



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROGRAMA PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE SOBRECARGA EN CUIDADORES  
INFORMALES DEL ADULTO MAYOR

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

P R E S E N T A  
TRUJILLO ORNELAS KARLA MICHEL

ASESORA  
MTRA. ADRIANA IVETTE MACIAS MARTÍNEZ

NEZAHUALCÓYOTL, EDO. DE MÉXICO. MAYO 2018

## Voto aprobatorio



Universidad Autónoma del Estado de México  
Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl

Nezahualcóyotl, Estado de México, a 15 de marzo de 2018

**A QUIEN CORRESPONDA**

**PRESENTE:**


El que suscribe M. en I.S. C. Cuauhtémoc Hidalgo Cortés, Encargado del Despacho de la Dirección del Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl hace CONSTAR que la C. Karla Michel Trujillo Ornelas con número de cuenta 1328696, ha acreditado el 100% de los créditos de la Licenciatura en Educación para la Salud; así mismo registró como opción de evaluación profesional, la modalidad de Tesis con el tema: " **Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor**", el 22 de enero del presente, mismo que fue autorizado nombrando como director del mismo a la Mtra. Adriana Ivette Macías Martínez y se encuentra en proceso de desarrollo.

A petición de la interesada para los fines que convengan, se extiende la presente en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, a los quince días del mes de marzo de dos mil dieciocho.

ATENTAMENTE  
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México



  
M. en I.S. C. Cuauhtémoc Hidalgo Cortés  
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN  
Centro Universitario UAEM  
Nezahualcóyotl

## **Dedicatoria**

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a toda mi familia quienes estuvieron apoyándome a lo largo de toda mi formación profesional.

A mi padre Florentino Trujillo Ortiz a quien amo infinitamente y quien fue la persona que me inspiro en elegir el tema de mi tesis.

A mi madre Evangelina Ornelas Bustos, quien siempre ha estado conmigo apoyándome incondicionalmente, por sus consejos, su amor y por siempre motivarme a ser una excelente persona, te amo mamá.

A mis hermanos Eduardo Trujillo Ornelas y Erika Nayeli Trujillo Ornelas que también fueron parte importante a lo largo de mi formación, los amo.

A mi sobrino Bruno Lugo Trujillo a quien amo y espero que vea en mí un ejemplo a seguir.

## **Agradecimientos**

Este es solo el principio de una vida profesional colmada de muchos logros y éxitos, hubiera sido imposible llegar hasta aquí sin el apoyo de mis padres a quienes quiero agradecer por creer en mí, por ser parte importante en la realización de este sueño, gracias infinitas a mi padre por proveerme todo lo necesario para poder culminar mis estudios, por su amor y apoyo incondicional, por desear siempre lo mejor para mí.

Gracias a mi madre por motivarme siempre a dar lo mejor de mí, por todo tu apoyo y amor que me brindas siempre. Gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron y motivaron durante mi vida. Gracias a mis hermanos por su apoyo y por formar parte de este sueño.

Gracias a la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO por abrirme su puerta y permitirme ser parte de ella.

Gracias a todos mis profesores porque ellos formaron parte importante en la realización de mi sueño, gracias por sus enseñanzas, su paciencia y disposición.

Gracias al profesor Esteban Jaime Camacho Ruiz por su apoyo y enseñanzas brindadas para la realización de esta tesis.

Gracias a mi asesora Adriana Ivette Macías Martínez por su apoyo, porque a pesar de ser mi maestra es mi colega, mi más grande admiración.

Gracias a todos mis amigos por hacer más ameno todo este trayecto, gracias en especial a mis amigas Sara Campos Fabila y Leslie Fabiola Flores García porque logramos hacer un gran equipo y ustedes fueron pieza importante en este logro.

Gracias a dios por permitirme cumplir este sueño y gracias por esta familia tan hermosa que siempre me apoya.

## Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	12
1.1 Justificación.....	13
1.2 Objetivos.....	15
1.3 Hipótesis.....	16
Capítulo 2. Marco teórico	
2.1 Definiciones.....	17
2.2 Antecedentes.....	21
2.3 Datos epidemiológicos.....	24
2.4 Factores de riesgo.....	26
2.5 Factores protectores.....	31
2.6 Determinantes sociales.....	32
2.7 Características de un cuidador	
2.7.1 Perfil de un cuidador informal.....	35
2.7.2 Sobrecarga objetiva y subjetiva de un cuidador.....	37
2.7.3 Etapas de un cuidador.....	38
2.7.4 Actividades propias de un cuidador.....	40
2.7.5 Perfil psicológico del cuidador.....	41
2.7.6 Efectos negativos del cuidado de un familiar.....	43
2.7.7 Efectos positivos del cuidado de un familiar.....	45
2.7.8 Consecuencias físicas y emocionales del cuidado informal...	47
2.7.9 Problemas físicos.....	48
2.8 Estrategias de afrontamiento	
2.8.1 Afecto, amor y emociones resilientes en cuidadores.....	50
2.8.2 Resiliencia.....	51
2.8.3 Calidad de vida.....	54
2.8.4 Afrontamiento.....	54

2.8.5 Resolución de problemas.....	55
2.8.6 Búsqueda de apoyo social.....	56
2.8.7 Distracción.....	57
2.8.8 Reevaluación positiva de la experiencia.....	57
2.9 Programas de intervención.....	58
2.10 Modelo.....	63
Capítulo 3. Método	
3.1 Diseño de la investigación.....	67
3.2 Tipo de estudio.....	67
3.3 Muestra.....	68
3.4 Instrumento.....	68
3.5 Programa de intervención.....	69
3.6 Procedimiento.....	70
3.7 Plan de análisis.....	71
3.8 Consideraciones éticas.....	71
Capítulo 4. Resultados	
4.1 Datos sociodemográficos.....	72
4.2 Comparación intergrupar en la preprueba y posprueba.....	73
4.3 Sobrecarga de los cuidadores por etapa de vida y género en la preprueba y posprueba.....	76
4.4 Percepción de cambio de los ítems del test de Zarit	79
Capítulo 5. Discusión.....	81
Capítulo 6. Conclusiones.....	84
Referencias.....	87
Anexos.....	94

## Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la muestra por género.....	72
Figura 2. Distribución de la muestra por nivel de escolaridad.....	73
Figura 3. Comparación del nivel de sobrecarga por etapa de vida en la preprueba y la posprueba.....	77
Figura 4. Comparación del nivel de sobrecarga por género en la preprueba y la posprueba.....	78
Figura 5. Comparación del nivel de sobrecarga por género, etapa de vida en la preprueba y la posprueba.....	79

## Índice de tablas

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar para el grupo intervención, en la pre y posprueba para las pregunta del test de Zarit.....	74
Tabla 2. Percepción de cambio de las variables del test de Zarit.....	79

## Resumen

La demanda de estrategias preventivas para cuidadores informales del adulto mayor ha incrementado en los últimos años. El objetivo de este estudio fue implementar y evaluar el impacto de un programa para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor. La muestra incluyó 28 cuidadores informales de adultos mayores inscritos en una organización política del Estado de México, con un rango de edad de 28 a 78 años, fueron atendidos en el periodo de diciembre de 2016 a enero de 2017. Se utilizó el test de Zarit para medir la sobrecarga y recoger información antes y después de la intervención, la cual se realizó en 5 sesiones semanales que duraron hora y media. Se utilizó el ANOVA de medidas repetidas para realizar comparaciones entre la preprueba y la postprueba. Los resultados mostraron que el perfil de los cuidadores son mujeres de entre 28 y 57 años, casadas y con un nivel de escolaridad de secundaria. Los 28 cuidadores tuvieron una media de edad de 52.11 (DE=12.68). Antes de la intervención, el 100% presentaba un nivel elevado de sobrecarga, al finalizar, los resultados indicaron cambios estadísticamente significativos ( $p \leq .01$ ) en todas las preguntas entre la preprueba y la posprueba, con tamaños del efecto que van de .27 a .82. En conclusión, se brindaron las herramientas para el empoderamiento de los cuidadores y como resultado se obtuvo la disminución del índice de sobrecarga, contribuyendo con ello a mejorar su calidad de vida.

Palabras claves: Estrés, Cuidadores, Resiliencia, Calidad de vida, Autoestima.



## Abstract

The demand for preventive strategies for informal caregivers of the elderly has increased in recent years. The aim of this study was to implement and evaluate the impact of a program to reduce the burden on informal caregivers of the elderly. The sample included 28 informal caregivers of elderly people enrolled in a political organization of the State of Mexico, with an age range of 28 to 78 years, were attended in the period from December 2016 to January 2017. The Zarit test was used to measure the overload and collect information before and after the intervention, which was carried out in 5 weekly sessions lasting an hour and a half. The repeated measures ANOVA was used to make comparisons between the pretest and the posttest. The results showed that the profile of the caregivers are women between 28 and 57 years old, married and with a high school education level. The 28 caregivers had an average age of 52.11 (SD = 12.68). Before the intervention, 100% had a high level of overload, at the end, the results indicated statistically significant changes ( $p \leq .01$ ) in all questions between the pretest and the posttest, with effect sizes ranging from .27 a .82. In conclusion, the tools for the empowerment of the caregivers were provided and, as a result, the reduction of the overload index was obtained, thus contributing to improving their quality of life.

**Key words:** Stress, Caregivers, Resilience, Life quality, Self- esteem.

## Introducción

El aumento de la prevalencia de enfermedades en los adultos mayores generará que los miembros de su familia proporcionen la atención sustancial diaria requerida por el adulto mayor, por lo tanto, en ocasiones esto provocará que los adultos mayores tengan una mayor dependencia funcional que requiera de un cuidado, principalmente brindado por sus familiares, pero esto también puede ocasionar un índice de sobrecarga en cuidadores por la carga excesiva del cuidado (Ruff, Kabeto, Blaum & Langa, 2007).

Sin duda, el cuidar también implica dar apoyo emocional y social, entendido éste como la provisión instrumental y/o expresiva, real y percibida, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal. El 68% de las personas con discapacidad recibe apoyo por parte de su familia, por lo que es de suma importancia que existan programas enfocados al bienestar del cuidador informal del adulto mayor, ya que la mayoría del cuidado proporcionado es excesivo causando un elevado índice de sobrecarga que tiene repercusiones en su salud (Espinoza & Jofre, 2012).

A pesar de su valiosa función familiar, miembros que sirven en este importante papel rara vez se compensan por sus servicios o su tiempo y están en riesgo de descuidar sus propias necesidades, actividades de ocio e intereses (Bambara et al., 2009). Para el cuidador informal, su ayuda es voluntaria, no recibe remuneración, efectúa visitas regulares o continuas, y además, no son especialistas en el cuidado del adulto. Debido a su poca preparación, muchos cuidadores informales suelen pasar por cuadros de depresión y enfermedades psicosomáticas correspondientes al síndrome de la sobrecarga del cuidador, que se caracteriza por síntomas de estrés y tristeza. En variadas ocasiones, este tipo de cuidadores suele dejar de lado a sus propias familias, trabajos y/o amigos, lo que a veces puede desencadenar en un trato no adecuado hacia el dependiente (Cardona et al., 2011).

Lo anterior destaca la importancia de que se generen programas para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor, enfocados en el bienestar y calidad de vida de los cuidadores.

Con base a lo anterior, se realizó la presente investigación en la que se diseñó, implementó y evaluó un programa para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores; el presente estudio se compone de 6 capítulos que a continuación se enuncian y describen sus contenidos.

En el capítulo 1, se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, hipótesis, objetivo y justificación, en donde se destaca la importancia de un programa de educación para la salud enfocado en la salud de los cuidadores.

En el capítulo 2, contiene las definiciones, antecedentes, datos epidemiológicos, factores de riesgo, factores protectores, determinantes sociales, programas de intervención y modelos, en donde se hace una investigación del objeto de estudio.

En el capítulo 3, se incluye el método, tipo de estudio, diseño de investigación, participantes, instrumento, programa de intervención, procedimiento y plan de análisis, en el cual se describe la metodología que se va a utilizar y una breve descripción del programa.

En el capítulo 4, se describen los resultados descriptivos e inferenciales obtenidos en esta intervención.

En el capítulo 5, se analizan los resultados descriptivos e inferenciales logrados en esta intervención, y se contrastan con los hallazgos de investigaciones previas en el campo.

