

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
PROGRAMA DOCENTE DE PSICOLOGÍA.

**“INFLUENCIA DE LA ABNEGACIÓN, SOBRECARGA Y APOYO SOCIAL
SOBRE EL BIENESTAR EN CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS
MAYORES”**

TESIS

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

INGRID SARAHÍ SALAZAR REYES.

Directora de tesis:

Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea

Asesores:

M.I.E. Rosario Leticia Domínguez Guedea

M.C. Teresa Iveth Sotelo Quiñonez

Dr. Raúl Martínez Mir.

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

RESUMEN.

Con los años la esperanza de vida se ha ido incrementando, aumentando así el volumen de la población de adultos mayores en nuestro país, por desgracia en este panorama no vemos a la longevidad como sinónimo de salud o vida plena, ya que la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades también incrementa. Quienes se hacen cargo de estas personas adultas mayores son los cuidadores, que se encuentran principalmente en un miembro abnegado de la familia, siendo en la mayoría mujeres. Cuidadores que en muchas ocasiones no reciben el apoyo suficiente para cubrir las necesidades que requiere el adulto mayor, viéndose también afectado el bienestar del cuidador. El objetivo general de esta investigación es analizar el papel mediador de la percepción de apoyo social en la influencia que ejerce la abnegación y la sobrecarga sobre el bienestar subjetivo de una muestra de cuidadores familiares de adultos mayores. Los resultados de la regresión efectuada en cada uno de los factores mostraron que los valores de R^2 son significativas negativas para abnegación y sobrecarga, mientras que la inclusión de la variable apoyo social incrementa el poder explicativo en el bienestar subjetivo, entendiéndose así como una variable mediadora. Concluyendo que el apoyo social influye de manera positiva en el bienestar al disminuir la percepción de abnegación y sobrecarga en una muestra de cuidadores familiares de adultos mayores de Hermosillo, Sonora.

Palabras clave: Cuidador familiar, adulto mayor, bienestar, abnegación, sobrecarga, apoyo social.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN..... 1

1.1 Planteamiento del problema de investigación..... 1

1.1.1 Transformaciones sociales en relación al envejecimiento poblacional..... 1

1.1.2 Responsabilidad del cuidado: Estado, familia, comunidad y mercado..... 4

1.1.3 Problemática vivida por los cuidadores..... 7

1.2 Preguntas de investigación..... 11

1.3 Hipótesis..... 11

1.4 Objetivo..... 11

1.4.1 Objetivo general..... 11

1.4.2 Objetivos específicos..... 12

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO..... 13

2.1 Bienestar Subjetivo..... 13

2.1.1 Bienestar en cuidadores..... 15

2.2 Abnegación..... 17

2.2.1 Abnegación en cuidadores..... 19

2.3 Apoyo social..... 20

2.3.1 Apoyo social en cuidadores..... 21

2.4 Sobrecarga..... 23

CAPITULO III

MÉTODO.....	26
3.1 Participantes.....	26
3.2 Materiales e instrumentos.....	27
3.3 Procedimientos.....	30
3.4 Diseño y tipo de estudio.....	31

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	33
4.1 Análisis de descriptivos.....	33
4.2 Análisis multivariados.....	34

CAPITULO V

DISCUSION.....	40
5.1 Conclusión.....	44
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	55

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema de investigación

1.1.1 Transformaciones sociales en relación al envejecimiento poblacional

El cuidado de los adultos mayores se ha convertido en la actualidad en un tema de suma importancia en el ámbito de la investigación gerontológica, no sólo tomando en cuenta la constante convivencia intergeneracional que desafía la calidad de vida de los miembros de una familia, sino que también surge el interés en esta problemática debido al incremento de la población adulta mayor (AM), basta con dar un vistazo en los datos de estructuras demográficas como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) que prevé que en el año 2025 habrá 875 millones de adultos mayores en el mundo. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Gobernación (2007), en el año 2005 había 28 personas de la tercera edad por cada 100 menores de 15 años, se estima que en 2035 habrá la misma cantidad de niños y adultos mayores, y en 2050 el país tendrá 165 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años (Ochoa & López, 2008).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) informa que desde el año 1930 se inició un aumento más acelerado de habitantes en el mundo con 2 millones de personas, 4 millones para 1975, 6 millones en el 2000, esperando 9 millones de habitantes para el año 2050, de los cuales uno de cada cinco personas será adulto mayor (Zuñiga & Vega, 2004, citado en Quintero, 2012).

Años atrás, aún en tiempos de nuestros abuelos y padres, a un anciano se le atribuía un valor importante y era considerado símbolo de sabiduría y respeto, tomados en cuenta en

cada decisión de vida de algún miembro de la familia, y eran pilares para que ésta permaneciera unida. En un periodo no mayor a cuatro décadas, la población de México frenó y redujo su acelerado crecimiento, consolidó su perfil urbano, intensificó su actividad migratoria y dejó de ser un país eminentemente joven para iniciar su tránsito hacia el envejecimiento, no obstante, se enfrenta ahora al desafío de traducir este incremento de esperanza de vida con calidad de vida (Villagómez s.f).

En la sociedad moderna debido a las modificaciones en la estructura familiar, la globalización, la extrema pobreza y la insuficiencia en los sistemas de seguridad social, entre otros factores, que dificultan la permanencia con bienestar de los ancianos, incluso con respuestas sociales gerontofóbicas [Conductas de temor u odio irracional hacia los viejos (Salvarezza, 1996, citado en Morales, M., 2000)]. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores-INAPAM, 2010), el valor que algún día se atribuía a nuestros adultos mayores (AM) se ha ido perdiendo.

En este siglo XXI, lleno de nuevas ideas e innovaciones, donde la tecnología se ha vuelto indispensable para la vida cotidiana, el envejecer se ve rodeado de cambios en extremo acelerados y aquellos en esta etapa de la vida se ven afectados y perdidos en la sociedad. El incremento de la esperanza de vida ha traído consigo una mayor cantidad de personas dependientes que requieren de cuidados, mismos que tradicionalmente han sido efectuados en su mayor parte dentro de la familia en la cual las mujeres fungen como cuidadoras principales. Actualmente las familias son pequeñas y muchas veces a cargo de un solo adulto; las mujeres se están incorporando crecientemente al mercado laboral, y sus proyectos de desarrollo personal van más allá del bienestar de su familia (Fassler, 2009).

Como consecuencia de los cambios que se han dado en la sociedad, cada día podemos ver como los AM se ven envueltos en el abandono. Bruna, Reynoso y San Martín (s.f.), indican que existen casos de familias que a sus adultos mayores los internan en un hogar con el objeto que no sean un estorbo en la vida diaria de la familia. Los mismos autores mencionan también situaciones en la que si exista preocupación por parte de la familia hacía el AM pero que, sin embargo, la presión del medio ya sea trabajo o estudios lo apartan del AM y este va quedando abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, en consecuencia lo apartan, lo abandonan.

Otra consecuencia es el maltrato hacia el AM; según la OMS (2002), 36 millones de AM en el planeta sufren maltrato, este puede ser físico, emocional o psicológico, la mayoría de los casos es efectuado por los familiares hacia aquellos AM que son más dependientes y por tanto más vulnerables. Este maltrato puede ser impulsado por una serie de factores como el estrés, la ignorancia del buen cuidado y el resentimiento hacia el AM.

Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años dependen en gran parte de los hábitos de vida que se tengan o hayan tenido alguna vez, tales como el comportamiento, la alimentación, la actividad física, la exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol y otras sustancias tóxicas; la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, (OMS, 2002), las cuales en conjunto agrupan el 50.7% de los fallecimientos de AM (Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI, 2005). Estas enfermedades crónicas son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias con AM, es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada

de la inestabilidad económica, coloque a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos los AM presentan más de un padecimiento y esto se traduce en altos egresos de la economía familiar destinados a la atención médica que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas.

1.1.2 Responsabilidad del cuidado: Estado, familia, comunidad y mercado.

A lo largo del tiempo con sus distintos cambios sociales, culturales y económicos, se han ido buscando soluciones al problema de la distribución en la responsabilidad del cuidado y gracias a ello se ha determinado que en esta distribución social del cuidado hayan tenido participación distintos actores sociales como el Estado, el mercado, las familias o formas comunitarias (Batthyány, Asesina & Brunet, 2007). Es por esto que se crea un debate sobre cómo dividir o compartir las responsabilidades del cuidado entre las diversas instituciones antes mencionadas.

El Estado puede sensibilizar a la población –mediante la educación formal y los medios de comunicación– para apoyar las transformaciones de pautas, costumbres y valores y las subjetividades que demandan la modificación de los contratos de género y generacionales. Se trata, por lo tanto, de promover un nuevo contrato que permita compartir el trabajo asalariado, las responsabilidades familiares y el cuidado de las personas dependientes, el poder y la toma de decisiones, en definitiva compartir la vida.

Frente a las crecientes necesidades de cuidados y la ausencia de personas disponibles para hacerse cargo gratuitamente de ellos, el sector mercantil de cuidados para niños pequeños, adultos mayores dependientes y enfermos han adquirido en la última década un importante desarrollo (Batthyány, 2011).

Batthyány (2011), plantea que el cuidado es la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Esta definición, no menciona un género específico para llevar a cabo el cuidado, lo mismo pasa en las definiciones de diversos autores, sin embargo, parte significativa de esta carga ha recaído y recae en las mujeres de las familias. Con los cambios en la estructura social, se debe tomar en cuenta que los roles familiares van presentando variaciones y que también el género masculino y no sólo el femenino son parte importante en la responsabilidad del cuidado familiar.

Existen, en la literatura acerca del tema, investigaciones que ponen en evidencia la diferencia que aún existe entre géneros respecto al cuidado informal, tomando en cuenta todos los roles que la mujer juega dentro de la familia, este último hecho trae como consecuencia la sobrecarga. En marzo de 2012 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizó una entrevista en la cual nueve de cada diez entrevistados coinciden en que la responsabilidad del cuidado de personas dependientes es asumida actualmente por las mujeres de la familia. mientras que el 95% piensa que el presupuesto público debería contribuir a financiar la demanda de cuidado en sus países (Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, 2012). Estas cifras son indicadoras de la carga que está representando para la población femenina estar a cargo de una persona AM y además se está viendo afectada la economía familiar, pues una persona dependiente generalmente requiere cuidados especiales.

Con lo anterior podemos hacer cuenta de las dificultades diarias de un cuidador, a pesar del conocimiento que se tienen acerca del acelerado crecimiento en la población de AM, no parece haber mejoras. En 2002, un 20.8% de los hogares urbanos de América

Latina tenía entre sus miembros al menos un AM y un 5.1% más de dos. Se estima que hoy los AM constituyen un 9% de la población [...] además, dentro de la tercera edad, el volumen de los más viejos (mayores de 75 años), se ha ido acrecentando, alcanzando para el año 2000, en casi todos los países de la región más del 25%.

