 años y 9 millones son personas mayores de 60 años (CONAPO, 2019). Previamente las estimaciones indicaban que el 28.8% de las mujeres y 22.3% de los hombres de 80 años y más, necesitaron que alguna persona de su hogar les brindara cuidados o apoyo (Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo [ENUT], 2014; INEGI, 2019). Recientemente las proyecciones del CONAPO (2020) indican que para el 2030 se prevé que las personas en condición de dependencia en el país llegarán a 45 millones, y para el 2050 ascenderán hasta 51 millones.

A nivel regional, Chihuahua tiene una población superior a los 3 700 000. De ese total, 89 300 son adultos mayores, de los cuales el 53% de las mujeres y el 49% de los varones presenta alguna limitación o discapacidad (INEGI, 2020). En Ciudad Juárez, cuya población supera el millón y medio (INEGI, 2018), se estima que 3 de cada 10 son personas adultas de 65 años y mayores (INEGI, 2020) y se encuentran en condición de dependencia o discapacidad<sup>4</sup> (Colegio de la Frontera Norte [COLEF] y el Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2005).

---

<sup>3</sup> La categoría de 60 a 69 años fue propuesta por la ONU, sin embargo, dicha categoría puede modificarse existiendo un rango a partir de los 65 años y más como en los países de economía avanzada, tal situación se considera una variable limitante para la categorización.

<sup>4</sup> La condición de dependencia o discapacidad incluye a hombres y mujeres que utilizan algún tipo de aparato auditivo o visual, alteraciones psicomotoras que limitan la caminata, bajar o subir escaleras, baño o vestido, alteraciones que le limiten en el habla, personas que no tengan retención de información, inclusive las personas con alteración para comer (Colegio de la Frontera Norte [COLEF] y el Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2005).

Ante el aumento de personas de 65 años en adelante y en condición de dependencia, las instancias gubernamentales han respondido a través de la cobertura de programas de atención a domicilio, que en 2014 alcanzaba únicamente al 1% de dicha población (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2014). Ello evidencia la insuficiencia de la atención, prevención e intervención hacia las personas mayores en México en temas de políticas públicas, economía, aspectos sociales y de salud pública (Hernández-Rodríguez y De la Fuente-Robles, 2016).

En 2023 se ha informado que las principales enfermedades de la población adulta en México son la hipertensión, diabetes, artritis, problemas cardíacos y pulmonares, infartos, cánceres y embolias, que suelen acompañarse de síntomas depresivos (INEGI, 2023). El estado de salud descrito lleva a las personas mayores a hacer uso de los servicios del sector salud cuya estadía en las clínicas y hospitales varía de acuerdo al tipo de enfermedad física o complicación que se trate. Cuando tales pacientes son dados de alta, con frecuencia existe un interés y a su vez, una necesidad de regresar a casa, que al concretarse, origina que el sistema familiar se modifique de manera significativa (Gallo-Estrada, 2011; Iturria-Sierra y Márquez-Calderón, 1997), reacomodándose ante la realidad de que una persona se encuentra en condiciones de dependencia (De la Cuesta-Benjumea, 2007; 2009; García-Valdez, Sánchez-González, & Román-Pérez, 2019), es así como surgen los *cuidadores informales*.

Se les nombra así a los miembros de la familia que de manera voluntaria ejercen los cuidados en casa, viéndose plagados de desafíos y retos importantes, sin alguna remuneración económica (Instituto Nacional de Geriátrica [INGER], 2014). Además de considerarsele informal al cuidado que se realiza, suele también ser el *cuidador principal* por ser aquel

miembro de la familia en quien recae la mayor parte de la responsabilidad (Espín-Andrade, 2008; López, 2009).

Proveer cuidado a un familiar o a un individuo cercano por enfermedad, discapacidad o condición de dependencia temporal o permanente, es una actividad que suele pasar inadvertida, incluyendo el tiempo que se dedica y que puede ser elevado, dicha situación ocasiona que el cuidador principal experimente las labores de cuidado como una *carga*, tanto a nivel *objetivo* por la gran cantidad de tareas que le exige cubrir las necesidades básicas de una persona en condición de dependencia aunadas a los cambios en las rutinas y relaciones en la familia, como a nivel *subjetivo* ante la posibilidad de experimentar determinados sentimientos, reacciones emocionales y actitudes específicas derivadas de las tareas del cuidado (De la Cuesta-Benjumea, 2007; 2009 ; García-Valdez, Sánchez-González y Román-Pérez, 2019).

El impacto tanto de la carga objetiva como subjetiva se advierte en distintas dimensiones de la vida del cuidador informal y su familia.

### **Carga objetiva derivada de las tareas del cuidado. Impactos multidimensionales**

De inicio, la *dimensión familiar* <sup>5</sup>ve modificada en su estructura; el cuidador posiblemente deba estar más tiempo fuera de casa, o bien traer a casa a la persona mayor en condición de dependencia, lo cual modifica la forma de vida y rutinas, obligándoles a adoptar nuevas formas de convivencia diversas y complejas, lo que lleva a etapas de crisis familiares

---

<sup>5</sup> Haciendo referencia al sistema familiar consanguíneo (Veloza-Morales, Forero Beltrán, & Rodríguez-González, 2023).

debidas a las reformas que se generan en su composición, en los roles y nuevos esquemas de conducta de sus miembros (García-Calvente et al., 2004). Esto hace posible que se tambalee la estabilidad familiar, considerándolo como un peligro, pues en su interior no todos los miembros asumen de igual manera las tareas de cuidar a alguien más, afectando a todos sus componentes, especialmente a aquella persona que provee el cuidado la mayor parte del tiempo (Espín-Andrade, 2008; IMSS, 2015; López, 2009).

Debido a que el cuidado requiere esfuerzos físicos, la *dimensión física* se verá comprometida, habrá predisposiciones a lesiones músculo-esqueléticas por parte del cuidador, trastornos cardiovasculares, trastornos sexuales y manifestación de dolor en diversas partes del cuerpo (Díaz-Sosa et al., 2014), incrementándose el riesgo de muerte en el cuidador (Pablo-Santiago et al., 2016).

A un mismo tiempo las labores de cuidado también generan importantes cambios en la *dimensión económica* de la familia. Es en el sistema familiar en quien recae la responsabilidad de solventar los gastos que se generan en tales circunstancias con elevado costo e incluso rebasando los ingresos que se obtienen, toda vez que con el cuidado vienen aumentos significativos en los costos de atención médica (Gómez-Dantés et al., 2011; Kor et al., 2023; Rogero-García, 2010). Si bien es cierto que en el Sistema Nacional de Salud en México existen instituciones<sup>6</sup> que ofrecen atención médica, queda restringida para quienes trabajaron en el ámbito formal, quedando sin cobertura quienes no lo hicieron (IMSS, 2015).

---

<sup>6</sup> Como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina, y varias instituciones estatales como lo es el caso de Pensiones Civiles del Estado (Gómez-Dantés y otros, 2011).

Paralelamente, la *dimensión social* experimenta importantes modificaciones, ya que el cuidador tiende a interrumpir su cotidianidad, dando paso al aislamiento social, al alejamiento de relaciones sociales satisfactorias y un bajo nivel de participación en la vida comunitaria. Adicionalmente se observa que el cuidador es privado de un espacio personal para actividades sociales, recreativas y/o de cuidado personal (Escuredo-Rodríguez, 2007; Manso-Martínez et al., 2013; Rogero-García, 2010).

### **Carga subjetiva derivada de las tareas del cuidado. Impactos multidimensionales**

Las nuevas realidades y la confluencia de los factores expuestos, alcanzan a la *dimensión emocional*<sup>7</sup>, trayendo como resultado de las labores de cuidado, algunas emociones negativas cuya fuente original son el sufrimiento o enfermedad de la persona en condición de dependencia por quien se siente amor (Smith y Lazarus, 1990). De inicio, puede sentirse invisible al no ser reconocido por su desempeño, tiempo y/o esfuerzo dedicado a la actividad (Stone et al., 1987; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 1995).

A un mismo tiempo, el cuidador informal puede experimentar una sensación de amenaza, frustración, retraso de objetivos de vida planteados previamente, múltiples pérdidas-duelos y dificultades que surgen día con día, lo cual se puede expresar con enojo, desesperación, preocupación, desesperanza, irritabilidad, inseguridad, indefensión, miedo, pesimismo, pena, rabia, sufrimiento, tristeza y vergüenza, frustración por dejar de hacer actividades con su familia nuclear y concentrarse en la persona mayor dependiente

---

<sup>7</sup> Las emociones están muy relacionadas con el cuerpo porque implican cambios fisiológicos, pero también implican pensamientos, es decir, también tienen un componente cognitivo; de manera que se creen y se sienten (Rizo-García, 2022).

(Camacho-Estrada y Hinojosa-Arvizu, 2010; López-Gil, y otros, 2009). Ello deriva en déficits motivacionales, episodios de ansiedad caracterizados por la preocupación excesiva, impaciencia, pensamientos catastróficos dirigidos hacia la muerte e inatención (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017; Da Silva, 2019; Lim & Zebrack, 2004), pérdida de control sobre la situación de cuidado (Monreal-Bartolomé y Prieto-Adanez, 2017), sumándose sentimientos de impotencia e indefensión que el cuidador puede experimentar, el sentimiento de culpa por pensar que no está cuidando correctamente a la persona mayor y que no se están haciendo bien las cosas (Da Silva, 2019; IMSS, 2020); asimismo, suelen experimentar una sensación de incompreensión, incomodidad, agotamiento, debilidad, melancolía, fatiga, continuos cambios de humor con las personas de su entorno, aislamiento o tendencia a encerrarse en sí mismo, derivándose una actitud negativa hacia la persona dependiente o hacia la realización de ciertas actividades (Mace & Rabins, 2011).

Como se ha mencionado, lo común es que cuidar sea sinónimo de carga, existiendo una dualidad cognitiva, por una parte se generan pensamientos de culpa o molestia y donde el cuidador informal reflexiona sobre lo que no ha hecho bien en su relación con la persona que requiere cuidados, llegando a aceptarse dicha encomienda como la búsqueda de un perdón o purga de culpas de hechos pasados (INGER, 2014), incluso, al concluir la etapa de proveer cuidados por el fallecimiento de la persona mayor en condición de dependencia permanece la incertidumbre relacionada con las estrategias necesarias para rehacer nuevamente su vida cotidiana (Da Silva, 2019).

Los antecedentes empíricos coinciden en que otra dimensión en la cual se observan afectaciones derivadas de las tareas de cuidado es en la *dimensión psicológica*. Hallazgos importantes enfatizan los altos niveles de estrés e importante sintomatología depresiva que

experimentan los cuidadores informales (Jordán-Bolaños, Zavala-Plaza, Bedoya-Vaca, Rodríguez-Chicaiza, y Barreno-Sánchez, 2002; Kor, et al, 2023; National Alliance for Caregiving & American Association of Retired Persons, 2015), ya que se hace frecuente la sensación de soledad que experimenta el cuidador informal convirtiéndose en depresión (Mace & Rabins, 2011).

Se ha propuesto que las implicaciones negativas de las labores de cuidado posibilitan que la sintomatología descrita en su conjunto se reúnan como parte de el *síndrome de carga*, a partir del cual el cuidador experimenta una respuesta multidimensional de estrés percibido, valoración negativa y estados depresivos asociados al mismo, resultante de proporcionar cuidados hacia un individuo, generalmente un miembro de la familia, con problemas de salud (Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012). Ello impacta negativamente en la dimensión física, emocional, psicológica, social, económica o espiritual (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980), con sintomatología que alcanza a cada una de las dimensiones descritas, causando dificultad para desempeñar actividades que venían realizando, y que hace eprobable llegar a manifestar rasgos de depresión, ansiedad, fatiga y la complicacion de patologías previamente diagnosticadas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

Con frecuencia el impacto del cuidado y sus efectos, no son detectados de manera inmediata, pues se confunden, no se asocian al cuidado, o bien, también puede ocurrir que los síntomas asociados con el estrés o la depresión sean ocultados o negados por los mismos cuidadores, (Bisquerra Alzina, 2009; Rogero Garcta, 2010). Existe suficiente evidencia que sugiere que episodios de sintomatología ansiosa-depresiva son asociados con el cuidado (Alfaro-Ramírez del Castillo, y otros, 2008; García-Guillamón, y otros, 2018; Mace & Rabins, 2011). Ello puede elevarse a tal grado que desemboca en una obsesión con el

cuidado, deseando ser el mejor, con la idea fija de no descuidar a la persona dependiente, y la creencia de que será solo a partir de los cuidados prodigados que la persona dependiente saldrá adelante (INGER, 2014), ello suele tener repercusiones graves en cuidadores que experimentan demasiada tensión asociada a la carga, cansancio emocional o mental, a la par de prestación de cuidados, tienen más probabilidades de morir que quienes no brindan cuidados (Izaguirre - Bordelois , Adum – Lípari y German - Cordero, 2021; Ruiz-Martínez, y otros, 2022; Shulz & Beach, 1999).

Sin embargo, las labores de cuidado suelen también generar consecuencias positivas al grado de configurarse como recursos protectores, a pesar de que las referencias científicas que observen el cuidado como una actividad positiva son menores (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Crespo-López y López-Martínez, 2007; Rogero-García, 2010; Mace & Rabins, 2011; Estrada-Fernández, 2020) en comparación con los efectos negativos del cuidado.

### **Recursos protectores derivados de la carga**

En la dimensión subjetiva, las tareas del cuidado a una persona en condición de dependencia suele también ser fuente de determinados estados emocionales y autoesquemas positivos, que por su naturaleza, pudiesen no considerarse como carga, sino que tendrían que categorizarse como recursos cognitivos (Roa-García, 2013), ello porque en su opuesto a lo descrito en el apartado anterior, los cuidadores informales pueden experimentar también emociones positivas como resultado de una evaluación favorable relacionada con la consecución de objetivos o el acercamiento a ellos, permitiendo al cuidador un progreso hacia

la felicidad, supervivencia y bienestar. Incluso el cuidador puede experimentar compasión (López-Gil et al., 2009; Camacho-Estrada y Hinojosa-Arvizu, 2010).

Algunos hallazgos señalan que incluso, se puede llegar a experimentar gozo con la vida, un mejor estado de ánimo (Fernández-Ballesteros, 2001), mayores niveles de autoestima, satisfacción personal al percibir que el ser querido está siendo cuidado convenientemente (Flores et al., 2012), con lo que se reafirma el vínculo de afecto y apoyo en la diada cuidador-persona mayor, sintiéndose privilegiado por cuidar y el control que la situación le puede brindar, con lo que incluso se puede experimentarse un estatus mayor ante el resto de miembros del sistema familiar (Rogerio-García, 2010; Catalán-Edo y Garrote-Mata, 2012).

El resultado de tales procesos cognitivos puede ser una mayor seguridad personal, de manera que dichas autopercepciones propician el desarrollo de la empatía junto con una sensación de dicha, utilidad, responsabilidad y con ello, orgulloso por ser cuidador principal, ocasionando felicidad o alegría. De tal modo que las tareas de cuidado pueden ser la vía para sentirse recompensado (Rogerio-García, 2010), elevando el sentido de desarrollo personal y la idea de bienestar personal (Li & Loke, 2013), satisfacción por las capacidades personales para resolver problemas o hacer frente a situaciones adversas (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002). Parece ser que una estrategia importante para los cuidadores es la organización y adecuación de sus rutinas, adaptando paulatinamente el rol, de manera que se establezcan objetivos en torno a la evolución y niveles de dependencia hacia si mismo por parte de la persona dependiente, aminorando con ello los sentimientos negativos (Canga, Vivar y Naval, 2011; Fink Get, 2007; Yanguas-Lezaun, Leturia-Arrázola y Leturia-Arrázola, 2000).

Una nueva e interesante observación señala a la *dimensión espiritual*, que se encuentra presente en los cuidadores jugando un papel relevante en sus dos aspectos, una que es la religión y otra que es la espiritualidad (Pinto-Afanador, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2009; Tinel-Farinha et al., 2022).

Sánchez-Herrera (2004) indica que la espiritualidad, considerada una fortaleza, es una dimensión de la que sólo tomamos conciencia en determinadas circunstancias, es tan personal que surge también frente a inquietudes del día a día, quedando algunas sin respuesta. Dicha dimensión permite que las personas constituyan una experiencia de acompañamiento, de manera que constituyen un apoyo para los familiares cuidadores y las personas mayores dependientes proporcionándoles un factor protector para el desarrollo de conductas resilientes; para muchas personas la espiritualidad es una parte esencial para disfrutar la vida y hacerla productiva, siendo beneficiosa para la salud, pues en la oración o la meditación se promueve un estado de paz interior que promueve la curación y que el pensamiento positivo teniendo un efecto curativo (López, Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2013).

Para muchas personas que viven en situaciones de cronicidad y muerte, donde prevalece la incertidumbre, la creencia en un Ser superior, o en la fortaleza de las relaciones con ellos mismos o con los demás, promoverá la recuperación (Sánchez-Herrera, 2004). Para otros confiar en la existencia de Dios, un poder o fuerza superior, o un grupo cercano de personas como aliados que soportan la pesada carga de la enfermedad, con la creencia de que todo lo que sucederá estará bien con un propósito específico, incluso si este no es el caso (López et al., 2013; Rivas-Castro, Romero-Cárdenas y Vásquez-Munive, 2013; Sánchez-Herrera, 2004).

La dimensión espiritual, ya sea la fe y/o la espiritualidad, puede llegar a asociarse de manera positiva y puede ser considerado como un auxiliar que conlleva al cuidador a experimentar percepción de la salud, felicidad personal, ausencia de soledad, sentido de vida, así como un elemento reconfortante en tiempos angustiantes, considerándose importantes y significativos componentes para la salud (López et al., 2013; Mesquita et al., 2014; Rivas-Castro, Romero-Cárdenas y Vásquez-Munive, 2013; Sánchez-Herrera, 2004). Por otra parte, el compromiso que experimentan los cuidadores familiares es diferente en cada caso, así como los recursos para enfrentar y solucionar los diversos eventos estresantes que se presentan durante el cuidado (De la Cuesta-Benjumea, 2007; 2009; Lim & Zebrack, 2004; López- Gil et al., 2009; Macías et al., 2013).

De manera que el cuidador desarrolla ciertas *estrategias de afrontamiento* que funcionan como apoyo a los cuidadores, para minimizar los efectos negativos que origina la carga, permitiendo la prevención de enfermedades y la adaptación al deterioro de la persona mayor dependiente (Fernández y Díaz, 2001; Reyes-Vega y Rivero-Méndez, 2021). Sin embargo, aún cuando el control emocional es la estrategia efectiva, también puede desencadenar carga como consecuencia de una contención o intervención en crisis no efectiva, pues las estrategias centradas en el problema muestran una mínima probabilidad de carga del cuidador debido a su objetividad y eficacia (Pérez-Molina y Rodríguez-Chinchilla, 2011; Macías, Madariaga-Orozco, Valle-Amarís y Zambrano, 2013). Siendo entonces, las herramientas personales que posee el cuidador la manera en cómo se evalúan los problemas, de manera que las personas con mayores recursos, observarán menos molestias en el problema, protegiéndole de pensamientos irracionales de aprobación o haciéndole pensar que

el cuidado únicamente debe recaer en sí mismo, ocasionando que las consecuencias negativas disminuyan (López et al., 2013).

A su vez, el *autocuidado* o cuidado personal, como recurso protector, se refiere a todas las acciones intencionales que cumple una persona hacia su cuerpo y psique, su entorno, es decir, hacia si misma, encaminadas a regular factores internos o externos percibidos como relacionados con su propia salud, por tanto, la construcción del autocuidado, promueve la reflexión hacia su propio cuidado o el cuidado de alguien más, resalta la importancia de experimentar bienestar, pero a la vez, lograr identificar situaciones que pueden provocar malestar, logrando preservar su vida (Holguín-Lezcano et al., 2020). Dedicar algunas horas del día a una persona en condición de dependencia, puede llegar a cambiar la condición de vida del cuidador familiar, ya que ocupando el tiempo para actividades no planeadas o bien, que no estén oportunamente distribuidas, restará posibilidades para el uso de tiempo personal, como el ejercicio físico, actividades recreativas, influyendo así en la salud mental, así como la física (Estrada-Fernández, 2020).

Cuando está de por medio la discapacidad progresiva, el rol que asume el cuidador, comienza con la preparación y adquisición del rol de cuidador, posteriormente la promulgación o actuación, y posteriormente con la fase final del proceso, eventualmente el rol termina cuando el familiar fallece; este ciclo de cuidados al finalizar genera nuevos retos para el cuidador, quien deberá reconstruir su vida y reestablecer su plan de vida, de manera que al aumentar el tiempo libre la carga disminuirá y podrá reestablecer su autocuidado en mayor medida (Crespo y Rivas, 2015).

Como se puede observar, los trabajos de cuidado que se brindan a personas dependientes adultos mayores, tiene implicaciones multidimensionales en su vida presente, ante dicho panorama, se plantean algunos cuestionamientos que guían el presente trabajo de investigación:

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo son los impactos e implicaciones multidimensionales que se asocian a la carga objetiva y subjetiva que representa el rol de cuidador familiar de un adulto mayor en condición de dependencia, los modos en que vive y afronta las exigencias y retos que representa el proveer los cuidados, así como las prácticas de autocuidado que posibilitan mayores niveles de salud mental?

### **Justificación**

Como se ha puntualizado, los adelantos científicos y médicos han permitido extender la esperanza de vida, sin embargo, se observa que dicha condición ha generado por un lado un problema de salud pública, pues existe un grupo de la población vulnerable, las personas adultas mayores que requieren de cuidados específicos para mantener o recuperar la salud, asegurando el derecho que corresponde a la vida plena en la última etapa del ciclo vital (World Health Organization, 2018).

A su vez, se ha insistido en que los casos las labores de cuidado generan repercusiones negativas alterando las distintas dimensiones de la vida en el cuidador familiar, incluso

convirtiéndolo en un paciente oculto<sup>8</sup>, agravando la condición del adulto mayor que requiere cuidados, aumentando a dos personas con necesidad de atención a su salud, por un lado, la persona adulta mayor y por otro, el mismo cuidador, quien no aparece en la escena médica, quedándose invisible, por tanto, sin atención. Su invisibilización y desatención en el mediano plazo significará mayores costos para los sistemas sanitarios, para las familias, las sociedades, los ámbitos productivos, puesto que se trata de personas en edad productiva con dependientes económicos y labores de crianza (Bevans & Sternberg, 2012).

La carga a la que se hace referencia tiene un efecto acumulativo de índole negativo que amenaza el bienestar psicológico – emocional y pone en entredicho el bienestar de las personas, aumentando las ya altas prevalencias de problemas de salud psicológica y emocional como los son la ansiedad, depresión, miedos y preocupaciones propias de la época actual (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015). Se habla de elementos ambientales-estresores a los que se expone el cuidador, aunque el estrés no es asiduamente un fenómeno negativo, puede impulsar a las personas a desarrollar habilidades positivas, generar transformaciones y logros sociales, sin embargo, en este estudio se hace una revisión de los efectos del estrés perjudicial también llamado distrés, el cual enferma (Fernández y Herrera, 2016; Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012; Moscoso, 2011).

Existen evidencias que hacen alusión a la manera en que las emociones interfieren en los hábitos saludables, así como se pueden generar actividades que comprometen la salud, observándose una disminución en el sistema inmunológico, asimismo se han encontrado una influencia de las emociones en la comorbilidad de cuadros de ansiedad (Piqueras et al., 2009).

---

<sup>8</sup> Llamado también *segunda víctima* de la enfermedad (Fengler & Goodrich, 1979).

Es importante insistir en que los cuidadores tienen diferencias significativas en la salud y el acceso a los servicios de atención médica, así como tasas más altas de enfermedad (Shulz & Beach, 1999; Piqueras et al., 2009; Félix-Alemán, 2012).

En caso de no atender las primeras señales de carga, puede derivarse otros problemas tornándose deficiente o desapareciendo el cuidado; este tema de investigación se considera un desafío, pues el cuidado estará presente de manera permanente ya sea requiriéndolo o proporcionándolo (Agencia Basta, 2019), por consiguiente es necesario enfatizar en un diagnóstico sobre la carga experimentada o percibida, dirigida para los cuidadores familiares, de tal manera que se proporcione atención primaria y así centrarse en la prevención, o bien, en la atención secundaria (Hernández-Zamora y Ehrenzweig-Sánchez, 2008).

Visibilizar a ese sector de la población resulta una necesidad inaplazable por las altas probabilidades que existen de que los cuidadores actuales se conviertan en el corto o mediano plazo en personas dependientes, aumentando con ello los costos en los servicios de atención médica y debilitando la economía familiar entre otros efectos negativos. De manera que generar conocimiento con respecto a la carga del cuidador puede tener un gran alcance para el sistema de salud a nivel mundial (Liu, Heffernan, & Tan, 2020).

Por último, conocer el entorno social de los cuidadores de personas mayores brindará el conocimiento preciso para que a la luz de la ciencia psicológica se puedan crear líneas de actuación a la medida para satisfacer las necesidades del cuidador familiar bajo el formato de programas psicoeducativos, ya sea mediante grupos de terapia grupal o de intervención individual, estrategias de trabajo diseñadas a la medida en los ámbitos psicológico y emocionales, promover estrategias de afrontamiento proactivo que les permita mejorar la

dimensión social y familiar, así como desarrollar prácticas de autocuidado que en su conjunto impacten positivamente también en la salud física (IMSS, 2015; INEGI, 2023).

## Capítulo I. Envejecimiento

La comprensión de la etapa vital caracterizada por el envejecimiento inicia desde el cigoto, y a partir de nacimiento con la sucesión de las etapas del desarrollo donde se viven una serie de cambios individuales de orden biológico, físico, emocional, psicológico y social; incluyendo siete etapas del desarrollo humano, desde el embarazo, niñez temprana, niñez media, adolescencia, adultez joven, adultez media y adultez mayor (Papalia, Feldman & Martorell , 2012).

A grandes rasgos, hasta los 6 años, la infancia temprana se caracteriza el proceso de crecimiento y desarrollo de un niño; de 6 los 11 años aumentan ciertas habilidades motoras, fenómeno conocido como maduración, consolidando al individuo para llegar a la adolescencia (Arce, 2015). El periodo de la adolescencia, de los 11 a los 15 años se considera el motor inicial de una crisis evolutiva, fundamentalmente relacionada con el nivel físico y biológico; centrándose más en el desarrollo a nivel mental, emocional y social, permitiéndole al individuo la capacidad de autodescubrimiento, así como la revisión de su identidad personal (Pairumani-Ticono, 2018).

Posteriormente en la adultez joven, de los 16 a los 40 años las personas encuentran en un punto elevado de su potencial físico e intelectual; luego viene la etapa de la adultez media, de los 41 a los 60 años aproximadamente, notándose ciertos declives en salud y capacidades físicas, pero desarrollan formas de pensar maduras, basadas en la experiencia de vida, algunas personas se encuentran en la cima de sus carreras, algunos otros pueden replantearse nuevas metas (Papalia, Feldman, & Martorell , 2012).

En la última etapa del ciclo vital, después de los 60 años, a las personas suelen nombrarlas adultos mayores, donde a menudo experimentan cambios en su salud derivados de enfermedades crónicas, disminución de la capacidad intelectual, pérdida de amigos y familiares y el riesgo propio de muerte, etapa en la que, sin embargo, aun gozan del derecho a una vida plena (World Health Organization, 2018).

### **Aspectos generales del envejecimiento**

Las personas adultas mayores suelen experimentar reducción en la funcionalidad y movilidad, llevándolos a condiciones de discapacidad y a un estado de dependencia *per se*; aumentando por una parte la esperanza de vida, pero reduciendo su autonomía (Argudelo-Botero y Medina-Campos, 2014). Los problemas en la salud que se suscitan durante esta etapa de la vida suelen ser reflejo de factores de riesgo que se experimentaron durante las etapas de la vida previas o bien, con hábitos poco saludables (Dorantes-Mendoza et al., 2007).

Hay una serie de elementos importantes a considerar previamente con respecto al envejecimiento, la OMS ha propuesto dos términos que se consideran modelos de revisión para el mismo: *envejecimiento activo* y *envejecimiento saludable*, ambos permiten observar a los adultos mayores a la par de las enfermedades crónicas que puedan padecer, sus hábitos, así como el sistema de cuidados (World Health Organization, 2002; OMS, 2015).

**Envejecimiento activo.** Se propone en este modelo un proceso en las personas que permite optimizar participación y seguridad, así como oportunidades para la salud, experimentando de esta manera elevar su calidad de vida a medida que envejecen; tres conceptos le definen: 1) autonomía, atendiendo a la capacidad de controlar, adaptar y decidir

sobre la vida cotidiana, de acuerdo con las reglas y elecciones personales; 2) independencia, realizando actividades de la vida diaria de forma autónoma; y por último, 3) calidad de vida, representando una percepción individual de su propio lugar en la vida dentro de su entorno social y cultural, de acuerdo con sus propias metas, posibilidades e inquietudes (Ramos-Monteagudo, Yordi-García, y Miranda-Ramos, 2016).

