

**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES

Departamento de psicología y ciencias de la comunicación  
Programa docente de psicología



**“Preocupaciones y Problemas Percibidos por Cuidadores Familiares de Adultos  
Mayores Dependientes Funcionales”**

**TESIS**

Para obtener el título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

**Margarita Garcia Ibarra**

**María Teresa Velos**

Directora de tesis:

**Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea**

Asesores Sinodales:

M. E. E. Francisca Dórame Ortega

M. E. Rosario Leticia Domínguez Guedea

M. C. Tezzia Isset Acosta Petterson

**Hermosillo, Sonora. Febrero del 2014**

# Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

# INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIDIMIENTOS.....	ii
LISTA DE FIGURAS.....	v
LISTA DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
I.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Justificación.....	1
1.1.1. Tendencias demográficas y epidemiológicas de la tercera edad.....	1
1.1.2. Necesidades de cuidado familiar del adulto mayor dependiente.....	5
1.2. Planteamiento del problema.....	8
1.3. Preguntas de investigación.....	13
1.4. Hipotesis de trabajo.....	13
1.5. Objetivos de investigación.....	13
II. MARCO TEORICO.....	15
2.1. Estrés: aspectos conceptuales.....	15
2.2. Paradigma estrés y bienestar en cuidadores familiares de adultos mayores.....	18
2.3. Situaciones estresantes para cuidadores familiares de adultos mayores.....	21
2.3.1. Consecuencias en la salud emocional o psicológica del cuidador.....	25
2.3.2. Consecuencias en la salud física.....	26
2.3.3. Consecuencias en la situación económica.....	27
2.3.4. Consecuencias positivas en cuidadores.....	28
III. METODO.....	30
3.1. Participantes.....	30
3.2. Instrumentos.....	31

3.3. Procedimiento.....	33
3.4. Diseño y tipo de estudio.....	34
IV. RESULTADOS.....	35
V. DISCUSIÓN.....	48
5.1. Conclusión.....	56
REFERENCIAS.....	60
ANEXOS.....	70

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceptual del estrés y el bienestar subjetivo de los cuidadores de familiares mayores.....	20
Figura 2. Modelo hipotético de las relaciones predictivas de variables personales y culturales sobre el bienestar subjetivo de cuidadores de familiares adultos mayores (Domínguez Guedea, 2008).....	21

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.....	30
Tabla 2. Análisis descriptivo de los temas que integran a la categoría Preocupación por el bienestar del adulto mayor.....	36
Tabla 3. Análisis descriptivo de los temas que integran a la categoría Preocupación por el bienestar de otros familiares del cuidador.....	38
Tabla 4. Análisis descriptivo de la categoría Preocupaciones económicas.....	41
Tabla 5. Análisis descriptivo de los temas que integran a la categoría Preocupaciones personales del cuidador.....	43
Tabla 6. Temas y ejemplos de contenidos de la categoría temática Dificultades del cuidador para cuidar.....	46
Tabla 7. Análisis descriptivo de las categorías temáticas identificadas .....	47

## Resumen

El aumento acelerado del envejecimiento poblacional y el incremento de la esperanza de vida es un hecho real en México y las estadísticas muestran que no irán en declive, estos logros han traído como consecuencia que las personas adultas alcancen con la edad la vulnerabilidad y dificultades en sus capacidades llegando a ser dependientes funcionalmente, se espera que los servicios de salud gubernamentales incrementen y optimicen su atención, cubriendo las necesidades que presenta esta población relacionada con los servicios requeridos. Sin embargo, surge de este fenómeno la presencia de otro grupo no menos importante que se dedica a proveer servicios de atención al adulto mayor, conocidos como cuidadores familiares, quienes cumplen el rol de cuidador, atendiendo además los roles de madre, esposo (a), siendo motivo de preocupaciones y problemas en sus labores, el desempeño de estas tareas son la fuente de estrés y estresores que reportan experimentar en sus vidas cotidianas.

El objetivo de esta investigación es identificar el estrés y estresores que afectan a los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes que viven en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Este estudio está formado por una muestra poblacional de 406 cuidadores.

Los resultados presentados se extraen de las siguientes dos preguntas: ¿Cuáles son los estresores percibidos por cuidadores familiares de adultos mayores (CFAM)?, ¿Los distintos estresores percibidos por los CFAM producen diferentes niveles de estrés?, las respuestas obtenidas de los cuidadores son clasificadas en diferentes categorías. Tales conclusiones culminan con los reportes obtenidos y justificados empírica y científicamente.

Palabras clave: cuidadores familiares, adultos mayores, dependencia, estrés, preocupaciones.

## 1.1 Justificación

### 1.1.1 Tendencias demográficas y epidemiológicas de la tercera edad.

En la actualidad el incremento de adultos mayores a nivel mundial es un hecho irreversible, por ello están ocupando un gran porcentaje de la población y las tendencias indican que continuara en progreso. Debido a este incremento cada vez es más alto el índice de envejecimiento, y con ello el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones (Domínguez-Guedea, 2005).

Los datos de los Censos de Población y Vivienda de 1990, 2000 y 2010 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía -INEGI, 2001, 2013) muestran que en el año de 1990 la población mexicana de adultos mayores de 65 años y más, figuraba con el 4.2%, en el año 2000 con el 4.9%, y en el año 2010 fue con el 6.2%; significando esto, que el porcentaje de adultos mayores aumento en veinte años al 2%, tomando en cuenta también la cifra estimada para las viviendas sin ocupantes.

Partiendo del supuesto, de que el crecimiento de la tasa promedio anual 2000-2010 se mantiene constante, se espera que para el año 2050 los adultos mayores de 60 años y más ocupen el 13.4% de la población, con el 12.4% de hombres y el 14.3% de mujeres.

Del mismo modo, es significativo hacer notar que según las estimaciones del INEGI (2013), la relación de dependencia demográfica de adultos mayores de 65 años y más, es decir, por cada cien personas en edades de 15 a 64 años se ha incrementado notoriamente desde el Censo del 2000, de 8.2 personas por cada cien en el año 2000 a 9.7 personas de cada cien en el 2010, se estima que para el año 2050 por cada cien personas activas, habrá 12 adultos mayores dependientes.



En México el índice de envejecimiento se ha incrementado al 10% del 2000 al 2010, de 21% a 31% y 20% a 28% en hombres y del 23% a 34% en mujeres, en los mismos años en Sonora se observó con escasa diferencia la misma cantidad de adultos de 60 y más por cada cien personas de hasta 14 años, de 22% a 30% y 21% a 29% en hombres y de 23% a 32% en mujeres (INEGI, 2012).

Por su parte, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013), marca que en México, la esperanza de vida al nacimiento en el año 2010, alcanzó un valor promedio de 74 años, 71 años para hombres y 77 años para mujeres. Este mismo indicador, programa que en Sonora aumentará 5 años en el 2050, 77 para hombres y 82 para mujeres.

Junto con el aumento de la esperanza de vida, también se aumenta la prevalencia en el número de enfermedades, principalmente las enfermedades crónicas degenerativas, así como también la ampliación considerable de la vulnerabilidad física, social y psicológica asociada a la senectud, haciendo a este grupo de personas, más susceptible de enfermar y disminuyendo sus capacidades funcionales dificultando la realización de sus actividades diarias (Ochoa y López, 2008).

La Secretaría de Salud (2012), en el 2011 identificó las causas más importantes de las enfermedades de los adultos mayores mexicanos de 65 años y más, las cuales se clasificaron en padecimientos no transmisibles y transmisibles, llegando a sumar 20 causas. En la primera clasificación se reconocieron: hipertensión arterial con el 5%, diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II) con el 3.2%, neumonías y bronconeumonías con el 1.1%, enfermedades isquémicas del corazón 0.9%, enfermedades cerebrovasculares con el 0.8%, y asma y estado asmático con el 0.6%. En la clasificación de padecimientos transmisibles se reconocieron: infecciones respiratorias agudas con el 45.6%, infecciones de vías urinarias con el

16.2%, infecciones intestinales por otros organismos con el 13%, úlceras, gastritis y duodenitis con el 6.6%, gingivitis y enfermedades periodontales con el 1.7%, conjuntivitis con el 1.1%, otitis media aguda con el 0.9%, amebiasis intestinal con el 0.9%, otras helmintiasis con el 0.7%, intoxicación por picadura de alacrán con el 0.6%, mordeduras por perro con el 0.3%, quemaduras con el 0.3%, y paratifoidea y otras salmonelosis con el 0.2%.

La Secretaría de Salud en Sonora, diferenció dieciséis causas de enfermedades de tipo transmisibles: infecciones respiratorias agudas con 46.3%, infección de vías urinarias con 17.6%, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas 15.64%, úlceras, gastritis y duodenitis con 4.68%, gingivitis y enfermedades periodontales con 0.98%, otitis media aguda con 0.68%, conjuntivitis con 0.53%, otras helmintiasis con 0.45%, amebiasis intestinal con 0.41%, intoxicación por picadura de alacrán con 0.37%, quemaduras con 0.31%, intoxicación por ponzoña de animales con 0.23%, mordeduras por perro con 0.22%, faringitis y amigdalitis estreptocócicas con 0.19%, accidentes de transporte en vehículos con motor con 0.17%, y varicela con 0.04%; y cuatro más de tipo no transmisibles: hipertensión arterial con 4.7%, neumonías y bronconeumonías con 2.8%, diabetes mellitus no insulino dependiente con 2.7%, y asma y estado asmático con 0.9%.

Los riesgos de dependencia a los que se enfrentan los adultos mayores, se manifiestan con el gradual número de enfermedades crónicas degenerativas que trae como consecuencia la longevidad, por la presencia significativa de los factores de riesgo y diferentes tipos del entorno, donde la atención a la salud solo se toma en cuenta en los episodios agudos de la enfermedad. Por ello, el cuidado de la salud durante toda la vida es de suma importancia para así advertir de las enfermedades y con ello frenar sus complicaciones, que sin llevar un control adecuado,

pueden orillar a discapacidades en los adultos mayores que deterioraran su calidad de vida (Huenchuan, 2013).

En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se encontró que el 47.8% de la muestra de adultos mayores mexicanos tiene algún tipo de discapacidad; el 26.8% de ese porcentaje mostró limitación para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria, ya sea caminar con 17.8%, bañarse con 12%, acostarse con 15.1% o levantarse de la cama, y vestirse con 12.8%, representando esta cifra a los adultos mayores que se encuentran en situación de dependencia funcional (Gutiérrez-Robledo et al., 2012).

Debido a esto, se esperaría que los servicios de salud tuvieran extensión y la competencia necesaria para brindar una buena atención a esta población que es especialmente vulnerable. Sin embargo, las políticas de salud aún son escasas e insuficientes, por ello la familia se ha convertido en la principal fuente de apoyo en la población de adultos mayores, para enfrentar los problemas que son acarreados por el aumento en la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional y las enfermedades que se derivan de estos fenómenos (Gracia, 1997).

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, basado en los cálculos que se realizaron en 2008, estima que en el año 2050 el porcentaje de personas que serán dependientes de cuidados será del 23%, el 34% le pertenecerá a los adultos mayores de 75 años y más. En cuanto a la relación de apoyo a padres, se pronostica que 100 personas con edades de 50 a 64 años sean cuidadores de 14.4 personas con edades de 85 años y más (CEPAL, 2011). La misma organización asevera que en 2007, los adultos mayores de 60 años y más en América Latina se

agruparon en hogares nucleares sin hijos, con un promedio de 0.8, como primer lugar (Huenchuan, 2013).

En suma, se puede observar que cada vez hay más adultos mayores con problemas de salud que eventualmente pueden desencadenar la dependencia de cuidados diarios. La Ley Federal de las Personas Adultas Mayores en nuestro país (2002), indica que la responsabilidad del cuidado del mayor, es de las instituciones, de la comunidad y de la familia; sin embargo, la realidad indica que la gran parte de esta responsabilidad recae en la familia (Domínguez-Guedea, Ocejo, Rivera-Sander, 2013). Esta situación es desafiante pues la estructura y dinámica familiar en América Latina presenta sus propios procesos de cambios.

### **1.1.2 Necesidades de cuidado familiar del adulto mayor dependiente funcional.**

La familia es una unidad de funcionamiento interdependiente que constituye el primer y, en la mayoría de los casos, permanente entorno del desarrollo humano.

Respecto a las características de la unidad familiar, Huenchuan (2013) indica que los diferentes tipos de hogares se diferencian en base a las características del vínculo que exista con el jefe del hogar y los demás miembros de la familia. Análisis demográficos reportados por Arriagada (2004) Mercaei (2011) clasifican los tipos de hogares como familiares y no familiares. En los hogares familiares se contemplan familias nucleares (padre o madre o ambos, con o sin hijos), familias extendidas (padre o madre o ambos, con o sin hijos y otros parientes) y familias compuestas (padre o madre o ambos, con o sin hijos, con o sin otros parientes y otros no parientes, excluyendo al servicio doméstico). En la clasificación de hogares no familiares, se encuentran los hogares unipersonales (una sola persona) y los hogares sin núcleo, en donde no

hay núcleo conyugal, relación de padre o madre e hijo o hija, aunque podría haber otros lazos familiares tales como los de hermanos, primos, tíos, etc.

La dinámica de organización de los hogares ha ido cambiando a lo largo de los años. Se tiene por ejemplo que los hogares nucleares han disminuido en nuestro país, pues en el año 2005 el porcentaje de este tipo de hogares era del 67.9% y para el año 2011 disminuyó hasta el 62.5%; simultáneamente los hogares extensos aumentaron, ya que en el año 2005 representaban el 25.5%, y en el año 2011 ocuparon el 33.4% del total de los hogares. Este movimiento refleja la incorporación de adultos mayores a los hogares, a consecuencia de la extensión de esperanza de vida y aumento del número de personas de 60 años y más (Mercaei, 2011).

Las distintas estructuras familiares, así como los diferentes factores que las rodea, como: la pobreza y el trabajo inconstante, da como resultado el impedimento del acopio del patrimonio, haciendo que los cuidados al adulto mayor sean más complejos (Huenchuan, 2013).

Ahora bien, el cuidado es un apoyo requerido no solo por adultos mayores sino también por otros miembros de la familia pues, de manera obligada los niños de 0 a 6 años también los requieren. Pero además; como se puede ver, estos dos grupos son el inicio y el final del ciclo de la vida, lo que los pone como personas totalmente dependientes de otras para satisfacer sus necesidades. Después se ubican los grupos de personas de 7 a 12 años y el otro grupo de 75 a 84 años, los cuales también requieren de cuidados, pero no todo el tiempo necesitan de los cuidados con el mismo ímpetu que los primeros grupos mencionados. En el grupo donde se ubican los cuidadores viables es el de edades de entre 15 a 74 años. Como suponen, este grupo es el potencial para brindar el cuidado, pero no se toma en cuenta que personas que se ubican en estos rangos de edades, pueden tener limitaciones, ya sea de salud y físicas, impidiendo que realicen las labores del cuidado. La población infantil y la de edad avanzada no solo son las poblaciones

que demandan de cuidados, también están más personas que necesitan de apoyo día con día para satisfacer sus necesidades, como la atención a la salud y en lo personal, así como la realización de las tareas del hogar (Huenchuan, 2013).