En el capítulo 6, se habla sobre las conclusiones y limitaciones de esta intervención; así como las propuestas para mejorar y fomentar las acciones dirigidas a la atención del cuidador informal de adultos mayores

## Capítulo 1. Planteamiento del problema

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) indica que la proporción de personas adultas mayores está aumentando rápidamente en nuestra sociedad. Actualmente se estima que las personas en México alcancen una esperanza de vida de 75 años. El envejecimiento de la población es un reto para la sociedad, ya que se requiere mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social, independencia económica, convivencia social y su seguridad.

El aumento de adultos mayores implica también necesidades en salud que requieren ser atendidas por cuidadores que en su mayoría son cuidadores informales. En México las estadísticas sobre el cuidador primario revelan que existen padecimientos, en número cada vez mayor, hay enfermedades que han implicado el aumento de cuidadores de personas adultas mayores, como las neurológicas, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador primario (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

La demanda de estrategias preventivas para cuidadores informales del adulto mayor ha incrementado en los últimos años, debido a los malos estilos de vida que llevan las personas actualmente, a más temprana edad se dan problemas de salud físicos que impiden que los adultos mayores puedan realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, volviéndose dependientes de un cuidador informal (Espinoza y Jofre, 2012).

Sin duda el cuidar también implica dar apoyo emocional y social, entendido éste como la provisión instrumental y/o expresiva, real y percibida, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal. El 68% de las personas con discapacidad recibe apoyo por parte de su familia, es de suma importancia que existan programas enfocados al bienestar del cuidador informal del adulto mayor, ya que la mayoría del cuidado brindado es excesiva causando un elevado índice de sobrecarga que tiene repercusiones en su salud (Espinoza y Jofre, 2012).

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿La implementación de un programa de educación para la salud disminuirá el índice de sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores?

### ***1.1 Justificación***

La implementación de programas de educación para la salud, puede disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor por medio de técnicas participativas que permitan un aprendizaje dinámico y vivencial (Espín, 2009).

La ancianidad no puede verse como problema individual, sino que involucra a todas aquellas personas que conviven con los adultos mayores, principalmente a los cuidadores informales y cuyas interrelaciones se transforman haciéndose más complicadas cada día en la búsqueda de satisfacer las necesidades que son incapaces de alcanzarse en las edades referidas (De Valle et al., 2015).

El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no, de ahí la importancia de tratar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor, la mayoría de los programas, generalmente solo se enfocan en la salud del adulto mayor dependiente, dejando a un lado el bienestar del cuidador (De Valle et al., 2015).

El cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella. La ayuda que suministran es constante e intensa y algunas veces esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, que les

genera un síndrome o sobrecarga que afecta su calidad de vida y perturba su vida cotidiana (Cardona et al., 2011).

Para el cuidador informal, su ayuda es voluntaria, no recibe remuneración, efectúa visitas regulares o continuas y, además, no son especialistas en el cuidado del adulto. Debido a su poca preparación, muchos cuidadores informales suelen pasar por cuadros de depresiones y enfermedades psicosomáticas, correspondientes al síndrome de la sobrecarga del cuidador, que se caracteriza por síntomas de estrés y tristeza. En variadas ocasiones, este tipo de cuidadores suele dejar de lado a sus propias familias, trabajos y/o amigos, lo que a veces puede desencadenar en un trato no adecuado hacia el dependiente (Cardona et al., 2011).

Regularmente, los programas se enfocan al cuidado del adulto mayor, dejando a un lado la calidad de vida de los cuidadores, que también se ve afectada de manera significativa por la sobrecarga que sufren al cuidar a un adulto mayor, sufriendo un cambio drástico en sus actividades de la vida diaria, es por eso que es importante crear programas que se enfoquen a cuidadores con el objetivo de disminuir el índice de sobrecarga y brindar un bienestar tanto al adulto mayor como a los cuidadores informales (Cardona et al., 2011).

Se han realizado diversos programas enfocados en disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor tales como:

El programa psicoeducativo en familiares cuidadores de personas con Alzheimer, en donde se logró un cambio en la actitud que tienen los cuidadores hacia el cuidado de su familiar (Villarreal, 2006). Otro programa es ayudando al cuidador del anciano, en del cual se utilizaron estrategias didácticas para lograr la disminución de la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor (Millán, 2003).

El programa de intervención fisioterapéutica para la mejora del estrés y la calidad de vida, utilizaron técnicas de relajación, que permitieron la disminución del estrés y sobrecarga en los participantes (Cortes, 2015).

Por otra parte, el programa promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos con Alzheimer, utilizaron estrategias enfocadas en la autoestima de los participantes para disminuir la sobrecarga (Gutiérrez et. Al. 2014).

En el programa de Soporte Social con Tecnologías de Información y Comunicación, utilizaron las Tics para informar cursos en línea enfocados en cuidadores informales (Florez, Montalvo y Romero, 2012).

El programa calidad de vida en cuidadores de personas con enfermedades crónicas, utilizaron el empoderamiento, la resiliencia y la inteligencia emocional como estrategias de afrontamiento de la sobrecarga (Ávila y Vergara, 2014).

Esto destaca la importancia de crear e implementar programas enfocados a los cuidadores informales del adulto mayor para mejorar su calidad de vida.

## ***1.2 Objetivos***

### Objetivo General

Implementar y evaluar un programa para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.

### Objetivos Específicos

1. Crear un programa para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.
2. Disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.
3. Coadyuvar a mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales del adulto mayor.

### ***1.3 Hipótesis***

#### Hipótesis alterna

La implementación de un programa de educación para la salud disminuirá el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.

#### Hipótesis nula

La implementación de un programa de educación para la salud no disminuirá el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.



## Capítulo 2. Marco teórico

### 2.1. Definiciones

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que conjuntamente intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (De Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez, 2015).

Existen diversas definiciones en torno a la vejez, sin embargo, para fines de este trabajo se retomará la propuesta por Ramos, Mesa, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), que determinan que la vejez proviene de la voz latina *vetus*, que se deriva de la raíz griega *etos* que significa años, añejo. En general, la vejez suele ser reconocida por la mayoría de nosotros a partir del tiempo acumulado, como un signo del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal signo, es decir, del significado con el que se relaciona esta edad en función de un momento histórico determinado. El envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo y de factores ajenos a él.

Por otro lado, el envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y que no necesariamente esté ligado a estereotipos, si no como una etapa de la vida apta para crecer y continuar aprendiendo (Rodríguez, 2011).

El envejecimiento puede generar dependencia la cual es un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, ya que no son autónomas y necesitan ayuda para cumplir sus actividades (Carretero, Garcés y Rodenas, 2003).

La dependencia funcional es un metaconcepto para identificar y clasificar individuos sobre la base de 2 conceptos diferentes e interrelacionados: a) limitación de funcionamiento en la vida diaria; b) necesidad de asistencia por parte de otra persona u otras ayudas (Modroño, Romero, Sánchez y Expósito, 2007).

Debido a la dependencia del adulto mayor los cuidadores sufren alteraciones físicas: alteraciones del sueño, cefaleas, artralgias, mialgias, astenia son algunos malestares que puede tener un cuidador. El cansancio es una de las principales quejas que nos plantean los cuidadores y los enfermos renales, sobre todo en diálisis, suelen dormir poco (picores, calambres, malestar), esto suele conducir al cambio de cama y/o de habitación por parte del cónyuge, por lo que se agudiza la sensación de abandono. Pudiendo ser esta una de las causas de la pérdida del apetito sexual (Párraga, 2005).

Muchos de los adultos mayores sufren deterioros físicos que les ocasionan alguna discapacidad, la cual hace referencia a algo muy próximo a la limitación en la actividad, pero que incluye elementos de restricción a la participación. Es el estado en el que una persona no tiene la capacidad de hacer sus actividades básicas debido a que tiene algún defecto en su salud y por ello se priva de hacer diversas participaciones sociales (Carretero et al., 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (2015) definió el estilo de vida como, una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

La calidad de vida es la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Martínez, Muñoz, Jiménez, Duque y Álvaro, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (2005) la esperanza de vida es un número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Los términos asistir y cuidar pueden ser sinónimos según el diccionario; sin embargo, el primero significa: acompañar, servir, socorrer; en cambio, el segundo: aprender, esmerarse, velar, en la práctica lo que realmente diferencia a estas palabras pasa por la palabra amor el cuidador debe aprender, esmerarse, velar por la persona que tiene a cargo, la diferencia entre cuidar y asistir radica en el amor (Párraga, 2005).

Del pilar (2014) señala que el cuidado es una actividad que se realiza cara a cara en periodos vitales de las personas, como la niñez o la vejez, en que presentamos dependencia, por lo que en más de una etapa necesitaremos ser cuidados o deberemos ejercer esos cuidados. Incluye además prestaciones de apoyo como limpiar y cocinar para la persona cuidada.

Los cuidadores son quienes se ocupan de las necesidades básicas de autocuidado y atención a aquellas personas que tienen un cierto grado de dependencia; su labor en la mayoría de las ocasiones es diaria, continua y a lo largo de grandes periodos de tiempo. Suelen ser cónyuges, hijos, familiares del paciente, pero pueden ser allegados, vecinos o voluntarios, así mismo se encargan de satisfacer las necesidades básicas de autocuidado y atención con personas que tienen un grado de dependencia (Párraga, 2005).

El cuidado formal se ha definido como el conjunto de acciones que un profesional oferta de forma especializada y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. La relación del cuidador formal con la persona que recibe los cuidados está regulada, se enmarca habitualmente dentro de una institución y el proveedor suele recibir remuneración económica. Ello implica la universalidad en la prestación del cuidado formal, se provee a cualquier persona que lo necesite y/o que puede

pagarlo, a diferencia del cuidado informal, que se circunscribe a la red social del proveedor y depende de mecanismos informales (Roguero, 2009).

Un cuidador principal se define comúnmente como la persona que proporciona la mayor asistencia a un individuo con una condición médica crónica. Aunque las condiciones de tales cuidados varían, las tareas más frecuentes incluyen ayudar a la persona a moverse, comer, bañarse y vestirse, junto con la proximidad psicológica directa o indirecta y el apoyo. Un pariente cercano, tal como un hijo adulto del cónyuge o el padre, a menudo desempeña el papel de cuidado primario (Pagnini, Phillips, Bosma, Reece y Langer, 2015).

Por otro lado, un cuidador informales una persona que se encarga del cuidado, los cuales pueden ser familiares, amigos u otras personas conformando un verdadero sistema oculto de cuidados. Los cuidadores informales son los que no están lo suficientemente preparados para poder darles un adecuado cuidado a las personas que lo requieran, en este caso a los adultos mayores (Espinoza y Jofre, 2012).

El cuidado familiar es la presencia de un miembro de la familia con el propósito de la asistencia al adulto mayor, ya sea directa o indirectamente (Auslander, 2011).

El cuidado excesivo genera una carga en el cuidador que es definida como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado la experiencia que tiene un cuidador y que implica diferentes cambios en todos los ámbitos del adulto mayor (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

La carga del cuidador de adultos mayores con enfermedades crónicas es un constructo multidimensional que afecta tanto al cuidador, a la persona enferma y a la familia. Como consecuencia de la pérdida de las capacidades físicas, motoras, cognitivas, autonomía e independencia del adulto mayor, los cuidadores tienen que reorganizar su tiempo, roles y

actividades diarias, lo que suele acompañarse de diversas emociones entre ellas tristeza, ira, frustración, incertidumbre, temor. Las emociones se producen por la carga del cuidado brindado al adulto mayor, además de la tensión que les provocan las actividades que enfrentan diariamente (Vicente, De la Cruz, Morales, Martínez y Villarreal, 2014).

Si la carga de un cuidador no es detectada a tiempo puede derivar una sobrecarga en el cuidador la cual comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional (Espinoza y Jofre, 2012).

La sobrecarga de un cuidador, es cuando sufren problemas de salud físicos, mentales y socioeconómicos por cuidar a personas enfermas, al tener esta sobrecarga se olvidan de su vida propia afectando principalmente su vida social, sus amistades y su vida personal (Espinoza y Jofre, 2012).

## ***2.2 Antecedentes***

Con el aumento del número de adultos mayores habrá también un incremento de las necesidades de salud de este sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional, con esto, aumentan las necesidades de salud en esta población, debido a la dependencia funcional de adultos mayores que implica cuidados brindados por un cuidador informal (Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2001).