**Envejecimiento saludable.** Dicho modelo se centra en un enfoque integral que toma en cuenta los elementos de la salud influenciados el entorno social y sus políticas, así como las capacidades funcionales e intrínsecas de la persona, así como el entorno en el que se desarrollan. Destacándose ciertos principios: 1) no discriminación, 2) respeto a los derechos humanos, 3) igualdad de género, 4) equidad y finalmente 5) solidaridad entre generaciones (Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto Nacional de Geriátrica, 2015).

Ambos modelos aportan elementos centrales para observar cambios en las personas mayores, aun cuando se haga un comparativo entre personas de la misma edad habrá quienes tengan a su alcance adelantos tecnológicos y sanitarios, aumentado así su esperanza de vida, aunque esto no es un hecho de que sean personas más saludables (Soria-Romero y Montoya-Arce, 2017), ya que las personas mayores pueden presentar alguna limitación en su capacidad funcional<sup>9</sup> y su capacidad intrínseca<sup>10</sup>, afectándose así su movilidad, lo que conlleva a una condición de discapacidad (González y Ham-Chande, 2007; OMS, 2015).

---

<sup>9</sup> Dicho concepto nos habla sobre las propiedades afines a la salud que permiten a una persona logre ser y hacer lo pertinente para sí misma, componiéndose por la capacidad intrínseca de la persona, el entorno y sus interacciones (OMS, 2015).

<sup>10</sup> Es un conjunto de “todas las capacidades físicas y mentales” que posee un individuo (OMS,2015).

Hablar de envejecimiento saludable manifiesta la bidireccionalidad existente entre las personas y su entorno, traducándose en lo que se mencionó como capacidad intrínseca y capacidad funcional; específicamente pueden ser tres trayectorias que pueden suscitarse en una persona: A. Trayectoria óptima. En esta trayectoria permanece alta la capacidad personal. B. Trayectoria interrumpida. Ocurre al momento de presentarse algún acontecimiento provocando una baja en la capacidad intrínseca, logrando o no, cierta recuperación. Y por último la C. Trayectoria con deterioro. Esta trayectoria se refiere a la capacidad intrínseca disminuyendo constantemente hasta la muerte (OMS, 2015).

Encontrarse limitado en la capacidad funcional es un predictor de resultados adversos, incluso aun en mayor cantidad que en las comorbilidades (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2014).

### **Discapacidad y dependencia en la población de adultos mayores**

La OMS (2020) precisa que hablar de *discapacidad* es “la restricción en la clase o en la cantidad de actividades que puede realizar debido a dificultades corrientes causadas por una condición física o mental permanente o mayor a seis meses” (OMS, 2020, p.3 ).

El envejecimiento es una de las causas de la discapacidad en la sociedad, debido a que se experimenta un deterioro físico, si a esto le sumamos hábitos poco saludables y enfermedades, dicha combinación puede impedir la práctica de actividades cotidianas, teniendo como resultado la disminución de la independencia, la autonomía física y el abandono [Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS), 2017], por sí misma, la fase de envejecimiento puede modificar la capacidad funcional y física de las personas, de manera que, si la cantidad de personas que

a causa de un estado de discapacidad o por la edad aumenta, es imprescindible que sean destinados mayores recursos para el cuidado y atención oportuna a estos colectivos. Esto hace imprescindible la investigación de un nuevo fenómeno que convirtiéndose en un problema sociosanitario y a su vez económico: la *dependencia* (González-Rodríguez, 2017), conceptualizada por el Consejo Europeo (1998) como el “estado en el que las personas, por falta o pérdida de la integridad física, psicológica o intelectual requieren asistencia o ayuda significativa para llevar a cabo sus actividades cotidianas habituales” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, p.4).

Una persona mayor puede tener cierto grado de discapacidad que le imposibilita frente a actividades en su vida, es decir, limitan su capacidad funcional, la cual se encuentra constituida por propiedades relacionadas con la salud que permiten a una persona autonomía (OMS, 2015); "la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2020, p.50).

La capacidad funcional como tal, incluye las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, y las actividades avanzadas de la vida diaria, correspondiendo jerárquicamente, las cuales son dañadas en el envejecimiento, reduciéndose en primer lugar las avanzadas, posteriormente las instrumentales y al final, las básicas (Lara-Jaque, López-Espinoza, Espinoza-Lavoz y Pinto-Santuber, 2012).

Las actividades básicas de la vida diaria conducen al cuidado y conservación del cuerpo, dichas actividades se realizan a cotidianamente, de manera automática, son asimismo

imprescindibles para sobrevivir. Las actividades instrumentales de la vida diaria son actividades con un cierto grado de complejidad que la persona emplea en su cotidianidad, requiere conciencia de uno mismo, corporal y conocimiento del entorno social. Implican habilidades cognitivas y motoras, preparación para conducirse en el entorno, así como para la planificación y resolución de problemas. Por último, las actividades avanzadas de la vida diaria se refieren a las actividades consideradas en el estilo personal, diferente en cada persona (Romero-Ayuso, 2007; Lara-Jaque et al., 2012; OMS, 2015; González-Rodríguez, Gandoy-Crego y Díaz, 2017).

Asimismo, la edad de la persona mayor categoriza las discapacidades en ocho dimensiones en las que comienza un deterioro: visual, auditiva, lingüístico, de movilidad, aprendizaje y de aplicación del conocimiento, implica también el autocuidado, vida en casa y relaciones sociales, si bien es cierto, la discapacidad que se presenta con más periodicidad es de movilidad (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y Fundación Instituto Gerontológico Matia, 2011).

Como se ha planteado en la sección introductoria, en México el grupo de adultos mayores con discapacidad aumentó el triple entre el año 2000 cuando era el 10.7% de la población, y el año 2010 aumentó a 26.3%; durante el 2012, se estimó al 47.8% de los adultos mayores mexicanos con cierto grado de discapacidad y aproximadamente un tercio de ellos reportó alguna condición limitante para llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria. En tanto que el 5% de este grupo etario fueron completamente dependientes (INEGI, 2020).

La discapacidad que se presentaba mayormente en México a inicios del milenio fue de tipo motriz, seguida de la visual, posteriormente la auditiva, después la mental y por último

la lingüística. En todos los tipos, quienes mostraron afectaciones físicas en su mayoría, eran adultos de 70 años y más (Mejía et al., 2014).

### **Clasificación según el tipo de discapacidad**

El INEGI (2000), propone una clasificación conformada en cuatro grandes grupos, las cuales pueden ir aumentando de grado, ya sean de manera permanente o de larga duración, presentándose por un periodo mayor a seis meses: Grupo 1 Discapacidades sensoriales y de la comunicación; Grupo 2 Discapacidades motora; Grupo 3 Discapacidades intelectuales y Grupo 4 Discapacidades múltiples y otras. La cantidad de personas con alguna discapacidad va a la alza debido al envejecimiento, las tasas de discapacidad grave han logrado disminuir los últimos 30 años, pero la discapacidad ligera o moderada no ha registrado cambios, cabe mencionar que la modificación en la salud y movilidad no es exclusiva en las personas mayores, a su vez los cuidadores familiares sufren alguna alteración emocional, alguna modificación en su salud, así como modificaciones en los recursos familiares, sociales y económicos (WHO, 2018; Crespo-López y López-Martínez, 2007).

**Grados de dependencia asociados.** Según el grado de dependencia o capacidad funcional, se logra delimitar la ayuda que las personas mayores necesitan, va desde la dependencia moderada hasta una gran dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad e IMSERSO, 2005): Grado 1 dependencia moderada: Indica que la persona necesita ayuda para ejecutar una o varias ABVD, al menos una vez al día. Grado 2 dependencia severa): Indica que la persona requiere apoyo para efectuar diversas ABVD dos o tres veces al día, aunque no es necesaria la figura permanente de un cuidador. Grado 3 gran dependencia: Indica que la

persona necesita ayuda para ejecutar algunas ABVD durante algunas veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, es necesaria la presencia precisa y constante de otra persona.

Se observa cómo la dependencia total o parcial, es un reto actual en el sector salud y servicios sociales, surgiendo nuevas necesidades de la persona cuidada y en el cuidador quien finalmente es la figura que proporciona ayuda, asume nuevas funciones y roles, modificando su estilo de vida, logrando así un cuidado eficiente, de manera que el paciente identificado es el centro de atención pero no se deja de lado la estructura familiar para su atención (Carreño-Moreno y Chaparro-Díaz, 2018, WHO, 2018; Quiñones, Villa y Altamirano, 2019; Estrada-Fernández, 2020).

## Capítulo II. Labores de cuidado y cuidadores/as informales

### Sistema familiar como proveedor de cuidados informales

La dinámica familiar puede entenderse como un encuentro entre subjetividades mediado por un conjunto de normas, reglas, límites, jerarquías y roles que establecen una sana convivencia y un funcionamiento saludable. Para lograrlo, es necesario que cada miembro de la familia conozca y comprenda su papel dentro del núcleo familiar, lo que facilita significativamente su adaptación a la dinámica interna del grupo (Gallego-Henao, 2012).

En el contexto familiar es notorio observar las primeras interacciones sociales que generalmente son de afecto, cariño y atención, estableciéndose las pautas para la convivencia, patrones de conducta, creando un sentido de pertenencia, observándose los primeros elementos del cuidado hacia los miembros (Minuchin y Fishman, 2004), es decir, existe un ambiente propicio para la salud, sobre todo, la gran mayoría de las familias se encargan de atender a sus enfermos o personas mayores todo el tiempo viable, a pesar de la existencia de residencias de ancianos y alojamientos residenciales específicos para personas mayores, el cuidado se considera un deber familiar y es difícil que los dejen en dichos lugares o en condición de abandono; ya que el propio sistema familiar tratará de agotar recursos antes de comenzar la búsqueda de personas de apoyo (Aguilar-Pérez y Toledo-González, 2019; Escalona-Pérez y Ruiz-Martínez, 2016). Diversas investigaciones corroboran que la familia es la proveedora principal de cuidados de salud y en momentos compone la única fuente de cuidados para las personas dependientes (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004). Es así como se conceptualiza el término *familista* o *familismo* abarcando una gama de

expresiones sociales relacionadas con el cuidado y el trabajo doméstico realizado por familiares (García-Guzmán, 2019).

Ante la condición de dependencia, es importante centrar la atención en toda la familia y entre sus miembros para comprender los cambios que suele producirse en ella, dicha situación podría dar la pauta para el diseño y aplicación de iniciativas que mejoren el escenario de los adultos mayores (Zapata-López, Delgado-Villamiza y Cardona-Arango, 2015), ya que en los diferentes ciclos de la vida del sistema se observa un grado de complejidad, pues cada miembro de la familia juega diferentes roles; si es el hermano mayor tiene un comportamiento diferente al segundo o tercer debido sus características personales, incluyendo a los hijos únicos (Escobari-Cardozo, 2017).

En México, conversar sobre familia es confuso, que no únicamente incluye cambios y fenómenos sociales, sino extensos arreglos y costumbres que afectan su estructura y organización (Gutiérrez-Capulín, Díaz-Otero y Román-Reyes, 2016), existiendo una dualidad entre desapego-apatía y la solidaridad intergeneracional como componente del envejecimiento saludable, modificándose así la cotidianidad del adulto mayor y la familia (Barrantes-Monge , García-Mayo, Gutiérrez-Robledo y Miguel-Jaime, 2007; Canga-Armayor, 2010; Tirado-Pedregosa, López-Saez López Teruel, Capilla-Díaz, Correa-Brenes y Geidel-Domínguez, 2011), sin embargo, las labores de cuidado pueden exponer a cierto malestar familiar, en donde suelen estar presentes elementos abrumadores y complicadas circunstancias, sobre en los casos donde los cuidadores familiares comparten la vivienda con las personas mayores; esta situación puede elevar la tensión, a la vez de desencadenar dolor emocional, observándose un descontento en algunos miembros de la familia frente a las dificultades (Roldán-Merino, 2011).

**Cambio de roles.** Las responsabilidades, roles y expectativas del sistema familiar se modifican a raíz de que un miembro enferma, en ocasiones los cambios llegan a ser profundos, de manera que integrantes de la familia se encargan de realizar labores que anteriormente no se consideraban, dicha situación es difícil de aceptarla y, sobre todo, adaptarse el cambio de roles, también puede llegar a ser difícil afrontar las necesidades de la persona dependiente, las personales y las familiares, al no identificar una red de apoyo familiar, el cuidador principal comenzará a experimentar señales de cansancio o desgaste, experimentando efectos negativos en su estado de salud y su bienestar, ya que en numerosas ocasiones el cuidador siente incapacidad para afrontar esta responsabilidad, constituyéndose como un paciente oculto o desconocido para el área sanitaria, que requiere de diagnóstico e intervención inmediata (Espinal, Gimeno-Collado y González, 2006; Flores, Rivas y Seguel, 2012).

### **Reparto de responsabilidades al interior de los sistemas familiares**

El campo de estudio de los cuidadores no profesionales, indican que el orden de cuidados se da por la cercanía familiar y disponibilidad, ubicando de esta manera al cónyuge, seguido de los hijos adultos, y familiares más alejados. A su vez, existe una creencia predominante de que son los cónyuges quienes ofrecen cuidados con más intensidad y por ciclos más amplios que los hijos adultos y otros parientes (Estrada-Fernández, 2020). Las mujeres tienden a adjudicarse de manera más frecuente el rol de cuidadora y a lamentarse menos, incluso manifestando niveles de estrés más elevados ( Vega-Angarita y Gonzalez-Escobar, 2007).

En el contexto europeo tampoco se observa una participación equitativa de las tareas que implican al cuidado de una persona mayor dependiente, algunos datos procedentes del Sistema de Cuidados en España revelan al igual que en la cultura mexicana el cuidar no es homogéneo, el rol de cuidado se centra en una figura como cuidadora principal, con cierto apoyo variable de otros familiares. En Andalucía específicamente, la mitad de los hogares atiende en el sistema informal de los cuidados donde solo un miembro es el responsable de la persona dependiente (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004), sin embargo, el tema de cuidados se encuentra en la Agenda de Gobierno, conceptualizándolo como *cuidado social*, involucrando de manera directa a diversos organismos como lo son la familia, la comunidad, mercado y estado (Estrada-Fernández, 2020).

Dentro del contexto mexicano existen motivos diversos por los cuales se considera poco equitativo el reparto de las responsabilidades familiares, dentro de las familias se pueden encontrar desacuerdos, distanciamientos o conflictos previos, algunos miembros de las familias no participan en el cuidado porque se niegan a aceptar la realidad de la persona dependiente, algunos miembros se alejan para no angustiarse, pero para el cuidador familiar que lleva la responsabilidad totalitaria, puede ser un simple abandono o falta de compromiso. Se torna necesario la educación hacia los familiares dependientes que el cuidador principal es quien tiene la última palabra en cuanto a usar servicios de apoyo, además de capacitarse con respecto a la información de la enfermedad (Mace & Rabins, 2011). Si bien, históricamente las mujeres han cumplido el rol familiar de apoyar a sus padres en edad avanzada, lo cual representa una responsabilidad adicional, factor importante es la cantidad de hermanos que tiene el cuidador, se espera que en familias más numerosas la tarea de brindar apoyo se distribuya entre un mayor número de potenciales cuidadores, a diferencia

de las familias más pequeñas en las que las responsabilidades son compartidas por un número menor de personas, finalmente, hay que tener en cuenta otros factores relacionados con las características personales (Fernández y Herrera , 2016).

A medida que los padres envejecen y son incapaces de cuidar de sí mismos, se encuentran con el cuidado de sus hijos, lo que puede provocar fricciones, a menudo muy graves que desembocan crisis (Placeres-Hernández, De-León-Rosales y Delgado-Hernández, 2011).

### **Tareas domésticas y de cuidado. Figura del cuidador informal**

Al hablar de tareas domésticas se hace alusión a las diversas actividades que se desarrollan dentro del hogar, implican el mantenimiento y limpieza la casa, lavar la ropa, planchar y preparar comidas, solo por nombrar algunos. Por otra parte, las tareas de cuidado son aquellas que giran alrededor de proveer atención y apoyo hacia otra persona, y resaltan actividades como cambiar pañales, alimentar a los niños y niñas, bañarles, vestirles, apoyar a las personas mayores o enfermas, todo lo cual se suele realizar dentro de un horario indeterminado requiriendo de altos montos de energía para llevarlas a cabo. Todo ello es sin contar las prestaciones que proporciona un empleo remunerado como el goce de vacaciones, aumento salarial,aguinaldos o jubilación; por tal motivo se nombra trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (Batthyány-Dighiero, 2015).

Culturalmente se asume que las labores de cuidado y trabajo doméstico son orientadas específicamente para el sexo femenino, pues se alude que han sido naturalmente capacitadas para dichas actividades, estimándose que las mujeres dedican tres veces más tiempo que los hombres a desarrollar estas actividades (García-Guzmán, 2019). Muchas de las

características atribuidas a las mujeres están estrechamente relacionadas con las habilidades interpersonales, las responsabilidades familiares y los roles como madres o bien, cuidadoras; sin embargo se ha observado un aumento en la participación de los hombres en el trabajo de cuidados y en el trabajo no remunerado (ONU Mujeres México, 2018).

### **Carga del cuidador**

Los cuidados informales se suelen proveer de manera voluntaria y sin que exista alguna remuneración económica de por medio. Con frecuencia pertenecen a la red de apoyo inmediata, con vínculos afectivos de parentesco, la mayoría del tiempo el cuidado ocurre en el ámbito privado atendiendo un sistema oculto de cuidados, y los miembros del sistema familiar le asignan las tareas en torno al cuidado, aun cuando no cuente con preparación profesional para brindar la atención, ni una jornada laboral definida (García-Calvente et al., 2004, Alegre-Ruiz de Mendoza, 2011). Con frecuencia, quienes tienen un trabajo remunerado, lo suelen abandonar para prodigar los cuidados de la persona dependiente. Culturalmente a las mujeres se les estereotipa como cuidadoras y agentes de salud dentro del sistema informal de cuidados mientras que cuando los cuidados son prodigados por varones, además de opcionales, no existe tanta rigurosidad a cumplir con los deberes (Espinoza-Miranda y Jofre-Aravena, 2012).

Cuidar de otros suele tener implicaciones importantes en la vida de las personas, modificando cada aspecto de su vida, a menudo se vive como una *carga* o *burden* (Zarit, Todd, & Zarit, 1986; Zarit, 2008) y suele ser el resultado de cuidar de personas en el ciclo final de la vida (López-Gil, et al, 2009) con la necesidad de cuidados especiales y en condición de dependencia y en proceso de deterioro. Ello se configura en un desafío global

para los cuidadores (Pearlin, 1990; Pearlin et al., 1990; World Health Organization, 2002, Montalvo-Reyna et al., 2013, Palacios-Rosas et al., 2017).

Un desafío que la literatura ha enfrentado es el uso del constructo *carga del cuidador* por ser multidimensional (Crespo y Rivas, 2015), puede integrar elementos tales como el ámbito familiar, físico, psicológico, emocional, social, espiritual y económico. A través de los diferentes modelos teóricos se proponen áreas que pueden analizar al cuidador: (1) tensión de roles que realiza el cuidador, (2) salud física y mental del cuidador, (3) sentido de competencia, autoeficacia, adecuación percibida del cuidado, (4) estrategias de afrontamiento o rasgos de personalidad (Pearlin et al., 1990; Schwartz Cowan et al., 2011, Zarit et al, 1980), una evaluación negativa y estrés percibido como resultado del cuidado (Kim et al., 2012).

La carga del cuidador se precisa como el esfuerzo o la carga experimentada por un individuo que ejerce cuidados hacia un integrante del núcleo familiar con una enfermedad crónica, discapacidad o adulto mayor en dependencia, se vincula con el bienestar de la persona que recibe cuidados como del cuidador; por lo tanto, es inherente discernir las características asociadas con la carga del cuidador; el nivel de tensión multifacético percibido por el cuidador al cuidar a un familiar y/o ser querido a lo largo del tiempo (Liu, Heffernan, & Tan, 2020). Grad y Sainsbury son pioneros con el concepto de carga dentro del ámbito científico, dicho constructo permitía la observación del cuidado que familiares otorgaban a sus parientes afectados por algún padecimiento mental en su domicilio, resaltando una connotación negativa girando en torno al cuidado, ya sea un costo para la familia (Grad & Sainsbury, 1963).

El constructo carga ha sido categorizado en niveles que determinan *ninguna o poca carga, carga leve a moderada, carga moderada a severa y carga severa* (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). Se considera que la carga severa es el impacto que los cuidados tienen concerniente al cuidador informal, concretamente el grado en el que la persona encargada de cuidar percibe que las diferentes esferas de su vida se han visto afectadas por dicha tarea (Zarit et al., 1980), ya que aún la poca carga se considera un riesgo para desarrollar niveles intensos relacionados con mayor morbilidad en el área médica, psiquiátrica y social (Breinbauer et al., 2009).

Lowenthal, et al, (1967) mencionan que debido a una consecuencia importante del movimiento de desinstitucionalización de la década de 1960 fueron las cargas objetivas y subjetivas que soportaban los cuidadores de personas con enfermedades mentales crónicas, siendo la carga objetiva del cuidador la que incluye tareas necesarias para cuidar al paciente, mientras que la carga subjetiva del cuidador indica el grado en que el cuidador se preocupa por completar dichas las tareas. Como se ha mencionado, ante una situación de enfermedad se pueden manifestar múltiples situaciones, existe una complejidad de las reacciones emocionales ya sea por parte de la persona que recibe cuidados, los cuidadores familiares y sus parientes, lo cual no es extraño al tratarse de una situación adversa (Mace & Rabins, 2011). Frecuentemente el cuidador principal experimenta escaso apoyo, prácticamente no existe rotación para el cuidado quedando a cargo exclusivamente en el cuidador principal, lo que finalmente eleva la tensión y con ello, los conflictos familiares (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017; Flores et al., 2012); incluso más allá de no asumir equitativamente los trabajos de cuidado del adulto mayor en condición de dependencia, los miembros de la familia hacen demandas y exigencias a la persona que ha quedado a cargo, aumentando

sustancialmente las responsabilidades; con ello, el cuidador familiar experimenta limitaciones personales y falta de libertad; el tiempo invertido en el trabajo de cuidado le lleva al descuido de su propia familia nuclear, lo que provoca problemas con los cónyuges e hijos (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017).

Existen variables que son importantes señalar, las cuales pueden presentarse dentro del cuidado afectando al cuidador, entre ellas destaca el tiempo con el que los cuidadores cuentan para sus actividades personales como higienizarse, alimentarse, descansar o recrearse, por mencionar algunas (Stull et al., 1994).

La distancia o trayecto que recorren para cuidar, existiendo posibilidades que los desplazamientos grandes dificulten la atención, a diferencia de cuidadores que experimentan trayectos cortos (Cagle y Munn, 2012; Carretero-Gómez et al., 2011). Aunado a lo anterior se encuentra el conocimiento de la enfermedad que padece la persona mayor dependiente, así como su manejo y duración de la misma (Palomé-Vega et al., 2014). Durante esta experiencia pueden surgir factores que complican el cuidado (Stull et al., 1994), un factor puede ser la distancia o trayecto que recorrer para cuidar, existen posibilidades que los desplazamientos grandes dificulten la atención se dificulta, las necesidades de apoyo y el abordaje de dichas necesidades, a diferencia de cuidadores que experimentan trayectos cortos (Cagle y Munn, 2012; Carretero-Gómez et al., 2011), sin embargo, puede surgir otro factor complicado cuando la convivencia entre el cuidador y persona cuidada se genera en el mismo domicilio, existiendo posibilidades de percibir efectos negativos del cuidado, al atender y cuidar durante el día y la noche, restringiendo la oportunidad de descanso para el cuidador (Gort et al., 2007).

### ***Carga objetiva***

La carga objetiva indica la reestructuración que debe realizar el cuidador en diferentes áreas de la vida, los cambios provocados por la enfermedad, las modificaciones en su contexto vital de manera tangible, verificable y observable (Da Silva, 2019; De la Revilla-Ahumada et al., 2019; Zarit, et al, 1986). Es observable en la cuestión económica y modificaciones en la vivienda, por mencionar algunos (Jocik-Hung, Rivero-Sánchez y Ramírez-Bello, 2004).

Con respecto a las personas mayores en condición de dependencia, se puede observar la demanda de cuidados prolongados, sin un tiempo determinado, con necesidad de apoyo para sus necesidades principales (Navarro-Ramos, 2016). Dependiendo de la severidad de su condición, pueden requerir asistencia de dos o más veces en actividades de higiene y limpieza, tanto personal como del inmueble, así como asistencia social y emocional (Romero-Ayuso, 2007; Lara-Jaque et al., 2012; OMS, 2015; González-Rodríguez, Gandoy-Crego y Díaz, 2017).

Hallazgos importantes en torno al tema subrayan que, el cuidador es vulnerable, modificándose el funcionamiento familiar, la respuesta o carga en torno al cuidado con respecto al sexo del cuidador, la funcionalidad del paciente y el tiempo que dedica para la actividad de cuidar (Carreño-Moreno et al., 2016), a su vez las referencias científicas que observan el cuidado como una actividad positiva son menores (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Crespo-López y López-Martínez, 2007; Rogero-García, 2010; Mace & Rabins, 2011; Estrada-Fernández, 2020).

Diversas investigaciones han identificado que las personas que pueden tener mayor riesgo de experimentar los efectos negativos derivados de las labores de cuidado son mujeres con edades 45 a 65 años, con estudios primarios, que cuidan a uno o más parientes, as actividades que realizan igualan o superan 12 horas por día, teniendo múltiples ocupaciones y sin la posibilidad de descanso o reposo a través de algún reemplazo (De la Revilla-Ahumada et al., 2019, IMSS, 2020).

### ***Carga subjetiva***

Por otra parte, la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales y sentimientos personales de los cuidadores frente a las demandas de cuidado, condición que se describe como una sensación de sobrellevar una obligación pesada y asfixiante del cuidador frente al hecho mismo de cuidar (Flores et al., 2012; Leal-Soto et al., 2012), donde además, puede existir malestar psicológico, sensación de desesperanza, rasgos de ansiedad y depresión, así como otros resultados negativos de las tareas de cuidado (Collins et al., 1994; Liu, Heffernan, & Tan, 2020).

***Síndrome de carga del cuidador.*** De manera que algunos síntomas que se presentan juntos pueden llevar al cuidador a que la carga sea mucho mayor, usualmente definido como síndrome de carga del cuidador. Dicha condición es considerada un problema de salud pública codificado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10), la carga que experimenta el cuidador cuenta con el código Z63.6: Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo e indica problemas relacionados con algún familiar dependiente necesitado de cuidado en la misma casa (OPS, 2009;

Secretaría de Salud, 2015), se asocian a la discapacidad y dependencia de la persona mayor con su cuidador (Bastawrous-Wasilewski, 2012; Cardona et al., 2013; IMSS, 2015).

Para una detección oportuna, es trascendental la atención y reconocimiento en síntomas tales como cambios de humor repentinos, escasa claridad al acordarse de eventos o disminución en la concentración, dificultad en sueño y descanso, aislamiento familiar y social, desinterés por sus propias necesidades y es observable el resentimiento experimentado hacia otros miembros del núcleo familiar que no cuidan, condición que ocasiona en el cuidador una disminución en su calidad de vida y en la oportunidad de cuidarse óptimamente. En caso de no detectarse a tiempo el cuidador se coloca en riesgo, a su vez, se pone en entredicho el cuidado hacia la persona mayor dependiente, en una especie de claudicación a el cuidado (Zarit et al., 1980; Zarit S. , 2002; Zambrano-Cruz y Ceballos-Cardona, 2007; Carretero et al., 2011; Flores et al., 2012; Tripodoro et al., 2015; Martínez-Rodríguez, 2018).

## **Implicaciones derivadas de las tareas de cuidado**

### ***Implicaciones en la dimensión familiar***

Generalmente los cuidadores son objeto de crítica por parte de la familia extendida de la persona mayor en condición de dependencia, poniendo a prueba a él y al sistema familiar (Hurtado-Vega, 2021). Aun y cuando puede existir buena convivencia dentro de la unidad familiar, la situación de dependencia en alguien del sistema familiar puede generar estrés, siendo de suma importancia, conocer que existen diferencias entre cada miembro de la familia con respecto a la toma de decisiones, actitudes frente a ciertas actividades, la distribución de tareas o actitudes hacia las personas que conforman la familia, sin perder de vista que el cuidador puede tener un compromiso familiar o de pareja que seguramente se

verán afectadas por la nueva situación (Sánchez-Vega y Vivaldo-Martínez, 2015), esperándose el cuidado como una responsabilidad natural, como si fuera algo esperado y a su vez obligado por el compromiso suscitado en el ambiente familiar (Hurtado-Vega, 2021). Frecuentemente el cuidador principal experimenta escaso apoyo, pero a su vez demandas y críticas por parte de los familiares cercanos a la persona mayor, situaciones muy comunes que se viven dentro de los hogares, donde prácticamente no existe rotación para el cuidado quedando a cargo exclusivamente en el cuidador principal, lo que conlleva a que se susciten conflictos familiares (Flores et al., 2012).