Huenchuan (2013) presentó un análisis de la relación de la dependencia de cuidados por grupos de edad, de acuerdo a lo reportado por Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la CEPAL, sobre la base de datos integrados por las Naciones Unidas (2010); con base en esa información a continuación se resume lo siguiente: a principios del año de 1950, la relación de dependencia de cuidados era alta, con un promedio de 50 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales cuidadores y una amplia concentración en el grupo de 0 a 6 años con el 36,5%, viéndose un declive a partir del año de 1968 esperando que siga esta misma trayectoria hasta el 2023, manteniéndose constante. También se espera que a partir del año 2042, se iniciara una nueva fase de esparcimiento de las demandas, por motivo del aumento de la población de 75 años y más, misma que se habrá cuadruplicado en los años 2000 y 2050, y a su vez multiplicado por diez entre 2000 y 2100.

Se define la dependencia como el “estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria” (Consejo de Europa, 1998, p. 11).

La dependencia es clasificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en dos niveles. La dependencia severa es el primer nivel y se enfoca a personas que sufren de cualquiera de las dos clases más graves discapacidades (psicosis activa, demencia, cuadriplejía, migraña severa continua, ceguera, paraplejía y depresión severa) por lo que requieren de atención diaria, en todos los ámbitos de su vida. El segundo nivel es la dependencia moderado-

severo, en este nivel están las personas que tienen dos o tres condiciones de una de las tres clases más graves de discapacidad (Harwood, Sayer y Hirschfeld, 2004, citado en Huenchuan, 2013).

Además de la dependencia funcional por causas de salud y/o discapacidad, existen otro tipo de razones para el cuidado en la tercera edad, como por ejemplo las relacionadas con cambios sociales y demográficos; ejemplo de ello son los fenómenos de la migración, la inestabilidad de trabajo y escasez económica, que traen consigo la dificultad de acumulación del patrimonio, colocando a los adultos mayores en estado incomparable al que se encontraban en años anteriores (Huenchuan, 2013).

Los recursos sociales y económicos actúan como factores externos que posibilitan o dificultan que los adultos mayores puedan recibir los cuidados necesarios; en este sentido, los servicios que se puedan ofrecer las instituciones públicas de cada país juegan un papel imprescindible (Colombo, Llena-Nozal, A., Mercier & Tjadens, 2011). De esta forma, los sistemas de protección social deben ir encaminados hacia la edificación de redes de cuidado como un asunto de compromiso combinado y que debe ser sostenido mediante medidas asistencias y servicios que difundan la autonomía y prosperidad de las familias y los individuos (Huenchuan, 2013). Colombo, Llena-Nozal, Mercier & Tjadens (2011), destacan algunas políticas que podrían ser provechosas para disminuir la saturación del servicio institucional, tales como el cuidado de relevo y el pago de prestaciones a los cuidadores familiares.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Los cuidadores se distinguen en dos tipos: formales e informales. Siendo los cuidadores formales las personas que están capacitadas, que reciben un pago y están por tiempos u horas limitadas al cuidado del adulto mayor, los cuidadores informales, son la mayoría del tiempo los

mismos familiares, no reciben entrenamiento ni pago, se encargan de ayudar al adulto mayor en las actividades diarias. Variados autores dicen que la finalidad de los cuidadores es cumplir con los siguientes propósitos: ayudar a satisfacer las necesidades de la persona dependiente, proporcionar los recursos suficientes para su supervivencia biológica, social y emocional, garantizar su desarrollo integral y bienestar (Mandujano, 2012).

El cuidador sufre de consecuencias por la tarea del cuidar, pero este asume su rol en base a cuatro maneras. El cuidador al enfrentarse a las tareas que demandan la atención del cuidado al adulto mayor se ve afectado en diversos aspectos de su vida, como el físico, social, económico y psicológico. En el aspecto físico, el cuidador presenta agotamiento, fatiga y sobre esfuerzo físico por las tareas que así lo requieran; en el aspecto social, el cuidador se enfrenta a cambios en la dinámica familiar y la frecuencia de participación en actividades sociales y laborales cada vez son menos. En el aspecto económico: se incrementan los gastos, por la adjudicación del cuidado y con ello su tratamiento, aparte de la necesidad de cubrir las necesidades de la familia. En el aspecto psicológico: suelen aparecer emociones negativas, alterando las relaciones con el adulto mayor y con las otras personas que lo rodean (Dillehay & Sandys, 1990, citados en Mandujano, 2012).

La mayoría del tiempo el cuidador familiar del adulto mayor (CFAM) asume este rol sin darse cuenta, lo que conlleva a que no tengan la fecha exacta del inicio de esta tarea, solo que si notan claramente los cambios que se generaron en sus rutinas de la vida diaria, entendiendo con ello que el tomar este rol de cuidador es definitivo, ya que el adulto mayor necesita de apoyo y se le debe brindar. Cada familia asume este rol de manera distinta, ya que depende del tipo de relación que exista entre el cuidador y el adulto mayor, pudiendo ser esta positiva o negativa.



Como se ha dicho el cuidador puede percibir de múltiples maneras la tarea del cuidado del adulto mayor, sin embargo, hay que tomar en cuenta que este rol llega hacer estresante y traer consigo resultados negativos para este, perturbando varios aspectos de su vida, ejemplos de ello son: cuando se topan con los diversos gastos que se crean, así como, los cuidados que se necesitan durante el tratamiento de la enfermedad. Uno más, es cuando a la persona mayor se le acaban las destrezas funcionales para cuidarse por sí solo, así como, los cambios en su salud física, entonces es preciso que los familiares abastezcan de asistencia cotidiana, dando como resultado en un deterioro, que atenta contra su bienestar y el de la familiar (Domínguez-Guedea, 2005; Roberto y Jarrott, 2008).

Al cuidar al adulto mayor que se encuentra enfermo, da como resultado el exceso de actividades, traduciéndose a obstáculos y problemas para el cuidador (Domínguez-Guedea, 2005). E inclusive para ambas partes, cuidadores y adulto mayor con necesidades de cuidado se dan contextos de debilidad: ya que uno y otro se topan con problemas económicos y complicaciones de salud, principalmente los cuidadores ya que cuentan con múltiples demandas resultadas de los distintos roles a los que día a día tienen que lidiar, como: el ser madres, padres, hijas, esposas, trabajadoras, estudiantes, etc., (Domínguez-Guedea, Tôrres-Tróccoli, Karino, Ciancio, Hernández-Ramos y Pantoja-Magallón, 2009).

Así como existe la certeza de que para él cuidador surgen efectos negativos, como se ha dicho antes, también existen estudios que resaltan efectos positivos en los cuidadores, ya que los compromisos adquiridos no siempre los toman como algo malo para la persona que asumirá este rol de cuidar (Berg-Weger, Rubio & Tebb, 2001, Schulz & Quinttner, 1998, citado en Dominguez-Guedea, 2005). De hecho, muchos cuidadores creen que pueden hacer frente así a

las dificultades de su papel, se dan cuenta de las ganancias en la experiencia del cuidado (Domínguez-Guedea, 2005).

Evidencias de esto, son los estudios llevados a cabo por Taraborrelli (1994), donde se registró que la práctica antecedente de cuidar a algún otro familiar por motivos de enfermedad ayudó en la muestra para aproximarse al cuidado en la práctica actual. Otro de los estudios usado como evidencia es el de Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory & Gallagher-Thompson (2004), en donde se halló que las personas cuidadoras alcanzaron con más repetición los aspectos positivos, como; la satisfacción, los placeres y recompensas, el gozo, los eventos diarios que despiertan sentimientos de alegría, esto de acuerdo a la revisión de 14 estudios ajenos.

El asumir y llevar a cabo el cuidado del familiar mayor llega ser una práctica que conlleva a un gran reto para el cuidador, ya que hace que el cuidador explore y utilice todas las capacidades que tiene e inclusive las capacidades que no sabía que tenían. Muchos de los cuidadores se asombran de sí mismos por lo que logran hacer.

Cuando se enfrentan a los problemas que se generan por la situación de cuidado, estos retos llegan hacer solucionados de la forma más apropiada, ya que hallan la manera de solucionarlos, pero en otras ocasiones no. Muchos de los cuidadores logran encontrar soluciones innovadoras y apropiadas para los problemas a enfrentar, sin embargo también es frecuente encontrarse con cuidadores que por el ímpetu de sus problemas, no reaccionen convenientemente y se sientan más afligidos de lo normal, desanimados y desesperados, que llegan a pensar que es mejor dejar de lado la tarea del cuidar (Crespo y López, 2008)

El estudio de los CFAM comenzó en la década de los ochenta en los países desarrollados pero se ha podido observar que éstos se han multiplicado rápidamente porque cada vez es mayor

la cantidad mayores y esto se debe a los avances médicos, al aumento de la esperanza de vida, haciendo más largo el tiempo de cuidados y las tareas desempeñadas por el cuidar.

Respecto a esta situación, Crespo y López (2007) indican que también se suman todos los cambios que se han dado en la sociedad, como las inestabilidades familiares, que la mujer se haya abierto camino en el ambiente laboral así como el hecho de que las viviendas sean cada vez más pequeñas, hacen en conjunto que la disposición de cuidar sea menos; consecuentemente, cuando un familiar adulto mayor cae en la dependencia de cuidados se incrementan las posibilidades de que el CFAM perciba sobrecarga, sobre todo si las responsabilidades del cuidado no se equilibran entre los familiares. El hecho es que cada vez hay más adultos mayores en situación de dependencia y por otro lado los cuidadores van en descenso, ya que la mayoría de las personas trabajan y no se mantienen en su casa en gran parte del día ya sea por trabajo o por otras ocupaciones que tenga que realizar.

Siguiendo con los planteamientos de los autores citados anteriormente, el cuidar requiere de un gran esfuerzo y puede prolongarse durante muchos años, el cuidador también debe saber cuáles son las necesidades de su adulto mayor para poderlas satisfacer, y se forma una rutina en la vida diaria del cuidador y acapara muchas de sus energías y recursos, haciendo que en muchas de la veces el cuidador organice su vida en función de su adulto mayor familiar enfermo y sus cuidados, e inclusive algunos de los cuidadores tienden a dejar sus trabajos por no desatender a su familiar; así, a parte de las tareas físicas o instrumentales desempeñadas por este rol asumido, deben cubrir las necesidades emocionales, haciéndoles compañía, escuchándolos, estar al pendiente de cómo se sienten, si necesitan algo y lograr que su adulto mayor dependiente este tranquilo, así como cubrir también las necesidades económicas, sociales y mentales.

### **1.3 Preguntas de investigación**

Con fundamento en todo lo planteado anteriormente, se formularon las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los estresores percibidos por cuidadores familiares de adultos mayores (CFAM)?

¿Los distintos estresores percibidos por los CFAM producen diferentes niveles de estrés?

### **1.4 Hipótesis de trabajo**

1. Los CFAM perciben estresores relacionados con el cuidado del adulto mayor.
2. Los CFAM perciben estresores relacionados con los roles que desempeñan al interior de la dinámica familiar.
3. Los CFAM perciben estresores relacionados con los roles que desempeñan en la sociedad.
4. Los estresores no relacionados con el cuidado producen niveles de estrés equivalentes a los generados por los estresores del cuidado.

### **1.5 Objetivo de la investigación**

El objetivo general de la presente es analizar los estresores percibidos por una muestra de CFAM de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Los objetivos específicos son:

1. Identificar circunstancias, condiciones o eventos percibidos como estresores por los CFAM.
2. Clasificar los estresores de acuerdo a análisis de su contenido.
3. Analizar el nivel de estrés percibido por el CFAM en función de los tipos de estresores identificados.

## Marco Teórico

La presión que se genera sobre los CFAM al tratar de adaptarse a las nuevas exigencias derivadas del cuidado, así como la realización de los diferentes roles de su vida diaria, llegan a ocasionar estrés en los cuidadores. Estrés y estresores son conceptos sumamente relacionados y, dado que el objetivo de esta investigación se centra en estresores percibidos en cuidadores, primeramente se abordarán aspectos teóricos claves en la conceptualización del estrés, después se concretarán los componentes estudiados en el abordaje del estrés y bienestar en cuidadores familiares de adultos mayores, y por último, se abordarán los fundamentos teóricos y de investigación empírica sobre estresores en cuidadores familiares.

### 2.1 Estrés: aspectos conceptuales

Se habla de estrés cuando existe una estimulación nociva, amenazante o confusa para la persona. El estrés se refiere a la reacción producida en el individuo ante situaciones en las que ellos considerarían necesario contar con las habilidades para salir adelante en tales situaciones, de forma que las circunstancias no fueran percibidas como amenazantes del propio bienestar o de otros significativos. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el estrés “es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 43). En ocasiones al afrontar tal situaciones se fracasa y eso puede afectar a la persona orillándola a la depresión y en la infelicidad.

La investigación sobre el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), refleja la particular y cambiante relación entre el individuo con sus características (compromisos,

valores, forma de pensar, forma de percibir) y el entorno donde las características deberán predecirse e interpretarse; en esta relación dinámica la primera parte de una consecuencia puede llegar a ser un antecedente en la segunda parte, siendo la causa el individuo así como el ambiente. En esto consiste la evaluación cognitiva, la cual se centraliza en la evaluación de la amenaza, haciendo referencia a la interacción que se presenta entre el individuo y el ambiente, no al ambiente o al individuo por separado (Ocejo, 2012).

Dentro de la teoría de Lazarus y Folkman (1984), ante la existencia de estresores se dan dos tipos de evaluaciones: la evaluación primaria, que consiste en la percepción de estrés propiamente dicho y la evaluación secundaria, que implica los recursos de afrontamiento del individuo. Ahora bien, en la evaluación primaria se distinguen las siguientes clases: 1) irrelevante, cuando el individuo al encontrarse con el entorno no le surgen consecuencias ni implicaciones, 2) benigna-positiva, cuando los resultados o consecuencias de alguna situación son positivos, ayudan a conseguir el bienestar o si logran preservarlo y 3) estresante, en éstas se incluyen las que significan daño o pérdida, amenaza y desafío, considerando al daño o pérdida cuando se recibe o se presenta un daño a la estima propia o social, así como el perder a un ser querido, la amenaza, son los daños a pérdidas que aún no ocurre pero que se prevé que pasará, el desafío es muy parecido con la amenaza, ya que los dos implican la movilización de estrategias de afrontamiento.

Por su parte, la evaluación secundaria está dirigida a valorar qué se puede hacer ante una situación que se considere como peligrosa, desafiante o amenazante y se caracteriza por la confrontación estresante ya que los resultados que se dan serán dependiendo de lo que se haga ante la situación, de lo que pueda hacer y lo que haya en juego. La reevaluación hace referencia

al cambio que se da en una evaluación previa en base a una nueva información que recibe el propio individuo y/o el entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

Son muchas las investigaciones que se han centrado en el estudio de la evaluación secundaria del estrés, es decir, en el afrontamiento; éste se define como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984, p. 164).

