

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Factores de salud, psicológicos y familiares asociados a las prácticas de
cuidado emocional en adultos mayores



TESIS

Que para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta

Iván Homero Morales Fierro

Hermosillo, Sonora

Diciembre de 2018

Universidad de Sonora

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

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quisiera agradecer a mi directora de tesis, la Dra. Miriam Domínguez Guedea, por brindarme su tiempo, su paciencia, sus conocimientos y apoyo en mi formación como profesional y persona, así como, por mostrarme el lado humanístico y ético de la investigación en poblaciones vulnerables no tengo palabras para agradecerle. También al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**, pues sin el financiamiento otorgado este proyecto no podría haberse emprendido, así como, a los participantes en este estudio, ellos fueron la piedra angular en el desarrollo de este proyecto.

A mis sinodales Dr. Víctor Ocaño y M.C. Abraham Ocejo, pues sus consejos y ejemplo sirvieron como base para fundamentar este proyecto y de quienes el aprendizaje adquirido ayudó a encontrar mis intereses en la investigación y la estadística.

Al Dr. Ernesto Guzmán, por sus atenciones y ser un verdadero reflejo de la convicción de trabajar con poblaciones vulnerables, el representa el ideal de la aplicación de la ciencia en favor de la sociedad, especialmente, las más desfavorecidas.

Quisiera agradecer a los miembros del equipo de investigación, ellos fueron una fuente de apoyo para mí y en esencia, una extensión de mi propia familia, a la M.C.S María Fernanda Mandujano por instruirme en la búsqueda de información y valiosas aportaciones en la elaboración de este proyecto, a la Dra. Stephany Alcántara, a la Lic. Princesa Dessens y el Lic. Rubén Palafox por servir de apoyo, tanto técnica como personalmente, en el desarrollo de este trabajo.

Por último, a mi familia quienes han estado conmigo y me han apoyado en cada proyecto que he emprendido, a mis padres Guadalupe Fierro e Iván Morales por su incansable velar por mi futuro, a mi novia Aracely, por entender las ocasionales faltas de tiempo y al bebé que viene en camino, pues su imagen ha servido como motivador para realizar mi mejor esfuerzo en mi vida.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE FIGURAS	vi
OBJETIVOS	vii
Objetivo General	vii
Objetivo Específico	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	16
Sobrecarga	16
Apoyo Social	19
Apego	22
Prácticas de Cuidado Emocional	26
MATERIALES Y MÉTODOS	30
Diseño del Estudio	30
Participantes	30
Instrumentos	31
Consentimiento Informado	31
Cuestionario de Datos Generales	31
Entrevista de Detección de Necesidades	31
Escala de Sobrecarga	32
Entrevista de la Dinámica Familiar	32
Escala de Apego en Cuidadores de Adultos Mayores	32
Escala de Depresión	32
Escala de Ansiedad Rasgo- Estado	33
Escala de Deterioro Cognitivo Breve	33
RESULTADOS	35

Preparación de la Base de Datos	35
Datos Descriptivos	35
Análisis de Datos	39
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIÓN	53
REFERENCIAS	56
APÉNDICES	76
Apéndice 1. Carta de consentimiento informado	77
Apéndice 2. Ficha Sociodemográfica	80
Apéndice 3. Entrevista de Detección de Necesidades	81
Apéndice 4. Entrevista sobre Dinámica Familiar (formato del Cuidador)	87
Apéndice 5. Entrevista sobre Dinámica Familiar (formato del Adulto Mayor)	88
Apéndice 6. Escala de Apego	92
Apéndice 7. Escala de Sobrecarga	93
Apéndice 8. Escala de Depresión de ENASEM	94
Apéndice 9. Escala de Ansiedad Rasgo- Estado	95
Apéndice 10. Escala de Deterioro Cognitivo Breve de Folstein.	96

...

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
I	Resumen de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares.	37
II	Resumen de las características sociodemográficas de las adultas mayores	38
III	Modelo de regresión “tiempo que platican el AM y el cuidador” con la variable “Sobrecarga”.	41
IV	Modelo de regresión “tiempo que platican el AM y el cuidador” con la variable “Apego seguro”.	43
V	Modelo de regresión “tiempo que platican el AM y el cuidador” con la variable “Vulnerabilidad física y psicológica”.	45

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Proyección de la tasa de envejecimiento, Consejo Nacional de Población, México 2014	2
2	Adaptación propia del modelo de estrés procesal de Pearlin, 1981	6
3	Modelo del Estrés de Haley, 1987	10
4	Modelo conceptual del estrés en cuidadores de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer	12

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la relación que la sobrecarga en el cuidador, apego seguro en el cuidador, apoyo social en el cuidado y la vulnerabilidad física/psicológica del adulto mayor tienen con la variable prácticas de cuidado emocional en una muestra de mujeres adultas mayores de Hermosillo, Sonora.

Objetivos Específicos

Describir la relación entre sobrecarga en el cuidador y prácticas de cuidado emocional.

 Describir la relación entre vulnerabilidad física y psicológica del adulto mayor y las prácticas de cuidado emocional.

 Describir la relación entre el apoyo social en el cuidado y las prácticas de cuidado emocional.

 Describir la relación entre el apego seguro en el cuidador y las prácticas de cuidado emocional.

RESUMEN

Antecedentes: En México la población de adultos mayores (AM) tiende al crecimiento debido al aumento de la esperanza de vida, el énfasis en la promoción de la salud, el auto-cuidado, y la disminución de la natalidad. La familia es quien suele adoptar el rol del cuidado de la población mayor, debido a la insuficiencia del sector salud para satisfacer las necesidades de la población mayor, siendo ellos los proveedores principales del bienestar físico y especialmente emocional de los mismos.

Justificación: En nuestro país no se ha estudiado a fondo ésta población y en especial, las necesidades emocionales de esta población. **Objetivo:** Analizar la relación que la sobrecarga en el cuidador, apego seguro en el cuidador, apoyo social en el cuidado y la vulnerabilidad física/psicológica del AM tienen con la variable prácticas de cuidado emocional en una muestra de mujeres AM. **Metodología:** Estudio transversal, con muestreo por conveniencia. Muestra de 34 diadas de cuidadores familiares/AM. Los *instrumentos:* “Índice de Dependencia Funcional”, “Escala de la Ansiedad Rasgo Estado”, “Escala de Apego”, “Escala de Depresión de ENASEM”, “Escala de Sobrecarga” y “Ficha de Datos Socio-Demográficos”. La recolección será mediante visita domiciliaria. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. **Resultados:** La muestra fue de 34 diadas, 14 fueron cuidadores hombres y 21 mujeres. El modelo reflejó una R , R^2 y R^2_{aj} de 0.792, 0.628 y 0.442 respectivamente, así como relaciones negativas entre las sobrecarga, depresión y vivir con AM con la variable práctica de cuidado emocional.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno que ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas, pues la cantidad de personas con 60 años y más, ha incrementado notablemente. Países asiáticos como Japón cuenta con una proporción de adultos mayores (AM) superior al 30%, y se espera que para el año 2050 muchos países alcancen estos índices, sobre todo en la región europea (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Este fenómeno no es exclusivo de países de primer mundo, en México la proporción de AM en el año 2000 fue de 7.0% y se estima que para el 2020 y 2050 será del 12.5% y 28% respectivamente (Consejo Nacional de Población, 2004) **Figura 1**.

Esta transición demográfica es resultado del incremento de la esperanza de vida, los cambios en la natalidad y mortalidad, así como, la recepción de migrantes internacionales (Consejo Nacional de Población, 2004). Hablar de envejecimiento en términos de cifras expone además implicaciones desde las diferentes dimensiones que convergen con esta condición, especialmente aquellas relacionadas con la salud pública.

El envejecimiento es un proceso natural irreversible que da como resultado la disminución de funciones fisiológicas y eventualmente, aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades y disminuyen las capacidades de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2015), lo que genera discapacidad en el individuo y dependencia hacia otras personas para satisfacer sus necesidades básicas de la vida diaria. En México, se estima que 8 de cada 10 AM fallece de enfermedades no transmisibles, especialmente la diabetes, enfermedad isquémica e infecciones respiratorias; 35 de cada 100 padecen al menos dos enfermedades crónicas de manera concatenada; el 17% reporta depresión, el 7.9% reporta demencia y el 7.3% deterioro cognitivo (Gutiérrez Robledo & col., 2016). Estas cifras acentúan una de las principales problemáticas del envejecimiento, la cual es la necesidad de cuidado. En México se estima que por cada

Pirámides de población de México, 1970-2050

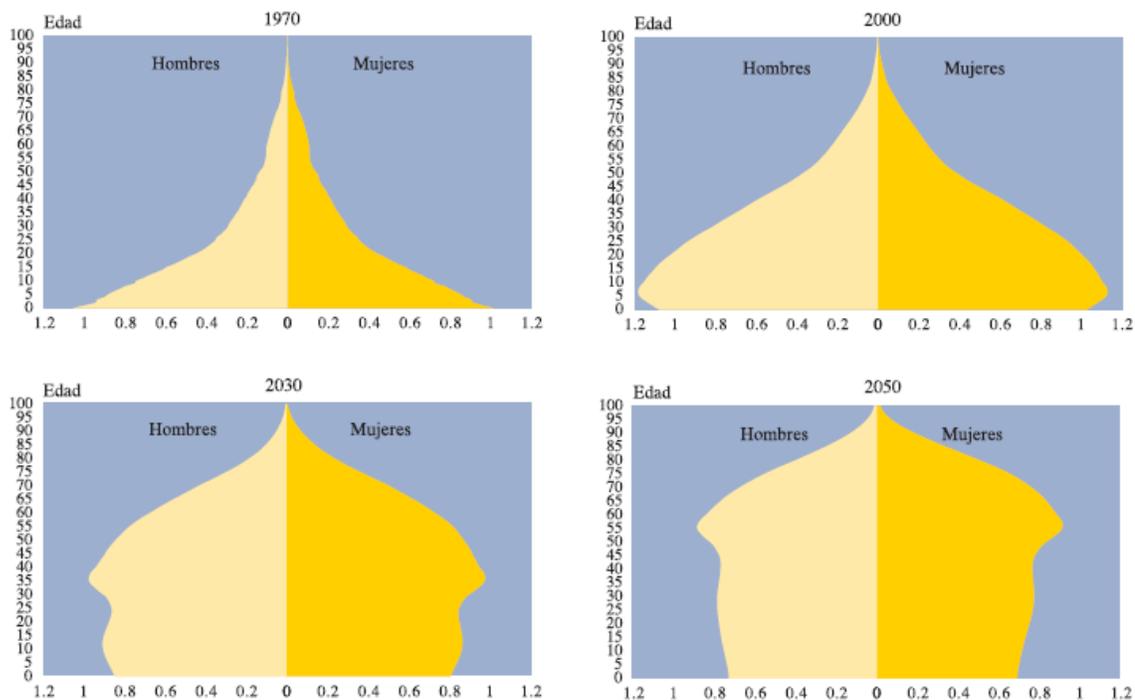


Figura 1. Tabla de proyección de la tasa de envejecimiento, tomado textualmente de Consejo Nacional de Población “Envejecimiento de la Población en México Reto del Siglo XXI” 2014, p. 21.

persona que alcanza los 60 años se requieren en promedio 10 años de cuidados (Lozano & col., 2013).

La disminución de las funciones físicas aunado a las enfermedades que se pueden desarrollar durante el proceso de envejecimiento, condiciona a quien la padece a una precariedad situacional conocida como vulnerabilidad. Ésta considera un conjunto de factores asociados a la desventaja que una persona o comunidad presenta para afrontar una posible amenaza y la falta de recursos para poder superar el daño que esta representa (Osorio Pérez, 2017). En esencia, el concepto de vulnerabilidad contempla múltiples dimensiones, tanto de orden social como físico (Guerrero & Yépez, 2015; Montoya-Arce & col., 2016).

La vulnerabilidad fundamentalmente afecta al sujeto, limita su autonomía y genera dependencia funcional y destaca la necesidad de cuidados en esta población. La responsabilidad de satisfacer estas necesidades recae en las instituciones de salud pública y en la familia del AM; sin embargo las primeras, en muchas de las ocasiones, no son suficientemente eficaces para apoyar a los AM ya sea por la falta de efectividad de los programas preventivos relacionados con el envejecimiento saludable o por falta de recursos humanos y económicos necesarios para otorgar ayuda (Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2010); lo que conduce finalmente a contemplar a la familia como la fuente principal de atención a las necesidades del AM pues es la principal responsable, tanto moral como legalmente, de cuidar al AM (Ruiz, 2007; Zhan & Montgomery, 2003).

A pesar de que todos los miembros familiares comparten la responsabilidad del cuidado del AM, ésta suele recaer en un número reducido de miembros, la mayoría de las veces mujer, de escolaridad media, dedicada exclusivamente al hogar y al cuidado (Bhimani, 2014; Chaparro Díaz, Carrillo González, & Sánchez Herrera, 2016; Koca, Taskapilioglu, & Bakar, 2017; Montoya-Arce & col., 2016; Ruiz, 2007; Zhan & Montgomery, 2003).

Está ampliamente documentado que la persona que se hace responsable de las labores del cuidado al interior de la núcleo familiar tiende a sufrir sobrecarga, la cual fue

definida por Zarit como “el grado en que los cuidadores perciben como su salud, vida social y personal y la situación económica han cambiado a partir de la asunción de las responsabilidades del cuidado(citado en Lara Palomino, González Pedraza Avilés, & Blanco Loyola, 2008)”. La sobrecarga está compuesta por dos dimensiones: la objetiva y subjetiva. La primera hace alusión a la dedicación de tiempo y esfuerzo que el cuidador le dedica al desempeño de las tareas de cuidado (horas de cuidado y actividades que realiza), en tanto que la segunda, refiere a la percepción que el cuidador tiene con respecto a la situación de cuidado, en concreto, la respuesta emocional ante la experiencia de cuidado (Lara Palomino & col., 2008). Entonces, al hablar de sobrecarga, en general, nos referimos a una condición que resulta de la exposición de una persona a las tareas de cuidado, las cuales son percibidas como estresantes, y que conlleva un desgaste físico y psicológico.

Algunos estudios reportan la mala calidad de la relación entre el cuidador y el AM, el grado de dependencia del AM, la presencia o no de trastornos mentales o demencia en el AM, el bajo ingreso económico imperioso para sustentar las necesidades del receptor de cuidados como algunos de los factores de riesgo relacionados a la sobrecarga en el cuidador (Bermejo Caja & Martínez Marcos, 2005; Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo, & Lopera, 2010). La exposición prolongada a estas condiciones pueden vulnerar la salud del cuidador llegando a generar malestares físicos, ansiedad y depresión (Paleo Díaz & Rodríguez Paleo, 2006; Ocampo & col., 2007), lo que a su vez, puede afectar la eficiencia del cuidador para llevar a cabo estas tareas (Etérovic Díaz, Mendoza Parra, & Sáez Carrillo, 2015).

Adoptar el rol de cuidador de un AM implica entrar constantemente en conflicto con adversidades no solo relacionadas directamente con el enfermo, sino también con aquellas relacionadas con el ámbito hospitalario (visitas médicas y apoyo profesional en orientación del cuidado), familiar (falta de apoyo instrumental y económico en el cuidado del AM) o social (apoyo económico por parte de instituciones públicas o contacto con asociaciones de apoyo familiar)(Muela, Torres, & Peláez, 2001).

No obstante, estudios refieren que no todo cuidador padece de sobrecarga y lograron identificar diferentes factores protectores asociados a esta condición. Entre aquellos factores asociados se encuentran la asertividad, la autoeficacia, el auto-concepto y las habilidades de afrontamiento ante las situaciones de estrés (Muela & col., 2001; Boerner, Horowitz, & Schulz, 2006; Dejo Vásquez, 2007).

Debido al impacto que la sobrecarga ejerce sobre el cuidador, diversos investigadores han profundizado en la caracterización del cuidador, con la finalidad de encontrar aquellos factores sociodemográficos asociados a los fenómenos, entre ellos la sobrecarga, que interactúan en la dinámica de cuidado. El perfil del cuidador reportado en la literatura es que suele ser mujer, usualmente cónyuge o hija, casadas, de mediana edad, dedicadas al hogar y sin empleo remunerado (Lara Palomino & col., 2008; Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014; Hao, Gu, Ying, Bo, & Fu, 2017; Hsiao, 2010; Yeh, Wierenga, & Yuan, 2009).

La sobrecarga es un fenómeno relacionado con el estrés en el cuidador, Pearlin y colaboradores en 1981 diseñaron un modelo teórico del estrés llamado Stress Process Model (en adelante indicado como Modelo del Proceso de Estrés) **Figura 2**, el cual más tarde pondrían a prueba en cuidadores de AM. Este modelo propone tres fases del proceso del estrés: Sources of Stress (fuentes de estrés), Mediating Resources (recursos mediacionales) y Manifestations of Stress (manifestaciones del estrés).

Según este modelo las fuentes del estrés tienen un origen social y cultural y en la medida que se aproximan a las experiencias individuales se pueden distinguir dos grandes categorías circunstanciales: la primera relacionada con la ocurrencia de eventos discretos (poco habituales) y la presencia relativamente continua de situaciones problemáticas, siendo esta última la que mayor atención ha recibido. Dentro de esta fase se contemplan:

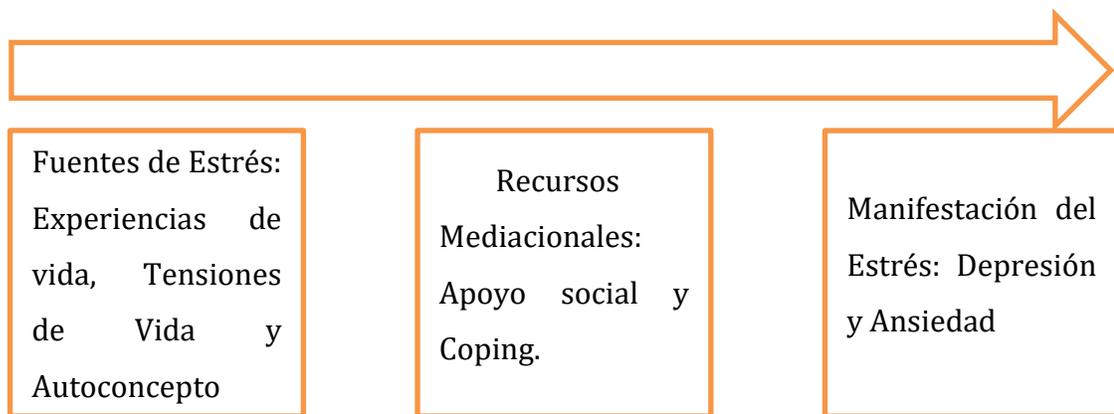


Figura 2. Adaptación propia basada en el estudio de Pearlin & col., 1981 The Stress Process Model.

a) Las Experiencias Memorables: Hacen referencia al bagaje de experiencias con las que el individuo cuenta y que forman en él, suposiciones enraizadas difíciles de cambiar y que, posteriormente, se reflejan en la percepción del contexto social en el que se ven envuelto. Estos eventos suelen cambiar el contexto y altera el equilibrio u “homeostasis” que el sujeto tenía en su vida, causando estrés (Cannon, 1935) y se caracterizan por la percepción de falta de control que este tiene sobre estas situaciones (Fairbank & Hough, 1979).

b) Las Tensiones de Vida: Una vez que los investigadores han logrado identificar las clases de los estresores, otra interrogante ha permanecido sin resolver, ¿Cómo los eventos resultan estresantes? Desde la perspectiva de la homeostasis, esta interrogante se encuentra resuelta, sin embargo, el mecanismo interactivo de estos eventos y la percepción de estrés queda en el aire. Una de las explicaciones mayormente aceptada es aquella que sugiere que los estresores no solo afectan directamente al contexto del individuo, sino también afectan de manera distal un espectro de mayor amplitud en diferentes aspectos de vida de la vida cotidiana, tanto aquellos eventos discretos como aquellos a los que el sujeto está continuamente expuesto. En determinado momento estas alteraciones convergen generando estrés. Esta concomitancia se da en dos maneras, la primera en la que eventos aparentemente triviales ocasionaban depresión. Los eventos de la vida pueden funcionar para enfocar las implicaciones desfavorables de los problemas de la vida, y es el nuevo significado de los viejos problemas lo que crea angustia. Los eventos de la vida, desde esta perspectiva, conducen al estrés al alterar negativamente el significado de las tensiones de vida persistentes (Brown & Harris, 1978). En tanto que la segunda, sugiere que los eventos en la vida de las personas puede crear nuevas tensiones de vida o intensificar las ya existentes. Aunque las tensiones que el rol puede implicar puede deberse a muchos factores, eventos críticos pueden presentarse como un antecedente impactante (Pearlin & col., 1981)

c) Auto-concepto: Aun cuando los estresores del rol y los eventos en la vida de las personas pueden generar estrés, existen elementos internos en el individuo que

interactúan con estos fenómenos y que pueden afectar la percepción que se tiene de los estresores y estos son los elementos del autoconcepto: maestría y autoestima. La primera indica como las personas valoran el control que tienen sobre las situaciones que afectan su vida; la segunda refiere al valor que tiene una persona de sí misma (Pearlin & col., 1981). La protección y mejora del yo es fundamental para afrontar y resistir la presencia de situaciones nocivas, precisamente aquellas relacionadas con las tensiones de rol y que sirven para aislar o proteger al ser de amenazas (Kaplan, 1970).