En muchas culturas, el envejecimiento, es una etapa de la vida en donde en su mayoría requieren de cuidados especiales y en donde estas personas reducen la velocidad de su ritmo de vida provocando que dejen, que otros asuman las tareas del hogar, debido a diversos factores en todo el mundo, sin embargo, un número cada vez mayor de los adultos mayores están siendo puestos en servicio de cuidado (Ice, Sadruddin, Vagedes, Yogo y Juma, 2012).

El aumento de la prevalencia de enfermedades generará en los adultos mayores que los miembros de su familia proporcionen la atención sustancial diaria requerida por el adulto mayor, por lo tanto, en ocasiones esto ocasionará que los adultos mayores tengan mayor cuidado, principalmente brindado por sus familiares, pero esto también puede ocasionar un índice de sobrecarga por el excesivo cuidado brindado (Ruff, Kabeto, Blaum y Langa, 2007).

La familia siempre ha sido cuidadora de sus miembros pero es a partir de los años 80's cuando aparece la preocupación por los cuidadores, esto debido a diferentes factores: el crecimiento económico de los años 60's disminuyó y a finales de los años 70's se inicia el declive de las economías de los países occidentales con la consiguiente preocupación por la utilización eficiente de los recursos, ello hace que se comience a cuestionar el estado del bienestar, los cambios demográficos, sobre todo el envejecimiento de la población, ya mencionado, el reconocimiento de la magnitud e importancia del cuidado informal y una mayor comprensión del grado en que todavía son operativos los antiguos modelos de la relación familiar (Islas, 2000).

Miembros de la familia que sirven como cuidadores informales pueden ser susceptibles a problemas con su propio ajuste relacionado con sus funciones y responsabilidades (Bambara, Owsley, Wadley, Martin, Porter y Dreer, 2009).

Todos los datos internacionales, europeos y nacionales confirman de forma consistente que la familia es la principal proveedora de los cuidados informales para las personas dependientes en la mayoría de los países desarrollados (Carretero et al., 2003).

Los cuidadores familiares a menudo proporcionan asistencia sin entrenamiento o preparación, pero se espera que existan más programas enfocados al cuidador para tener una mayor preparación y conocimiento sobre el cuidado, evitando así la sobrecarga (Bambara et al., 2009).

A pesar de su valiosa función familiar, miembros que sirven en este importante papel rara vez se compensan por sus servicios o su tiempo y están en riesgo de descuidar sus propias necesidades, actividades de ocio e intereses (Bambara et al., 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) para el año 2050 se triplicará el número de adultos mayores, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más.

La situación demográfica actual se caracteriza por el incremento paulatino del grupo de adultos mayores y esto obliga a considerar, además de las necesidades que implica la atención a este grupo poblacional, tratar las afectaciones en la salud que traen consigo el cuidar a un adulto mayor. Mundialmente se han registrado alrededor de 700 millones de personas de 60 años a más (De Valle et al., 2015).

El envejecimiento poblacional es una transición difícil debido a que tiene repercusiones en todas las etapas de la vida humana, influye en la composición, en las modalidades de convivencia familiar, la salud y bienestar de los cuidadores. Lo anterior, debido a que en la senectud está implícita la deficiencia en la funcionalidad de la persona, de tal manera que quienes se encuentran en esta etapa dependen de otros para cubrir las funciones y necesidades básicas, así como otro tipo de actividades que contribuyen al bienestar integral (De Valle et al., 2015).

Las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y cáncer, pueden limitar la habilidad de los adultos mayores para ejecutar actividades de la vida diaria, generando cansancio o sobrecarga en los cuidadores, la mayoría de los programas se enfocan en los adultos mayores dejando a un lado el bienestar de los cuidadores informales, he ahí la importancia de que se generen programas para evitar el síndrome de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor y las repercusiones que este conlleva a su salud (Vicente et al., 2014).

### ***2.3 Datos epidemiológicos***

Aunque la institucionalización de los mayores dependientes o el cuidado por medio de profesionales de la salud es una posibilidad, en la mayoría de las ocasiones el cuidado se produce dentro del entorno familiar. En un 86% de los casos los cuidados son prestados exclusivamente por el sistema familiar con el que reside y en más de la mitad de los hogares los cuidados son realizados por una sola persona, el cuidador principal quien regularmente brinda un cuidado informal (López, 2005).

En los EE.UU., se calcula que 52 millones de cuidadores familiares proporcionan atención a una persona que está incapacitada y /o necesitada de asistencia en relación con su salud, como a personas adultas mayores (Marc, Zerdend, Ferrando y Testa, 2011).

El Consejo Nacional de Población (2015) indica que la proporción de personas adultas mayores está aumentando rápidamente en nuestra sociedad. Actualmente se estima que las personas en México alcancen una esperanza de vida de 75 años. El envejecimiento de la población es un reto para la sociedad, ya que se requiere mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social, independencia económica, convivencia social y su seguridad.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) menciona que, en nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria. En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5%.

El número de adultos mayores duplicó su monto en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014. Cabe señalar que, al interior de este grupo de edad, se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognoscitivas conforme



avanza la edad. De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más; INEGI, 2014).

En México las estadísticas sobre el cuidador primario revelan que existen padecimientos en número cada vez mayor, hay enfermedades que han implicado el aumento de cuidadores de personas adultas mayores, como las neurológicas, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador primario y por lo tanto el aumento en el número de cuidadores del paciente adulto (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

La actuación de los cuidadores informales tiene, pues, importantes implicaciones en la política social y sanitaria, ya que reduce o evita la utilización de recursos asistenciales formales con la consiguiente disminución del gasto público (López, 2005).

En el sistema sanitario formal de España sólo se destina un 12% del tiempo de cuidado que necesita un enfermo y el 88% restante se incluye en el trabajo doméstico realizado por familiares (López, 2005).

De hecho, del total de mayores de 74 años de nuestro entorno, un 62% recibe ayuda informal, el 36% no la recibe, pero cree que la recibiría ayuda por parte de la familia en caso de necesitarla y tan solo un 2% ni la recibe, ni cree que la tendría si fuese necesario. Mientras que únicamente el 7.8% de estos mayores recibe ayuda formal o institucional y el 8% pagaría a alguien para que le atendiese en caso de necesitarlo (López, 2005).

Establecer la cifra de personas cuidadoras no es una tarea fácil. En primer lugar, los estudios existentes sobre cuidado informal se centran en particular, en establecer el perfil del cuidador informal, así como las principales características de los cuidados a las personas dependientes. Además, las múltiples definiciones de cuidador condicionan una amplia variabilidad en la estimación del número de personas cuidadoras. Es difícil

establecer una cifra sobre cuidadores ya que las investigaciones existentes hasta ahora se centran en establecer un perfil de cuidador (Carretero et al., 2003).

Los estudios que se han realizado ponen de manifiesto la magnitud e importancia del aporte del sistema informal de cuidados al sostenimiento de la salud. Según un estudio sueco, el cuidador informal dedica 150 horas al mes al cuidado, ocho veces más que el sistema formal (Vega, González, Ramírez, 2007).

Seis de cada diez cuidadores han tenido que reducir su tiempo libre, cuatro de cada diez no puede irse de vacaciones por causa del rol de cuidador, uno de cada tres no tiene tiempo para frecuentar amistades, ni tiene tiempo de ocio, 17% tiene problemas para cuidar a otras personas que podrían ser sus hijos dentro de su entorno familiar como les gustaría, el 17% afirma que el cuidado provoca conflictos con la pareja y el 9% de estos eran personas casadas (Rivera, 2013).

Sin duda el cuidar también implica dar apoyo emocional y social, entendido éste como la provisión instrumental y/o expresiva, real y percibida, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal. El 68% de las personas con discapacidad recibe apoyo por parte de su familia (Espinoza y Jofre, 2012).

#### ***2.4 Factores de riesgo***

Los factores de riesgo son los elementos con gran posibilidad de provocar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable a mayor posibilidad de enfermar y morir (Solano, Valenciano y Vindas, 1998).

La afectación que experimenta el cuidador y el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado del anciano, es resumida en el concepto de "carga". La carga se ha convertido en un predictor de la calidad del cuidado que ofrece el familiar y también de la solicitud de institucionalización por parte de la familia del anciano. Resulta

necesario prevenir la carga, para lo que es imprescindible identificar los factores de riesgo que inciden en su aparición. Las variables que influyen en la carga del cuidador son múltiples y muy heterogéneas, pues pueden estar relacionadas con el propio enfermo, con las características del cuidador, o referidas a la relación anterior y actual entre los miembros de la familia (Espín, 2012).

La participación de los miembros de la familia es proporcionar cuidados informales diarios a los pacientes en estado vegetativo y el estado mínimamente consciente. Estudios mostraron que la carga percibida es un factor de riesgo para cuidadores informales ya que aumenta la aflicción psicofísica (Pagani, Giovannetti, Covelli, Satin y Leonardi, 2014).

Los factores sociales son importantes elementos contextuales que pueden ser influenciados por la prestación de cuidados por parte del cuidador, factores sociales tales como el estrés social, es decir las interacciones sociales negativas pueden ocasionar sobrecarga en los cuidadores informales del adulto mayor (Litzelman, Kent y Rowland, 2016).

Síntomas de depresión, ansiedad, dolor prolongado de los cuidadores provocan un peor funcionamiento emocional y esto le puede ocasionar un índice de sobrecarga (Litzelman, Kent y Rowland, 2016).

A continuación, se muestran algunos factores de riesgo en cuidadores informales del adulto mayor:

- Género: Existen muchas más mujeres dependientes que hombres en esta situación. De hecho 2 de cada 3 personas mayores con dependencia son mujeres. Las mujeres con dependencia son 269,441 y los hombres dependientes alcanzan los 136,098 Las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar dependencia funcional, 2 de cada tres personas con dependencia son mujeres, por lo que necesitara la atención de un cuidador (González, Massad y Lavanderos, 2014).

La atención informal, se escribe en femenino. Por lo que cuidar a un enfermo en el hogar se le agrega a la mujer como un rol más, que incorpora en su vida cotidiana y esta situación genera efectos negativos en su salud, por tener una elevada carga física y mental, lo que la lleva a modificaciones en su estilo de vida. De acuerdo con diversos estudios sobre el tema el trabajo continuado interfiere en la vida de los cuidadores, pues a medida que pasa el tiempo aumenta la demanda y, por tanto, la carga de cuidado lo que repercute en el bienestar y estado funcional del cuidador en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que impactan en su calidad de vida. Dentro del perfil de los cuidadores generalmente es el de una mujer, ama de casa, de edad mediana y no tiene límites de horario en el cuidado, es considerado como una figura necesaria que actúa con humanismo, que hace sentir más seguro, protegido y además satisface las necesidades de afecto y actividades de la vida diaria (Trejo, 2009).

- Edad: a medida que va aumentando la edad de los cuidadores informales, aumenta con ella la probabilidad de que exista poca funcionalidad y que les impida cuidar de una manera óptima al adulto mayor (González et al., 2014).
- Escolaridad: la dependencia presentó una clara asociación con años de escolaridad, con cifras mayores mientras menor es la escolaridad, si una persona no tuvo un grado educativo no podrá tener un buen trabajo que le permita pagar un cuidador formal, lo que lo obliga hacer un cuidador informal (González et al., 2014).

Para los cuidadores informales el tener una responsabilidad de cuidar a un adulto mayor, y tener más responsabilidades a su vez les genera un grado de sobrecarga, debido a que se ve obligado a cuidar a los adultos mayores sin tener algún tipo de capacitados que les permita brindarles una ayuda óptima (González et al., 2014).

- Relaciones y Redes: Cuando el cuidador informal no recibe apoyo de algún familiar para poder cuidar al adulto mayor, tiene un nivel de sobrecarga mayor ya que no

tiene algún tipo de red social o familiares que puedan apoyarlos para el cuidado del anciano (González et al., 2014).

El cuidado de un familiar con enfermedad crónica degenerativa es una actividad que puede causar repercusiones a la salud del cuidador porque las necesidades del familiar enfermo, adulto mayor, la demanda de cuidados que pueden ser complejos, implican dependencia o pérdida de autonomía, por lo que la persona que cuida realiza diversos roles en la familia, invierte tiempo y recursos en la ejecución del cuidado, además de las acciones que lleva a cabo fuera de casa inherentes a la atención de la salud del enfermo en el sistema formal y por empleo externo (Vicente et al., 2014).