El afrontamiento cuenta tres aspectos primordiales: 1) se refiere a las observaciones y valoraciones de lo que el individuo hace realmente; 2) lo que el individuo piensa en realidad es analizado en un contexto determinado; y 3) el cambio de pensamientos y acciones conforme se desarrolla la interacción. Por lo que el afrontamiento es un proceso voluble en donde el individuo, en momentos terminantes, debe contar primordialmente con estrategias, es decir, estrategias defensivas, y en otros con aquéllas que sean útiles para resolver el problema, esto a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

Pearlin (1989) hace referencia al afrontamiento como a las acciones que toman las personas por cuenta propia en una tentativa para esquivar o menguar el impacto de las contrariedades de la vida, así mismo los considera como intermediarios en el proceso de estrés. Por su parte, Taylor (2007) indica que el afrontamiento es un modo de reducir las situaciones estresantes así como manipular los efectos negativos a la salud utilizando de manera efectiva las estrategias de afrontamiento, asimismo contar con los recursos externos, como: dinero y el apoyo social.



Volviendo al tema de la evaluación primaria del estrés, se tiene que los niveles de manifestación del estrés dependen de las experiencias de cada persona, las cuales se presentan ante situaciones y acontecimientos, esto por las mismas diferencias individuales y de grupo que existen, ya que cada persona es diferente en cuanto a su sensibilidad y vulnerabilidad en ciertos acontecimientos, así como las interpretaciones que le da y cómo reaccionará ante él (Lazarus y Folkman, 1984). Además de concebir tensión psicológica, el estrés también produce cambios en el sistema simpático-adrenal y el eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal; ésta activación por tiempos prolongados o repetidamente ha sido relacionada con padecimientos cardiovasculares, artritis, hipertensión y deficiencias inmunológicas (Taylor, 2007).

Considerable literatura que trata sobre el tema del estrés hace referencia a éste como a las reacciones, las conductas y los procesos, los cuales ya cuentan con su propio concepto y no al estrés en sí. Por lo que se debe hacer énfasis de que el estrés no se debe confundir con alguna pena por una pérdida o por duelo, así como tampoco al dolor que ocasionan un sinnúmero de experiencias, ni con la ansiedad, la depresión o algún tipo de conflicto. Sin embargo, la aparición del estrés si puede estar asociada por algunos de los elementos antes mencionados, entrelazados con afectos, sentimientos y emociones y este se da en escenarios o situaciones duraderas y/o permanentes, no se da por una situación pasajera o de un instante, se requiere que la demanda sea prolongada (Fierro, A. S/F).

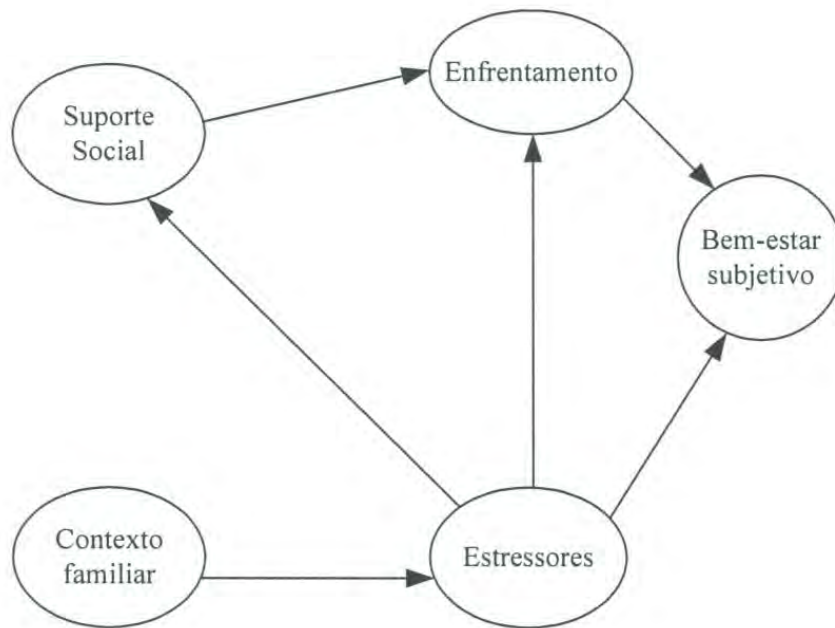
## **2.2 Paradigma estrés y bienestar en cuidadores familiares de adultos mayores**

Los diferentes resultados hallados sobre el impacto que tienen las tareas del cuidado en el bienestar de los cuidadores se deben a las diferencias de cada individuo, basadas en la teoría de Lazarus y Folkman (1984).

Siguiendo esa lógica, Haley, Levine, Brown y Bartolucci (1987) plantearon que las valoraciones de estrés, las respuestas de afrontamiento y apoyo social lograrían intervenir en los efectos de los factores de estrés en el bienestar del cuidador. Este modelo conjetura que el bienestar de los cuidadores se armoniza de manera positiva con las calificaciones que van de menos estrés, mayor es el apoyo social, y también en las respuestas de afrontamiento centralizadas en el problema, en vez de la emoción.

De acuerdo a esos supuestos, Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) detallaron más los aspectos involucrados en el paradigma estrés y bienestar en cuidadores y plantearon los siguientes cuatro componentes: a) las características antecedentes y de contexto (indicadores socioeconómicos, la historia de la atención, la composición familiar y las redes sociales, los recursos de la comunidad), b) los factores de estrés (dependencia funcional de los ancianos, la sobrecarga, el estrés relacionado a la atención de la situación), c) los mediadores de estrés (de afrontamiento y apoyo social) y; d) los resultados o las manifestaciones de estrés.

Por su parte, Domínguez-Guedea (2005) evaluó en Brasil un modelo conceptual del estrés y el bienestar de los cuidadores de las personas mayores (ver Figura 1). Este modelo se desarrolló sobre la base de las relaciones entre (a) el bienestar del cuidador, (b) las estrategias para hacer frente a problemas familiares, (c) la percepción del apoyo social en la experiencia del cuidador, (d) evaluación de los factores de estrés, (e) las características antecedentes del contexto.



*Figura 1.* Modelo conceptual del estrés y el bienestar subjetivo de los cuidadores de familiares mayores.

En este modelo Domínguez-Guedea (2005) encontró que el bienestar es el resultado a predecir, recibiendo la influencia directa de los factores de estrés y estrategias de afrontamiento, e indirectamente en la percepción de apoyo social. También se propuso el modelo de los factores de estrés que pueden intervenir en el bienestar, el afrontamiento y la percepción de apoyo social como mediadores. A sí mismo, las variables de estrés pueden ser predichas por las características de antecedentes y el contexto familiar.

Para evaluar el modelo desarrollado en Brasil en un nuevo contexto latinoamericano, en Hermosillo, Sonora, México, la misma autora introdujo adaptaciones y amplió las variables contempladas en el modelo (ver Figura 2).

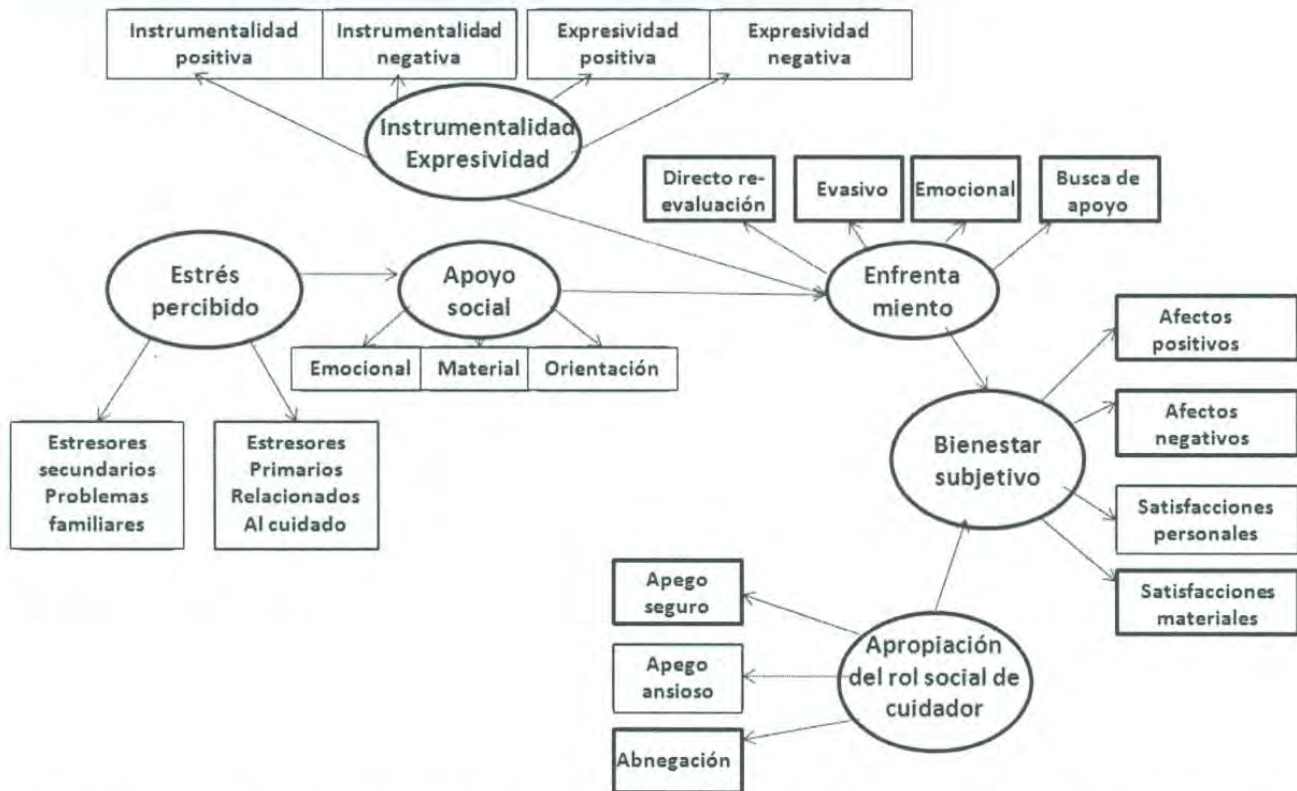


Figura 2. Modelo hipotético de las relaciones predictivas de variables personales y culturales sobre el bienestar subjetivo de cuidadores de familiares adultos mayores (Domínguez-Guedea, 2008).

De todos los aspectos incluidos en el modelo de Domínguez-Guedea (2008), es de particular interés para el presente trabajo analizar las fuentes de estrés en cuidadores familiares, es decir, en los estresores que perciben, razón por la cual enseguida se profundizan los conceptos y evidencias de investigación al respecto.

### 2.3 Situaciones estresoras para cuidadores familiares de adultos mayores

La comprensión de las situaciones que representan una fuente de estrés para las personas ha ido avanzado hacia estudio de los contextos o estímulos que son estresores. Elliot y Eisdorfer, (1982) clasifican a los estresores en cuatro tipos, a saber: 1) estresantes agudos, que son los que se limitan por el tiempo, ejemplo, de este es tirarse de un paracaídas; 2) secuencias estresantes, entendidas como acontecimientos que duran un cierto periodo de tiempo y puede ser

desencadenado por alguna situación, como por ejemplo el divorcio o pérdida de trabajo; 3) estresantes crónicos intermitentes, referidos a problemas sexuales o visitas conflictivas, que ocurren una vez al día, a la semana o al mes; 4) estresantes crónicos, que son problemas que duran por mucho tiempo, por riñas entre los padres o problemas en el ámbito laboral, así como aquellos que generan cambios significativos en la vida haciendo diferencias de los cambios rutinarios de la vida diaria.

Es necesario situar a los estresores en su contexto social, estatus y roles y comprender que éstos se relacionan con las condiciones socioeconómicas, recursos psicosociales, así como las labores propias del cuidado y todas las demás demandas a la que están expuestos los cuidadores en sus otros papeles sociales (Deví y Ruiz, 2002).

Según Pearlin (1999), las enfermedades y las dificultades diarias son estresores que tienen importantes implicaciones para los cuidadores familiares y sus efectos dependen de los recursos personales y sociales a los cuales tienen acceso las personas.

Los estresantes primarios son todos los que están ligados con las actividades propias del cuidador, dentro de estos mismos estresores están los estresores objetivos en estos se incluyen las condiciones del AM, así como las tareas que se desempeñan al cuidarlo, los otros son los subjetivos, estos son suscitados por el cuidado que se le brinda al AM, la importancia de establecer la diferencia entre estos, es que la valorización subjetiva que realiza el cuidador es mejor predictora que la tarea en si (Montorio, Yanguas, Díaz-Veiga, 1999; citado en Crespo y López, 2007).

Los estresores secundarios son los que se producen por los otros ámbitos de su vida y no por el cuidar al AM, sin embargo, este rol de cuidador hace que se incrementen estos estresores

secundarios. En la mayoría de los casos estos tienen relación con las actividades de los diferentes roles que se desempeña el cuidador y se reflejan con problemas familiares, maritales, laborales, económicos entre otros (Crespo y López, 2007).

Cuando el adulto mayor se vuelve dependiente, se da la necesidad del cuidado y comúnmente se trata de un familiar de este o también conocido como cuidador informal el que se haga cargo de esta labor. Sin embargo las necesidades que se dan por el cuidado, el hecho de que habrá que asignar a alguien que se encargue de brindar las atenciones requeridas son generadoras de problemas o conflictos entre la familia. Habitualmente el iniciar como cuidador se da manera inopinada e inevitable, por motivos diferentes: asignación de los padres, el hecho de que ellos quieran vivir con las hijas, por el cariño, el amor, la fidelidad hacia la persona a quien se cuidara, por la obligación moral, el hecho de que nadie más lo quiera hacer o que en realidad no haya quien lo haga (IMSERSO, 2005b; Robles, 2006). Pese a las consecuencias que deja el cuidado, los hijos son los que se encargan de brindarlo y esto representa una carga física, emocional y económica, y si estos no cuentan con una red de apoyo social esta carga puede ser aún mayor (Bover-Bover, 2006; Nigenda et al., 2007).

El cuidado de los adultos mayores es considerado como una de las situaciones que genera mayor tensión y sufrimiento para la familia, por lo que se ha estudiado en diferentes países en forma cuantitativa y cualitativa (Félix et al., 2011), y muestran el impacto multidimensional negativo con más frecuencia en la mujeres siendo en la salud física y psíquica, la familia, las actividades de ocio, sociales y laborales (Félix, 2012). Estos efectos destructores hacen que los cuidadores estén al borde de sus capacidades, porque aunado a ellos están los costes de oportunidades de estudio, de trabajo, relaciones maritales e hijos, tiempos de diversión, la falta de apoyo y el ver el deterioro de su adulto mayor (Crespo y López, 2008).

Existen evidencias de que el ser CFAM genera una fuente de estrés y afecta en la mayoría de los casos de forma muy significativa la vida del cuidador y en muchas de las ocasiones no se descubren de manera oportuna las necesidades de los cuidadores ya que sus recursos son limitados, y no cuentan con accesos a los servicios y a los programas de salud, no tienen apoyo y esto hace que el cuidado se vuelva cansado y dilatado; estas circunstancias complican de mayor forma el bienestar de los CFAM que se adjudican el rol del cuidado, estableciéndose como un factor de riesgo para el sostenimiento de la salud. Ante estas situaciones de falta de atención a los CFAM, los profesionales de salud y de gobierno deberían velar por todos ellos, haciéndose más llevadera la tarea del cuidado y así más seguro su bienestar y el de la persona quien es cuidada (Alvarado, 2007).