Datos del INEGI (2005) muestran que en la actualidad en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad. En el año 2010 la población aumento a 112 336 538 de los cuales 10 055 379 fueron mayores de 60 años, equivalente al 9% de la población total. (INEGI, 2011) Es por esto que es importante que el país tome en cuenta el proceso de envejecimiento de la población para así desarrollar formas preventivas para mejorar la calidad de vida de los AM, atendiendo sus necesidades y haciendo plena su participación como parte de la sociedad.

México en 2002, publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en la cual dice que para la ONU, las personas mayores tienen derecho a vivir con independencia, participación, cuidados, autorrealización y con dignidad y que estos derechos son reconocidos por el país en su legislación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2002)

En el estado de Sonora, alrededor del 8% del total de la población son AM y para 2015 se pronostica incrementar al 12% (INEGI, 2005), debido a estas cifras, se consideró importante crear la Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora, en la cual se otorgan obligaciones al estado, a la familia y a la comunidad, así como también reconoce los derechos de los AM.

Los cuidadores adoptan su rol de acuerdo a las expectativas sociales y culturales; según Gómez (2007), esta decisión se toma basada en la relación filial o familiar con la persona que necesita de sus cuidados. Dicho de este modo podemos entender que en la realidad la decisión de convertirse en cuidadores no es tomada por sí mismos, sino que viene implícita según la relación que se guarde. El actuar humano, además de estar mediado por la influencia familiar, reproduce aquello que la sociedad, a través de la familia, transfiere a sus miembros. Mora (2007) define_ La familia es un conjunto de personas que comparten ciertas situaciones de vida, representa desarrollo de vínculos de confianza y entre los miembros de la familia suele existir interdependencia. El autor también describe el rol de los diferentes miembros de la familia: el rol femenino se muestra dinámico, participativo y adaptable a las diferentes situaciones de la vida actual, mientras que el rol masculino avanza sobre la adquisición de otras funciones de cuidado y educación de los hijos que antes no desempeñaba.

Existen repercusiones en la salud del cuidador desasistido, tanto físicas como emocionales, es por esto que es importante evitar que el cuidador se vea absorbido por su papel hasta el extremo de que la persona cuidadora vea invadida su vida privada y esto le provoque tanta sobrecarga que no pueda llevar a cabo de forma eficaz su tarea de cuidado (Roig, Abengózar & Serra, 1998). La sobrecarga que soporta el cuidador se refleja en las consecuencias negativas en su salud, destacando las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en la salud física, aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica (López et al, 2009).

2010; Yonte, Urién, Martín & Montero, 2010, citado en Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez & Gutiérrez, 2012).

El cuidador “informal”, adjetivo utilizado normalmente para dar cuenta de este tipo de cuidado no profesional, puede ser alguien de la familia del paciente o muy próximo como un amigo o un vecino. Si hacemos referencia a alguna persona contratada con el fin de cuidar se le denomina normalmente cuidador “formal” (Fernandes, 2003). El cuidado informal es una alternativa frecuente cuando se produce un deterioro de la capacidad de autocuidado de alguien, se brinda porque existen lazos de afectividad, de un compromiso durable, desinteresado y, a la vez, de un sentido de obligación (Gómez, 2004). En España, existen 1.670.450 personas que reciben algún cuidado personal, por lo que debe existir un número similar e incluso mucho mayor de personas que se dedican a proporcionar tales cuidados (Pérez, 2006). El cuidador primario sería “la persona que tiene una responsabilidad mayor o total en el suministro de ayuda a la persona necesitada”. Los cuidadores secundarios a su vez, denominarían a “otras personas que también proporcionan asistencia para el paciente, pero sin las responsabilidades primarias” (Madeiros et al., 1998, citado en Fernandes, 2003).

Haciendo alusión a una de las características principales del cuidador en relación al género, Minchillo (2000, citado en Fernandes, 2003) indica que la figura femenina predomina entre las personas que asumen el papel de los cuidadores, el 58% de ellas son hijas y en el 20% de los pacientes son esposas. Este tipo de cuidadores en ocasiones son vistos bajo el término de cuidadores fantasmas, ya que su labor no es reconocida como tal más allá de una obligación.

Por su parte, López y colaboradores (2009) destacan dentro de los síntomas físicos de la sobrecarga en los cuidadores la mayor presencia de cansancio, dolor de espalda, cefalea, y algias musculares. Con referencia a las de la esfera psíquica están el aumento de ansiedad y depresión, alteraciones de sueño, apatía o irritabilidad.

Pero la literatura internacional señala también aspectos que pueden beneficiar al cuidador, amortiguando las consecuencias negativas sobre su bienestar. Tal es el caso del constructo apoyo social, que ha sido multicitado como protector para la salud física y emocional (Finch & Vega, 2003; Stefani, Seidmann & Acrich, 2000). También se ha encontrado que la calidad del vínculo afectivo entre el cuidador y el receptor de cuidados favorece al bienestar de quien cuida (Cicirelli, 1994), facilitando no sólo la decisión de adoptar el rol sino también para resolver las dificultades que surgen en el desempeño de las actividades como cuidador.

Sin embargo, los estudios internacionales (Flores-Castillo, 2013) también han documentado que la mayorías de los temas relacionados con el sacrificio y abnegación son de carácter cualitativo, muy valiosos pero producen datos que no han sido incorporados a modelos comprensivos del bienestar del cuidador.

A pesar de ser una problemática que va en aumento y que se manifiesta día con día en las familias mexicanas, los estudios psico-gerontológicos son escasos en nuestro país pues, aunque existan múltiples tesis de licenciatura u otros grados (Sotelo, 2013) muy pocas llegan a convertirse en artículos científicos que relaten con datos robustos la situación que impera en relación a los cuidadores (Domínguez-Guedea, Ocejo & Rivera, 2013).

Esta investigación se realizó con el fin de describir la importancia de abordar la problemática vivida por los cuidadores de AM, y así aportar información a la temática, sobre todo en lo referente a la abnegación, la cual es una variable de suma importancia relacionada al bienestar de los cuidadores de adultos mayores, de la cual la literatura encontrada es poca.

1.2 Pregunta de investigación.

En función de la problemática anteriormente expresada, a continuación se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la relación entre abnegación, sobrecarga y bienestar subjetivo en una muestra de cuidadores familiares de adultos mayores de la Ciudad de Hermosillo, Sonora?
2. ¿El apoyo social funciona como variable mediadora entre la abnegación, sobrecarga y el bienestar en cuidadores?

1.3 Hipótesis de investigación:

Como respuesta tentativa a las preguntas anteriormente planteadas, enseguida se expresan dos hipótesis de trabajo:

- 1) Existe una asociación negativa entre el nivel de abnegación y el bienestar subjetivo en cuidadores.
- 2) El apoyo social influye en la relación entre abnegación, sobrecarga y bienestar subjetivo, modificando la magnitud y/o dirección de la relación entre esas tres variables.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo general: analizar el papel mediador de la percepción de apoyo social en la influencia que ejerce la abnegación y la sobrecarga sobre el bienestar subjetivo de una muestra de CFAM de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

1.4.2 Objetivos específicos:

1. Describir el nivel de abnegación y sobrecarga informado por la muestra de participantes
2. Describir la percepción de bienestar informado por la muestra de participantes
3. Describir el nivel de apoyo social que reciben los participantes de la muestra.
4. Analizar la relación entre abnegación, sobrecarga y bienestar, probando la influencia del apoyo social en esta relación.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1 Bienestar subjetivo.

La atención y cuidado a un adulto mayor dependiente funcional, supone una sobrecarga económica, física y emocional para el cuidador del adulto mayor, mismo que afecta negativamente en su salud y bienestar (Domínguez-Guedea et al., 2008). El envejecimiento de la población en el mundo es un hecho notorio, sin embargo es tan acelerado que el número de AM supera en gran medida al número de cuidadores.

Prilleltensky (2004) elabora un teoría de bienestar que concibe el desarrollo humano en términos de propiedades mutuamente reformadas de las cualidades personales, relacionales y sociales, considera que los seres humanos esperamos que los intercambios interpersonales basados en el respeto y apoyo mutuo, aumenten nuestra calidad de vida [...] Por lo tanto, el bienestar va a ser el resultado de una sinergia de factores personales (tales como salud, autodeterminación, oportunidad de crecimiento), relacionales (como afecto, cuidado, comprensión, vinculación, apoyo, respeto por la diversidad, participación significativa en la familia, el trabajo y la vida cívica), y colectivos (donde se incluyen la adecuada atención en salud, acceso al agua potable, justa y equitativa distribución de cargos y recursos e igualdad económica).

Diversos autores (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, 1994; Diener, 1998; Avia & Vásquez, 1998, Barrientos 2005, citado en Moyano & Alvarado 2007), ubican al bienestar subjetivo dentro del enfoque teórico denominado psicología positiva, con una nueva definición que caracteriza al individuo a mantener un amplio conjunto de factores

que incluyen las reacciones emocionales, la satisfacción con sus posesiones y los juicios globales de satisfacción personal (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El bienestar es un componente subjetivo del concepto Calidad de Vida (Liberalesso, 2002; García-Viniegras & González, 2000), que a su vez está conformado por aspectos cognitivos y afectivos. El Componente cognitivo del bienestar sería la satisfacción vital, ya sea de manera global o por dominios específicos, y el componente afectivo se refiere a la presencia de sentimientos positivos, lo que algunos autores denominan felicidad (Arita, 2005 citado en Moyano & Alvarado, 2007).

Una definición más específica del bienestar subjetivo podría ser aquella que Anguas (2000) acuñó como la percepción propia que las personas hacen sobre su situación física y psíquica, lo cual no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva que se genera de la evaluación que desde el exterior se hace de aquellos indicadores de ambas situaciones.

Anguas (2000), al realizar un análisis en diferentes culturas del mundo, argumenta que el bienestar obedece a la cultura del individuo en cuanto a sus formas de vestir, métodos de obtención de alimentos, educación de los jóvenes, patrones de interacción social, patrones de crianza, creencias y patrones de comunicación entre otras, los factores importantes en la obtención del Bienestar subjetivo.

Las normas culturales suelen ser de gran influencia sobre las emociones. Diener et al. (2004) encontraron que la correlación entre lo apropiado y la frecuencia de una emoción era más grande para emociones secundarias como orgullo, culpa, tristeza, y celos, que para emociones primarias; alegría, gratitud, entusiasmo, entre otras. Esto es, las normas parecen predecir más la experiencia de emociones secundarias que las de emociones primarias.

Vera y Tánori (2002), en un estudio psicométrico para medir bienestar subjetivo en la población mexicana, encontraron que en la dimensión afectiva emocional del constructo se observa intensidad y frecuencia en emociones positivas y negativas, en las comparaciones hechas por sexo, se encontró que los hombres y mujeres presentaron diferencias significativas en algunos aspectos de la dimensión emocional; las mujeres expresaron percibir con mayor frecuencia e intensidad afectivas positivas, mientras que los hombres mostraron experimentar más frecuentemente las emociones negativas.