Otro impacto es el grado de cercanía y convivencia que se tenía entre el cuidador y la persona que requiere cuidados previa a la dependencia, sumándose si el cuidador cohabita en el mismo entorno que la persona dependiente (Gort et al., 2007). Asimismo, aumentan las responsabilidades generando tensión familiar (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017), se experimentan limitaciones personales, la falta de libertad se hace presente en el cuidador, el descuido a su propia familia nuclear, lo que puede provocar conflictos con los cónyuges, hijos o los familiares, sentimientos de aislamiento y abandono del entorno familiar, posible incompreensión por parte de otros miembros de la familia (IMSS, 2020).

Otro dato importante es que los cambios que viven el cuidador y la familia por la situación experimentada, de manera que las alteraciones de la persona mayor se suman al estrés que experimenta el cuidador, siendo el resultado un decremento en la calidad de vida de ambos (Magán et al., 2012).

### *Implicaciones en la salud física*

Al permanecer tan enfocado en la persona mayor quizá no se ha percatado del riesgo que corre su propia salud y bienestar, encontrándose en investigaciones que el agotamiento fisiológico frecuentemente acompaña al proceso del cuidado; durante las primeras etapas el cortisol se libera en grandes cantidades y aumenta la activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) condición médica que ocurre en la depresión mayor (Bejarano-Alós, 2017; Bevans & Sternberg, 2012; Zarit, 2008).

Cuidar a una persona mayor en condición de dependencia en muchos casos es gravoso e incluso contribuye a la morbilidad psiquiátrica (Úbeda-Bonet, 2009). Diversas investigaciones resaltan que cuando repercute en la salud la combinación de elementos como pérdida, tensión física prolongada y las vulnerabilidades biológicas preexistentes, pueden llegar a desencadenar riesgos e inclusive aumentarlos, posicionando al cuidador en una condición que les lleva a mayor mortalidad (Shulz & Beach , 1999), sobretodo cuando el cuidador tiene alguna predisposición crónico-degenerativa o discapacidad, se suele colocar en riesgo mayor (Reyes-Luna et al., 2010); dichas predisposiciones son asociadas con diabetes mellitus, dolor crónico y trastornos cardiovasculares (Díaz-Sosa et al., 2014), de manera que, como se ha dicho, el riesgo de muerte del cuidador se incrementa (Pablo-Santiago et al., 2016).

También se han destacado alteraciones musculoesqueléticas, en los cuidadores, que limitan la movilidad y la destreza, en las articulaciones, músculos, huesos, varios sistemas o regiones del cuerpo, columna vertebral, dolor de cuello y espalda, tensión muscular y son frecuentes las alteraciones gastrointestinales con diarrea o estreñimiento, alteraciones en el

ritmo menstrual, la fatiga o astenia, existe un debilitamiento de su sistema inmunológico, por lo tanto, pueden permanecer enfermos más lapsos de tiempo, a su vez se presentan cambios en los ciclos de sueño, duermen menos, descansan menos y se sienten cansados, disnea, sudoración, insomnio, opresión precordial, taquicardia, náusea, sofocamiento, parestesias, temblores, tics nerviosos, insomnio, cefaleas, dolores de espalda, desgarres musculares o hernias; deficiencia en su alimentación, a su vez, pueden tener alguna predisposición de diabetes, obesidad o hipertensión (IMSS, 2007).

Es frecuente la aparición de síntomas como, sensación de falta de aire, temblor de manos, y pinchazos en el pecho, disminución del apetito lo que lleva a subir o bajar de peso, ocasionando como consecuencia una predisposición al uso de fármacos automedicados o drogas y alcohol, aumento de la presión arterial y pueden alterarse otros elementos físicos como el colesterol, la glucemia o el ácido úrico, además existe la posibilidad continua de olvido de cosas y una disminución en el tiempo dedicado para su apariencia personal (Chircheves-Pérez, 2013; OMS, 2019).

A su vez, se experimentan repercusiones en el área sexual como la anhedonia, disminución del apetito lo que lleva a subir o bajar de peso (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017).

### ***Implicaciones en el ámbito económico***

Cuidar a personas con algún grado de dependencia conlleva responsabilidades y carga, en la perspectiva económica y de manutención de la persona dependiente (Canga et al., 2011). Los gastos aumentan (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017) y da lugar a gastos como la adaptación de la vivienda para prevenir accidentes (Roger-García, 2010),

alimento especial, pañales, medicinas, sueros, bebidas proteínicas, material para curaciones para el cuidado, es probable que con la continua solicitud de permisos en el trabajo para llevar a la persona mayor a citas médicas, se susciten problemas laborales o bien, obstáculos para promocionarse laboralmente (Cândido-Morais et al., 2012; Chircheves-Pérez, 2013; Espín-Andrade, 2008), por lo tanto, es posible exceder los recursos del cuidador y transitar a una carga percibida (Palomé-Vega et al., 2014).

Es posible exceder los recursos del cuidador, posiblemente los ingresos disminuyen y los gastos originados en el cuidado pueden aumentar, de manera que si cuida no puede trabajar todo el tiempo, inclusive en ocasiones se toma la decisión de renunciar a su trabajo por el continuo requerimiento de salir temprano o ausencia a jornadas laborales (INGER, 2014; Isla-Pera, 2000; Espín-Andrade, 2008; Canga et al., 2011; Cândido-Morais et al., 2012; Chircheves-Pérez, 2013; Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017), cabe señalar que no solo el cuidador es afectado por los gastos generados y no contemplados, son afectados también los empleadores de los cuidadores al facilitar permisos de salidas o ausencias laborales (Rogerio-García, 2010).

Si bien es cierto, existen personas mayores que pueden contar con una jubilación, pensión o cesantía y obtener algunos beneficios económicos, sin embargo, la inseguridad económica afecta mayormente a quienes en su vida productiva no se desarrollaron en actividades laborales formales y no cotizaron para dicha prestación y es en el sistema familiar a quien se responsabiliza para resolver las necesidades económicas (Salgado-de Snyder & Wong, 2007).

Es en el cuidador en donde inclusive, el sistema gubernamental puede apoyarse, de tal manera que subsane un problema público y económico, sin ser considerado como beneficiario directo de recursos financieros (Hurtado-Vega, 2021).

### ***Implicaciones en el ámbito social del cuidador***

Un cambio notorio en un cuidador es que su tiempo de ocio y recreación disminuye o desaparece y, muy a menudo, incluso se aleja de las amistades, actividades e intereses de sus seres queridos debido al como cuidador. Cuando estas situaciones no se tienen en cuenta y no se les da importancia, los cuidadores suelen sentirse tristes y aislados (INGER, 2014; Romero-Rodríguez y Reyes-Chilatra, 2022).

### ***Emocionalidad negativa derivada de las labores de cuidado***

Las labores de cuidado suelen ser fuente de emocionalidad negativa al experimentar enojo, desesperación, preocupación, desesperanza, irritabilidad, inseguridad, indefensión, miedo, pesimismo, pena, rabia, sufrimiento, tristeza y vergüenza, asociado a emociones negativas, también puede experimentar sentimientos de culpa y frustración por dejar de hacer actividades con su familia nuclear y concentrarse en la persona mayor dependiente, (Camacho-Estrada y Hinostrosa-Arvizu, 2010; INGER, 2014; López-Gil, y otros, 2009). La experimentación de emociones ambivalentes es un común entre los cuidadores, pues son quienes experimentan sentimientos desagradables, así como, también pueden llegar a experimentar expectativas de recuperación o preocupación por el agravamiento del familiar a su cargo (Hurtado-Vega, 2021).

Surgen estados depresivos asociados al síndrome de carga en donde pueden aparecer frustración y resentimiento, con ello la aparición de síntomas de déficits motivacionales, episodios de ansiedad caracterizados por la preocupación excesiva, irritabilidad, impaciencia, pensamientos catastróficos dirigidos hacia la muerte, inatención (Cabada-Ramos y Martínez-Castillo, 2017; Da Silva, 2019; Lim & Zebrack, 2004).

También pérdida de control sobre la situación de cuidado (Monreal-Bartolomé y Prieto-Adanez, 2017), sumándose sentimientos de impotencia e indefensión que el cuidador puede experimentar, estigmatización, aislamiento e incertidumbre de cómo rehacer nuevamente su vida cotidiana (Da Silva, 2019; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 1995; Stone et al., 1987); los cuidadores que informan sobre tensión asociada, carga, cansancio emocional o mental asociada a la prestación de cuidados tienen más probabilidades de morir que quienes no brindan cuidados (Shulz & Beach, 1999).

Algunos miembros de la familia pueden experimentar una sensación de soledad llegando a convertirse en depresión, sensación de incompreensión, episodios de enojo o frustración, incomodidad, desesperación, sentimiento de impotencia, debilidad, tristeza, melancolía, ansiedad, depresión, preocupación, fatiga, irritabilidad o continuos cambios de humor con las personas de su entorno, aislamiento o tendencia a encerrarse en sí mismo, actitud negativa hacia la persona dependientes y/o agotamiento (Mace & Rabins, 2011). Investigaciones a han comprobado que los cuidadores familiares no profesionales se encuentran experimentando estrés crónico con efectos en su dimensión física y emocional, de manera que en comparaciones con personas ajenas al cuidado, altos niveles de ira, síntomas de ansiedad y depresión, reducidos niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, con mayores probabilidades de experimentar modificaciones en su sistema cardiovascular y

sistema inmunológico, como resultado de experimentar mayores tiempos de estrés (Fernández-Lansac y Crespo L., 2011).

*Recursos protectores derivados de cuidado: emocionalidad positiva*

Durante el proceso de atención salud-enfermedad y sobre todo en situaciones de adversidad, las emociones positivas se encuentran asociadas a factores de protección personal, optimizando la salud y el bienestar (Greco, 2010). Algunos de los impactos pueden ser el gozo con la vida, un mejor estado de ánimo (Fernández-Ballesteros, 2001). Las labores de cuidado pueden ser al base en el aumento de la autoestima, experimentar mayor satisfacción personal al sentir que el ser querido está siendo cuidado convenientemente (Flores et al., 2012), reafirmando la amistad en la diada cuidador-persona mayor, sintiéndose privilegiado por cuidar, lográndose vínculos de apoyo y el control que la situación le puede brindar, a su vez se puede experimentar un estatus mayor por ser el encargado de cuidar (Rogero-García, 2010; Catalán-Edo y Garrote-Mata, 2012). Se puede llegar a reflexionar sobre lo que no ha hecho bien en su relación con la persona que requiere cuidados, también se puede llegar a buscar un perdón, purgar culpas de hechos pasados (INGER, 2014).

Pueden ocurrir diversas situaciones con el cuidador que dan lugar a que el cuidador se sienta recompensado (Rogero-García, 2010), elevando el sentido de desarrollo personal y la idea de bienestar personal (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Li & Loke, 2013). Incluso, hay autores que han observado que cuidadores pueden adecuar sus rutinas, adaptando paulatinamente al rol de manera que se establezcan objetivos en torno a la evolución y niveles de dependencia hacia si mismo por parte de la persona dependiente, aminorando los sentimientos negativos (Canga, Vivar y Naval, 2011; Fink Get, 2007;

Yanguas-Lezaun, Leturia-Arrázola y Leturia-Arrázola, 2000). También el cuidador puede experimentar una obsesión con el cuidado, deseando ser el mejor y que no puede descuidar a la persona dependiente, ya que son sus cuidados los que le sacarán adelante (INGER, 2014). Sin embargo, las referencias científicas que observen el cuidado como una actividad positiva son menores (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Crespo-López y López-Martínez, 2007; Rogero-García, 2010; Mace & Rabins, 2011; Estrada-Fernández, 2020).

### ***Implicaciones en la dimensión espiritual***

La discapacidad de un miembro de la familia que lo coloca en condición de dependencia suele generar enojo en contra de Dios, religión o de líderes espirituales. También puede ser que la condición de estrés que experimenta el cuidador familiar proporcione un conjunto de elementos ya sea para afianzarse en su sistema de creencias y/o replantear prácticas, así como para el afrontamiento de los cuidadores (Pinto-Afanador, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2009), al reclamarle a Dios puede llevarle a sentir culpa o vergüenza por cuestionar o tener dichas emociones (Mace & Rabins, 2011).

Algunos impactos negativos de esta dimensión sobre los cuidadores al generar el sistema de creencias son los sentimientos de culpa y mantener la creencia de que la condición en la que se encuentra es un castigo divino (Chircheves-Pérez, 2013, López et al., 2013). Al no observar una mejoría en el adulto mayor dependiente, puede dar la espalda a este tipo de creencias religiosas, para luego adentrarse en espiritualidad conceptualizada como la esencia del alma, es decir, como una búsqueda de sentido y propósito en su vida eliminando los aspectos religiosos (Mesquita, y otros, 2014), sin embargo, cualquiera de las dos proporciona

un sistema holístico de creencias; al momento de no existir situaciones difíciles, la creencia espiritual fluirá libremente (Espinoza, 2014).

Existen también influencias positivas como las que postulan Wilks & Vonk (2008) con respecto a la oración o rezo, siendo un ámbito que aún carece de investigación (Rosas-Cervantes, Valenzuela-Suazo y Jiménez-González, 2020).

### **Capítulo III. Fundamentos teóricos en la comprensión de las implicaciones del trabajo de cuidados**

En esta sección se recuperan en un primer momento la teoría general que funge como marco para analizar los procesos y fenómenos relacionados con el tema de estudio, siendo la Teoría general del estrés aplicado al cuidado; posteriormente, se rescatan las teorías sustantivas con sus respectivas proposiciones teóricas enfocadas en cada dimensión que compone el tema de estudio, correspondiente a este rubro el modelo de transaccional del estrés y afrontamiento, así como el modelo de atención primaria a la salud.

#### **Teoría general del estrés aplicado al cuidado**

El modelo teórico de estrés aplicado al cuidado, planteado por Pearlin (1990), relaciona los antecedentes del contexto del cuidador, los estresores primarios, igualmente como la carga y privación relacional del cuidador en torno al adulto mayor dependiente, los estresores secundarios, los mediadores (incluidos el apoyo social y las estrategias de afrontamiento) y posteriormente el impacto del estrés concerniente a la salud del cuidador siendo dichos elementos los esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente versátiles que se desarrollan para sobrellevar los requerimientos determinadas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Resalta el concepto de contención de estrés, proceso por el cual los cuidadores limitan o reducen los efectos de los estresores primarios y secundarios mediante la utilización de variables mediadoras, este modelo permitió la pauta para conceptualizar el estrés y la carga entre los cuidadores informales, algunas investigaciones han mostrado una relación entre los

elevados niveles de estrés y una serie de repercusiones severas para la salud, así como también depresión, inconvenientes en la salud física o uso de sustancias psicoactivas. Las demandas de los cuidadores son situaciones difíciles de manejar y que resultan igual de estresantes como la carga directa de los cuidadores de manera que existen fracturas familiares, identificándose conflictos en múltiples dimensiones de la vida (Pearlin et al., 1990, 1992).

El modelo de proceso de estrés explicado por primera ocasión por Pearlin y colegas explica las maneras en que se manifiesta el estrés negativo, influyendo en la salud mental de las personas; se observa una conexión entre las relaciones sociales desfavorecidas y la psicopatología interna. De acuerdo con la teoría del estrés, los factores estresantes se manifiestan en dos vías: los recursos personales de los individuos o por los factores ambientales sobre los que la persona tiene poco control (Pearlin, Mullan, Semple , & Skaff, 1990)

### **Modelo teórico transaccional del estrés**

Lazarus y Folkman (1986) introducen un análisis cognitivo-fenomenológico del estrés, e

indican que existen interacciones entre el ámbito personal y el ambiente, mediados por la valoración cognitiva. Indican que el estrés no es un estímulo, respuesta subjetiva o reacción biológica, sino un proceso, asimismo mencionan que el estrés es una relación de la persona y el medio que le rodea, existiendo una pieza clave en la transacción: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento, postulando una *valoración primaria* al reconocimiento

real de un problema y si hubiera peligro, la persona decidirá la respuesta que generará, esto es, de acuerdo con ellos, *valoración secundaria*.

A partir de este momento, surge la emoción y su respuesta, haciendo uso de alguna estrategia de afrontamiento, subdividiéndose a su vez en estrategias de resolución de problemas (son aquellas que directamente se encaminan a manipular o alterar la dificultad que está originando la molestia) y las estrategias de regulación emocional (tienen que ver directamente con la regulación emocional en torno al problema), se plantean ocho, las cuales permiten que la persona mantenga niveles de estrés moderados incorporan la evaluación de estresores primarios, como los detonantes de las diferencias personales en torno a la valoración del estrés ocasionado por el estrés (Lazarus y Folkman, 1984;1986).

### **Modelo Teórico Expandido del Cuidado**

Argumentando el concepto carga del cuidador, se manifiesta el proceso por el que las personas evalúan cómo adecuados o no sus recursos para afrontar los factores amenazantes generados por los estresores del cuidado.

Zarit quien participó en el equipo de Pearlin propuso que el cuidado se trata de una dimensión subjetiva, permitiendo proporcionar una valoración global e interesándose por lo que el cuidador siente con respecto a la situación de cuidado. De acuerdo con Zarit, los cuidadores valoran de manera general la situación de cuidado, analizan los diversos estresores y pueden dimensionarles, así como a los recursos que poseen de manera personal, logrando ser esta valoración general un elemento que puede predecir su estabilidad o relegar el cuidado. De manera que, si los recursos personales se evalúan convenientes, el cuidador

posiblemente seguirá sin experimentar sentimientos tensión excesiva o manifestar cambios negativos en su bienestar físico y emocional (Pearlin et al., 1990; Zarit, 2002).

Forma opuesta de lo anterior, Cuando los recursos se ven desbordados por la demanda, la situación puede desembocar en una crisis, aumentando la probabilidad de que el cuidador incurra en elevadas cargas y costes personales y provoque que el dependiente sea hospitalizado. Aunque la evaluación de los factores estresantes o recursos individuales permitirá una estimación de la contribución de cada dominio a la carga del cuidador, la evaluación subjetiva proporcionará una evaluación general que indica plenamente la capacidad actual del cuidador para gestionar la situación y continuar en su función (Lazarus, Averill, & Opton, 1970; Zarit, 1990).

Es dentro de este marco teórico donde el concepto de carga del cuidador que utilizó Zarit cuando desarrolló la herramienta de evaluación de la carga del cuidador cobra todo su significado la *Caregiver Burden Interview* (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980; Zarit J. M., 1983; Zarit S., 2002), tiene como objetivo evaluar si las demandas a las que se enfrenta el cuidador son mayores que lo que está dispuesto o es capaz de hacer. suponer. Para Zarit, la carga sería similar al proceso de "evaluación secundaria" previsto en el modelo de proceso de estrés de Lazarus y Folkman (1984), de modo que los cuidadores se sentirían agobiados si descubrieran que las demandas de la situación exceden sus recursos (Zarit, 1990).

La carga en este enfoque será subjetiva y, por lo tanto, reflejará las diferencias individuales reflejadas en el estudio, es decir, algunas personas se sentirán agobiadas por pequeños requisitos de atención, mientras que otras sentirán poca o ninguna carga subjetiva cuando brinden una atención extensa y exigente (Zarit, 1990, 2002). De acuerdo con Zarit,

varios autores han sugerido que el término “carga” es entonces hipotético y que el concepto se refiere a una “evaluación” (Hunt, 2003; Kinsella et al., 1998).

El modelo propuesto por Zarit (1980) nutre la conceptualización de carga, *burden* en inglés, de manera que centra su investigación en los efectos adversos que experimenta el cuidador en su funcionamiento emocional, social, financiero, físico y espiritual permitiendo claridad en el concepto, ubicando al estresor fuera del cuerpo del cuidador lo cual permite valoraciones del cuidado que también afectan el bienestar psicológico, dicho concepto considerado como el resultado del cuidado y, de igual forma es subjetivo, trasciende la habilidad del cuidado; Zarit reafirma que la carga es una sumatoria de múltiples dimensiones con severas consecuencias (Zarit J. M., 1983; Martínez-Pérez, 2010; Crespo y Rivas, 2015).

Recientemente el modelo teórico ha recibido una observación por Chou (2000), en él que integra elementos que conllevan a que el cuidador experimente implicaciones negativas por asumir el rol de cuidador; las respuestas negativas integran resultados subjetivos y objetivos en donde se observan los atributos críticos de la carga incluyendo la percepción subjetiva, los fenómenos multidimensionales, el cambio dinámico y la carga, como factores predisponentes. Se suman además las características del cuidador, las demandas de los cuidadores y la participación en el cuidado. En general este modelo teórico confirma que las consecuencias de la carga forman problemas en el cuidador, en la persona cuidada, en la familiar y a su vez se extiende hacia el sistema de salud (Chou, 2000; Liu, Heffernan, & Tan, 2020).

## **Capítulo IV. Recursos protectores: Afrontamiento y autocuidado**

### **Teorías del afrontamiento**

Dentro de las teorías que hablas sobre afrontamiento tenemos las de Byrne (1964), la cual nos habla de dos estilos de afrontamiento el represor (es el mecanismo que implica evitar o negar el problema) y el sensibilizador (el cual nos permite estar alerta y externalizar el conflicto). Por su parte Miller (1980-1987), menciona el control de la información de una situación al control de la información de la situación turbulenta (incrementador) o impedir/cambiar los pensamientos (atenuador) (López et al., 2013).

Después tenemos a Lazarus y Folkman (1984) con su Modelo teórico, en donde al afrontar, se toma en cuenta si es orientado a la emoción o al problema; los mismos autores postulan su modelo de estrés y afrontamiento, (1986) destacan cómo a nivel cognitivo y conductual existe un esfuerzo para sobrellevar los requerimientos del entorno por el individuo, a su vez, han sugerido formas de afrontamiento, los cuales se nombran así: (1) confrontación, (2) distanciamiento, (3) autocontrol, (4) búsqueda de apoyo social, (5) aceptación de la responsabilidad, (6) escape-evitación, (7) planificación de solución de problemas, y (8) re evaluación positiva (Lazarus & Folkman, 1986).

Carver (1997) propone 14 estrategias para afrontar situaciones adversas; comienza con afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpción, desconexión, desahogo y uso de sustancias (García et al., 2016).

Navarro-Arguelladas encontró aspectos relacionados con rasgos de la personalidad que influyen en cómo se enfrenta el cuidado, específicamente que cuidadores sociables y extrovertidos manejan más adecuadamente las circunstancias, a diferencia de quienes tienden a preocuparse con mayor frecuencia (Navarro-Arguelladas M. , 2010).

La teoría de Roth y Cohen destaca un modelo de afrontamiento evitativo con respecto a las respuestas hacia el trauma: acercarse y evitar (Roth & Cohen, 1986).

Moss y Schaefer en su Modelo Transaccional refieren que el estilo de afrontamiento del sujeto se definirá por la situación (Moos & Schaefer, 1983).

Sandín y Chorot por su parte, realizaron una propuesta de siete estilos de afrontamiento: (1) Focalizado en la solución del problema (FSP), (2) Auto focalización negativa (AFN), (3) Reevaluación positiva (REP), (4) Expresión emocional abierta (EEA), (5) Evitación (EVT), (6) Búsqueda de apoyo social (BAS), (7) Religión (RLG); estandarizándolo posteriormente con mexicanos (González-Ramírez y Landero, 2007; Sandín y Chorot, 2003).

Expuesta la fundamentación teórica, se establecen los objetivos de trabajo.

### **Modos de afrontamiento ante las labores de cuidado**

Existen estrategias que dirigen la atención al estilo personal para afrontar el estrés otras que permiten considerar el contexto y al mismo sujeto, de manera que se logra considerar estilos y estrategias de afrontamiento, teniendo como factor mediador las creencias y valores (Rodríguez-Esteban y Pérez-Álvarez, 2019), otras son centradas en el problema u orientadas a la emoción, proporcionando contención emocional al cuidador

convergiendo en la influencia del contexto del cuidador, sus particularidades, ideología, tipo de personalidad, estado emocional, de manera que el afrontamiento le permita tomar decisiones o solucionar problemas, modalidades de afrontar exitosamente las labores de cuidado, soportar el estrés, la frustración y logrando reanudar el cuidado (García, Manquían y Rivas, 2016; Martínez-Rodríguez, Grau-Valdés y Rodríguez-Umpierre, 2017; Pérez-Molina y Rodríguez-Chinchilla, 2011).

Dichas estrategias permiten crear, evitar o atenuar los conflictos, proporcionando recompensas personales abonando al fortalecimiento (Macias et al., 2013), corresponde a los estrategias personales que posee el cuidador modificar la manera en cómo se evalúan los problemas, de manera que las personas con mayores recursos, observarán menos molestos el problema, protegiéndole de pensamientos irracionales de aprobación o haciéndole pensar que el cuidado únicamente debe recaer en sí mismo, ocasionando que las consecuencias negativas disminuyan (López et al., 2013), permitiendo la prevención de enfermedades y la adaptación al deterioro de la persona mayor dependiente (Fernández y Díaz, 2001; Viñas-Poch, et al, 2015).

De manera que las habilidades de afrontamiento, pueden proporcionar bienestar, satisfacción y ausencia de soledad, así como reducción de rasgos depresivos y estrés en los cuidadores familiares (López, Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2013; Mesquita et al., 2014; Rosas-Cervantes, Valenzuela-Suazo y Jiménez-González, 2020).

Los factores protectores se consideran elementos que pueden llegar a mejorar o alterar a una persona (Oros, 2009), son los recursos personales, los que disminuirán el impacto de los estresores, variando o revirtiendo el pronóstico de los resultados negativos, promoviendo

la adaptación y favorecen la resiliencia, definitivamente no eliminan la situación adversa, pero permiten que el individuo le pueda afrontar; de manera que son las emociones positivas las que pueden contrarrestar ansiedad, depresión, agresión y problemas de salud relacionados con el estrés (Fredrickson, 2000).

### **Autocuidado**

El constructo autocuidado fue desarrollado por Dorothea Orem (1983) y ha sido concebido como un elemento humano que desarrollan los individuos para conservar un funcionamiento compatible con las situaciones de vida y la integridad de su propio funcionamiento y desarrollo (Dias da Costa y Barbosa-De Castro, 2014). Esta noción hace hincapié en las prácticas habituales que realiza un individuo, sistema familiar o grupo en lo que respecta a la propia salud (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega, y Juárez-Lira, 2016), de manera que dichas prácticas son habilidades aprendidas y desarrolladas durante toda la vida, utilizándose de manera libre y con la intención de prevenir la enfermedad, fortalecimiento o restablecimiento de la salud (Tobón-Correa, 2003; Compeán-Ortiz et al., 2010).

Se habla específicamente del autocuidado cuando el cuidador realiza actividades centradas en su persona, satisfaciendo las dimensiones físicas, sociales, psicológicas, y espirituales; de ésta manera se podrá estar en equilibrio y gozar de una calidad de vida (Araya-Gutiérrez, 2012). Tal como lo refiere la Carta de Ottawa (1996) adecuándolo como parte del estilo de vida personal, un "Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla" (OPS, 1986), las personas pueden

favorecerse del sistema de salud, aprendiendo y aplicando los principios (Dias da Costa y Barbosa-De Castro, 2014; Naranjo et al., 2017).

Orem propone un modelo teórico del autocuidado centrada en las decisiones que los cuidadores tienen sobre su salud, de manera que logren modificar conductas de riesgo en torno a los estresores y la falta de estrategias adecuadas para afrontar el cuidado (Naranjo et al., 2017).

La propuesta de *prácticas de autocuidado* indica que en el área social, debe haber un equilibrio entre interacción social y soledad, la posibilidad de solicitar apoyo, conversar, experimentar relaciones sanas, establecimiento de límites, evitar el aislamiento; en el área física, esta incluido el sueño de ocho horas diarias con un descanso de calidad, ejercitarse, salir a dar un paseo, tener alimentación balanceada y saludable, consumo apropiado de agua, masajes terapéuticos, incluso el decidir no hacer algo o permanecer en quietud, atender cambios corporales o emocionales, práctica de ejercicios de activación, control postural, evitar consumo de fármacos o sustancias adictiva (Winterkorn-Dezorzi y Oliveira-Crossetti, 2008).

Avances en el tema de cuidados en el área de salud ha sido influenciada , por el contexto y momento de la historia y las culturas, observamos a la Psicología positiva y al Enfoque Salutogénico en las bases del concepto: *Autocuidado*, quienes se centran en los factores que convergen en la salud y bienestar, de manera que hacen un énfasis en la resiliencia, confianza, estrategias de afrontamiento; dichos aspectos contribuyen a la identificación de señales de agotamiento, malestar en general, sensaciones extrañas, estableciendo y reconociendo elementos que alteran su salud, generando redes de apoyo,

hablando de sus emociones y el desarrollo de la espiritualidad (Cancio-Bello Ayes, Lorenzo-Ruiz y Alarcó-Estévez, 2020).