Actualmente es ampliamente aceptado que no es posible predecir las fuentes de estrés de manera específica, esto puede deberse a que las personas confrontan las situaciones estresantes con una variedad de comportamientos, percepciones y cogniciones. Este repertorio de habilidades de afrontamiento es lo que se conoce como recursos mediacionales, los cuales se encuentran en constante cambio y lo continuará haciendo a lo largo de su vida, y forman la segunda fase del modelo del proceso del estrés. Estos recursos se pueden clasificar en dos: el apoyo social y las habilidades de afrontamiento.

a) *Apoyo social*: este considera el acceso y uso de personas, grupos o instituciones para lidiar con los cambios en su vida. El apoyo social efectivamente, impacta de manera positiva ante las situaciones de estrés, sin embargo, las condiciones que determinan a efectividad del apoyo pueden estar mayormente relacionada a la extensión de la red de apoyo, la frecuencia con la que el sujeto interactúa con la red de apoyo y el compromiso que tiene el sujeto con su red de apoyo. Otro de las características que influyen en la efectividad del apoyo social está relacionada con la calidad de la relación que puede encontrar en la red, cuya cualidad principal parece ser la comunicación íntima y la presencia de solidaridad y confianza (Pearlin & col., 1981).

b) *Coping* o afrontamiento: Son las acciones que las personas lleva a cabo para amortiguar el estrés. Estas acciones contemplan un amplio espectro de conductas, sin embargo, son tres las principales funciones a las que se puede dirigir; a) actuar para cambiar la situación que puede producir estrés, en la cual el sujeto orienta su

comportamiento a eliminar la fuente del estrés por ejemplo, negociando o buscando ayuda; b) actuar para controlar el significado de la experiencia estresora antes de que genere estrés, el mecanismo más utilizado son las comparaciones positivas e ignorar selectivamente; y c) actuar para controlar el estrés que ha surgido como resultado del evento estresor, el mecanismo mayormente utilizado es la descarga emocional, la reactividad controlada, la retención pasiva, la autoafirmación y la fe optimista (Pearlin & Schooler, 1978).

La tercera fase del Modelo del Proceso de Estrés, es aquella compuesta por las manifestaciones del estrés. Esta se da como resultado de la interacción de las dos fases anteriores generando estrés, el, cual se entiende como la respuesta orgánica a condiciones que, consciente o inconscientemente, son consideradas nocivas (Pearlin & col., 1981), y afecta física y psicológicamente a quien lo padece.

Años después, otro modelo similar al Modelo del Proceso de Estrés fue propuesto, aunque con algunas diferencias en relación a los recursos mediacionales y los resultados que pretendían evaluar (Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987). Este modelo fue probado en cuidadores de AM enfermos de alzheimer y consta de tres fases **Figura 3**

La primera es compuesta por los estresores, de los cuales se contemplaron aquellas características relacionadas con la severidad de los déficits cognitivos, comportamentales y autonómicos en el AM.

La segunda fase considerada como los “recursos mediadores” se integra de: a) evaluación de situaciones estresoras la cual considera el auto-reporte del cuidador en términos a la severidad del estrés que los estresores le generan, así como, la percepción de autoeficacia que el cuidador tiene en relación con su desempeño en el

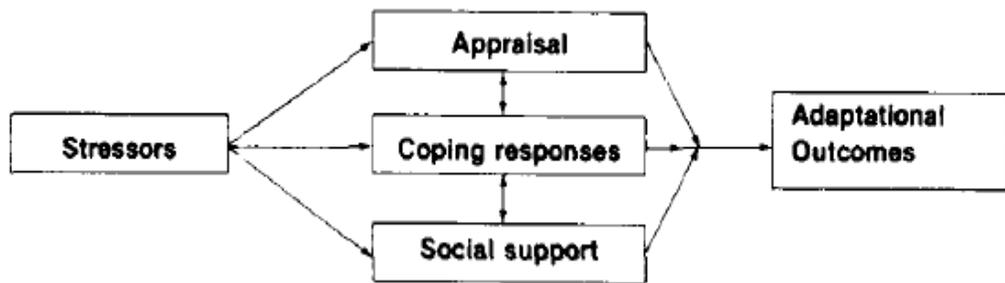


Figura 3. Modelo de Estrés de Haley, tomada textualmente de Haley y colaboradores en 1987, p.324.

cuidado; b) las respuestas de afrontamiento integrada por cinco dimensiones o estilos de afrontamiento (centrado en la evaluación afrontamiento/ análisis lógico, enfocado en el problema/ búsqueda de información, centrado en el problema/ resolución de problema, centrado en la emoción/ regulación afectiva, centrado en la emoción/ descarga emocional); apoyo social (número de amigos, número de relaciones “cercanas”, red de contactos) y actividades que el cuidador realiza (número de actividades de ocio realiza y la asistencia a la iglesia).

La tercera fase “resultados adaptativos” son aquellas manifestaciones encontradas en el cuidador las que integran un complejo de problemas entre los que destacan la depresión, satisfacción con la vida y el auto-reporte del estado de salud.

Posteriormente, se probó el Modelo del Proceso de Estrés (Pearlin & col., 1981) en cuidadores de AM en 1990 **Figura 4**. En este estudio se contemplaron aquellas variables sociodemográficas, pues en la propuesta original se sugieren como factores que influyen en la percepción y exposición de situaciones estresantes a lo largo de este proceso, de las cuales se tomaron la edad del cuidador, el género, la etnicidad, la escolaridad, la ocupación y el nivel económico. También se tomaron en cuenta aspectos relacionados con la composición familiar y de la red de apoyo y si tiene acceso a programas e instituciones que le brinden ayuda en las tareas de cuidado.

Después se obtuvo información sobre los estresores relacionados con el contexto del cuidado, los cuales pueden ser definidas como “las condiciones, experiencias y actividades que son problemáticas para las personas, es decir, que representan una “amenaza”, frustran sus esfuerzos y los agotan” (Pearlin & col., 1990). Estos se clasificaron en estresores primarios y secundarios.

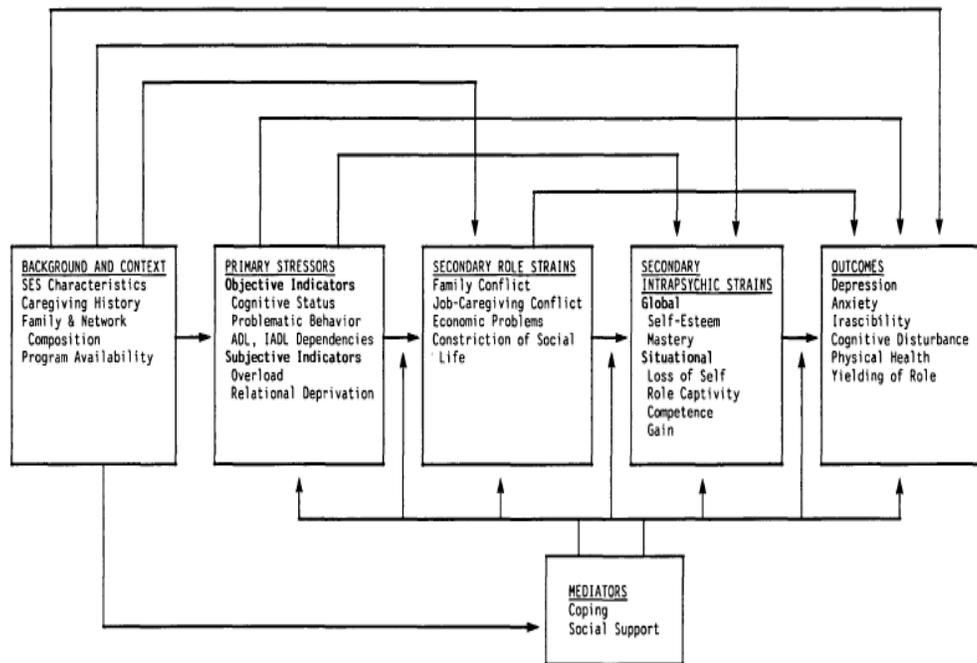


Figura 4. Modelo conceptual del estrés en cuidadores de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer, tomado de Pearlin & col., 1990 p. 586.

Los estresores primarios son aquellos relacionados directamente con la naturaleza y magnitud de las necesidades de cuidado. Como indicadores de estresores primarios se tomaron en cuenta la presencia de deterioro cognitivo, comportamientos problemáticos y el grado de dependencia en el AM y los comportamientos de vigilancia y control que el cuidador otorga, la percepción de sobrecarga y el aislamiento social.

Por otra parte, los estresores secundarios son aquellos identificados como los estresores del rol e intrapsíquicos y están anclados a las necesidades y demandas de la paciente y el cuidado necesario para satisfacerlos o en los cambios en la relación entre el cuidador y paciente. Entre los estresores del rol se encuentran los conflictos familiares, los conflictos entre el trabajo y las tareas de cuidado y la reducción del tiempo dedicado a la recreación y ocio en el cuidador. Los indicadores que se tomaron como referentes de los estresores intrapsíquicos se consideraron la autoestima, la maestría en las tareas de cuidado, la pérdida del ser, el sentimiento de cautiverio que el cuidador puede presentar por el rol que juega y la percepción de eficacia de su desempeño.

Como recursos mediadores se tomaron en cuenta el coping y el apoyo social. El primero se evaluó tomando como factores a evaluar aquellos las tres dimensiones del manejo de situaciones estresantes como el manejo de las situaciones, del significado que la situación estresante genera y sintomatología del estrés. Y el segundo se midió partiendo de la percepción que el cuidador reporta de la ayuda recibida por su red de apoyo.

Los resultados del estrés que se obtuvieron en el estudio fueron la ansiedad, la irascibilidad, trastornos cognitivos, estado de salud física (habilidades para desempeñar sus actividades de cuidado y la ocurrencia de lesiones), desempeño del cuidador relacionado con actividades externas al cuidado.

El Modelo del Proceso de Estrés ha sido el subsidio teórico de una vasta cantidad de investigaciones y a lo largo de casi tres décadas ha sido retroalimentado con desarrollos conceptuales y propuestas metodológicas para su aplicación en una diversidad de muestras de cuidadores familiares (Savla, Roberto, & Bliezner, 2014).

Con todo, dicho modelo ha presentado importantes limitaciones para comprender la complejidad de este tema de estudio. En este trabajo de tesis se destacan dos de esas limitaciones.

La primer limitación es que, a pesar de que la experiencia del cuidado se gesta en el seno familiar, han sido mucho menos investigados los aspectos familiares relacionados con la dinámica del cuidado (Leopold, Raab, & Engelhardt, 2014), en comparación con los rasgos de personalidad, habilidades y procesos cognitivos de quien cuida. Al interior de la dinámica familiar, la relación y apego entre proveedor y receptor de cuidados puede predecir los resultados emocionales en el cuidador, así como de la calidad del cuidado que provee (C. T. Yang, Liu, & Shyu, 2014). Además la empatía, flexibilidad y comunicación como patrones de interacción entre otros miembros de la familia, también tienen un papel fundamental en la comprensión de los resultados adaptativos en el cuidador (Yang & col., 2014). Si bien es cierto que el apoyo social forma parte de los presupuestos del paradigma del Modelo del Proceso de Estrés, poco se ha enfocado el apoyo que proviene específicamente de hermanos del familiar cuidador y éste es uno de los aspectos sociales que más influyen en las decisiones de qué miembros de la familia tienen la obligación de cuidar, así como las motivaciones personales para hacerlo y las formas en las que el cuidador enfrenta los problemas del cuidado (Sun, 2014).

Una segunda limitación que se indica en este trabajo es el escaso estudio de las prácticas de cuidado que justamente dan motivo a rol del cuidador familiar (CFAM). Especialmente son importantes las necesidades emocionales del adulto mayor, pues éste es un aspecto que influye en todos los dominios gerontológicos (apoyo emocional, nutricional, activación física, mantenimiento de capacidades funcionales y adherencia terapéutica). Sin embargo, los cuidados en el dominio emocional han sido poco exploradas, y es debido a la multidimensionalidad de este fenómeno que su medición y detección es complejo (Estrada, 2008).

Con los antecedentes teóricos anteriormente planteados y frente la necesidad de desarrollar marcos interpretativos de un problema de salud que cada vez adquiere

dimensiones más agravantes en México, el objetivo fue evaluar un modelo de relaciones multivariadas sobre las prácticas de cuidado emocional en mujeres adultas mayores. Como predictores de las prácticas de cuidado, el modelo propuesto considera cuatro variables directamente relacionadas con el cuidado (sobrecarga en el cuidador, vulnerabilidad física y psicológica, apoyo social en las tareas de cuidado y apego seguro).

Es por lo anteriormente explicado que se ha llegado a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo es la relación que tienen sobrecarga, vulnerabilidad física/psicológica del AM y el apego seguro del CFAM con prácticas de cuidado emocional?

Como respuestas tentativas a la pregunta de investigación se plantean las siguientes hipótesis:

- H1: Existe una relación negativa y significativa entre sobrecarga y prácticas de cuidado emocional al AM.
- H2: Existe una relación negativa y significativa de la vulnerabilidad física y psicológica del AM con prácticas de cuidado emocional al AM.
- H3: Existe una relación positiva y significativa del apego seguro del cuidador y sus prácticas de cuidado emocional al AM.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Sobrecarga

La acción de cuidado de una persona conlleva mucha responsabilidad pues, en esencia, el cuidado se extiende no solo al abastecimiento de necesidades básicas en la persona dependiente, sino también, a la toma de decisiones que giran en torno a las condiciones físicas, mentales, sociales y económicas de aquella persona receptor de cuidados (Lee & col., 2018; Leopold & col., 2014; Liu & Bern-Klug, 2016). En estricto sentido, las tareas de cuidado deben ser llevadas a cabo con el objetivo de otorgar una calidad de vida satisfactoria a aquellas personas que lo requieren, lo que inherentemente vincula al cuidador y al receptor de cuidados en una relación bidireccional de confianza. Sin embargo, con el tiempo, esta relación puede comenzar a cambiar debido al contexto, siendo el receptor del cuidado aquel que pasa a tomar un rol pasivo y se exenta de responsabilidades y el cuidador aquel en el que recae el peso de los diversos roles sociales que debe desempeñar, y posiblemente, causen cambios en la vida cotidiana del cuidador y generen sobrecarga en este último (Moreno-Cámara, Palomino-Moral, Moral-Fernández, Frías-Osuna, & del-Pino-Casado, 2016).

La sobrecarga refiere a los problemas mentales, físicos, sociales y económicos que surgen en el cuidador de una persona dependiente como resultado de llevar a cabo estas tareas, ésta puede ser descrita como subjetiva y objetiva (Pearlin, 1994). La primera hace alusión a las emociones negativas evocadas por la responsabilidad del rol de cuidador, por ejemplo, el cansancio emocional, la percepción de falta de apoyo social y fatiga física; en tanto que, la segunda está vinculada a los parámetros específicos relacionados con el nivel de afectación que el cuidador sufre debido a las demandas de cuidar, p. ej., diagnóstico de depresión, ansiedad, o alguna enfermedad relacionada con el estrés (Alfaro-Ramírez de Castillo & col., 2008; Corbalán Carrillo & col., 2013).

La mayor parte de la evidencia refiere que, en virtud del estado de salud del AM receptor de cuidados, es mayor la sobrecarga objetiva y subjetiva (Arai & col., 2004;

Bhimani, 2014; del Pino Casado, Frías Osuna, Palomino Moral, Ruzafa Martínez, & Ramos Morcillo, 2018). Diversos autores señalan que la dependencia funcional, la depresión y el deterioro cognitivo en el adulto mayor son de las condiciones mayormente asociados a la sobrecarga en los cuidadores, así como, aquellos factores que influyen en la percepción del estado de salud en estos últimos (Méndez & col., 2010; Ocampo & col., 2007; Paleo Díaz & Rodríguez Paleo, 2006).

Por otra parte, la evidencia publicada refiere que la sobrecarga no solo se encuentra asociada al estado de salud del AM, sino también a variables de tipo cognitivas y conductuales en el cuidador entre las que destacan la carencia de habilidades de afrontamiento ante situaciones estresoras provocadas por el cuidar, la falta de tiempo para llevar a cabo actividades de ocio u otras relacionadas con demás roles que desempeña y el esfuerzo físico que se requiere para realizar diversas tareas de cuidado provocan malestares emocionales (De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, & Martínez-Aguilera, 2015; Park & col., 2018), lo que puede resultar en depresión, ansiedad y decremento de la percepción del bienestar (Paleo Díaz & Rodríguez Paleo, 2006; Ocampo & col., 2007) y deteriorar el estado de salud del cuidador, y por consiguiente, impactar en la efectividad de las prácticas de cuidado (Etérovic Díaz & col., 2015).

De lo anterior, podemos entender a la sobrecarga como un padecimiento que, de manera paulatina, genera cambios en la vida cotidiana tanto del cuidador como del receptor de cuidados. Por lo tanto, es necesario comprender el curso evolutivo de este fenómeno para su detección temprana y oportuna intervención.

La sobrecarga está compuesta por tres dimensiones claves; un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo y la falta de logros (Díaz Bambula & Gómez, 2016). La persona que padece de sobrecarga a menudo suele presentar cambios negativos en sus actitudes y sentimientos con respecto a su rol como cuidador, el receptor de cuidados e inclusive hacia el mismo. Esto genera algunos cambios relacionados con el rol de cuidador y la persona receptora pueden ser, por

ejemplo, cinismo, desesperación, miedo, vergüenza y desensibilización a las necesidades de la persona dependiente (Maslach & Jackson, 1981), su vez, suele ser acompañado de sentimientos de remordimiento, culpa, insatisfacción por su desempeño como cuidador (Arai & col., 2004; Díaz Bambula & Gómez, 2016; Greenberg, Seltzer, & Greenley, 1993; Liu & Bern-Klug, 2016) y, por consecuente, genera ambigüedad e incertidumbre en el cuidador.

Son diferentes los métodos utilizados para medir la sobrecarga en cuidadores, comúnmente basados en la evaluación a través de pruebas psicométricas. Las que se utilizan mayormente son la escala Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI) la cual se compone de 22 reactivos y una escala de respuesta tipo likert de 5 puntos y registró una consistencia interna de 0.91 y evalúa los contenidos de salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas y vida social (Zarit, S.H., Reeve, K.E., Bach-Peterson, 1980); la Caregiver Appraisal Inventory (CAI) que consta de 21 reactivos, una escala de respuesta likert de 4 opciones y un Alfa de Cronbach aceptable en la prueba como total, a su vez registra la interacción de 3 factores; la sobrecarga subjetiva, satisfacción en el cuidado e impacto en el cuidado (Alfa de 0.85, 0,67 y 0.70 respectivamente)(Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989); la Caregiver Burden Inventory (CBI) que consta de 24 items con escala de respuesta likert de 5 puntos, un Alfa de Cronbach de 0.85 y se compone de 5 factores, sobrecarga por tiempo de dependencia, del desarrollo, física, social y emocional (Alfa de 0.85, 0.85, 0.86, 0.73 y 0.77 respectivamente)(Novak & Guest, 1989).

No obstante, algunos estudios señalan efectos positivos en el cuidador por el hecho de tomar la responsabilidad del AM. Estos refieren sentir correspondencia recíproca a las atenciones que alguna vez recibieron por parte del AM, el deber moral de responder a las demandas sociales y el cumplimiento del deber, así como, la creencia de que los cuidados familiares son mejores (Greenberg & col., 1993; Liu & Bern-Klug, 2016; Malhotra & col., 2018; Park & col., 2018; Xue & col., 2018).

Sin embargo, son mayores las evidencias que refieren que variables de tipo extrínsecas como el apoyo familiar en las tareas de cuidado (Arai & col., 2004; del Pino Casado & col., 2018; Park & col., 2018) y el apego que el cuidador tiene hacia el receptor de cuidados (Lee & col., 2018; Ong & col., 2018; Xue & col., 2018).

Apoyo Social

El apoyo social es un tema en donde converge el interés de diversas áreas de estudios como la sociología, la psicología social, las investigaciones en salud, el trabajo social, la epidemiología, la geriatría, entre otras. Desde sus primeros abordajes a finales del siglo XIX, ha prevalecido la noción de que determinadas relaciones sociales reducen los efectos negativos de los problemas sociales y los acontecimientos estresantes, favoreciendo el bienestar de las personas (Lin & Ensel, 1989). La multiplicación de los estudios y trabajos de intervención en torno al apoyo social ha sido enorme y no cabe duda de que es una de las líneas de investigación más prominentes en las investigaciones en salud mental en cuidadores familiares de adultos mayores (Domínguez Guedea, Mandujano Jaquez, & col., 2013).

El apoyo social es entendido como el proceso en que los recursos de la estructura social -comunitaria, de las redes sociales y de las relaciones cercanas y de confianza-, permiten satisfacer necesidades en situaciones cotidianas y de crisis (Lin & Ensel, 1989).. Hay dos perspectivas de análisis del soporte social: la estructural y la funcional (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000), mismas que se reseñan a continuación.

La perspectiva estructural enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas en torno al proceso de apoyo. En ella, se enfocan la participación e integración comunitaria a través de redes sociales constituidas por conjuntos de personas que interactúan entre sí tales, como red familiar, de amigos y colegas del trabajo; sus parámetros de operacionalización son el tamaño y densidad de la red, la frecuencia, la duración, la multiplicidad y reciprocidad de los contactos sociales.

Por otro lado, el punto de vista funcional propone que las variables más importantes del apoyo e son de carácter subjetivo y comúnmente han sido medidas en cuanto a la satisfacción de las necesidades de soporte emocional, material-instrumental y de información (Domínguez-Guedea, 2005b).

Las investigaciones interesadas en entender cómo el apoyo social ayuda a lidiar con el estrés se han guiado por dos supuestos: (1) la posibilidad de amortiguación de los efectos e (2) hipótesis de los principales efectos (Cohen & col., 2000). La primera de ellas sugiere que las influencias positivas del soporte ocurren solamente durante la ocurrencia de los eventos estresantes, amortiguando el impacto negativo que esos eventos podrían acarrear. La hipótesis de los efectos principales propone que el apoyo social favorece la salud y el bienestar, independientemente del nivel de estrés que la persona experimente.