2.1.1 Bienestar en cuidadores.

El cuidado del adulto mayor tiende a generar una sobrecarga de actividades, situación que puede traducirse en complicaciones y conflictos para el cuidador (Domínguez y López, 2008). Por ser una tarea tan demandante, cuidar de una persona mayor dependiente se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo, tristeza (Brewer, 2001; Cigarán, Velasco, Lozada & Márquez, 2006, citado en Domínguez, 2005).

El bienestar de los cuidadores es a menudo visto como dependiente de la carga del cuidado, utilizada esta última como un predictor del bienestar general. (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Stull, Kosloski, & Kercher, 1994; Yates, Tennstedt, & Chang, 1999, citados en Chappell & Reid, 2002). George y Gwyther (1986, p.253, citado en Chappell & Reid, 2002) definen la carga del cuidado como *“los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden ser experimentados por los miembros de una familia al cuidado de adultos mayores con discapacidad”*.

Cuidar a un familiar adulto mayor, en la mayoría de los casos, limita la vida personal, social y laboral del cuidador, no dejando de lado el sin número de tareas de gran dificultad que tienen que enfrentar día con día, a costa de su propia salud, haciendo énfasis en el hecho de que algunos cuidadores se enfrentan con casos de demencia u otro tipo de enfermedad crónica que aumenta el grado de dificultad de la tarea más sencilla.

En el caso de los cuidadores de dependientes con demencia pueden verse ante cuadros de agresión verbal, física y confusión. Debido a la progresión de los receptores de cuidados, sus enfermedades y necesidades de atención son difíciles de prever (Poulshok & Deimling, 1984, citado en Pinquart & Sörensen, 2003). Sin embargo, muchos cuidadores son capaces de lidiar muy bien con su papel. Ellos experimentan pocos síntomas de aflicción y con frecuencia informan ganancia positiva de la experiencia. (Pinquart & Sörensen, 2003).

Ochoa y López (2008), realizaron un estudio para validar la escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores como parte del trabajo de investigación aplicada desarrollado por Domínguez-Guedea y sus colaboradores (2007) utilizando la perspectiva psicométrica para la validación de instrumentos relativos a la experiencia del cuidador (por ejemplo, Domínguez & López, 2008; Ochoa & López, 2008). Como resultados se obtuvo que la EBEMS (Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores) presenta valores de validez y confiabilidad muy satisfactorios, las puntuaciones factoriales muestran promedios deseables en cuanto a la percepción de bienestar (alta satisfacción personal, alta percepción de afectos positivos y escasa percepción de afectos negativos), las relaciones entre los factores son coherentes pero no predictivas, de manera que los pasos siguientes para el entendimiento del bienestar

en cuidadores familiares de adultos mayores con problemas de salud deben incluir el análisis simultáneo de las características personales y familiares que la literatura ha apuntado como relevantes (López et. al. 2010).

El bienestar subjetivo como lo explica la literatura, es aquel que es percibido por el individuo, esto no significa que tengan bienestar *per se*, es decir, en el caso de los cuidadores pueden no relacionar su desgaste físico y emocional con el cuidado, por el contrario atribuyen su bienestar a la satisfacción que sienten por el rol que tienen como cuidadores.

El cuidador informal sufre una serie de pérdidas y desgaste durante la realización de su papel, es así pues, que el cuidar a un adulto mayor dependiente es una labor de gran exigencia en la cual es esencial el tiempo y más que este la disposición y la voluntad de abnegarse por otra vida. Es en este último punto es dónde entra la correlación existente con la abnegación pues una persona es abnegada cuando se sacrifica en favor de otros, pero no es con el fin de que los demás se sientan bien, si no que este autosacrificio les brinda una sensación satisfactoria por sentirse útiles y por lo tanto perciben un estado de bienestar ante la adversidad y el estrés de la situación. Para aclarar bien este último punto es necesario indagar más en el concepto de abnegación y así ver como dos constructos que parecen tan contrarios, al final se ven encontrados en la vida del cuidador.

2.2 Abnegación.

Resulta increíble el hecho que un rasgo cultural tan antiguo y que además representa a la infravaloración, se siga manifestando con mucha frecuencia en la sociedad actual.

La abnegación según Díaz-Guerreo (1993) se define como la disposición conductual para que los otros sean antes que uno, o sacrificarse en servicio de los otros, es decir, es la renuncia voluntaria de los deseos o derechos a favor de alguien más (Domínguez-Guedea). Con gran influencia cultural, es un rasgo que, según Rojas (2007, citado en Domínguez-Guedea), se dice ser “la herencia social hacia las mujeres”.

En 1988 Mercado-Padilla, aplicó las Premisas histórico-socioculturales, el cuestionario de “Atributos Personales” y el de “Planeación Familiar” en los cuales encontró que la mujer es dependiente del hombre, sumisa y abnegada (Avendaño, 1994).

Se plantea que en México la institución social más importante es la familia y que la mayoría de los mexicanos conciben al nosotros, antes que el yo, a la familia, antes que a las individualidades que la integran (Díaz-Guerrero, 1996; 2007). “La abnegación parece ser un rasgo normal en su grado moderado en nuestra cultura; desempeña una función útil para mantener el bienestar o eficacia de las “buenas relaciones interpersonales” (Avendaño, 1994).

Castellanos (1971) menciona que ha observado en las abnegadas una excesiva autocomplacencia, un evidente disfrute de este estado, lo que hace lícito suponer que sus esfuerzos no se dirigen tan certera y completamente hacia el bien del otro como hacia el propio bien. Sin embargo, según Fernández (1990; citado en Avendaño, 1994), cuando se habla de estilos de vida o formas de vida, es decir, un hábito generalizado, o conducta repetitiva cuya probabilidad de ocurrencia debe ser alta, esta puede repercutir en la salud.

Domínguez-Guedea, Díaz-Loving y Quintero (2012) analizaron la abnegación junto con otros predictores del bienestar en una muestra de CFAM mexicanos encontrando que

ésta mantiene una relación negativa con la vivencia de afectos positivos y una relación positiva con los afectos negativos (Domínguez et al, 2013).

2.2.1 Abnegación en cuidadores.

Una de las circunstancias a las que se ha prestado especial interés son los conflictos y patrones que al interior de la familia hacen que el cuidado se concentre en una o pocas personas (Casado & Sacco, 2012; Gupta, Pillai & Levy, 2012), así como también resulta importante entender qué hace a los cuidadores adoptar ese rol aún en condiciones personales/familiares tan desgastantes (Kwak, Ingersoll-Dayton & Kim, 2010, citado en Domínguez et al, 2013).

De acuerdo con la teoría de género el sistema de organización patriarcal que impera en el contexto mexicano asigna por género las funciones productivas y reproductivas (Cazés, 2000). Las reproductivas son asignadas socialmente a la mujer, como un deber ser y vividas como condicionamiento social y moral; entre las que se encuentran el cuidado del hogar y los dependientes en la familia: niños, enfermos y adultos mayores [...]. Las mujeres cuidadoras se entregan al cuidado con agrado por la satisfacción del deber cumplido lo cual no sucede en el cuidado del AM por el progresivo deterioro de su salud, esto puede deberse a que el cuidado sostenido del AM en el hogar requiere cada vez de más tiempo, conocimiento, fortaleza física y emocional, lo que supera las expectativas de las mujeres. (Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez & Gutiérrez, 2012).

El rasgo de la abnegación puede ser una de las formas de darle explicación al porque los cuidadores asumen la responsabilidad de atender a un familiar adulto mayor, a pesar de la carga extenuante. Díaz-Guerrero (1982, citado en Flores, Díaz-Loving, Guzmán,

Bárceñas & Godoy, 1992) También indica que la abnegación es, de hecho, “un estilo de confrontación pasiva para resolver problemas”.

Se encontró que la abnegación quedó representada por dos dimensiones coherentes con las características de dicho rasgo en población general, pero también pertinentes al rol de cuidador en lo particular; los factores son: 1) auto-modificación para evitar tensiones familiares y, 2) auto-sacrificio por la familia”.

Al contrario de la abnegación, el bienestar supone poner los intereses propios por delante de los demás, sin embargo, la mayoría de los cuidadores se enfocan tanto en el cuidado de su adulto mayor que llegan al punto en el que dejan de prestar atención a su salud misma y a otros aspectos de la vida diaria que van desde las tareas más sencillas hasta dejar de lado su vida social, con el tiempo esto trae consigo consecuencias negativas en la vida del cuidador.

2.3 Apoyo social.

La asistencia a un anciano dependiente funcional demanda recursos económicos, tiempo, organización familiar y personal que, sumados a otras exigencias que los cuidadores tienen en sus diferentes roles sociales genera una sobrecarga de tareas que pueden repercutir negativamente en el cuidador [...]. Sin embargo un recurso que puede mitigar estos impactos es la existencia de redes de apoyo social, dentro de las cuales las familias encuentran apoyo y ayuda para satisfacer las necesidades en situaciones cotidianas y de crisis (Domínguez-Guedea, Arruda, D., Montiel, C., Ochoa, M., Álvarez, H., Valdéz, L. & Ibarra, F., 2009)

Sundberg (cfr. Bravo y Serrano, 1992, citado en Molina & Iáñez, 2006) define el apoyo social como “un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que desempeña un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo”. También es entendido como el proceso a través del cual los recursos de la estructura social ayudan a satisfacer necesidades en situaciones cotidianas o de crisis (Lin & Ensel, 1989, citado en Domínguez et al, 2013).

Algunos estudios indican que el apoyo social predice la satisfacción con la vida experimentada por el cuidador, aumenta la sensación de control y bienestar entre los cuidadores que realizan diversas funciones y reduce la sobrecarga percibida (Dyer, 2001; Grant, Elliott, Newman-Giger & Bartolucci, 2001; Martire, Stephens & Townsend, 1998: citado en Domínguez-Guedea, Arruda, D., Montiel, C., Ochoa, M., Álvarez, H., Valdéz, L. & Ibarra, F., 2009).

Según las revisiones realizadas por Domínguez et al (2013), la literatura indica que el apoyo social puede aumentar la salud y el bienestar del cuidador (Reid, Stajduhar & Chappell, 2010; Steiner et al., 2008), disminuyendo indicadores emocionales negativos (Lavela & Ather, 2010; Márquez González et al., 2010) e incluso cuadros complejos como los de sobrecarga, depresión y ansiedad (Arango-Lasprilla, Moreno, Rogers & Francis, 2009; Rodríguez-Agudelo et al., 2010).