Aunque el concepto se centra en los principios de enfermería, puede vincularse de manera transdisciplinaria con emociones positivas, psicología positiva, estilos de vida saludables, calidad de vida, condición de salud y conocimiento de la salud, en donde dicha actividad le permite al individuo cuidar de sí mismo (Naranjo et al., 2017).

El autocuidado es un elemento importante auxiliar a la salud que se encamina a habilitar a las personas practicar actividades que le permitan vivir, conservar o restaurar la salud (Rojas-Teja y Zubizarreta-Estéve, 2007); la OMS (1998) le define como “El autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismo para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad”, de hecho le nombra Autoayuda (self help) integrando al autocuidado en este concepto (World Health Organization, 1998), dentro del área psicológica se vive el autocuidado, al objetivizar la situación, cuando recibe valoración de esfuerzos, expresa necesidades y sentimientos, se permite sentir, leer, disfrutar de actividades placenteras, generar pensamientos positivos, evitar la crítica y juicio, prevención de peligro, reflexionar sobre el autocuidado, organización del tiempo, elaborar un plan de actividades, realización de actividades agradables, recreación, identificar sentimientos negativos, detectar situaciones que provoquen malestar; y por último, el área espiritual se fortalece a través de meditación, relajación, oración, control de respiración, mindfulness, contactar con la naturaleza, reflexión o conexión con Dios o algún poder supremo (sistema holístico de creencias) proporcionando de alguna manera, quietud y bienestar, así como el fortalecimiento de la vida cotidiana, lo que puede ayudar a mejorar el cuidado (Compeán-

Ortiz et al., 2010; Rosas-Cervantes et al., 2020; Vega-Angarita y Gonzalez-Escobar, 2007; Winterkorn-Dezorzi y Oliveira-Crossetti, 2008).

Por ende, el autocuidado es un proceso responsable que sustenta la atención primaria de salud, a su vez, sustenta los sistemas formales e informales que tienen como objetivo proteger o prevenir, mejorar la salud y con ello mejorar la calidad de vida (Tobón-Correa, 2003). De esta manera, el autocuidado proporciona una importante estrategia múltiple para la protección de la salud y la prevención de enfermedades (Barbier-Ibañez et al., 2011). Se puede resumir como un proceso responsable, de apoyo a la atención primaria de la salud, apoyando a sistemas formales e informales con el fin de protección o prevención, mejorando la salud y a su vez la calidad de vida (Tobón-Correa, 2003), de ese modo el autocuidado resulta en una habilidad multicomponente importante para proteger la salud y prevenir enfermedades (Barbier-Ibañez et al., 2011).

El autocuidado, requiere aprenderse, a su vez ser aplicado de manera voluntaria y permanente, a la par de las necesidades de regulación demandadas en las etapas de la vida, estados de salud, periodos de desarrollo específicos, factores ambientales y niveles de gasto energético (Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017). Esta noción hace hincapié en las prácticas que el cuidador genera por su propia salud, pueden ser desarrolladas toda la vida, de manera que se utilizan de manera libre y con la intención de prevención de enfermedades, o bien, en el fortalecimiento o restablecimiento de la salud, donde el último propósito es la supervivencia (Tobón-Correa, 2003).

### **Objetivos de investigación**

Atendiendo a esta problemática, el **objetivo general** del presente estudio es conocer los impactos e implicaciones multidimensionales que experimentan los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado que realizan.

Derivados del objetivo general, se plantean los **objetivos específicos**:

1. Describir los impactos e implicaciones derivadas de las labores de cuidado a adultos mayores en condición de dependencia en las dimensiones familiar, salud física, económica, social, emocional, psicológica y espiritual.
2. Describir los modos en que afrontan los retos que impone el trabajo de cuidado.
3. Describir las prácticas de autocuidado que realizan los cuidadores informales de adultos mayores en condición de dependencia.

En el siguiente apartado se describe la metodología implementada para responder a la pregunta y con ello, alcanzar el objetivo de investigación propuesto.

## Capítulo IV. Metodología

### Supuestos paradigmáticos y enfoque del estudio

Por paradigma entendemos el conjunto de nociones teórico-metodológicas que el investigador asume como un régimen de creencias básicas que determinan la manera de orientarse y observar la situación, dichos principios funcionan como supuestos que orientan la opción misma del problema o fenómeno a investigar, la exposición de los objetivos de investigación y la elección de la estrategia metodológica para abordarlos (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; Sautu et al., 2005).

El presente trabajo de investigación se posiciona en el paradigma interpretativo, de manera que también se intenta comprender, conocer e interpretar el entorno natural, ya que es necesario observar y tener en cuenta las variables contextuales, aunque la sensibilidad al contexto puede limitar la generalización de las conclusiones, ocupándose a su vez de capturar lo que los actores consideran valioso e importante, por tanto, los métodos cualitativos se preocupan por conocer las creencias, expresiones y motivaciones que llevan a las personas a realizar o no determinadas acciones (Ramírez-Elías y Arbesu-García, 2019). Los mismos investigadores, muchas veces están inmersos en los contextos sociales que estudian y necesitan utilizar sus habilidades de observación, confianza en los participantes y capacidad de obtener datos, en este sentido, son considerados parte del instrumento de recolección de datos (Cadena-Iñiguez, et.al., 2017).

Es necesario mencionar que el investigador debe ser plenamente consciente de sus propios prejuicios personales, asegurándose que dichos sesgos no interfieran con la

explicación precisa del fenómeno (Ramírez-Elías y Arbesu-García, 2019), es cierto que los valores del observador se hacen parte también del proceso y la reflexión sobre ello, acorde a los argumentos esgrimidos, los supuestos metodológicos consideran determinados procedimientos para construir y evidenciar la realidad que se analiza en un diseño flexible e interactivo, anteponiendo el análisis en su profundidad y en detalle (ATLAS.ti, 2023; Gonzalez-Gil, 2009).

Otra característica del paradigma interpretativo y quizá la parte más importante de este tipo de paradigma, es la perspectiva de los participantes insertos en su contexto social, ya que con sus perspectivas, experiencias, explicaciones o sus narraciones del fenómeno a revisar, ahondan en la claridad y sentido con respecto a la recopilación de experiencias, formas de actuar o bien, la visión sobre el fenómeno, dato importante parte a su vez del lenguaje verbal y no verbal de los participantes, así como el análisis de este lenguaje (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; Noriega-Montufar, et.al.,2021).

Aunado a lo anterior, la investigación debe garantizar que la narrativa sea vista a través de los ojos de un ser humano por lo tanto, deben llevar emociones de los personajes para que el lector pueda comprenderlos y lograr empatizar, además el paradigma interpretativo a menudo apunta a dar sentido, a comprender los procesos sociales dinámicos que se desarrollan a lo largo del tiempo, en lugar de encontrar respuestas concretas, se logra ver la evolución general del fenómeno a observar (Corona-Lisboa J. , 2018).

La interpretación va y viene desde fragmentos de observaciones hasta conjuntos de fenómenos sociales, tomando en cuenta diferentes puntos de vista, requiriendo una

participación activa de los investigadores, llegando el momento en el que se encuentre la saturación teórica del fenómeno, identificando así que ya no hay información nueva sobre el fenómeno de interés (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; Ortega-Bastidas, 2020).

A su vez, este trabajo se sujeta a una metodología cualitativa que mantiene determinados supuestos ontológicos acerca de la naturaleza de la realidad, la cual se considera subjetiva y múltiple, los supuestos epistemológicos se pronuncian por una relación entre un observador y el fenómeno observado, por lo que el producto final es uno que concentra el resultado de las interacciones entre objeto y sujeto (Torres y Lamenta, 2015). Los datos cualitativos pueden revelar patrones, temas y categorías que reflejan la profundidad de las experiencias de los participantes y la estructura de su mundo (ATLAS.ti, 2023).

Fraenkel, Wallen y Hyun (2012) expusieron algunas características en las que se basa este tipo de estudio, mencionan que la fuente directa o primaria corresponde al ambiente natural o contexto, será el investigador quien es el instrumento clave; se recolectan los datos mediante las entrevistas a profundidad de manera verbal, lo que permite respuestas expresivas, detalladas y específicas del contexto; se consideran valiosos todos los elementos del proceso de investigación, y por último los aspectos sobresalientes de la investigación son las personas a quienes se entrevista, así como los detalles y los significados con respecto al tema central, proporcionando a los investigadores una base rica para ir más allá de los indicadores numéricos y las categorías predefinidas y desarrollar una imagen completa y detallada del objeto de estudio.

### **Diseño de investigación: diseño de casos múltiples**

En este tipo de diseño, empleado por las investigaciones de tipo cualitativo, el objetivo es llegar a profundizar la información proporcionada por los participantes, con perspectiva fenomenológica, explorando a su vez experiencias subjetivas, así como percepciones individuales, revisando el contexto real donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se observan de forma precisa, llegando a analizarse valores, experiencias y significados, se destacan las diferencias sutiles, la globalidad de las situaciones personales, es decir, se estudia el ambiente natural de los participantes de la investigación, tratando de darle sentido o de buscar la interpretación del significado sobre los fenómenos actuales dentro de un contexto de la vida cotidiana, es decir, es en un planteamiento naturalista (Stake, 1999; Muñiz, 2010; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014), es frecuente el uso de estudio de casos múltiples en psicología y varias disciplinas de las ciencias sociales (ATLAS.ti, 2023; Yin, 2009).

El diseño contempla la selección de seis a diez casos, pudiendo ser de tres a cinco en profundidad (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; Muñiz, 2010; Stake, 1999; Yin, 2009). El estudio de casos múltiples brinda una oportunidad para que las voces de los participantes sean escuchados, pues son voces emergentes y ofrecen la posibilidad de estudiar particularidades (Bonilla-Rodríguez, 2021). Cuentan con distintas ventajas y desventajas comparados con los diseños de caso simple; la evidencia de los casos múltiples es considerada a menudo más obligada, y el estudio global se considera por consiguiente con mayor amplitud; puede demandar amplios recursos, como tiempo o dinero, sin embargo, cada caso debe contar con una intención específica al alcance total de la investigación (Yin, 2009). La repetición es un elemento principal para el estudio de casos

múltiples, ya que, de obtener resultados predictivos para los siguientes casos, el análisis debe seguir al experimento cruzado en lugar de experimentar dentro del diseño y la lógica (Artiles-Visbal, Otero-Iglesias y Barrios-Osuna, 2008; Yin, 2009), así mismo, es no experimental, debido a que el centro de este estudio es conocer la experiencia de los participantes, sin una intervención, a su vez es de corte transversal, ya que la investigación se da en un momento específico en la vida de los participantes (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).

Por lo tanto y como se ha adelantado, este estudio es de razonamiento inductivo, se busca una explicación descriptiva del comportamiento de los participantes de la investigación, desde lo particular hasta generalizar; se vuelve subjetiva e interpretativa, es muy común en las ciencias sociales y afines (Corona-Lisboa J. , 2016); es importante considerar que la inducción puede realizarse con grupos pequeños, posteriormente infiriendo al grupo en su conjunto (Dávila-Newman, 2006; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; Sautu, et.al., 2005).

### **Inmersión en el trabajo de campo**

Durante el proceso doctoral el Comité de Ética y bioética institucional dictaminó a favor de este trabajo el 25 de mayo del 2020 (Anexo No.1 ) con indicaciones que para trabajo de campo se debía esperar hasta que las autoridades gubernamentales correspondientes cambiaran al semáforo verde, sin embargo, este momento fue intermitente, pues se daba luz verde y al tiempo cambiaban a semáforo naranja o rojo de nuevo, deteniéndose así el trabajo presencial, al avanzar el tiempo para realizar este trabajo y al buscar alternativas de trabajo, se llegó a la conclusión de realizar las entrevistas a profundidad vía remota.

En la actualidad, adelantos en las tecnologías de la información han permitido la revisión de poblaciones ocultas, empleándose técnicas online principalmente en la etapa de recolección de datos en cuestionarios online, entrevistas online, grabaciones de audio con celular; algunos autores coinciden y demuestran que el valor de respuesta de los estudios online depende de las estrategias de contactos personalizados, el interés de los individuos de los temas abordados, los incentivos y la dimensión de la encuesta y los recursos técnicos; esta modalidad es eficaz para optimizar la magnitud de los estudios, maximizar la relación tiempo-costos, favorecer la comunicación de casos a distancia (González-García, Sosa-Hernández y Fierro-Martínez, 2019).

### **Selección de participantes**

El método empleado en la selección ha sido selectivo y a conveniencia, de modo que se trata de una muestra intencionada, llevando el propósito de descubrir, entender, profundizar en el tema, cada caso fue seleccionado cuidadosamente para pronosticar resultados similares, o bien, producir resultados contrastantes (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; Ramírez-Elías y Arbesu-García, 2019), lo primordial fue el conocimiento de los fenómenos y los procesos sociales en toda su diversidad, de aquellos casos que aceptaron ser incluidos en la investigación, lo cual es fundamentado en la conveniente accesibilidad y cercanía de los sujetos para el investigador, su propósito es proporcionar una perspectiva integral y holística sobre las experiencias de las personas y los fenómenos sociales (Martínez-Salgado, 2012; Miranda-Novales y Villasís-Keever, 2019; Otzen y Manterola, 2017; Salinas-Martínez, 2004).

**Fase pilotaje de la guía de entrevista.** Se sometió a un primer momento de pilotaje en 2020, con el con un reclutamiento de siete participantes que eran familiares, personas conocidas y amigos, algunos del Estado de Chihuahua y otros del Estado de México. Recibieron invitación directa para participar en el estudio, realizándose una Entrevista semiestructurada en profundidad que fue diseñada con preguntas que abarcaban varios instrumentos. Durante este pilotaje, uno de los errores en los criterios de inclusión que se cometió fue el rubro de la edad, pues se convocó a personas en edades desde los 18 años sin que hubiera un tope de edad, siendo el único requisito el cuidado de un adulto mayor en condición de dependencia, al ser presentado en el ejercicio de la predefensa doctoral, el error fue señalado por uno de los integrantes del sínodo, debido a la amplitud, tomándose la decisión de no dar continuidad al análisis de este ejercicio y convocar nuevamente a participantes.

### ***Criterios de inclusión***

De manera que se plantearon los criterios de inclusión en los cuales se buscaba a hombres y mujeres que cuidaran a una persona o más personas mayores en condición de dependencia<sup>11</sup> en línea de consanguinidad directa, de tres a siete veces por semana por periodos de 8 a 10 horas, sin importar si vivían en la misma casa de la persona cuidadora, no importando su nivel socioeconómico, académico o estado civil, con edad de 30 a 65 años.

---

<sup>11</sup> Se aplicaron los instrumentos de ABVD y ABVC para verificar el nivel de dependencia de la persona mayor en condición de dependencia.

### ***Criterios de exclusión***

Por el contrario, los participantes fueron excluidos de este estudio al no incumplir los criterios de inclusión, si su trabajo formal era cuidar, se excluyó a quienes cuidaran a otros grupos etarios, asimismo, quienes no terminaron con las sesiones de entrevista o que por decisión personal se retiraron de la investigación.

### **Participantes en el estudio**

Los participantes de este estudio son cuatro que cumplieron con los criterios de inclusión. Se trata de una mujer de Ciudad Juárez, una mujer de Durango, una mujer de Torreón y un hombre de Nuevo Laredo en Tamaulipas. En la siguiente tabla se aprecian los datos sociodemográficos de los cuidadores informales que han participado en el estudio.

**Tabla No.1**

*Cuidadores informales participantes en el estudio*

<b>Código</b>	<b>CH1</b>	<b>CO2</b>	<b>CP3</b>	<b>CR4</b>
<b>Sexo</b>	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Edad</b>	32 años	60 años	47 años	32 años
<b>Parentesco con la persona que cuida</b>	Hija (lugar 2 de 5 hijos)	Hermana (lugar 10 de 12 hermanos)	Único hijo	Hija (lugar 7 de 7 hijos)
<b>Grado máximo de estudios</b>	Profesional	Bachillerato	Profesional	Profesional
<b>Estado civil</b>	Casada	Casada	Divorciado	Soltera
<b>Estatus laboral</b>	No tiene un trabajo remunerado	No tiene un trabajo remunerado	Negocio propio, puede administrar sus tiempos	Trabajo remunerado
<b>Consumo de sustancias</b>	No hay consumo, ni adicciones	No hay consumo, ni adicciones	Consumo alcohol y tabaco diario y excesivo	Consumo eventual de alcohol, no adicciones

<b>Edo. de salud y/o condición física</b>	Deficiencia visual	Deficiencia visual, vista cansada	Debilidad visual, usa lentes	Dx. Esclerosis múltiple, se encuentra bajo tratamiento médico, deficiencia visual, problemas circulatorios
<b>Tiempo transcurrido en el trabajo de cuidados</b>	1 año 6 meses	14 años	7 meses	8 meses

Fuente: Elaboración propia con datos recolectados durante la entrevista

La siguiente tabla contiene la información sociodemográfica de las personas adultas mayores que son beneficiarias de los cuidados proveídos por el cuidador informal.

**Tabla No.2**

*Información general de personas mayores dependientes beneficiarios del cuidado*

<b>Adulto mayor</b>	<b>Madre de CH1</b>	<b>Hermano de CO2</b>	<b>Madre de CP3</b>	<b>Hija de CR4</b>
<b>Sexo</b> <sup>12</sup>	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer
<b>Edad</b>	52 años	65 años	73 años	68 años
<b>Estado civil</b>	Divorciada	Soltero	Divorciada	Viuda
<b>Edo. De salud y/o condición física</b>	Hace 8 años diagnosticada con lesión en la médula lo cual le resto movilidad en su lado derecho (brazo y pierna), ha sido inmovilidad gradual.	Diabetes e hipertensión (35 años con este diagnóstico). Perdió la vista de un ojo hace 14 años. Hace 1 año después de la vacuna COVID le dio neumonía y sus pulmones están	Diagnosticada con demencia. Hace 7 años tuvo embolia, tiene discapacidad auditiva desde muy joven en el lado derecho	Tuvo un derrame cerebral (dicho evento fue el que le privó de movimiento) e intelectualmente, no logra sostener una conversación con ilación, este derrame fue por la presión alta, con la condición de la hepatitis,

<sup>12</sup> Se consideran categorías sexuales: hombre y mujer (Gobierno de México, 2016).

		dañados, también los riñones, su cerebro está empezando a afectarse. Hemodiálisis semanales		encefalopatía y posteriormente derrame cerebral
<b>Grado de dependencia</b>	Dependencia total en las ABVD y AIVD	Dependencia total en las ABVD y AIVD	Dependencia total en las ABVD y AIVD	Dependencia total en las ABVD y AIVD

Fuente: Elaboración propia con datos recolectados durante la entrevista

### **Estrategias y técnicas empleadas en la recolección de información**

Las sesiones se realizaron mediante reunión virtual a través de video llamada de WhatsApp<sup>13</sup> en el formato de entrevista semiestructurada en profundidad.

#### **Entrevista semiestructurada en profundidad**

Las entrevistas semiestructuradas son un guión de preguntas o temas, utilizadas por el investigador, existiendo libertad de agregar preguntas o ahondar en ciertos temas para clarificar conceptos o para conseguir más información; utilizadas mayormente en la recolección de datos cualitativos, en casos complejos donde es difícil conseguir información sobre un problema o fenómeno, con características flexibles, adecuándose para que los participantes determinaran su propio ritmo y dirección; es fundamental en la interpretación de significados, sobre todo, las preguntas son abiertas y neutrales, pues intentan conseguir perspectivas, experiencias y opiniones minuciosas que precisen las vivencias de los participantes en un lenguaje particular de los participantes (Hernández-Sampieri, Fernández-

<sup>13</sup> WhatsApp Inc. es una compañía creada en 2009, a su vez es una aplicación que permite enviar y recibir mensajes instantáneos a través de un teléfono celular, también permite realizar llamadas de audio y de video (Pérez-Porto y Gardey, 2015).

Collado y Baptista-Lucio, 2014). La entrevista semi estructurada puede nombrarse también entrevista etnográfica, puede llegar a convertirse en una charla cordial, dependiendo del rapport establecido, la meta central de este instrumento es la recopilación del mayor número de detalles para realizar cabalmente un trabajo de campo y lograr ampliar la visión con respecto a la vida de la persona entrevistada; en ocasiones también se le nombra Entrevista semiestructurada en profundidad centrándose los estudios exploratorios en este recurso (Martínez, 2007; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014; López-Ortega, 2022;).

La literatura nos habla que la actitud de la persona que realiza la entrevista permita el testimonio auténtico de la persona entrevistada, sin desaprobárselo, con prudencia y sin presión se lograran aclarar o profundizar aspectos sobresalientes, existiendo algunos momentos durante la entrevista, en los que los participantes desviaban la pregunta o bien, se concretaban en sus respuestas, al observar alguna emoción emerger, fue decisión de la entrevistadora retomarla posteriormente (Díaz-Bravo et al., 2013; Martínez, 2007).

Para llevar a cabo este tipo de entrevistas se debe tener un libretto, agrupando las preguntas por categorías previamente establecidas para lograr la conversación con el cuidador, libre de ruidos que sesguen la información (Martínez, 2007), cabe señalar que a los participantes una vez que se les invitaba a participar en este estudio, se les compartía el Consentimiento informado, dándose lectura previa a la entrevista, enviándose a cada participante mediante el WhatsApp y regresados por los cuidadores en forma de fotografía o documento; una vez teniendo este documento se procedía al inicio de la entrevista.

Para esta investigación se diseñó una entrevista semiestructurada (Anexo No.2), constituida por preguntas abiertas y creada ad-hoc para este trabajo; integrada con ejes centrales dirigidas hacia el familiar cuidador de la persona mayor en condición de dependencia : 1. Información sociodemográfica; 2. Condiciones de salud y físicas; 3. Características de cuidado que se proporciona; 4. Recursos sociales de apoyo; 5. Estrategias de afrontamiento; 6. Estrategias de autocuidado; 7. Estado de salud y condición física actual de la persona mayor en condición de dependencia.

Adicionalmente, y con el propósito de asegurar el levantamiento de información que se buscaba, en el espacio de las entrevistas semiestructuradas algunos instrumentos ya existentes fungieron como guía al cumplir con los reactivos que cubren los aspectos teóricos en cada caso, es decir, cada instrumento fue utilizado como guía de la entrevista y en ningún caso se utilizó en su formato establecido y con ello se logró la profundización que se buscaba en la información sin llegar a constituirse como un estudio mixto, eligiendo algunas de las preguntas que abonaban en ello.

*Instrumentos de apoyo en la guía de entrevista que recolectan las condiciones de los cuidadores informales*

**a) Entrevista de carga de Zarit: Zarit Burden Interview (ZBI).** El instrumento original se encuentra en idioma inglés, es propuesto por el Dr. Steven Zarit (1980, 1983), consiste en un cuestionario de 29 ítems, evaluando diversas áreas, entre ellas son la salud física, la salud psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y la relación con la persona mayor dependiente. Este instrumento se clasifica como un auto informe; existen dos versiones, la versión corta que consta de 22 preguntas y la versión larga que

consta de 29 preguntas. Dicho instrumento permite que el cuidador describa con qué frecuencia ha sentido elementos negativos al ejercer cuidados, dentro del tema de los cuidados ha dado la pauta a registrar las reacciones de los cuidadores frente al cuidado, siendo traducido en varios idiomas y estandarizado en diferentes países (Crespo y Rivas, 2015). Datos de confiabilidad y validez permiten evidenciar tres factores que explican el 54.75%: Carga, Habilidad para el cuidado y Dependencia; en cuanto a la fiabilidad presenta un 0,92 en alfa de Cronbach (Martín-Carrasco et al., 2010); un dato importante fue la autorización directa del Dr. Steven Zarit para el uso el instrumento, proporcionándolo mediante correo electrónico (Anexo No.4).

Cabe mencionar que en la Entrevista semiestructurada en profundidad se usaron algunas preguntas abiertas de la Escala de Formas de afrontamiento (Ways of coping scales – WOC), Índice del esfuerzo del cuidador (IEC), así como de la Agencia de Autocuidado (ASA).

*b) Escala de Estrategias de Afrontamiento.* En un inicio se pensó aplicar preguntas del instrumento elaborado por Lazarus y Folkman (1985), es un cuestionario que consta de 66 preguntas para detectar la forma en que las personas lidian los eventos estresantes, dichas preguntas son realizadas por un investigador, existen dos versiones, una de respuesta si/no y otra versión con respuestas de escala tipo Likert. (Lazarus & Folkman, 1986).

*c) Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC).* Este instrumento fue originalmente escrito en inglés, nombrado Caregiver Strain Index (CSI), diseñado por Robinson (1983) aplicable para población cuidadora de personas dependientes en general. Se considera una herramienta de uso sencillo y auto aplicada, con la que se puede detectar con rapidez la

tensión del cuidador en los cuidadores a largo plazo. Se encuentra constituida por 13 preguntas, que indican cinco aspectos de la carga subjetiva: Laboral, Económico, Físico, Social y temporal. Este instrumento puede ser utilizado para evaluar individuos de cualquier edad que hayan asumido el rol de cuidador de un adulto mayor. El coeficiente de confiabilidad interna es de ( $=.86$ ).

*d) Escala de Valoración Agencia de Autocuidado (ASA) también nombrada Escala para estimar capacidades de autocuidado (EECAC).* Esta escala es nombrada de dos maneras, debido a las traducciones que han realizado para el instrumento, fue desarrollada por Evers y cols. (1993), con el objetivo de evaluar si una persona conoce sus necesidades de autocuidado. Dicha escala surge complementando el rubro de autocuidado propuesto por Dorotea Orem (Evers G. et al., 1993). La organización de la prueba está conformada por las capacidades para desarrollar procedimientos de autocuidado (1) estimativos, (2) transicionales y (3) productivos. Los procedimientos estimativos comprenden la indagación de la situación y los factores internos y externos significativos para el autocuidado; los procedimientos transicionales definen la manera de accionar que debería seguirse con respecto al autocuidado, mientras que los productivos realizan las acciones de autocuidado. Se compone de 24 ítems de respuesta tipo Likert, obteniendo un máximo puntaje de 120 puntos; Estudios transculturales han revelado propiedades psicométricas aceptables de la Escala en diferentes países incluido México, mostrando confiabilidad de un 0,72-0,82 para el coeficiente alfa (Evers et al., 1986). Sin embargo, a través de una selección de reactivos, no fueron utilizados el 100% de ellos en la entrevista.

*Instrumentos de apoyo en la guía de entrevista que recolectan las condiciones de las personas adultas en condición de dependencia*

***a) Índice de Barthel (Actividades básicas de la vida diaria- ABVD).***

The Barthel Índice (BI) fue desarrollado por Mahoney y Barthel en un hospital para enfermos crónicos Estados Unidos (1955), este instrumento es un indicador de la independencia funcional que una persona puede tener, nos permite orientar el nivel de dependencia de una persona beneficiaria de los cuidados a través de la realización de las actividades diarias básicas que pueda lograr, las cuales son comer, bañarse, vestirse, aseo personal, higienizar sus heces fecales, micción, uso del sanitario, trasladarse de un lugar a otro, deambular y subir-bajar escaleras, de igual manera, el instrumento se utilizó como guía de entrevista es una de las escalas más usadas para población geriátrica, su estructura con diez reactivos tiene un Alpha de Cronbach =0.96 (Mahoney & Barthel, 1965).

***b) Escala de Lawton y Brody (Actividades instrumentales de la vida diaria- AIVD).***

Desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center (1969), permite la evaluación de autonomía física y actividades en donde puntúa un estado de dependencia una persona beneficiaria de los cuidados, no se tiene el dato de la fiabilidad de la escala, son ocho ítems en total las dimensiones instrumentales que la componen son capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, medio de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad de utilizar el dinero.

**Operacionalización y sus indicadores.**

**a) Carga objetiva**

Hace alusión a las tareas y actividades realizadas por el cuidador informal con el propósito de brindar los cuidados requeridos por el adulto mayor con condición de dependencia.