Anteriormente, ambas hipótesis eran tratadas como antagonistas, pero ahora se entiende que cada una de ellas corresponde a diferentes aspectos del apoyo. El efecto amortiguador o protector está vinculado a los parámetros funcionales de la ayuda, mientras que el efecto principal está más vinculado a las características estructurales del soporte (Carpenter, Fowler, Maxwell, & Andersen, 2010) El apoyo social puede ayudar a amortiguar y moderar el impacto de los eventos estresantes de la vida al proveer herramientas para hacerles frente de una mejor manera, minimiza el efecto de los estresores y permite un estado de mayor bienestar (Tuesca-Molina & col., 2003). Promueve en las personas conductas adaptativas en situaciones de estrés y además puede modificar las respuestas biológicas (neuroendocrina e inmunológica) asociadas a la enfermedad; asimismo, contar con una amplia red social proporciona múltiples fuentes de información que puede influir en la toma de decisiones de autocuidado y uso eficiente de servicios de salud (del Castillo Arreola, Martínez Martínez, Guzmán Saldaña, & Reyes Lagunes, 2008).

Lo anterior se corrobora con otros estudios que han mostrado una asociación entre las relaciones sociales y la salud indicando, por ejemplo, que las personas más aisladas

socialmente tienen menos salud física y psicológica, además de tener mayor probabilidades de morir (Matud, Carballeira, López, Marrero, & Ibáñez, 2002) y por el contrario, el apoyo social ha tenido un efecto positivo en mantenimiento de la salud, bienestar y en la prevención de enfermedades en personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como pacientes hospitalizados, enfermos mentales crónicos y migrantes (Galván & col., 2006).

La evidencia del papel mediador de los efectos del estrés ha hecho que la investigación básica y aplicada sobre cuidadores de adultos mayores haya adoptado al apoyo social como una variable importante para comprender los determinantes del bienestar de los cuidadores (Schulz, 2016). Algunas investigaciones apuntan que el soporte social predice la satisfacción con la vida experimentada por el cuidador (Grant, Elliott, Newman Giger, & Bartolucci, 2001); que aumenta el sentido de dominio y bienestar entre cuidadoras que ejercen varios papeles sociales (Martire, Stephens, & Townsend, 1998); que reduce la percepción de sobrecarga (del Pino Casado & col., 2018) y que los efectos del apoyo social pueden mantenerse a lo largo del tiempo, favoreciendo resultados más positivos de la salud del cuidador, así como la disminución del estrés y de los afectos negativos (Robinson-Whelen, Tada, MacCallum, McGuire, & Kiecolt-Glaser, 2001).

En suma, se ha encontrado que el hecho de sentirse socialmente apoyado, puede reducir el riesgo de síntomas físicos y malestares emocionales como depresión y/o ansiedad; asimismo, resulta fundamental en la adaptación en el proceso de cambios y desafíos en el rol del atender a familiares adultos mayores. De esta manera, los vínculos sociales compensatorios pueden proteger a los cuidadores de las consecuencias negativas derivadas de la sobrecarga y promover su bienestar.

La revisión de la literatura permite observar que la mayoría de los abordajes en cuidadores familiares de adultos mayores contempla al apoyo social de manera amplia en cuanto a las fuentes proveedoras de apoyo. No obstante, ya que el fenómeno del cuidado familiar tiene como telón de fondo la dinámica de las relaciones intrafamiliares,

resulta de especial interés enfocar el constructo del apoyo en relación a la fuente específicamente en los montos específicos que provienen de los hermanos(as) de los cuidadores como co-responsables del cuidado familiar.

Al tratarse de la interacción con los miembros del contexto social primario (hijos del adulto mayor receptor de cuidados), los efectos del apoyo social resultan justamente de la implicación protagónica de sus integrantes que, al compartir problemas y experiencias, pueden intercambiar recursos entre pares (hermanos), involucrándose de manera activa en un flujo de acciones en las que pueden encontrar y ofrecer apoyo.

La revolución de la longevidad es un fenómeno que parece haber tomado por sorpresa a los sistemas de salud y protección social en México pues en la actualidad, éstos son aún precarios e insuficientes para atender las crecientes necesidades de los AM y sus cuidadores, de aquí que cobran especial importancia las redes de apoyo social intrafamiliar, tal y como se enfoca en el presente trabajo de investigación.

Apego

El apego refiere a los aspectos comportamentales y actitudinales asociados con el dinamismo en las formas en las que las personas generan, a lo largo de su vida, patrones afectivos y determinadas formas de interacción con las personas significativas (Márquez, Rivera, & Reyes, 2009). Los precursores más sobresalientes del estudio del apego son John Bowlby y Marie Ainsworth, quienes de manera general sostienen que la etiología del proceso de apego se compone de la interacción de dos enfoques; el filogenético o biológico y el ontogenético o psicoemocional cuya naturaleza es psicológica, en ambas perspectivas la madre y su entorno familiar juegan un papel importante para el desarrollo de sistemas comportamentales más complejos (Cassidy & Shaver, 2008).

El primer enfoque supone que el apego se desarrolla durante la infancia como resultado del curso evolutivo de la especie y que ha servido para sobrevivir (Bowlby, 1969). Establece que una estrecha relación entre los padres e hijos puede dar resultados

benéficos en el desarrollo de sistemas comportamentales más complejos (Bowlby, 1969, 1980). Las primeras formas de contacto con los padres serán determinantes en el desarrollo del apego, por ejemplo, la alimentación y el reconocimiento del contexto ambiental a través del contacto de los padres, ha permitido sobrevivir a la especie como humanos (Cassidy & Shaver, 2008).

Por el contrario, la perspectiva psicoemocional del apego sugiere que las figuras de apego, así como el comportamiento relacionado con tal, se forman y se organizan a manera de sistema y por consiguiente, cuenta con un carácter motivacional inherente, dinámico y no totalmente dependiente de la satisfacción de necesidades biológicas. Este enfoque contrasta con esta última premisa propuesta por Ainsworth en 1979, puesto que los comportamientos asociados al apego cuentan con un componente motivacional cambiante a lo largo de tiempo, lo que supondría que se retroalimenta de manera interna y externa en términos de un balance entre la obtención de metas y la estabilidad emocional (Sroufe, 1995). Es decir, el apego no es un sentimiento relacionado con los íconos interpersonales significativos propios, sino un complejo sistema procesal sometido a constante cambio que se reconfigura en virtud de la valoración que el sujeto le otorga a estas figuras basado en las experiencias vividas a lo largo de su historia. En ambas afirmaciones, el desarrollo del apego se lleva a cabo en el contexto del rol de cuidado, donde el cuidador (durante los primeros años son los padres y posteriormente los hijos al cargo del cuidado de los padres) y el receptor de cuidado o persona dependiente (el niño y, en años posteriores, el AM).

Como producto de estas reconfiguración se generan lazos de apego, los cuales podemos entender como uno de los diversos vínculos afectivos. Este tipo de vínculos debe cumplir con ciertos criterios para poder ser clasificados como tal; primero, el vínculo debe ser persistente, no transitorio; segundo, que el vínculo esté conectado con alguna persona en específico, la cual pueda considerarse irremplazable; tercero, que la relación que se tiene con esa persona sea emocionalmente significativa; cuarto que el sujeto desee mantener cercanía o proximidad con esa otra persona; y por último, la

persona debe sufrir estrés por la separación involuntaria con la persona vinculada (Ainsworth, 1989).

A lo largo de la vida, las personas generamos múltiples vínculos afectivos, todos y cada uno de ellos cuentan con estas características, sin embargo, no representan el mismo “valor” para el sujeto afectivamente ligado. Todos ellos son internamente valorados por el sujeto y se les asigna una “jerarquía de apego” llamado “monotropía” (Bowlby, 1969, 1980). Sin embargo, la manifestación de comportamientos de apego, no significa que un verdadero lazo afectivo exista entre el emisor de estas conductas y el receptor, así como, la intensidad de las conductas de apego, no son un indicador de la intensidad del lazo afectivo (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969, 1973).

Por otra parte, el apego se puede clasificar de diversas maneras, entre las que destacan el apego “seguro”, “evitativo” y “ambivalente” (Ainsworth, 1979). Estas clasificaciones son reflejo de la calidad de la relación entre las cuidador y el dependiente de cuidado, donde la comunicación, la confianza y la disposición de la figura de apego juegan un papel central en el encause del apego (Sroufe, 1995). El primero engloba características relacionadas con la autoafirmación de la confianza en el dependiente, el cual manifiesta mejor aceptación y manejo de situaciones estresantes y se da como resultado de la confianza y el vínculo de comunicación apropiado entre el cuidador y el AM. El segundo se da como resultado de las expectativas de posible rechazo por parte del cuidador hacia la persona dependiente y es representado a través de comportamientos ansiógenos, así como, evitación de conflictos y de su cuidador. Y por último, el apego ambivalente manifiesta comportamientos asociados con la incertidumbre en la sensibilidad del cuidador a las necesidades de apoyo y comunicación del receptor de cuidados, como por ejemplo, actitudes o comportamientos relacionados con el enojo o la pasividad, y buscan fungir como catalizadores para generar cercanía con el cuidador.

Por lo anterior, podemos inferir, que el apego se forma de tres componentes psicológicos fundamentalmente relacionados con el bienestar emocional, que son la

confianza, la comunicación y el apoyo percibido, los cuales pueden servir para mitigar el efecto estresor de las fuentes de estrés. Estudios refieren que en la medida en que las personas se sienten apreciadas o apoyadas por sus seres queridos, es mejor el bienestar psicoemocional y físico en las personas vinculadas afectivamente (Pietromonaco & Beck, 2019). Diversos investigadores han apuntado que algunas psicopatologías se encuentran asociadas al tipo de desarrollo de las actitudes de apego y al estrés generado por la relación de los lazos afectivos, por ejemplo, el apego ansioso y el apego evitativo se muestran asociados con esquizofrenia, trastornos de personalidad, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo compulsivo y tendencias suicidas (Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010; Karlen, 1998; McWilliams & Bailey, 2010; Milkulincer & Shaver, 2012; Pielage, Gerlsma, & Schaap, 2000). A su vez, encontrado correlaciones significativas entre el tipo de apego y el cortisol liberado en las personas emocionalmente apegadas, por ejemplo, si la relación de apego es ansiosa las personas ligadas manifiestan una reactividad al cortisol exagerada, en tanto, que aquellos que manifiestan apego evitativo demuestran evidencias variadas, lo cual es teóricamente consistente dado la naturaleza de este vínculo (Brooks, Robles, & Schetter, 2011; Diamond, Hicks, & Otter-Henderson, 2008; Powers, Pietromonaco, Gunlicks, & Sayer, 2006).

Los hallazgos anteriormente mencionados fueron obtenidos a través de diseños longitudinales y retrospectivos mayormente, sin embargo, fueron realizados en muestras de diferente composición a la enfocada en el presente trabajo. El estudio del apego en la dinámica de cuidado, específicamente en la díada cuidador/AM es escasa, por lo que la dirección que éste pretende destaca su especial relevancia.

Prácticas de Cuidado Emocional

Los cuidados son recursos indispensables que las personas dependientes o en condiciones de vulnerabilidad requieren para poder tener una calidad de vida adecuada o satisfactoria. Los cuidados se pueden clasificar de tres maneras; apoyo material o instrumental, apoyo informativo y estratégico y apoyo emocional (Rodríguez Rodríguez, 2006). Estas categorías pueden explicarse de la siguiente manera: Cuidado material o instrumental: consiste en ayudar al AM a realizar las actividades básicas o de la vida cotidiana que no puede llevar a cabo por el mismo. Por ejemplo, las labores de limpieza y reparaciones del hogar.

- Cuidado informativo y estratégico: consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles.
- Cuidado emocional: consiste en hacer sentir queridos/as por las personas allegadas, relacionarnos con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, intercambiar expresiones de afecto.

Estas atenciones se pueden considerar como profesional o no, refiriendo la formación técnica en los dominios del cuidado, así como, bajo el nombre de formales e informales, en virtud de la expedición de un pago por realizar las tareas del cuidado. La generalidad de las personas dependientes recibe cuidados por parte de la familia, siendo los cuidadores denominados como “cuidadores familiares”.

La literatura documenta que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante (Alpuche Ramírez & col, 2008) que puede llegar a deteriorar el bienestar físico, psicológico y social (Wu & Lo, 2007), generando un nivel de sobrecarga que disminuye la calidad de vida del cuidador, así como su capacidad para cumplir con las demandas crecientes del mayor dependiente (Etérovic Díaz & col., 2015; Montorio Cerrato & col., 1998).

A pesar de su importante contribución en los cuidados aún en circunstancias desgastantes, la problemática del cuidador es un hecho frecuentemente ignorado por las

instituciones de salud, obviando de esta manera los efectos negativos en el desarrollo del tratamiento (De Valle-Alonso & col., 2015). Las escasas redes de apoyo social para las familias cuidadores y las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan receptor y proveedor de cuidados, exacerbaban las dificultades para el desempeño de cuidados de calidad (Domínguez Guedea & col., 2013).

Los cuidados familiares implican acciones de asistencia física y emocional (Aguirre, & col, 2005) y la calidad de éstos ha sido estudiada en función de tres dimensiones. El primer elemento se relaciona con la competencia, esta es considerada como tener el conocimiento, habilidades y recursos para el cuidado; el segundo elemento tiene que ver con la predictibilidad, referida a tener patrones definidos en la actividad de cuidado, finalmente el tercer elemento es el enriquecimiento, en donde realizar el cuidado tiene un significado o placer (Schumacher & col., 2000).

Existen varios factores que intervienen en la calidad del cuidado, entre estos se encuentran las creencias y las estrategias que el familiar o familiares utilizan diariamente para relacionarse con el adulto mayor, la percepción por parte del cuidador acerca de la historia del cuidado, la forma en que el cuidador observa el comportamiento y el rol del adulto mayor, la evaluación que el cuidador hace del adulto mayor y su propio trabajo; la realidad de cuidado comparada con lo que el cuidador consideraría como realidad de bienestar; finalmente la condición variada de la calidad de cuidado como resultado de la retroalimentación de sus funciones como cuidador y como el cuidador se ve a sí mismo y la sociedad lo ve (Phillips & Rempusheski, 1986).

Las habilidades del cuidador son un elemento central de la calidad del cuidado, esta son entendidas como el dominio de nueve técnicas del cuidado: 1) monitoreo, 2) interpretación, 3) toma de decisiones, 4) entrar en acción respecto a decisiones, 5) realizar ajustes a las actividades de cuidado, 6) acceder a recursos, 7) trabajo en equipo con el receptor de cuidados, 8) negociar con los sistemas de salud para una buena atención mediante un proceso dinámico que se desarrolla con tiempo y 9) experiencia, ya que la las acciones de fortalecimiento de habilidades implica una integración de

habilidades previas y nuevos aprendizajes y desde luego debe ser sensible a las características del receptor de cuidados (Schumacher & col., 2000). Asimismo, el fortalecer las habilidades de cuidado, no debe implicar únicamente la especificación de instrucciones para el cuidador, sino también buscar disminuir los estresores que afectan al cuidador (Farran & col, 2004; Schumacher & col., 2000).

Por otra parte la evaluación de la calidad del cuidado en adultos mayores puede ser realizada desde el punto de vista de los que reciben el cuidado y de sus familiares, así como la evaluación de profesionales (Hasson & Arnetz, 2008; Schumacher & col., 2000). Con la participación de cualquiera de los informantes, la evaluación de la calidad del cuidado debe emplear indicadores basados en evidencia científica y opiniones de expertos a fin de producir resultados válidos (Doubova & col., 2013).

Aún y cuando el cuidado familiar es tan frecuente y necesario para el bienestar de los adultos mayores dependientes funcionales, en nuestro país son escasos los estudios que documenten las prácticas, dificultades de logro, satisfacciones de cuidado, calidad de cuidado, motivos todas las anteriores referidas por los mismos cuidadores, adultos mayores y profesionales de la salud (Domínguez Guedea & col., 2013).

De la Cuesta (2009) argumenta que el cuidado familiar tiene elementos intangibles, y por lo tanto, susceptibles de ser investigados con métodos cualitativos y cuantitativos. Estos pueden ser entendidos como el componente emocional del cuidado, el cual se puede medir de bajo dos perspectivas diferentes: unas son los cuidados funcionales y otros los estructurales.

Los elementos funcionales del cuidado emocional, refiere a medidas objetivas y fácilmente cuantificables como por ejemplo, las horas que el cuidador y el AM conviven y conversan, los días que le visitan o salen a pasear o extensión de la red de apoyo. Estas medidas permiten generalizar los resultados, sin embargo, carecen de esencia cualitativa que pudiera servir para conocer la calidad de la relación entre el cuidador y el AM(Gallardo Peralta & col, 2014).

La mayoría de la producción nacional de estudio hace referencia a satisfacciones de cuidado por parte de los servicios hospitalarios (Ruiz-Chávez, 2002), percepción de la calidad de atención del personal de enfermería (Nava & Zamora, 2010; Salcedo-Álvarez & col., 2007), calidad de vida (Ortiz Espinosa & col, 2004), calidad de salud (Montes de Oca, &col, 2012).

Por otra parte, Romero & col., (2010) señalan la dificultad de la familia cuando no está preparada para responder a tanta tensión, esfuerzo, y todo el trabajo de atender a una persona dependiente, complicándose más aun cuando un único miembro de la familia asume la mayor responsabilidad en el cuidado. Ballesteros (2008) señala que el rol del cuidado compite con obligaciones laborales, de forma que es común que el cuidador incurra en absentismo y conflictos laborales. Esto da lugar al estudio funcional de la dinámica del cuidado, el cual refiere a todos aquellos componentes cualitativos e intangibles que se encuentran presentes en la relación interpersonal de la diada cuidador/AM. Si bien, este tipo de enfoques permitiría conocer mejor las formas en las que interactúa la diada, el alcance de este tipo de estudios no permitiría la generalización de los resultados obtenidos a poblaciones más amplias o de diversas culturas (Gallardo & col., 2014).

De lo anterior hay que destacar la importancia de dirigir las intervenciones médicas y psicológicas al ingresar al adulto mayor al hospital y atender conjunta e individualmente las necesidades del paciente y el familiar, fomentando un adecuado soporte emocional, apoyo social y de redes de apoyo familiar, facilitando de esta manera una mejor comunicación con el paciente y un adecuado funcionamiento familiar, reduciendo la ansiedad, entre otros factores (Cortés-Funes & col., 2003). Otro tipo de intervenciones efectivas son las dirigidas a cuidar al cuidador para el fortalecimiento de habilidades, en hospitales como las realizadas por Domínguez y colaboradores en 2010, donde aumentan los conocimientos y se incrementa el apoyo institucional a los cuidadores familiares de adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

El presente estudio se realizó bajo un diseño observacional de tipo transversal correlacional no cegado, que atiende a la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que tienen sobrecarga, vulnerabilidad física/psicológica del AM, apoyo familiar y apego seguro del CFAM con prácticas de cuidado emocional?

Participantes

El tamaño de la muestra se calculó a través del poder del análisis necesario para realizar una regresión lineal múltiple para 4 predictores a probar (definido bajo los parámetros de 0.05 de estimación de la probabilidad de cometer el error de tipo α , 0.2 de probabilidad de cometer el error de tipo β y un tamaño del efecto alto de 0.35) utilizando el programa G*Power edición 3.1.9.2. (Erdfelder, Faul, & & Butcher, 1996).

La muestra calculada fue de al menos 40 díadas de cuidadores familiares y mujeres AM dependientes de cuidados de los cuales 34 participaron en el estudio, cada uno debe cumplir con los siguientes criterios de selección. En relación a los cuidadores los criterios de inclusión, estos deben cuidar a su madre AM de 60 años, vivir con la AM o visitarla al menos 3 veces a la semana, que ambos residan en la ciudad de Hermosillo, Sonora y firmar el consentimiento informado; como exclusión, los participantes deben presentar problemas para comprender la entrevista, padecer de alguna discapacidad sensorial o motriz que requiera adaptación del formato de entrevista a sus necesidades y recibir un pago por cuidar a su madre; y se eliminarán aquellos casos en los que la entrevista quede incompleta o que expresen deseo de abandonar el estudio. Por otra parte los criterios de inclusión del AM son ser mujer mayor de 60 años, que requieran ayuda en al menos un área gerontológica, residir en Hermosillo, Sonora y firmar el consentimiento informado; se excluirán aquellos participantes que cuenten con diagnóstico de demencia de cualquier tipo, que se obtengan puntuaciones de 23 puntos o

menos en la prueba Mini-mental, que se encuentre postrado o cuente con alguna discapacidad sensorial o motriz que requiera adecuaciones en el proceso de entrevista y que disponga de al menos 25 mil pesos mensuales para satisfacer sus necesidades de cuidado; y como eliminación las AM deberán presentar datos incompletos en la entrevista, manifestar deseo de abandonar el estudio o que reporten ser víctimas de violencia en el entorno familiar.

El muestreo fue no probabilístico y los participantes fueron contactados a través de la clínica geriátrica del Centro Médico Dr. Ignacio Chávez de Hermosillo, Sonora y por bola de nieve.

Instrumentos

Consentimiento Informado

Contiene la información referente a la estructura del estudio, así como, las características de la diada, el propósito de la información capturada y los medios de contacto, tanto del titular del estudio, como del equipo de investigación (Apéndice 1).

Cuestionario de Datos Generales

Éste contiene un apartado para identificar composición familiar, datos sociales y demográficos (Apéndice 2).

Entrevista de Detección de Necesidades del AM

Fue desarrollada por Domínguez y colaboradores en 2009 y contiene preguntas dirigidas al conocimiento general del AM, basado en los diferentes dominios gerontológicos como el estado de salud, alimentación, actividades de esparcimiento y recreación social, controles médicos e índice de dependencia funcional. (Apéndice 3).

Entrevista sobre la Dinámica Familiar (Formato del Cuidador y del AM)

Entrevista ad hoc, diseñada para conocer la calidad de la dinámica familiar. Esta entrevista se aplica para el cuidador (Apéndice 4) y para el AM (Apéndice 5).