2.3.1 Apoyo Social en Cuidadores.

Con el aumento de la esperanza de vida y el incremento acelerado de la población de adultos mayores se ha dado la preocupación por conocer los mecanismos de apoyo otorgando especial atención al apoyo social. Este se puede recibir de dos maneras: como

apoyo informal, proveniente de familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares, y como apoyo formal, que es el proporcionado por los profesionales de la salud (Linde, M., Velasco, M, I. & Velasco, B. I., 2005). Un estudio realizado por estos autores demuestra que el apoyo social es quizá la variable moduladora más importante para la familia cuidadora, ya que es una importante fuente de ayuda para los cuidadores al momento de hacer frente a las situaciones que le son propias

Algunas investigaciones indican que el apoyo social predice la satisfacción de vida experimentada por el cuidador, aumenta la sensación de dominio y el bienestar de los cuidadores que realizan diversas funciones y reduce la carga percibida (Dyer, 2001; Grant, Elliott, Newman-Giger, & Bartolucci, 2001; Martire, Stephens, & Townsend, 1998, citados en Domínguez-Guedea, Arruda, D., Montiel, C., Ochoa, M., Álvarez, H., Valdéz, L. & Ibarra, F., 2009).

Los cuidadores que tienen mayor capacidad de acceso o mayor nivel de apoyo social tienen mayores posibilidades que los que carecen de éste para evitar las consecuencias más severas del cuidado, como pueden ser los trastornos emocionales (Robinson-Whelen, Tada, MacCallum, McGuire & Kiecolt- Glaser, 2001, citado en (Linde, M., Velasco, M, I. & Velasco, B. I., 2005).

En suma, el apoyo social es considerado un elemento clave en los estudios sobre CFAM pues permite comprender mecanismos de compensación y ajuste ante las dificultades del cuidado, facilitando experiencias emocionales satisfactorias, de ajuste y crecimiento personal para los cuidadores (Fernández-Lansac & Crespo, 2011, citado en Domínguez et al, 2013).

2.4 Sobrecarga.

La sobrecarga es un término que hace referencia a un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” (Dillehay & Sandys, 1990, pp. 268). Debido a la carga del cuidado se pueden ver afectadas las vidas de los cuidadores en cuanto a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad, y equilibrio personal (Prince, 2000).

La carga es un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizado en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos.

Las exigencias del cuidado aumentan con el nivel de dependencia del AM lo cual somete a riesgo de daño a la salud al CFAMDF (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; Montes de Oca y Hebrero 2006, citado en Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez y Gutiérrez, 2012) [...]. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades como lo menciona la OMS (2006); y en virtud de que, en México, la Constitución Política establece que toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011, citado en Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez y Gutiérrez, 2012).

La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en la familia, en México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores, quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel [...]. Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus

propios recursos y actividades, viéndose afectado de esta manera su bienestar, existen estudios que han encontrado que entre 45 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (Alfaro et al., 2008).

La definición de sobrecarga incluye dos aspectos fundamentales: el objetivo y el subjetivo. La sobrecarga *objetiva* corresponde a los resultados negativos concretos y visibles del papel del cuidador y la *subjetiva* se refiere a las sensaciones que el cuidar desencadena, a la evaluación personal de los familiares sobre la situación (Moreira de Souza y Turrini, 2011). Barbosa (2007), señala que la vida de los cuidadores gira en torno a la satisfacción de las necesidades de su familiar mayor, dejando sus vidas en un segundo plano, situación totalmente comprensible por las tensiones y malestares experimentados especialmente cuando la demanda es continua, pudiendo desencadenar una serie de sentimientos negativos como: tristeza, sentimientos de culpa, enfado, resentimiento y conflictos negativos.

Como ya se mencionó, una consecuencia de la sobrecarga es el deterioro del bienestar, y esta, está relacionada con la gravedad de la enfermedad y la relevancia de la discapacidad del enfermo (Stefani, Seidmann & Acrich, 2000), un aspecto que podría fungir como moderador en la disminución de la sobrecarga es el apoyo social, sin embargo, diversos estudios como los de Richaud de Minzi y Sacchi (1999) y Stefani, Seidmann & Acrich, (2000), demuestran que la estructura de la red social no actúan como moderadora del sentimiento de sobrecarga de los cuidadores.

A manera de síntesis del fundamento teórico de este trabajo de tesis se destaca que el paradigma estrés bienestar ha guiado una cantidad muy importante de estudios sobre

cuidadores familiares; dentro de esa línea investigativa, la sobrecarga ha sido vista como una de las típicas dificultades que surgen en el curso del cuidado y que ésta a su vez deteriora el bienestar del cuidador pero, tales resultados pueden ser minimizados o evitados a través de recursos tales como el apoyo social. A pesar del fortalecimiento que a través de tres décadas de estudio se ha tenido sobre ese paradigma de estudio, poco se ha explorado el papel de aspectos culturales en la dinámica estrés-bienestar, es por eso que este trabajo busca analizar tal influencia, incorporando el atributo de abnegación a la evaluación de un modelo de predictores del bienestar; en los siguientes capítulos, se describen metodología, resultados y discusión efectuadas para dicho propósito.

CAPITULO III

MÉTODO

3.1 Participantes

La muestra para este estudio consistió en 420 cuidadores de familiares adultos mayores de la ciudad de Hermosillo, Sonora, México, que se obtuvo por medio de un procedimiento de selección no probabilístico, por conveniencia.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: (a) ser familiar del adulto mayor que recibe los cuidados; (b) cohabitar con la persona adulta mayor o bien visitarla al menos una vez por semana y; (c) proveer asistencia al adulto mayor al menos en una de las actividades básicas de la vida diaria o instrumentales previstas en los índices de valoración geriátrica indicados en el apartado de instrumentos.

Los criterios de exclusión fueron: (a) no completar el 80% o más de las preguntas del conjunto de instrumentos aplicados; (b) manifestar el deseo de no querer continuar con la colecta de datos; (c) imposibilidad de contactar al participante para dar seguimiento al proceso de colecta.

El tamaño de la muestra no aspiró a ser representativo del número de cuidadores de adultos mayores que existe en la localidad pues no existe ningún registro que permita estimar dicha cantidad; en virtud de ello el tamaño de la presente muestra atendió al criterio estadístico de contar con al menos 40 personas por variable independiente a someter en un análisis de regresión jerárquica (Tabachnick & Fidell, 2001); las variables independientes previstas hasta el momento son ocho: abnegación, apoyo social, sobrecarga, distribución de responsabilidades del cuidado, cuidador vive con adulto mayor, sexo del cuidador, edad del

cuidador y parentesco; este número de variables se multiplicaran por 40, lo que da el número de participantes que serán , dichas variables son necesarias para explicar la variable dependiente que es el Bienestar.

El rango de edad de los participantes fluctuó entre los 19 y 87 años de edad, con una media de 49.23 Años. El sexo fue del 87% de participantes femeninas y 13% de participantes masculinos. El caso con menor tiempo como cuidador fue de 1 mes, y el mayor fue de 720 meses, con una media de 93.23 meses. El 65.8% de los participantes cuenta con pareja, un 29.7% de participantes posee estudios de licenciatura o posgrado, 31.9% de preparatoria o una carrera técnica y 36.5% con estudios de secundaria/primaria o solo sabían leer y/o escribir. En cuanto al parentesco, el 77.3% de los cuidadores son hijos del AM y el 22.7% tienen otro tipo de relación filial. El 38.7% de los cuidadores no vive con el AM, mientras que el 61.3% si lo hace.

3.2 Materiales e instrumentos

Para la colecta de datos generales tanto del AM como del cuidador, se utilizó una ficha socio-demográfica (anexo 1); una ficha para detectar enfermedades y discapacidades del AM y su cuidador, así como la satisfacción con la salud de éste último (anexo 2). Para la evaluación del criterio de inclusión en la muestra de participantes correspondiente a proveer asistencia/ayuda al adulto mayor, 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 adulto mayor

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 mayor (anexo 3).

Con la finalidad de identificar aspectos de la dinámica familiar respecto a las responsabilidades del cuidado, se realizó una entrevista estructurada sobre experiencia del cuidado (Domínguez-Guedea, 2008) (anexo 4).

Los instrumentos psicométricos utilizados en esta investigación son los siguientes:

- (a) Escala de Abnegación en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores – EAB/CFAM (anexo 8) que parte de la Escala de Abnegación validada por Avendaño-Sandoval (1994). Las modificaciones a la escala original consistieron en: a) cambiar las opciones de respuesta de tres (verdadero, interrogación y falso) a cuatro puntos (1 = nunca; 4 = siempre); b) en las instrucciones de la nueva escala se pide a los respondientes responder en relación a la forma como se comportan en la familia - y no de manera general como en la escala original- , consideración que se reforzó con redacciones de ítems que plantean situaciones en familia; c) se eliminaron redacciones referidas exclusivamente a la pareja colocándolas en la situación familiar en general; d) se modificó la redacción de los ítems originales para incluir frases y palabras más comprensibles de acuerdo al lenguaje cotidiano de la localidad. Con todo, el instrumento modificado quedó conformado por catorce reactivos dispuestos en formato tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca; 4 = siempre) que integraron estímulos relativos a la abnegación centrada en la familia, automodificación y no asertividad, con 36% de varianza explicada en forma unidimensional. La consistencia interna de la escala completa es de .88.

- (b) Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (anexo 6) (Domínguez-Guedea et al., 2011): 22 ítems; 55% de varianza explicada con los factores Satisfacciones materiales ($\alpha=.91$), Satisfacciones personales ($\alpha=.84$), Afectos negativos ($\alpha=.82$) y Afectos positivos ($\alpha=.74$); consistencia interna total de .92. Para este estudio se agregó un conjunto de cuatro ítems que valoran la satisfacción con el apoyo recibido y se hizo una integración de los ítems de afectos positivos y negativos, refiriéndolos en adelante como equilibrio de los afectos; el producto de dichas modificaciones se describe como parte de los resultados del presente.
- (c) Escala de Apoyo Social en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores – EAP/CFAM (anexo 7) de Domínguez-Guedea, Mandujano, Quintero, Sotelo, Gaxiola y Valencia, (en prensa) la cual consta de 23 ítems que en conjunto explican 63% de varianza del constructo, identificándose los factores: Apoyo práctico ($\alpha=.93$), Apoyo económico ($\alpha=.95$), Apoyo emocional ($\alpha=.91$) y Apoyo de orientación ($\alpha=.89$). Los ítems están dispuestos en formato tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca; 2 = pocas veces; 3 = muchas veces y 4 = siempre) y miden la frecuencia con la que el cuidador percibe recibir apoyo cuando lo necesita, en relación a una diversidad de situaciones que demandan apoyo.
- (d) Escala de Evaluación de Sobrecarga (anexo 8), la cual fue formada por Domínguez-Guedea (2005) a partir de la revisión de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit & Zarit 1983 adaptada al español por Montorio et. al., 1998), con una consistencia interna α de Cronbach que oscila entre 0.69 y 0.90 dividida en 3 factores: “impacto del cuidado”, “carga interpersonal” y “expectativas de

autoeficacia” y The Burden Assessment Scale (Ivarsson et. al, 2004) en la cual se encontraron 3 factores: “limitación de actividades”, “sentimientos de preocupación y culpa” y “presión social” con una consistencia interna calculada con coeficiente α de Cronbach que varían entre 0.73 y 0.88 para los 3 factores.