**Tabla No.3**

*Conceptualización de la categoría carga objetiva y sus indicadores*

<b>Categorías</b>	<b>Indicadores de su existencia</b>	<b>Estrategias y técnicas de recolección</b>
Modificación en vida familiar	Descuido a su familia nuclear	Instrumento ASA pregunta no.10
	Reestructuraciones en la dinámica familiar	Instrumento Índice del esfuerzo del Cuidador pregunta no.5
	Cambios de roles	Instrumento Escala Zarit pregunta no.22
Participación y apoyo de familiares	Relevos para el cuidado	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.30
	Conflictos familiares	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.25
	Demandas y críticas por parte de la familia inmediata	Instrumento Escala Zarit pregunta no.88
	Escaso apoyo familiar	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.26
Comunicación y convivencia familiares	Fractura familiar	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.26
	Determinación de esquemas de cuidado	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.24
Modificaciones en la salud física experimentados por el cuidador	Diagnóstico de algún padecimiento (auditivo, visual, motriz, neurológico)	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.3
	Experimentación de dolor en alguna parte de su cuerpo	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 4
	Alteraciones gastrointestinales, incluidas náuseas	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 5
	Lesiones músculo-esqueléticas	Instrumento

		Entrevista en profundidad pregunta no. 6
	Alergia o algún problema en la piel	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 9 y no.10
	Agotamiento, debilidad, fatiga o cansancio físico	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 22 ASA pregunta no.6
	Alteraciones en peso (aumento o disminución)	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 8
Cambios en los ciclos de sueño	Insomnio	Instrumento Índice del esfuerzo del Cuidador pregunta no. 1
	Exceso de sueño	Instrumento Índice del esfuerzo del Cuidador pregunta no. 1
Consumo de sustancias	Uso de fármacos automedicados, complementos-suplementos nutricionales, drogas y/o alcohol	Instrumento Entrevista en profundidad p.12 y p.13
Afectaciones en la economía familiar	Hacer compras de mandado	Instrumento Entrevista en profundidad p.33
	Gastos no planificados (pagos, compras, gasolina o transporte, curaciones, alimentaciones, alguna urgencia médica)	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 33 y pregunta no.34
	Modificaciones en la vivienda	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.40
Administración de los recursos financieros de la persona mayor en condición de dependencia	Honorarios de médicos, personal de apoyo, terapia.	Instrumento ABVC pregunta no.78
Interacción social.	Distanciamiento de amigos, grupos o actividades sociales	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.31 ASA pregunta no.12

---

Fuente: elaboración propia

**b) Carga objetiva en demandas de cuidado e intensidad de la atención prestada en función del nivel de dependencia del adulto mayor en condición de dependencia**

Se refiere a las actividades que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es decir, son las actividades de cuidado que el cuidador familiar puede llegar a realizar.

**Tabla 2**

*Categoría carga objetiva. Conceptualización y sus indicadores*

<b>Categorías</b>	<b>Indicadores de su existencia</b>	<b>Estrategias y técnicas de recolección</b>
Demandas de cuidado en actividades básicas de la vida diaria	Necesita ayuda para bañarse	Instrumento ABVD Pregunta 1
	Recibe asistencia para tomar las prendas y vestirse	Instrumento ABVD Pregunta 2
	Precisa ayuda al ir al baño, higienizarse, uso de pañal o cómodo vaciándolo o no va al baño por sí mismo.	Instrumento ABVD Pregunta 3
	No tiene movilidad	Instrumento ABVD Pregunta 4
Demandas de cuidado en actividades instrumentales de la vida diaria	Necesita asistencia en la alimentación	Instrumento ABVD Pregunta 6
	Necesita ayuda para sostener el teléfono o comunicación	Instrumento AIVD Pregunta 1
	Incapaz de hacerse cargo de su medicación.	Instrumento AIVD Pregunta 3
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	Instrumento AIVD Pregunta 6
	Necesita acompañamiento para trasladarse, o no sale con autonomía.	Instrumento AIVD Pregunta 2
	Es incapaz de manejar su dinero.	Instrumento AIVD Pregunta 4
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra o es incapaz de comprar.	Instrumento AIVD Pregunta 5
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	Instrumento AIVD Pregunta 7
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	Instrumento AIVD Pregunta 8	

Capacitación sobre el proceso de salud - enfermedad	Investigación o cuestionamientos sobre el diagnóstico médico	Instrumento Entrevista en profundidad Pregunta no.38
---	--	--

Fuente: Elaboración propia

### c) Carga subjetiva

Es la experimentación de sentimientos, emocionalidad y síntomas de problemas psicológicos, derivados de las tareas de cuidado que realiza el cuidador informal.

**Tabla 3**

*Categoría carga subjetiva. Conceptualización y sus indicadores*

<b>Categorías</b>	<b>Indicadores de su existencia</b>	<b>Estrategias y técnicas de recolección</b>
Continuos cambios de humor con las personas de su entorno	Transitar emocional continuo	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.7
Sentimientos y emocionalidad negativa	Irritabilidad, frustración, enojo, desesperación, preocupación, desesperanza, inseguridad, indefensión, miedo, pesimismo, pena, rabia, sufrimiento, tristeza vergüenza, incomodidad, melancolía, incomprensión,	Instrumento Zarit pregunta no.3 y no.9
	Incomodidad o apreciación negativa hacia la persona dependiente y/o hacia la realización de ciertas actividades	Instrumento Zarit pregunta no.3 y pregunta no.9 Índice del esfuerzo del Cuidador pregunta no.9
	Frustración o culpa por dejar de hacer actividades con su familia nuclear	Instrumento Zarit pregunta no.22
	Sentimientos de impotencia e indefensión que el cuidador puede experimentar	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.32
	Pérdida de control, Incertidumbre de cómo rehacer o reorganizar su vida cotidiana	Instrumento Zarit pregunta no.22
Dificultad para establecer límites	Aceptación de la encomienda	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.49
Sentimientos y emocionalidad positiva	Experimentar mayor satisfacción personal al sentir que el ser	Instrumento Zarit pregunta no.22

	querido está siendo cuidado convenientemente	
	Sentir privilegio por ser el elegido para cuidar	Instrumento Zarit pregunta no.22
	Vínculo de afecto y/o amistad en la diada cuidador-persona mayor	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.25
	Vínculos de apoyo y el control que la situación le puede brindar	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.39
	Estatus mayor por ser el encargado de cuidar	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.39
Rasgos de ansiedad	Elementos como preocupación excesiva, impaciencia, pensamientos catastróficos dirigidos hacia la muerte e inatención	Instrumento Zarit pregunta no.22
	Obsesión con el cuidado (deseando ser el mejor y que no puede descuidar a la persona dependiente, ya que son sus cuidados los que le sacarán adelante).	Instrumento Zarit pregunta no.22
Rasgos de depresión	Frecuente sensación de soledad y déficits motivacionales,	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.45
Replantear espiritualidad o sistema de creencias	Creencia de que todo lo que sucederá tiene un propósito específico	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.64
	Confiar en la existencia de Dios, un poder o fuerza superior, o un grupo cercano de personas como aliados	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.11
Manifestación de enojo en contra de Dios – religión o líderes religiosos	Sentimientos de culpa y mantener la creencia de que la condición en la que se encuentra es un castigo divino	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.11

---

Fuente: elaboración propia

#### **d) Estrategias de afrontamiento**

Son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales para sobrellevar los requerimientos del entorno por el individuo, buscando resolver desde el problema o bien, centrándose en la emoción.

**Tabla 4**

*Categoría estrategias de afrontamiento. Conceptualización y sus indicadores*

<b>Categorías</b>	<b>Indicadores de su existencia</b>	<b>Estrategias y técnicas de recolección</b>
Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema	Aceptación de la responsabilidad	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no.8
	Escape-evitación	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.11, no.33, no.40
	Planificación de solución del problema	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.26, no.48
	Reevaluación positiva	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.64
	Búsqueda de apoyo social	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.22, no.45
Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción	Confrontación	Instrumento Índice Esfuerzo del Cuidador pregunta no.17
	Distanciamiento	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.32
	Autocontrol	Instrumento Estrategias de afrontamiento pregunta no.14

Fuente:Elaboración propia

### e) Autocuidado

Conjunto de actividades que el cuidador informal desarrolla en beneficio y cuidado de su propia persona con el propósito de conservar la salud y su propio bienestar.

**Tabla 5**

*Categoría autocuidado. Conceptualización e indicadores de su existencia*

<b>Categorías</b>	<b>Indicadores de su existencia</b>	<b>Estrategias y técnicas de recolección</b>
Modificación en planes personales del cuidador	Aumento en las responsabilidades	Instrumento Entrevista en profundidad pregunta no. 28, pregunta no.36
	Retraso de objetivos de vida planteados previamente o limitaciones personales Falta de libertad y privacidad	Instrumento Índice del esfuerzo del Cuidador pregunta no.6 Instrumento Escala Zarit pregunta no.11, ASA pregunta no.20
Prácticas y rutinas de cuidado personal del cuidador	Demandas de cuidado por la persona mayor	Instrumento Escala Zarit pregunta no.22
	Hábitos de aseo y cuidado personal	Instrumento Entrevista a profundidad Pregunta no.37 Instrumento ASA Pregunta no.8
	Ejercicio físico y/o práctica de alguna actividad física.	Instrumento Entrevista a profundidad Pregunta no.14
	Realizar acciones preventivas y revisiones rutinarias médicas	Instrumento Entrevista a profundidad Pregunta no.11
	Práctica de sueño y descanso	Instrumento Índice del esfuerzo del cuidador Pregunta no.1
	Horarios para preparar y consumir alimentos de calidad	Instrumento ASA pregunta no.9 Entrevista a profundidad Pregunta no.15

	Actividades recreativas, ocio y cuidado personal	Instrumento Entrevista a profundidad Pregunta no.22 y no.31
	Momentos de reflexión, espacios de esparcimiento y meditación personal	Instrumento ASA pregunta no.6 y no.23
Comunicación y asertividad en su entorno.	Capacidad para expresar y detectar sus propias necesidades	Instrumento Estrategias de afrontamiento Pregunta no.48

Fuente: Elaboración propia

El método de validación de los hallazgos y de las estrategias utilizadas en el levantamiento de datos e información ha sido a través de la triangulación teórica. Esta consiste intramétodo en combinar variantes cualitativas o cuantitativas, siempre de un mismo método, cualitativas, en este caso, a su vez, involucra la implementación de diferentes estrategias de recopilación de datos para comparar un conjunto particular de observaciones con otros conjuntos de observaciones que tratan del mismo fenómeno (Forni y Grande, 2020) para aumentar la validez y la calidad (Benavides y Gómez-Restrepo, 2005; González-García, Oet al, 2014).

### **Aspectos éticos y de confidencialidad**

Se ha cumplido con la obligatoriedad de elaborar, explicar y firmar posterior a la aceptación de formar parte del estudio con el consentimiento informado. Se sabe que mucho más que un documento formal, es un modelo de una relación profesional y respetuosa entre los profesionales de salud y los pacientes y familiares en el que se respeta la autonomía y la decisión personal de la persona participante de investigación. Finalmente es el participante en este caso, quien decide de manera libre, voluntaria y consciente, participar o no hacerlo en el estudio, después de que se le ha informado sobre las condiciones de participación o

bien, respetando su permanencia en el estudio (Ortíz. y Burdiles., 2010). El consentimiento informado utilizado (Anexo No.3) tuvo por objetivo hacer una descripción con respecto a la investigación, los instrumentos empleados en caso de aceptar participar en el estudio, la confidencialidad y la voluntad para permanecer en el mismo, así como la posible publicación de resultados, explicando a su vez sobre el anonimato de los participantes, de esta manera se obtuvo el permiso de los participantes de la investigación para el registro y grabación de las entrevistas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2003).

Con respecto a la confidencialidad de los datos se les comentó a los participantes sobre la posibilidad de compartir o usar datos de la entrevista o de los instrumentos complementarios, sobre todo por tratarse del tema central de esta tesis doctoral, los participantes estuvieron de acuerdo (Bertolín-Guillén, 2021; Sociedad Mexicana de Psicología, 2003).

### **Supuestos de investigación**

Como respuesta tentativa a las preguntas planteadas, se elaboran los supuestos de investigación inicial, los cuales orientaron al problema o fenómeno a investigar, también fueron importantes para la formulación de objetivos, así como la estrategia metodológica para su abordaje (Sautu et al., 2005).

1. En las condiciones actuales en la dimensión familiar de los cuidadores familiares se observan rivalidades entre los mismos, son excesivas las exigencias o demandas hacia el cuidador por parte del mismo sistema familiar, existe poca disponibilidad para remplazar al cuidador para que tenga descanso, recreación o momentos de ocio, por ejemplo en el horario nocturno pocas veces existe la disponibilidad de otros familiares para sustituir.

2. En caso de que el cuidador sea remplazado para cumplir alguna diligencia, inclusive acudir por el medicamento del paciente, el tiempo es contabilizado rigurosamente por los familiares, inclusive pueden existir reclamos en caso de rebasar el tiempo previsto.

3. El cuidado lo realizan mujeres, en su mayoría hijas, la demanda es mayor quienes no cuentan con ocupaciones laborales formales, tal es el caso de personas jubiladas, solteras, estudiantes o bien que tienen un trabajo que no le ofrece más allá del salario mínimo. El adulto mayor dependiente justifica la no atención por parte de otros miembros de la familia, sobretodo de los hijos varones.

4. La responsabilidad puede elegirse voluntariamente empezar el cuidado de la persona mayor, en ocasiones es por imposición ya sea por la persona mayor o bien, del sistema familiar. Existen casos donde las familias se dividen por no querer hacerse cargo de la persona dependiente y familias que durante su tiempo de no dependencia se establecen vínculos y ya en la condición de dependencia se vuelve un acto de reciprocidad proporcionar atención y brindar cuidados.

5. Se suscitan problemas de pareja para la cuidadora por la inversión de tiempo, considerando la separación o divorcio.

6. Existe un alejamiento de la persona cuidadora en la dimensión social ya sea de sus rutinas de ocio o diversión, no pueden tomar un periodo vacacional porque no existe quien les reemplace en el cuidado. El cuidador no tendrá oportunidad para salir con amigos o vecinos, o bien, asistir a reuniones por periodos largos, se le complica recibir visitas y estructura una rutina diaria para cubrir todas las necesidades de la persona mayor dependiente

incluyendo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) .

7. Los cuidadores son de nivel socioeconómico medio, medio bajo, viven en el mismo domicilio de la persona dependiente, invierten de 3 a 5 horas en el transporte, con posibilidades de renunciar de su trabajo o bien, solicitar su jubilación anticipada con tal de tener más tiempo para cumplir las demandas de su hogar, de sus hijos en caso de tenerlos, el mismo cuidado para la persona dependiente.

8. El estado de salud física de los cuidadores familiares queda en segundo plano, se vuelve un paciente invisible a la sombra del adulto mayor y a medida que avanza el tiempo, la salud de la persona cuidadora se va deteriorando, existen riesgos mayores con predisposición crónico-degenerativa o que están diagnosticados con alguna discapacidad y utilizan algún apoyo adicional, lesiones musculoesqueléticas, dolor de cuello y espalda o tensión muscular limitando su movilidad y destreza, cabe destacar que entre los cuidadores son frecuentes las alteraciones gastrointestinales, debilitamiento del sistema inmunológico.

9. Las consecuencias del cuidado les llevan a presentar cambios en los ciclos de sueño, manifestándose el insomnio, taquicardia, opresión precordial, disnea, náusea, sudoración, sofocamiento, parestesias, temblores, tics nerviosos, insomnio, cefaleas, temblor de manos, y pinchazos en el pecho, aumento de la presión arterial y se alteran otros elementos físicos como el colesterol, la glucemia o el ácido úrico, así como repercusiones de tipo sexual, como la anhedonia, disminución del apetito lo que lleva a subir o bajar de peso, ocasionando como consecuencia una predisposición al uso de fármacos automedicados, drogas o alcohol, elevándose con mayor facilidad el riesgo de muerte.

10. Dentro de las manifestaciones de carga en la dimensión emocional se manifiesta en cambios repentinos de humor, angustia, estrés, el cuidador experimenta, así como un cúmulo de emociones tales como pena, culpa, enojo, rabia, irritabilidad, vergüenza, miedo, inseguridad, frustración y resentimiento.

11. Dentro de las manifestaciones en la dimensión psicológica, existen rasgos de depresión y ansiedad que aislados pueden parecer solo cambios de humor repentinos y/o llanto, pero en conjunto y conociendo el trasfondo del cuadro, se logran contextualizar, lo que es llamado Síndrome o colapso del cuidador, caracterizándolo en mayor proporción con síntomas depresivos existiendo a su vez episodios de ansiedad caracterizados por la preocupación excesiva, irritabilidad, impaciencia, pérdida de control sobre la situación, manifestación de tristeza, desesperanza, depresión, pesimismo, pensamientos catastróficos dirigidos hacia la muerte, inatención, así como pérdida de control sobre la situación de cuidado, y la condición se agrava si existe la cohabitación por la repercusión al tiempo empleado para la constante revisión de la persona mayor, se suscitan sentimientos de impotencia e indefensión, de modo que las labores de cuidado en adición a las propias actividades y roles que se realizan por los cuidadores representa una carga a nivel objetivo y subjetivo.

12. Es más común que la carga se presente en mujeres, manifestando repercusiones multidimensionales afectando todas las esferas de su vida, observándose dolor frecuente, hábitos de menos calidad, se observa una reducción en los tiempos de ejercicio, tiempos de sueño y descanso, para comer saludablemente afectando su vida con problemas de salud en general.

13. Las estrategias de afrontamiento estarán presentes dependiendo de los estresores o circunstancias permitiendo sobrellevar la situación y protegiéndoles en cierta manera, destacan la religión-espiritualidad, solución de conflictos, búsqueda de apoyo y evitación emocional, pueden ser herramientas que favorecen y que a su vez permitan desarrollar elementos resilientes.

14. Existen prácticas de autocuidado que los cuidadores incorporan en su cotidianidad, como ejercicios de relajación, oración, meditación, contacto con el medio ambiente, reflexiones o conexiones con un ser supremo, pero también desconectarse por breves periodos de tiempo y hacer uso de las redes sociales o bien, dormir, escuchar música o inclusive ver fragmentos en programas televisivos, mientras que la persona dependiente se encuentra dormido o viendo televisión.

15. En lo que concierne a los cuidadores que tienen problemas de salud física y no realizan prácticas de autocuidado, manifiestan dificultad para gestionar cambios en su vida de manera satisfactoria, para establecer límites con los miembros del sistema familiar o bien, con la misma persona mayor de manera que las imposiciones o demandas crecen, para solicitar ayuda a terceras personas, y la opción de verse a si mismos en su realidad comienza a distanciarse de su meta ideal, va en aumento la predisposición a centrar su vista en la persona mayor y olvidarse de sus necesidades, la concentración puede disminuir, comienzan cambios de humor repentinos, dificultad para la concentración, el sentimiento de impotencia comienza a crecer, de manera que reduce su sentido de vida.

## **Método de análisis de la información**

Una de las herramientas que facilita la elaboración del análisis cualitativo es ATLAS.ti 24, mediante el cual se logran procesar datos, descifrar la información de así mismo, para detectar patrones y comprobar hipótesis; nació en 1989 – 1992, sus siglas son el acrónimo de la frase en alemán *Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache*, traducido como "Archivo para la Tecnología, el Mundo de la Vida y el Lenguaje Cotidiano" (Muñoz-Justicia & Sahagún-Padilla, 2011).

Una vez reunidas las entrevistas semiestructuradas, les fue asignado un código para efectos de protección de las identidades, a su vez, fueron tomadas en cuenta las consideraciones éticas en la investigación de respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, cuidado responsable y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad; dichos principios básicos deben regir el comportamiento de los psicólogos que realizan investigación y garantizan el buen uso de la información proporcionada y de los participantes, siendo parte de la ética del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2003).

### ***Sistematización y reducción de la información***

El proceso mediante el cual se realiza el análisis es a través de un proceso que implica cuatro etapas: 1) Codificación de la información (de los datos); 2) Categorización; 3) Estructuración o creación de una o más redes de relaciones o diagramas de flujo, mapas mentales o mapas conceptuales, entre las categorías; y 4) Estructuración de hallazgos o teorización si fuere el caso; este programa facilita el análisis ya que permite ordenar la información y recuperación de la misma, facilitando relaciones entre conceptos y resultados grupales (Varguillas, 2006; ATLAS.ti, 2023).

El proceso se apoyó en la propuesta de Varquillas (2006) que comprende cinco etapas: 1. Contacto con el documento; 2. Preparación del documento; 3. Análisis; 4. Creación de redes; 5. Interpretación analítica; y finalmente, 6. Estructuración de los hallazgos.

Se presentan a continuación las etapas conforme fue desarrollándose el proceso de análisis de esta investigación.

A continuación, se describen los pasos relevantes de cada caso, dichos datos fueron extraídos de las grabaciones que se realizaron en el momento de la investigación, es decir, se transcribieron los datos de manera editada, eliminando muletillas y errores gramaticales (ATLAS.ti, 2023), obteniendo información de los cuidadores familiares.

**a) Selección del objeto de análisis.** Cualquier temática para analizar requiere un posicionamiento teórico con respecto a ella, analizar el contenido desde el enfoque cualitativo se abarca desde la información obtenida mediante la entrevista, así como los supuestos que establecen la objetividad del análisis propiamente dicho (Monje-Álvarez, 2011), el tema central en esta tesis son las experiencias que se comparten por parte de los cuidadores familiares de personas mayores en condición de dependencia.

Los cuidadores familiares, son protagonistas en esta investigación, ya que dedican gran parte de su tiempo para actividades de apoyo y cuidado; Las características del cuidado, el grado de dependencia de la persona mayor, utilizar de manera inadecuada las estrategias de afrontamiento del cuidador, poca o inexistente red de apoyo, son algunos elementos importantes que pueden llegar a afectar en general al cuidador (Salazar- Montes, Murcia-Paredes, y Solano-Pérez, 2016).

**b) Desarrollo del preanálisis.** Para este punto, fue importante la recolección de las entrevistas en profundidad, la codificación y categorizar de manera inductiva al hacer una revisión de las entrevistas realizadas a los participantes, este ejercicio, puede llegar a convertirse en un vaivén de información dentro del análisis cualitativo, lo que le da una característica de flexibilidad (Cáceres, 2003). En este caso particular se ha utilizado la transcripción de entrevistas en profundidad que contenían la experiencia del cuidador, así como preguntas para obtener el nivel de dependencia de la persona mayor en condición de dependencia y verificar si dentro de este nivel de dependencia, existía la participación de la persona cuidador para ciertas actividades.

**c) Definición de las unidades de análisis.** Se conocen las unidades de análisis como las palabras, frases y párrafos de la entrevista semiestructurada que, en este caso, nos proporcionaron información permitiendo así, la exploración y explicación de las representaciones de los cuidadores (ATLAS.ti, 2023; Cáceres, 2003).

**d) Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación.** Una vez que definidas las unidades de análisis, se procedió a analizar el material de acuerdo con dicha unidad, los supuestos previamente establecidos eran quienes dirigían la clasificación del texto, por tal manera, la expectativa de que los conjuntos establecidos fueran de relevancia y significación, (Muñoz-Rojas, 2016; Sánchez-Antillón, 2009). Dicho procedimiento fue reiterativo hasta agotar el texto o bien, llegar hasta donde se conoce como saturación. Este paso, obliga a examinar los supuestos y sesgos de planeamiento sobre los datos, de manera tal que se encuadró el trabajo, funcionando como márgenes o líneas de análisis, posteriormente se realizó una exploración final del material clasificado y codificado; el ejercicio posterior fue la revisión de unidades de análisis y el cuestionamiento del tema,

significado de las unidades propiamente dichas (Cornejo y Salas, 2011).

e) **Desarrollo de categorías.** Las categorías centrales tuvieron que ver con el texto en general, posteriormente, el contenido previamente codificado se ordenó y clasificó. Categorizar, es el paso que permite un agrupamiento de información, estableciendo la pauta para las posteriores interpretaciones y relaciones teóricas, este ejercicio no se termina en una sola ocasión, es una revisión continua de dichas categorías, para asegurarnos que existe congruencia. Algunos autores hacen hincapié en la exhaustividad, subrayando el término triangulación de manera que quede por completo clasificada la información, unidades de análisis (registro), y las categorías obtenidas de las entrevistas y el material bibliográfico permitiendo la codificación y recuento de frecuencias (Muñoz-Rojas, 2016)

f) **Análisis propiamente dicho e integración final de los hallazgos.** El método empleado ha sido el análisis clásico de contenido. Este consiste en identificar el contenido manifiesto, ese que se extrae de la interpretación objetiva de la información, así como el contenido latente, referido a aquello que se infiere a través de otros canales comunicativos hasta agotar la información obtenida mediante las entrevistas (Mayring, 2000).

## Capítulo V. Resultados o Hallazgos

En este capítulo se describen los resultados obtenidos, es importante señalar que fueron cuatro participantes quienes de manera exhaustiva compartieron sus experiencias como cuidadores, llegando a la saturación de información. A continuación, se plasman los resultados con algunos extractos de las entrevistas que mediante el apoyo del software ATLAS.ti 24 se lograron analizar.

Partiendo de la pregunta general de investigación, los impactos e implicaciones multidimensionales que se asocian a la carga objetiva son la dimensión económica, la dimensión familiar la dimensión física y la dimensión social; observándose también la carga subjetiva en la dimensión emocional, dimensión psicológica y dimensión espiritual, a continuación, se expondrán los resultados de las entrevistas en profundidad con los comentarios al respecto.

En la **dimensión familiar**, se observa que, en la familia de origen de la persona receptora de cuidados, puede existir comunicación y convivencia familiares que involucran a todos los miembros de la familia,

**2:37 ¶ 113 in PGH2** hablo *con mi esposo y mi mamá sobre la situación que estamos pasando...*

**2:43 ¶ 132 in PGH2** *He hablado con mi esposo de cómo me siento ... mi esposo es una ayuda muy grande porque el me ayuda a ver otros puntos ...*

**3:11 ¶ 41 in PRN3** *Se determinó que asumiría el cuidado porque tuvimos una reunión mis hermanos y yo, nadie se quiso venir a quedar aquí con mi mamá, yo les dije que yo me venía a su casa, pero si se venía alguien ...*

Se puede observar que dos de las participantes de esta investigación, han sostenido conversaciones en familia sobre lo que está ocurriendo, también se observa una serie de conflictos familiares que giran en torno a los cuidados de la persona mayor en condición de dependencia, en el caso de la participante PLO1 es la hermana más chica, su hermano el mayor tiene 85 años, situación que a veces puede desesperarle porque no tienen la misma capacidad de respuesta por ese desfase en la edad:

**1:42 ¶ 120 in PLO1** *...no es tanto lo que puedo enojarme con mi hermana o que a veces los veo lentos, pero también entiendo que mis hermanos ya son personas mayores, ya de 85 años uno de mis hermanos y yo la más chica...*

Conflictos se pueden observar también no en la familia de origen, sino en la familia que se decide formar, por ejemplo, la participante PGH2 se casó, comenzó su nueva vida familiar, tuvo a su hijo y entonces comenzó el ciclo de enfermedad de su madre, lo que la involucraba a ella al ser la hermana mayor y estar a su vez en un conflicto familiar:

**2:33 ¶ 102 in PGH2** *...me ha afectado a veces con mi esposo o mi hijo...la relación con mi esposo ha cambiado, siento que mi relación con él no es como debería, pero si trato de compartirle lo que pasa para que sea empático con la situación... A veces le digo a mi esposo “oye toda esta semana voy a ayudar a mi mamá”, y ya llega el fin de semana y me dice “oye, pues tiempo para nosotros, ¿no?” ... saber que él llega cansado y que hasta cierto punto la casa es mi responsabilidad... **2:50 ¶ 158 in***

**PGH2** ... *Cuando no hago las cosas de mi casa, me siento incómoda de pensar, estoy dejando de hacer lo que tengo que hacer en casa por cuidar a mi mamá.*

Ella es otra participante PRN3, ella es la menor del hogar reconstruido de mamá y papá, solo ella y otra hermana son de sus dos padres, pero ella refiere que su padre era muy grande cuando la tuvo, el padre falleció cuando ella era pequeña, ahora con el caso de su madre, ella observa que sus hermanos mayores ya tienen sus vidas realizadas, ella al ser soltera, la única profesionista y la más chica, tiene una brecha generacional con sus hermanos:

**3:20 ¶ 61 in PRN3** *Nos enojamos, porque probablemente yo quiero darle lo mejor, y el nivel de ellos de compromiso o de cuidado pues no es como el mío, hay varias cosas en las que no estoy de acuerdo, ha habido roces con una de mis hermanas, mi mamá ha estado en cama desde hace 8 meses y mi hermana como que se retiró de la familia por problemas no solamente conmigo sino con mis otros hermanos, por diferentes motivos, eso me da coraje ...*

Ella misma refiere que cuando ella está en casa el fin de semana, sus hermanos no visitan a su mamá

**3:28 ¶ 78 in PRN3** *ha habido modificaciones familiares porque se rompió la rutina, por ejemplo, yo estoy todo el fin de semana y ninguno de mis hermanos se acerca para ayudar...*

La cercanía con la persona mayor o el vínculo, permite al cuidador tener mayor o menor nivel de responsabilidad sobre el cuidado, en el caso de PRP4, encargaba a su mamá

con una prima, pero la prima no tenía tanto vinculo ni sentido de responsabilidad, la persona mayor en condición de dependencia se salió y se perdió en dos ocasiones, ocasionando enojo en PRP4 por no poder confiarle el cuidado de su mamá y sobre todo, la cuestión física con la que la encontró la segunda vez que se perdió, prácticamente este participante no cuenta con un hermano o hermana con quien compartir el cuidado, su prima es su pariente más cercano.