Escala de Apego en Familiares de Cuidadores de Adultos Mayores

Desarrollada por Domínguez – Guedea (2008) cuyos datos de validación en Hermosillo, Sonora se realizó con cuidadores familiares de AM con diabetes indican que la escala logra un porcentaje de varianza explicativa de 43% con 18 ítems (cargas factoriales ≤ 0.43), distribuidos en los factores de apego seguro (12 ítems, Alfa de Cronbach = 0.88) y apego ansioso (6 ítems, con Alfa de Cronbach= 0.78). En tanto que, la validación hecha en cuidadores familiares de AM compuesta por 5 ítems (carga factorial $>.47$) en un solo factor (alfa de Cronbach = .78), que explican el 44% de la varianza explicada por el constructo de apego (Domínguez-Guedea, González-Montesinos, Domínguez-Guedea, Ocejo, Chávez-Romero, Valencia-Maldonado y Rivera-Sander, 2013) (Apéndice 6).

Escala de Sobrecarga

Se utilizó la *Escala de Evaluación de Sobrecarga* la cual fue formada por Domínguez-Guedea en 2005, a partir de la revisión de la *Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit* (Zarit y Zarit 1983 adaptada al español por Montorio & col., 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 (Apéndice 7).

Escala de Depresión

Fue diseñada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en colaboración con investigadores de las universidades de Pensilvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos de América. Éste consta de 9 reactivos con escala respuesta dicotómica de *Si* y *No*, cuenta con alfa de Cronbach de 0.74, y su punto de

corte fue de ≥ 5 puntos (con una sensibilidad de 80.7% y especificidad de 68.7%)(Aguilar- Navarro, Fuentes- Cantú, Ávila- Funes, & García- Mayo, 2007) (apéndice 8).

Escala de Ansiedad Rasgo Estado

Ésta se compone por 20 reactivos con escala de respuesta politómica de 4 opciones (1= *Nunca*, 2= *Pocas veces*, 3= *Muchas veces* y 4= *Siempre*), cuenta con dos factores (Tensión emocional situacional con un Alfa de Cronbach =0.87 y Tranquilidad emocional situacional con un Alfa de Cronbach = 0.85)(Fontes Martínez, 2010) (apéndice 9).

Escala de Evaluación Cognitiva Breve de Folstein (Mini mental)

La prueba fue desarrollada por Folstein en 1975, para efectos de este estudio, se utilizó la versión traducida y validada de (Reyes & col., 2004), la cual consta de 30 reactivos que exploran cinco dimensiones; *orientación en el tiempo, orientación en el espacio, registro y recuerdo, atención y cálculo, y lenguaje*, registró un alfa de Cronbach de 0.89, una sensibilidad y especificidad de 0.986 y 0.70 respectivamente (apéndice 10).

Procedimiento

Se realizó el contacto con los cuidadores familiares a través de instituciones que prestan servicios a adultos mayores y mediante contactos personales. Algunos de los participantes fueron reclutados a través de la clínica geriátrica del Centro Médico Dr. Ignacio Chávez, al Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, a Grupos de Ayuda Mutua de Pacientes Diabéticos e Hipertensos coordinados por el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud, así como a través de contactos personales y referidos.

En cada una de las organizaciones se presentó el proyecto general del que se deriva el presente estudio, se analizaron las consideraciones éticas de la

investigación en donde existía un comité de ética formalmente establecido y se hicieron acuerdos de colaboración entre el equipo de investigación y la organización. Una vez aprobado el proyecto se comenzó a contactar a los participantes vía telefónica para iniciar el agendado de las citas, las cuales se realizaron a domicilio.

Llegando la fecha y hora previamente establecida en común acuerdo con el cuidador y el AM, dos miembros del equipo de investigación arribaron a los domicilios para comenzar la evaluación. Antes de iniciar la evaluación, se les hizo entrega del consentimiento informado, el cual debía ser leído en voz alta para facilitar al cuidador y al AM la comprensión de éste y al terminar la lectura se firmaba su aceptación y daba por iniciado el protocolo de evaluación.

Después , se aisló al cuidador y al AM en áreas diferentes del hogar, para llevar a cabo el resto de la entrevista dónde se les aplicó el formato correspondiente para cada uno de los participantes: al cuidador se le aplicó la entrevista de detección de necesidades, entrevista sobre la dinámica familiar, la escala de apego y la escala de sobrecarga; en tanto que, al AM se le aplicó una entrevista sobre el estado de salud, una entrevista sobre la dinámica familiar, la escala de depresión de ENASEM, escala de ansiedad IDARE y escala de evaluación cognitiva breve Mini-Mental de Folstein.

Al finalizar la entrevista se les entregó a los participantes un directorio con información de instituciones de servicios de salud públicos y, posteriormente, integrar los datos colectados.

RESULTADOS

¿Cuál es la relación que tienen sobrecarga, vulnerabilidad física/psicológica del AM, apoyo familiar y apego seguro del CFAM con prácticas de cuidado emocional?

Como respuestas tentativas a la pregunta de investigación se plantea el siguiente sistema de hipótesis:

- H1: Existe una relación negativa y significativa entre sobrecarga y prácticas de cuidado emocional al AM.
- H2: Existe una relación negativa y significativa de la vulnerabilidad física y psicológica del AM con prácticas de cuidado emocional al AM.
- H3: Existe una relación positiva y significativa del apego seguro del cuidador y sus prácticas de cuidado emocional al AM.

Preparación de la Base de Datos

Se inició por la configuración de las variables de interés, se computaron las variables independientes utilizando el programa *Statistical Package for Social Sciences* diseñado por IBM en su versión 23. Previo a la realización de los análisis se calcularon las variables independientes calculando las puntuaciones medias de las medidas crudas registradas en las escalas de sobrecarga, ansiedad y depresión, dando como resultado las variables “Sobrecarga”, “Ansiedad” y “Depresión” las cuales se integrarán a los análisis posteriores. En tanto que, de la entrevista de detección de necesidades en el apartado que evalúa el estado de salud, se llevó a cabo una sumatoria de las enfermedades registradas para la obtención de las variables “Número de enfermedades del AM” y, bajo este mismo esquema, se obtuvieron los valores de la variable “Índice de funcionalidad en el AM”.

Después, se generó la variable “Vulnerabilidad física y psicológica” realizando una sumatoria de las variables de “Ansiedad”, “Depresión” y “Número total de enfermedades del AM”.

Posteriormente, se reconfiguró la variable relacionada con el “tipo de cuidador”, del cual sus opciones de respuesta originalmente eran 4 (*cuidador único, cuidador principal, co-cuidador y cuidador secundario*) a solamente ser dos opciones (*cuidador primario y cuidador secundario*). Del mismo modo, se analizó la variable “apego” separando los valores totales y formando dos variables nuevas (*apego seguro y apego ansioso*).

Por último, para las variables de “Edad del cuidador”, “Vive con el AM” y “Convivencia familiar para la toma de decisiones respecto al adulto mayor” no se realizó ningún cambio.

Datos Descriptivos

A continuación se pueden observar los datos descriptivos de los datos colectados de la muestra de 34 díadas cuidador familiar / adulto mayor. En cuestión del cuidador, se muestran las frecuencias de la edad, el sexo, la escolaridad y la ocupación **tabla I**.

Por otra parte, la **tabla II**, muestra los datos demográficos y de salud de la población mayor (edad, escolaridad, fuente de ingresos y las enfermedades más frecuentes).

Tabla I. Resumen de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares.

Cuidador			
Variable		Frecuencia (%)	Media
Edad			42.7 ± 9.9
Sexo	Mujer	21(61.8%)	
	Hombre	13(38.8%)	
Escolaridad	Básica	3 (8.8%)	
	Media superior	12 (35.3%)	
	Estudios superiores	19 (55.9%)	
Ocupación	Hogar	23 (67.6%)	
	Empleados	5 (14.7%)	
	Jubilado/pensionado	5 (14.7%)	
	Hogar y empleo	1(2.9%)	
N= 34			

Tabla II. Resumen de las características sociodemográficas de las adultas mayores.

Adultas mayores		
Variable	Frecuencia (%)	Media
Edad		73.1 ± 8.7
Escolaridad		
≤ Tercer grado de educación básica	4 (11.8%)	
≥ Cuarto grado de educación básica o concluida	12 (35.5%)	
Educación Secundaria	4 (11.8%)	
Educación media superior o carrera técnica.	12 (35.5%)	
Estudios Superiores	2 (5.9%)	
Fuente de ingresos		
Familia	17 (50%)	
Pensión	4 (11.8%)	
Empleo	4 (11.8%)	
Empleo y pensión	9 (26.5%)	
Estado de salud		
Diabetes	21 (61.8%)	
Hipertensión	29 (85.3%)	
Enfermedades óseas	13 (38.2%)	
Insomnio	11 (32.4%)	
Problemas para caminar	12 (35.3%)	
N=34		

En el caso del cuidador, la media de edad fue de 42.7 años con una desviación estándar de 9.9, fueron 21 (61.8%) mujeres y 13 (38.2%) hombres, de los cuales 27 cuidadores viven con el adulto mayor y 7 viven en otros hogares, lo que representa un 79.4% y un 20.6% respectivamente. En cuanto al grado escolar 3 (8.8%) refirieron haber cursado hasta secundaria, 12 (35.3%) con una educación media superior y 19 (55.9%) cuentan con licenciatura y/o posgrado. En relación a la ocupación del cuidador, 5 (14.7%) reportaron ser empleados, 5 (14.7) ser jubilados o pensionados, 23 (67.6%) se dedican al hogar y solamente 1(2.9%) sujeto es empleado y al hogar.

Por otra parte, las adultas mayores registraron una media de edad de 73.1 años con una desviación estándar de 8.7 años. En relación del nivel escolar, 4 (11.8%) confirmaron haber cursado hasta tercer grado de primaria, 12(35.5%) haber acreditado al menos cuarto grado o concluido la primaria, 4 (11.8%) haber cursado secundaria, 12 (35.3%) cursaron el bachillerato o alguna carrera técnica y solamente 2 (5.9%) cuentan con estudios superiores. En cuanto a la fuente de ingresos, 17 (50%) adultos mayores reportaron que la familia es el principal proveedor, el 4 (11.8%) confirmaron el recibo de una pensión como fuente primaria, igualmente, 4 (11.8%) son empleados y perciben una pensión y 9 (26.5%) se apoyan económicamente de su familia y de su pensión. Con respecto al estado de salud, la media del total de enfermedades o padecimientos con el que cuentan fue de 4.8 con una desviación estándar de 2.4, siendo la diabetes con (61.8%), la hipertensión (85.3%), las enfermedades óseas (38.2%), el insomnio (32.4%) y las dificultades al caminar (35.3%).

Análisis de Datos

Una vez preparada la base de datos se procedió con la realización de análisis de regresión requeridos para determinar las relaciones entre variables.

Para efectos del presente trabajo se consideró a la variable: “tiempo que el platican el AM y el cuidador” como indicador específico de la práctica de cuidado emocional que

el cuidador provee a su madre, de forma que en lo venidero, se referirá ésta como la variable resultado a ser predicha o VD y se indicará con las siglas “PCE”.

Primero, se realizó un análisis de regresión lineal simple para evaluar la relación univariada entre la variable independiente “Sobrecarga” y la variable dependiente “Tiempo que platican el AM y el cuidador”. Seguido a ello, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar las relaciones de manera multivariada ajustando el modelo a través del control de efectos confusores de las variables “Edad del cuidador”, “Vive con el adulto mayor”, “Cuidador primario”, “Funcionalidad” y “Convivencia familiar para la toma de decisiones respecto al AM” **tabla III**.

Tabla III. Modelo de regresión “tiempo que platican el AM y el cuidador” con la variable “Sobrecarga”.

Tiempo que platican el AM y el cuidador						
Variable	Análisis Univariado			Análisis Multivariado		
	B cruda	<i>p</i>	R ² y R ² aj.	B ajustada *	<i>p</i>	R ² y R ² aj.
Sobrecarga	-0.037	0.042	R ² =0.123	-0.041	0.036	R ² = 0.364
			R ² aj.=0.095			R ² aj.=0.222
	F = 4.473; gl.= 32			F = 2.571; gl = 27		

AM, adulto mayor;

*Ajustado por edad del cuidador, vive con el adulto mayor, cuidador primario, funcionalidad convivencia familiar para la toma de decisiones respecto al adulto mayor.

Los resultados obtenidos reflejan una relación negativa y significativa ($B = -0.037$, $p = 0.042$), esto señala que, entre mayor es la sobrecarga, menor es el tiempo que conversa la diada, a su vez, se obtuvieron valores de R^2 y R^2 ajustada de 0.123 y 0.095 respectivamente, lo que sugiere que la variable “Sobrecarga” por sí sola no es un buen indicador explicativo para este modelo.

Por otra parte, los resultados del análisis multivariado sostuvieron una relación negativa y significativa con la variable “Tiempo que platican el AM y el cuidador” ($B = -0.031$, $p = 0.036$), y se registraron una R^2 y R^2 ajustada de 0.364 y 0.222 respectivamente, esto indica que el poder explicativo se incrementó una vez que incluimos posibles confusores en el análisis.

Después, se realizó un modelo de regresión lineal simple para evaluar de manera univariada la relación de la variable independiente “Apego seguro” y la variable dependiente “Tiempo que platican el AM y el cuidador”. Posteriormente, se realizó un multivariado controlando los confusores “Edad del cuidador”, “Vive con el adulto mayor”, “Cuidador primario”, “Funcionalidad” y “Convivencia familiar para la toma de decisiones respecto al adulto mayor” **tabla IV**.

Los resultados obtenidos del análisis univariado sugieren una relación positiva, aunque no significativa entre las variables “Apego seguro” y “Tiempo que platican el AM y el cuidador” ($B = 0.048$, $p = 0.053$), esto se traduce que en la medida en la que la diada conversa, mayor es el apego del cuidador hacia el AM. A su vez, se obtuvo una R^2 de 0.112 y una R^2 ajustada de 0.085, lo que sugiere un patrón de predictibilidad bajo.

Por otro lado, los resultados del análisis multivariado sostuvieron una relación positiva y no significativa entre las variables “Apego seguro” y “Tiempo que platican el AM y el cuidador” ($B = 0.046$, $p = 0.059$), sin embargo, registraron un incremento notable en la R^2 (0.306) y la R^2 ajustada (0.182) lo que sugiere que la variabilidad en el “Tiempo que platican el AM y el cuidador” oscila entre el 18% y el 30%.

Tabla IV. Modelo de regresión “tiempo que platican el AM y el cuidador” con la variable “Apego seguro”.

Tiempo que platican el AM y el cuidador						
Variable	Análisis Univariado			Análisis Multivariado		
	B cruda	<i>p</i>	R ² y R ² aj.	B ajustada *	<i>p</i>	R ² y R ² aj.
Apego seguro	0.048	0.053	R ² =0.112	0.046	0.059	R ² = 0.306
			R ² aj.=0.085			R ² aj.=0.182
	F = 4.049; gl.= 32			F = 2.466; gl = 28		

AM, adulto mayor;

*Ajustado por edad del cuidador, vive con el adulto mayor, cuidador primario, índice de funcionalidad, convivencia familiar para la toma de decisiones respecto al adulto mayor.

Por último se realizó el análisis de las variables “Tiempo que platican el AM y el cuidador” y “Vulnerabilidad física y psicológica del AM” de manera univariada para posteriormente, ajustar el modelo por los posibles confusores **tabla V**.

Los resultados obtenidos de la prueba de regresión lineal simple indican una relación negativa entre las variables, aunque esta no fue significativa ($B=-0.001$, $p=0.897$), por otra parte, se obtuvo una R^2 y R^2 ajustada de 0.001 y 0.031 respectivamente. Esto sugiere que los valores por si solo carecen de poder explicativo de la variable dependiente. Sin embargo, si ajustamos el modelo controlando los confusores los valores cambian radicalmente. Una vez que ajustamos la corrida, se obtuvo una $B= -0.207$ con una $p = 0.342$, la R^2 y la R^2 ajustada incrementan su valor a 0.274 y 0.113 respectivamente.

Tabla V. Modelo de regresión “tiempo que platican el AM y el cuidador” con la variable “Vulnerabilidad física y psicológica”.

Tiempo que platican el AM y el cuidador						
Variable	Análisis Univariado			Análisis Multivariado		
	B cruda	<i>p</i>	R ² y R ² aj.	B ajustada *	<i>p</i>	R ² y R ² aj.
Vulnerabilidad						
Física y	-0.001	0.897	R ² =0.001	-0.207	0.342	R ² = 0.274
Psicológica						
			R ² aj.=-0.031			R ² aj.=0.113
	F = 0.017; gl.= 32			F = 1.698; gl = 27		

AM, adulto mayor;

*Ajustado por edad del cuidador, vive con el adulto mayor, cuidador primario, funcionalidad convivencia familiar para la toma de decisiones respecto al adulto mayor.

DISCUSIÓN

En términos generales el estudio de las variables asociadas a la dinámica de cuidado cobra especialmente relevancia, cuando nos referimos al bienestar físico y psicológico en el AM, por distintas razones.

La primera se encuentra relacionada con las afectaciones que el cuidador familiar sufre como consecuencia de la responsabilidad de las tareas relacionadas con el cuidador. La literatura apunta que, en la medida en la que el AM necesita cuidados, mayor es el estrés que el cuidador sufre debido a las demandas que el cuidado requiere atender (Arai & col., 2004; Chaparro Díaz & col., 2016; Hsiao, 2010; Koca & col., 2017). La exposición constante a las fuentes del estrés puede desencadenar padecimientos en el cuidador tanto a niveles físicos como psicoemocionales. La evidencia revela que el estrés se encuentra asociado a problemas con los sistemas cardíaco, respiratorio e inmunológico (McWilliams & Bailey, 2010), así como, depresión, ansiedad y síndrome de burnout en el cuidador (Clark & Diamond, 2010; Yikilkan, Aypak, & Görpelioğlu, 2014) y por consecuente impactar en las habilidades del cuidado (Etérovic Díaz & col., 2015). Esto puede desencadenar un deterioro del estado de salud del AM creando un ciclo.

En ese sentido, el modelo del estrés de Pearlin sugiere que la exposición prolongada a las fuentes del estrés, como las tareas de cuidado, puede desencadenar consecuencias asociadas al estado de salud, sin embargo, en la medida en la que se cuenta con habilidades de afrontamiento o una red de apoyo activa, este estrés puede ser dimitido. Sin embargo, otro punto que el presente modelo no contempla, es la forma en la que el cuidador asume su rol. La literatura afirma que, si el rol del cuidado se asume de manera paulatina, este genera menos estrés, que aquel que se asume de manera abrupta (Moral-Fernández, Frías-Osuna, Moreno-Cámara, Palomino-Moral, & del-Pino-Casado, 2017). Eso puede deberse a que se comprende un periodo de adaptación del cuidador a las necesidades de la persona dependiente.

La segunda radica en que los cambios sociales que sufre el AM debido al descontrol de enfermedades derivados del proceso de envejecimiento. La literatura señala que la población mayor es de los grupos que mayor vulnerabilidad social y física presentan (Guerrero & Yépez, 2015). La evidencia sugiere que esta población suele ser relacionada con altos índices de exclusión social, sobre todo en las dimensiones sociales y en la atención por parte de los servicios públicos (Barnes, Blom, Cox, & Lessof, 2000). En este sentido, la calidad de vida del AM también se ve afectada por la exclusión (Dahlberg & McKee, 2018). La exclusión social es un tipo de discriminación que afecta de manera sistemática a la persona que la sufre no solo en el estado de ánimo, sino también en el procesamiento cognitivo (Baumeister, Twenge, & Nuss, 2002; Yang, Yeung, & Feng, 2018), lo que puede dar como resultado, una mayor sensación de carga en el cuidador familiar de la persona mayor (Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguis, & Ramos, 2012).

La tercera se asocia a la falta de atención e insuficiencia por parte de las instituciones de salud para satisfacer las necesidades y el acceso a servicios de salud. En la actualidad, México cuenta con un programa de atención al envejecimiento establecido por la Secretaría de Salud desde el 2001. El programa tiene como objetivo general proteger la salud, prevenir, controlar o retardar el desarrollo de enfermedades para elevar la calidad de vida de los adultos mayores, y propone lograrlo a través de la dotación de documentos técnicos y formativos en materia de envejecimientos a los profesionales de la salud, así como, en el entrenamiento en las tareas de cuidado por parte del profesional de la salud hacia el cuidador informal. Sin embargo, literatura más reciente señala que estos objetivos distan mucho de la realidad, y es la familia en quien recae casi totalmente la responsabilidad del cuidado y en muchas de las ocasiones carece de formación en el ejercicio del cuidado (Consejo Nacional de Población., 1999; Gutiérrez Robledo & col., 2016; Montes de Oca & col., 2012; Secretaría de Salud, 2001).

Este tema es una situación preocupante ya que si el cuidado recae principalmente en la familia, es necesario desarrollar acciones de orientación y

apoyo a los cuidadores para el desarrollo eficiente de sus labores, así como del cuidado de sí mismo. Datos obtenidos por Mandujano Jáquez, (2012) en la ciudad de Hermosillo, Sonora, señalan que ninguna de las diez instancias del sector público de sector salud o de desarrollo social otorga subsidios económicos a la familia por su labor de cuidado. Además, cabe mencionar que respecto a los servicios de atención a la salud del mayor, tres instituciones de salud ofrecen orientación a los familiares sobre las actividades del cuidado, sin embargo ese apoyo es ocasional y no hay métodos para la evaluación de este apoyo respecto a su efectividad y pertinencia.

Por lo anterior, es que la adopción del rol de cuidador familiar suele ser cada vez más frecuente, sin embargo, existen opciones para poder apoyar a las personas que realizan tan importante y difícil labor. La elaboración de programas psicoeducativos dirigidos al entrenamiento de cuidadores informales puede ser una herramienta útil en el entrenamiento de tareas de cuidado eficaces para la atención de las personas mayores, a su vez, esto ayudaría a mitigar el efecto estresor derivado del desconocimiento e incertidumbre del cuidador en torno a estas tareas (Boltz & col., 2018; Xu, Hsiao, Denq, & Chi, 2017).