Con respecto a los factores protectores y de riesgo para el síndrome de sobrecarga, son escasas las investigaciones disponibles que reporten tales resultados, pues tal como se ha descrito previamente, la mayoría de ellas, han centrado su atención en los aspectos más básicos del problema, como la identificación de la prevalencia del padecimiento y la definición del perfil del cuidador. Los pocos reportes encontrados al respecto, que abordan la temática desde el punto de vista cualitativo, señalan como factores asociados, la percepción del estrés, el número de funciones realizadas en el rol de cuidador, las actividades suspendidas de la vida cotidiana, el optimismo y la propia percepción de la calidad de la relación cuidador-paciente. Por otra parte, desde la perspectiva cuantitativa, se han descrito como factores asociados al síndrome de sobrecarga, el antecedente de depresión en el cuidador, la presencia de enfermedad en éste, y la percepción de la funcionalidad familiar (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2008).

Las características de los cuidadores pueden influir en el grado y tipo de las tareas de cuidado. Las mujeres son más propensas que los hombres a ser cuidadores y pasan más tiempo en actividades de cuidado. Otro de los factores influyentes incluye el empleo y la relación con el paciente (por ejemplo, cónyuge, padres, hijos). Ciertos grupos étnicos son más propensos a ver el cuidado como una responsabilidad familiar que otros (Auslander, 2011).

El cuidador familiar con síndrome de sobrecarga por el trabajo podría incurrir en maltrato o negligencia, sin desear hacerlo, por causa del agotamiento físico y mental que sufre al cuidar a un ser querido enfermo por un tiempo prolongado. Entre las razones que explicarían que el cuidador incurra en maltrato, está la del sentimiento reprimido del pasado contra su familiar enfermo, problemas de salud mental no tratada o simplemente no es consciente de la situación en la que incurre (Rivera, 2013).

El cuidador familiar o primario que identifica sus percepciones, se siente física y emocionalmente atrapado, a la larga, corre el riesgo de renunciar, o lo que es lo mismo, se encuentra incapacitado para seguir atendiendo las demandas y necesidades del adulto mayor y lo abandona (Rivera, 2013).

La familia es el principal punto de apoyo de los pacientes dependientes ya que satisfacen sus necesidades básicas, dedicando gran parte de su tiempo a ellos, además en muchas ocasiones también los acompañan al medio hospitalario y ayudan a su restablecimiento. El soporte social que brinda la familia es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de las relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos, es útil para mejorar el estrés de la vida, para que las personas se sientan cuidadas, amadas, valoradas, estimadas y contribuye a la recuperación de los enfermos. (Trejo, 2009).

Entre los factores que se enumeran como estresores se encuentran algunos que se hacen referencia a la carga de trabajo del cuidador derivada de la situación del paciente: dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo, conductas problemáticas, insomnio y otras; todos ellos se agrupan como estresores objetivos o primarios. Otro conjunto de factores tiene que ver con la percepción subjetiva del cuidador sobre cómo esta tarea afecta a su vida: pérdida de vida social, deterioro del autocuidado, etc. Se incluyen también, como estresores secundarios, factores socio familiares que afectan al cuidador como conflictos familiares, repercusiones laborales y económicas de la situación y otros tipos psicológicos como pérdida de autoestima, percepción de incapacidad y de control sobre su vida, por parte del cuidador (Delicado, 2003).

Estar sometido a estos estresores puede desencadenar la aparición de depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas físicos, etc. (Delicado, 2003).

### ***2.5 Factores protectores***

Los factores protectores son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación pueden ayudar a que la persona no presente dependencia funcional, que pueda valerse por sí misma y al mismo tiempo no necesitará de un cuidador, esto puede ayudar a disminuir la sobrecarga de cuidadores y se verá beneficiada tanto la calidad de vida del cuidador como del adulto mayor (Solano et al., 1998).

A continuación, se muestran algunos factores protectores en cuidadores informales del adulto mayor:

- **Apoyo social:** la Organización Mundial de la Salud reconoce el importante rol que el apoyo social desempeña en la promoción y mantenimiento del bienestar físico y psicológico de las personas en la tercera edad, en este caso son los cuidadores. Se busca la prevención del aislamiento social de las personas mayores como un medio efectivo para mantener la capacidad funcional y promover los factores protectores para un proceso de envejecimiento más saludable y así no depender de un cuidador, esto disminuirá la sobrecarga del cuidador. Si existe apoyo social hacia el adulto mayor, existirá un bienestar físico, este es un factor protector para que el adulto mayor mantenga su capacidad funcional y no depender de un cuidador informal (Solano et al., 1998).
- **Calidad de vida:** debe ser entendida como la posibilidad que puedan tener las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (Solano et al., 1998).

- Bienestar físico: en esta categoría se ubican los componentes, tales como comodidad en términos materiales, salud e higiene y seguridad. Sí una persona tiene un bienestar físico será capaz de realizar todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, por lo cual no será dependiente y no necesitará de un cuidador (Solano et al., 1998).
- Desarrollo personal: los componentes de esta categoría se relacionan con las oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia. El desarrollo personal es de suma importancia ya que la persona tiene desarrollo intelectual, autoconciencia, autoexpresión y eso es un factor protector para evitar la dependencia funcional, porque es más independiente y realiza actividades para su desarrollo personal que lo mantienen activo (Solano et al., 1998).
- Actividades espirituales y trascendentales: que envuelven actividad simbólica y auto-entendimiento. Las actividades espirituales y trascendentales son fundamentales para el cuidador ya que lo ayuda a trascender, a sentirse útiles y en la autoaceptación, evitando así la sobrecarga (Solano et al., 1998).

La investigación sobre índices implicados en resiliencia en aquellos que pueden aumentar la vulnerabilidad, así como aquellos que puedan otorgar protección, la experiencia del estrés y la manifestación de desajuste ocasiona mayor vulnerabilidad. La mayoría de los cuidadores informales llegan a tener estrés, esto debido a la sobrecarga del cuidado que los hace más vulnerables a desajustes en cuanto a su salud o entorno social, la resiliencia puede ayudar a evitar el índice de sobrecarga en cuidadores (Luthar y Brown, 2007).

## ***2.6 Determinantes Sociales***

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2016) los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del



dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Las variables sociodemográficas del cuidador informal que determinan su perfil, es decir, su mayor probabilidad para asumir la responsabilidad de la atención de larga duración es: la relación entre receptor de cuidados y cuidador, el género, el vínculo familiar, el estado civil, la edad, el nivel educativo, la situación laboral, el nivel económico y la clase social (Carretero et. al., 2003).

Existen elementos que inciden poderosamente en la salud y en los estilos de vida promotores de salud como las variables sociológicas, por su parte, el entorno social presenta una complejidad mayor como mediador y moderador entre la conducta y el medio ambiente en la determinación de la salud de la población (Vidal et al., 2014).

La inequidad en salud tiene una mayor relevancia al considerar que las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan a la salud de por vida. Existen pocos programas enfocados al cuidador informal del adulto mayor, la mayoría de los programas están enfocados en los adultos mayores, dejando a un lado la salud de los cuidadores informales (Vidal et al., 2014).

Económicos: la mayoría de los cuidadores informales se ven obligados a cuidar a los adultos mayores dependientes debido a que no tienen el recurso económico de contratar un cuidador informal para que atienda las necesidades del adulto mayor, la pérdida de poder adquisitivo, producto del cambio de roles a los que se enfrentan los adultos mayores, repercute negativamente en su calidad de vida. Necesidades primarias tales como la alimentación, conservación de la vivienda, arreglo y cuidado personal, precisan de una inversión permanente que los adultos mayores, la mayor parte de las veces no pueden afrontar, eso provoca su dependencia de las familias más próximas (Solano, Valenciano y Vindas, 1998).

Nivel económico de los cuidadores: es difícil establecer un patrón respecto a la situación económica de los cuidadores informales de personas dependientes, ya que los datos disponibles no son a menudo comparables. La tendencia indica niveles económicos bajos y medios de los cuidadores (Carretero et al., 2003).

Género: otra de las cuestiones que aparecen más claras cuando se estudia el perfil de los cuidadores informales es que la provisión de los cuidados de larga duración sigue siendo de forma predominante una tarea principalmente realizada por la mujer. De hecho, en la mayoría de los estudios sobre cuidado informal, se ha observado que existe una relación directa entre sexo y cuidados familiares, así como la presencia prioritaria de las mujeres de la familia en la jerarquía de cuidados. La provisión de los cuidados de larga duración sigue siendo de forma predominante una tarea principal realizada por la mujer (Carretero et. al., 2003).

Los cuidadores femeninos de la familia informan sistemáticamente mayores niveles de estrés que los cuidadores masculinos. Existe mayor vulnerabilidad psicológica en la mujer, los cuidadores son en gran medida ignorados hasta la fecha, debido a que no existen muchos programas enfocados en su bienestar (Schrank et al., 2015).

El vínculo familiar: es otra de las variables más relevantes en la determinación del perfil del cuidador. En general, los cuidadores de personas dependientes suelen ser familiares directos como los padres, los hijos o los cónyuges dependiendo del receptor de la asistencia. (Carretero et. al., 2003).

Estado civil del cuidador: no existe mucha información disponible respecto al estado civil de los cuidadores. En el cuidado de adultos predominan las personas casadas 54.7%, seguidas de las solteras 35.5% (Carretero et al., 2003).

Edad del cuidador: los cuidadores de personas dependientes suelen tener en general más de 40 años, con una edad media que se sitúa en torno a los 50 años (Carretero et al., 2003).

Nivel educativo de los cuidadores: el nivel de estudios de los cuidadores es en general muy bajo y no supera en un porcentaje elevado el de estudios primarios. En nuestro medio, aproximadamente un 60-66% del conjunto de cuidadores no tiene estudios o posee estudios primarios frente a un 6-7% que cuenta con estudios universitarios. Por lo general los cuidadores informales tienen nivel educativo bajo y solo el 6 % cuenta con estudios a nivel superior (Carretero et al., 2003).

## ***2.7 Características de un cuidador informal***

### 2.7.1 Perfil de un cuidador informal

Cada uno de los miembros que conforman la familia ejerce influencia sobre los demás, por eso, cualquier suceso que le ocurre a uno de sus miembros repercute de una manera u otra en el resto de los integrantes de la unidad familiar, dándose una retroalimentación en las relaciones y en la participación de cada integrante. Son muchas las ocasiones en las que, ante determinados hechos producidos en el proceso vital de la familia, surgen desajustes (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

Estos desajustes requieren de un esfuerzo importante por parte de los miembros de la familia con el fin de poderlos superar de la mejor manera posible, evitando que generen efectos negativos para la familia como grupo o para un integrante en particular. Por ello, es esencial conocer otros aspectos como pueden ser la interacción entre los cónyuges, los padres e hijos, los apoyos sociales con los que se cuenta, los recursos familiares y económicos o la percepción de la situación por los propios integrantes de la familia que pueden influir tanto para agravar como para aliviar la situación que vivencia la familia (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

No debemos olvidar que, la forma en cómo se lleve a cabo el cuidado, estará influenciada por circunstancias tan obvias como el tipo de dependencia, las necesidades de atención que requiera, el tipo de relación mantenida hasta el momento con la persona afectada, la historia personal y de cómo se viva la situación tanto individual como familiarmente. En la mayoría

de los casos la persona no se convierte en cuidador de un día para otro, pues la mayor parte de las causas que dan lugar a la dependencia no son inmediatas, sino que se trata de enfermedades que implican un deterioro progresivo de la persona, lo que lleva consigo un creciente aumento de su necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

Aunque también en algunas ocasiones, aun siendo conocedor del empeoramiento de la salud de la persona que requiere de las atenciones, no se prevé el que recaiga la responsabilidad del cuidado en una persona o familiar determinado. La aparición de la situación de dependencia de una persona, puede ser gradual o aguda, en ambas situaciones el entorno familiar tendrá que realizar una serie de reajustes en su forma de vida habitual, que tendrán como fin el cubrir la atención y el cuidado de esta persona (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