Como se ha ido mencionando el ser cuidador de una persona dependiente conlleva a realizar incontables y diferentes tareas, que rebasan en muchas ocasiones los medios con los que cuenta el cuidador. Las tareas demandadas por este papel de cuidador son consecutivamente variantes, de tal manera que las soluciones que sirven en determinado momento quizá después no den el mismo resultado favorable, ocasionando que el cuidador vaya cambiando y adaptándose día con día a las necesidades que vayan surgiendo de su adulto mayor dependiente. Aunado a la carga emocional que pueda presentar el cuidador, por ver los deterioros de su familiar mayor (Crespo y López, 2008).

Rogero (2010 o 2009), en base a la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España 2004 (EAIME 2004), observó que el porcentaje de los cuidadores que tienen problemas surgidos por el cuidar fue del 87%: el 56% de ellos en su estado de salud, el 61% en el ámbito profesional y/o económico y el 80% en su tiempo libre o vida familiar. No obstante todos los efectos que surgen del cuidado se pueden diferenciar por diversos ámbitos, pero estos se combinan e

interaccionan de formas dinámicas, y dan como resultado una gran diversidad de experiencias de cuidado. Por lo que elaboró una propuesta que clasifica las consecuencias del cuidado. Como se ha ido observando el cuidado tiene efectos en los distintos ámbitos de la vida de los cuidadores. Y aunque exista un sinfín de literatura que hable sobre el tema, no hay un encasillamiento específico de las consecuencias del cuidado.

En muchos de los estudios corroboran que el cuidado genera un impacto sobre la salud mental y física principalmente de manera negativa. Las consecuencias más significativas que están en relación con la salud en la literatura son: la emocional, como el estrés psicológico, los estados de ánimo negativos, la pérdida de control e independencia (Fast, 1999), la depresión (Montoro Rodríguez, 1999), el sentimiento de culpa y frustración, e inclusive se ha justificado que las tasas de morbilidad en los cuidadores son más elevadas que con el resto de la población (Bazo, 1992).

### **2.3.1 Consecuencias en la salud emocional o psicológica del cuidador.**

Los efectos de salud mental aparecen más frecuentemente en forma de trastornos psicopatológicos y de manera más intensa que las enfermedades físicas (García, Mateo y Gutiérrez, 1999; Mateo et al., 2000). Así como trastornos depresivos (Pearlin, 1991), la ira y la hostilidad (Anthony-Bergstone, Zarit y Gatz, 1998). Cuando el estrés en continuo se puede generar el síndrome de burnout o bien el “síndrome del quemado”, este se caracteriza por presentar síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e incongruencia en la tarea que realiza (Peinado Portero & Garcés de los Fayos Ruiz, 1998). Montoro Rodríguez (1999) ha relacionado el grado de dependencia del receptor y el tiempo que dura el cuidado con los síntomas depresivos.



Segura et al., (1998) Roca et al., (2000) han relacionado el nivel de dependencia de la persona mayor con los niveles de ansiedad y de depresión de los cuidadores. Moral et al., (2003) realizó un estudio con 215 cuidadores de pacientes que atendían a los adultos mayores en un servicio de hospitalización a domicilio, y se halló que mostraban mayor riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad si el grado de dependencia del adulto mayor era más grave.

El apoyo social y el de la familia es un factor muy importante que puede generar un impacto negativo en la salud psicológica de los cuidadores (Seltzer & Heller, 1997).

### **2.3.2 Consecuencias en la salud física.**

Sobre los efectos en la salud física, se pueden recalcar dos importantes repercusiones, la primera de ellas hace hincapié al descubrimiento de los indicadores de las enfermedades, la segunda a la insuficiente atención por parte del cuidador para atenderse y así llevar a cabo conductas para prevenir la salud (Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2006).

Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé (2006) hicieron una revisión teórica acerca de las consecuencias de la sobrecarga sobre los cuidadores; citando a Thompson y Gallagher-Thompson, (1996), Mateo et al (2000) y Kiecolt-Glaser et al, (1987) García, Mateo y Gutiérrez, (1999), resumen como consecuencias las siguientes: autoevaluaciones negativas de salud, presencia de síntomas psicósomáticos, aparición de problemas cardiovasculares, aparición de trastornos inmunológicos, desarrollo de problemas de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Adicionalmente, Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé (2006) realizaron un estudio empírico en el cual descubrieron que las situaciones estresantes que se generaban por el cuidado tenían relación con las repercusiones negativas para la salud física y de las generadoras

de trastornos físicos de mujeres que desempeñaban la tarea de cuidar a personas mayores dependientes.

Aparte de estas consecuencias tanto físicas como emocionales y el aumento de riesgo para desarrollar más enfermedades, la mayoría de los cuidadores tienen menor probabilidad para cuidar y atender su salud y sus necesidades para esta. La mayoría del tiempo los cuidadores son de la misma edad de la persona que es cuidada. Dentro de los resultados de la Encuesta de Apoyo Informal a Mayores en España 2004 (IMSERSO, 2004a) son manifiestos en ese aspecto, los cuidadores que se encontraban cansados por el cuidado tenían el 33%, el 28% suponía que su salud se iba deteriorado por la tarea de cuidar y el 27% aseveraba que no tenía tiempo para cuidarse a sí mismo (Rogeró, 2010).

### **2.3.3 Consecuencias en la situación económica.**

Dentro de las consecuencias económicas el cuidador pasa por crisis dentro de su hogar ya que los recursos económicos deben repartirse en todos los gastos que se generan dentro de ella así como también en atender las demandas surgidas por el adulto mayor a quien cuida, como su tratamiento, adecuaciones en casa para su comodidad. La gran parte de las consecuencias del cuidado dentro de las economías familiares se consideran como costes, sin embargo; también se pueden ver efectos positivos, por ayudas monetarias ocasionales, el vivir en la casa de la persona a quien se cuida, el recibimiento de herencias a futuro, etc.

Rogeró (2010) realizó una propuesta para las clasificaciones de las consecuencias, tomando como referencia (a) la persona al que afecta y (b) el ámbito en el que influye el cuidado. De este modo, el fenómeno del cuidado asume derivaciones en más colectivos que los cuidadores y receptores de cuidado. El cuidado perturba (1) a receptores del cuidado, (2) a

cuidadores informales, (3) a las familias y al entorno de los cuidadores, (4) a los empleadores de los cuidadores y (5) a la sociedad en general (Fast 1999).

Por lo que se propuso de la siguiente manera y parte de la diferenciación de las consecuencias negativas y positivas en el ámbito económico, en la salud y en las relaciones sociales. Otorgando un estatus análogo entre carácter económico, físico y social. Con ello, se da un estatus similar a los efectos de carácter económico, físico y social.

Como se ha ido observando en esta investigación el estrés es generador de repercusiones en la salud del cuidador en todos los ámbitos de su vida y persona, sin embargo también lo es para la persona a quien se cuida ya que puede que del hecho de que el cuidador se sienta mal surjan malos tratos hacia la persona cuidada e institucionalizarlo prematuramente.

#### **2.3.4 Consecuencias Positivas en Cuidadores.**

Así como se han encontrado en la numerosa literatura evidencias de que los cuidadores sufren de consecuencias negativas al cuidar, también existen consecuencias positivas al cuidar (Carretero, Garcés, Ródenas, y Sanjosé, 2006). Han señalado dos consecuencias positivas para los cuidadores al cuidar, la primera de ellas, es: la satisfacción, la cual hace énfasis al sentir del cuidador como el placer por apoyar, la conciencia de que está dando una mejor asistencia, así como el disfrutar del tiempo y la cercanía con la persona a quien cuida (Lawton et al., 1989). La segunda es: la maestría, la cual refiere a la experiencia que se le proporciona al cuidador por el cuidar, sintiendo confianza para brindar la asistencia de manera efectiva y de calidad a la persona a quien cuida (Pearlin y Schooler, 1978; Lawton et al., 1989).

Tal y como se ha desarrollado en este el capítulo de marco teórico deja de manifiesto que la presión experimentada por los cuidadores sobre las actividades implícitas en sus tareas del cuidado de su AM son generadores de estrés y que además, no siendo las únicas, ya que a su vez se presentan preocupaciones y problemas ajenas al cuidado, quedando claro en las propias expresiones que los CFAM mencionan. Tanto el estrés como los estresores manifestados por los correspondientes, repercuten significativamente en la salud emocional, física, psicológica y en el aspecto económico, siendo este último referido por ellos como un punto clave como generador de su estrés. Del mismo modo, se puede hacer mención a consecuencias positivas en sus actividades de cuidado, tales como: el placer por apoyar a sus asistidos e ir adquiriendo experiencias, que redundan en beneficio del propio cuidado haciendo más óptimas sus actividades.

A continuación se presenta el método seguido en este estudio para obtener datos empíricos sobre situaciones generadoras de estrés en una muestra de cuidadores familiares de adultos mayores, en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

## Método

### 3.1 Participantes

La muestra del estudio consistió en 406 cuidadores de familiares de adultos mayores y se obtuvieron por el procedimiento de selección no probabilístico, por conveniencia, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, México.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: a) que el cuidador fuera familiar del adulto mayor que recibe los cuidados; b) habitar con el adulto mayor o visitarlo por lo menos una vez a la semana; c) brindarle apoyo en alguna de las actividades básicas de la vida diaria al adulto mayor.

Los criterios de exclusión fueron: a) que el conjunto de instrumentos aplicados no estuvieran completos hasta el 80% o más de las preguntas; b) que hayan expresado el no querer seguir con la colecta de datos; c) el no haber podido contactar al participante y por ello no dar seguimiento al proceso de las colecta de datos.

En la siguiente tabla (ver Tabla 1) se muestran los porcentajes de los cuidadores, así como los de adultos mayores a quienes se les brinda el cuidado, el 88.2 % eran mujeres y el 11.8% hombres en cuanto a los cuidadores, en los adultos mayores que reciben cuidados el 70% eran mujeres y el 30% hombres.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra**

VARIABLE	CUIDADOR FAMILIAR	ADULTO MAYOR QUE RECIBE CUIDADOS
----------	-------------------	----------------------------------

Sexo Masculino	48 (11.8%)	Masculino	122 (30%)
Femenino	358 (88.2%)	Femenino	284 (70%)
Parentesco del cuidador con AM			
Hijo	305 (75.1%)		
Esposo/a	30 (7.4%)		
Nieto /a	23 (5.7%)		
Hermano/a	17 (4.2%)		
Otros (nueras, sobrinos, primos, cuñada)	31 (7.6 %)		
Vive con Adulto mayor			
No	160 (39.4%)		
Si	246 (60.6%)		
Tiene cónyuge el cuidador			
No	139 (34.2%)		
Si	267 (65.8%)		

El promedio de cuidado del adulto mayor es de 8 años (DE=8.96), el menor tiempo de cuidado fue de un mes y el máximo fue de 60 años. Las edades de los participantes variaron de 19 a 87 años (M= 48.95; DE=12.38) y las edades de los adultos mayores que reciben los cuidados fluctuaron entre los 60 y los 102 años (M=78.4; DE=8.55).

### 3.2 Instrumentos

Para la recolección de datos generales tanto del adulto mayor como del CFAM, se aplicó una ficha socio-demográfica (Anexo 1). Para la valoración del criterio de inclusión en la muestra

de participantes correspondiente a proveer asistencia/ayuda al AM, se aplicaron los índices de valoración geriátrica, cuyas versiones originales fueron modificadas por Domínguez-Guedea (2005; 2006), estos índices fueron: el Barthel Index, original de Mahoney y Barthel (1965) y el Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton & Brody, 1969), en conjunto ambos índices dan idea de 20 actividades instrumentales y de la vida cotidiana en las cuales el AM podría necesitar ayuda por parte del cuidador; a cada ítem referido la funcionalidad del mayor se agrega la pregunta ¿qué tanto estrés/preocupación le genera a usted? para valorar el nivel de estrés del cuidador en relación a la dependencia funcional del AM (Anexo 2).

También se utilizó la Escala de Estrategias de Enfrentamiento a los Problemas, desarrollada y validada por Domínguez-Guedea en 2005 en Brasil con cuidadores familiares de adultos mayores. En 2013 se realizó un estudio por Domínguez-Guedea y col., en cuidadores familiares de adultos mayores en Hermosillo, el cual dio como resultado que el instrumento explica el 54.13% de la varianza de enfrentamiento en tres factores: enfrentamiento de alteración emocional (seis ítems;  $\alpha = .81$ ), enfrentamiento religioso (tres ítems;  $\alpha = .89$ ) y enfrentamiento resolutivo social (cuatro ítems;  $\alpha = .82$ ); las cargas factoriales de todos los ítems fueron  $>.52$ . Los ítems miden la frecuencia con la que el cuidador utiliza la estrategia de enfrentamiento indicada en el enunciado correspondiente y las opciones de respuesta están dispuestas en escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca; 2 = pocas veces; 3 = muchas veces; 4 = siempre). La parte inicial de la escala explora las preocupaciones, situaciones que actualmente generan estrés al respondiente, a través de pregunta abierta, así como también indaga el nivel de estrés percibido, mediante una pregunta tipo Likert de cinco puntos (1 = menor estrés; 5 = mayor estrés). En el Anexo 3 se presenta la escala.

### 3.3 Procedimiento

La muestra fue contactada por medio de los miembros del Equipo de Investigación y Acción para cuidadores familiares de adultos mayores por medio de las organizaciones que se dedican a brindar servicios a las personas adultas mayores, así como contactos personales. Inicialmente se acudirá a las unidades de salud de los tres niveles de atención: clínicas comunitarias, hospitales y centros de higiene mental, también se acudió a las organizaciones de la sociedad civil, a grupos pastorales en las iglesias y templos de la comunidad, el objetivo de las visitas fue contactar a los responsables de los lugares dichos anteriormente y presentarles la situación del estudio. Cuando los permisos correspondientes fueron otorgados por parte de la dirección de estos lugares, se pasó hacer las invitaciones para formar parte del estudio a los cuidadores, y fueron por medio de carteles y de manera individual, llegando a los acuerdos establecidos en la Carta de Consentimiento Informado del proyecto (Anexo 4). Cuando los cuidadores aceptaron ser parte del estudio, se programaron las visitas domiciliarias y así se pasó a coleccionar la información requerida en el conjunto de instrumentos, identificándose por la ficha de identificación del cuidador (Anexo 5).

Dicha información se recopiló a través de una entrevista y de diferentes escalas que fueron auto-administradas o bien por medio del entrevistador. La secuencia del conjunto de instrumentos fue de la siguiente manera: datos socio-demográficos, enfermedades y discapacidades del adulto mayor y del cuidador, así como su satisfacción con su salud, entrevista de experiencia del cuidado, escala para sobrecarga, apegos, estrés, enfrentamiento y apoyo social. A su vez, también se aplicaron otros cuestionarios, los que formaron parte del proyecto del



cual se desprendió este estudio, de tal manera que la información se recolecto en una o varias sesiones, las cuales tuvieron una duración de hora y media aproximadamente. En la mayor parte de los casos se necesitó de una a tres sesiones por participante. En general, los aplicadores de los instrumentos fueron estudiantes de psicología y posgrado, anticipadamente adiestrados y estandarizados.

A todos y a cada uno de los participantes se les entregó un directorio que registraba una lista de recursos sociales y de salud que existen en la comunidad, que tenía como contenido: el propósito del estudio, los números de emergencias, los hospitales, los servicios profesiones interdisciplinarios, los servicios gubernamentales, así como un agradecimiento por la tarea de cuidar. Que tuvo como objetivo de atender al proceder ético del psicólogo, en relación a ofrecer información a las personas en virtud de los problemas que estas expongan.