Coincidiendo con el punto de vista de (Lluch, Morales, Cabrera, & Betancourt, 2010) en que cuidar al cuidador es esencial para que pueda realizar dignamente su labor, óptimamente y continua, reconociéndolo moralmente, mostrando respeto, a su persona, su actividad, no solo por ser una ética del cuidar, sino también para brindar reconocimiento jurídico, reflexionando sobre su figura y labor, ya que es una noble función social la de cuidar a otros seres humanos, poco abordado en el discurso del cuidado.

Por otra parte, otros autores señalan que la implementación de un programa de acompañamiento en consejería orientado al desarrollo de la inteligencia emocional, específicamente al manejo del estrés y la autorregulación, tanto del cuidador como del AM podría ser eficaz para mejorar la relación entre el cuidador familiar y el AM (Baumeister & col., 2002; Khalaila & Cohen, 2015). Las unidades hospitalarias podrían

fungir como organismos gestores de este tipo de intervenciones, la orientación profesional en las tareas de cuidado abre vínculos de comunicación con el AM y facilita el trabajo en equipo y la coordinación de intervenciones efectivas para el cuidado (Bélanger, Bourbonnais, Bernier, & Benoit, 2016).

Otro de los puntos que deben ser atendidos es el fortalecimiento de la red de apoyo en las tareas del cuidado por parte de la familia. Los resultados obtenidos en el presente estudio resalta inequidad en las tareas de cuidado familiar, destacando principalmente aquella relacionada con el género y los roles sociales que suelen desempeñar, siendo las mujeres las que con mayor frecuencia se encargan del cuidado del AM (61.8%), esta tendencia concuerda con otros estudios cuyos resultados señalan que el cuidador familiar suele ser mujer, de con rango de edad entre los 40 y 50 años y predominantemente dedicada al hogar (Huenchuan Navarro & Rodríguez Velázquez, 2015; Ren & col., 2015; Strauss, 2013).

En relación a los datos demográficos y de salud relacionados con el AM, los del presente estudio son similares a aquellos publicados por Domínguez y colaboradores (2013), en los que la media de edad ronda entre los 70 y 80 años. Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (citado en Montes de Oca & Hebrero, 2008) señala que la diabetes mellitus, la hipertensión como algunas de las enfermedades con mayor frecuencia en el adulto mayor, coincidiendo con aquellos datos obtenidos durante la colecta. Lo que señala como necesaria la implementación de campañas preventivas de enfermedades crónico-degenerativa en la tercera edad, principalmente para estas enfermedades.

Desde otro punto, los resultados relacionados con la variable “Tiempo que platican el AM y el cuidador” en función de la variable independiente “Sobrecarga” mostró una relación negativa y significativa, concordando con la literatura revisada (Chao, 2012; Ren & col., 2015; Torres, Dias, Ferreira, Macinko, & Lima-Costa, 2014). Por otra parte, Xue y colaboradores (2018) apuntan que la cercanía entre el cuidador y el adulto mayor puede reducir el grado de sobrecarga en el cuidador.

Hasta el momento, las relaciones bivariadas del fenómeno de la dinámica del cuidado en AM ha sido ampliamente estudiado, sin embargo, el propósito de este estudio concierne al estudio multivariado de las diversas variables asociadas a la sobrecarga en el cuidador y, sobretodo, a las prácticas de cuidado emocional, así como, el estudio de la población cuidadora y AM de manera concomitante (Cortés-Funes & col., 2003).

Sin embargo, el consenso de estudios revisados tiende a evaluar estas prácticas a través de diferentes aproximaciones destacando aquellas de tipo funcional (evaluación de tipo cualitativo) y de tipo estructural (indicadores cuantitativos), cada uno de estos enfoques tiene sus virtudes, así como, sus limitaciones. Las evaluaciones de tipo funcional enfocan sus esfuerzos a la valoración intangible de los componentes de la dinámica del cuidado, utilizando entrevistas a profundidad y narrativas extensas fortaleciendo el cuerpo teórico relacionado con el fenómeno, su interés primordial son las particularidades de este contexto, sin embargo son difíciles de generalizar y poco útiles para la salud pública pues en esencia, son permeables a variables de tipo social (Amin & Ingman, 2014; Igarashi, Hooker, Coehlo, & Manoogian, 2013; López-Díaz, Castellanos-Soriano, & Muñoz-Torres, 2015; Gallardo Peralta & col., 2014).

En tanto que, las mediciones estructurales, se basan en mediciones “objetivas” y de fácil operacionalización, por ejemplo, las horas de convivencia, la frecuencia con la que visitan al AM, la frecuencia con la que realizan actividades de esparcimiento, con que miembro familiar siente mayor confianza, entre otras (Carr, Moorman, & Boerner, 2013; Chao, 2012; Y. Chen, Hicks, & While, 2014; Heikkinen & Lumme-Sandt, 2013; Liu, Lu, & Lou, 2017; Ren & col., 2015; Torres & col., 2014; Strauss, 2013; Tsutsui, Muramatsu, & Higashino, 2014; Z. Wu, Penning, Zeng, Li, & Chappell, 2016; Zeng, Brasher, Gu, & Vaupel, 2016), lo que permite establecer correlaciones y extender estadísticamente los alcances o hallazgos, sin embargo, no nos permite establecer las formas en la que se desarrolla el fenómeno del cuidado (Gallardo Peralta & col., 2014). Para fines de este estudio se decidió utilizar estas herramientas de medida, específicamente el tiempo que conversan el AM y el cuidador.

Los resultados de los análisis multivariados indican que la sobrecarga se encuentra negativamente asociada al tiempo que el cuidador y el AM platican, estos resultados convergen con otras publicaciones (Chen & Ye, 2013; Chao, 2012; Hao & col., 2017; Hsiao, 2010). A su vez, ser cuidador primario y vivir con el AM también se correlacionan negativamente, esto puede deberse a la constante exposición a las tareas de cuidado y al estrés que este conlleva, lo que puede generar sobrecarga y/o fatiga en el cuidador (Hung & col., 2017; Liu & Bern-Klug, 2016; Yang & col., 2014).

En contraste, se encontraron asociaciones positivas aunque no significativas entre las variables “El tiempo que el AM y el cuidador platican” y “Apego seguro del cuidador hacia el AM”, Estos resultados convergen con otras investigaciones pueden relacionarse al cambio evolutivo en la relación en la diada cuidador/AM debido a estas variables (Moral-Fernández & col., 2017).

Por último, se encontró una relación negativa entre la variable dependiente “Tiempo que platican el AM y el cuidador” y la variable independiente “Vulnerabilidad física y psicológica, a pesar de que su valor de significancia no resultó como se esperaba, este se mostró altamente afectado por el control de las variables confusoras.

Para finalizar, quiero citar a Quero (2007) con quien coincido, bajo el lema: “trabajemos juntos, el enfermo, la familia y el equipo de salud, resaltando la importancia del trabajo conjunto para la solución de los problemas de salud, entendiendo a la familia como una unidad multipersonal de cuidados (UMC)”.

CONCLUSIÓN

La extensión de la esperanza de vida y el crecimiento de la población mayor se debe a los avances tecnológicos y científicos de las ciencias de la salud, así como, al descenso de la tasa de natalidad derivado de las prácticas del control de la misma. El descontrol de enfermedades derivados del proceso de envejecimiento y la insuficiencia de medios para satisfacer las necesidades de mejora de la calidad en esta población por parte del sector salud, nos da como resultado la inserción de la familia en la dinámica del cuidado y señala a la familia como principal responsable del bienestar integral del AM.

El presente estudio representa un esfuerzo por explorar del fenómeno de la dinámica del cuidado desde una perspectiva multivariada, especialmente en los cuidados y atenciones de tipo emocional, tema del cual la producción nacional es escasa.

Los resultados del presente estudio no arrojaron datos concluyentes, a pesar de ello, los datos registran una tendencia a la centralización, aunque insuficiente para rechazar la hipótesis nula. Esto se puede deber a distintas razones de orden metodológico.

Primero, la estimación del tamaño del efecto para la determinación de la muestra no resultó como la propuesta inicial pretendía. La regresión lineal múltiple es una prueba estadística que nos permite encontrar asociaciones de orden multivariado, sin embargo, para poder identificar variabilidad en los datos y obtener datos más fiables, es necesario incrementar el tamaño de la muestra en virtud del número de variables que se analizan simultáneamente. La varianza obtenida puede registrar valores excedidos por la cantidad de variables integradas a la corrida del modelo final. A su vez, la estrategia de medición utilizada fue de tipo estructural, lo que sugiere pocas opciones de respuesta y por consecuente, agrupamiento de datos cuando la muestra es incipiente. La revisión de literatura reciente indica que otros investigadores han empleado este tipos de estrategias de medición, sin embargo, han mostrado una tendencia al uso de muestras superiores a los 300 participantes (Carr & col., 2013; Chao, 2012; Y. Chen, Hicks, & While, 2014;

Heikkinen & Lumme-Sandt, 2013; Liu, & col., 2017; Ren & col., 2015; Torres & col., 2014; Strauss, 2013; Tsutsui & col., 2014; Wu & col., 2016; Zeng & col., 2016).

Segundo, la variable dependiente “tiempo que platican el AM y el cuidador” está sujeto a al sesgo por deseabilidad social. Este refiere a un sesgo en la estimación de los informantes sobre los valores obtenidos en este reactivo, al ser un estudio transversal, este no nos permite ver la evolución de la medida a través de series de medición cronológica (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Sofisticar el diseño a uno de tipo longitudinal nos permitiría analizar con precisión la evolución en la calidad de la relación CFAM / AM que surge de la exposición a las tareas del cuidado.

Tercero, el tipo de muestro fue no probabilístico por conveniencia y bola de nieve, la falta de la aleatorización de la muestra y el uso de personas referidas tiende a sesgar los datos obtenidos (Tabachnick & Fidell, 2013), la psicología social postula las personas de las que nos rodeamos tiende a tener características similares (Baron & Byrne, 2004; Blanco y col., 2007). Sin embargo, este sesgo puede ser controlado realizando una selección aleatoria o teniendo grupos de comparación.

En conclusión, el presente estudio nos permitió identificar la dirección que toman las variables independientes asociadas a las prácticas de cuidado emocional, sin embargo, no podemos rechazar la hipótesis nula debido a las limitaciones anteriormente planteadas. Es recomendable seguir la colecta de datos para poder realizar afirmaciones basadas en evidencias más sólidas

REFERENCIAS

- Adelman, Ronald D., Lyubov L. Tmanova, Diana Delgado, Sarah Dion, and Mark S. Lachs. 2014. "Caregiver Burden: A Clinical Review." *JAMA - Journal of the American Medical Association* 311 (10): 1052–59. doi:10.1001/jama.2014.304.
- Aguilar- Navarro, Sara Gloria, Alejandro Fuentes- Cantú, José Alberto Ávila- Funes, and Emilio José García- Mayo. 2007. "Validez y Confiabilidad Del Cuestionario Del ENASEM Para La Depresión En Adultos Mayores." *Salud Pública de México* 49 (4): 256–62.
- Aguirre, Rosario, Cristina García Sainz, and Cristina Carrasco. 2005. *El Tiempo, Los Tiempos, Una Vara de Desigualdad. Serie Mujer y Desarrollo*.
- Ainsworth, Mary D.Salter. 1979. "Attachment as Related to Mother-Infant Interaction." *Advances in the Study of Behavior* 9 (C). Charlottesville: Academic Press, Inc.: 1–51. doi:10.1016/S0065-3454(08)60032-7.
- Alfaro-Ramírez de Castillo, Olga Isabel, Tania Morales-Virgil, Fernando Vázquez-Pineda, Sofía Sánchez-Román, Bertha Ramos-del Río, and Uriah Guervera-López. 2008. "Sobrecarga, Ansiedad y Depresión En Cuidadores Primarios de Pacientes Con Dolor Crónico y Terminales." *Revista Médica Del IMSS* 46: 485–94.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=37020100&site=ehost-live>.
- Alpuche Ramírez, Janeth Virginia, Bertha Ramos del Río, and Mario Enrique Rojas Russell. 2008. "Validez de La Entrevista de Carga de Zarit En Una Muestra de Cuidadores Primarios Informales." *Psicología y Salud* 18 (55): 237–45.
- Amin, Iftekhar, and Stan Ingman. 2014. "Eldercare in the Transnational Setting: Insights from Bangladeshi Transnational Families in the United States." *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 29 (3): 315–28. doi:10.1007/s10823-014-9236-7.

- Arai, Yumiko, P D, Keigo Kumamoto, P D, Masakazu Washio, and P D. 2004. "Factors Related to Feelings of Burden among Caregivers Looking after Impaired Elderly in Japan under the Long- Term Care Insurance System," 396–402.
- Ballesteros Madrid, Pedro Adolfo. 2008. "Efectos Que El Cuidado de Un Enfermo de Alzheimer Produce En El Cuidador Primario." Universidad Javeriana. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis52.pdf>.
- Baron, Robert, and Donn Byrne. 2004. Psicología Social. http://www.geocities.ws/visisto/Biblioteca/syllabus_psicologia_social.pdf.
- Bermejo Caja, Carlos, and Mercedes Martínez Marcos. 2005. "Factores, Necesidades y Motivaciones de Los Cuidadores Principales Que Influyen En El Mantenimiento Del Cuidado de Las Personas Dependientes En El Núcleo Familiar." Nure Investigación 11: 1–7.
- Bhimani, Rozina. 2014. "Understanding the Burden on Caregivers of People with Parkinson's: A Scoping Review of the Literature" 2014: 718527. doi:10.1155/2014/718527.
- Blanco, Amalio, Jesús Rodríguez, Enrique Alonso, Sonia Hernández, Carmen Pozo, and Elvia Vargas. 2007. Intervención Psicosocial. http://cataleg.uji.es/record=b1256428~S1*cat.
- Boerner, Kathrin, Amy Horowitz, and Richard Schulz. 2006. "The Role of Positive Aspects of Caregiving in Adaptation to Bereavement." Research and Practice in Alzheimer's Disease 11 (4): 332–35. doi:10.1037/0882-7974.19.4.668.
- Bosmans, Guy, Caroline Braet, and Leen Van Vlierberghe. 2010. "Attachment and Symptoms of Psychopathology: Early Maladaptive Schemas as a Cognitive Link?" Clinical Psychology and Psychotherapy 17 (5): 374–85. doi:10.1002/cpp.667.
- Bowlby, John. 1969. Attachment and Loss. Attachment. Attachment. Second. Vol. 1. Basic Books. doi:10.1177/000306518403200125.

- Brooks, Kathryn P., Theodore F. Robles, and Christine Dunkel Schetter. 2011. "Adult Attachment and Cortisol Responses to Discussions with a Romantic Partner." *Personal Relationships* 18 (2): 302–20. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01357.x.
- Brown, G W, and Tirril Harris. 1978. "Social Origins of Depression: A Reply." *Psychological Medicine* 8: 577–88.
- Cannon, Walter B. 1935. "STRESSES AND STRAINS OF HOMEOSTASIS." *THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES* 189 (1): 2–14.
- Cárdenas, José Manuel. 2014. "Potencia Estadística y Cálculo Del Tamaño Del Efecto En G*Power: Complementos a Las Pruebas de Significación Estadística y Su Aplicación En Psicología." *Salud & Sociedad* 5 (2): 210–44. doi:10.22199/S07187475.2014.0002.00006.
- Carpenter, Kristen M., Jeffrey M. Fowler, G. Larry Maxwell, and Barbara L. Andersen. 2010. "Direct and Buffering Effects of Social Support among Gynecologic Cancer Survivors." *Annals of Behavioral Medicine* 39 (1): 79–90. doi:10.1007/s12160-010-9160-1.
- Carr, Deborah, Sara M. Moorman, and Kathrin Boerner. 2013. "End-of-Life Planning in a Family Context: Does Relationship Quality Affect Whether (and with Whom) Older Adults Plan?" *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences* 68 (4): 586–92. doi:10.1093/geronb/gbt034.
- Cassidy, Jude, and Phillip R. Shaver. 2008. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*. Edited by Jude; Cassidy and Phillip R. Shaver. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*. Second. New York: Guildford Press.
- Chao, Shiao Fang. 2012. "Functional Disability and Psychological Well-Being in Later Life: Does Source of Support Matter?" *Aging and Mental Health* 16 (2): 236–44. doi:10.1080/13607863.2011.596809.

- Chaparro Díaz, Olivia Lorena, Gloria Mabel Carrillo González, and Beatriz Sánchez Herrera. 2016. "La Carga Del Cuidado En La Enfermedad Crónica En La Díada Cuidador Familiar-Receptor Del Cuidado." *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo* 18 (2): 43. doi:10.11144/Javeriana.ie18-2.ccec.
- Chen, Lin, and Minzhi Ye. 2013. "The Role of Children's Support in Elders' Decisions to Live in a Yanglaoyuan (Residential Long-Term Care): Children's Support and Decision to Live in a Yanglaoyuan." *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 28 (1): 75–87. doi:10.1007/s10823-012-9185-y.
- Chen, Yu, Allan Hicks, and Alison E. While. 2014. "Loneliness and Social Support of Older People Living Alone in a County of Shanghai, China." *Health and Social Care in the Community* 22 (4): 429–38. doi:10.1111/hsc.12099.
- Chiou, Chii Jun, Hsing Y. Chang, I. Pin Chen, and Hsiu Hung Wang. 2009. "Social Support and Caregiving Circumstances as Predictors of Caregiver Burden in Taiwan." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48 (3): 419–24. doi:10.1016/j.archger.2008.04.001.
- Clark, Michele C., and Pamela M. Diamond. 2010. "Depression in Family Caregivers of Elders: A Theoretical Model of Caregiver Burden, Sociotropy, and Autonomy." *Research in Nursing and Health* 33 (1): 20–34. doi:10.1002/nur.20358.
- Cohen, Sheldon, Lynn G. Underwood, and Benjamin H. Gottlieb. 2000. *Social Support Measurement and Intervention*. doi:10.1093/med:psych/9780195126709.001.0001.
- Consejo Nacional de Población. 1999. *El Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas*. Conapo. Vol. (1). <http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/envejecimientomexico.pdf>.

- Consejo Nacional de Población, CONAPO. 2004. "Envejecimiento de La Población de México. Reto Del Siglo XXI." *Proyecciones de Población 2000-2030*. México: CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx>.
- Contador, Israel, Bernardino Fernández-Calvo, David L. Palenzuela, Soraia Miguis, and Francisco Ramos. 2012. "Prediction of Burden in Family Caregivers of Patients with Dementia: A Perspective of Optimism Based on Generalized Expectancies of Control." *Aging and Mental Health* 16 (6): 675–82. doi:10.1080/13607863.2012.684666.
- Corbalán Carrillo, María Gloria, Óscar Hernández Vian, Montserrat Carré Catases, Georgina Paul Galcerán, Blanca Hernández Vian, and Corpus Marzo Duque. 2013. "Sobrecarga , Ansiedad y Depresión En Cuidadores de Pacientes Incluidos En El Programa de Atención Domiciliaria." *GEROKOMOS* 24 (3): 120–23.
- Cortés-Funes, Fabiola, Lidia Abián, and Hernán Cortés-Funes. 2003. "Adaptación Psicosocial Del Paciente Oncológico." *Psicooncología* 0 (1): 83–92.
- De La Cuesta, Carmen. 2009. "El Cuidado Familiar: Una Revisión Crítica." *Revista Investigación y Educación En Enfermería* XXVII (1): 96–102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198010>.
- De Valle-Alonso, M.J., I.E. Hernández-López, M.L. Zúñiga-Vargas, and P. Martínez-Aguilera. 2015. "Sobrecarga y Burnout En Cuidadores Informales Del Adulto Mayor." *Enfermería Universitaria* 12 (1): 19–27. doi:10.1016/j.reu.2015.05.004.
- Dejo Vásquez, María. 2007. "Sentido de Coherencia, Afrontamiento y Sobrecarga En Cuidadores Familiares de Ancianos Con Enfremedad Crónica." *Avances En Psicología Latinoamericana* 25 (1): 64–71.
- del Castillo Arreola, Arturo, Juan Patricio Martínez Martínez, Rebeca Guzmán Saldaña, and Isabel Reyes Lagunes. 2008. "Construcción Del Instrumento de Apoyo Social En Pacientes Con Diabetes Tipo 2." *La Psicología Social En México* XIII (32): 427.