Tales son las situaciones derivadas de accidentes de tráfico o de accidentes laborales. En cambio, cuando se da una situación de dependencia de forma gradual, la familia ya tiene previstas de antemano las posibles soluciones ante tales circunstancias. Estos son los casos derivados de enfermedad crónica o de una hospitalización duradera, después de un período de fragilidad física asociado a un envejecimiento biológico normal o a causa de una enfermedad degenerativa de la que ya existía evidencia (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

El proceso de adquisición del rol del cuidador es de suma importancia, puesto que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestarán los cuidados y en el cómo se adecúen estos al desarrollo de sus funciones, viniendo también determinado, en gran medida, por la duración de dicha actividad. De ahí que sea importante conocer cómo fue la aparición de la situación y cómo fue el transcurso de la misma, pudiendo ser establecidos tres tipos de cuidadores, teniendo presente que todas las personas que padecen algún tipo de dependencia, independientemente de la tipología que se trate, muestran una serie de síntomas, características que van acompañadas de un deterioro de su capacidad de autocuidado y autonomía en general (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

La primera denominación es la situación que sucede por una situación de dependencia progresiva, como resultado de una enfermedad gradual, la cual requiere de un proceso de adaptación continua del cuidador a las demandas y necesidades del afectado. Este tipo de situación trae consigo el agotamiento, surgido de la adaptación de los cuidadores a la realidad presentada por la persona cuidada (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

Se habla de una dependencia constante, cuando existen pocas variaciones en el ritmo de la prestación de cuidados. Una vez que aparece la situación de dependencia, la persona presenta una salud estabilizada, requiriendo sólo unos determinados apoyos o cuidados (de la persona responsable del cuidado). Situaciones ocurridas, por ejemplo, de amputaciones imprevistas. Se dice que la situación de dependencia es con recaídas, cuando el enfermo tiene períodos en los que requiere mucha necesidad de apoyo, seguida de otras temporadas de poca necesidad de cuidado, esta actividad suele recaer siempre en las mismas personas (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

Estas situaciones se presentan en enfermos con patologías esquizoides. Cuando comienza la situación de cuidado, la persona que desempeñará el rol, no es plenamente consciente de que va a recaer sobre ella sobre la mayor parte del esfuerzo y de las responsabilidades que el cuidado de esa persona acarrea. Tampoco es consciente de que probablemente, se encuentre ante una situación que pueda durar mucho tiempo y que implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía a dicha actividad, lo cual va a dar lugar a que tenga que ir integrando en su vida un mayor número de tareas y actividades a realizar por su nuevo papel de cuidador (Compean, Silerio, Castillo y Parra, 2008).

### **2.7.2 Sobrecarga objetiva y subjetiva del cuidador informal**

De todas las variables que influyen en la salud mental de los cuidadores, la más profundamente investigada ha sido la carga. De hecho, en numerosas investigaciones y modelos teóricos, especialmente en los inicios de la investigación con cuidadores, se ha considerado la carga como una medida global de los efectos que tiene la situación de estrés en la que se encuentran inmersos los cuidadores (López, 2005).

La sobrecarga que la persona cuidadora siente, percibe y manifiesta, no es solo medible desde la totalidad, desde otras cuatro áreas diferenciadas e interrelacionadas como modelos de: sobrecarga física, sobrecarga emocional, sobrecarga de relaciones familiares y sobrecarga socioeconómica (Casado, 2015).

La carga objetiva es un indicador del grado de afectación de la vida cotidiana de los cuidadores debido a lo demandante de su situación. Puede verse como una variable que determina la mayor o menor afectación emocional y física de los cuidadores. Parece razonable pensar que los cuidadores que tengan que atender a más actividades y demandas, se encuentren más afectados (López, 2005).

La carga subjetiva, se refiere a la percepción que los cuidadores tienen de sentirse desconcertados, sobrecargados, atrapados, resentidos y excluidos. Es la valoración de que la situación de cuidado sobrepasa las habilidades que el cuidador tiene para hacerla frente de manera adecuada (López, 2005).

La sobrecarga que soporta el cuidador puede repercutir de forma negativa sobre su salud, con más frecuencia problemas mentales (principalmente ansiedad y depresión), pero también se afecta la salud física; el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dan lugar a lo que algunos autores denominan síndrome del cuidador, lamentablemente pocos son los que se interesan en la salud del cuidador ya que solamente se enfocan en la del adulto mayor (Cardona, Segura, Berbesi, Ordoñez y Agudelo, 2011).

### **2.7.3 Etapas del cuidador**

Aceptar que un ser querido se ha hecho dependiente y necesita, ayuda, supervisión o cuidados para sobrevivir es un proceso difícil para cualquier persona. El familiar que proporciona los cuidados necesita adaptar su vida al nuevo rol y para esto hace falta tiempo y esfuerzo. Es de suma importancia el proceso de adaptación al nuevo papel, ya que influirá

sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores (Fernández, 2015).

Del mismo modo que se establece la dependencia en los enfermos, progresivamente o con un desencadenante violento, aparece la figura del cuidador, adaptándose a las necesidades del familiar anciano enfermo, lenta y progresivamente o de forma brusca tras una situación de crisis o de internamiento. En este primer momento, el familiar que presta cuidados no es consciente de que sobre él recaerán la mayor parte de los esfuerzos y responsabilidades, de que se puede prolongar durante años y necesitará cada vez más tiempo y energía para cumplir su papel. La intervención por parte de los profesionales en este momento es muy conveniente ayudando a una planificación adecuada de los cuidados y para prevenir complicaciones (Fernández, 2015).

Los cuidadores y sus familiares enfermos, durante los años de evolución de la enfermedad, sufrirán cambios que afectarán a distintos aspectos de sus vidas, con un cambio de roles y responsabilidades. Este proceso atraviesa varias etapas, caracterizadas por las distintas dificultades y tensiones, por lo que será necesario adoptar distintas estrategias de afrontamiento y distintas habilidades de cuidado (Fernández, 2015).

Durante la evolución de la enfermedad, acompañada de pérdidas funcionales del enfermo, es frecuente que el cuidador sienta como pierde el control de su vida, demostrando enfados, ira y frustración. En esta etapa son comunes los sentimientos de culpa en el cuidador, probablemente debidos a no poder identificar el objeto de su malestar. Ejercen una valiosa ayuda en esta etapa las asociaciones de enfermos de Alzheimer ya que proponen el reparto de responsabilidades, ayudan a la correcta planificación y a tener por objetivo metas realistas, recordando que un solo cuidador no puede hacerse cargo de todas las necesidades de un enfermo con demencia (Fernández, 2015).

En la tercera fase se reconocen y aceptan los sentimientos negativos, se han adquirido destrezas y se cuida correctamente con la reorganización de los recursos sociales y familiares. El cuidador siente que recupera el control de su vida. Esta etapa puede ser dura

para los cuidadores que ya han sufrido merma de su salud física y psicológica, pero los que han aprendido a cuidar y a cuidarse pueden vivir esta etapa disfrutando de la satisfacción de cuidar a un ser querido (Fernández, 2015).

En la etapa final de la vida del enfermo se imponen decisiones duras y complejas al cuidador, que tomadas en un entorno familiar y social adecuado son menos espinosas o de modo contrario, pueden desembocar en depresión y duelo patológicos tras el internamiento o la muerte del enfermo. Tanto la fase inicial, con la adquisición del nuevo e inesperado rol de cuidador, como la final, en la que el cuidador tiene que enfrentarse a emociones y sentimientos de dolor por la pérdida y reorganizar su vida con las nuevas circunstancias, son de gran impacto para todos los cuidadores (Fernández, 2015).

#### **2.7.4 Actividades propias del cuidador**

Entendemos por cuidar a una persona mayor dependiente, proporcionar ayuda de modo que el anciano sienta que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas. Esta actividad requiere de tiempo y energía, además conlleva actividades que no siempre son agradables, es una situación en la que el cuidador siente que da más de lo que recibe, suele ser una actividad no prevista y para la que no se está preparado. El cuidado es una actividad compleja de la que se destacan cuatro aspectos básicos:

1. Es una actividad encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer por sí mismo en lo que respecta a las actividades básicas de la vida diaria (Fernández, 2015).
2. Se pretende que el paciente se adapte y acepte su situación disminuyendo sus miedos y fomentando el autocuidado (Fernández, 2015).
3. Aceptar y favorecer la expresión emocional del enfermo con sus llantos, quejas o protestas (Fernández, 2015).



4. Mejorar la calidad de vida del enfermo mediante la actitud empática, la escucha activa y una comunicación activa, aunque a veces sean necesarios los gestos (Fernández, 2015).

### **2.7.5 Perfil psicológico del cuidador**

Los sentimientos de la persona que cuida, frecuentemente, son contradictorios o inexplicables, la reflexión sobre ellos ha ayudado a muchos cuidadores a manejar los conflictos de forma satisfactoria y a desempeñar el cuidado de una forma más saludable, entre ellos se destacan:

La pena que debe reconocerse como algo natural en quien está perdiendo progresivamente a un ser querido, padre, compañero o amigo por una demencia, cuando se consigue aceptar una etapa la enfermedad avanza y se lleva otra parte de su ser querido. La integración en grupos de familiares de enfermos puede ayudar a compartir estas emociones (Fernández, 2015).

- La culpa por sentir que no puede más y piensa en el internamiento o por sentirse el directo desencadenante de las alteraciones en el comportamiento del enfermo.
- El enojo, el enfado, la rabia dirigida hacia el enfermo, siendo conveniente diferenciar el enfado hacia la persona enferma del enfado por los comportamientos del paciente que son frutos de la enfermedad. En ocasiones esta rabia se enfoca hacia otros familiares o profesionales sanitarios.
- La vergüenza por el comportamiento de su familiar, que puede ser inapropiado o poco aceptable para el entorno social o familiar, causando enormes sufrimientos a algunos cuidadores cuando aparecen determinados síntomas.
- La soledad del cuidador, por asumir en solitario los cuidados, por no aceptar, ni buscar ayudas en el convencimiento de que nadie cuidará también como él lo hace, aumentarán las dificultades del cuidado.

- La incompreensión de otros miembros de la familia puede ser fuente de angustia añadida, así como la falta de colaboración y apoyo.

Cuando se aborda la problemática de las personas mayores, el cuidado familiar emerge como uno de los problemas prioritarios. La sobrecarga en los cuidados junto a la soledad, la dificultad de acceso a información, los problemas de salud, las barreras arquitectónicas y la falta de servicios de soporte y ayuda, son los problemas priorizados por un grupo de expertos sobre necesidades del anciano (Delicado, 2003).

Los problemas de salud más frecuentemente encontrados en personas que proporcionan cuidados de larga duración a sus familiares dependientes son:

- Osteomusculares, en particular dorsalgias y lumbalgias, debido a los esfuerzos físicos y las posturas inadecuadas al atender a personas encamadas o con limitaciones de movilidad. Hay que tener en cuenta que muchas cuidadoras, por su edad y sexo, suelen padecer problemas osteoarticulares crónicos como artrosis u osteoporosis, que se agravan y agudizan a consecuencia de la actividad de cuidado (Delicado, 2003).
- Cansancio, que puede llegar a la fatiga crónica, cuando a la actividad de cuidado se añade la actividad laboral externa o tener que cuidar de otras personas y realizar las tareas domésticas, todo ello unido a la falta de descanso que suele darse por problemas de insomnio, o porque la persona dependiente no descansa adecuadamente por la noche e impide el descanso de quien la cuida (Delicado, 2003).
- Malestar psíquico, que se expresa en tristeza, abatimiento, desánimo y depresión, en los casos más graves. Es frecuente que los cuidadores somaticen su situación, tanto si se trata de cónyuges como de hijos u otros parientes. La soledad del cuidador puede agravar este malestar (Delicado, 2003).

Estrés del cuidador que puede llegar al síndrome de sobrecarga del cuidador o cuidador quemado. La angustia por no llegar a todo, mantenida durante tiempo, la falta de apoyos y de expectativas de mejora de la situación, pueden conducir a situaciones de irritabilidad, agotamiento mental y despersonalización (Delicado, 2003).

Pluripatología, en muchas ocasiones se acumulan síntomas físicos y psíquicos en los problemas de salud del cuidador. Se han investigado alteraciones en el sistema inmunológico (asociado con el estrés) a consecuencia del cuidado familiar de larga duración. El riesgo de morir es más elevado en las personas que cuidan y experimentan tensión, respecto a las poblaciones genéricas a que pertenecen (Delicado, 2003).