3.3 Procedimientos

La muestra fue contactada por medio de los miembros del Equipo de Investigación y Acción para cuidadores familiares de adultos mayores a través de organizaciones dedicadas a prestar servicios a adultos mayores, y mediante contactos personales.

Primeramente se acudió a unidades de salud de los tres niveles de atención tales como: clínicas comunitarias, hospitales y centros de salud mental, así como organizaciones de la sociedad civil, grupos pastorales de las diferentes iglesias y templos de la comunidad, para hacer contacto con las personas responsables de esos lugares y exponer la situación del estudio. Con los debidos permisos otorgados por la dirección de estos lugares se realizó la invitación de manera individual y a través de carteles a los cuidadores para formar parte del estudio, acordando lo estipulado en la Carta de Consentimiento Informado del proyecto (anexo 9). Una vez que los cuidadores aceptaron formar parte del estudio, se procedió a programar visitas domiciliarias para coleccionar el total de la información, identificándolo por medio de la ficha de identificación del cuidador (anexo 1). La información se recopiló por medio de una entrevista y de varias escalas que podían ser autoaplicadas, con ayuda del entrevistador o totalmente por medio de este.

Teniendo una secuencia que inicio con los 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. Además se aplicaban otros cuestionarios, como parte del proyecto del cual se desprende este estudio, de forma que el total de la información era colectada en una o varias sesiones, cada una de una hora y media aproximadamente.

En la mayoría de los casos se invertían de una a tres sesiones por participante. Todos los aplicadores fueron estudiantes de psicología y posgrado, previamente instruidos y estandarizados. A cada una de los participantes del presente estudio se le entregó un directorio con una lista de recursos sociales y de salud que existen en la comunidad, dentro del contenido de este directorio se encuentran: el propósito del mismo, números de emergencia, hospitales, servicios profesionales interdisciplinarios, servicios gubernamentales, y un agradecimiento por la labor de cuidar. Esto tuvo el fin de atender al proceder ético del psicólogo, en relación a ofrecer información a las personas en virtud de los problemas que estas expongan.

3.4 Diseño y tipo de estudio

El diseño de esta investigación fue de tipo no experimental debido a que no se manipularon variables del contexto natural, con un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que no se tiene un listado definitivo de cuidadores, de tipo transversal por que la muestra fue obtenida en un tiempo único, y es de tipo descriptivo-correlacional, relatando las variables estudiadas, y proporcionando un valor predictivo de dos o más medidas diferentes, mostrando su covarianza, con la cual se especifican propiedades, características, perfiles de personas, grupos o comunidades (Hernandez-Sampieri, Fernández & Batista, 2003; Shaughnessy, ZechMeister & ZechMeisters, 2007).

Este estudio es de tipo correlacional bajo el objetivo establecido de esta investigación, el cual fue analizar la relación de la abnegación, el apoyo social y la percepción de sobrecarga con el bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales, (Hernandez-Sampieri, Fernández & Batista, 2003; Shaughnessy, ZechMeister & ZechMeisters, 2007).

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentarán los análisis aplicados al conjunto de datos colectados. Se expondrán en primer lugar los análisis descriptivos de las distintas variables y posteriormente se expondrán los análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico, con el objetivo de observar la influencia de las variables abnegación, apoyo social y sobrecarga en el bienestar subjetivo de la muestra participante.

4.1 Análisis descriptivos.

En relación a los resultados obtenidos, se corrieron análisis de estadística descriptiva de los niveles de abnegación, apoyo social y sobrecarga en los cuidadores participantes. La descripción de los resultados son los siguientes:

Tabla 1. Resultados de las variables relacionadas al bienestar de los cuidadores de AM.

	N	Media	Desviación estándar	Asimetría
BIENESTAR	420	2.7070	.58518	-.442
Afectos negativos	420	2.4565	.88176	.146
Afectos positivos	420	3.0587	.79025	-.644
Satisfacción material	420	2.6367	.72120	-.269
Abnegación	420	2.6932	.63634	-.193
Apoyo Social	420	2.7864	.66874	-.147
Sobrecarga	420	2.3655	.67684	.380

Como se puede observar en la Tabla 1, el bienestar obtenido en los CFAM tuvo una media de 2.7070 con un valor de N=420, cual desviación estándar fue de .58518 y una asimetría de -.442. En afectos negativos la media obtenida correspondió a 2.4565 y 3.0587 para los afectos positivos. El promedio correspondiente a la variable de satisfacción material fue de 2.6367.

Para las variables del contexto familiar la media fue de 2.6932 y 2.3655 para abnegación y sobrecarga respectivamente. Lo que respecta para la variable de apoyo social la media fue de 2.7864.

4.2 Análisis multivariados.

Con el fin de analizar la relación de cada una de las variables independientes (abnegación, sobrecarga y apoyo social) respecto al bienestar subjetivo de los cuidadores familiares de AM que formaron parte de la muestra, se realizó una regresión lineal del tipo jerárquico.

Las variables de interés fueron organizadas en bloques de acuerdo a la lógica conceptual del modelo de bienestar en cuidadores familiares de Domínguez-Guedea (2005), quedando como sigue: 1) bloque de variables sociodemográficas (edad, sexo femenino, co-residencia con el AM y relación filial con el AM); 2) bloque de variables del contexto familiar, siendo éstas el nivel de abnegación que el CFAM reportó presentar en la convivencia familiar y la sobrecarga del cuidado percibida; 3) bloque de variable mediadora, representada por el apoyo social. De esta forma, se exploró la capacidad predictiva de los tres bloques de variables sobre el bienestar percibido por el CFAM.

Cabe destacar que en el bloque de variables socio-demográficas co-residencia, relación filial y sexo femenino del cuidador fueron incluidas en puntuaciones dicotómicas, de manera que están representando la afirmación del atributo.

Se corrieron análisis para la puntuación total de bienestar y también para cada dimensión que lo constituye: afectos negativos, afectos positivos y satisfacciones materiales. Los resultados están en las tablas 2 a la 5.

Tabla 2. Resumen de los resultados de regresión jerárquica o secuencial del modelo de bienestar subjetivo.

Bloque	VD	B	β	Cambio en F (gl)	R y R ²	
Socio-demográficas	Es hijo(a) del AM	.043	.017	.012		R= .240
	Sexo femenino	-.048	-.090	-.047	4.983***	R ² = .046
	Edad del cuidador	.010	.002	.039	(4, 415)	R ² aj= .037
	Vive con adulto mayor	-.205	-.248	-.208***		R ² Δ = .046***
Contexto familiar	Abnegación	-.289	-.094	-.103*	82.683***	R= .564
	Sobrecarga	-.551	-.435	-.503***	(2, 413)	R ² = .319 R ² aj= .309 R ² Δ = .273***
Mediadora	Apoyo social	.468	.293	.335***	70.393***	R= .647 R ² = .418 R ² aj= .408 R ² Δ = .099***

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, R² Δ =Cambio en R²

Los tres bloques fueron significativos pues variables sociodemográficas y del contexto familiar (abnegación y sobrecarga) mostraron valores de R² significativamente diferente de cero; asimismo, se advierte que la inclusión de la variable apoyo social

incrementó el poder explicativo en el bienestar, de manera que puede ser entendido como un mediador de las anteriores variables.

De manera específica, se tiene que, de las cuatro variables sociodemográficas, sólo vivir con el AM se constituyó como un predictor individual del bienestar, mostrando una relación negativa y significativa en la ecuación, implicando que las personas que viven con el mayor perciben menor bienestar. Por otro lado, las variables abnegación, sobrecarga también mostraron un poder predictivo individual significativo y negativo, implicando que en la medida en la que aumentan estos atributos, disminuye el bienestar. El apoyo social también fue un predictor individual significativo pero positivo, mostrando su papel mediador del efecto del conjunto de las anteriores variables.

Enseguida se repitió el mismo análisis pero ahora tomando como variables a ser predichas, a cada componente del bienestar de manera separada. En la tabla 3 se muestra el resultado para el componente de afectos negativos.

Tabla 3. Resumen de los resultados de regresión jerárquica o secuencial del modelo de afectos negativos.

Bloque		VD	B	β	Cambio en F (gl)	R y R ²
Socio-demográficas	Es hijo(a) del AM	.003	.068	.031		
	Sexo femenino	.125	.370	.130**	4.472**	R= .203 R ² = .041
	Edad del cuidador	-.059	-.006	-.076	(4, 415)	R ² aj= .032 R ² Δ= .041**
	Vive con adulto mayor	.136	.271	.151**		
Contexto familiar	Abnegación	.237	.106	.077	61.987***	R= .513 R ² = .263
	Sobrecarga	.500	.601	.461***	(2, 413)	R ² aj= .252 R ² Δ= .221***

Bloque	VD	B	β	Cambio en F (gl)	R y R ²
Mediadora					
Apoyo social	-.185	-.062	-.047	1.112 (1, 412)	R= .514 R ² = .265 R ² aj= .252 R ² Δ= .002

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, $R^2\Delta$ =Cambio en R^2

Diferente a los resultados de la Tabla 2, en este análisis se observó que sólo los primeros dos bloques fueron significativos, en tanto que el bloque de la variable mediadora no alcanzó un nivel satisfactorio. Con todo, los bloques socio-demográfico y del contexto familiar mostraron valores de R^2 significativamente diferente de cero, teniendo como porcentaje total de explicación 26%.

Las variables socio-demográficas que se revelaron como predictores individuales de los afectos negativos fueron el sexo femenino y vivir con el adulto mayor, de forma que a la afirmación de ambos atributos se corresponde un incremento en las puntuaciones de afectos negativos. Por su parte, de las variables de contexto familiar, sólo sobrecarga se configuró como predictor individual y positiva de los afectos negativos, implicando que a mayor percepción de sobrecarga, mayor vivencia de los afectos negativos.

Enseguida se exponen los resultados encontrados en la dimensión afectos positivos.

Tabla 4. Resumen de los resultados de regresión jerárquica o secuencial del modelo de afectos positivos.

Bloque		VD	B	β	Cambio en F (gl)	R y R ²
Socio-demográficas	Es hijo(a) del AM	.113	.183	.094		R= .194
	Sexo femenino	-.020	-.024	-.009	4.076**	R ² = .038
	Edad del cuidador	.012	.003	.045	(4, 415)	R ² aj= .029
	Vive con adulto mayor	-.167	-.256	-.159***		R ² Δ= .038**
Bloque		VD	B	β	Cambio en F (gl)	R y R ²
Contexto familiar	Abnegación	-.131	-.034	-.027	13.918***	R= .314
	Sobrecarga	-.277	-.290	-.248***	(2, 413)	R ² = .099 R ² aj= .085 R ² Δ= .061***
Mediadora	Apoyo social	.349	.347	.294***	38.129*** (1, 412)	R= .418 R ² = .175 R ² aj= .161 R ² Δ= .076***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, R²Δ=Cambio en R²

Los tres bloques fueron significativos, mostraron valores de R² significativamente diferente de cero, siendo la de mayor significancia el correspondiente al apoyo social. En cuanto al bloque del contexto familiar, únicamente sobrecarga mostró un poder predictivo individual significativo y negativo, implicando que en la medida en la que aumentan estos atributos, disminuye el bienestar. Se advierte además que la inclusión de la variable apoyo social incrementó el poder explicativo en el bienestar, de manera que puede ser entendido como un mediador en las variables anteriores. De las variables socio-demográficas, vivir con el AM mostró una relación negativa individual con los afectos positivos.