**4:16 ¶ 61 in PRP4** *Después de que me casé, al poco tiempo mi mamá empezó con la demencia... Mi prima me ayudaba, pero un día de buenas a primeras me la dejo ahí, ese día mi mamá se salió y no la encontrábamos... se perdió, pero la encontramos... posteriormente, ocurrió una segunda vez y yo me enoje con mi prima porque encontramos a mi mamá con deshidratación...*

También en esta dimensión familiar, encontramos a PGH2, una hermana mayor, tratando de controlar la situación de cuidado, aun a costa de sí misma, tratando de no incomodar y redoblar esfuerzos, observándose un código de valores de protección a su hermana menor

**2:19 ¶ 70 in PGH2...** *me da satisfacción que mi hermana este involucrada en el cuidado, también porque libera mi carga, pero siento como que a veces, no quiero cargarle la mano a mi hermanita, siento que ella dice que, si puede, pero en realidad no se siente bien haciéndolo.*

En esta misma participante, se observa una cuestión familiar en donde la hermana menor fue quien inició cuidando a su madre, pero al observar el cansancio de ella, decidió cambiar el lugar con su hermana y tomar está responsabilidad.

**2:26 ¶ 82 in PGH2.** *Originalmente mi hermana la chiquita, prácticamente quedó al cuidado completo de mi mamá, pero en un momento de su vida nos dijo que necesitaba hacer su vida, que prefería apoyar económicamente porque ya mental y emocionalmente no podía, nos dijo “me mantengo con estrés, me la paso aquí en la casa y preocupada”, mi hermanita es quien en realidad empezó a cuidar a mi mamá, dejó la carrera de odontología porque mi mamá en ese tiempo ya estaba en condición de dependencia...*

Existen modificaciones inclusive en esta dimensión familiar ya que al estar encargado de ciertas actividades, puede estar ausente de sus actividades cotidianas, tal es el caso de la participante PLO1, que al ya tener un ritmo de cuidado de su hermano de 15 años, prácticamente se han organizado ella y su esposo, de manera que no les toma por sorpresa que deba comprar comida o planificar actividades mientras que ella está en el hospital, fuera de casa.

**1:27 ¶ 64 in PLO1** *Cuando le tocan citas a mi hermano, yo sé que voy a tardar, no sé cuánto en realidad...no lo considero inconveniente... yo ya lo platiqué con mi esposo y por ejemplo él sabe que no hay comida...*

En el caso de PRP4 el experimentó un divorcio, por lo que solo ve a sus hijos el fin de semana, el trabaja de 3 a 4 días como trailerero, pues de ser contador y estar en oficina, tuvo que buscar una alternativa laboral, pero a su vez, su vida familiar se complicó pues debe compatibilizar el cuidado de su madre y el de sus cuatro hijos, a la vez de tener momento de autocuidado mediante el descanso.

**4:7 ¶ 37 in PRP4** *Cuido a mi mamá y mis 4 hijos que los tengo el fin de semana... a mi mamá la considero mi quinta hija...4:171 ¶ 84 in PRP4* *Modificaciones familiares vienen desde el divorcio, que tenga que empatar el descanso con mis hijos y mi mamá es difícil, luego a eso súmale que los hijos ya están en la adolescencia y por ejemplo mi hija mayor a veces no me quiere ver...*

Uno de los principales motivos de su divorcio, fue que su esposa le sugirió llevar a su madre a un asilo pues el cuidado, demandaba del tiempo familiar

**4:9 ¶ 47 in PRP4** *... soy hijo único, vengo de padres divorciados...tenía que enfrentar mis responsabilidades... tal vez me divorcié para cuidarla...mi ex-esposa me decía que la llevara a un asilo, yo rotundamente le dije que no.*

En el caso de la participante PRN3 nos comparte que existen molestias o presiones por parte de sus hermanos, para realizar actividades inmediatas, es decir, como una demanda

**3:18 ¶ 57 in PRN3** *.....me sacan de mis actividades y aparte quieren que lo haga en el momento que me lo piden...*

En la **dimensión física**, los participantes manifestaron cambios notorios en su salud física, en los cuatro participantes, existe debilidad visual, cansancio físico, dolor y otros cambios físicos que se suman a las modificaciones experimentadas por estos cuatro cuidadores

**1:1 ¶ 5 in PLO1** *Durante el último mes me han detectado astigmatismo y miopía...Mi audición muy bien ... padezco sinusitis, pero ahora, este último mes lo traigo más*

*severo, aparte me dan dolores de cabeza por lo mismo... me estriño, si no voy a la hora que tengo que ir al baño y no voy, ya me amole... tengo dolor en la espalda...*

La participante PGH2 combina la maternidad de un niño de dos años con el cuidado de su madre, ella refiere que las molestias físicas son la mayor parte del tiempo.

**2:1 ¶ 9 in PGH2** *Uso lentes desde chica, pero el último mes han visto que el astigmatismo y miopía han avanzado, auditivamente bien, mi movilidad bien... 2:2 ¶ 17 in PGH2* *Mi salud este último mes no ha estado bien he sentido hormigueos, a veces me dan temblores, he padecido dolores de cabeza, he tenido diarrea, pero también hay veces, bien curioso, que me estriño, me inflamo de la panza... He sentido molestias en la espalda... Me siento mal físicamente, también he tenido dolores de rodillas... 2:4 ¶ 27 in PGH2* *...he subido de peso... 2:32 ¶ 100 in PGH2* *es una actividad que, sumada con el cuidado de mi hijo, pues si me cansa...*

**3:1 ¶ 8 in PRN3.** *Tengo un diagnóstico médico desde hace 5 años, esclerosis múltiple; desde que mi mamá enfermó más o menos hace 8 meses mi vista se debilitó, debería usar lentes, sobre todo porque en la noche no veo muy bien... 3:2 ¶ 11 in PRN3* *Este último mes tengo algunos malestares estomacales, gastritis, colitis y reflujo...corporalmente tengo dolores fuertes, aparte tengo muy mala circulación...el último mes se agudizó mi condición de esclerosis, me han salido ulceritas y pues generalmente supuran porque la piel se abre, si han sido más frecuentes; también me salió una reacción alérgica con un bloqueador, pero eso no me había pasado antes... 3:7 ¶ 25 in PRN3* *A veces me siento muy cansada...*

**4:1 ¶ 9 in PRP4** *Siempre he usado lentes, pero a raíz de que mi mamá agravó me aumentó la graduación en los lentes...* **4:2 ¶ 15 in PRP4** *Durante este último mes mi salud física está algo fregadona, a veces me duele la espalda... dolores de cabeza, mi audición es buena, también mi movilidad.*

Los cambios observables en la *dimensión económica* de los cuatro participantes de esta investigación son gastos en gasolina utilizada para movilidad y transporte de la persona mayor o bien, hacer despensa, pago de servicios o inclusive, visitar a la misma persona adulta mayor además se suma la atención médica adicional, personas de apoyo médico o doméstico, así como gastos para realizar adecuaciones en vivienda.

Los cuatro participantes nos hablan que en algún punto, hay un gasto no planificado:

**1:18 ¶ 47 in PLO1** *... reconozco que yo he hecho gastos que no tenía planeados para ir a verlo, gastos de gasolina para hacer todos sus pendientes, traerle mandado o simplemente cuando era alguna urgencia...*

**3:18 ¶ 57 in PRN3** *...lo que se destina para ella pues es el 50% de mi cheque...lo que se requiera...pero a veces es más de esta cantidad, por ejemplo, a mí me hablan y me piden los medicamentos, se acabó tal cosa, pero yo era la que iba por ese medicamento, yo a veces no tenía considerada la gasolina.... yo puedo hacer una ruta saliendo del trabajo, y luego ya irme a la farmacia...*

**3:19 ¶ 59 in PRN3** *... de hecho, hemos tenido que cambiarla de ir a consultas médicas en particular al IMSS, pero en el IMSS siento que no le hacen nada... me*

molesta no poder sustentar las cuentas en el hospital o en la casa... pues en la casa también se gastan recursos.

**3:25 ¶ 71 in PRN3** ...*de las modificaciones que hemos hecho es que le compramos una cama especial...*

**4:13 ¶ 53 in PRP4** ... *las actividades que realizo son el pago de servicios, hago las compras, la despensa, voy por su medicamento; le pago a la señora que nos ayuda, compro medicinas ... 4:17 ¶ 63 in PRP4* Si gasto, aunque mi mamá tenga su pensión, a veces hay gastos no contemplados; El gasto es elevado debido a lo que gasto en mi mamá...*más cuando los negocios no salen como yo espero... 4:167 ¶ 75 in PRP4* De los ajustes que he hecho en la casa, es que le cedí mi cuarto y le compre una silla para que no se caiga.

Aunado a la condición de cuidado que requiere la mamá del participante PRP4, el fue liquidado de su trabajo y ha tenido que buscar la manera de sobrellevar las cuestiones económicas, además que debe otorgar pensión de sus cuatro hijos a su ex-esposa.

**4:192 ¶ 164 in PRP4** ... *me liquidaron de mi trabajo y pues está difícil porque pues a veces traigo poco dinero y es cuidar a mi mamá es pagarle a la señora que nos apoya mientras yo estoy en la carretera y luego estar al pendiente de mis hijos sí, es si está pesado y sí me he sentido agobiado...*

La participante PRN3 comparte que ella al ser la única profesionista de sus hermanos, es la que ha estado haciendo los gastos necesarios para atender a su mamá de la mejor manera

**3:32 ¶ 90 in PRN3** *He hecho todo lo que está a mi alcance ... 3:21 ¶ 63 in PRN3* *en casa le tenemos una enfermera, un terapeuta, un médico que viene a casa...*

Otra condición especial de la participante PGH2, al no trabajar, ella siente como si fuera una carga mayor para su esposo hacer gastos por su mamá y esto agudiza su condición de sentirse incomoda pidiéndole dinero y no tener la casa limpia o comida hecha.

**2:25 ¶ 79 in PGH2** *...del salario de mi esposo le damos un 10% ... Con respecto a los gastos, como no trabajo es estarle pidiendo a mi esposo y luego saber que he tenido algo incómodo de no estar en casa... es complicado... por ejemplo si voy todos los días, es gasolina que no había considerado; si voy a su casa le llevo de comer y es otro gasto no considerado, en ese sentido los gastos han aumentado.*

No solo son gastos económicos los que el cuidador realiza, también se puede observar el factor tiempo que emerge de las cuatro entrevistas como una categoría adicional a las dimensiones propiamente dichas, sino que, se constituye como un elemento adicional, ya sea como gestión de tiempo, factor de limitación o adecuación,

**2:12 ¶ 53 in PGH2** *No tengo tiempo de descanso para mí...*

**3:9 ¶ 35 in PRN3** *Cuido todo el tiempo que mi mamá lo que necesite...*

**1:9 ¶ 27 in PLO1** *...de alguna manera yo tenía más tiempo libre...*

**2:16 ¶ 66 in PGH2** *mi hijo también demanda mi tiempo y atención... trato de darle atención a mi mamá y a mi bebé y ahí se me va todo el tiempo en realidad...*

**4:190 ¶ 160 in PRP4** hay tensión... imagínate, mi mamá me pide más no tengo el tiempo, el tiempo que tengo es muy reducido ...

El hecho de que la participante PLO1 ha estado expuesta por 15 años a esta condición de cuidado, le ha ayudado a organizar mejor su día a día a una de las cuidadoras:

**1:43 ¶ 122 in PLO1** Me volví más organizada para hacer mis cosas, debo sacar tiempo para mi persona y mi casa.

A su vez, el cuidador tiene también modificaciones en sus planes personales que justamente el tiempo es un factor elemental para realizarlos.

**4:172 ¶ 86 in PRP4** *De los cambios en los planes personales te cuento que no he tenido la oportunidad de salir de vacaciones... no me sentiría con la confianza de llevármela de vacaciones, sí se hace popo en el camino, no hay donde cambiarla.... No puedo comprometerme con ninguna pareja, porque no estoy en condiciones de compromiso... tuve una novia hace poquito, pero me dijo que me fuera a vivir con ella, yo claro que dije no porque debo cuidar a mi mamá...*

**3:29 ¶ 79 in PRN3** *Ha habido cambios en los planes personales ... yo no puedo salir de vacaciones, a veces me invitan mis amigas, aunque sea un fin de semana, pero ese es el fin de semana que yo estoy ahí.*

Aunque PGH2 es profesionalista, ha puesto de pretexto que sigue lactando para extender su tiempo fuera de un trabajo formal para estar al pendiente de su mamá.

**2:13 ¶ 57 in PGH2** *...cuando iba a entrar a trabajar puse de pretexto que seguía dándole pecho a mi bebé, pero pensando que en caso de que mi mamá necesitara algo yo iba a estar ahí.*

La **dimensión social** experimenta importantes modificaciones, por ejemplo, en el caso de PLO1 ella cuenta con amigas, pero no puede acudir con ellas, sino ellas se desplazan al domicilio del hermano que es donde se encuentra por las tardes

**1:15 ¶ 39 in PLO1** *Tengo un grupo de mujeres de la iglesia que me apoyan, yo no puedo ir con ellas, más bien ellas me hablan o me buscan, ellas me apoyan.*

A veces el apoyo no es de los familiares inmediatos, sino de la familia actual del cuidador

**1:32 ¶ 83 in PLO1** *Pues me apoyo en mi esposo... y luego en mis hermanos.*

**2:21 ¶ 73 in PGH2** *no me alcanza el tiempo, mi vida social se ha visto afectada por cuidar a mi mamá, ya no salgo, yo me recuerdo como siendo muy amiguera, pero, por ejemplo, una vez quede de ir con una amiga a desayunar o a su casa, pero en mi mente mi prioridad es ayudarle a mi mamá.*

**3:34 ¶ 98 in PRN3** *mis amigos me sacan la información, pero yo de mí no comparto nada...*

**4:179 ¶ 108 in PRP4** *Ya no tengo vida social, casi no salgo con amigos, ni a fiestas, últimamente estoy llevando a mis hijos porque ya empiezan a salir a quinceañeras... he salido con chicas y les cuento de mi situación, pero se asustan ... risas...*

Puede existir la privación de otros eventos al estar cuidando, por ejemplo, en el siguiente párrafo, la participante nos cuenta que ha dejado de visitar a su abuelo, estableciendo como prioridad a su mamá

**2:34 ¶ 103 in PGH2** *También por el cuidado que debo dar a mi mamá, no puedo escaparme a ver a mi abuelito, mi prioridad en todo momento es mi mamá.*

La **dimensión emocional**, también puede llegar a afectarse, trayendo algunas emociones negativas, constituyendo la mayor parte de emociones en los cuidadores, no solo por las demandas de cuidado, sino que van implicadas las emociones por ver a su pariente en condición de dependencia, no solo la dependencia física, sino también la emocional.

**1:13 ¶ 35 in PLO1** *me resulta difícil cuando debo cargarlo para las hemodiálisis*

**1:16 ¶ 43 in PLO1** *Ha sido muy difícil, porque déjame decirte cuando tú ves a las personas así, tu piensas que esas personas nunca van a llegar a ese estado, un estado de dependencia total*

**1:48 ¶ 136 in PLO1** *A veces si me siento agobiada porque tengo que ir a apoyarlo y tengo trabajo en casa o no había hecho mis lecciones de la iglesia o algo así, pero por cuento con el apoyo de mi esposo me da libertad en ese aspecto, si le digo tengo cita con mi hermano, él me dice no te preocupes, me da soluciones...*

**1:51 ¶ 144 in PLO1** *pide más de mí, es muy demandante, quiere más de mi tiempo, es un tanto egoísta, a veces el hace sus planes de citas médicas, por ejemplo, el planea su cita y me invita, pero me dice a tal hora como que no le importa mi horario o mis actividades... yo digo, si me si me van a hacer a mí el favor pues que me acoplo...*

**2:17 ¶ 68 in PGH2** *Lo más difícil para hacer son los masajes porque no lo domino ... a veces le pregunto que si así está bien y me dice que no...siento que no le ayudo...*

**2:24 ¶ 77 in PGH2** *No me gusta verla así, me pone triste y luego a ratitos me desespero.*

**2:50 ¶ 158 in PGH2** *puedo detectar situaciones que me afecten, pero es que hay cosas que se salen de control... Cuando no hago las cosas de mi casa, me siento incómoda de pensar, estoy dejando de hacer lo que tengo que hacer en casa por cuidar a mi mamá.*

**3:15 ¶ 49 in PRN3** *Me resulta muy difícil bañarla, por eso lo hace otra hermana, yo por eso no la puedo bañar, no me alcanzan las fuerzas...tengo miedo de jalar la silla para bañarla...*

**3:17 ¶ 55 in PRN3** *En algunos momentos me da enojo, pero también tristeza, es una combinación... a veces siento enojo porque pienso que no quiere echarle ganas, que no pone de su parte, yo le digo que no tiene la culpa y yo tampoco tengo la culpa, ayúdeme... también a veces tengo miedo...*

En el caso de la participante PRN3 refiere su tristeza y molestia a la vez porque su mamá debido a la embolia ya no habla

**3:12 ¶ 43 in PRN3** *la verdad mi mamá y yo teníamos una relación tóxica, porque siempre estamos peleando en el sentido de que me dice: “es que tu hermano” o esto y lo otro y yo le decía ¡ay, mamá no se preocupe, él se lo busca! o así... todo el tiempo estábamos peleando...ahora ni siquiera habla...*

**3:43 ¶ 155 in PRN3** *Me pone tensa la situación... me pone triste, a veces lloro, a veces me enojo... no puedo asimilar que mi mamá no pueda moverse libremente o hablar, eso yo creo que es lo que más me preocupa y me pone triste, incluso extraño que ya no puede regañarme... yo aguanto mucho, pero con la situación de mi mamá, redoblo esfuerzos...*

**4:14 ¶ 55 in PRP4** *Cuando empecé a cuidarla, se me hacía mucho bañarla, cambiarla y luego cuando se hacía popo, pues mi mamá siempre profesionalista como abogada, independiente y verla así, ha sido un proceso... porque aparte yo tengo que hacer lavar mi ropa, doblarla, hacerme de comer... Cierta vez que le estaba lavando las nachas a mi mamá me vino al pensamiento de que mi ex ya tenía pareja, pensé “¿cómo es posible que esta mujer me da la espalda?, no me puso los cuernos, pero me jugo mal, renunció al pacto que teníamos...ella ya tiene un vato y yo aquí lavándole las nachas popocheras a mi mamá y ¿cuándo voy a poder rehacer mi vida? ... me cuesta mucho trabajo bañarla.*

**4:173 ¶ 88 in PRP4** *de los comportamientos que me causan molestia, me da coraje, limpiarle las nachas y como quiera lo hago, aunque siempre le digo que se tallara ella, cuando la baño me da coraje y digo ¡Ay ama, toda tu vida me madreaste y en este punto otro coletazo!, no estaba preparado, esto ni siquiera me pasaba por la cabeza...*

Por el contrario, en el cuidado, puede haber emociones positivas (gratas), un elemento que notorio en una de las participantes fue la lealtad familiar que le debía a su madre en vida y que le indicó que ella debía ser quien acompañara a su hermano, lo pidió como un favor de

madre tal vez, pero esta encomienda ha seguido vigente como una herencia de cuidado, pareciera entonces, que cuida por obedecer a su mamá.

**1:23 ¶ 57 in PLO1.** *Cuidar a mi hermano me posiciona en un lugar diferente... yo ya traía experiencia al cuidar a mi mamá, mi papá y ahora con mi hermano.*

**1:31 ¶ 80 in PLO1.** *fue encargo de mi mamá y yo lo he seguido haciendo... lo hago con gusto...*

En la *dimensión psicológica*, existen rasgos de depresión y ansiedad que aislados pueden parecer solo cambios de humor repentinos, dolores, molestias, llanto, falta de concentración, pero en conjunto y conociendo el trasfondo del cuadro, se logran contextualizar, lo que es llamado Síndrome o colapso del cuidador (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

**3:43 ¶ 155 in PRN3.** *Me pone tensa la situación... me pone triste, a veces lloro, a veces me enojo... no puedo asimilar que mi mamá no pueda moverse libremente o hablar, eso yo creo que es lo que más me preocupa y me pone triste, incluso extraño que ya no puede regañarme... yo aguanto mucho, pero con la situación de mi mamá, redoblo esfuerzos...*

**2:12 ¶ 53 in PGH2.** *No tengo tiempo de descanso para mí, creo que cuando duermo, pero a veces ni duermo por el cansancio o el estrés, pero yo creo que nada más durante la noche de lo que trato de dormir unas 5 o 6 horas; me duermo tarde pensando en lo que debo hacer al día siguiente.*

A su vez, el no contar con sueño y descanso, hace que el cuidador se sienta vulnerable en los niveles de concentración, como lo fue uno de los participantes que ha sufrido varias volcaduras en carretera

**4:187 ¶ 153 in PRP4.** *Ha habido momentos de fatiga y tensión que si me han repercutido en mi trabajo (carretera), han sido varios accidentes los que he tenido en la carretera, sobre todo cuando empecé a cuidar a mi madre... A veces me siento muy cansado... la vez que me voltee en la carretera si me pesó esa vez ...si me pesó... porque también mi trabajo requiere concentración... no solamente manejo sino hay que hacer citas con clientes, hay que hacer ventas, llevar los récords financieros y de millas, explorar proyectos nuevos, a veces ni cómo hacerlo por el factor tiempo...*

Otra situación que emerge de las entrevistas es el estrés postraumático al que puede estar sometido el cuidador familiar

**1:42 ¶ 120 in PLO1...** *lo único es que cuando oigo las sirenas de las ambulancias me da una cierta sensación que no es agradable...*

**1:25 ¶ 62 in PLO1.** *cuando son las crisis, hay momentos en los que recibo la llamada en la madrugada y me tengo que ir rápido, me subo a la ambulancia, nada más pego unos brinconasos tremendos y vámonos, estoy todo el día en alerta*

La ***dimensión espiritual*** es la dimensión en la cual se recurre a Dios o a alguna divinidad, pero también, involucra a congregantes, es decir, dentro del mismo contexto de la congregación religiosa, así como a líderes religiosos, en el caso de los

participantes, hacen referencia a Dios, de alguna u otra manera, solo una de las participantes manifiesta un enojo inmerso en el discurso

**3:35 ¶ 106 in PRN3.** *yo se la entregué a Dios...yo tengo la esperanza de que mi mamá se recupere, hemos escuchado muchas historias, por lo menos que ella pueda valerse por sí misma no le hace que no pueda hablar, con que pueda alimentarse o limpiarse...Estoy aceptando la voluntad de Dios... espero un milagro... he llegado a pensar porque a nosotros... no estoy enojada con Dios, pero trato de evitarlo o en ocasiones solo le grito para descargarme, que El me escuche...*

Las *estrategias de afrontamiento* propiamente dichas minimizan los efectos negativos provocados por el estrés, prevenir enfermedades y servir de apoyo como adaptación a este proceso de declive de la persona mayor, en nuestros participantes, fueron centrados en la emoción y en el problema, además, surge el afrontamiento religioso que pudiera involucrar a ambos, considerando en este caso únicamente las creencias como por ejemplo depositar la confianza o buscar consuelo en Dios (Ramírez-Jiménez, et al; 2022).

**2:38 ¶ 119 in PGH2.** *yo si pienso en lo que pasa, en mi mamá, lo que le puede pasar... pero desde que tuve a mi hijo y cuidado a mi mamá siento que tuve que trabajar en tener paz interior, estar relajada y tomar las cosas buenas, soy una persona muy creyente en Dios, desde en la mañana que me levanto le pido que tome mis cargas y esto me trae paz, siempre saber que Dios tiene el control entonces trato de siempre tener esa mentalidad lo más limpio posible para estar con mi mamá y para estar con mi hijo*

**2:44 ¶ 137 in PGH2.** *Cuando me siento muy cargada solo busco dejar mis problemas en oración, con Dios y sé que eso sí me ayuda...*

**4:174 ¶ 92 in PRP4.** *... Dios me ha preparado para los cambios y aun siendo un contador exitoso ahora verme de chofer para impulsar mi proyecto me ha hecho un hombre que no le teme a nada.*

**4:180 ¶ 110 in PRP4.** *Continuamente he esperado que ocurra un milagro...*

También se han empleado la planificación de solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social como alternativas para solucionar el problema

**1:33 ¶ 85 in PLO1.** *Siempre busco soluciones, opciones...*

**2:43 ¶ 132 in PGH2.** *He hablado con mi esposo de cómo me siento ... mi esposo es una ayuda muy grande porque el me ayuda a ver otros puntos y con mi mamá a veces le digo “mamá estoy preocupada, dos cabezas piensan mejor que una, que le parece que hacer con esto...”*

**4:176 ¶ 97 in PRP4.** *el problema se soluciona así, tengo un dicho y es que, si del cielo te caen limones, aprende a hacer limonada, la vida la he tomado con mucho sentido del humor... tengo que tomar las cosas con cierto humor no me puedo clavar con las cosas con reclamos a mi mamá... ¿para qué me amargo? ¿para qué echo madres?... Ríete ... creo que me he podido adaptar a la situación, dándole un giro positivo y aprendiendo a adaptarme a lo malo, no solo a lo bueno... si me quedaba en lo malo me podía quedar en la depresión... adaptarme significa ver la situación que me tocó y que estoy haciendo para que cambie...*

Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción esta la confrontación, distanciamiento y autocontrol

**1:40 ¶ 109 in PLO1.** *En algún tiempo lo hice, buscarle diferentes especialistas, diversas opiniones, pero ya ahora en este punto, no puedo ser optimista, más bien realista.*

**1:52 ¶ 145 in PLO1.** *“El caso de él es bien inestable, al ser así, yo ya lo tengo en mente, la muerte puede ocurrir en cualquier momento, no se sabe... no hay como un tiempo exacto de vida con el” ...*

**2:42 ¶ 127 in PGH2.** *La verdad si guardo silencios, porque sé que no va a cambiar nada la situación y puedo estresar a mi mamá...*

**4:11 ¶ 49 in PRP4.** *Ya no tengo ninguna cercanía con la persona o el cuerpo en donde está mi mamá, porque hace mucho que la perdí...*

**4:14 ¶ 55 in PRP4.** *Cuando empecé a cuidarla, se me hacía mucho bañarla, cambiarla y luego cuando se hacía popo, pues mi mamá siempre profesionalista como abogada, independiente y verla así, ha sido un proceso... Cierta vez que le estaba lavando las nachas a mi mamá me vino al pensamiento de que mi ex ya tenía pareja, pensé “¿cómo es posible que esta mujer me da la espalda?, no me puso los cuernos, pero me jugo mal, renunció al pacto que teníamos...ella ya tiene un vato y yo aquí lavándole las nachas popocheras a mi mamá y ¿cuándo voy a poder rehacer mi vida? ... me cuesta mucho trabajo bañarla.*

En el siguiente comentario, el participante PRP4 indica que consume alcohol y fuma, pero da una connotación de que el alcohol lo emplea para afrontar la situación de su mamá, la cual le representa un grado de dificultad elevado, sobre todo higienizarla. Hay estudios que comprueban el uso de sustancias para afrontar y tranquilizar sobre todo en personas que presentan un nivel de estrés elevado o estrés postraumático, señalando el uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento negativa (evitativo y enfocado en emociones) (Linage-Rivadeneira & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012; Muñoz-García y Arellanez-Hernández, 2015).

**4:181 ¶ 113 in PRP4.** *Tengo como costumbre para relajarme llegar a casa y tomarme mis cervezas para relajarme, algunos amigos me han dicho que soy alcohólico ...creo que lo hago para tener valor para higienizar a mi mamá...si fumo...*

Con respecto a las **prácticas de autocuidado**, se observan en estos cuatro participantes que existen limitantes para compatibilizar el cuidado con prácticas de autocuidado, como lo son los hábitos de higiene y cuidado personal, ejercicio físico o alguna actividad física, acciones personales de revisión, descanso, horarios para preparar y consumir alimentos o bien, tener algún pasatiempo.

**1:3 ¶ 15 in PLO1.** *Trato de acudir a mis citas con regularidad, pero debo revisar las citas de mi hermano para que no se me empalmen con las citas o hemodiálisis de él; voy al gimnasio, mi alimentación es buena, en general siempre me he tratado de cuidar...*

Esta participante PLO1 lleva 15 años cuidando a su hermano, por lo tanto, está un tanto enrutada en lo que implica cuidar, de cierta manera hay una administración personal teniendo en cuenta las citas de su hermano para que no se empalmen con las personales.

**1:8 ¶ 23 in PLO1.** *No tengo el control de cuanto descanso...*

**1:21 ¶ 53 in PLO1.** *Me baño, me cambio, casi no uso maquillaje.*

En el caso de la participante PGH2, ella se encuentra desplazada a otro lugar en donde primero se ubica su mamá- hijo- esposo y hasta entonces se ubica ella, tratando de satisfacer las necesidades de los demás, antes que las propias, incluyendo su salud física.