#### **2.7.6 Efectos negativos del cuidado de un familiar**

Cuidar de un enfermo supone en muchos casos una notable fuente de estrés, ya que el cuidado implica una gran cantidad de tareas y servicios al enfermo que van más allá del estar ahí. El cuidador no está exento de costes personales, afectando a su trabajo y/o estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y tiempo libre, en definitiva, a su vida en general (López, 2005).

Además de los problemas físicos y emocionales, el cuidador principal experimenta importantes conflictos y tensiones con el resto de familiares. Conflictos familiares que tienen que ver tanto con la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para manejar al familiar, como con tensiones relacionadas respecto a los comportamientos y las actitudes que algunos familiares tienen hacia el mayor o hacia el propio cuidador que lo atiende (López, 2005).

Es frecuente el desacuerdo del cuidador principal con el grado de interés y atención que presta al paciente el resto de los miembros de la familia. Las relaciones conyugales se ven afectadas en un 70% de los casos y las relaciones con los hijos en un 50% de las ocasiones. Los problemas del cuidador principal con el resto de los familiares, es una fuente de tensión no solo habitual, sino también muy importante, pues genera un gran malestar en la mayoría

de las ocasiones. Tener un familiar mayor que necesita ayuda suele desencadenar antiguos conflictos familiares o crear otros nuevos. Uno de los problemas más importantes de los cuidadores principales es el sentimiento de soledad y de incompreensión, incluso con sus familiares más cercanos (López, 2005).

En ocasiones el cuidador lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar. Por todo ello, el resto de familiares, especialmente los hermanos que ayudan al cuidador principal pueden ser una fuente de estrés añadida en lugar de una fuente de apoyo (López, 2005).

Se ha comprobado que las molestias causadas por la noche por los adultos mayores repercuten más negativamente sobre las cuidadoras que conviven con su cónyuge que sobre aquellas no lo hacen o que las cuidadoras que conviven con hijas en el hogar experimentan una mayor sobrecarga por las discusiones familiares en comparación con las cuidadoras sin hijas. Quizá por ello, los cuidadores indican que entre las personas que les ofrecen un apoyo importante están no sólo los familiares sino los amigos íntimos vistos con regularidad o los buenos vecinos con los que conversar. El fenómeno de la dependencia puede ser bidireccional (López, 2005).

Está claro que el mayor dependiente necesita de su cuidador, pero a veces también se desarrolla un proceso de dependencia del cuidador respecto del familiar al que cuida. Muchos cuidadores se aíslan de la red social, viven sólo y exclusivamente para el familiar al que cuidan, transformando la díada cuidador-adulto mayor dependiente en un sistema cerrado (López, 2005).

No se debe olvidar el hecho de que cuando las personas mayores presentan un gran deterioro o una enfermedad crónica, se ve amenazada seriamente su vida, numerosos cuidadores llegan a experimentar un duelo anticipado que genera en ellos sentimientos de negación, ira, depresión, y finalmente aceptación de la realidad. Van progresivamente experimentando la pérdida de su ser querido con los consiguientes sentimientos emocionales conflictivos. Para algunos cuidadores el sentimiento de duelo y sus

repercusiones negativas son incluso más intensos en el duelo anticipatorio que en el duelo posterior al fallecimiento (López, 2005).

Por todo lo dicho parece que el cuidado informal de una persona mayor dependiente se relaciona con la aparición de numerosos problemas de diversa índole. De hecho, la atención de un mayor dependiente condiciona al cuidador con tal intensidad que hace que se les llegue a denominar víctimas o pacientes ocultos. Cuidadores tan afectados, pueden llegar a experimentar en numerosas ocasiones, un deseo creciente de institucionalizar a su familiar (López, 2005).

### **2.7.7 Efectos positivos del cuidado de un familiar**

Si bien es cierto que un importante porcentaje de cuidadores de adultos mayores, con o sin demencia, experimentan fuertes tensiones y alteraciones emocionales, es preciso afirmar que estos cuidadores muchas veces presentan una gran resistencia e incluso experimentan efectos positivos en el cuidado. Las situaciones de los cuidadores de personas mayores dependientes son variadas y no en todas las ocasiones se ve comprometido el bienestar emocional. De hecho, si el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación, la situación de cuidar al familiar no tiene por qué ser necesariamente una experiencia frustrante y hasta pueden llegar a encontrarse ciertos aspectos gratificantes (López, 2005).

Los aspectos positivos y negativos del cuidado de un enfermo no son dos elementos contrapuestos e incompatibles, no son dos puntos opuestos de un continuo, sino que la investigación ha encontrado que estos dos aspectos pueden coexistir en los cuidadores, aunque eso sí, tienen distintos factores predictores de su ocurrencia (López, 2005).

La enfermedad del adulto mayor dependiente es en la mayoría de las ocasiones traumática y dramática. La enfermedad en sí misma no es de ninguna manera positiva y es que no es en la enfermedad misma donde se captan elementos positivos, sino en el proceso personal del

cuidador que acompaña a la enfermedad y en la capacidad para ir superando esos problemas (López, 2005).

Resulta difícil definir los aspectos positivos del cuidador, la satisfacción con el cuidado o la ganancia del cuidador. Falta una conceptualización clara de este constructo, pero se puede decir, que los aspectos positivos del cuidado son algo más que la ausencia de malestar y representan las ganancias subjetivas percibidas, el crecimiento personal experimentado que se encuentran por el hecho de ser cuidador (López, 2005).

Los cuidadores sienten satisfacción por ayudar a sus familiares, el hecho de ayudar les hace sentirse más próximos a ellos, sienten que realmente disfrutan estando con el familiar, responsabilizarse de sus familiares les ayuda a incrementar su autoestima, da un mayor sentido a sus vidas y sienten que los momentos placenteros de su familiar les producen también a ellos placer. Son así mismo más capaces de disfrutar del placer de las pequeñas cosas del acontecer cotidiano y, en su caso, profundizan en sus convicciones religiosas más profundas. En muchos de ellos hay un sentimiento de reciprocidad, es decir, se alegran de poder devolver al familiar las atenciones que estos han tenido previamente con ellos. De alguna manera sienten que han crecido como personas, resultado de su experiencia como cuidadores (López, 2005).

Los cuidadores indican que la experiencia de cuidar a un mayor incrementa su sentimiento de satisfacción porque les hace ser capaces de afrontar mejor los retos que se les presentan en la vida, les permite una mayor cercanía en sus relaciones con los demás y proporciona una mejoría en la sensación de sentido de la vida, cordialidad y placer (López, 2005).

Ser cuidador conlleva en numerosas ocasiones aprendizajes vitales importantes para quienes desempeñan dicho rol, es decir, se aprende a valorar las cosas realmente importantes en la vida y a relativizar las más intrascendentes. Quizá por ello la experiencia de haber cuidado a familiares mayores hace que una vez que finalizan su rol como cuidadores sean con mayor facilidad una fuente de apoyo para el resto de amigos y familiares que tienen que cuidar a sus mayores. Haber cuidado con anterioridad, saber por

propia experiencia lo que eso significa, les hace más cercanos a quienes tienen que desempeñar ese papel en el futuro (López, 2005).

### **2.7.8 Consecuencias físicas y emocionales del cuidado informal**

La literatura referente a los efectos del cuidado crónico sobre los cuidadores es amplia y ha puesto de manifiesto que estos, además de ver mermado su tiempo libre y las actividades de ocio, de ver restringida su vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud (López, 2005).

Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos. Si bien los problemas y dificultades pueden afectar a todos los familiares de la persona mayor dependiente, es el cuidador principal el que más sufre las consecuencias del cuidado. A pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan obedezcan al hecho de que cuiden a su familiar, pero no solo la observación de los profesionales de la salud que están en contacto con ellos, sino también los continuos estudios realizados, demuestran de manera patente el malestar experimentado por los cuidadores (López, 2005).

Aunque el consenso es mucho mayor respecto a las afecciones psicológicas, lo cierto es que los cuidadores de personas mayores dependientes presentan también numerosos problemas de salud física. Los estudios de revisión de la problemática emocional y física de los cuidadores concluyen que en conjunto hay una mayor y más robusta evidencia de asociación del malestar emocional al desempeño del rol de cuidador que del malestar físico. Ciertamente los problemas de sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión, fueron los primeros que se investigaron y son, quizás, unos de los problemas más habituales entre los cuidadores. Pero también es verdad que las dificultades que padecen pueden ser no sólo de índole emocional sino también de índole física (López, 2005).

Hay que reconocer que la problemática física no solo ha sido menos estudiada, sino que también está muchas veces “escondida” por los propios cuidadores y tan solo aflora a través de indicadores de salud objetivos. Los estudios realizados sobre la salud de los cuidadores han tenido en cuenta valoraciones subjetivas de salud, indicadores objetivos de salud física, índices clínicos objetivos, niveles de problemas emocionales, tasas de diagnósticos psicopatológicos, ingesta de psicofármacos, etc. De entre todos estos, los métodos más ampliamente utilizados han sido las valoraciones subjetivas de salud y los niveles de problemas emocionales. Para comprobar el malestar. En numerosas ocasiones la investigación ha comparado la salud de aquellas personas que cuidan a sus familiares, con aquellas otras de similares características sociodemográficas que no son cuidadores, comprobándose que en general, los cuidadores se encuentran en peores condiciones de salud (López, 2005).

### **2.7.9 Problemas físicos**

Los cuidadores de adultos mayores dependientes, presentan importantes problemas de salud física. Son unas personas que padecen, la mayoría de las veces en silencio, esta problemática. Una gran preocupación, sobre todo en los cuidadores de más edad, es que su salud no se vea disminuida para poder hacer frente al futuro de la enfermedad del familiar. Pero una cosa son los deseos de los cuidadores de tener una buena salud y otra, a veces bien diferente, es la salud que realmente presentan. De hecho su salud física se encuentra en numerosas ocasiones deteriorada. Así, un 84% de los cuidadores experimentan algún problema físico y siete de cada diez cuidadores padecen dolores de cabeza y cansancio (López, 2005).

Más de la mitad de los cuidadores, presentan trastornos del sueño y problemas osteomusculares y una reducción o abandono del ejercicio físico que realizaban. Incluso ocasionalmente experimentan ahogos, fracturas y esguinces. Algunos de estos problemas están directamente relacionados con las principales cargas físicas de la situación en la que se encuentran. Por todo lo anterior, no es extraño que aquellos cuidadores que no presentaban ningún problema de salud antes de cuidar a su familiar, califiquen su estado de



salud en el momento de ser cuidadores como malo o muy malo, llegando incluso, los cuidadores mayores de 65 años que atienden a un esposo dependiente y que se sienten sobrecargados, a tener un riesgo de mortalidad 63% mayor que quienes conviven con un esposo no dependiente (López, 2005).

Cuando se comparan con los no cuidadores, presentan mayor cantidad de sintomatología física, peor salud percibida, mayor dolor, malestar y una mayor carga física. Además, los cuidadores tienen un mayor riesgo de hipertensión y mayor cantidad de alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales. Duermen menos horas, presentan una respuesta inmunológica reducida y de hecho les tardan más en cicatrizar las heridas. Así mismo tienen mayores concentraciones de insulina y unos mayores niveles de glucosa, insulina, colesterol, triglicéridos, presión sanguínea y obesidad. Todo lo anterior hace que pasen más días en cama a causa de enfermedades infecciosas y que tomen más fármacos para aliviar los dolores con o sin receta médica que los no cuidadores (López, 2005).

Si bien este no es un resultado unánime, algunos estudios encuentran, que los cuidadores pasan menos días en cama que los no cuidadores, lo que probablemente pueda atribuirse al hecho de que sus “múltiples tareas” no les permiten tomarse ese descanso que sin embargo necesitan. Aunque también es cierto que algún estudio parece indicar que estas diferencias en la salud física percibida y en las visitas al médico entre cuidadores y no cuidadores no son tales cuando se utilizan muestras amplias. Parece que los cuidadores de personas con Alzheimer, presentan una peor salud física percibida y realizan más visitas al médico que quienes atienden a personas enfermas con cáncer. Pero contrariamente a la opinión general, cuando se comparan los cuidadores de personas con demencia y de mayores dependientes sin deterioro cognitivo, se observa que son los segundos quienes pueden presentar una peor salud física si se consideran los días pasados en cama, aunque no hay diferencias entre ambos grupos en la cantidad de problemas físicos experimentados o en el número de visitas al hospital por sus problemas de salud (López, 2005).