La información sobre problemas y preocupaciones referidos por los CFAM fue tratada mediante análisis cualitativos, de contenido, siguiendo el procedimiento de formulación de temas y categorías temáticas.

### **3.4Diseño y tipo de estudio**

El diseño de esta investigación fue de tipo no experimental, ya que no se manipularon variables del contexto natural, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que no se tuvo un listado definitivo de los cuidadores, de tipo transversal por que la muestra se obtuvo en un tiempo único, y de tipo descriptivo-correlacional, donde se describieron las variables a estudiar, y se proporcionó un valor predictivo de dos o más medidas diferentes, mostrándose su covarianza, con la que se especificarán propiedades, características, perfiles de personas, grupos o comunidades (Hernandez-Sampieri, Fernández y Batista, 2003).

## Resultados

En este apartado se exponen los resultados de los análisis de contenido realizados. De las tablas 2 a la 6, se presentan las clasificaciones de categorías temáticas identificadas en el total de respuestas de los 406 CFAM; el orden de presentación de tablas obedece a la mayor frecuencia de contenidos identificados en cada una de ellas.

En las tablas se indican: a) los temas particulares de cada categoría temática, b) ejemplos de los contenidos vertidos por los respondientes ante la pregunta ¿Hay algún problema o preocupación que le haya estresado en el último mes?, c) en la tercera columna de las tablas se señala la frecuencia de respuestas-contenidos obtenidos en cada tema, d) la media de estrés percibidos por los informantes, en relación a la preocupación-problema expresado, e) se enumera de mayor a menor los contenido de estrés en temas y contenidos reportados.

Después de cada tabla se formula la definición cualitativa de la categoría temática correspondiente, con base en los temas identificados y en sus contenidos. Posteriormente, los temas son interpretados en términos de las puntuaciones de estrés que los respondientes indicaron percibir en relación a sus problemas/preocupaciones.

**Tabla 2. Análisis descriptivo de los temas que integran a la categoría Preocupación por el bienestar del adulto mayor.**

Tema	Ejemplos de Contenido	Frec.	$\bar{x}$	Orden/ estrés
Problemas de salud del AM no especificados	"La evolución de la enfermedad de mi mamá" "Mi mamá su situación de salud" "Problemas de salud de mis papas"	46	4.19	6
Enfermedades Crónico-degenerativas	"preocupación por el futuro del Parkinson" "cuando se le sube el azúcar" " su enfermedad de artritis"	12	4.18	7
Deterioro Cognitivo del Adulto mayor	"le preocupa que se desoriente" " empezó a tener alucinaciones y no conocía a la gente" "Se le olviden las cosas (miedo a Alzheimer)"	9	4.33	3
Dificultades emocionales del AM	"ha estado muy renegada, "tiene temor a volver a vivir sola a pesar de que ya está mejor"	9	3.94	9
Irregularidades del seguimiento/chequeo médico	"no quiere comer, y toma mucho medicamento" "no tome sus medicinas como debe ser"	8	4.25	5
Preocupación por la integridad del AM cuando está solo	"Le puede pasar algo, la abuela está sola" "Está en la casa de mi mamá mi hermano adicto" "Que le pase algo y yo no esté"	8	4.31	4
Enfermedades Agudas	"no se levanta de su cama por infección" " infección de la orina"	8	4.12	8
Deterioro físico y fragilidad del AM	"el que mi mama este tan delicada se está poniendo peor y la ve muy cansada"	7	4.57	1
Miedo a la muerte del AM	"Siento que ya pronto va a morir" "Le puede pasar algo cuando está sola"(mamá)	6	4.33	3
Cirugías	"Cirugía de cataratas e irritabilidad hace 2 meses" "Próxima operación de la Rodilla de mamá"	5	3.60	10
Caídas	"Se cayó y se lastimó la cadera" "Se cayó y se lastimo la rodilla"	4	4.50	2
Discapacidad del AM	"No puede caminar y se le dificulta hablar" "No ve y no camina y cada día está más chiquita"	4	3.50	11

Frec=Frecuencia de respuestas; AM= Adulto mayor

En esta categoría se engloban los problemas de salud del adulto mayor (destacándose las de tipo crónico-degenerativo y deterioro cognitivo), así como situaciones que lo vulneran, tales como dificultades emocionales, caídas, discapacidad, cirugías, irregularidades en la adhesión al tratamiento y falta de chequeo médico; además se incluye la preocupación por la integridad del AM cuando el CFAM no puede estar con él/ella, así como el miedo a que muera. Enseguida se transcriben contenidos específicos e integradores de cada tema de la presente categoría:

**1. Enfermedades Agudas:** Resfriado, orina con dolor, infección (estómago, orina), encías en mal estado, tristeza, diálisis peritoneal,

**2. Caídas:** se lastimó la rodilla, golpes, lastimadura de cadera.

**3. Cirugía:** De rodilla, cataratas, y pendientes

**4. Enfermedades Crónico-degenerativas:** Diabetes, estrés, tristeza, vena tapada, presión arterial, problemas de coágulos, Parkinson, cáncer, osteoartritis, epilepsia, artritis.

**5. Deterioro cognitivo del AM:** Se olvidan las cosas, se le va el tape, se está volviendo loquita, demencia, desorientación, alucina no conoce a la gente.

**6. Deterioro físico/fragilidad del AM:** Está delicada, no puede comer por sus dientes, perdió peso, preocupación por la dieta médica, sin ganas de hacer nada, baja de defensas, su corazón no trabaja bien, se ve muy cansada, débil y viejita, se está haciendo chiquita.

**7. Dificultades emocionales del AM:** Se siente olvidado/a, depresión aislamiento, cree que está joven que anda haciendo mi papá, salud emocional de mi mamá, con un hijo en la cárcel, se siente mal y está estresada, tiene miedo, muy renegada.

**8. Discapacidad del AM:** No ve y no camina, dificultad para hablar, posible amputación.

**9. Irregularidades del seguimiento chequeo médico:** Dolor, (medicamento sin efecto) No ha ido a su chequeo, no comía y se enfermó por tomar mucho medicamento, no le daban la cita

médica, dilatación en los riñones, toma pastillas para dormir, no toma su medicamento, no quiere comer.

**10. Miedo a la muerte del AM:** Que llegue del trabajo y esté muerta, que fallezca y sufra, siento que ya pronto morirá, que me lleguen a faltar mis padres, que se quede dormida y no despierte, se me está muriendo.

**11. Preocupación por la integridad del AM cuando está solo:** Esta sola, le puede pasar algo cuando no estoy, que está en casa con mi hermano adicto, cuando va a la tienda y se tarda, si mi tío se va se queda sola.

**12. Problemas de salud del AM no especificados:** Enfermedades, tiene el estómago muy inflado, situaciones de salud, problema digestivo, no podía traga y se ponía morada, dolores de cabeza, pies hinchados, la abuela hace ruidos, la enfermedad del pie.

En la tabla 2 los temas indican el mayor nivel de estrés que se genera en los CFAM fueron: Deterioro físico y fragilidad del AM (media=4.57), Caídas, (media=4.50) y Miedo a la muerte del adulto mayor (media=4.33), empatando éste último con el tema Deterioro cognitivo del adulto mayor (media=4.33). Los temas que menor nivel de estrés generaron fueron: Dificultades emocionales del AM (media=3.94), Cirugías (media=3.60) Discapacidad del AM (media= 3.50)

Enseguida se exponen los resultados encontrados en relación a la categoría Preocupación por el bienestar de otros familiares del CFAM.

**Tabla 3. Análisis descriptivo de los temas que integran a la categoría Preocupación por el bienestar de otros familiares del cuidador.**

Tema	Ejemplo de contenido	Frec	$\bar{x}$	Orden/ estrés
Preocupaciones generales por hijos	“Mi hijo sufre mucho por la novia que trae” “Asaltaron a mi hijo y en la noche va a	14	4.15	3

	la escuela”			
Desarrollo de hijos adolescentes	”Mis hijos están creciendo y están rebeldes” “Qué mi hijo es un vago” “El desarrollo de mi hijo adolescente	11	3.45	8
Miembros de la familia en adicción	“El alcoholismo de mi hermano” “Mi sobrino está de drogas” “Me preocupa mi papa, es alcohólico	10	4.50	2
Problemas de salud/limitaciones físicas de hermanos	“Me preocupa la ceguera de mi hermano” “Mi hermana es enferma psiquiátrica” “El infarto cerebral de mi hermano”	10	3.80	6
Desarrollo y crianza de menores en la familia	”Mi hijo divorciado. Le preocupa el niño” “La crianza de mis hijos” “Los niños necesitan su espacio, mi hija está con nosotros”	10	3.50	7
Problemas de salud/limitaciones físicas de hijos	“Déficit de atención de mi hijos” “La parálisis cerebral de mi hijo” “El tren le cortó las piernas a mi hijo”	9	4.00	4
Distancia física de familiares cercanos	“Ni hija vive lejos y no la veo” “Duro más de un mes para ver a mis hijos” “Mi hijo es policía y trabaja fuera”	8	3.93	5
Problemas de salud o limitaciones físicas de cónyuge	“Mi esposo tuvo una operación ambulatoria” “La diabetes de mi esposo” “La enfermedad de mi esposo detectada hace poco”	7	4.57	1
Problemas de salud o limitaciones físicas de Padres	“A mi papá lo están operando el día de hoy” “Mi papá está en USA En terapia intensiva” “Mi mamá cuida a su papá y deja a su esposo”	5	4.50	2
Problemas de salud o limitaciones físicas de miembros de familia extensa	“Mi Tía se cayó” “Mi yerno está enfermo” “La enfermedad de un conuño	5	3.40	9

Frec=Frecuencia de respuestas. CFAM=cuidador familiar del Adulto Mayor.

La categoría Preocupación por el bienestar de otros familiares del CFAM se reflejan las preocupaciones por los hijos, especialmente en relación a su salud y desarrollo de los

adolescentes, así como en relación a la crianza de hijos pequeños o nietos. Se advierten también preocupaciones por la presencia de problemas de adicciones entre los miembros de la familia, así como otros problemas de salud o limitaciones físicas de hermanos/as, cónyuge, padres y familiares políticos; la categoría también integra preocupaciones por la distancia física de familiares significativos del CFAM. Contenidos específicos de los temas de esta categoría son:

**1. Desarrollo de hijos adolescentes:** Cambios en el comportamiento de adolescentes: distanciamiento, relaciones de noviazgo, uso excesivo de internet, preocupación por percibir vulnerabilidad en adolescentes, rebeldía, vagancia y en estudios, ausencia de prácticas religiosas

**2. Desarrollo de crianza de menores de la familia:** Orden en el hogar o cuidar a sus bebés, el niño necesita ayuda para la escuela. La crianza de mis hijos, preocupación por embarazo, atención de los nietos sus papás trabajan, los bebés de las familias necesitan atención.

**3. Distancia geográfica de familiares cercanos:** Hijos y padres que trabajan y viven fuera.

**4. Miembros de la familia en adicciones:** Hijos, esposo o hermanos con problemas de alcohol y drogadicción

**5. Preocupación general por los hijos:** Relación y preocupación por el futuro, sufrimiento de hijos, desinterés por la vida, hijos influenciables, falta de concentración en lo que hacen, problemas emocionales, trabajos pesados, divorcios de hijos, asaltos, que se vaya sin avisar, preocupación por que la otra esposa pida herencia, etc.

**6. Problemas de salud/limitaciones físicas de cónyuge:** Preocupaciones por el esposo por su salud, cirugías, hospitalización, diabetes, enfermedades recientes.

**7. Problemas de salud/limitaciones físicas de hermanos.** Preocupación por hermanos, infarto cerebral, ceguera, dengue hemorrágico, problemática psiquiátrica, síndrome de Down, llevarla al doctor, viudo en accidente, cuidado por enfermedad.

**8. Problemas de salud/limitaciones físicas de hijos:** Renales, parálisis cerebral, embarazo, el tren le corto las piernas, choque, déficit de atención

**9. Problemas de salud/limitaciones físicas de miembros de familia extensa:** enfermedad, caída, problemas cardíacos, necesidad de ayuda. (Tíos, primos, nietos, sobrinos).

**10. Problemas de salud/limitaciones físicas de padres:** Preocupaciones por padres: terapia intensiva por problemas cardíacos, que su papá no sea atendido por su madre, padre en cirugía, madre que no cuida su salud.

La tabla 3 expone los temas de mayor nivel de estrés que se genera en los CFAM y fueron: Problemas de salud o limitaciones físicas de cónyuge (media=4.57). (En los siguientes 2 temas se observa un paralelismo de valoración). Miembros de la familia en adicción (media=4.50), Problemas de salud/limitaciones físicas de padres (media=4.50). Los temas de menor estrés fueron: Desarrollo y crianza de menores en la familia (media=3.50), Desarrollo de hijos adolescentes (media=3.45), Problemas de salud o limitaciones físicas de miembros de familia extensa (media=3.40).

A continuación los resultados encontrados en relación a la categoría Preocupaciones económicas

**Tabla 4. Análisis descriptivo de la categoría Preocupaciones económicas.**

Tema	Ejemplos de Contenido	Frec.	$\bar{x}$	Orden/estrés
Gastos en General	“El dinero no alcanza a veces” “En lo económico, todos cooperan pero no alcanza” "el no tener dinero necesario para que no	36	4.27	3



	batalle tanto"			
Desempleo	"Su hija está desempleada" "Falta de trabajo" "El no tener trabajo seguro"	18	4.53	1
Deudas	"Gano poco no puedo cubrir todos los gastos" "Pidió un préstamo en Copel" "La deuda que tengo"	12	4.50	2
Gastos de Salud	"No se acabala para comprar los medicamentos" "Por la enfermedad y las trácalas" "El costo de las enfermedades de mis papás y no todos cooperan"	9	4.00	4

Frec=Frecuencia de respuestas, CFAM= Cuidador familiar del Adulto Mayor

Esta categoría integra las dificultades que los CFAM tienen para cubrir gastos generales, de salud y deudas, así como los problemas relacionados con la falta de empleo entre los miembros de la familia. Más ejemplos de contenidos específicos para cada tema de esta categoría son los siguientes:

**1. Desempleo:** Desempleado, pausas en el trabajo, no encuentra trabajo.

**2. Deudas:** Carro descompuesto, insolvencia de pagos, etc. problemas económicos en negocio (No van bien las cosas), gastos de reparación de la casa, deuda por aval, deuda de estudios, préstamo que se debe, pago de pendientes, tarjeta de débito vacía.

**3. Gastos de salud:** Falta dinero para medicamentos, el cuidado absorbe los gastos, deuda en el hospital, enfermedad costosa.

**4. Gastos en General:** Precaria economía familiar, siempre hay dificultades económicas, falta de apoyo económico, el dinero no alcanza, no rinde para los gastos, mi esposo trabaja poco, conflictos económicos, los pañales, a veces no hay para lo necesario, el traslado en taxi no es posible, cuestiones económicas para estudio, a veces no hay dinero para pagar luz, agua, el

suelo sigue igual y todo sube, dificultad para pagos de servicios, con su trabajo no le alcanza para sus gastos.