- Del Pino Casado, Rafael, Antonio Frías Osuna, Pedro A. Palomino Moral, María Ruzafa Martínez, and Antonio J. Ramos Morcillo. 2018. "Social Support and Subjective Burden in Caregivers of Adults and Older Adults: A Meta-Analysis." *PLoS ONE* 13 (1): 1–18. doi:10.1371/journal.pone.0189874.
- Diamond, Lisa M., Angela M. Hicks, and Kimberly D. Otter-Henderson. 2008. "Every Time You Go Away: Changes in Affect, Behavior, and Physiology Associated With Travel-Related Separations From Romantic Partners." *Journal of Personality and Social Psychology* 95 (2): 385–403. doi:10.1037/0022-3514.95.2.385.
- Díaz Bambula, Fátima, and Ingrid Carolina Gómez. 2016. "La Investigación Sobre El Síndrome de Burnout En Latinoamérica Entre 2000 y 2011." *Psicología Desde El Caribe* 33 (1): 113–31. doi:10.14482/psdc.33.1.8065.
- Domínguez-Guedea, Miriam Teresa. 2005a. "Modelo de Estresse e Bem-Estar Subjetivo Em Cuidadores de Familiares Idosos Dependentes Funcionais." Universidad do Brasilia, Brasilia, Brasil.
- Domínguez-Sosa, Guadalupe, Marco Antonio Zavala-González, Dora del Carmen De la Cruz-Méndez, and Martha Ofelia Ramírez-Ramírez. 2010. "Síndrome de Sobrecarga En Cuidadores Primarios de Adultos Mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a Mayo de 2008." *Revista Médicas Uis* 23 (1): 28–37. <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/983>.
- Domínguez Guedea, Miriam Teresa, Fernando Arruda Damacena, María Martha Montiel Carbajal, Paola Ochoa Marcobich, Gerardo Álvarez Hernández, Lília Valdéz Lizárraga, and Elba Ibarra Flores. 2009. "Necessidades de Apoio Social Em Cuidadores de Familiares Idosos Mexicanos." *Psicologia & Sociedade* 20 (2): 242–49. doi:10.1590/S0102-71822009000200011.
- Domínguez Guedea, Miriam Teresa, María Fernanda Mandujano Jaquez, Marcela Georgina Quintero, Teresa Iveth Sotelo Quiñónez, José Concepción Gaxiola

- Romero, and Jesús Ernesto Valencia Maldonado. 2013. "Escala de Apoyo Social Para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Mexicanos." *Universitas Psychologica* 12 (2): 391–402. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-2.easc.
- Domínguez Guedea, Miriam Teresa, Abraham Ocejo García, and Martín Alfonso Rivera Sander. 2013. "Bienestar, Apoyo Social y Contexto Familiar de Cuidadores de Adultos Mayores Well-Being, Social Support and Family Context in Caregivers of Older Adults." *Acta de Investigación Psicológica* 3 (1): 1018–30. doi:10.1016/S2007-4719(13)70949-9.
- Dobova, S. V., Patricia Espinosa-Alarcón, Claudia Infante, Rebeca Aguirre-Hernández, Leticia Rodríguez-Aguilar, Roberto Olivares-Santos, and Ricardo Pérez-Cuevas. 2013. "Adaptación y Validación de Escalas de Autoeficacia y Empoderamiento Dirigidas a Mujeres Mexicanas En Etapa de Climaterio." *Salud Pública de México* 55 (3): 257–66. /scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt.
- Erdfelder, E., F. Faul, and A. & Butcher. 1996. "GPOWER: A General Power Analysis Program. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers." *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 28 (1): 1–11.
- Estrada, J. D. R. 2008. *El Maltrato a Las Personas Mayores: Bases Teóricas Para Su Estudio*. Colección Documentos de Acción Social, Serie Personas Mayores.
- Etérovic Díaz, Claudia, Sara Mendoza Parra, and Katia Sáez Carrillo. 2015. "Habilidad de Cuidado y Nivel de Sobrecarga En Cuidadoras/Es Informales de Personas Dependientes." *Enfermería Global* 14 (2): 235–48. doi:10.6018/eglobal.14.2.198121.
- Fairbank, Timbers Dianne, and Richard L. Hough. 1979. "Life Event Classifications and the Event-Illness Relationship." *Journal of Human Stress* 5 (February 2015): 41–47. doi:10.1080/0097840X.1979.9934527.
- Farran, Carol J., Dimitra Loukissa, Suzanne Perraud, and Olimpia Paun. 2004. "Alzheimer's Disease Caregiving Information and Skills. Part II: Family

- Caregiver Issues and Concerns.” *Research in Nursing and Health* 27 (1): 40–51. doi:10.1002/nur.20006.
- Fontes Martínez, Tannia Lenina. 2010. “Validación Psicométrica Exploratoria de Escalas de Ansiedad y Depresión En Adultos Mayores.” Universidad de Sonora.
- Gallardo Peralta, Lorena, Ana Barrón López de Roda, Esteban Sánchez Moreno, and Andrés Arias Astray. 2014. “Dimensiones Estructurales y Funcionales Del Apoyo Social y Salud En Personas Mayoes En Chile.” *Revista Mexicana de Psicología* 31 (2): 187–97.
- Galván, Jorge, Martha Romero, Eva María Rodríguez, Ana Durand, Eduardo Colmenares, and Gabriela Saldivar. 2006. “L a Importancia Del Apoyo Social Para El Bienestar Físico Y Mental De Las Mujeres Reclusas” 29: 68–74.
- Garlo, Katherine, John R. O’Leary, Peter H. Van Ness, and Terri R. Fried. 2010. “Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness.” *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (12): 2315–22. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x.
- Gil García, Eugenia, María Escudero Carretero, M. Ángeles Prieto Rodríguez, and Antonio Frías Osuna. 2005. “Vivencias, Expectativas y Demandas de Cuidadoras Informales de Pacientes En Procesos de Enfermedad de Larga Duración.” *Enfermería Clinica* 15 (4): 220–26. doi:10.1016/S1130-8621(05)71115-3.
- González, Elizabeth Flores, and Fredy Seguel Palma. 2016. “Functional Social Support in Family Caregivers of Elderly Adults with Severe Dependence.” *Investigacion y Educacion En Enfermeria* 34 (1): 67–73. doi:10.17533/udea.iee.v34n1a08.
- Grant, J S, T R Elliott, J Newman Giger, and A A Bartolucci. 2001. “Social Problem-Solving Telephone Partnerships with Family Caregivers of Persons with Stroke.” *International Journal of Rehabilitation Research* 24 (3): 181–89. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0034873775&partnerID=40&md5=305cfc6b6b926d7473d3028a453ddd761>.

- Greenberg, Jan, Marsha Seltzer, and James Greenley. 1993. "Aging Parents of Adults with Disabilities: The Gratifications and Frustrations of Later-Life Caregiving." *Gerontologist* 33 (4): 542–50. doi:10.1093/geront/33.4.542.
- Guerrero, Nancy, and María Yépez. 2015. "Factores Asociados a La Vulnerabilidad Del Adulto Mayor Con Alteraciones de Salud." *Universidad y Salud* 17 (1): 121–31. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100011.
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, Marcela Agudelo Botero, Liliana Giraldo Rodríguez, and Raúl Hernán Medina Campos. 2016. "Hechos y Desafíos Para Un Envejecimiento Saludable En México." Instituto Nacional de Geriatria. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/HECHOS.pdf>.
- Haley, William E., Ellen G. Levine, S. L. Brown, and Alfred A. Bartolucci. 1987. "Stress, Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Adaptational Outcome among Dementia Caregivers." *Psychology and Aging* 2 (4): 323–30. doi:10.1037/0882-7974.2.4.323.
- Haley, William E., David L. Roth, Marci I. Coleton, Greg R. Ford, Constance A.C. West, Robert P. Collins, and Teresa L. Isobe. 1996. "Appraisal, Coping, and Social Support as Mediators of Well-Being in Black and White Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1): 121–29. doi:10.1037/0022-006X.64.1.121.
- Hao, Xiaoning, Juan Gu, Xiangji Ying, Tao Bo, and Wei Fu. 2017. "Social Support and Care Needs of the Disabled Elderly Population: An Empirical Study Based on Survey Data from Beijing, China." *BioScience Trends* 11 (5): 507–15. doi:10.5582/bst.2017.01234.
- Hasson, Henna, and Judith E. Arnetz. 2008. "Nursing Staff Competence, Work Strain, Stress and Satisfaction in Elderly Care: A Comparison of Home-Based Care and

- Nursing Homes: Older People and Long-Term Care.” *Journal of Clinical Nursing* 17 (4): 468–81. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x.
- Heikkinen, Sari Johanna, and Kirsi Lumme-Sandt. 2013. “Transnational Connections of Later-Life Migrants.” *Journal of Aging Studies* 27 (2). Elsevier Inc.: 198–206. doi:10.1016/j.jaging.2013.02.002.
- Hernández, Roberto, Carlos Fernández, and Pilar Baptista. 2014. Metodología de La Investigación. *Journal of Chemical Information and Modeling*. Vol. 53. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Hsiao, Chiu Yueh. 2010. “Family Demands, Social Support and Caregiver Burden in Taiwanese Family Caregivers Living with Mental Illness: The Role of Family Caregiver Gender.” *Journal of Clinical Nursing* 19 (23–24): 3494–3503. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03315.x.
- Huenchuan Navarro, Sandra, and Rosa Icela Rodríguez Velázquez. 2015. Necesidades de Cuidado de Las Personas Mayores En La Ciudad de México. Diagnóstico y Lineamientos de Política.
- Hung, Man, Jerry Bounsanga, Maren W. Voss, Anthony B. Crum, Wei Chen, and Wendy C. Birmingham. 2017. “The Relationship between Family Support; Pain and Depression in Elderly with Arthritis.” *Psychology, Health & Medicine* 22 (1): 75–86. doi:10.1080/13548506.2016.1211293.
- Igarashi, Heidi, Karen Hooker, Deborah P. Coehlo, and Margaret M. Manoogian. 2013. “‘My Nest Is Full:’ Intergenerational Relationships at Midlife.” *Journal of Aging Studies* 27 (2). Elsevier Inc.: 102–12. doi:10.1016/j.jaging.2012.12.004.
- INAPAM. 2010. Por Una Cultura Del Envejecimiento. Edited by Secretaría de Desarrollo Social. Primera. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- Kaplan, Howard B. 1970. “Self-Derogation and Adjustment to Recent Life Experiences.” *Archives of General Psychiatry* 22 (4): 324–31. doi:10.1001/archpsyc.1970.01740280036007.

- Karlen, Lyons-Ruth. 1998. "Disorganized, Controlling, and Unresolved/Unclasiffiable States of Mind Regarding Attachment: Relational Correlates of Psychopathology?" *Infant Mental Health Journal* 19 (4): 451–53.
- Koca, Elif, Ozlem Taskapilioglu, and Mustafa Bakar. 2017. "Caregiver Burden in Different Stages of Alzheimer's Disease." *Noro Psikiyatri Arsivi* 54 (1): 82–86. doi:10.5152/npa.2017.11304.
- Lara Palomino, Gabriela, Alberto González Pedraza Avilés, and Luis Alberto Blanco Loyola. 2008. "Perfil Del Cuidador: Sobrecarga y Apoyo Familiar e Institucional Del Cuidador Primario En El Primer Nivel de Atención." *Revistas de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 13 (4): 159–66.
- Lawton, M. P., M. H. Kleban, M. Moss, M. Rovine, and A. Glicksman. 1989. "Measuring Caregiving Appraisal." *Journals of Gerontology* 44 (3): 61–71. doi:10.1093/geronj/44.3.P61.
- Lawton, M. Powell, and Elaine Brody. 1969. "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumenta Activities of Daily Living." *Gerontologist* 9 (3P1): 179---. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
- Lee, Juwon, Bo Kyung Sohn, Hyunjoo Lee, Su jeong Seong, Soowon Park, and Jun Young Lee. 2018. "Attachment Style and Filial Obligation in the Burden of Caregivers of Dementia Patients." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 75 (August 2017). Elsevier: 104–11. doi:10.1016/j.archger.2017.12.002.
- Leopold, Thomas, Marcel Raab, and Henriette Engelhardt. 2014. "The Transition to Parent Care: Costs, Commitments, and Caregiver Selection among Children." *Journal of Marriage and Family* 76 (2): 300–318. doi:10.1111/jomf.12099.
- Lin, Nan, and Walter M Ensel. 1989. "Life Stress and Health: Stressors and Resources." *American Sociological Review* 54 (3): 382–99. doi:10.2307/2095612.
- Liu, Jinyu, and Mercedes Bern-Klug. 2016. "'I Should Be Doing More for My Parent:' Chinese Adult Children's Worry about Performance in Providing Care for Their

- Oldest-Old Parents.” *International Psychogeriatrics* 28 (2): 303–15. doi:10.1017/S1041610215001726.
- Liu, Jinyu, Nan Lu, and Vivian W.Q. Lou. 2017. “Care Tasks in the Stress Process for Family Caregivers in Urban China.” *Clinical Gerontologist* 00 (00). Routledge: 1–7. doi:10.1080/07317115.2017.1305033.
- Lluch, Bonet Adalberto, López Alfredo Morales, Adán Maritza Cabrera, and Navarro Maritza Betancourt. 2010. “Factores Previsibles En La Salud Física y Psicosocial Del Cuidador Crucial Del Anciano Con Demencia En El Hogar.” *Revista Cubana de Enfermería* 26 (2): 3–13.
- López-Díaz, Lucero, Fabiola Castellanos-Soriano, and Esperanza Muñoz-Torres. 2015. “Cuidado Popular de Familias Con Un Adulto Mayor Sobreviviente Del Primer Accidente Cerebrovascular.” *Aquichan* 16 (2): 169–78. doi:10.5294/4594.
- Lozano, Rafael, Héctor Gómez-Dantés, Francisco Garrido-Latorre, Aída Jiménez-Corona, Julio César Campuzano-Rincón, Francisco Franco-Marina, María Elena Medina-Mora, et al. 2013. “La Carga de Enfermedad, Lesiones, Factores de Riesgo y Desafíos Para El Sistema de Salud En México.” *Salud Pública de México* 55 (6): 580. doi:10.21149/spm.v55i6.7304.
- Mahoney, F., and D. Barthel. 1965. “Functional Evaluation: The Barthel Index.” *Maryland State Medical Journal* 55 (4): 56–61. doi:10.2320/jinstmet1952.55.4_444.
- Malhotra, Rahul, Choy Lye Chei, Edward Balan Menon, Wai Leng Chow, Stella Quah, Angelique Chan, Shweta Ajay, and David Bruce Matchar. 2018. “Trajectories of Positive Aspects of Caregiving among Family Caregivers of Stroke-Survivors: The Differential Impact of Stroke-Survivor Disability.” *Topics in Stroke Rehabilitation* 25 (4). Taylor & Francis: 261–68. doi:10.1080/10749357.2018.1455369.

- Mandujano Jáquez, María Fernanda. 2012. "Necesidades de Apoyo a Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Dependientes Funcionales En La Ciudad de Hermosillo, Sonora." Universidad de Sonora.
- Márquez, Joaquín Fernando, Sofía Rivera, and Isabel Reyes. 2009. "Desarrollo de Una Escala de Estilos de Apego Adulto Para La Población Mexicana." *Ridep* 2: 9–30.
- Martire, Lynn M., Mary Ann Parris Stephens, and Aloen L. Townsend. 1998. "Emotional Support and Well-Being of Midlife Women." *Psychology and Aging* 13 (3): 396–404.
- Maslach, Christina, and Susan E. Jackson. 1981. "The Measurement of Experienced Burnout." *Journal of Organizational Behavior* 2 (2): 99–113. doi:10.1002/job.4030020205.
- Matud, Pilar, Mónica Carballeira, Marisela López, Rosario Marrero, and Ignacio Ibáñez. 2002. "Apoyo Social y Salud: Un Análisis de Género." *Salud Mental* 25 (2): 32–37.
- McWilliams, Lachlan A, and S Jeffrey Bailey. 2010. "Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence From the National Comorbidity Survey Replication" 29 (4): 446–53. doi:10.1037/a0020061.
- Méndez, Luis, Oscar Giraldo, Daniel Aguirre-Acevedo, and Francisco Lopera. 2010. "Relación Entre Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga En Cuidadores Familiares de Personas Con Demencia Tipo Alzheimer Por Mutación E280a En Presenilina 1." *Revista Chilena de Neuropsicología*.
- Milkulincer, Mario., and Phillip R. Shaver. 2012. "An Attachment Perspective on Psychopathology." *World Psychiatry*, no. 8: 11–15.
- Montes de Oca, Verónica, and Mirna Hebrero. 2008. "Dinámica Familiar, Envejecimiento y Deterioro Funcional En México." *Kairós* 11 (1): 143–66.

- Montes de Oca, Verónica, Rogelio Saenz, Nadia Irina Santillanes Allande, and Consuelo Izazola-Conde. 2012. "Cuidado a La Salud En La Vejez y Recursos Familiares Transnacionales En México y Estados Unidos." *Uaricha Revista de Psicología* 9 (19): 85–101.
- Montorio Cerrato, Ignacio, Maria Izal Fernández De Trocóniz, Almudena López López, and María Sánchez Colodrón. 1998. "La Entrevista de Carga Del Cuidador. Utilidad y Validez Del Concepto de Carga." *Anales de Psicología* 14 (2): 229–48.
- Montoya-Arce, Bernardino Jaciel, Yuliana Gabriela Román-Sánchez, Sergio Cuauhtémoc Gaxiola-Robles-Linares, and Hugo Montes-de-Oca-Vargas. 2016. "Envejecimiento y Vulnerabilidad Social En El Estado de México, 2010." *Papeles de Población* 22 (90): 43–78. doi:10.22185/24487147.2016.90.034.
- Moral-Fernández, Lourdes, Antonio Frías-Osuna, Sara Moreno-Cámara, Pedro A. Palomino-Moral, and Rafael del-Pino-Casado. 2017. "The First Moments of the Carer: The Process of Becoming a Caregiver of a Dependent Elderly Relative." *Atencion Primaria* 50 (5). Elsevier España, S.L.U.: 282–90. doi:10.1016/j.aprim.2017.05.008.
- Moreno-Cámara, Sara, Pedro Ángel Palomino-Moral, Lourdes Moral-Fernández, Antonio Frías-Osuna, and Rafael del-Pino-Casado. 2016. "Problemas En El Proceso de Adaptación a Los Cambios En Personas Cuidadoras Familiares de Mayores Con Demencia." *Gaceta Sanitaria* 30 (3). SESPAS: 201–7. doi:10.1016/j.gaceta.2016.02.004.
- Muela, J.A., C.J. Torres, and E.M. Peláez. 2001. "La Evaluación de La Asertividad Como Predictor de Carga En Cuidadores de Enfermos de Alzheimer." *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 36 (1): 41–45. doi:10.1016/S0211-139X(01)74681-1.

- Nava, Guadalupe, and Patricia Zamora. 2010. "Percepción Del Trato Digno de Los Familiares de Los Enfermos Neurológicos En El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía." *Enfermería Neurológica* 9 (1): 32–38. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101i.pdf>.
- Novak, Mark, and Carol Guest. 1989. "Application of a Multidimensional Caregiver." *The Gerontologist*, no. 1986.
- Ocampo, José Mauricio, Julián A. Herrera, Patricia Torres, Jhon Alexander Rodríguez, Liliana Lobo, and Carlos Alberto García. 2007. "Sobrecarga Asociada Con El Cuidado de Ancianos Dependientes." *Colombia Medica* 38 (1): 40–46.
- Ong, Hui Lin, Janhavi Ajit Vaingankar, Edimansyah Abdin, Rajeswari Sambasivam, Restria Fauziana, Min En Tan, Siow Ann Chong, Richard Roshan Goveas, Peak Chiang Chiam, and Mythily Subramaniam. 2018. "Resilience and Burden in Caregivers of Older Adults: Moderating and Mediating Effects of Perceived Social Support." *BMC Psychiatry* 18 (1). *BMC Psychiatry*: 1–9. doi:10.1186/s12888-018-1616-z.
- Organización Mundial de la Salud. 2015. "INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD." Ginebra. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1.
- Ortiz Espinosa, Rosa María, Sergio Muñoz Juárez, and Erick Torres Carreño. 2004. "Satisfacción de Los Usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo, México," 527–37.
- Osorio Pérez, Oscar. 2017. "Vulnerabilidad y Vejez: Implicaciones y Orientaciones Epistémicas Del Concepto de Vulnerabilidad." *Intersticios Sociales*, no. 13: 0–0. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.

- Paleo Díaz, N, and L Rodríguez Paleo. 2006. "SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER." *Revista Geriatrianet* 8: 2–9.
- Park, Myonghwa, Sora Choi, Song Ja Lee, Seon Hwa Kim, Jinha Kim, Younghye Go, and Dong Young Lee. 2018. "The Roles of Unmet Needs and Formal Support in the Caregiving Satisfaction and Caregiving Burden of Family Caregivers for Persons with Dementia." *International Psychogeriatrics* 30 (4): 557–67. doi:10.1017/S104161021700196X.
- Pearlin, Leonard I. 1994. "Caregiving Unexpected Career" 7 (4): 373–90. http://journals.ohiolink.edu/ejc/pdf.cgi/Pearlin_Leonard_I.pdf?issn=08857466&issue=v07i0004&article=373_ctuc.
- Pearlin, Leonard I., Elizabeth G. Managhan, Morton A. Lieberman, and Joseph T. Mullan. 1981. "The Stress Process." *Journal of Health and Sociological Behavior* 22 (4): 337–56. <http://www.jstor.org/stable/2136676>.
- Pearlin, Leonard I., Joseph T. Mullan, Shirley J. Semple, and Marilyn M. Skaff. 1990. "Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures." *The Gerontologist* 30 (5): 583–94. doi:10.1093/geront/30.5.583.
- Pearlin, Leonard I., and Carmi Schooler. 1978. "The Structure of Coping." *Journal of Health and Social Behavior* 19 (1): 2–21. <http://www.jstor.org/stable/2136319>.
- Phillips, L R, and V F Rempusheski. 1986. "Caring for the Frail Elderly at Home: Toward a Theoretical Explanation of the Dynamics of Poor Quality Family Caregiving." *Advances in Nursing Science*. http://login.ezproxy.lib.umn.edu/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med2&AN=3089135%5Cnhttp://primo.lib.umn.edu/openurl/TWINCITIES/TWINCITIES_SP?sid=OVID:medline&id=pmid:3089135&id=doi:&issn=0161-9268&isbn=&volu

- Pielage, Suzanne, Coby Gerlsma, and Cas Schaap. 2000. "Insecure Attachment as a Risk Factor for Psychopathology: The Role of Stressful Events." *Clinical Psychology and Psychotherapy* 7 (4): 296–302. doi:10.1002/1099-0879(200010)7:4<296::AID-CPP262>3.0.CO;2-8.
- Pietromonaco, Paula, and Lindsey Beck. 2019. "Adult Attachment and Physical Health." *Current Opinion in Psychology* 25. Elsevier Ltd: 115–20. doi:10.1016/j.copsyc.2018.04.004.
- Powers, Sally I., Paula R. Pietromonaco, Meredith Gunlicks, and Aline Sayer. 2006. "Dating Couples' Attachment Styles and Patterns of Cortisol Reactivity and Recovery in Response to a Relationship Conflict." *Journal of Personality and Social Psychology* 90 (4): 613–28. doi:10.1037/0022-3514.90.4.613.
- Quero Rufián, Aurora. 2007. "Los Cuidadores Familiares En El Hospital Ruíz de Alda de Granada." Universidad de Granada.
- Reis, Luciana A Luana A, Kleyton T Santos, Luciana A Luana A Reis, and Nardilene P Gomes. 2013. "Quality of Life and Associated Factors for Caregivers of Functionally Impaired Elderly People." *Brazilian Journal of Physical Therapy* 17 (2): 146–51. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000200146&lang=pt.
- Ren, Xiaohui, Hongdao Meng, Chaojie Liu, Jinhui Wu, Birong Dong, and Ningxiu Li. 2015. "Family Structure and Support for the Oldest Old: A Cross-Sectional Study in Dujiangyan, China." *Family Medicine and Community Health* 3 (4): 5–14. doi:10.15212/FMCH.2015.0132.
- Reyes, Sandra, Peter E. Beaman, Carmen García-Peña, Miguel Angel Villa, Julieta Heres, Alejandro Cordova, and Carol Jagger. 2004. "Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish." *Aging, Neuropsychology, and Cognition (Neuropsychology, Development and Cognition: Section B)* 11 (1): 1–11. doi:10.1076/anec.11.1.1.29366.