## *2.8 Estrategias de afrontamiento*

### **2.8.1 Afecto, amor y emociones resilientes en cuidadores**

El término resiliencia proviene del término del latín resilio que significa volver de un salto o rebotar. En ciencias sociales es utilizado para definir a aquellas conductas o personas que a pesar de haber vivido experiencias amenazadoras o estresantes se desarrollan psicológicamente sanos y airosos (Brea, 2015).

Ciertos atributos de la persona cuidadora tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente, tales como el control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del otro), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva y capacidad de atención y concentración (Brea, 2015).

También se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente, como la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona. Las personas cuidadoras con baja resiliencia parecen sufrir mayor agotamiento y actitudes de indiferencia y por el contrario, las personas con alta resiliencia logran mayor implicación, lo cual reduce su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo como por ejemplo: el síndrome de cansancio del rol del cuidador (Brea, 2015).

Las personas cuidadoras más resilientes tienen la capacidad de utilizar su energía para sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas mientras que las menos resilientes tienen predisposición a las emociones negativas, a sobrevalorar el riesgo e incrementar su efecto con cansancio e indiferencia en el trabajo. (Brea, 2015).

La satisfacción del trabajo bien hecho puede considerarse una señal de salud emocional. Hay muchos motivos por los cuales podemos sentirnos satisfechos, aunque ello no signifique que se sientan otras sensaciones como tristeza o sufrimiento. Aprender a identificarlas es una habilidad que está ligada a las competencias de automotivación y autoestima (Brea, 2015).

### **2.8.2 Resiliencia**

La teoría de la resiliencia señala que será mejor comprendida una persona con enfermedad orgánica o mental en su contexto familiar, dado que todas las familias tienen potencial de ser resilientes. La calidad de vida del cuidador primario se altera visiblemente ante la experiencia de enfermedad de su familiar, en contraste, es posible que la vivencia del enfermo pueda afectarse positivamente, si cuenta con un cuidador con características resilientes, dicho cuidador, transmite e impregna su entorno de optimismo, sensación de dominio y control personal, desarrollo de rasgos positivos y en general, redimensiona la experiencia (Castaño y Canaval, 2015).

El cuidador cumple un papel definitivo sobre el proceso de cuidado, no obstante la permanencia en el rol fatiga y afecta la calidad de los cuidados prodigados, de allí la importancia de fortalecer estrategias que mejoren el tránsito del cuidador por dicha vivencia (Castaño y Canaval, 2015).

La resiliencia es reportada como un factor protector para la vida personal y social, así como también la vinculación con procesos educativos en salud, dirigidos al cuidador, hecho que redundará no sólo en el bienestar de esta persona sino también en la mejora del sujeto de cuidado (Castaño y Canaval, 2015).

Los cuidadores son capaces de extraer beneficios de su experiencia, mostrando muchos de ellos una extraordinaria capacidad de adaptación a las circunstancias que les ha tocado vivir. En el ámbito del cuidado del concepto de resiliencia es definido de manera general como un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto

significativamente adverso y que implica la capacidad para generar experiencias y emociones positivas (Crespo y Fernández, 2015).

La resiliencia en cuidadores surge de la observación de que ante una situación tan difícil como la de asistir a un familiar dependiente algunas personas ven gravemente alterado su funcionamiento, mientras que otras, si bien también tienen que ajustar sus rutinas y se sienten psicológicamente afectadas, son capaces de asumir exitosamente su nuevo rol (Crespo y Fernández, 2015).

La resiliencia en el cuidador informal, evidenciando que, aún sometidas a elevadísimas demandas, muchas personas son capaces de adaptarse con éxito a la situación de asistir a un familiar dependiente. Ello supone un cambio, pasando de una perspectiva negativa, centrada en la sintomatología, al abordaje de los factores individuales que protegen al cuidador de los efectos del estrés prolongado (Crespo y Fernández, 2015).

Ello demuestra que, aunque lógicamente la situación de asistencia afecta a la resiliencia del cuidador, no todos los cuidadores responden de la misma manera al estrés, existiendo incluso un porcentaje de los mismos que pueden ser considerados altamente resilientes. Explicar las características de las personas resilientes nos proporciona la clave para entender y poder potenciar los mecanismos que actúan como factores de protección ante situaciones de riesgo (Crespo y Fernández, 2015).

Las personas resilientes focalizan menos su atención en los aspectos negativos de la situación que atraviesan, efectuando, por tanto, evaluaciones más positivas del cuidado y refiriendo un menor número de problemas (Crespo y Fernández, 2015).

Las características de personalidad del cuidador y su grado de autoeficacia para controlar pensamientos negativos, autocuidado, autoestima y la satisfacción expresada con el apoyo social recibido, influye en la resiliencia del cuidador (Crespo y Fernández, 2015).

Conocer el efecto de la resiliencia, así como los factores que se encuentran implicados en su desarrollo, resulta de suma relevancia para la elaboración de futuros programas de

prevención y promoción en cuidadores. Estos programas deberán ir dirigidos a la potenciación de habilidades y capacidades específicas que ayuden a los cuidadores a afrontar sus experiencias y evitar así, la aparición de síntomas y otros problemas eventuales derivados del estrés (Crespo y Fernández, 2015).

Uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en los cuidadores es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo, por lo que el enfoque de la resiliencia permite reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva (Cortes, Flores, Gómez, Reyes y Romero, 2012).

Respecto al estado de ánimo y la capacidad de resiliencia, se manifiesta un mejor estado de ánimo, los cuidadores se centran más en las experiencias positivas y significativas que en las negativas. Además, se indican efectos beneficiosos de la actividad física en los cuidadores por sobre la salud psicológica, participando además como efecto antidepresivo, por lo que se considera a la resiliencia como un componente de la adecuada adaptación psicosocial, que se asocia con la salud mental, la cual durante los últimos años ha acentuado el interés por el potencial papel de la personalidad y la neurobiología en la configuración de la resiliencia (Cortes, Flores, Gómez et al., 2012).

Se debe considerar la fragilidad, como un estado de salud representado por una mayor vulnerabilidad para la salud frente a factores de estrés, por cuanto estudiar y fomentar estilos de vida que permitan mantener una mejor capacidad de resiliencia, se convierte en una herramienta potente que se debe trabajar a diario con los adultos mayores bajo un contexto común y comparable, de acuerdo a sus propias creencias, capacidades, características y costumbres, con el único horizonte de mejorar su calidad de vida (Cortes, Flores, Gómez et al., 2012).

### **2.8.3 Calidad de Vida**

La calidad de vida de los cuidadores informales se ve afectada debido a los cambios que sufren en su vida por la experiencia de cuidar a otra persona que así lo requiere. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de los estudios realizados en este campo se refieren a cuidadores de enfermos con demencia o ancianos y en pocas publicaciones se detalla el tipo de cuidados que prestan los cuidadores informales a personas dependientes que presentan otro tipo de problema de salud, ni las repercusiones de este cuidado en la calidad de vida del cuidador (Trejo, 2009).

Los componentes o dimensiones subjetivas de la calidad de vida, indican la percepción que tienen las personas según sus propias características personales, necesidades, satisfacciones, aspiraciones, expectativas, escalas de valores de aspectos del entorno y de las condiciones globales de vida, como, por ejemplo, los servicios sociales de salud y de apoyo social, que se traducen en sentimientos positivos o negativos. Los componentes objetivos de la calidad de vida pueden ser medidos independientemente de los sentimientos, como los recursos económicos, la disponibilidad de servicios sociales y de salud, la calidad ambiental, los recursos familiares, las incapacidades funcionales y la enfermedad con signos y síntomas, que aunque son parte del sujeto, es posible describirlos objetivamente (Trejo, 2009).

### **2.8.4 Afrontamiento**

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias utilizadas para afrontar los acontecimientos son cambiantes en el tiempo y sensibles, tanto a las características personales como a factores externos o del entorno. Las personas cuidadoras no son solamente personas necesitadas de apoyo, tienen recursos y maneras de afrontar con éxito las tareas a la hora de cuidar de otra persona, soportan el estrés, la frustración y logran retomar fuerzas para continuar cuidando. Algunos autores relacionan el uso de estrategias centradas en el problema, con una mayor salud física y afirman que las mujeres cuidadoras hacen un mayor uso de estrategias de

afrontamiento centradas en las emociones, mostrando niveles de autoestima más bajos y un peor estado emocional (Brea, 2015).

Sin embargo, en la comunidad científica, cada vez se acepta más que las formas de afrontamiento que resultan adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el estrés, minimizan las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifican las positivas, así como refuerzan la autoestima, aumentan las recompensas, resuelven problemas y mejoran el rendimiento y ajuste social. Así pues, se puede concluir que las estrategias de afrontamiento son, más o menos eficaces en función de la situación a la que se aplican, más que por la propia estrategia en sí. Lo que se debe evaluar es la adecuación de la estrategia de afrontamiento más allá de las consideraciones relativas a, si esta está centrada en la emoción o en el problema, ya que lo que para una persona puede tener una carga emocional, que por ejemplo desencadene una reacción de huida, para otra persona no tiene dicha carga emocional (Brea, 2015).

### **2.8.5 Resolución de Problemas**

Esta categoría abarca manifestaciones sobre las acciones emprendidas enfocadas a resolver problemas, conlleva la aproximación y la focalización de la cuestión, un análisis racional y la toma de decisiones. Las personas cuidadoras recurren a analizar los pros y contras de la situación e hipotetizar posibles soluciones que pueden suponer un mejor cuidado para su familiar y una disminución de la carga (Brea, 2015).

Parece que el afrontamiento centrado en el problema se relaciona de manera positiva, con los indicadores globales de salud, que en un meta análisis hay una asociación positiva entre afrontamiento focalizado en el problema con indicadores globales de salud, especialmente para la salud psicológica en la población general (Brea, 2015).

### **2.8.6 Búsqueda de Apoyo Social**

El cuidado informal es un tipo de apoyo social que proviene de la red de apoyo social que se tenga, tanto para la persona dependiente, como para la que desempeña el rol de persona que cuida. La percepción de la persona cuidadora principal acerca del apoyo familiar con el que cuenta, determina la respuesta de afrontamiento, es por ello, que esta estrategia se podría incluir en estrategia de afrontamiento centrada en el problema y/o en la centrada en la emoción y por lo tanto, es una de las más saludable y adaptativa para la persona cuidadora, el apoyo social es la asistencia para las personas y los grupos desde dentro de sus comunidades que puede servirles de ayuda para afrontar los acontecimientos y las condiciones de vida adversos y puede ofrecer un recurso positivo para mejorar su calidad de vida (Brea. 2015).

El apoyo social puede darse en un nivel macro o comunitario, en el que existen sentimientos de pertenencia a una estructura social y poder beneficiarse de sus apoyos, como podría ser el caso de solicitar la prestación de ayuda por la Ley de Dependencia. El nivel intermedio responde a las redes sociales cercanas formadas por las relaciones humanas donde se establecen sentimientos de vinculación, como por ejemplo, el apoyo percibido al asistir a un taller de personas cuidadoras en un centro de salud, y en el micro nivel se encuentran las relaciones íntimas o de confianza, de las que se derivan sentimientos de compromiso con intercambios recíprocos y con responsabilidad por el bienestar de los demás, como sería el caso de sentirse apoyado por la red familiar en los cuidados (Brea, 2015).

En cuanto a las formas en las que se puede dar el apoyo social, es decir, el tipo de recursos que se intercambian en las relaciones, se destaca el apoyo emocional, el intercambio de información, el suministro de recursos y servicios materiales. Esta estrategia recoge las manifestaciones que comprenden las acciones de búsqueda de contacto, consuelo, consejo y apoyo. Las personas cuidadoras, ante la tristeza, culpa, rabia y angustia que sienten, reconocen la necesidad de expresarlas y compartirlas con personas cercanas, por las que se



sienten escuchadas y comprendidas, ayudándoles en la gestión emocional. Sin embargo, esta ayuda se desvanece cuando se sienten juzgadas y poco comprendidas (Brea, 2015).