**La tabla 4:** expone los temas de mayor nivel de estrés que se genera en los CFAM y fueron: Desempleo (media= 4.53) Deudas (media= 4.50) Gastos Generales (media=4.27), Gastos de Salud (media= 4.00)

Ahora se exponen los resultados del análisis de la categoría Preocupaciones personales del cuidador.

**Tabla 5. Análisis descriptivo de los temas que integran a la categoría Preocupaciones personales del cuidador.**

Tema	Ejemplo de contenido	Frec.	$\bar{x}$	Orden/ estrés
Dificultades de pareja	“El alcoholismo de mi esposo, su infidelidad y no trabaja. “Mi esposo siempre me ha visto como esclava, es déspota, soberbio y no quiere que tenga a mi mamá aquí” “Mi pareja no quiere que esté fregando con los problemas de mi madre”	14	3.93	7
Conflictos entre hermanos	“Mi hermano viene y ataca y dice cosas” “Hermanos distanciados, yo medio” “Problemas con mi hermano, no aporta”	12	4.32	5
Problemas de salud o limitaciones físicas del CFAM	“No puedo caminar y no tengo dinero para atender mi salud” “Mi salud no me permite hacer las cosas como yo estoy acostumbrada” “Desde noviembre está conmigo y me estreso, tengo que ir al médico”	9	4.75	2
Problemas de comunicación entre otros miembros de la familia	“Necesades e imposición de ideas en la familia” “Situación de no comunicación en la Familia” “Mi nuera y comadre me ignora y no valora lo que hago”	7	4.43	3
Problemas legales en la familia	Pleito por la casa. Hermano en prisión A mi hermano lo cogieron con droga, quisiera que no lo metieran a la cárcel.	7	4.00	6
Malestar	“Murió el perro y tiene otros 4”	5	5.00	1

emocional en relación a otros miembros de la familia	“Falleció su cuñada” “Su hijo mayor dejó la carrera por casarse”			
Carga de responsabilidades diferentes al cuidado del AM	“Estar cansada para cuidar a su hijo” “Qué mi esposo no trabaja, solo yo” “Ir y venir todos los días, andar corriendo”	7	4.36	4
Preocupaciones del trabajo o estudios del cuidador	“Tengo miedo de que me vayan a correr del trabajo” “tiene mucho trabajo y casi no convive con su pareja” “Si voy a terminar mis estudios”	5	3.60	8

Frec=Frecuencia de respuestas; AM= Adulto mayor; CFAM=cuidador familiar de adulto mayor

En las Preocupaciones personales del cuidador se alude a las dificultades y conflictos en las relaciones interpersonales tanto con la pareja, con hermanos y otros integrantes de la familia, del mismo modo, preocupaciones familiares tales como problemas legales. Además, se incluyen situaciones de afectación individual en el cuidador, como el caso de sus problemas de salud o limitaciones físicas, preocupaciones en su trabajo o estudios, así como su desgaste en el cumplimiento de diversos roles sociales. Algunos contenidos referidos en este tema son los siguientes:

**1. Carga de responsabilidades diferentes al cuidado del AM:** Cansada y rendida por cuidar también a su hijo, preocupación por que le pase algo a su familia, Mi esposo no trabaja yo soy la que trabajo, ir y venir, siempre corriendo, cuidar a su nieta.

**2. Conflictos entre hermanos:** pleitos de su hermano con su mamá y esposo, mediadora entre los hermanos que no se hablan, mi hermano viene solo a decir cosas, no hay armonía entre hermanos y cuñados, problemas de relación, convivencia, no aportan dinero, mal comportamiento, no está de acuerdo con las decisiones.

**3. Dificultades de pareja:** No poder estar con mi esposo, conflictos familiares, separación, exmarido que está checando, divorcio, problemas por el cuidado, cerrado de cabeza, infidelidad, intimidad que no desea.

**4. Malestar emocional en relación a otros miembros de la familia:** Murió mi perro, no ha podido viajar para ver a sus hijos, falleció la cuñada, el hijo abandonó la carrera y se casó, no tiene pasaporte para ir con su hermana.

**5. Preocupaciones del trabajo/estudios del cuidador:** No tener trabajo, nuevas reformas y exigencias de trabajo, incertidumbre en asuntos personales, terminar o no sus estudios.

**6.- Problemas de comunicación entre otros miembros de la familia:** Preocupación por las malas actitudes, imposición de ideas, ignorarse, no saludar, no valorar lo que se hace por ellos, contradicciones en la relación.

**7. Problemas de salud-limitaciones físicas del CF:** Problemas de salud, checarme que no se haga cáncer, salud del propio cuidador, me estreso tengo que ir al médico, no encontrar trabajo, abandonar el trabajo.

**8. Problemas legales en la familia:** Que la esposa (2ª) exija más dinero, pleito por casa, infracciones en familiares, arreglar el nombre de mamá. Que no vaya a la cárcel, lo detuvieron con droga, está en la cárcel y no lo veo.

La tabla 5 presenta los temas de mayor nivel de estrés que se generan por preocupaciones personales del cuidador, a continuación:

Malestar emocional en relación a otros miembros de la familia (media= 5.00), Problemas de salud o limitaciones físicas del CFAM (media= 4.75) Problemas de comunicación entre otros miembros de la familia (media=4.43). Algunas referencias que fueron valoradas con menor

significancia. Dificultades de pareja (media=3.93) y Preocupaciones de trabajo o estudios del cuidador (media=3.60)

Finalmente, la Tabla 6 expone los resultados de la última categoría identificada del cuidador para cuidar.

**Tabla 6. Temas y ejemplos de contenidos de la categoría temática Dificultades del cuidador para cuidar.**

Temas	Ejemplos de contenido	Frec	$\bar{x}$	Orden/ Estrés
Falta de involucramiento de hermanos en el cuidado	"el tener un hijo y no contar con el" "nueve hijos hombres y mujeres y poca ayuda" " que no tengo apoyo de mis hermanos para cuidar a mi mamá"	17	4.40	2
Dificultades de convivencia con el AM	"Mis papás no son de carácter fácil... " "es muy berrinchuda" "se pone necia y se sale de la casa sola"	14	4.54	1
Preocupación por cuidados en general	"El cuidado de mi mamá" "El cuidado de mi esposa" "El cuidado de mi papá"	11	4.19	3
Limitaciones de tiempo para cuidar	"...es muy nerviosa no quiere estar sola, todo el día este alguien con ella" "No puedo estar con ella todo el tiempo que quisiera"	8	3.88	4

Frec=Frecuencia de respuestas; AM= Adulto mayor; CFAM=cuidador familiar de adulto mayor

En Dificultades del cuidador para cuidar, se contempla la inconformidad de los respondientes ante la falta de participación de los hermanos en las responsabilidades del cuidado, los problemas que viven en sus relaciones interpersonales en el rol de cuidados, las limitaciones de tiempo que los CFAM tienen para cuidar, así como, las preocupaciones que devienen del conjunto de demandas que implica la atención al AM. La integración de contenidos de cada uno de los temas es la siguiente:

Dificultades de convivencia con el AM, (media= 4.54), Falta de involucramiento de hermanos en el cuidado (media=4.40), Preocupación por cuidados en general (media=4,19), y la más baja valoración fue: Limitaciones de tiempo para cuidar (media=3.88).

**Tabla 7. Análisis descriptivo de las categorías temáticas identificadas**

<b>Categoría Temática</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Orden/estrés</b>
Preocupación por el bienestar del Adulto Mayor	126	31.03	4.18	4
Preocupación por el bienestar de otros familiares	89	21.92	3.96	5
Preocupación económica	75	18.47	4.33	1
Preocupaciones personales del cuidador	66	16.26	4.27	3
Dificultades del cuidador para cuidar	50	12.32	4.30	2
Totales	406	100.00	4.21	

En la Tabla 7 se organiza el total de categorías temáticas en función de la frecuencia de contenidos indicados, el porcentaje que ocupan en relación con la muestra total de CFAM, el promedio de estrés reportado en la categoría, así como el orden de jerarquía dados los niveles de estrés.

Como se observa en la tabla 7 de resultados generales relacionados en las categorías, está presente el promedio de estrés general, tomando en cuenta las valoraciones registradas en las categorías de una media=4.21, como promedio general de todas las categorías citadas y con un 84.20% de estrés, correspondiente al porcentaje general reportado por los participantes. De esta manera se concluye con el registro de resultados obtenidos en este estudio, correspondiendo a las variables Afrontamiento y Estrés.

## Discusión

En la actualidad, la población de adultos mayores dependientes ha ido en ascenso estadístico, con marcada significancia en las últimas décadas, por esta razón los efectos ambiguos que afectan el papel del cuidado pasaron a ser una de las problemáticas motivo de estudio.

Las organizaciones gubernamentales e instituciones privadas del sector salud están enfrentando necesidades de atención del cuidado, tales como: institucionalización, acceso a medicamentos, atención de consulta especializada en geriatría, apoyo económico y de orientación a servicios en general.

Desde su comienzo, el presente estudio apoyó los planteamientos de Gaugler, Kane y Kane (2002) y Tan, Williams y Morris (2012) acerca del cuidado informal a mayores dependientes, como una fuente de estrés para la mayoría de sus cuidadores. Los resultados del análisis de contenido de las entrevistas aplicadas a 406 cuidadores familiares de esta localidad, revelaron la expresión de situaciones generadoras de estrés y el nivel de éste.

Asimismo, el conjunto de análisis desarrollados, permitieron responder a las preguntas de investigación formuladas de manera inicial. Respecto a la pregunta de investigación 1 en este estudio “¿Cuáles son los estresores percibidos por cuidadores familiares de adultos mayores (CFAM)?”, los datos cualitativos generados mostraron una diversidad de temas referentes a las preocupaciones y problemas vividos por los respondientes; específicamente, se obtuvieron treinta y ocho temas que se clasificaron en cinco categorías temáticas, a saber: Preocupación por el bienestar del adulto mayor (12 temas), Preocupación por el bienestar de otros familiares (10

La categoría temática “Preocupaciones económicas” corresponde a la de mayor nivel de estrés percibido por el CFAM (media= 4.33, siendo 5 el valor más alto), coincidiendo con lo dicho por Wilkins, Bruce y Sirey (2009) respecto a la situación económica del cuidador como gran estresor extra. Dentro de esta categoría se observó el tema “Desempleo” como el mayor generador de estrés (media= 4.53); dado que en esta investigación no se profundizó en el detalle de esta problemática, sería útil realizar un estudio del cuidado que explique cuándo el tiempo de dedicación al trabajo formal podría ser una fuente de respiro para el CFAM (Brody, 1990). Por ejemplo, Enright y Friss (1987) hallaron que los CFAM que trabajan un mínimo de 20 horas por semana perciben menos estrés. Pavalko (2011) argumenta que el cese de empleo para concentrar esfuerzos en el cuidado afecta negativamente en el acceso a ingresos inmediatos y al seguro médico, lo cual a la vez es un riesgo para la estabilidad económica del cuidador familiar.

La categoría temática “Dificultades del cuidador para cuidar” ocupó el segundo lugar en la generación de estrés; dentro de ésta, el tema “Falta de involucramiento de hermanos en el cuidado” se reveló como uno de los temas que más afectan al CFAM, coincidiendo con lo señalado por Bruhn (2011), Lowenstein (2010) y Neufeld y Eastlick (2009), quienes explican que no todas las interacciones con miembros de la familia constituyen apoyo social, sino conflicto/fuente de estrés, ya que los cuidadores encuentran contradicciones entre las expectativas de sus familiares y su desempeño/capacidad de cuidado. Por su parte, Tan, Williams y Morris (2012) encontraron en su estudio que, cuando los cuidadores expresaban su estrés a familiares recibían de ellos críticas severas; el apoyo social disminuye la percepción de estrés (Huang et al., 2009; Wang, 2012) y por eso que el apoyo de la propia familia resulta necesario para atender la dependencia funcional del adulto mayor, pues disminuye conflictos interpersonales y emocionales (Domínguez-Guedea et al., 2009).

Reg. T140088



Retomando la segunda pregunta de investigación formulada para este estudio “¿Los distintos estresores percibidos por los CFAM producen diferentes niveles de estrés?”, se tiene que, efectivamente, los resultados permitieron observar distintos niveles de estrés. Las categorías “Preocupación por el bienestar del adulto mayor” (media =4.18 ) y “Preocupación por el bienestar de otros familiares” (media = 3.97) obtuvieron menor valores de estrés, en comparación a las categorías “Preocupaciones económicas” (media =4.33 ), “Preocupaciones personales del cuidador” (media = 4.27) y “Dificultades del cuidador para cuidar” (media =4.30 ), aun cuando sus frecuencias de respuesta fueron mayores que en las demás. Con referencia a la segunda pregunta de investigación que se planteó ¿Los distintos estresores percibidos por los CFAM producen diferentes niveles de estrés?, los datos obtenidos permiten responder que, efectivamente, los temas y categorías temáticas se corresponden a diferentes niveles de estrés en la muestra consultada. Específicamente se observó que la categoría temática que más estrés genera es la de Preocupaciones económicas, seguidas por las Dificultades del cuidador para cuidar y las Preocupaciones personales del cuidador; las categorías Preocupación por el bienestar del adulto mayor y Preocupación por el bienestar de otros familiares, generaron menor nivel de estrés en comparación a las anteriores, aun cuando su frecuencia de respuesta fue mayor que las tres anteriores.

Fortaleciendo el contraste de la literatura con los resultados de este estudio, se agrega que Schultz et al. (1987) encontraron asociación entre la percepción de su salud que tiene el cuidador y su estrés. Esto se valida en el contexto local porque dentro de la categoría “Preocupaciones personales del cuidador”, el segundo lugar en nivel de estrés lo ocupó el tema Problemas de salud o limitaciones físicas del CFAM (media= 4.75).

En suma, los hallazgos cumplen lo esperado a partir de los objetivos propuestos y confirman las hipótesis planteadas que dan soporte a este trabajo de tesis: a) Los CFAM perciben estresores relacionados con el cuidado del adulto mayor, b) Los CFAM perciben estresores relacionados con los roles que desempeñan al interior de la dinámica familiar, c) Los CFAM perciben estresores relacionados con los roles que desempeñan en la sociedad, d) Los estresores no relacionados con el cuidado producen niveles de estrés equivalentes a los generados por los estresores del cuidado. Sin embargo, por la naturaleza del estudio, no es posible generalizar los resultados.