- Robinson-Whelen, Susan, Yuri Tada, Robert C. MacCallum, Lynanne McGuire, and Janice K. Kiecolt-Glaser. 2001. "Long-Term Caregiving: What Happens When It Ends?" *Journal of Abnormal Psychology* 110 (4): 573–84. doi:10.1037/0021-843X.110.4.573.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar. 2006. "El Apoyo Informal En La Provisión de Cuidados a Las Personas Con Dependencia." *Documentación Social*, 123–44.
- Romero, Elizabeth, Amparo Montalvo, and Inna Flórez-Torres. 2010. "Características de Los Cuidadores de Niños Con Cardiopatías Congénitas Complejas y Su Calidad de Vida." *Avances En Enfermería* 28 (1): 39–50. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=53173786&lang=es&site=ehost-live>.
- Ruiz-Chávez, Martha Inés. 2002. "Satisfacción Del Familiar Con El Cuidado a Pacientes En Estado Crítico." *Universidad Autónoma de Nuevo León*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198010>.
- Ruiz, Maria Elena. 2007. "Familismo and Filial Piety Among Latino and Asian Elders: Reevaluating Family and Social Support." *Hispanic Health Care International* 5 (2): 81–89. doi:10.1891/154041507780978897.
- Salcedo-Álvarez, R. A., R. A. Zárte-Grajales, M. D. Zarza-Arizmendi, V. Reyes-Audiffred, S. Rubio-Domínguez, and G. Fajardo-Ortiz. 2007. "La Percepción de Los Adultos Mayores de La Calidad de La Atención de Enfermería." *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 15 (1): 19–23. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2007/en071d.pdf>.
- Savla, Jyoti, Karen A Roberto, and Rosemary Bliezner. 2014. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Edited by A. C. Michalos. Dordrecht: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-94-007-0753-5.
- Schulz, Richard. 2016. *Families Caring for an Aging America*. doi:10.17226/23606.

- Schumacher, K. L., B. J. Stewart, P. G. Archbold, M. J. Dodd, and S. L. Dibble. 2000. "Family Caregiving Skill: Development of the Concept." *Research in Nursing & Health* 23 (3): 191–203. doi:10.1002/1098-240X(200006)23:3<191::AID-NUR3>3.0.CO;2-B.
- Secretaría de Salud. 2001. *Atención Al Envejecimiento*. México.
- Sroufe, L. Alan. 1995. *Emotional Development*. Edited by Martin L. Hoffman. New York. 2nd ed. New York: Cambridge University Press.
- Strauss, Judy R. 2013. "Caregiving for Parents and In-Laws: Commonalities and Differences." *Journal of Gerontological Social Work* 56 (1): 49–66. doi:10.1080/01634372.2012.728185.
- Sun, Fei. 2014. "Caregiving Stress and Coping: A Thematic Analysis of Chinese Family Caregivers of Persons with Dementia." *Dementia* 13 (6): 803–18. doi:10.1177/1471301213485593.
- Tabachnick, Barbara, and Linda Fidell. 2013. *Using Multivariate Statistics*. Edited by Jessica Mosher. 6th ed. Pearson. doi:10.1037/022267.
- Torres, Juliana Lustosa, Rosângela Corrêa Dias, Fabiane Ribeiro Ferreira, James Macinko, and Maria Fernanda Lima-Costa. 2014. "Functional Performance and Social Relations among the Elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: A Population-Based Epidemiological Study." *Cadernos de Saúde Pública* 30 (5): 1018–28. doi:10.1590/0102-311X00102013.
- Tsutsui, Takako, Naoko Muramatsu, and Sadanori Higashino. 2014. "Changes in Perceived Filial Obligation Norms among Coresident Family Caregivers in Japan." *Gerontologist* 54 (5): 797–807. doi:10.1093/geront/gnt093.
- Tuesca-Molina, Rafael, Norma Fierro Herrera, Alexandra Molinares Sosa, Fernando Oviedo Martínez, Yesid Polo Arjona, José Polo Cueto, and Ivan Sierra Manrique. 2003. "Los Grupos de Socialización Como Factor Protector Contra La

Depresión En Personas Ancianas: Baranquilla, Colombia.” *Revista Española de Salud Pública* 77 (5): 595–604. doi:10.1590/S1135-57272003000500008.

Williams, Loretta Alexia, Mona N Wicks, J Carolyn Graff, Patricia A Cowan, Shelley White-Means, Leon D Caldwell, and Elizabeth A Tolley. 2016. “CNE. Male Caregivers of Persons with End Stage Renal Disease: A Literature Review.” *Nephrology Nursing Journal* 43 (6): 495–519. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=120221634&site=ehost-live>.

Wu, Tina, and Karen Lo. 2007. “Healthy Aging for Caregivers: What Are Their Needs?” *Annals of the New York Academy of Sciences* 1114: 326–36. doi:10.1196/annals.1396.017.

Wu, Zheng, Margaret J. Penning, Weihong Zeng, Shuzhuo Li, and Neena L. Chappell. 2016. “Relocation and Social Support Among Older Adults in Rural China.” *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 71 (6): 1108–19. doi:10.1093/geronb/gbu187.

Xue, Haihong, Junwei Zhai, Runlian He, Liye Zhou, Ruifeng Liang, and Hongmei Yu. 2018. “Moderating Role of Positive Aspects of Caregiving in the Relationship between Depression in Persons with Alzheimer’s Disease and Caregiver Burden.” *Psychiatry Research* 261 (April 2017). Elsevier Ireland Ltd: 400–405. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.088.

Yang, Ching Tzu, Hsin Yun Liu, and Yea Ing Lotus Shyu. 2014. “Dyadic Relational Resources and Role Strain in Family Caregivers of Persons Living with Dementia at Home: A Cross-Sectional Survey.” *International Journal of Nursing Studies* 51 (4). Elsevier Ltd: 593–602. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.09.001.

Yeh, Pi Ming, Mary E. Wierenga, and Su Chuan Yuan. 2009. “Influences of Psychological Well-Being, Quality of Caregiver-Patient Relationship, and Family Support on the Health of Family Caregivers for Cancer Patients in

- Taiwan.” *Asian Nursing Research* 3 (4). Korean Society of Nursing Science: 154–66. doi:10.1016/S1976-1317(09)60027-X.
- Yikilkan, Hülya, Cenk Aypak, and Süleyman Görpelioğlu. 2014. “Depression, Anxiety and Quality of Life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients.” *Archives of Psychiatric Nursing* 28 (3): 193–96. doi:10.1016/j.apnu.2014.01.001.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. 1980. “Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden.” *Gerontologist* 20 (6): 649–55. doi:10.1093/geront/20.6.649.
- Zeng, Yi, Melanie Sereny Brasher, Danan Gu, and James W. Vaupel. 2016. “Older Parents Benefit More in Health Outcome From Daughters’ Than Sons’ Emotional Care in China.” *Journal of Aging and Health* 28 (8): 1426–47. doi:10.1177/0898264315620591.
- Zhan, Heying Jenny, and Rhonda J.V. Montgomery. 2003. “Gender and Elder Care in China: The Influence of Filial Piety and Structural Constraints.” *Gender and Society* 17 (2): 209–29. doi:10.1177/0891243202250734.

APÉNDICES

Apéndice 1

CARTA DE INVITACIÓN

Le invitamos a participar en el estudio "**Factores de salud, psicológicos y familiares asociados a las prácticas de cuidado emocional hacia el adulto mayor**". A continuación encontrará información clave para que Usted pueda decidir si le interesa participar; con toda confianza puede indicarnos cualquier duda que tenga al respecto.

Este proyecto lo desarrollan investigadores y estudiantes de la Universidad de Sonora y uno de sus propósitos es conocer la relación del estado de salud del adulto mayor y aspectos familiares con las prácticas de cuidado al adulto mayor. Para ello solicitamos la participación de 98 adultos mayores y sus hijos que le ayuden a sus padres en cualquiera de los siguientes aspectos:

- * Cuidados cotidianos para mantener su salud y atender sus enfermedades;
- * Compañía para mantener su bienestar emocional;
- * Ayuda en higiene, cuidado personal, actividades domésticas o relacionarse con los demás.
- * Cubrir gastos para garantizar su subsistencia.

Si Usted acepta colaborar, su participación consistiría en:

- 1 Responder una ficha de "Datos generales"; contestarla no dura más de 10 minutos.
- 2 Responder una entrevista sobre las **necesidades de apoyo y cuidado de la salud** que tiene su familiar adulto mayor, cuestionarios sobre su experiencia como cuidador y vivencias familiares. Este proceso dura aproximadamente 90 minutos y puede realizarse en su casa o donde prefiera, en la fecha y hora del día que Usted guste; sólo se necesita que sea un lugar sin muchas distracciones para platicar. También es importante que la ubicación del lugar de la entrevista pueda ser conocida por la profesora responsable de la investigación y del control del equipo de entrevistadores.

A continuación se detallan las características de personas que estamos contactando en el proyecto.

Participantes del estudio	Características que deben tener	Características que no deben tener
Familiares que dan atención al adulto mayor	<ol style="list-style-type: none">1 Ser hijo del adulto mayor.2 Tener 18 años o más de edad.3 Dar ayuda a su familiar adulto mayor en cualquiera de las actividades señaladas arriba (*)4 Residir en el municipio de Hermosillo.5 Firmar carta de consentimiento informado.	<ol style="list-style-type: none">1. Recibir pago por cuidar al adulto mayor.2. Tener al mes \$30,000 pesos o más, sólo para atender al adulto mayor.

Para decidir si quiere participar y concuerda en que su familiar adulto mayor sea invitado a participar, **por favor considere que:**

- La participación es voluntaria.
- Garantizamos confidencialidad. Su nombre completo sólo se pondría junto a su firma al final de esta carta, indicando la aceptación de participar, pero después ya no se escribirá en ningún espacio pues a todo el expediente de sus respuestas se asignará una clave. Usted puede señalar el nombre o forma como quiere ser llamado(a) por los entrevistadores.
- No se les pedirá ni hará ningún pago por participar.
- Los resultados serán grupales y se expondrán conferencias, tesis y publicaciones.
- Ustedes pueden dejar de participar en el momento que lo decidan, sin que ello les perjudique ni que tengan que dar explicaciones de su decisión.
- Usted puede llevarse esta hoja de invitación para consultar su decisión de participar con quien considere necesario; sólo le pedimos poder contactarle después para conocer su decisión.

Los beneficios (sin costo) de participar en este estudio son:

- 1 Al comenzar la entrevista, se le entregarán folletos sobre actividades para promover la salud y cuidados al mayor, según las áreas de necesidad que se hayan identificado en la conversación (ej. nutrición, aspectos emocionales, de memoria, activación física).
- 2 También se le entregará un directorio de servicios sociales y de salud locales, útiles para familias con adultos mayores.
- 3 Al finalizar la entrevista, se le entregarán folletos ilustrados con recomendaciones para apoyar al adulto mayor en sus necesidades emocionales.
- 4 En las siguientes etapas de la investigación, estaremos ofreciendo programas de orientación familiar para el cuidado del adulto mayor, de los cuales le podemos hacer llegar información si le interesa.
- 5 El beneficio social de esta investigación será el conocimiento a generar y aplicar para apoyar a los adultos mayores y familiares que los cuidan.

La participación en este estudio no tiene riesgos pues sólo haremos preguntas generales sobre la situación de salud y cuidado del mayor, todas en su libertad de responder. Pero si alguna pregunta llegara a traerles recuerdos de experiencias tristes, los entrevistadores están capacitados para ofrecer apoyo inmediato, con mucho respeto y comprensión; también le darán información de servicios de salud mental, públicos y de organizaciones civiles, disponibles en la ciudad. Aunque sea muy poco probable, si Usted o su familiar se llegaran a sentir tan tristes por haber respondido a la entrevista que necesiten apoyo psicológico profesional, la profesora responsable de la investigación con todo compromiso atenderá su situación (por favor solicítelo al entrevistador).

Si usted quiere más información sobre la investigación, quiere apoyo psicológico como resultado de su participación en ella o desea expresar inconformidad con el trato de los entrevistadores, puede comunicarse con la responsable de la investigación: Dra. Miriam Domínguez Guedea, acudiendo a su oficina en el Edificio 9H (planta baja) de la Universidad de Sonora, llamando a su teléfono de trabajo 259-21-73 o a su celular 6621900130, o enviando un correo electrónico a miriamd@sociales.uson.mx. También puede comunicarse con el Presidente del Comité de Bioética en Investigación que aprobó este proyecto: Dr. Gerardo Álvarez (662) 2592121 en el Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora

CONSENTIMIENTO

Acepto participar voluntariamente en este proyecto. He leído y comprendido la información de esta carta y el personal de la investigación resolvió todas mis dudas. Recibo copia de esta carta para mi archivo personal.

Nombre / firma de los participantes **(ESTE ES EL ÚNICO DOCUMENTO CON NOMBRE COMPLETO)**

Nombre y firma del miembro de equipo de investigación

Fecha

Apéndice 2

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Folio _____ Procedencia/contacto _____

Nombre del **familiar** (sin apellidos): _____ Sexo: F () M ()

Muchas gracias por aceptar participar. Ahora repasaremos algunos datos para que los entrevistadores puedan agendar una vista con Ud. y su familiar AM.

Tel p/llamarle: _____ Horario p/llamar: _____ correo-e _____

Domicilio (con referencias p/llegar) _____

¿Qué días y horas son más convenientes para que los visiten?... (recordando que la entrevista al familiar y las actividades con AM son en espacios independientes)

Día: _____ Horario: _____

- *Ahora le haré algunas preguntas socio-demográficas generales:*

¿Qué edad tiene Usted? _____ ¿Cuál es su escolaridad? _____ ¿Ud. a qué se dedica actualmente? Empleo/trabajo Pensionado/jubilado
 Hogar Estudiante Otra _____

Parentesco con el AM _____ Vive con el AM: No() Sí()...¿Cuánto tiempo tiene viviendo el él/ella? *MESES* _____

¿Quiénes viven con Usted? *Le pido que me indique el parentesco que tiene con Ud. y la edad de cada persona, no me tiene que decir su nombre (COMENZAR CON EL MIEMBRO DE MAYOR EDAD Y SI EL AM MAYOR VIVE EN LA FAMILIA, ENCERRARLO CON UN CÍRCULO)*

Parentesco con AM	Edad						
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

De las personas que atienden o cuidan al Adulto Mayor Usted es...

Cuidador único...sólo Usted cuida/atiende al AM

Co-Cuidador...otros cuidan/atienden más o menos igual que Usted

Cuidador principal...Usted cuida/atiende más que los demás

Cuidador secundario... hay otros cuidan/atienden mas que Usted

- *Pasaremos a las preguntas sobre su familiar AM*

¿Cómo le gusta que lo/la llamen? _____ Sexo: F () M () ¿Cuál es su edad? _____

Aproximadamente ¿Cuál es la cantidad de dinero con la que cuenta al mes para el Sr./Sra. para su alimentación, atención de su salud, su cuidado, etc.?

() Menos de \$500 () De \$500 a \$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 cuánto?** _____

Apéndice 3

¿Qué servicios de salud usa?

Ninguno
 Hospital Militar Regional
 IMSS
 Secretaría de Salud: Hospital General, Centros de Salud, Salud Mental
 ISSSTESO
 Asociaciones: MEXFAM, Cruz Roja, Salud Digna, farmacias
 N Servicio Particular
 ISSSTE

¿Cuál es su nivel de estudios?

No lee ni escribe
 Lee y escribe pero sin estudios
 Primaria-secundaria
 Preparatoria-carrera técnica
 Licenciatura-posgrado

¿A qué se dedica actualmente?

Empleo/trabajo
 Pensionado/jubilado
 Hogar
 Sin ocupación específica

¿Recibe ingresos económicos?

Sí, de su trabajo
 Sí, de su pensión
 Sí, de la familia
 No recibe
 Otros:

Vive solo/a **¿Hace cuánto tiempo?** *HACER CÁLCULO EN MESES* _____

Vive con:

Parentesco con AM	Edad						
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Por favor, indique si a su familiar le han diagnosticado las siguientes enfermedades o condiciones físicas:

	N	S		N	S
Diabetes mellitus			Artritis (inflamación, dolor en articulaciones, rigidez después de mucho tiempo de reposo)		
Hipertensión (problemas de la presión)			Incontinencia urinaria		
Hiperlipidemia (alto colesterol, triglicéridos)			Enfermedades renales (del riñón)		
Sobrepeso u obesidad			Enf. neoplásicas (tumores, con o sin metástasis)		
Bajo peso o desnutrición			Insomnio		
Hiper/Hipotiroidismo (problemas de tiroides)			Tiene problemas con el consumo de sustancias: tabaco, alcohol u otras		
Enfermedad cardiovascular (del corazón y sistema vascular; enfermedades coronarias)			Tiene problemas en su DENTADURA que le dificulten comer		
Enf. pulmonar obstructiva crónica (falta de aire y tener flemas amarillas, verdes o rojas)			Problemas para VER que le dificulten valerse por sí mismo		
Enfermedad vascular cerebral (problemas de circulación en el cerebro, derrame, isquemia)			Problemas para OIR que le dificulten valerse por sí mismo		
Osteoporosis o artrosis (desgaste de cartilagos por el envejecimiento)					

Tiene problemas para CAMINAR () No
que le limiten valerse p/sí mismo () Si... Usa bastón/andadera silla de ruedas encamado(a)

¿Ha tenido caídas en el último año? () No () Sí...¿Cuántas? _____

¿Tiene fracturas? () No () Sí... de cadera _____ otra...¿Cuál? _____

¿Tiene otros problemas de salud? ¿Cuáles? _____

Toma medicamentos () No () Sí...¿# indicados por médicos? _____ ¿#auto-medicados? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO

¿Cuántas veces ha ido a consulta médica? | ¿Ha estado () No () Sí Cuántas veces? ____ ¿Por qué?

() Al mes () Cada 3 ó 6 meses () Al año

hospitalizado? _____

() Ninguna vez

Repasaremos actividades en las que su familiar podría necesitar ayuda (no aplicar si está encamado)

Él/ella necesita ayuda para:	Lo puede hacer sin ayuda	Lo hace PERO con ayuda de alguien	Depende totalmente de alguien
Sentarse y/o levantarse de la silla/cama			
Subir y bajar escaleras o escalones			
Caminar/desplazarse en la casa			
Comer (usar cubiertos, masticar...)			
Bañarse			
Vestirse			
Cuidar su higiene personal (ej. peinarse, lavarse los dientes, manos, cuidar sus pies, uñas, rasurarse, etc.)			
Usar el retrete (escusado)			
Ir a comprar el mandado			
Hacer su propia comida			
Arreglar su cuarto o cosas personales (ej. lavar, planchar su ropa, acomodarla, tender cama, limpiar)			
Quehaceres pesados (trapear, mover muebles, agacharse)			
Seguir el tratamiento médico o cuidado de su salud			
Hacer trámites (ir al banco, hacer pagos, firmar documentos)			
Moverse en la ciudad (carro o camión)			
Organizar/manejar su dinero			

En los últimos tres meses ¿Se ha notado mucho que su familiar ha bajado o subido de peso?...

__ No ha cambiado mucho, se ha mantenido como antes

__ Sí ha cambiado su peso porque SE HA ESTADO ALIMENTANDO MEJOR (aumentó o bajó de peso)

__ Ha BAJADO de peso porq no está comiendo bien __ Ha SUBIDO de peso porq no está comiendo bien

__ No lo sabe, no se ha fijado mucho en su peso

¿Qué comidas completas tiene al día su familiar adulto mayor? __Desayuno __Comida __Cena

¿Acostumbra comer algo sano entre el desayuno y la comida? __No __Sí.. ¿Qué come?

¿Acostumbra comer algo sano entre la comida y la cena? __No __Sí¿Qué come?

Aproximadamente, ¿cuántos litros de agua natural toma al día? _____

¿Su familiar practica algún ejercicio o actividad física regularmente?

__ No...Ir a Área Emocional

__ Sí... Actividad 1. _____ ¿Cuántos min? _____ # días al mes _____

Actividad 2. _____ ¿Cuántos min? _____ # días al mes _____

Actividad 3. _____ ¿Cuántos min? _____ # días al mes _____

Ahora hablemos del área emocional

Ha notado las siguientes reacciones en su familiar en las últimas 2 semanas o más:	N	S	No sé
Se ve triste, sin ánimos, decaído(a)			
Le cuesta trabajo poner atención en lo que hace			
Anda angustiado (a), nervioso (a)			
Perdió interés en cosas que antes le gustaban			
Demuestra poca esperanza en el futuro			
Anda intranquilo (a)			
Ha tenido malestares físicos por sus preocupaciones, ej. dolor de cabeza, problemas de estómago			
Ha bajado mucho su apetito			
Ha tenido problemas para dormir			
Dice cosas tristes de sí mismo(a) "no valgo, no sirvo, no importo, no hago bien las cosas"			
Ha tenido ideas o ha hecho cosas para lastimarse a sí mismo (a)			
Se ve agobiado(a) por sus preocupaciones			
Llora fácilmente			
Se enoja de repente por cosas sin importancia			
Tiene miedos o sufrimientos por cosas que todavía ni han sucedido			
Anda más callado/a que de costumbre			
Se molesta o anda impaciente más que de costumbre			

¿Hace cuántos meses o años observó esas reacciones en su familiar? LEER LOS "SI" ANTERIORES: _____ MESES

¿Sabe qué hizo que su familiar se sintiera así? No
 Sí...¿Qué? _____

Si antes no dijo...¿Al Sr./Sra. le está afectando algún fallecimiento? Ya se mencionó
 No
 Sí...¿Podría platicarme brevemente? _____

¿El Sr./Sra duerme corrido en la noche?	<input type="checkbox"/> No.. ¿Por qué? ¿Qué pasa? _____ En total, ¿cuántas horas duerme? _____ <input type="checkbox"/> Sí...¿Cuántas horas? _____
¿Duerme siestas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí...¿Cuántas? _____ ¿De cuánto tiempo? _____
Respecto a la lucidez del Sr./Sra en los últimos 6 meses o más, ha notado que:	No Si No sé
Tiene problemas para recordar a personas o cosas que antes conocía bien	

¿El Sr./Sra duerme corrido en la noche?	<input type="checkbox"/> No.. ¿Por qué? ¿Qué pasa?			