**2:6 ¶ 33 in PGH2.** *Siento que no es mi prioridad estar revisándome físicamente o médicamente*

**2:7 ¶ 39 in PGH2.** *No practico ejercicio*

**2:8 ¶ 41 in PGH2.** *He descuidado mucho mi persona, este es un tema, porque cuando estoy con mi mamá a veces se me olvida sacar carne o pollo para descongelar, me acuerdo ya casi cuando voy llegando a la casa por la tarde más o menos 4pm, o en la mañana si me acuerdo, pero ya pasa el tiempo y ni me acuerdo, a veces me llevo la comida para hacerla allá; la alimentación la considero de mala a regular si estoy en mi casa, si estoy con mi mamá como solo una vez al día.*

**2:28 ¶ 86 in PGH2.** *Yo creo que solo me quito la pijama para ir a casa de mi mamá y me la vuelvo a poner en la noche, a veces ni me baño*

**2:45 ¶ 139 in PGH2.** *No consumo vitaminas*

**2:49 ¶ 156 in PGH2.** *No tengo tiempo para preparar y consumir alimentos,*

**2:51 ¶ 162 in PGH2.** *siento que no soy mi prioridad.*

En el caso de la participante PRN3, el hecho de que su diagnóstico médico personal sea esclerosis, le hace consciente de que necesita revisiones médicas periódicas y estar con polifarmacia, pero aun y cuando esta esté diagnóstico personal, puede llegar a dar prioridad al diagnóstico médico de su mamá, de igual manera aunque sabe y es consciente de que su alimentación es importante, en la vida cotidiana, se vuelve secundaria; ella refiere que en ocasiones no se baña los fines de semana, puede ser porque es consciente de que no saldrá de casa.

**3:5 ¶ 20 in PRN3.** *no acudo a revisiones médicas, sólo cuando me supuran las úlceras en los tobillos, sé que debo acudir porque duele, pero mira, por ahora tengo tratamiento y a ver qué pasa.*

**3:6 ¶ 23 in PRN3.** *Mi alimentación Es muy mala, ando malcomida.*

**3:10 ¶ 37 in PRN3.** *No, tiempo de descanso, yo creo que solo mientras duermo...*

**3:16 ¶ 53 in PRN3.** *No practico ejercicio, quiero meterme a tenis, pero no tengo tiempo...*

**3:22 ¶ 65 in PRN3.** *Me cambio una vez para ir a trabajar, regreso y me quedo con la misma ropa, si me baño por las mañanas, el fin de semana, a veces no me baño...*

En el caso del participante PRP4, prácticamente tiene oportunidad de dedicarse tiempo a si mismo cuando anda trabajando, lo cual tampoco es en condiciones placenteras, y el comparte que es en ocasiones y cuando hay oportunidad, lo cual no es una condición de ejercicio periódico o alimentación saludable, en cuanto a sueño, el tiempo que él trabaja es

monitoreado por los agentes de vialidad, permitiendo un cierto número de horas como trayecto en carretera y otro de descanso, esto cuando viaja a los Estados Unidos, pero al momento de permanecer en México, esta rigurosidad de cuidado para el conductor de tráileres no existe.

**4:4 ¶ 27 in PRP4.** *la frecuencia de las revisiones médicas...Que es eso? Risas... no ni chanza...*

**4:5 ¶ 29 in PRP4.** *Cuando estoy en la carretera tengo oportunidad de llegar a estaciones que me proporcionan regaderas gimnasios albercas y ahí es donde yo puedo correr, nadar, bañarme, asearme, descansar un rato; esto lo hago 3 o 4 veces a la semana, los días que tengo viajes y que puedo acomodar el horario.*

**4:6 ¶ 31 in PRP4.** *mi alimentación no es buena... depende...porque a veces no me queda tiempo y me hecho rápido algo ... la coca cola no me puede faltar...Me preocupa mi salud porque tomo mucha coca cola y no puedo ir al baño constantemente, entonces sé que debo cuidar mis riñones.*

**4:15 ¶ 59 in PRP4.** *No tengo pasatiempos ya*

**4:164 ¶ 69 in PRP4.** *Me baño, me cambio a veces una vez a veces ninguna, ha habido días que cierro negocios en pijama y vienen a la casa...*

**4:183 ¶ 127 in PRP4.** *No logro preparar los alimentos saludables, me alimento lo más rápido en la carretera, como bien cuando voy a casa y la Sra. que cuida a mi mamá cocina...*

## Capítulo VI. Discusión y conclusiones

El tema de cuidado es un tema que cuenta con particularidades a discutir, entre ellos destaca la cercanía con la persona a cuidar, el tiempo que se tiene cuidando, la geolocalización, características emocionales, nivel de compromiso, valores inculcados en casa, la red de apoyo del cuidador, número de días y horas dedicadas al cuidado, las actividades adicionales del cuidador, los recursos médicos con los que se cuenten, los recursos financieros, el nivel de dependencia de la persona receptora de cuidados y su condición médica, por lo tanto, cada caso podría pensarse tiene particularidades, por ejemplo, los cuidadores más jóvenes presentan niveles más altos de carga que los cuidadores mayores, logrando equilibrio entre sus actividades y el cuidado (Camacho-Estrada & Hinostrosa-Arvizu, 2010; Casado-Mejía y Ruiz-Arias, 2013; Hurtado-Vega, 2021; Jordán-Bolaños, et al, 2021).

Una cuestión general se puede considerar que la mayoría de los cuidadores en algún momento llegan a repudiar o a experimentar sentimientos y emocionalidad negativa, habiendo culpa, enojo y tristeza (Balladares, et al, 2021; Navarro-Abal, et al, 2019; Salcedo-Gómez, et al, 2022; Zarit, Todd, & Zarit, 1986).

En México, sigue existiendo otro factor común y es el familismo esperándose del núcleo cercano de la persona mayor sean los responsables del cuidado (García-Guzmán, 2019), situación que desde el gobierno se tendría que resolver, promoviéndose un censo de personas mayores en condición de dependencia para lograr beneficiar incluso financieramente a las personas cuidadoras, pues observamos los gastos que implican y que muchas veces no están contemplados.

La dimensión familiar de los cuidadores familiares se ve afectada por rivalidades entre los mismos, exigencias o demandas hacia el cuidador por parte del mismo sistema familiar, existe poca disponibilidad para remplazar al cuidador para que tenga descanso, recreación o momentos de ocio, durante el horario nocturno o fines de semana, existe poca disponibilidad de otros familiares para sustituir, este supuesto se confirma, ya que existe una rutina establecida que la mayoría de los miembros del sistema familiar siguen y que no se modifica a pesar de las necesidades del mismo cuidador (Roger-García, 2010), también son observables los conflictos o distanciamiento por algunos de los miembros del sistema familiar al que pertenece la persona mayor en condición de dependencia; en caso de que el cuidador sea remplazado para acudir por algún medicamento o algún insumo necesario para el cuidado, existen familiares que presionan al cuidador para hacerlo de manera rápida, y se confirma que pueden existir reclamos en caso de rebasar el tiempo previsto, cuando la participante PRN3 nos compartió sobre estas demandas del contexto familiar al que pertenece la persona mayor, nos indica que los miembros de la familia no tienen nociones de la agenda que pueda tener en este caso ella como cuidadora.

Se confirma que el cuidado es realizado en su mayoría por mujeres, en su mayoría hijas, la demanda es mayor quienes no cuentan con ocupaciones laborales formales, tal es el caso de personas jubiladas, solteras, estudiantes o bien que tienen un trabajo que no le ofrece más allá del salario mínimo, en las entrevistas realizadas PGH2 y PLO1 no trabajan, PRN3 es ingeniera industrial y es la responsable de los gastos; el único hombre fue PRP4 trabaja por su propia cuenta, coincide con los estudios de Estrada-Fernández (2020), sin embargo, en este caso, solo había una participante en donde sus hermanos estaban uno en condición migratoria que le impedía trabajar y otro de sus hermanos que estaba próximo a su boda, aquí

no aplicó el supuesto que el adulto mayor en condición de dependencia puede justificar a otros miembros de la familia por la no atención, sobretodo de los hijos varones, pues de su hija cuidadora PGH2 obtenía toda la atención que necesitaba. Generalmente las participantes son mujeres, hijas, aunque en el caso de PLO1 es hermana y efectivamente existe una condicionante para cuidar y es que al no tener trabajo formal, se considera en el núcleo familiar como la persona viable para quedarse con la persona en condición de dependencia.

Ciertamente, los hombres que cuidan son la minoría, ya que generalmente se atribuye esta actividad a las mujeres por herencia cultural (Jiménez-Ruiz & Moya-Nicolás , 2020).

Con respecto al tema de la responsabilidad para elegir libremente o voluntariamente el cuidado de la persona mayor, en ocasiones es por imposición ya sea por la persona mayor o bien, del sistema familiar, o como en el caso de la participante PLO1 que fue una herencia materna, coincide con lo que menciona Batthyány-Dighiero (2015) que algunas mujeres pueden vivir con el rol de cuidado impuesto únicamente por ser mujeres y en este caso, la mas chica de los 12 hijos.

Dentro del tema de los cuidados pueden entrar en conflicto las lealtades familiares hacia su familia de origen y la constituida a voluntad. Se confirma que existen casos donde las familias se dividen por no querer hacerse cargo de la persona dependiente y familias que durante su tiempo de no dependencia se establecen vínculos y ya en la condición de dependencia se vuelve un acto de reciprocidad proporcionar atención y brindar cuidados (Canga et al., 2011), en el caso de la participante PLO1 fue una imposición o encomienda de su mamá cuando aún vivía, considerándose como una herencia (Robles-Silva y Rosas-García, 2014).

Además, se puede observar problemas de pareja para la cuidadora por la inversión de tiempo, considerando la separación o divorcio, aunque este tema puede ser aplicable para ambos sexos (Esquivel-Garzón et al, 2021), ejemplo claro son los participantes PGH2 quien ha tenido problemas con su esposo porque la casa esta desordenada, no hay comida lista o porque demanda de la presencia de ella en la casa simplemente y PRP4 quien en los estadios primarios de demencia de su madre tuvo problemas con su esposa, por quererla ingresar a un centro de día.

Es notorio el alejamiento de la persona cuidadora en la dimensión social ya sea de sus rutinas de ocio o diversión, no pueden tomar un periodo vacacional porque no existe quien les reemplace en el cuidado, el cuidador no tendrá oportunidad para salir con amigos o vecinos, o bien, asistir a reuniones por periodos largos, se le complica recibir visitas y estructura una rutina diaria para cubrir todas las necesidades de la persona mayor dependiente incluyendo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), con las entrevistas realizadas, se confirma dicho supuesto, en las cuatro entrevistas se observa un distanciamiento de las actividades recreativas, también se observa, que no logran consolidar las visitas con sus círculos cercanos de amigos, o inclusive como el caso del PRP4 que no logra consolidar una relación de pareja (Escuredo-Rodríguez, 2007; Manso-Martínez et al., 2013; Rogero-García, 2010).

Con respecto al tema económico, se desecha el supuesto que indica que los cuidadores son de nivel socioeconómico medio - medio bajo, viven en el mismo domicilio de la persona dependiente, invierten de 3 a 5 horas en el transporte, con posibilidades de renunciar de su trabajo o bien, solicitar su jubilación anticipada con tal de tener más tiempo para cumplir las demandas de su hogar, de sus hijos en caso de tenerlos, el mismo cuidado para la persona

dependiente; las participantes de esta investigación, gozan de un estatus económico medio-medio alto, a excepción del hombre PRP4, quien perdió el trabajo y acaba de iniciar su negocio como transportista, y justamente, solo él es quien se llevó a su mamá a vivir con él, ninguno de ellos debe trasladarse a otra ciudad o hacer recorridos de grande distancia y solo la cuidadora PGH2 es madre de un niño de dos años pero ella ha postergado su entrada al ámbito laboral; PRP4 ve a sus hijos cada fin de semana, pero en el caso de él, es complicado compatibilizar el descanso, la visita de los hijos y el cuidado de su madre.

Se confirma que la salud física de los cuidadores familiares queda en segundo plano, se vuelve un paciente invisible a la sombra del adulto mayor y a medida que avanza el tiempo, la salud de la persona cuidadora se va deteriorando, existen riesgos mayores con predisposición crónico-degenerativa o que están diagnosticados con alguna discapacidad y utilizan algún apoyo adicional, lesiones musculoesqueléticas, dolor de cuello y espalda o tensión muscular limitando su movilidad y destreza, cabe destacar que entre los cuidadores son frecuentes las alteraciones gastrointestinales, debilitamiento del sistema inmunológico.

También se confirma que las consecuencias del cuidado les llevan a presentar cambios en los ciclos de sueño, manifestándose el insomnio, taquicardia, opresión precordial, disnea, náusea, sudoración, sofocamiento, parestesias, temblores, tics nerviosos, insomnio, cefaleas, temblor de manos, y pinchazos en el pecho, aumento de la presión arterial y se alteran otros elementos físicos como el colesterol, la glucemia o el ácido úrico, así como repercusiones de tipo sexual, como la anhedonia, disminución del apetito lo que lleva a subir o bajar de peso, ocasionando como consecuencia una predisposición al uso de fármacos automedicados, drogas o alcohol, elevándose con mayor facilidad el riesgo de muerte.

Se incluye el factor de sueño como un elemento que no permite que se tengan los ciclos corporales completos, lo que expone al cuidador a vivir una situación de tensión permanente

A su vez, el no contar con sueño y descanso, hace que el cuidador se sienta vulnerable en los niveles de concentración, como lo fue uno de los participantes que ha sufrido varias volcaduras en carretera. En el siguiente comentario, el participante PRP4 indica que consume alcohol y fuma, pero da una connotación de que el alcohol lo emplea para afrontar la situación de su mamá, la cual le representa un grado de dificultad elevado, sobre todo higienizarla. Hay estudios que comprueban el uso de sustancias para afrontar y tranquilizar sobre todo en personas que presentan un nivel de estrés elevado o estrés postraumático, señalando el uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento negativa (evitativo y enfocado en emociones) (Linage-Rivadeneira & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012; Muñoz-García y Arellanez-Hernández, 2015).

**4:181 ¶ 113 in PRP4.** *Tengo como costumbre para relajarme llegar a casa y tomarme mis cervezas para relajarme, algunos amigos me han dicho que soy alcohólico ...creo que lo hago para tener valor para higienizar a mi mamá...si fumo...*

Se confirma que las manifestaciones de carga en la dimensión emocional se manifiesta en cambios repentinos de humor, angustia, estrés, el cuidador experimenta, así como un cúmulo de emociones tales como pena, culpa, enojo, rabia, irritabilidad, vergüenza, miedo, inseguridad, frustración y resentimiento.

También se confirma que las manifestaciones en la dimensión psicológica, son rasgos de depresión y ansiedad que aislados pueden parecer solo cambios de humor repentinos y/o llanto, pero en conjunto y conociendo el trasfondo del cuadro, se logran contextualizar, lo que es llamado Colapso del cuidador, caracterizándolo en mayor proporción con síntomas depresivos existiendo a su vez episodios de ansiedad caracterizados por la preocupación excesiva, irritabilidad, impaciencia, pérdida de control sobre la situación, manifestación de tristeza, desesperanza, depresión, pesimismo, pensamientos catastróficos dirigidos hacia la muerte, inatención, así como pérdida de control sobre la situación de cuidado, y la condición se agrava si existe la cohabitación por la repercusión al tiempo empleado para la constante revisión de la persona mayor, se suscitan sentimientos de impotencia e indefensión que el cuidador experimenta.

Y es poco común que tengan efectos positivos al cuidar, mayormente las labores de cuidado provocan efectos negativos, desarrollando la condición del síndrome de sobrecarga del cuidador por la acumulación de síntomas, de modo que las labores de cuidado en adición a las propias actividades y roles que se realizan por los cuidadores representa una carga a nivel objetivo y subjetivo.

En la dimensión emocional, los participantes refieren sentir emociones conocidas como negativas (no gratas), la emocionalidad negativa puede estar dirigida hacia el cuidado mismo o hacia alguna actividad, al observar el deterioro y la dependencia que puede tener una persona cercana (familiar), la relación que se tenga con la persona mayor, el cansancio experimentado, el tiempo de cuidado invertido, o bien, las demandas de cuidado que están en función de la persona mayor, por el contrario, en el cuidado, puede haber emociones positivas (gratas), un elemento que notorio en una de las participantes fue la lealtad familiar

que le debía a su madre en vida y que le indicó que ella debía ser quien acompañara a su hermano, lo pidió como un favor de madre tal vez, pero esta encomienda ha seguido vigente como una herencia de cuidado, pareciera entonces, que cuida por obedecer a su mamá.

Al menos en esta investigación, los cuatro participantes pueden observarse con carga, independientemente de su sexo, sin embargo, se confirma que el cuidado causa repercusiones multidimensionales afectando todas las esferas de su vida, observándose dolor frecuente, hábitos de menos calidad, se observa una reducción en los tiempos de ejercicio, tiempos de sueño y descanso, para comer saludablemente afectando su vida con problemas de salud en general.

El cuidado indiscutiblemente será un elemento que demande de la persona, en el caso de los hijos únicos y sobre todo hombres puede ser una línea de investigación pues debido a la postergación de la maternidad, o en donde inclusive no hay interés por ser padre o madre, quedará una brecha en los ámbitos familiares.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento estarán presentes dependiendo de los estresores o circunstancias permitiendo sobrellevar la situación y protegiéndoles en cierta manera, destacan la religión-espiritualidad, solución de conflictos, búsqueda de apoyo y evitación emocional, pueden ser herramientas que favorecen y que a su vez permiten desarrollar elementos resilientes, también se han empleado la planificación de solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social como alternativas para solucionar el problema; dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción esta la confrontación, distanciamiento y autocontrol.

En el caso de PRP4, el consumo de alcohol o alguna sustancia puede darse en el ámbito de los cuidados como una manera de afrontamiento para evadir o escapar de la realidad y de esta manera afrontar la situación de su mamá, la cual le representa un grado de dificultad elevado, sobre todo higienizarla. Hay estudios que comprueban el uso de sustancias para afrontar y tranquilizar sobre todo en personas que presentan un nivel de estrés elevado o estrés postraumático, señalando el uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento negativa (evitativo y enfocado en emociones) (Linage-Rivadeneira & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012; Muñoz-García y Arellanez-Hernández, 2015).

Se desecha que el cuidador tenga prácticas de autocuidado, puede eventualmente hacer oración o desconectarse por breves periodos de tiempo solo cuando esta alejado de la persona adulta mayor en condición de dependencia, sólo de esta manera se puede tener un momento de quietud.

Con respecto a las prácticas de autocuidado, se observan en estos cuatro participantes que existen limitantes para compatibilizar el cuidado con prácticas de autocuidado, como lo son los hábitos de higiene y cuidado personal, ejercicio físico o alguna actividad física, acciones personales de revisión, descanso, horarios para preparar y consumir alimentos o bien, tener algún pasatiempo.

Esta participante PLO1 lleva 15 años cuidando a su hermano, por lo tanto, está un tanto enrutada en lo que implica cuidar, de cierta manera hay una administración personal teniendo en cuenta las citas de su hermano para que no se empalmen con las personales, en el caso de la participante PGH2, ella se encuentra desplazada a otro lugar en donde primero se ubica su mamá- hijo- esposo y hasta entonces se ubica ella, tratando de satisfacer las

necesidades de los demás, antes que las propias, incluyendo su salud física, en el caso de la participante PRN3, el hecho de que su diagnóstico médico personal sea esclerosis, le hace consciente de que necesita revisiones médicas periódicas y estar con polifarmacia, pero aun y cuando esta esté diagnóstico personal, puede llegar a dar prioridad al diagnóstico médico de su mamá, de igual manera aunque sabe y es consciente de que su alimentación es importante, en la vida cotidiana, se vuelve secundaria; ella refiere que en ocasiones no se baña los fines de semana, puede ser porque es consciente de que no saldrá de casa; finalmente el caso del participante PRP4, prácticamente tiene oportunidad de dedicarse tiempo a si mismo cuando anda trabajando, lo cual tampoco es en condiciones placenteras, y el comparte que es en ocasiones y cuando hay oportunidad, lo cual no es una condición de ejercicio periódico o alimentación saludable, en cuanto a sueño, el tiempo que él trabaja es monitoreado por los agentes de vialidad, permitiendo un cierto número de horas como trayecto en carretera y otro de descanso, esto cuando viaja a los Estados Unidos, pero al momento de permanecer en México, esta rigurosidad de cuidado para el conductor de tráileres no existe.

En el caso de PGH2, aprovecha mientras su mamá esta dormida para realizar otras actividades que demandan atención y cuidado, incluyendo jugar con su bebé, pero no es tiempo de descanso.

Se confirma que en lo que concierne a los cuidadores que tienen problemas de salud física y no realizan prácticas de autocuidado, manifiestan dificultad para gestionar cambios en su vida de manera satisfactoria, para establecer límites con los miembros del sistema familiar o bien, con la misma persona mayor de manera que las imposiciones o demandas crecen, para solicitar ayuda a terceras personas, y la opción de verse a si mismos en su

realidad comienza a distanciarse de su meta ideal, va en aumento la predisposición a centrar su vista en la persona mayor y olvidarse de sus necesidades, la concentración puede disminuir, comienzan cambios de humor repentinos, dificultad para la concentración, el sentimiento de impotencia comienza a crecer, de manera que reduce su sentido de vida.

Las respuestas del participante PRP4 el sabe que consume Coca-Cola y que esto daña sus riñones, pero no logra incorporar el agua natural, debido a que en ocasiones se encuentra en la carretera y debe estar alerta, o bien, para la alimentación no se ha administrado para realizar comidas en casa, asimismo, sus planes personales para vivir en pareja se encuentran cada vez más distantes.

Los límites en el caso de la participante PGH2 no existen pues pensaría que ella es quien debe saber que tan bien se encuentra su mamá, en una especie de control de la situación; ya en párrafos anteriores se mencionó que ella misma se encuentra despersonalizada y que todas las personas que le rodean son más importantes que ella misma.

Como se puede observar a lo largo de los relatos de las entrevistas, las dimensiones apuntan a los sentimientos y emocionalidad negativa, a partir de esta investigación se pueden observar varias líneas de investigación, concluyendo que este tema es importante pues los cuidadores acuden a los servicios de salud solicitando algún servicio médico y únicamente se atiende el síntoma, pero no el cuadro completo, se considera importante, el apoyo psicológico, terapeuta físico, médico, neurológico y psiquiátrico, pues desde el punto de vista de la psicología de la salud, se propone armar equipos multidisciplinarios que atiendan en conjunto a los cuidadores, permitiéndoles ser visibles como paciente presente.

## Referencias bibliográficas

- Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto Nacional de Geriátrica. (2015). Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En V. Mendoza-Núñez, & M. Martínez-Maldonado, *Envejecimiento y Salud: Una propuesta para un plan de acción* (págs. 261-277). México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. Obtenido de [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento\\_y\\_salud\\_3a\\_edicion.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf)
- Agencia EFE Madrid. (21 de Octubre de 2015). Uno de cada 5 mayores de 65 años necesita ayuda para asearse, vestirse o comer. *Heraldo*. Obtenido de <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2015/10/21/uno-de-cada-5-mayores-de-65-anos-necesita-ayuda-para-asearse-vestirse-o-comer-283111.html>
- Aguilar-Pérez, M., & Toledo-González, M. (2019). Cuidado no remunerado y envejecimiento: un análisis sobre los arreglos domésticos y la reproducción social en Tlaxcala. *Tla-melaua*, 13(46), 170-189. doi:<https://doi.org/10.32399/rtla.0.46.508>
- Alfaro-Ramírez del Castillo, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-496. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745523005.pdf>
- Araya-Gutiérrez, A. (2012). *Autocuidado de la salud*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtenido de [http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado\\_salud.pdf](http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf)
- Arce, M. (2015). Crecimiento y desarrollo infantil temprano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 574-578. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000300023&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300023&lng=es&tlng=es)

- ATLAS.ti. (2023). Obtenido de <https://atlasti.com/es/guias/guia-investigacion-cualitativa-parte-2/analisis-de-datos-cualitativos>
- Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Coli-Acevedo, J., Molina-Garzón, M., Catalán, L., . . . Alvarez, M. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3). doi:<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue1-fulltext-2397>
- Barragán-Estrada, A., & Morales-Martínez, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103-118. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614006>
- Batthyány-Dighiero, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en America Latina*. CEPAL. Chile: División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Benavides, M.-O., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=es&tlng=es)
- Bevans, M., & Sternberg, E. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, 307(4), 398–403. doi:10.1001/jama.2012.29
- Bisquerra-Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis S.A. Obtenido de <https://sonria.com/wp-content/uploads/2020/03/Psicopedagogia-emociones-Bisquerra.pdf>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2(1), 53-81. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171018074008.pdf>
- Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., De-la-Cruz-Morales, F., & Sangerman-Jarquín, D. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603-1617. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/remexca/v8n7/2007-0934-remexca-8-07-1603.pdf>

- Camacho-Estrada, L., & Hinostrosa-Arvizu, G. (2010). Camacho Estrada, Lilian, Hinostrosa Arvizu, Gladys Yokebed, Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000400006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006)
- Canga , A., Vivar, C., & Naval , C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 463-469. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012>
- Canga- Armayor, A. (2010). Cuidadores familiares: ¿quién cuida de ellos? *Gerokomos*, 21(3), 94-95. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000300001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300001&lng=es&nrm=iso)
- Casado-Mejía , R., & Ruiz-Arias , E. (2013). Estrategias de atención familiar a personas mayores dependientes. *Índice de enfermería* , 22(3), 142-146. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200006>
- Cohen, C., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.561>
- CONAPO. (2019). *Colección. Proyecciones de la población de México y las entidades federativas 2016 - 2050 Chihuahua*. México: CONAPO.
- Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y Fundación Instituto Gerontológico Matia. (2011). “*Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco*”. País Vasco: Gobierno Vasco. Obtenido de [https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/1\\_0.pdf](https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/1_0.pdf)
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34. doi:<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>
- Corona-Lisboa, J. (2016). Apuntes sobre métodos de investigación. *MediSur*, 14(1), 81-83. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000100016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100016&lng=es&tlng=es).