Las hipótesis propuestas en esta investigación, también se vieron sustentadas por la evidencia empírica generada en este estudio. La primera hipótesis planteó que “Los CFAM perciben estresores relacionados con el cuidado del adulto mayor”, se encontró que los contenidos de la categorías temáticas que corresponden a “Dificultades del cuidador para cuidar” contiene los temas que siguen: Falta de involucramiento de hermanos en el cuidado, Dificultades de convivencia con el AM, Preocupación por cuidados en general, Limitaciones de tiempo para cuidar. Del mismo modo, en la categoría temática “Preocupaciones por el bienestar del adulto mayor”; se clasificaron, Problemas de salud del AM no especificados; Enfermedades Crónico-degenerativas, Deterioro Cognitivo del Adulto mayor, Dificultades emocionales del AM, Irregularidades del seguimiento/chequeo médico, Preocupación por la integridad del AM cuando está solo, Enfermedades Agudas, Deterioro físico y fragilidad del AM, Miedo a la muerte del AM, Cirugías, Caídas, Discapacidad del AM

La segunda hipótesis “Los CFAM perciben estresores relacionados con los roles que desempeñan al interior de la dinámica familiar” se confirma en la categoría temática “Preocupación por el bienestar de otros familiares”, contenidos que se ubican en los siguientes

temas: Preocupaciones generales por hijos, Desarrollo de hijos adolescentes, Miembros de la familia en adicción, Problemas de salud/limitaciones físicas de hermanos, Desarrollo y crianza de menores en la familia, Problemas de salud/limitaciones físicas de hijos, Distancia física de familiares cercanos, Problemas de salud o limitaciones físicas de cónyuge, Problemas de salud o limitaciones físicas de Padres, Problemas de salud o limitaciones físicas de miembros de familia extensa. Así mismo, la categoría temática “Preocupación económica”, cuyas respuestas se encuentran insertadas en los temas: Gastos en General, Desempleo, Deudas y Gastos de Salud. Por último la categoría temática, “Preocupaciones personales del cuidador” con sus temas referidos como sigue: Dificultades de pareja, Conflictos entre hermanos, Problemas de salud o limitaciones físicas del CFAM, Problemas de comunicación entre otros miembros de la familia, Problemas legales en la familia, Malestar emocional en relación a otros miembros de la familia, Carga de responsabilidades diferentes al cuidado del AM, Preocupaciones del trabajo o estudios del cuidador

La tercera hipótesis “Los estresores no relacionados con el cuidado producen niveles de estrés equivalentes a los generados por los estresores del cuidado” también tiene sustento a través de los siguientes datos: el promedio de estrés generado ante los temas de las categorías Dificultades del cuidador para cuidar y Preocupaciones por el bienestar del adulto mayor fue de una (media=4.24), en tanto que el promedio de estrés provocado por las preocupaciones diferentes al cuidado del adulto mayor, tales como Preocupación por el bienestar de otros familiares, Preocupación económica, Preocupaciones personales del cuidador fueron de una (media=4.19), considerándose como valores, no iguales, sin embargo, sí tienen una aproximación cercana.

Finalmente, la cuarta hipótesis estableció que: “Los estresores no relacionados con el cuidado producen niveles de estrés equivalentes a los generados por los estresores del cuidado”. De acuerdo a los datos aquí obtenidos, se argumenta lo siguiente. Las tres categorías temáticas no directamente relacionadas con el cuidado fueron “Preocupaciones económicas”, “Preocupación por el bienestar de otros familiares” y “Preocupaciones personales”, cuyo promedio de estrés generado fue de (media=4.19); por otro lado, las categorías temáticas directamente relacionadas con el cuidado fueron: “Preocupaciones por el bienestar del adulto mayor” y “Dificultades para cuidar”, con un promedio de estrés de (media=4.24). La comparación de estos valores indican una diferencia mínima en la puntuación de estrés, pues corresponde a 0.05 centésimas, dando soporte a la hipótesis que previó niveles equivalentes de estrés entre los dos tipos de estresores.

La teoría de Lazarus y Folkman (1984) postula dos tipos de estrés presentes ante la existencia de estresores: evaluación primaria y secundaria. La evaluación de estresores primaria se refiere a aquellas situaciones en las cuales el respondiente percibe estrés. En este estudio se encontró que todos los participantes manifestaban estrés en muy diversos eventos, si bien, no se percibe bajo la misma valoración de intensidad y frecuencia en su vida diaria. Con respecto a la evaluación secundaria, entendida como los recursos de afrontamiento del individuo, se constató que los cuidadores advierten habilidades escasas o nulas para tomar el control de las situaciones estresantes, ya sea en interacciones con el adulto mayor o con los familiares. Uno de los participantes refirió “Estoy cansada, ya no quiero cuidar, pero no puedo irme de casa porque no tengo a dónde ir”. En el ejemplo anterior, el respondiente mostró ganas de huir, sin embargo, no encuentra salida a sus problemas, por lo tanto, sigue sin resolver sus necesidades.

El modelo postulado por Domínguez-Guedea (2005) pone de manifiesto los factores de estrés que pueden intervenir en el bienestar, el afrontamiento y la percepción de apoyo social como mediadores. Asimismo, se indica que la variable de estrés puede ser predicha por las características antecedentes en el contexto familiar.

White-Means & Chang (1994) exploraron el uso del tiempo libre del cuidado, que implica el tiempo libre para estar con otros familiares y el tiempo para socializar fuera del núcleo familiar. El cuidado es 81% probable que limite el tiempo para que el cuidador se dedique a sí mismo.

Además de la concordancia teórica que se ha discutido en relación a los resultados logrados en esta investigación, existen implicaciones para la política pública del cuidado en nuestro país. Particularmente se señala que, la Presidencia de la República (2013) describe en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 las políticas públicas del país deberán contemplar en sus objetivos la repartición equilibrada de la responsabilidad familiar del cuidado, así como el brindar servicios de apoyo de calidad a los familiares de la persona dependiente, propone “Fomentar políticas dirigidas a los hombres que favorezcan su participación en el trabajo doméstico y de cuidados, así como sus derechos en el ámbito familiar” (p. 121).

Es de suma relevancia hablar de los ordenamientos jurídicos, ya que éstos proporcionan un significado y una conexión a las políticas públicas, las cuales en cada periodo de gobierno son diseñadas (Mandujano, 2012). Por ejemplo, el Código Civil Federal (1928) establece en los artículos 304, 305 y 306 que los hijos deben proveer alimentos a sus padres, y si no, los descendientes de grados cercanos o los parientes colaterales hasta el cuarto grado (se les llama en este estudio cuidadores familiares del adulto mayor).

Por su parte, el Código de Familia para el Estado de Sonora (2009) en el artículo 318 también comparte ese precepto de responsabilidad en el cuidado. En las disposiciones de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) y la Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora (2007) los cuidadores familiares son vistos solamente como necesarios para que el adulto mayor esté bien integralmente, sin tener derecho a contar con herramientas específicas y brindadas por el gobierno para equilibrar sus actividades con la labor del cuidado en domicilio. El artículo 5, fracción III de la ley federal establece “Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores”. La Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora (2007) estipula en el artículo 15, fracción XIV, “Corresponde a la Secretaría de Salud Pública y a los servicios públicos de salud del Estado, en materia de adultos mayores... “Dar orientación, información y capacitación a las familias, con el objeto de que brinden una adecuada atención a los adultos mayores”.

Participar en procesos de conciliación o arbitraje si hay problema en la familia con la distribución equitativa de responsabilidades del cuidado es un derecho establecido en el artículo 52 de la Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora (2007): “Los conflictos surgidos entre los adultos mayores y sus familiares podrán resolverse mediante los procedimientos de conciliación o de arbitraje que llevarán a cabo el DIF Sonora, por conducto de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, o los DIF municipales”.

### **5.1. Conclusión**

Es importante destacar la vulnerabilidad en la que se ven inmersos los cuidadores de adultos mayores dependientes expuestos al estrés, pues ellos han sido objeto de indiferencia

social por parte de las autoridades, instituciones gubernamentales, dependencias oficiales, e incluso dentro del entorno familiar.

Es fundamental dirigir la atención a la dinámica familiar, los tipos de cuidado requeridos por la persona dependiente, y cómo estos aspectos se pueden transformar en positivas o negativas de acuerdo al manejo de los ajustes realizados por el CFAM en las relaciones que se establecen entre los implicados en una interacción.

Otro aspecto sustancial para las familias es cómo perciben lo que culturalmente se denomina rol, tanto para el que provee, como para el receptor de los servicios del cuidado, que con alguna frecuencia podrán cuestionarse si son los adecuados o no, para ambos en sus interacciones, siendo posible experimentar insatisfacción.

Las futuras investigaciones deberían continuar promoviendo la cohesión familiar, tanto para las diferentes demandas en diferentes generaciones, como para decidir con consenso el tratamiento del adulto mayor en situación de dependencia. También podrían extenderse en la descripción del papel del estrés en el bienestar del cuidador. Indagar en la respuesta a ¿Qué estrategia de afrontamiento utiliza el CFAM para cada estresor involucrado? Es vital estudiar cómo las intervenciones psicoeducativas y los grupos de apoyo combinados con la distracción por enfoque en otras actividades/el descanso pueden disminuir la intensidad de estrés percibida y hasta disminuir el riesgo de problemas de salud crónicos en el propio CFAM. Si una estrategia de afrontamiento es efectiva o no parece deberse además al estado de ánimo (malestar emocional) del cuidador (Muela, Torres & Peláez, 2002).

Les compete a las autoridades gubernamentales y a todos los miembros de la familia del adulto mayor garantizar las aportaciones necesarias de recursos que cubran los requisitos de una vida digna, de satisfacción económica, de apoyo instrumental en forma de acompañamiento y

tiempos compartidos equitativamente, desahogando la responsabilidad dirigida al cuidador primario cuando aplique, aminorando dificultades no relacionadas al cuidado, proporcionando cuotas y asistencia para obtener un cambio en este sector de la población, ya que es inevitable se avecine este fenómeno en gran parte de nuestra sociedad.

La habilitación de profesionales y de infraestructura de los sectores de salud pública y privada son insuficientes para enfrentar las demandas que hoy en día se presentan relacionadas con la población de adultos mayores en situación de dependencia funcional.

Un logro importante consistirá que en las políticas institucionales se incluya brindar información a cuidadores familiares que visitan clínicas, a través de la instalación de módulos permanentes para orientar sobre el médico especialista u otro profesional de la salud, o programa, que pueda atender su caso particular.

El fortalecimiento de redes vecinales, comunitarias en sí, del respeto en la familia, de la comunicación y retroalimentación positiva en las empresas cuando el cuidador que está empleado requiere hacer frente a emergencias en el hogar, de la comunicación entre profesionales que proporcionan servicios a los adultos mayores y sus familiares, y el ofrecimiento de un amplio rango de opciones de apoyo en enfermería, recreación, seguridad social, adaptación de vivienda, entre otros, permitirán una mejora de la calidad de vida de la población.

Los cursos de capacitación que se ofrecen por parte del gobierno a las familias con adultos mayores en dependencia, generalmente no se difunden a la población general. Esto es importante solucionar porque el beneficio no debe ser sólo para los afectados directos, más bien, la cultura del envejecimiento activo y de la promoción de relaciones intergeneracionales, de la prevención, debe imperar en el país.



Hoy por hoy se muestra que aún queda mucho por hacer para que el Plan Nacional de Desarrollo sea totalmente congruente con el marco jurídico mexicano y se siga sin la sombra de la impunidad o la ignorancia para implementar y evaluar los programas públicos dirigidos a los grupos vulnerables.

## Referencias

- Anthony-Bergstone, C.R.; Zarit, S.H. y Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 3, 245-248.
- Arriagada, I. (2004). Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina. En I. Arriagada & V. Aranda (Comp.), *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces* (pp. 43-73). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Bazo, M.T. (1992). *La ancianidad del futuro*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242-251.
- Brody, E. M. (1990). *Women in the middle: Their parent - care years*. New York: Springer.
- Bruhn, J. G. (2011). Vital Bonds: Social Support, Social Networks, and Health. In *The Sociology of Community Connections Second Edition* (pp. 209-230). doi: 10.1007/978-94-007-1633-9\_10
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., Sanjosé, V. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia, Esp.
- Crespo, M. y López, J. (2007). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Ediciones Pirámide, Madrid, España.
- Crespo, M. y López, J. (2008). Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar. Imserso.
- Código Civil Federal. (1928). *Diario Oficial de la Federación* (México, D.F.). Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2.pdf>
- Código de Familia del Estado de Sonora. (2009). *Boletín Oficial del Estado de Sonora*. Recuperado de [http://www.congresoson.gob.mx/Leyes\\_Archivos/doc\\_308.pdf](http://www.congresoson.gob.mx/Leyes_Archivos/doc_308.pdf)

- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de <http://www.oecd.org/health/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (2011). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. Separata*. CELADE. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Anexo\\_separata.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Anexo_separata.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (2012). Las políticas del cuidado: situación y desafíos de la región. En *Panorama Social de América Latina 2012*. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012DocICap6.pdf>
- Consejo de Europa. (1998). *Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2013). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050. De las Entidades Federativas 2010-2030*. Recuperado el 28 de Mayo de 2013 de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De\\_las\\_Entidades\\_Federativas\\_2010-2050](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_las_Entidades_Federativas_2010-2050).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2013). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050. Nacional 2010-2050*. Recuperado el 28 de Mayo de 2013 de [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/2010\\_2050/RepublicaMexicana.xlsx](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/2010_2050/RepublicaMexicana.xlsx)
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). *Diario Oficial de la Federación* (México, D.F.). Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

- Deví, J. y Ruiz, I. (2002). Modelo de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev. Mult. Gerontol.* 12 (1): 31-37
- Domínguez-Guedea, M. (2005). *Modelo de estrés y bienestar subjetivo en cuidadores de familiares de adultos mayores dependientes funcionales*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil.
- Domínguez-Guedea, M. (2008). Evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. Proyecto 99094, financiado por el Fondo Sectorial para la Educación SEP-CONACYT, México, 2008.
- Domínguez Guedea, Miriam Teresa, Ocejo García, Abraham, & Rivera Sander, Martín Alfonso. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 1018-1030. Recuperado en 22 de octubre de 2013, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-48322013000100009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000100009&lng=es).
- Domínguez-Guedea, M., Tôrres, B., Akemi, C., Ciancio, J., Hernández, D. y Pantoja, C. (2009). Apoyo social en cuidadores de familiares de personas adultas mayores con problemas de salud. En F. Citrón, Acosta, E. y Díaz, L. (Eds.), *Psicología Comunitaria: Trabajando con comunidades en las Américas* (pp. 191-210).
- Enright, R. B., & Friss, L. (1987). *Employed caregivers of brain-impaired adults*. San Francisco: Family Survival Project.
- Fast, J. (1999). Informal Caregiving: Is it Really Cheaper? International Association of Time Use Researchers Conference. Colchester, 6-8 de octubre 1999.
- Fierro, A. (S/F). Estrés, Afrontamiento y Adaptación. En: *María Isabel Hombrados (comp.), Estrés y salud, Valencia: Promolibro, pp. 9-38*. Recuperado de

- García, M.M.; Mateo, I. y Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Kane, R. A. (2002). Family care for older adults with disabilities: Toward more targeted and interpretable research. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 205–231.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez-Robledo, L. M., Téllez-Rojo, M. M., Manrique, B. Acosta, I., López, M. Salinas, A. & Sosa, A. L. (2012). Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Evidencia para la política pública en salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 22 de Mayo de 2013 de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>
- Haley, W., Levine, E., Brown, S. y Bartolucci, A. (1987). Stress, Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Adaptational Outcome Among Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*. 2(4): 323-330
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Batista, P. (2003). Metodología de la investigación. México. Mc-GrawHill. México, D. F.
- Huang, C. Y., Sousa, V. D., Perng, S. J., Hwang, M. Y., Tsai, C. C., Huang, M. H... Yao, S. Y. (2009). Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 502-511. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02443.x

- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/49299/2012-913-LBC\\_117\\_WEB.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/49299/2012-913-LBC_117_WEB.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI. (2001). *Indicadores Sociodemográficos de México: 1930-2000*. Recuperado el 30 de Mayo de 2013 de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2012). *Censo de Población y Vivienda 2010: Distribución por edad y sexo. Índice de envejecimiento por entidad federativa según sexo, 2000, 2005 y 2010*. Recuperado el 28 de Mayo de 2013 de <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2013). *Cuadro Resumen: Indicadores de demografía y población*. Recuperado el 28 de Mayo de 2013 de <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Kauffer, E. F. (2002). Las políticas públicas: algunos apuntes generales. *Ecofronteras*, 16, 2-5. México: Colegio de la Frontera Sur.
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F. & Hinojosa, M. (2007). Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones. *Ciencia Política*, 3, 6-29.
- Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lawton, M.P.; Kleban, M.H.; Moss, M.; Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). Measuring Caregiving Appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, P61-P71.