	En total, ¿cuántas horas duerme? _____			
	<input type="checkbox"/> Si...¿Cuántas horas? _____			
Dice o hace cosas raras, extrañas, ilógicas, no sigue el hilo de la plática				
Tiene problemas para recordar su nombre completo				
Tiene problemas para recordar la fecha actual				
Tiene problemas para recordar qué día de la semana es				
Tiene problemas para saber en qué lugar está				
Problemas para saber si es de día, de tarde o de noche				
Se pierde o siente miedo de perderse cuando sale a la calle				
Tiene problemas para hacer cuentas que antes hacía				
Problemas para recordar series de números recientes(ej. teléfonos nuevos, claves, placas)				
Vagabundea (camina sin sentido de un lado a otro)				
Ha olvidado apagar la estufa o cerrar llaves del agua después de usarlas				
Olvida cosas que pasaron recientemente				
Muestra miedo de quedarse solo(a)				

Esos problemas los ha tenido { Desde joven, mucho antes de llegar a los 60 años
 Ya de AM...Aparecieron: De repente/fueron notorios Poco a poco/han ido empeorando
 No se han manifestado los problemas

EL SR./SRA....

Sale a convivir o visitar FAMILIARES { No
 Si... ¿# días al mes? _____

Sale a convivir o visitar AMISTADES { No
 Si... ¿# días al mes? _____

Recibe visitas de FAMILIARES { No
 Si... ¿# días al mes? _____

Recibe visitas de AMISTADES { No
 Si... ¿# días al mes? _____

Sale a mandados, iglesia, vueltas etc. { No
 Si... ¿# días al mes? _____

Tiene pasatiempos solo/a en casa (No) Si... ¿Cuáles? _____

#hrs diarias de TV _____

¿Tienen actividades entre Ud. y AM para convivir/distraerse? (Nunca (A diario
 Semanalmente
 Pocas veces al mes

{ ¿Cuáles? _____
¿Cómo cuántas horas dan al mes? _____

¿Qué tanto platican amenablemente entre Ud. y AM? (Nunca (A diario
 Semanalmente
 Pocas veces al mes

{ Sumando todos los tiempos, ¿cómo cuántas horas dan al mes? _____

¿Aproximadamente cuántas horas al día el AM está solo/a? _____

¿El Sr./Sra. tiene planes, ilusiones, metas a lograr en su vida? (No (Sí, ¿Cuáles? _____

¿El Sr./Sra duerme corrido en la noche?	___No.. ¿Por qué? ¿Qué pasa? _____			
	En total, ¿cuántas horas duerme? _____			
	___Sí...¿Cuántas horas? _____			
Dice o hace cosas raras, extrañas, ilógicas, no sigue el hilo de la plática				
Tiene problemas para recordar su nombre completo				
Tiene problemas para recordar la fecha actual				
Tiene problemas para recordar qué día de la semana es				
Tiene problemas para saber en qué lugar está				
Problemas para saber si es de día, de tarde o de noche				
Se pierde o siente miedo de perderse cuando sale a la calle				
Tiene problemas para hacer cuentas que antes hacía				
Problemas para recordar series de números recientes(ej. teléfonos nuevos, claves, placas)				
Vagabundea (camina sin sentido de un lado a otro)				
Ha olvidado apagar la estufa o cerrar llaves del agua después de usarlas				
Olvida cosas que pasaron recientemente				
Muestra miedo de quedarse solo(a)				

Esos problemas los ha tenido { () Desde joven, mucho antes de llegar a los 60 años
() Ya de AM...Aparecieron: ___ De repente/fueron notorios ___ Poco a poco/han ido empeorando
() No se han manifestado los problemas

EL SR./SRA....

Sale a convivir o visitar FAMILIARES { () No
() Si... ¿# días al mes? _____

Sale a convivir o visitar AMISTADES { () No
() Si... ¿# días al mes? _____

Recibe visitas de FAMILIARES { () No
() Si... ¿# días al mes? _____

Recibe visitas de AMISTADES { () No
() Si... ¿# días al mes? _____

Sale a mandados, iglesia, vueltas etc. { () No
() Si... ¿# días al mes? _____

Tiene pasatiempos solo/a en casa () No () Sí... ¿Cuáles? _____
#hrs diarias de TV _____

¿Tienen actividades entre Ud. y AM para convivir/distraerse? () Nunca () A diario { ¿Cuáles? _____
() Semanalmente _____
() Pocas veces al mes } ¿Cómo cuántas horas dan al mes? _____

¿Qué tanto platican amenamente entre Ud. y AM? () Nunca () A diario { Sumando todos los tiempos, ¿cómo cuántas horas dan al mes? _____
() Semanalmente _____
() Pocas veces al mes }

¿Aproximadamente cuántas horas al día el AM está solo/a? _____

¿El Sr./Sra. tiene planes, ilusiones, metas a lograr en su vida? () No () Sí, ¿Cuáles? _____

<p>Andar con ansiedad, angustiado/a</p> <p>()Nunca ()Pocas veces ()Muchas veces</p>	<p>()Se va, aleja hasta que pase ese estado de ánimo</p> <p>()No le da importancia a ese estado de ánimo</p> <p>()No hace nada, no está en sus manos cambiar su estado de ánimo</p> <p>()Le pregunta, le escucha, platican al respecto</p> <p>()Busca apoyo de alguien para cambiar su estado de ánimo</p> <p>()Hace algo para mejorarle el ánimo ¿Qué? _____</p> <p>_____</p> <p>() Se desespera</p> <p>()Pelean o se enojan entre Ustedes</p> <p>()Le regaña o le señala sus errores</p> <p>()Otra _____</p>	
---	--	--

Apéndice 4

ENTREVISTA SOBRE LA DINÁMICA FAMILIAR DEL CUIDADO

1. ¿Desde hace cuánto tiempo Usted ha cuidado/atención del Sr./Sra.? _____ años _____ meses
2. ¿Cuántos hijos vivos tiene el Sra./Sra.?. _____ de todos ellos, cuántos ayudan en el cuidado/atención del Sr./Sra? _____
3. Vamos a hacer un diagrama para representar los hijos que tiene el Sr./Sra.; comencemos por la edad del mayor de los hijos vivos (no tiene que decir los nombres). ahora vamos a poner símbolos y colores al tipo de relación que cada uno de ellos tiene con el AM (se pueden usar combinaciones)

<u>Rojo...</u> relación que perjudica el bienestar emocional del AM porque le trae conflictos, tristezas o angustias la mayor parte del tiempo
<u>Azul...</u> relación que sí beneficia al bienestar emocional del AM porque le trae alegrías, satisfacciones, tranquilidad la mayor parte del tiempo
<u>Negro...</u> una relación neutral, ni perjudica ni beneficia al bienestar emocional del AM

A este diagrama vamos a agregar la participación de otros familiares en el cuidado.... indicar también el tipo de relación

En los últimos seis meses, ¿Qué tantas veces...	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
6. Ud. ha tenido conflictos con hermanos(hijos) u otros familiares respecto al cuidado/atención al AM				
7. Ud. ha podido platicar armoniosamente sobre las necesidades de cuidado/atención del Sr./Sra.				
8. Ud. ha sentido el apoyo económico o material de la familia para el cuidado/atención al AM				
9. Ud. ha sentido el apoyo práctico de familiares haciendo tareas de cuidado/atención al AM				
10. Sus familiares le han ayudado con orientación y en las decisiones del cuidado/atención al AM				
11. Se ha sentido apoyado(a) emocionalmente respecto al cuidado/atención al AM				
12. Ud. ha sentido satisfacción por cuidar al AM				

Apéndice 5

ENTREVISTA SOBRE LA DINÁMICA FAMILIAR DEL CUIDADO (versión Adulto Mayor)

1. ¿Cuántos hijos vivos tiene usted? ____ de todos ellos, cuántos ayudan en su cuidado/atención? ____
2. Vamos a hacer un diagrama para representar los hijos que usted tiene; comencemos por la edad del mayor su hijos vivos (no tiene que decir los nombres). ahora vamos a poner símbolos y colores al tipo de relación que cada uno de ellos tiene con usted (se pueden usar combinaciones)

<u>Rojo...</u> relación que perjudica el bienestar emocional del AM porque le trae conflictos, tristezas o angustias la mayor parte del tiempo
<u>Azul...</u> relación que sí beneficia al bienestar emocional del AM porque le trae alegrías, satisfacciones, tranquilidad la mayor parte del tiempo
<u>Negro...</u> una relación neutral, ni perjudica ni beneficia al bienestar emocional del AM

A este diagrama vamos a agregar la participación de otros familiares en el cuidado.... indicar también el tipo de relación

3. ¿Cuáles son las actividades que a Ud. se le dificulta realizar, así como, cualquier tipo de apoyo/cuidado que Ud. reciba de ellos? (cotidianamente, semanalmente, mensualmente, algunas veces al año)

¿Quién los provee? (# hno)	Cotidianamente	Semanalmente	Al mes	Algunas veces al año

¿Su hijo/a demuestra cariño, apoyo o comprensión hacia Ud?

() Nunca () Casi nunca
 () Casi siempre () Siempre

{ ¿Qué sentimientos le demuestra?
 ¿Cómo se los demuestra?

USTED...

Sale a convivir o visitar FAMILIARES { () No () Si... ¿# días al mes? ____ } **Sale a convivir o visitar AMISTADES** { () No () Si... ¿# días al mes? ____ }

Recibe visitas de FAMILIARES { () No () Si... ¿# días al mes? ____ } **Recibe visitas de AMISTADES** { () No () Si... ¿# días al mes? ____ }

Sale a mandados, iglesia, vueltas etc. { () No () Si... ¿# días al mes? ____ } **Tiene pasatiempos solo/a en casa** () No () Si... ¿Cuáles? ____ #hrs diarias de TV ____

¿Ud y su hijo hacen algo juntos para convivir/distraerse? () Nunca () A diario () Semanalmente () Pocas veces al mes { ¿Cuáles? ____ ¿Cómo cuántas horas semanales? ____ }

¿Qué tanto platican amenablemente entre Ud. y su hijo/a? () Nunca () A diario () Semanalmente () Pocas veces al mes { Sumando todos los tiempos, ¿Cómo cuántas horas semanales? ____ }

¿Aproximadamente cuántas horas al día pasa Ud. solo/a? ____

¿Usted tiene planes, ilusiones, metas a lograr en su vida? () No () Sí, ¿Cuáles?

¿Su hija/o los conoce? () Sí...¿le apoya en ellos? () No () No () A veces () Sí { ¿Cómo? ____ }

Ahora le voy a plantear reacciones comunes en la forma de ser de las personas. Le pido por favor que me platique si en los últimos seis meses Ud. las ha visto en su hijo/a:

Andar con ansiedad, angustias o miedos	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre
Cansancio o malestares físicos	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre
Estar con enojo o molestia hacia Ud.	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre
Enojo/ molestia hacia otra persona o situación	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre
Hacer cosas para que Ud. esté bien	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre
Estar triste, sin ánimos, decaído/a	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre
Andar de buen humor o tranquilo con Ud.	() Nunca	() Casi nunca	() Casi siempre	() Siempre

Ahora le voy a plantear situaciones comunes en el estado de ánimo de una personas Le pido por favor que me platique si le han pasado a Ud. <u>en los últimos seis meses</u> y <u>cómo ha reaccionado su hijo/a al respecto</u> JERARQUICE		¿Le gustaría que hiciera otra cosa? ¿Qué?
Estar triste, sin ánimos, decaído/a () Nunca () Pocas veces () Muchas veces	() Se va, aleja hasta que pase ese estado de ánimo () No le da importancia a ese estado de ánimo () No hace nada, no está en sus manos cambiar su estado de ánimo () Le pregunta, le escucha, platican al respecto () Busca apoyo de alguien para cambiar su estado de ánimo () Hace algo para mejorarle el ánimo ¿Qué? ____ () Se desespera () Pelean o se enojan entre Ustedes	

	<input type="checkbox"/> Le regaña o le señala sus errores <input type="checkbox"/> Otra	
Estar con enojo o molestia hacia Usted <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Se va, aleja hasta que pase ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No le da importancia a ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No hace nada, no está en sus manos cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Le pregunta, le escucha, platican al respecto <input type="checkbox"/> Busca apoyo de alguien para cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Hace algo para mejorarle el ánimo ¿Qué? _____ <input type="checkbox"/> Se desespera <input type="checkbox"/> Pelean o se enojan entre Ustedes <input type="checkbox"/> Le regaña o le señala sus errores <input type="checkbox"/> Otra	
Enojo/ molestia hacia otra persona o situación <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Se va, aleja hasta que pase ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No le da importancia a ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No hace nada, no está en sus manos cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Le pregunta, le escucha, platican al respecto <input type="checkbox"/> Busca apoyo de alguien para cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Hace algo para mejorarle el ánimo ¿Qué? _____ <input type="checkbox"/> Se desespera <input type="checkbox"/> Pelean o se enojan entre Ustedes <input type="checkbox"/> Le regaña o le señala sus errores <input type="checkbox"/> Otra	
Quejarse por malestares físicos <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Se va, aleja hasta que pase ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No le da importancia a ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No hace nada, no está en sus manos cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Le pregunta, le escucha, platican al respecto <input type="checkbox"/> Busca apoyo de alguien para cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Hace algo para mejorarle el ánimo ¿Qué? _____ <input type="checkbox"/> Se desespera <input type="checkbox"/> Pelean o se enojan entre Ustedes <input type="checkbox"/> Le regaña o le señala sus errores <input type="checkbox"/> Otra	
Andar con ansiedad, angustiado/a <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Se va, aleja hasta que pase ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No le da importancia a ese estado de ánimo <input type="checkbox"/> No hace nada, no está en sus manos cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Le pregunta, le escucha, platican al respecto <input type="checkbox"/> Busca apoyo de alguien para cambiar su estado de ánimo <input type="checkbox"/> Hace algo para mejorarle el ánimo ¿Qué? _____ <input type="checkbox"/> Se desespera <input type="checkbox"/> Pelean o se enojan entre Ustedes <input type="checkbox"/> Le regaña o le señala sus errores <input type="checkbox"/> Otra	

Apéndice 6

Escala de Familia – Formato D

- A continuación se muestra un conjunto de sentimientos que se dan entre familiares de personas con problemas de salud. Por favor, indique si siente de esa manera marcando una "X" en el cuadro que más se acerque a lo que Usted vive en relación a su familiar adulto mayor.
- No hay respuestas buenas o malas. Lo importante es entender la realidad de los cuidadores familiares.

SIENTO QUE:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
<i>Ejemplo 1. Tengo el apoyo suficiente para cuidarlo/a.....</i>		X		
<i>Ejemplo 2. Hago lo mejor para cuidarlo/a.....</i>				X
1. Me mortifico si sé que su salud no está bien.....				
2. Se me hace difícil expresarle lo que pienso o siento.....				
3. Me siento muy unido/a a él/ella				
4. Me angustia no poder dedicarle todo el tiempo que quisiera				
5. Me molesta que él/ella me necesite.....				
6. Él/ella es una fuente de apoyo para mí.....				
7. Siento que si su salud empeora voy a perderlo/a.....				
8. Se me hace difícil convivir con él/ella.....				
9. Él/ella entiende mis problemas y preocupaciones.....				
10. Necesito saber que él/ella está bien para yo poder sentirme bien.....				
11. Me siento mejor cuando estoy lejos de él/ella.....				
12. Disfruto de su compañía después de un tiempo sin vernos				
13. Me angustia que su bienestar dependa de mí.....				
14. Se me hace difícil adaptarme a sus necesidades u opiniones.....				
15. Me gusta la forma como convivimos.....				
16. Siento mortificación si no puedo atenderlo/a.....				
17. Siento que no es mi papel cuidarlo/a.....				
18. Me siento apegado/a a él/ella.....				

Apéndice 7

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.

POR CUIDAR A MI FAMILIAR ADULTO MAYOR HE TENIDO:	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

Por cuidar a mi familiar adulto mayor HE TENIDO

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. He tenido deseo no tener que cuidar de mi familiar...				

Apéndice 8

ESCALA DE ACTITUDES Y SENTIMIENTOS

A continuación se le harán una serie de preguntas para describir cómo se siente.

Marcar con una X respuesta.

En la última semana...

1. “¿Se ha sentido deprimido?”	Sí	No
2. “¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?”	Sí	No
3. “¿Ha sentido que su sueño era intranquilo?”	Sí	No
4. “¿Se ha sentido feliz?”	Sí	No
5. “¿Se ha sentido solo?”	Sí	No
6. “¿Ha sentido que disfrutaba de la vida?”	Sí	No
7. “¿Se ha sentido triste?”	Sí	No
8. “¿Se ha sentido cansado?”	Sí	No
9. “¿Ha sentido que tenía mucha energía?”	Sí	No

Apéndice 9

IDARE- SUBESCALA E

- En este cuestionario encontrará algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismo (a).

- Lea cada frase y marque con X el número que indique qué tanto se ha sentido Usted de esa manera en las **últimas dos semanas**.

- No hay respuestas buenas o malas. No tarde mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **en las últimas dos semanas**.



1. Me he sentido con calma	1	2	3	4
2. Me he sentido inseguro(a)	1	2	3	4
3. He estado tenso(a)	1	2	3	4
4. He estado confundido(a)	1	2	3	4
5. He estado a gusto	1	2	3	4
6. Me he sentido alterado(a) emocionalmente	1	2	3	4
7. Me he sentido mortificado(a) por contratiempos	1	2	3	4
8. Me he sentido ansioso(a)	1	2	3	4
9. Me he sentido con miedo(a)	1	2	3	4
10. He sentido confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
11. Me he sentido nervioso(a)	1	2	3	4
12. Me he sentido alegre	1	2	3	4
13. Me he sentido tranquilo(a)	1	2	3	4
14. Me he sentido satisfecho(a)	1	2	3	4
15. He estado preocupado(a)	1	2	3	4
16. Me he sentido angustiado(a)	1	2	3	4
17. Me he sentido bien	1	2	3	4

Apéndice 10

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

- El entrevistador dará un punto por cada respuesta correcta.
 - Lo que está entre paréntesis corresponde a indicaciones para el entrevistador.

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO

¿Qué día es? ¿Qué mes es? ¿Qué año es? ¿Qué día de la semana es?	Ptos. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Sin ver el reloj, ¿qué hora es aproximadamente? (hasta 1 hora y media de diferencia de hora real)	Ptos. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
---	---	---	--

ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO

¿En dónde estamos ahora? ¿En qué lugar de la (casa, escuela, oficina) estamos ahora? ¿Qué colonia es ésta? (o "¿qué calle hay cerca de aquí?") ¿Qué ciudad es ésta? ¿En qué país estamos?	Ptos. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
---	--

REGISTRO. Le voy a decir 3 palabras, cuando yo termine Usted las repite:

Papel Bicicleta Cuchara	Ptos. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
-------------------------------	--

ATENCIÓN Y CÁLCULO

(Omitir esta pregunta y dar máxima calificación si adulto mayor cursó hasta 3 o menos años de primaria)

- Le voy a pedir que me diga cuánto es 100 menos 7

Secuencia correcta	Puntuación		Secuencia alterada
93	0	1	
86	0	1	
79	0	1	
72	0	1	
65	0	1	

LENGUAJE: Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez:

Instrucciones:

- TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA (Que agarre el papel de una mesa)
- DÓBLELO POR LA MITAD (Lo puede hacer el adulto mayor con las dos manos)
- Y DÉJELO SOBRE SUS PIERNAS

Ptos.

(Si adulto mayor cursó 3 o menos años de primaria, omitir las 2 preguntas siguientes; dar máxima calificación)

Ptos.
.

- Por favor haga lo que dice aquí: (Enseñar tarjeta u hoja a la mitad con frase **CIERRE** **LOS OJOS** al mismo tipo de esta instrucción)

Ptos.

- Por favor escriba una oración que diga un mensaje (Dar hoja en blanco)

MEMORIA DIFERIDA

(Omitir pregunta y dar 0 puntos si no pudo repetir ni una palabra en la parte de REGISTRO)

Dígame las tres palabras que mencioné y que repitió hace un rato: (No es necesario que las diga en orden para asignar puntuación a las palabras que recuerde)

Ptos.
Papel
Bicicleta
Cuchara

PRAXIA VISO-CONSTRUCTIVA

(Si adulto mayor cursó 3 o menos años de primaria, omitir la pregunta siguiente y dar máxima calificación)

Copie, por favor, este dibujo tal como está y sin usar borrador (Dar hoja en blanco y mostrar en toda la ejecución el dibujo de los dos pentágonos entrelazados)

Ptos.

LENGUAJE

- (Mostrar un reloj de pulsera y decir:) ¿Qué es esto?
- (Mostrar un lápiz y decir:) ¿Qué es esto?
- Por favor repita la frase que voy a decir:
Ni No. Ni Sí. Ni Pero

Ptos.

Puntuación total: ____

Interpretación: ≤23 puntos indican posiblemente que SÍ hay presencia de deterioro cognitivo. ≥24 puntos indican que la persona posiblemente NO tiene deterioro cognitivo.