Finalmente, la Tabla 5 muestra los resultados del análisis hecho en el componente específico de las satisfacciones materiales.

Tabla 5. Resumen de los resultados de regresión jerárquica o secuencial del modelo de satisfacción material.

Bloque		VD	B	β	Cambio en F (gl)	R y R ²
Socio-demográficas	Es hijo(a) del AM	.014	-.017	-.010		R= .164
	Sexo femenino	.027	.061	.026	2.880*	R ² = .027
	Edad del cuidador	-.037	-.001	-.018	(4, 415)	R ² aj= .018
	Vive con adulto mayor	-.161	-.235	-.160***		R ² Δ= .027*
Contexto familiar	Abnegación	-.241	-.113	-.099*	41.354***	R= .435
	Sobrecarga	-.413	-.402	-.377***	(2, 413)	R ² = .189 R ² aj= .178 R ² Δ= .162***
Mediadora	Apoyo social	.481	.419	.389***	81.570*** (1, 412)	R= .569 R ² = .323 R ² aj= .312 R ² Δ= .134***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, R²Δ=Cambio en R²

Los tres bloques mostraron significancia, siendo los más significativos los bloques de contexto familiar y el correspondiente a la variable mediadora, los cuales mostraron valores de R² significativamente diferente de cero. La variable con mayor significancia fue de la apoyo social, implicando que a medida que este aumenta también incrementa el poder explicativo en el bienestar, mientras que las dos variables del contexto familiar mostraron un poder predictivo individual significativo y negativo, implicando que en la medida en la que aumentan la abnegación y la sobrecarga, disminuye el bienestar. Una vez más se advierte que la inclusión de la variable apoyo social puede ser entendido como un mediador en las variables anteriores. Específicamente de las variables socio-demográficas, únicamente vivir con el AM se mostró como un predictor negativo individual.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta el gran crecimiento que ha tenido la población de adultos mayores a nivel mundial, como ya se ha mencionado desde el inicio de esta investigación, se hizo una revisión de cómo esta problemática ha ido impactando en la población de cuidadores y en su salud, señalando la importancia del papel del cuidador ante las situaciones de enfermedad o deterioro de los adultos mayores. Estas responsabilidades del cuidado recaen principalmente en la familia y dentro de esta, en las mujeres de familia.

En la cultura mexicana [...] la visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha, 2000, citado en Rocha & Loving, 2005). El rol de la mujer en la familia toma distintos papeles, en el ámbito familiar es vista como cariñosa, con mayor fortaleza emocional, encargada del cuidado de los hijos y de su educación, mientras que en lo referente al ámbito hogareño la mujer se manifiesta bajo la visión tradicional como aquella que debe llegar virgen al matrimonio, ser fiel y dedicarse exclusivamente al hogar y a su marido, siendo su máxima realización la maternidad (Rocha & Loving, 2005).

La maternidad implica la realización de tareas por amor, por obligación terrena o divina, o por instinto maternal (Lagarde, 1990, citado en Velladares, 2005), creencias y mitos que las mujeres han introyectado para cumplir funciones que las realiza como naturales y que por lo tanto no son reconocidos ni valorados (Velladares, 2005). Como parte de la educación de la mujer mexicana, se establece cómo deberá de llevar a cabo su

rol dentro de la familia. Así la esposa mexicana entra, mucho antes de la maternidad, en el camino real de la abnegación, la negación de todas sus necesidades y la prosecución absoluta de la satisfacción de todos los demás (Díaz-Guerrero, 1994).

Esta falta de reconocimiento hacia el rol de cuidador, trae repercusiones, sobre todo cuando la familia no está preparada para atender las necesidades y demandas de un adulto mayor dependiente, dichas repercusiones se ven aún más agravadas cuando la mayor parte de la responsabilidad del cuidado recae en un solo miembro de la familia. Sin olvidar que la dependencia funcional es una condición que vulnera no sólo al mayor que padece problemas de salud, sino también a su cuidador familiar, destacando que no todas las familias distribuyen equitativamente las labores del cuidado, siendo comunes las manifestaciones de sobrecarga en el cuidador familiar (Dominguez-Guedea, 2008-2009).

La sobrecarga puede estar en el aspecto económico, emocional, social y de salud de la vida del cuidador. La teoría de Pearlin (1989, citado en Ocejo 2013), plantea que la sobrecarga, en conjunto con los conflictos familiares, afecta al bienestar subjetivo del cuidador. Sin embargo, la sobrecarga subjetiva es la percepción que tiene el cuidador de la repercusión emocional de las demandas o problemas relacionados con el acto de cuidar (Pérez & Llibre, 2010).

La presente investigación tenía como propósito identificar la relación que guardan las variables abnegación y sobrecarga respecto al bienestar del cuidador en una muestra de cuidadores de la ciudad de Hermosillo, Sonora, se incluyó la variable apoyo social como mediadora. En los análisis de resultados se encontró que los tres bloques son significativos en cada componente, es decir, están correlacionados de manera que la presencia de uno impacta de manera positiva o negativa sobre la variable dependiente.

Interpretando los resultados obtenidos identificando los alcances y limitaciones del presente estudio, así como también la revisión del cumplimiento de los objetivos, y la verificación de la hipótesis, se encontró dentro del contexto socio-demográfico que vivir con el adulto mayor y ser mujer afecta de forma negativa en el bienestar del cuidador, sin embargo dentro del mismo contexto se muestra que la que relación filial que se guarda con el adulto mayor, en este caso ser hijo/a, influye de forma positiva en la percepción del bienestar. En lo referente al contexto familiar la sobrecarga y la abnegación también afectan de forma negativa al bienestar subjetivo con un nivel de explicación total del 26%,

En todos los contextos se confirma la importancia del apoyo social para los cuidadores familiares en el aumento significativo de su bienestar subjetivo. Dentro de la muestra el 67% de cuidadores dicen contar con este apoyo, lo cual es un alto porcentaje, dándole un nivel de explicación del 31%, en tanto, en presencia del apoyo social disminuyen los niveles de sobrecarga y abnegación.

Varios autores (Molina, 2005; Stefani, Seidmann & Acrich, 2000; Finch & Vega, 2003; Amendola, de Campos & Martins, 2010) concuerdan en que el apoyo social es una variable importante que funge un papel mediador entre las variables que afectan de manera negativa y la percepción del bienestar pues esta es asociada a la ayuda que da como resultado una menor percepción de sobrecarga y abnegación. Por tanto, recibir apoyo social tiene un impacto positivo en los niveles de bienestar percibido por el cuidador. Distintos estudios realizados entre ellos el realizado por Amendola y colaboradores (2010) encontraron que los cuidadores de sexo femenino que reciben ayuda presentan mejor percepción de la calidad de vida y salud que aquellas que no cuentan con apoyo.

En cuanto a la relación que guardan la abnegación y sobrecarga respecto al bienestar percibido por los cuidadores en la muestra del estudio, es negativa, es decir, a mayor presencia de abnegación y/o sobrecarga existe una menor percepción del bienestar. Mientras que el apoyo social si funciona como una variable mediadora que modifica la dirección de la relación entre abnegación, sobrecarga y bienestar subjetivo. Es así que a mayor percepción de apoyo social, mayor es el nivel positivo del bienestar.

Todo lo anterior da respuesta a las preguntas que se plantearon para esta investigación, ¿Cuál es la relación entre abnegación, sobrecarga y bienestar subjetivo en una muestra de cuidadores familiares de adultos mayores de la Ciudad de Hermosillo, Sonora? y ¿El apoyo social funciona como variable mediadora entre la abnegación, sobrecarga y el bienestar en cuidadores?.

Además se confirma la hipótesis planteada, que establecía que existe una relación negativa entre el nivel de abnegación, sobrecarga y bienestar subjetivo y que el apoyo social influye en la relación entre estas tres variables, modificando la magnitud y/o dirección de la relación entre ellas. Cumpliendo también con el objetivo general de analizar el papel mediador de la percepción de apoyo social en la influencia que ejerce la abnegación y la sobrecarga sobre el bienestar subjetivo de los cuidadores de la muestra.

De forma que este estudio puede ser un aporte importante en la literatura acerca de esta problemática ya que, como se mencionó, existen pocos estudios que se enfoquen en el tema de la abnegación relacionado al bienestar en cuidadores familiares de adultos mayores.

5.1 Conclusiones.

La problemática que presentan los cuidadores familiares de adultos mayores es de suma importancia en estos tiempos en que la esperanza de vida va aumentando y con ella la cantidad de adultos mayores, sin embargo no hay con ello un aumento de cuidadores, convirtiendo a las siguientes generaciones en adultos mayores que cuidan adultos mayores, solo que estos vendrán con un mayor desgaste tanto físico como emocional debido a la sobrecarga que genera atender a una persona dependiente de cuidados.

Es importante entonces cuidar a los cuidadores para que estos puedan desempeñar su rol de manera plena, mostrando respeto y admiración por su desempeño. Toda la labor que pueda implicar el cuidado, debe ser reconocida y considerar el papel que los apoyos formales o informales han desempeñado para ayudar a aliviar los sentimientos de carga y estrés en el cuidador.

Además, examinar la necesidad de los cuidadores de resolver el problema del pasado que están creando sentimientos de carga y sacrificio, como las cuestiones de sentimientos e ira dirigida hacia su experiencia del cuidado (Sanders, 2007). Entre las condiciones para el cuidado están: la fuerza física para movilizar al paciente; la disponibilidad, la capacidad de amor y los recursos necesarios para cubrir los gastos y medicamentos requeridos para brindar bienestar al familiar (Gómez, 2007).

La abnegación, es un rasgo cultural que se ve aún muy arraigado y aunque la literatura nos plantea que puede contribuir de forma positiva al bienestar subjetivo de los cuidadores, no cabe duda que también lo afecta de forma considerablemente negativa. Es este rasgo también el inicio de una cadena ya que es la abnegación una de las principales causas de que el cuidador, en su mayoría mujeres, genere una sobrecarga al dejar de lado

REFERENCIAS.

- Alfaro-Ramírez, O. Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de paciente con dolor crónico y terminales. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*.46 (5), 485-494. Recuperado de: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A178.pdf
- Amendola, F., De Campos, O., Martins, A. (2010). Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista de Escola de Enfermagem da Universidade de Sao Paulo*. 45(4).
- Anguas, A. (2000). El bienestar subjetivo en la cultura mexicana. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Avendaño-Sandoval, R. & Díaz-Guerrero, R. (1994). Estudio experimental de la abnegación. República Dominicana: Editora Corripio.
- Barbosa, W. (2007). *La actividad física como soporte biopsicosocial en un grupo de mujeres cuidadoras informales de ancianos dependientes*. (Tesis doctoral). Escuela universitaria de ciencias de la salud departamento de enfermería. Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16680686.pdf>
- Batthyány, K. (2011). Bienestar social, trabajo no remunerado y cuidados. Facultad de ciencias de la salud, UDELAR. Montevideo, Uruguay.
- Batthyány, K., Asesina, L., Brunet, N. (2007). Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo? CSIC UDELAR. Uruguay.

- Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V. (2012). La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género. *Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: principales resultados*. División de asuntos de género. Santiago de Chile.
- Bruna, M., Reinoso, Z., San Martín, R. (s/f). *El abandono una problemática en el adulto mayor*. Diplomado en salud pública y salud familiar. Resumen recuperado de: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20d el%20Mar%202003/Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2012). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios.
- Castellanos, R. (1971). La abnegación: una virtud loca. Discurso pronunciado en el acto conmemorativo del Día Internacional de la Mujer celebrado en el Museo Nacional de Antropología el 15 de febrero de 1971.
- Cazés, D. (2000). La perspectiva de género. Consejo Nacional de Población. México.
- Chappell, N.L y Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The gerontologist*. Vol. 42, No. 6. Academic research library. Pp. 772.
- Cicirelli, V. G. (1994). The longest bond: The sibling life cycle. En I. B. Weiner(Eds.) & L. L'Abate (Org.), *Wiley Series on Personality Process: Handbook of Developmental Family Psychology and Psychopathology*.(44-59). New York: Wiley.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2012). Consulta de opiniones sobre las políticas de cuidado de personas dependientes en América Latina: Niñas, niños,

personas ancianas, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas. Recuperado de: www.cepal.org

De los Reyes, M. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV reunión de antropología do Mercosul, Curitiba, Brasil.

Díaz-Guerrero, R. (1994). Psicología del mexicano: descubrimiento de la etnopsicología. 6ª ed. México: Trillas.

Domínguez-Guedea, M. (2005). Modelo de estrés y bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales. (Tesis de doctorado, no publicada). Universidad de Brasília, Brasil.

Domínguez-Guedea, M., & López-Dávalos, G. (2008). Validación de la escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*. 20(1) 13-22. Recuperado de: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2010/German-Lopez-Davalos.pdf>

Domínguez-Guedea, M., Arruda, F., Montiel, M., Ochoa, M., Álvarez, G., Valdéz, L. y Ibarra, E. (2009). Necesidades de apoyo social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc*. 21(2):242-9.

Domínguez-Guedea, M., Ocejo, A. Rivera, M. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de investigación psicológica*. Vol 3. No. 1. Universidad de Sonora. Pp. 1018-1030.

Fassler, C. (2009). Hacia un sistema nacional integrado de cuidados. Red género y familia. Ed. Trilce. Montevideo.

- Félix, A., Aguilar, R., Martínez, L., Avila, H., Vázquez, L., y Gutiérrez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*. Matamoros, Tamaulipas, México.
- Fernandes, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Finch, B. & Vega, W. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rater health among latinos in California. *Journal of immigrant health*. Vol 5. No 3. Santa Monica, California.
- Flores Galaz, M., Díaz-Loving, R., Guzmán, P. L., Bárcenas, M. G., & Godoy, P.G. (1992). Asertividad, abnegación y agresividad: Evaluación semántica. *La Psicología Social en México*, 4, 303-308.
- Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P. (2005). Guía del aprendizaje no formal para adultos mayores. Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores. México.
- García-Viniegras, C. y González, I. "La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales", *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592, 2000.
- Gómez, G. (2004). *Impacto en la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia*. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Gómez, G. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 25. No. 2. Pp. 60-71.

- Guzmán, J., Huenchuan, S., Montes de Oca, V. (julio, 2003). *Redes de Apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía y e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. Resumen recuperado de: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). Los adultos mayores en México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). Por una cultura del envejecimiento. México.
- Liberalesso, N. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 34. No 1-2. Pp. 55-74. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia.
- López, G., Orueta, S., Gómez-Caro, S., Sánchez, O., Carmona, J., Alonso, M. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista clínica de medicina de familia*. Vol. 2. No. 7. Pp. 332-339. Sociedad Castellano-Manchega de medicina de familia y comunitaria. España.
- Molina, L., Iáñez, V. M. (2006). Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: factores influyentes en la sobrecarga. *Anales de Psiquiatría*. 22(5).

leg T140095

- Montorio, I., Fernández, M., López, A., Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. *Utilidad y validez del concepto de carga*. Anales de psicología. Vol. 14. No 2. Universidad Autónoma de Madrid.
- Mora, L. (2007). La familia en la sociedad de hoy. Vivencias de venezolanos de clase media. *Athenea Digital*. No. 11. Pp. 56-82. Universidad Central de Venezuela. Venezuela.
- Morales, M. (2000). Temas prácticos en Geriátría y Gerontología. Tomo I. 1 ed. San José, Costa Rica.
- Moreira de Souza, R., Turrini. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería global*. No. 22. Sao Paulo, Brasil.
- Moyano, D. & Alvarado, R. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. Vol. 2, pp. 177-193.
- Ocejo, G. (2013). Asociación entre percepción de sobrecarga, ambiente familiar y el papel del enfrentamiento en el bienestar de cuidadores familiares de adultos mayores. Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.
- Ochoa, M., 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 Internacional del Trabajo. (2009). Oficina internacional del trabajo. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea mundial de la salud. A55/17. Punto 13.12 del orden del día provisional 4 de abril de 2002. Informe de la secretaría.

- Paz, J. (2010). Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe. *Sector del empleo*. Organización Internacional del Trabajo. Suiza. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_140847.pdf
- Pérez, A. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Universidad de Salamanca. España.
- Pérez, P., Llibre, R. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de psicología*. 26(3). P.p. 104-116. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*. 18 (2). Pp. 250-267.
- Prilleltensky, I. (2004). "Validez Psicopolítica: el próximo reto de la Psicología Comunitaria". *Introducción a la Psicología Comunitaria*, Buenos Aires: Paidós.
- Prince, M. (2000). Global impact of dementia. Plenary session. World Alzheimer Congress. Washington, DC.
- Quintero, M. (2012). *Relación del apoyo social y la percepción de sobrecarga con el bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores*. Universidad de Sonora. Hermosillo, Son. México.
- Richaud de Minzi, M. & Sacchi, C. (1999). Variables moderadoras del estrés. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol 3. No. 2. Pp. 355-365. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia.

- Rocha, T., y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*. Vol. 21. No. 1. Pp. 42-49. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sanders, S., Marwit, S., Meuser, T., Harrington, P. (2007). Caregiver grief in end-stage dementia: Using the marwit and meuser caregiver grief inventory for assessment and intervention in social work practice. *Social Work in Health Care*. Vol. 46 (1). University of Iowa. North Hall, Iowa.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American psychology*. Vol. 55. No. 1. Pp. 5-14.
- Sotelo, Q. (2013). Abordaje interdisciplinar de factores socioculturales y psicológicos de cuidadores familiares de adultos mayores. Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora. México.
- Stefani, D., Seidmann, S., Acrich, L. (2000). Estructura de la red social, apoyo social percibido y sentimiento de sobrecarga: un estudio preliminar en cuidadoras de enfermos crónicos. *Interdisciplinaria*. Vol. 17. No 1. Centro interamericano de investigaciones psicológicas y ciencias afines. Pp. 21-38.
- Tabachnick, B., y Fidell, L. (2001). Using multivariate statistics. 4th ed. United States of America.
- Valladares, B. (2005). *La maternidad y los medios masivos de comunicación*. Un análisis de artículos periodísticos y de propaganda comercial en Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

Vera, N. J. y Tánori, A. B. C (2002). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana. *Revista de psicología*. Vol. 20, Num.1, pp. 63-80.

Villagómez, P. (s/f). El envejecimiento demográfico en México: *niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores*. Instituto de geriatría. Resumen recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/28.pdf>.

ANEXOS.

Anexo 1. Ficha sociodemográfica.

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Le voy a proporcionar algunos datos generados sobre su familiar adulto mayor, sobre Usted y su familia.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

Nombre : _____ Sexo F () M () Edad _____ años ¿Tiene cónyuge o pareja? () Si () No

¿Qué escolaridad tiene? () _____ ¿Qué servicio de salud tiene? todos con los que cuente () X () X () X ()

¿Tiene un trabajo remunerado? () No.... ¿Tiene alguna ocupación? No () Si (), describa _____

() Si.... su trabajo es: Contratado/asalariado() Trabajo por cuenta propia() Otro _____

¿Tiene algún otro ingreso?, por ejemplo.: () Pensión () Apoyo de familiares () Otro, _____ () No tiene otro ingreso

DATOS DEL CUIDADOR FAMILIAR

Nombre : _____ Sexo F () M () Parentesco del cuidador con AM _____ Vive con AM: Si () No ()

Teléfonos/dirección para contacto _____ email _____

Edad _____ años ¿Tiene cónyuge o pareja? () Si () No _____ Escolaridad() _____ Servicio de salud-todos con los que cuente() X () X ()

¿Usted tiene un trabajo remunerado? () No.... entonces, además de cuidar de su familiar, su ocupación entonces sería: Hogar() Estudiante() Desempleado()
() Si.... su trabajo es: Contratado/asalariado() Trabajo por cuenta propia() Otro _____

¿Usted tiene algún otro ingreso?, por ejemplo.: () Pensión () Apoyo de familiares () Otro, _____ () No tiene otro ingreso

¿Quiénes viven con Usted? -parentesco y edad de cada persona- _____

() Nació

Sumando el dinero que reciben entre todas las personas que viven con Usted, ¿Cuál es la cantidad que más se acerca a su ingreso familiar mensual?

() Menos de \$1000 () De \$1000 a \$2000 () De \$2000 a \$3000 () De \$3000 a \$4000 () De \$4000 a \$5000 () De \$5000 a \$6000

() De \$6000 a \$7000 () De \$7000 a \$8000 () De \$8000 a \$9000 () De \$9000 a \$10000 () Más de \$10000, aproximadamente cuanto? _____

¿Entre cuántas personas se distribuye ese ingreso familiar mensual? _____ personas (la división de ingreso # personas debe ser máximo de 25,000).

CODIGOS: *Escolaridad:* 1) No lee/escibe 2) Lee/escibe 3) Primaria 4) Secundaria 5) Prepa/carr. téc. 6) Lic. / Posgrado
Servicio salud: 1) IMSS 2) ISSSTE 3) ISSSTE 4) Seguro popular 5) Particular 6) SSP-Hospital General, Centro de Salud, etc.

Anexo 2. Enfermedades del adulto mayor y del familiar cuidador.

ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR

Ahora voy a hacer algunas preguntas sobre la salud de su familiar adulto mayor.