- Lazarus & Folkman (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (2002). Diario Oficial de la Federación (México, D.F.), 25 de Junio, 2002. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora. (2007). Boletín Oficial del Estado de Sonora. Recuperado de [http://www.congresoson.gob.mx/Leyes\\_Archivos/doc\\_123.pdf](http://www.congresoson.gob.mx/Leyes_Archivos/doc_123.pdf)
- Ley No. 261, del Código de Familia del Estado de Sonora. (2009). Boletín Oficial del Estado de Sonora. Recuperado el 3 de Octubre de 2011, de [http://www.congresoson.gob.mx/Leyes\\_Archivos/doc\\_308.pdf](http://www.congresoson.gob.mx/Leyes_Archivos/doc_308.pdf)
- Lowenstein, A. (2010). Caregiving and Elder Abuse and Neglect: Developing a New Conceptual Perspective. *Ageing International*, 35(3), 215-227. doi: 10.1007/s12126-010-9068-x
- Mandujano-Jaquez, M. (2012). *Necesidades de apoyo a cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales en la ciudad de Hermosillo, Sonora*. Tesis de Maestría. Hermosillo.
- Manual de publicaciones de la American Psychological Association/ tr. Por Miroslava Guerra Frías. 3ª ed. México: Editorial El Manual Moderno, 2010.
- Mercaei (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México, 2011. Reporte de Resultados*. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Recuperado el 28 de Mayo de 2013 de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/EncuestaNalDinamFamiliaMex2011.pdf>
- Mateo, I.; Millán, A.; García, M.M.; Gutiérrez, P.; Gonzalo, E. y López, L.A. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 26, 25-34.

- Montoro Rodríguez, J. (1999). Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista Internacional de Sociología*, 23, 7-29.
- Moral, M.S.; Juan, J.; López, M.J. y Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32, 77-87.
- Muela, J. A., Torres, C. J., & Peláez, E. M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 18(2), 319-331.
- Neufeld, A. & Eastlick, K. (2009). Men Family Caregivers' Experience of Nonsupportive Interactions: Context and Expectations. *Journal of Family Nursing*, 15(2), 171-197.
- Ocejo, A. (2013). *Asociación entre percepción de sobrecarga, ambiente familiar y el papel del enfrentamiento en el bienestar de cuidadores familiares de adultos mayores*. Tesis de Maestría. Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora , México.
- Ochoa, M y López, G. (2008). *Validación de una escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II*. Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, 2002. Recuperado de [http://cnbmexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/15.\\_INTL.\\_Pautas\\_éticas\\_CIOMS.pdf](http://cnbmexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/15._INTL._Pautas_éticas_CIOMS.pdf)
- Pavalko, E. K. (2011). Caregiving and the Life Course: Connecting the Personal and the Public. In R.A. Settersten, Jr. & J.L. Angel (Eds.), *Handbook of Sociology of Aging* (pp. 603-616). doi:10.1007/978-1-4419-7374-0\_37



- Pearlin, L. (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3): 241-256
- Pearlin, L. (1999). The Stress Process Revisited: Reflections on Concepts and Their Interrelationships. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, pp. 395-415
- Pearlin, L.I. (1991). The careers of caregivers. *Gerontologist*, 32, 647-652.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pearlin, L.I. y Schooler, C (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 12-21.
- Peinado Portero, A. I. & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93.
- Presidencia de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado el 21 de Mayo de 2013 de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- Roberto, K. y Jarrot, S. (2008). Family caregivers of older adults: A life span perspective. *Family Relationships*. 57: 100-111
- Roca, M; Úbeda, I; Fuentelsaz, C.; López, R; Pont, A.; García, L. et al. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26, 53- 67.
- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado en <http://books.google.es/books?id=xJma39KfQfIC&pg=PA106&dq=los+tiempos+del+cuidado&hl=es&sa=X&ei=zULUUq6qIsTuoATzkoD4Ag&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=los%20tiempos%20del%20cuidado&f=false>

- Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería* 19(1): 47-50
- Secretaría de Salud. (2012). *Anuarios de Morbilidad. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica y Dirección General de Información en Salud*. Recuperado el 29 de Mayo de 2013 de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- Schultz, R., Tompkins, C., Wood, D., & Decker, S. (1987). The social psychology of caregiving: Physical and psychological costs of providing support to the disabled. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 401-428.
- Segura, J.M.; Bastida, N.; Martí, N. y Riba, M. (1998). Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Atención Primaria*, 21 (7), 431 – 436.
- Seltzer, M.M. & Heller, T. (1997). Introduction: Families and Caregiving across the Life Course: Research Advances on the Influence of Context. *Family Relations*, 46(4), 321-323
- Stephens, M. A. P., & Franks, M. M. (2009). All in the Family: Providing Care to Chronically Ill and Disabled Older Adults. In S. H. Qualls & S. H. Zarit (Eds.), *Aging Families and Caregiving*. Wiley Series in Clinical Geropsychology.
- Tan, S. B. Williams, A. F., & Morris, M. E. (2012). Experiences of caregivers of people with Parkinson's disease in Singapore: a qualitative analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2235-2246. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04146.x
- Taraborrelli, P. (1994). Innocents, converts and oldhands: the experiences of Alzheimer's disease caregivers. En M. Boolr & P. Taraborrelli (Eds.), *Qualitative studies in health medicine* (pp. 22-42). Aldershot: Avebury.

- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G. & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures. *Research on Aging*, 26, 429-453.
- Taylor, S. (2007). Psicología de la Salud. McGraw-Hill Interamericana, part. 3, cap. 7 y 8, pp. 152-210
- Wang, L. Q., Chien, W. T., & Lee, I. Y. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, 40(2), 210-224.
- White-Means, S. I. & Chang, C. F. (1994). Informal Caregiver's Leisure Time and Stress. *Journal of Family and Economic Issues*, 15(2), 117-136.
- Wilkins, V. M., Bruce, M. L., & Sirey, J. A. (2009). Caregiving tasks and training interest of family caregivers of medically ill homebound older adults. *Journal of Aging and Health*, 21(3), 528.

# ANEXOS

**ANEXO 2**  
**Índice dependencia funcional**

- Muchas personas mayores de 60 años necesitan cuidados en actividades diarias (ayuda para comer, tomar las medicinas, desplazarse de un lugar a otro, etc.). En algunas de estas actividades se requiere más ayuda que en otras. En el caso del Sr./Sra.:

¿En cuáles Usted le ayuda?	Necesita ayuda necesita para:	No necesita ayuda, puede hacerlo solo/a	Lo hace con ayuda de alguien	Depen- de total- mente de alguien	¿Eso a Ud. le estresa, le preocupa o mortifica? (marcar X)
	Subir y bajar escaleras o escalones				Nunca A-veces Siempre
	Caminar/trasladarse en la casa				Nunca A-veces Siempre
	Caminar/trasladarse en calles cercanas a su casa				Nunca A-veces Siempre
	Moverse en la ciudad (manejar automóvil o usar camiones)				Nunca A-veces Siempre
	Sentarse y/o levantarse de la silla/cama				Nunca A-veces Siempre
	Comer (deglutir, usar cubiertos)				Nunca A-veces Siempre
	Bañarse				Nunca A-veces Siempre
	Vestirse				Nunca A-veces Siempre
	Su higiene personal (peinarse, lavarse los dientes, manos, cuidar sus pies y uñas, rasurarse)				Nunca A-veces Siempre
	Controlar/limpiarse las heces				Nunca A-veces Siempre
	Controlar/limpiarse la orina				Nunca A-veces Siempre
	Ir a comprar el mandado				Nunca A-veces Siempre
	Hacer su propia comida				Nunca A-veces Siempre
	Arreglar su cuarto o cosas personales (ej. lavar su ropa, acomodarla)				Nunca A-veces Siempre
	Seguir el tratamiento médico o cuidado de su salud				Nunca A-veces Siempre
	Hacer trámites como ir al banco, hacer pagos, firmar documentos, etc.				Nunca A-veces Siempre
	Cubrir sus propios gastos (comida, ropa, medicamentos, vestido)				Nunca A-veces Siempre
	Organizar/manejar su propio dinero				Nunca A-veces Siempre
	Convivir con las demás personas (familiares o amistades)				Nunca A-veces Siempre

Y de las actividades en las que el Sr./Sra. requiere ayuda o es totalmente dependiente, ¿En cuál(es) Usted ayuda a su familiar? MARCAR CON X

¿Hay alguna otra cosa en la que Ud. ayude a su familiar? \_\_\_\_\_

---



---

ANEXO 3  
Entrevista sobre Preocupaciones Familiares

Es común que las personas se preocupen o se sientan estresadas por diferentes dificultades que se presentan en la vida familiar **¿Actualmente hay algún problema o preocupación familiar que le esté estresando?**

**SÍ**  
¿Podría describir de qué se trata?



**NO**  
Por favor, indique cualquier otra situación que actualmente le estrese o preocupe:



CONFIRMAR RESPUESTA

CONFIRMAR RESPUESTA

En escala de 1 a 5 (máximo), ¿Qué tanto le estresa ese problema?    1    2    3    4    5

- Enseguida hay algunas formas de comportarse cuando hay problemas. No hay formas buenas o malas, cada uno actúa de acuerdo a su propia experiencia.

- Por favor, responda en los cuadros al lado de cada frase, marcando una "X" en la opción que más se acomode a su forma de actuar, sentir o pensar en relación al problema que describió.

**CUANDO ESTOY PASANDO POR EL PROBLEMA QUE DESCRIBÍ:**

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
<i>Ejemplo 1. Duermo más que antes-----</i>		X		
<i>Ejemplo 2. Me enojo con facilidad-----</i>				X
1. Prefiero que alguien más resuelva el problema-----				
2. Hago algo para que el problema no aumente-----				
3. Me mortifico-----				
4. Practico con fé mis costumbres religiosas/espirituales				
5. Hablo con mis familiares para buscar una solución-----				
7. Escucho experiencias de otros para saber qué hacer				
8. Encomiendo a Dios mi problema-----				
9. Comparto mis preocupaciones con amigos o familiares				
10. Hago diferentes cosas para resolver el problema-----				
11. Siento que ese problema ha sido un atraso en mi vida---				
12. Dejo que las cosas se resuelvan solas-----				
13. Pido ayuda otras personas-----				
14. Me pongo de acuerdo con los demás para arreglar las cosas-----				
15. Me apego a mi fe para saber qué hacer-----				
17. Busco paz en mis costumbres religiosas/espirituales-				
18. Platico con alguien sobre cómo me estoy sintiendo----				
20. El problema me pone triste-----				
21. Busco consejo para decidir qué hacer-----				
22. Siento que situación es injusta conmigo o con mi familia				
24. El problema me cansa emocionalmente-----				
25. Propongo cambios para que el problema se resuelva-				
26. Me ayuda rezar/orar-----				
27. Platico con gente de confianza para saber qué hacer--				
29. Me desespero-----				

ANEXO 4  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Esta carta tiene el propósito de invitarle a participar en el proyecto de investigación Evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. El proyecto tiene la finalidad de conocer la experiencia de las personas que se hacen cargo del cuidado de un familiar adulto mayor con problemas de salud. Le invitamos a participar en el estudio considerando que:

- 1) Su participación es voluntaria y consistiría en responder a un conjunto de entrevistas y cuestionarios que pueden ser aplicadas en su hogar o en el lugar que Ud. indique, en los días y horarios que Ud. prefiera.
- 2) No se le pedirá ni ofrecerá ningún tipo de pago por su participación.
- 3) El manejo de su información es confidencial y ésta será utilizada para hacer trabajos que describan resultados grupales, como por ejemplo: tesis, artículos, reportes, conferencias.
- 4) El equipo de investigación en coordinación con profesionales del área, organizarán sesiones de apoyo y orientación para cuidadores familiares, de los cuales Usted podrá participar si es de su interés. También podrá recibir información sobre servicios de salud, atención psicológica y servicios sociales disponibles en la ciudad.

Si Usted quiere mayor información sobre el proyecto, sus resultados y del trabajo que realizamos, con toda confianza puede ponerse en contacto con la coordinadora del equipo de investigación, Dra. en Psicología Miriam Domínguez Guedea, en el área de cubículos del Edificio 9H de la Universidad de Sonora, a su teléfono de trabajo (2592173), comunicándose a su celular (6621-900130) o a su correo electrónico ([miriamd@sociales.uson.mx](mailto:miriamd@sociales.uson.mx)). Comuníquese también con ella en caso de que Usted llegara a tener alguna inconformidad con el trato que reciba de los entrevistadores.

**Consentimiento:**

Acepto participar voluntariamente en este proyecto. He tenido la oportunidad de formular todas mis preguntas sobre él (Usted recibirá una copia de esta carta para su archivo).

---

Señal indicativa de su disposición para participar (iniciales del nombre, apodo, marca, etc.)

---

Nombre y firma del miembro del equipo de investigación



**IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR**

Investigadores de la Universidad de Sonora están pidiendo apoyo para contactar a personas que se encargan de cuidar o estar al pendiente de familiares adultos mayores, para conocer la experiencia que están viviendo y organizar acciones de apoyo. **¿Usted dedica tiempo para estar al pendiente del Sr/Sra.... -adulto mayor-?**

NO( )... EL RESPONDIENTE NO DEDICA TIEMPO AL CUIDADO... Entonces preguntar: ¿Quién dedica tiempo o está al pendiente del Sr./Sra?

Podría entrar en contacto con él/ella? CONCLUIR EL FORMULARIO AGRADECIENDO LA ATENCIÓN  
 Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el adulto mayor: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Horario para llamar: \_\_\_\_\_

SÍ( ).. EL RESPONDIENTE DEDICA TIEMPO AL CUIDADO... ¿Usted podría colaborar en esta investigación? ( ) Sí ( ) No CONCLUIR FORMULARIO AGRADECIENDO ATENCIÓN

¿Usted vive con el adulto mayor? ( ) Sí ( ) No vivo con él/ella  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el adulto mayor: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Horario para llamar: \_\_\_\_\_

Dirección para entrevistar: \_\_\_\_\_

¿Además de Usted, otro familiar está al pendiente del adulto mayor y que pudiera participar en la investigación?

( ) Sí... ¿Me podría dar sus datos? ( ) No CONCLUIR EL FORMULARIO AGRADECIENDO LA ATENCIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el adulto mayor: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Horario para llamar: \_\_\_\_\_

**Muchas gracias, en unas semanas más un integrante del equipo de investigación se pondrá en contacto con Usted para darle mayores detalles del proyecto y acordar las visitas**