- Corona-Lisboa, J. (2018). Investigación cualitativa: Fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. *Vivat Academia*, 144(1), 69-76. doi:doi.org/10.15178/va.2018.144.69-76
- Dávila-Newman, G. (2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Laurus*, 12, 180-205. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76109911>
- Escalona-Pérez, B., & Ruiz-Martínez, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38-46. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/1339/133947583005/html/>
- Escobari-Cardozo, M. (ESCOBARI CARDOZO, Martha Virginia. El lugar que ocupan los hijos en la familia y el liderazgo. Revista de Psicología [online]. 2017, n.17 [citado 2023-09-24], pp.51-82. Disponible en: < de 2017). El lugar que ocupan los hijos en la familia y el liderazgo. *Revista de Psicología* , 1(17), 51-82. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322017000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322017000100005&lng=es&nrm=iso)
- Espinoza, A. (2014). Interpretación pragmática de los Sistemas de Creencias en Hume y Peirce. *Cinta de Moebio*, 50(1), 101-110. doi:doi: 10.4067/S0717-554X2014000200006
- Esquivel-Garzón, N., Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2021). Rol del cuidador familiar novel de adultos en situación de dependencia: Scoping Review. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1368. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1368>
- Estrada-Fernández, M. (2020). *Cuidadores informales: una aproximación multidisciplinar a su perfil y necesidades*. Zaragoza: Universidad Zaragoza. Obtenido de <http://zagan.unizar.es/collection/Tesis>
- Fengler, A., & Goodrich, N. (1979). Wives of Elderly Disabled Men: The Hidden Patients. *The gerontologist*, 19(2), 175–183. doi:<https://doi.org/10.1093/geront/19.2.175>
- Fernández , M., & Herrera , M. (2016). Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *Psyche*, 25(1), 1-14. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282016000100002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282016000100002)

- Fernández, M., & Herrera, M. (2016). Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *Psykhe*, 25(1), 1-14. doi:<http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.1.710>
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Intervención Psicosocial*, 10(3), 277-284. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268003.pdf>
- Fernández-Lansac, V., & Crespo L., M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100002)
- Forni, P., & Grande, P. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista mexicana de sociología*, 82(1), 159-189. doi:<https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064>
- Fraenkel, J., Wallen, N., & Hyun, H. (2012). *How to design and evaluate research in education* (8th ed.). New York: McGraw-Hill. Obtenido de <https://archive.org/details/HowToDesignAndEvaluateResearchInEducation8thEd>
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3(1). doi: <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>
- Gallego-Henao, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 326-345. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017.pdf>
- García-Guillamón, G., Bernabeu-Mora, R., Montilla-Herrador, J., Seva-Llor, A., Gacto-Sánchez, M., & García-Vidal, J. (2018). Ansiedad entre cuidadores de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tras el alta hospitalaria. *Enfermería Global*, 17(49), 164-184. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.280741>
- García-Guzmán, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(2), 237-267. doi: <https://doi.org/10.24201/edu.v34i2.1811>
- García-Guzmán, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(2), 237-267. doi:<https://doi.org/10.24201/edu.v34i2.1811>

- García-Valdez, M., Sánchez-González, D., & Román-Pérez, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(1), 101-128. doi:<https://doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>
- Gobierno de México. (2016). Obtenido de <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero?idiom=es#:~:text=El%20E2%80%9Csexo%20E2%80%9D%20se%20refiere%20a%20las%20caracter%20ADsticas%20biol%C3%B3gicas,relaciones%20entre%20mujeres%20y%20hombres%20ni%C3%93>
- González-Benítez, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 270-276. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300010)
- González-García, L., Gómez-González, C., Chemello, C., Cubiles-de la Vega, M.-D., Santos-Lozano, J., & Ortega-Calvo, M. (2014). Triangulación de un estudio cualitativo mediante regresión logística. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 80-84. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100017>
- González-Rodríguez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia. Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index de Enfermería*, 26(3), 170-174. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&tlng=es)
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272010000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000100009)
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: McGraw Hill Education. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hurtado-Vega, J. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1), S/N. doi:<https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>

- Ibáñez, C. M. (2020). Sobre el uso de los conceptos de ciclo de vida e historia de vida en ecología y evolución. *Gayana (Concepción)*, 84(2), 93-100. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-65382020000200093>
- IMSS. (30 de enero de 2020). *La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de personas mayores dependientes*. Obtenido de Instituto Nacional de las personas adultas mayores: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>
- INEGI. (2020). *Censo de Población y vivienda*. Gobierno de México.
- INEGI. (2020). *Presentación de resultados Censo de Población y vivienda*. México: INEGI.
- INEGI. (2023). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de evaluación cognitiva 2021*. México: Gobierno de México. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf)
- INGER. (Junio de 2014). *Instituto Nacional de Geriátría*. Obtenido de [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/19/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad\\_IV/PSM\\_Lectura\\_Manual\\_El\\_cuidado\\_del\\_cuidador.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_IV/PSM_Lectura_Manual_El_cuidado_del_cuidador.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Detección y Manejo del Colapso del Cuidador*. México: Coordinación Técnica de Excelencia Clínica / Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GRR.pdf>
- Izaguirre - Bordelois , M., Adum - Lípari, M., & German - Cordero, B. (2021). Agotamiento psicológico en cuidadores de personas con discapacidad. *MEDISAN*, 25(6), 1309-1323. Obtenido de <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3800>
- Jiménez-Ruiz, I., & Moya-Nicolás , M. (2020). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 17(49), 420-447. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>
- Jordán-Bolaños , A., Zavala-Plaza , M., Bedoya-Vaca , P., Rodríguez-Chicaiza, C., & Barreno-Sánchez, S. (2021). Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes. *Revista Información Científica*, 100(5), e3463.

Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332021000500006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000500006)

- Jordán-Bolaños, A., Zavala-Plaza, M., Bedoya-Vaca, P., Rodríguez-Chicaiza, C., & Barreno-Sánchez, S. (2021). Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes. *Revista Información Científica*, *100*(5), e3463. Obtenido de <https://revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3463/4884#:~:text=La%20mayor%20parte%20de%20cuidadores,por%20dem%C3%A1s%20una%20sobrecarga%20intensa>.
- Kaschowitz, J., & Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social, science & medicine*, *173*(1), 72 - 80. doi:10.1016/j.socscimed.2016.11.036
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of advanced nursing*, *68*(4), 846–855. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>
- Kor, P. P., Chou, K. L., Zarit, S. H., Gallagher, D., Galante, J., Wong, S. Y., . . . Chu, L.-W. (2023). Sequential multiple assignment randomised controlled trial protocol for developing an adaptive intervention to improve depressive symptoms among family caregivers of people with dementia. *BMJ Open*, *13*(9), e072410. doi:doi:0.1136/bmjopen-2023-072410
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. (M. Zaplana, Trad.) Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R., Averill, J., & Opton, E. (1970). Toward a cognitive theory of emotion. En M. Arnold, *Feelings and emotions: The Loyola Symposium* (págs. 207-232). Nueva York: Academic Press. Obtenido de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aupFBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=M.+B.+Arnold+\(Ed.\),+Feelings+and+emotions:&ots=m5eesACHH8&sig=mGJvPAgWJDR5IPt2qRqkoZASLIQ#v=onepage&q=M.%20B.%20Arnold%20\(Ed.\)%20%20Feelings%20and%20emotions%3A&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aupFBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=M.+B.+Arnold+(Ed.),+Feelings+and+emotions:&ots=m5eesACHH8&sig=mGJvPAgWJDR5IPt2qRqkoZASLIQ#v=onepage&q=M.%20B.%20Arnold%20(Ed.)%20%20Feelings%20and%20emotions%3A&f=false)
- Li, Q., & Loke, A. (2013). The positive aspects of caregiving for cancer patients: a critical review of the literature and directions for future research. *Psycho-oncology*, *22*(11), 2399-2407. doi:doi: 10.1002/pon.3311

- Linage-Rivadeneira, M., & Lucio-Gómez-Maqueo, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of behavior, health & social issues*, 4(1), 55-66. doi:<https://doi.org/10.5460/jbhsi.v4.1.32971>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- López- Gil, M., Orueta-Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Carmona-de-la-Morena, J., & Alonso-Moreno, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&nrm=iso)
- López-Araque, A., Linares-Abad, M., & López-Medina, M. (2015). Percepción de síntomas en primigestas con embarazo en vías de prolongación. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 35-39. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100008>
- Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.001>
- Lowenthal, M. F., Berkman, P. I., & Asoc. (1967). *Aging and Mental Disorder in San Francisco*. Jossey-Bass.
- Mace, N., & Rabins, P. (2011). *Cuando el día tiene 36 horas* (Cuarta ed.). México: Pax.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md Med*, 14(1), 56-61. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>
- Márquez-Fernández, G. (2021). El cuidador del adulto mayor en la familia cubana semiurbana. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 1-24. doi:[doi.org/10.46377/dilemas.v8i2.2534](https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i2.2534)
- Martínez, M. (2007). *La investigación cualitativa etnográfica en educación; Manual teórico - práctico* (3era. ed.). México: Trillas. Obtenido de [https://www.academia.edu/33357131/La\\_investigaci%C3%B3n\\_cualitativa\\_etnogr%C3%A1fica\\_martinez\\_pdf](https://www.academia.edu/33357131/La_investigaci%C3%B3n_cualitativa_etnogr%C3%A1fica_martinez_pdf)

- Mesquita, A., Costa-Valcanti, A., Neves-Barreto, M., Alves-Nogueira, D., De-Souza-Terra, F., & De-Cássia-Lopes-Chaves, É. (2014). El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index Enferm*, 23(4), 219-223. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>
- Mesquita, A., Valcanti-Avelino, C., Barreto, M., Alves-Nogueira, D., de-Souza-Terra, F., & Lopes-Chaves, É. (2014). El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 219-223. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Libro Blanco : Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO). Obtenido de [https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia\\_01,0.pdf](https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf)
- Monje-Álvarez, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Colombia: Universidad Surcolombiana. Obtenido de <https://rua.uas.edu.mx/portal/recursos/ficha/2011/metodologia-de-la-investigacion-cuantitativa-y-cualitativa-guia-didactica>
- Moos, R., & Schaefer, J. (1983). *Coping resources and processes: current concepts and measures Theoretical and clinical aspects* (2da ed.). New York: NY: Free Press.
- Moreno-Santillán, A., Celis-González, C., Posadas-Nava, A., Martínez-Adame, L., & Villafán-Cedeño, L. (2018). Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecología y obstetricia de México*, 86(6), 368-373. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.1572>
- Muñoz-García, A., & Arellanez-Hernández, J. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 6(2), 1-20. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-18332015000200002](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-18332015000200002)
- Muñoz-Justicia, J., & Sahagún-Padilla, M. (2011). Análisis Cualitativo Asistido Por Ordenador Con ATLAS.Ti. En C. Izquierdo, & A. Perinat, *Investigar En Psicología de La Educación. Nuevas Perspectivas Conceptuales y Metodológicas* (págs. 299-

- 363). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Obtenido de <https://portalrecerca.uab.cat/en/publications/an%C3%A1lisis-cualitativo-asistido-por-ordenador-con-atlasti-2>
- Muñoz-Rojas, H. (2016). *La investigación cualitativa, practica desde Atlas.ti*. Bogotá: Universidad de Santo Tomás.
- National Alliance of Caregiving and American Association of Retired Persons. (2020). *Caregiving in the U.S.* Washington D.C.: NAC and AARP. Obtenido de <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2021/01/full-report-caregiving-in-the-united-states-01-21.pdf>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M., Climent-Rodríguez, J., & Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta de Salud*, 33(3), 268-271. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
- Navarro-Arquelladas, M. (2010). Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *NURÉ investigación: Revista Científica de Enfermería*, 8(51). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692337>
- Navarro-Arquelladas, M. A. (2011). Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pecientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *NURE Investigación*, 8(51), 1-11. Obtenido de <file:///C:/Users/VM/Downloads/527-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2087-1-10-20150618.pdf>
- Navarro-Ramos, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social hoy*, 1(77), 63-83. doi:<http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0004>
- Noriega-Montufar, B., Rodríguez-Rodríguez, R., López-Estrada, I., Buchí-Guaré, C., Girón-Hernández, M., & Del-Cid-Flores, M. (2021). Importancia del contexto social para la investigación. *Revista Científica del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala*, 4(1), 77-87. doi: DOI: <https://doi.org/10.36958/sep.v4i1.77>

- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: World Health Organization. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
- OMS en conjunto con OPS. (2011). *Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5080:2011-women-men-face-different-chronic-disease-risks&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5080:2011-women-men-face-different-chronic-disease-risks&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- ONU Mujeres México. (2018). *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (1era ed.). México: ONU Mujeres México. Obtenido de [https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2018/05/LIBRO%20DE%20CUIDADOS\\_Web\\_2Mayo\\_final.pdf](https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2018/05/LIBRO%20DE%20CUIDADOS_Web_2Mayo_final.pdf)
- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas: Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 288-296. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-96902009000200010&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200010&lng=pt&tlng=es)
- Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45(6), 293-299. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33963459007>
- Pairumani-Ticona, R. (2018). Representaciones sociales de la niñez, en sujetos de 10 a 12 años de la comunidad de educación integral (c.e.i). estudio comparativo. *Revista de Investigación Psicológica*, 20(1), 43-70. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322018000200005#:~:text=Ni%C3%B1ez%20intermedia%20\(6%20a%2011,algunas%20habilidades%20motoras%20se%20incrementan.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000200005#:~:text=Ni%C3%B1ez%20intermedia%20(6%20a%2011,algunas%20habilidades%20motoras%20se%20incrementan.)
- Palomé-Vega, G., Gallegos-Torres, M. M., Xequé-Morales, Á. S., Juárez-Lira, A., & Perea-Ortíz, M. G. (2014). Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. *Digital ciencia @UAQRO*, 1-10.

- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Duskin-Feldman, R., & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez* (3era ed.). México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (Vol. 12). México: McGrawHill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. Obtenido de [https://www.academia.edu/33042825/Desarrollo\\_Humano\\_12va\\_Edicion\\_Papalia\\_pdf](https://www.academia.edu/33042825/Desarrollo_Humano_12va_Edicion_Papalia_pdf)
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. doi:<https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Pérez-Peñaranda, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>
- Pérez-Zepeda, M. (2015). La importancia de la investigación para el bienestar del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(2), 47-48. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.001>
- Placeres-Hernández, J., De-León-Rosales, L., & Delgado-Hernández, I. (La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [online]. [citado 2023-09-24], pp.472-483. Disponible en: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=de> de 2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483 . Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es).
- Ramírez-Elías, A., & Arbesu-García, M. (2019). El objeto de conocimiento en la investigación cualitativa: un asunto epistemológico. *Enfermería universitaria*, 16(4), 424-435. doi:<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.735>
- Ramírez-Jiménez, M. G., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Ruíz-Martínez-a, A. O., Oudhof-Van-Barneveld-a, H., & Barcelata-Eguiarte, B. E. (2022). Afrontamiento religioso y espiritualidad como mediadores entre estrés percibido y resiliencia en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Liberabit*, 28(2), e569. doi:<http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.569>.

- Reyes-Vega, C., & Rivero-Méndez, M. (2021). Estrategias de afrontamiento a la sobrecarga de cuidadores de pacientes con enfermedad renal en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 24(2), 149-161. doi:<https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021014>
- Rivas-Castro, A., Romero-Cárdenas, Á., & Vásquez-Munive, M. (2013). Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario. *DUAZARY*, 10(1), 20-25. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156305004.pdf>
- Rizo-García, M. (2022). Comunicación, cuerpo y emociones. La incorporación de la dimensión emocional en la investigación de la comunicación. *Comunicación y sociedad*, 19(e8258). doi:<https://doi.org/10.32870/cys.v2022.8258>
- Roa-García, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania; estudios y propuestas socioeducativos*, 1(44), 241-257. Obtenido de <https://revistas.ucv.es/edetania/index.php/Edetania/article/view/210/178>
- Robles-Silva, L., & Rosas-García, M. (2014). Herencia y cuidado: transiciones en la obligación filial. *Desacatos*, 45(1), 99-112. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2014000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2014000200009)
- Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010)
- Roldán-Merino, J. (2011). Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D.Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia. *Tesis Doctoral*, 1-281. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10803/38012>
- Romero-Rodríguez, A., & Reyes-Chilatra, A. (2022). *Consecuencias psicológicas en familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer: una revisión documental*. Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Corporación Universitaria Minuto de Dios. Obtenido de <https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/14486/1/Romero%20Rodr%C3%>

- ADguez%20Angee%20Paola%20-  
%20Reyes%20Chilatra%20Angely%20Zuleidy%20\_2022.pdf
- Roth, S., & Cohen, L. (Roth, S. & Cohen, L. de 1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Ruiz-Martínez, A., Vargas-Santillán, M., Rodríguez-García, C., Ruelas-González, M., González-Arratia, & López-Fuentes, N. (2022). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia. *CIENCIA ergo-sum*, 29(3). doi:doi:10.30878/ces.v29n3a3
- Salcedo-Gómez, M., Morales-Chainé, S., Treviño, C., Martínez-Valdés, B., López-Montoya, A., Robles-García, R., . . . Palafox-Palafox, G. (2022). Riesgos para la salud mental de cuidadores durante la pandemia COVID-19 en México. *Revista de investigación psicológica*, 12(3), 18-31. doi:<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.459>
- Salgado-de Snyder, V., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(4), 515 - 521. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/spm/2007.v49suppl4/s515-s521/es>
- Salinas-Martínez, A. (2004). Tema 4: Metodos de muestreo. *Ciencia UANL*, VII(1), 121 - 123. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/402/40270120.pdf>
- Sánchez-Antillón, A. (2009 ). Proceso de discernimiento de la unidad de análisis y muestreo en la investigación sobre el ideal formal y de contenido de los psicoanalistas. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(2), 174-182. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102009000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102009000200003&lng=es&nrm=iso)
- Sánchez-Herrera, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte : Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan*, 4(1), 6-9. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972004000100002#:~:text=El%20cuidado%20de%20quienes%20viven,la%20experiencia%20de%20la%20salud.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100002#:~:text=El%20cuidado%20de%20quienes%20viven,la%20experiencia%20de%20la%20salud.)
- Sánchez-Vega, C., & Vivaldo-Martínez, M. (2015). Promoción de la salud de la mujer que cuida. En *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor* (págs. 197-224). México:

- Instituto Nacional de Geriátría. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814351/Promocion-salud-mujer-adulta-mayor.pdf>
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología* (Primera ed.). Buenos Aires: CLACSO. Obtenido de <https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2014/DraSanjurjo/8mas/Ruth%20Sautu,%20Manual%20de%20metodologia.pdf>
- Shulz, R., & Beach, S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282(23), 2215-2219. doi:doi: 10.1001/jama.282.23.2215. PMID: 10605972
- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1990). Emotion and Adaptation. *Contemporary Sociology A Journal of Reviews*, 21(4), 609-637. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/232438867\\_Emotion\\_and\\_Adaptation](https://www.researchgate.net/publication/232438867_Emotion_and_Adaptation)
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2014). *Guía de buena práctica clínica en Geriátría / Fragilidad y Nutrición en el anciano*. Madrid: International Marketing & Communication S.A. Obtenido de [https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG\\_Fragilidad\\_y\\_nutricion\\_en\\_el\\_anciano.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf)
- Tineli-Farinha, F., Paixão-Araújo, C., Vitorino-Mucherone, P., Tomazi-Batista, N., & Dos Santos-Trettene, A. (2022). Influencia de la religiosidad/espiritualidad en cuidadores informales de niños con leucemia. *Revista Bioética*, 30(4), 892-899. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304579ES>
- Tobón-Correa, O. (2003). El autocuidado, una habilidad para vivir. *Hacia la promoción de la salud*, 8(1), 37-49. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-479433>
- Úbeda-Bonet, I. (2009). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario [Doctorado de Ciencias enfermeras, Escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona]. Obtenido de [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB\\_TESIS.pdf](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf)
- Veloza-Morales, M., Forero Beltrán, E., & Rodríguez-González, J. (2023). Significados de familia para familias contemporáneas. *Revista Latinoamericana de Ciencias*

- Sociales, Niñez y Juventud*, 21(1), 180-198.  
doi:<https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.1.5600>
- Vega-Angarita, O., & Gonzalez-Escobar, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado: Scientific Journal of Nursing*, 4(1), 28-35. doi:<https://doi.org/10.22463/17949831.919>
- Viñas-Poch, F., González-Carrasco, M., García-Moreno, Y., Malo-Cerrato, S., & Casas-Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>
- World Health Organization. (1998). *Promoción de la Salud / Glosario*. Ginebra: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=D516F9559CDDBC319CA05144327EBD46?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=D516F9559CDDBC319CA05144327EBD46?sequence=1)
- World Health Organization. (05 de Febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Zarit, S. (2002). Caregiver's burden. *Family and professional carers: Finding lead to action*, 20 - 24. Obtenido de <https://eprovide.mapi-trust.org/zbi-zarit-burden-interview/#research>
- Zarit, S. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. En *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 89). Pennsylvania: Elsevier B.V.
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:DOI: 10.1093/geront/20.6.649
- Zarit, S., Todd, P., & Zarit, J. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontological Society of America*, 260-266. Obtenido de <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/26/3/260/599015>

## Anexo No.1 Dictámen Institucional

### Comité Institucional de Ética y Bioética de la UACJ



CIEB-2020-1-178

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 25 de mayo de 2020.

Heidi Gladiola Villa Mancilla  
Dra. María Nieves González Valles  
Presentes.

El Comité Institucional de Ética y Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (CIEB), en reunión celebrada el 21 de mayo de 2020, revisó y evaluó su protocolo de investigación CIEB-2020-1-29, denominado *Autocuidado de cuidadores informales de personas dependientes*. El Comité resolvió que de acuerdo con la evaluación de su trabajo de investigación el resultado es:

#### Dictamen Favorable

En consideración a las condiciones de contingencia prevaletientes por la pandemia de coronavirus, todo proyecto de investigación no documental requiere esperar a que dicha contingencia sea levantada para realizar sus actividades de campo.

Atentamente  
"Por una vida científica  
Por una ciencia vital"

Dr. Sergio Pacheco González  
Presidente del Comité Institucional  
de Ética y Bioética de la UACJ

Dra. Gwendolyne Peraza Mercado  
Secretaria del Comité Institucional  
de Ética y Bioética de la UACJ

c.c.p. Archivo.

## Anexo No.2 Entrevista semiestructurada y en profundidad

- ¿Cuál es su Escolaridad?
- ¿Actualmente no trabaja?
- ¿Durante el último mes como ha estado su salud física?
- ¿Durante el último mes ha padecido dolores de cabeza?
- ¿Durante el último mes ha tenido alteraciones gástricas?
- ¿Durante el último mes ha tenido alguna molestia muscular o articular?
- ¿Durante el último mes se ha sentido cambios emocionales recurrentes?
- ¿Durante el último mes ha tenido alteraciones en su peso?
- ¿Durante el último mes ha tenido alguna alergia?
- ¿Durante el último mes ha tenido algún problema con su piel?
- ¿Con que frecuencia acude a sus revisiones médicas?
- ¿Consume tabaco?
- ¿Consume alcohol?
- ¿Practica algún ejercicio?
- ¿Cómo considera su alimentación?
- ¿Como percibe su salud física?
- Si Ud. Compara su salud con alguien de su edad ¿cómo cree que es su estado de salud?
- Es Ud. ¿El cuidador principal?
- ¿A cuántas personas cuida?
- ¿Cuánto lleva cuidando?
- ¿Cuánto tiempo cuida a su familiar en condición de dependencia?
- ¿Cuánto tiempo dedica para descansar a la semana?
- ¿Cuál es el parentesco con la persona mayor en condición de dependencia?
- ¿Como determinaron que Ud. asumiría el cuidado?
- ¿Como es la relación afectuosa con la persona mayor?
- ¿Visitan o le hablan por teléfono a la persona mayor?
- ¿Siente alguna molestia porque le visiten o le hablen por teléfono?
- ¿Cuáles actividades realiza?
- ¿Hay alguna actividad dentro del cuidado que le parezca difícil?
- ¿Hay alguien que le ayuda en el cuidado?
- ¿Actualmente tiene algún pasatiempo o actividad grupal o social?
- ¿Qué sentimiento le genera darse cuenta de cómo ha cambiado su pariente?
- Del ingreso mensual financiero: ¿se destina alguna cantidad exclusivamente al adulto mayor?
- ¿Considera que es elevado el gasto debido a su familiar?
- ¿Cómo se encuentra la familia emocionalmente por la situación presente?

- ¿Ud. lleva a la persona mayor a citas médicas?
- ¿Con que frecuencia se cambia de ropa al día?
- ¿Que tanto ha investigado sobre la condición medica de su familiar?
- ¿Siente que cuidar a su familiar le ha posicionado en un lugar diferente en su familia?
- ¿Ha habido modificaciones en su vivienda por causa del cuidado?

#### INDICE DEL ESFUERZO DEL CUIDADOR

- ¿Considera que su sueño es reparador y profundo apropiado para descansar?
- ¿Considera inconveniente atenderle porque se tarda mucho, es decir, consume de su tiempo?
- ¿Representa un esfuerzo físico, por las actividades de sentarlo, moverlo?
- ¿Ha habido modificaciones familiares porque se rompió la rutina?
- ¿Ha habido cambios en los planes personales, como por ejemplo vacaciones o sacrificio alguna promoción laboral?
- ¿Algunos comportamientos le causan a ud molestia, como la incontinencia o que ya no recuerde cosas?

#### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

##### Confrontación

- ¿Has expresado enojo hacia su familiar?
- ¿Has logrado mostrar tus sentimientos?

##### Aceptación de la responsabilidad

- ¿Qué fue lo que pensaste al tener estos acuerdos para el cuidado?

##### Resolución de problemas

- ¿Qué pasos sigues para abordar la condición de cuidado y dependencia que se está dando en casa?
- ¿Has elaborado soluciones para el problema actual?

##### Distanciamiento

- ¿Crees que a raíz de la situación buscas alejarte o distanciarte de la persona mayor?

##### Autocontrol

- ¿Has intentado quedarte con los sentimientos sin manifestarlos?

##### Búsqueda de apoyo social

- ¿Has buscado ayuda psicológica o de otro tipo?
- ¿Has buscado compartir como te sientes con alguna persona?

##### Evitación - Escape

- ¿Has esperado que ocurriera un milagro?
- ¿Has tratado de sentirte mejor comiendo, bebiendo, fumando, consumiendo drogas o medicamentos?

- ¿Has estado evitando estar con personas?
  - ¿Has deseado que la situación desaparezca o finalice?
- Reevaluación positiva
- ¿Has intentado mirar los puntos más favorables del problema?

#### ASA CUIDADO

- ¿Acostumbras a barrer, trapear y hacer limpieza?
- ¿Siente energía suficiente para cuidarse ud a ud?
- ¿Cuántas al día se baña ud?
- ¿Tiene el tiempo necesario para preparar y consumir sus alimentos?
- ¿Puedo detectar las situaciones que me afectan?
- ¿Cuándo necesito ayuda puedo recurrir a amigos?
- ¿Debido a mis ocupaciones diarias no tengo tiempo para cuidarme?
- ¿Puedo sacar tiempo para mí?

#### ABVD

- ¿Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera y/o regadera, o no se baña solo?
- ¿Recibe asistencia para tomar las prendas y vestirse?
- ¿Precisa ayuda para acceder al sanitario y utilizarlo?
- ¿Realiza uno o más desplazamientos?
- ¿Padece Incontinencia urinaria-fecal parcial o total o usa sonda?
- ¿Recibe asistencia en la alimentación o Necesita de alimentación por sonda o vía intravenosa?

#### AIVD

- ¿Necesita ayuda para sostener el teléfono, o bien, solo responde llamadas?
- ¿Necesita acompañamiento para trasladarse, o no sale con autonomía?
- ¿No es responsable de su medicación a menos de que se lo preparen previamente o es incapaz de hacerse cargo?
- ¿Es incapaz de manejar su dinero?
- ¿Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra o es Incapaz de comprar?
- ¿Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada o bien, necesita que le preparen y sirvan las comidas?
- ¿Necesita ayuda en todas las labores de la casa o bien, no participa en ninguna labor de la casa?
- ¿Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro?

#### ESCALA DE ZARIT

- ¿Se siente estresado por tener que cuidar a su familiar y tener que cumplir con más responsabilidades?

¿Se siente enojado o tenso cuando esta con su familiar?

¿Siente que su familiar depende de ud?

¿siente que ya no tiene privacidad en su casa por cuidar?

¿en general que tan cargado se siente por tener que cuidar a su familiar?

## **Anexo No. 3 Consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación**

### **“Sobrecarga experimentada en cuidadores informales de personas dependientes”**

Todo/a cuidador/a experimenta cierta carga al tener a una persona dependiente a su cargo; esta actividad puede repercutir de forma negativa sobre su salud, provocando posible ansiedad e incluso sintomatología depresiva, además de algunas otras repercusiones importantes en su salud física, vida social, tiempo libre, calidad de vida o deterioro de la situación económica (Espín, 2008).

El objetivo de este proyecto de investigación es conocer las condiciones psicoemocionales y su repercusión en la salud de los cuidadores informales de personas dependientes.

Para nosotros es muy importante su colaboración en el estudio dirigido a cuidadores informales con el propósito de promover la salud psicoemocional y elevar su calidad de vida. Su participación consistirá en responder a una Entrevista semiestructurada y a profundidad; Toda la información recabada será confidencial, sus respuestas a los cuestionarios y formatos serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, anónimas.

En caso de que usted acepte participar podrá suspenderla en el momento que así lo considere pertinente, ya que es completamente voluntaria y de permanencia libre, sin que esto afecte sus relaciones con los organismos involucrados en el estudio.

Es conveniente señalar que los resultados podrán utilizarse y ser publicados en revistas científicas, salvaguardando en todo momento la identidad de los participantes y cumpliendo con los códigos de ética. Asimismo, le informo que este protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética y Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Si tiene alguna duda durante el proceso, puede comunicarse con las responsables del estudio: Psicóloga Heidi Villa, cel. 656 129 9216, [al182900@alumnos.uacj.mx](mailto:al182900@alumnos.uacj.mx)

Dra. María Nieves González, 656 688 3800 Ext. 5340, o al correo electrónico [mgonzale@uacj.mx](mailto:mgonzale@uacj.mx)

Nombre del participante

fecha

Firma

Firma investigadora Heidi Gladiola Villa  
Mancilla

Firma testigo

Ciudad Juárez a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

## Anexo No 4. Autorización para utilizar el instrumento

**Heidi Villa**

May 6, 2023

Good morning Dr. Zarit,

I am pleased to find you through this medium, I am in the middle of my doctoral thesis and I chose the topic of family caregivers and their burden, so I became familiar with your scale, which has given me many indicators.

I would like to ask you a question, could the stress model be the nucleus from which your research on the subject arose? I really appreciate your contributions to this new branch of psychology.

Heidi Villa (Cd.Juárez, Chihuahua, México).

**Steven Zarit** to you

Jun 16, 2023

Dear Ms. Villa,

Stress models have been very important in guiding my research and in development of the Burden Interview.

With best regards,

Steve Zarit

ResearchGate

Home

20

Questions

Jobs



### Notifications

Updates

Messages

Requests

[Compose message](#)

Full-text request: Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden

[< Back to list](#)

**Inbox · 1**

Read messages

Unread messages

Sent

Archive


**Steven Zarit** to you

 Jun 16, 2023
 Report ▼

You may contact me directly to obtain a version of this paper:  
 szarit@psu.edu