¿El Sr./Sra. tiene alguna discapacidad? Sí, cuáles(es) → 1. _____ Años/meses _____
 No → 2. _____ Años/meses _____
 3. _____ Años/meses _____

¿Qué enfermedades o padecimientos o discapacidades ha tenido el Sr./Sra. en los últimos seis meses?

Enfermedad o padecimiento	¿Cuánto duró/ha durado? Años/meses	Esa enfermedad o padecimiento <u>actualmente</u>
A) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
B) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
C) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
D) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
E) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
F) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud

ENFERMEDADES DEL FAMILIAR CUIDADOR

¿Qué enfermedades o padecimiento ha tenido Usted en los últimos seis meses?

Enfermedad o padecimiento	¿Cuánto duró/ha durado? Años/meses	Esa enfermedad o padecimiento <u>actualmente</u>
A) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
B) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
C) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
D) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud
E) Recibe/recibió atención médica Sí No		<input type="checkbox"/> Está controlado, curado o resuelto <input type="checkbox"/> Está DEScontrolado / sigue afectando su salud

¿Tiene alguna discapacidad? Sí, cuáles(es) → 1. _____ Años/meses _____
 No → 2. _____ Años/meses _____
 3. _____ Años/meses _____

En escala de **1 a 5 (5 es el máximo)**, ¿qué tan satisfecha/o está Usted con su propia salud? _____ PTS.

Anexo 3. Índice de dependencia funcional y medida de estrés.

Índice de dependencia funcional

PRIMERA INDICACIÓN:

- 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.:

SEGUNDA INDICACIÓN:

Después de haber respondido dos o tres actividades del listado, comentar:

Estar al pendiente del adulto mayor puede generar estrés para el familiar que lo cuida, es decir, preocupación o mortificación por las dificultades que se presentan. Entonces, le voy a pedir que también me indique si la situación de su familiar a Ud. le hace sentir estrés.

A partir de esto, se pregunta de manera alternada por el nivel de ayuda requerido y el nivel de estrés generado.

¿Qué tanta ayuda necesita para:	La actividad no se aplica a la situación del adulto mayor. Describir por qué:	No necesita ayuda, puede hacerlo solo/a	Lo hace con ayuda de alguien	Depende totalmente 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 camionetas)					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
Sentarse o levantarse en la taza del baño					Nunca A-veces Siempre
Controlar/limpiarse las heces					Nunca A-veces Siempre
Controlar/limpiarse la orina					Nunca A-veces Siempre

Anexo 3. Índice de dependencia funcional y medida de estrés (continuación).

¿Qué tanta ayuda necesita para:	No necesita ayuda, puede hacerlo solo/a	Lo hace con ayuda de alguien	Depende totalmente de alguien	¿Le hace sentir estrés? (marcar X)
Ir a comprar el mandado				Nunca A-veces Siempre
Hacer su propia comida				Nunca A-veces Siempre
Manejar aparatos electrodomésticos (plancha, estufa, licuadora, etc.)				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
Expresar dolores o malestares físicos				Nunca A-veces Siempre
Convivir con las demás personas (familiares o amistades)				Nunca A-veces Siempre
Mantenerse emocionalmente estable (sentirse bien, tranquilo/a, contento/a)				Nunca A-veces Siempre

La actividad no se aplica a la situación del adulto mayor.

Describir por qué:

Anexo 4. Entrevista sobre la experiencia del cuidado.

ANEXO 4
ENTREVISTA SOBRE LA EXPERIENCIA DEL CUIDADO

1. ¿Desde hace cuánto tiempo Usted ha cuidado del Sr./Sra.? _____ años _____ meses
2. ¿Qué fue lo que pasó que hizo que Ud. comenzara a cuidar al Sr./Sra.? _____
3. ¿Fue su decisión comenzar a cuidar al Sr./Sra.? () No () Sí ¿Por qué? _____
4. ¿Cuál es el motivo por el cual Ud. cuida actualmente al Sr./Sra.? _____
5. ¿Qué tan fácilmente el Sr./Sra. acepta el cuidado/apoyo que Ud. le da? Nada fácil-----Muy fácil _____ PTS.
6. ¿Alguien le ayuda a Ud. con los cuidados del Sr./Sra.?
 - () No. (CUIDADOR ÚNICO)
 - () Sí. ¿Cuántas personas le ayudan? _____, ¿y qué parentesco tienen con Usted?

Y ENTRE TODAS ESAS PERSONAS USTED ES:

 - () Cuidador(a) PRINCIPAL porque dedica más tiempo y responsabilidades de cuidado que todos los demás
 - () CO-cuidador porque entre todos dedican más o menos igual tiempo o responsabilidades de cuidado
 - () Cuidador SECUNDARIO porque alguien más dedica más tiempo y responsabilidades de cuidado que Usted
7. Siendo así, ¿Cómo piensa que están distribuidas las responsabilidades del cuidado entre los familiares: Mal distribuidas-----Bien distribuidas _____ pts.
¿Por qué? _____
8. ¿Y cómo se siente Ud. con esa situación? Nada satisfecho/a-----Muy satisfecho/a _____ pts.
¿Por qué? _____

CONFIRMAR RESPUESTA CON RESPONDIENTE

Anexo 4. Entrevista sobre la experiencia del cuidado (continuación).

Anexo 4

CONFIRMAR RESPUESTA CON RESPONDIENTE

9. ¿Cómo era su relación con el Sr./Sra. antes de que necesitara de sus cuidados? **Mala** ----- **Buena** _____ pls.

¿Por qué?

CONFIRMAR RESPUESTA CON RESPONDIENTE

10. ¿Y cómo es su relación con su familiar actualmente? **Mala** ----- **Buena** _____ pls.

¿Por qué?

CONFIRMAR RESPUESTA CON RESPONDIENTE

11. Además del Sr./Sra., ¿usted cuida o ha cuidado de otro adulto mayor? (No) (Si) ¿Quién (parentesco/relación)? _____ ¿Cuanto tiempo? _____
 años _____
 años _____
 años _____

13. ¿Si Usted pudiera cambiar algo sobre la experiencia de estar cuidando de su familiar, qué cambiaría?

¿Por qué?

CONFIRMAR RESPUESTA CON RESPONDIENTE

14. *PRESTAR ATENCIÓN A LA ÚLTIMA SESIÓN* ¿Qué tan satisfecho(a) se siente Ud. en su papel de cuidador(a)? **Nada** ----- **Muy** _____ pls. ¿Por qué?

CONFIRMAR RESPUESTA CON RESPONDIENTE

Anexo 7. Escala de apoyo social.

Escala de Apoyo Social a Cuidadores Familiares de Adultos Mayores

En nuestro día a día, todos damos y recibimos ayuda de las personas con quienes convivimos, ya sea para resolver problemas graves, pequeños o en cosas inesperadas...

CUANDO USTED LO NECESITA

		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	no necesita de esta ayuda
Recibe apoyo ECONÓMICO o MATERIAL para:	1. Pagar los gastos de la casa, como el agua, la luz, el teléfono, etc...					
	2. Conseguir o comprar lo necesario para preparar la comida.....					
	3. Pagar gastos médicos, medicamentos, tratamientos o terapias.....					
	4. Pagar los gastos diarios.....					
	5. Pagar gastos repentinos o de emergencia.....					

En escala del 1 al 5, ¿Qué tan satisfecha/o está con el apoyo económico/material que recibe? _____ PTS.

Recibe apoyo PRACTICO (manos que le ayudan) para:	6. Preparar la comida.....					
	7. Ir por el mandado.....					
	8. Realizar los quehaceres de la casa.....					
	9. Cuidar del Sr./Sra.....					
	10. Cuidar de su propia salud.....					
	11. Atender a los otros miembros de la familia.....					
	12. Llevarla/o a los lugares a los que necesita ir.....					

En escala del 1 al 5, ¿Qué tan satisfecha/o está con el apoyo práctico que recibe? _____ PTS.

Recibe apoyo MORAL (emocional) para:	14. Desahogarse cuando tiene problemas o preocupaciones.....					
	15. Recibir compañía o cariño.....					
	16. Hablar sobre sus dudas o miedos sin sentirse criticado/a.....					
	17. Recibir apoyo moral o emocional si se siente triste.....					
	18. Tiene con quien compartir sus alegrías, sus planes, sus sueños..					
	19. Alguien reconoce su esfuerzo al cuidar del Sr./Sra.....					

En escala del 1 al 5, ¿Qué tan satisfecha/o está con el apoyo moral que recibe? _____ PTS.

Recibe ORIENTACIÓN para:	20. Saber cómo cuidar de la salud o prevenir enfermedades o complicaciones de salud del Sr./Sra.....					
	21. Saber cómo cuidar de su propia salud.....					
	22. Saber cómo atender a los demás miembros de la familia.....					
	23. Resolver problemas familiares que van surgiendo.....					
	24. Saber qué hacer en emergencias, situaciones imprevistas, por ejemplo un accidente, problemas de salud repentinos, teléfonos de emergencia, robo, etc...					

En escala del 1 al 5, ¿Qué tan satisfecha/o está con la orientación que recibe? _____ PTS.

- En cuántas personas usted pensó al responderme estas preguntas. ¿Cuántas son? _____ personas,
- Y entre estas personas hay (sólo palmar):
 Familiares/cónyuge Amigos Vecinos (A quien ud paga por un servicio(cuidador-afanadora)/Profesionales
 Asociaciones/Organizaciones civiles, cuáles _____ Instituciones, cuáles _____
 Otros, describir: _____

Anexo 8. Escala de sobrecarga.

Escala de Familia – Formato C

- Este cuestionario es sobre experiencias de familiares cuidadores de adultos mayores.
- Por favor, indique si esto le ha pasado a Usted también durante el tiempo que ha cuidado de su familiar adulto mayor, marcando con "X" el cuadro que más se acerque a su caso.
- No hay respuestas buenas o malas, por favor conteste de la manera más honesta posible.

**EN EL TIEMPO QUE HE CUIDADO
A MI FAMILIAR ADULTO MAYOR
HE TENIDO:**

Siempre

Muchas veces

Pocas veces

Nunca

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
<i>Ejemplo 1. Más sueño que antes.....</i>		X		
<i>Ejemplo 2. Que hacer más cosas en menos tiempo.....</i>				X
1. Que cambiar planes o metas personales.....				
2. Mayor capacidad para ayudar a mi familiar.....				
3. Dificultades en el trabajo o escuela.....				
4. Dificultades económicas.....				
5. Menos tiempo para descansar o divertirme.....				
6. Mejoras en mi vida familiar.....				
7. Preocupaciones o angustias.....				
8. Problemas con la familia o amistades.....				
9. Sentimientos de culpa o desesperación.....				
10. Miedo por el futuro de mi familiar.....				
11. Cansancio físico.....				
12. Cansancio emocional.....				
13. Satisfacciones por cuidar a mi familiar.....				
14. Problemas de salud.....				
15. Mejoras en su relación con mi familiar.....				
16. Me gustaría no tener que cuidar de mi familiar.....				

Anexo 9. Carta de consentimiento informado.

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 las necesidades y fortalezas que tienen 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). 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