### **2.8.7 Distracción**

Las personas que emplean distracción tras una inducción emocional, presentan reducciones de la experiencia emocional negativa. Abarca las expresiones referentes a los intentos activos para tratar con una situación estresante mediante una actividad alternativa agradable. Ante la sobrecarga física e implicación emocional, las personas cuidadoras manifiestan la necesidad de distraerse conductual y cognitivamente (Brea, 2015).

El obtener una gratificación o distraerse mediante otras actividades realmente placenteras, ayuda a un mejor control de la situación, aunque hay que tener en cuenta que estos respiros a costa de otros cuidadores, descargan física pero no siempre mental y por lo tanto emocionalmente. Generalmente son actividades dentro del domicilio ya que el realizarlas fuera de casa ocasiona una serie de gastos o de organización familiar mayor, porque hay que contratar o tener a otra persona en casa para que continúe con los cuidados o al menos con la vigilancia. En la mayoría de los casos estas distracciones no resultan del todo placenteras por el sentido del deber, la permanente preocupación por el bienestar del familiar dependiente y la necesidad de controlar la calidad de la atención proporcionada por otros. En el domicilio, las principales actividades de distracción son, la televisión, Internet, escribir, leer y hacer crucigramas (Brea, 2015).

### **2.8.8 Reevaluación positiva de la experiencia**

Es un modo de enfrentar la realidad evitando los estresores por el procedimiento mental activo de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo. Es decir, es una estrategia centrada en la emoción. Aunque los cuidadores argumentan lo angustioso que es tratar tantas horas con una persona dependiente, en algunas son capaces de reconocer y expresar lo positivo que les aporta (Brea, 2015).

La mayoría de las investigaciones, sea de personas dependientes o de cuidadoras, utilizan un modelo patogénico de salud mental, se centran en los aspectos negativos que llevan a las personas a padecer determinadas dolencias o sufrimientos y sobrecargas, para posteriormente, diseñar intervenciones eficaces. Sin embargo, se intentan destacar aquellos aspectos resilientes y positivos de la persona que permiten hacer frente a las adversidades, adquirir un funcionamiento óptimo o aumentar la satisfacción personal (Brea 2015).

Una característica de personalidad relacionada con la capacidad de afrontamiento positiva ante una situación adversa, es la llamada resiliencia, la trayectoria estable de funcionamiento saludable a lo largo del tiempo, así como la capacidad para generar experiencias y emociones positivas. Las denominadas personalidades resilientes son aquellas que aplican más esta reestructuración cognitiva, sienten satisfacción por la labor del cuidado y en algunas ocasiones felicidad frente a la labor cumplida (Brea, 2015).

## ***2.9 Programas de Intervención***

Espín (2009) realizó un programa llamado: Escuela de Cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia con el objetivo de diseñar y evaluar el proceso y la efectividad de un programa de intervención psicoeducativo en un grupo de cuidadores informales de adultos mayores con demencia, la cual estuvo compuesta por 16 cuidadores que recibieron atención en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, se diseñó el programa a partir de técnicas participativas de recogida de información con expertos y con cuidadores e información actualizada del tema; se conformó con 10 sesiones y una frecuencia semanal. Se aplicó la Escala Psicosocial del Cuidador para constatar las diferencias entre antes y después de la intervención con respecto a variables socioeconómicas y psicológicas. Los resultados indicaron una disminución en las afectaciones socioeconómicas y psicológicas del cuidador después de la intervención, como son: el poco tiempo libre, las dificultades laborales, los sentimientos de angustia, ira y miedo, pero en el caso de las variables socioeconómicas la mejoría no fue significativa. Se demuestra que el programa psicoeducativo: Escuela de Cuidadores, es efectivo para modificar la afectación psicológica de los cuidadores, pero no

para mejorar las afectaciones de tipo socioeconómica que produce el cuidado de un anciano con demencia, lo que indica que este tipo de intervención no es suficiente para modificar los aspectos más tangibles de la vida del cuidador debiendo complementarse con otras intervenciones psicosociales.

Díaz y Rojas (2009) realizaron un programa llamado: Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo con el objetivo de evaluar la efectividad del programa desarrollado por la Universidad Nacional de Colombia, en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, en Colombia, se utilizó el Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI-Care Ability Inventory) propuesto por Ngozi O. Nkongho, y se aplicó como pre y post-prueba. El estudio es cuasiexperimental y se realizó con 72 cuidadores familiares, que se distribuyeron en dos grupos; uno de control, formado por 35 personas, y otro experimental, integrado por 37 cuidadores, del cual se obtuvo como resultado que la efectividad del programa para desarrollar las dimensiones de conocimiento y paciencia en el grupo experimental. La dimensión de valor permaneció inmodificable tanto en el grupo de control como en el experimental, lo cual indica que el programa no fue efectivo para incrementar el valor como dimensión de cuidado.

Millán (2003) realizó un estudio llamado: Ayudando al cuidador del anciano: un programa televisivo para llegar a cada casa, en donde el objetivo de estudio era conocer si el programa televisivo ha llegado a las personas para las que va dirigido (cuidadores informales) y si su contenido le es de ayuda o puede serlo. El programa de orientación estaba formado por micro reportajes televisivos de 5 a 10 minutos de duración en los que se utilizaban diversas estrategias didácticas para hacer llegar los contenidos. Se trabajó con personas elegidas al azar de un rango amplio de edad (de 18 años hasta más de 55 años); de los que el 50.67% son hombres y el 46.67% mujeres (el resto no lo especificó). De estas personas un 44% tienen algún anciano del que cuidan en casa. Respecto a la asiduidad con la que han visto el programa, el 9.33% afirma verlo con asiduidad; el 32% lo ve a veces y un 60% no lo ha visto nunca. Esta estadística podría ser algo descorazonadora, pero un estudio en el que se tiene en cuenta la franja de edad nos presenta unos datos más optimistas, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que cuidan del anciano

pertenecen a la franja de 31 años en adelante. Sin embargo, se menciona que el resultado más interesante sea el que se refiere a la opinión sobre si el programa ayuda en el cuidado de los mayores. Sólo un 3.33% de los entrevistados que veían el programa creen que no ayuda en absoluto; un 43.33% afirma que no tiene familiar a su cargo, pero que cree que el programa ayuda al cuidado de los mismos y un 53.33% cree que el programa les ayuda en el cuidado del anciano que tiene a su cargo. Llegando a la conclusión que el cuidado informal del anciano tiene profundas consecuencias en el ámbito social, laboral y emocional del cuidador.

Villareal (2006) realizó un programa psicoeducativo en familiares cuidadores de personas con Alzheimer, con el fin de promover la adaptación positiva en cuidadoras familiares de personas con la enfermedad, se planteó una intervención psicoeducativa dirigida a la modificación de pensamientos negativos y apreciación de actividades placenteras. Se hizo un estudio cuasi-experimental con cuatro grupos y cuatro mediciones para evaluar el efecto de la intervención en la actitud hacia el cuidado, ansiedad y uso saludable del humor, medido en cuatro dimensiones. El tamaño de la muestra se determinó considerando el estadístico ANOVA para una factorial 2 x 2 de mediciones repetidas, con cuatro niveles, con 95 % de confianza y una potencia para la interacción de tiempo "x" con grupo de 90 personas. Los resultados de la intervención permitieron proponer un modelo explicativo derivado del Modelo de Adaptación de Roy; por lo tanto se extiende el conocimiento de la disciplina de enfermería y se agrega credibilidad al Modelo de enfermería seleccionado. Al término de la intervención, los dos grupos con el componente cognitivo conductual mostraron efectos significativos en la mejora de la actitud, hacia el cuidado.

Cortés (2015) realizó un Programa de intervención fisioterapéutica para la mejora del estrés y la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad, con el objetivo de conocer los efectos producidos sobre la calidad de vida relacionada con la función de un grupo de cuidadores informales, a partir de dos intervenciones formativas basadas en el autocuidado, orientadas desde la disciplina de la Fisioterapia, se realizó un diseño piloto de tres medidas repetidas (pre-intervención, pos-intervención y seguimiento) sobre una muestra de conveniencia que fue dividida en dos grupos: uno de control y otro experimental se llevaron

a cabo, sobre un total de 36 participantes, se obtuvieron mejoras significativas sobre los dos factores contextuales objeto de estudio (percepción de sobrecarga-factor asociado al riesgo y dedicación al autocuidado-factor protector) y sobre algunas de las variables relativas al funcionamiento, tanto psicológico (mayor autonomía, aceptación hacia sí mismos, propósito en la vida y crecimiento personal, personalidad 30 menos ansiosa y menos sentimientos de melancolía, desesperanza o incapacidad), como físico (flexibilidad y alineación).

Gutiérrez, et al. (2014), realizaron un programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer y prevención del síndrome del cuidador, cuya población va dirigida a los familiares/cuidadores de enfermos de Alzheimer recién diagnosticados. Desde los centros de salud y los médicos de familia, se les informará de la posibilidad de asistir al programa a todas las personas que sean cuidadores informales de una persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en el último año, quedando excluidas las que lleven más de un año ejerciendo el rol de cuidador. La muestra estará constituida por el grupo de cuidadores que asistirán al programa. Se utilizaron los instrumentos: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, el procedimiento La duración del programa será de 10 sesiones, repartidas durante cinco semanas con dos sesiones semanales de una hora y media cada una, dirigidas por un profesional Psicólogo. El programa se divide cuatro grandes grupos: 1. Presentación y evaluación pre-tratamiento, 2. Terapias de grupo de intercambio de pautas e información, 3. Terapias de grupo de desahogo personal, 4. Valoración, postest y despedida, 5. Seguimiento al cabo de un año. Cuya conclusión fue, el programa de intervención psicoeducativa grupal resulta eficaz en mejorar la salud psicológica de las personas cuidadoras remuneradas, al igual que resultado positivo en mejorar la salud de personas cuidadoras familiares y remuneradas.

Galvis, Aponte y Pinzón (2016) realizaron el Programa de Crónicos de la Empresa Social del Estado de Villavicencio, Colombia. Los materiales y métodos que se utilizaron fueron el estudio descriptivo, de abordaje cuantitativo y de corte transversal en cuidadores informales (n = 180) de adultos crónico usuarios del Programa de Promoción y Prevención de Crónicos. Con los cuidadores se utilizó el instrumento Calidad de Vida (QOL) versión

familiar de Ferrell y Grant, y para valorar la funcionalidad de los pacientes crónicos, se usó el perfil Pulses adaptado por Granger se seleccionan 30 cuidadores de cada uno de los 6 Centros de Salud, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador mayor de 18 años y expresar su voluntad de participar, mediante la firma del consentimiento informado. Se determinan rangos de puntaje, medidas de tendencia central y dispersión para los dominios de bienestar y calidad de vida. Los resultados fueron que en la mayoría de los cuidadores se evidenció que los dominios de bienestar físico y social no se encuentran afectados, y las dimensiones de bienestar psicológico y espiritual están en nivel medio, al igual que la calidad de vida.

Flórez, Montalvo y Romero (2012) realizaron el programa Soporte social con Tecnologías de la Información y la Comunicación a cuidadores. Una experiencia en Cartagena, Colombia, el objetivo es determinar la efectividad del soporte social mediante la radio y la web, en cuidadores de Cartagena, Colombia. La metodología de la investigación es cuasi-experimental, fue realizada en 2010 con la participación de 86 cuidadores a quienes se les aplicó el instrumento Inventario de soporte social en enfermedad crónica de Hilbert, antes y después de una intervención de soporte social con la ayuda de la radio y la web. Se empleó la prueba ANOVA para evaluar las diferencias en los cambios de puntaje de las dimensiones de la escala utilizada. Los resultados fueron que los puntajes promedios de las dimensiones antes y después de la intervención fueron respectivamente por dimensión, así: Guía: 59.6 y 81.9; Interacción personal: 43.3 y 51.6; Retroalimentación: 20.7 y 27.3; Interacción social: 20.6 y 25.7. Para todas las dimensiones se encontraron diferencias significativas en los promedios. En conclusión, existe evidencia a favor de que el soporte social con Tecnología de Información y Comunicación fue efectivo en los cuidadores intervenidos.

Ávila y Vergara (2014) realizaron el programa Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas, con el objetivo de evaluar la calidad de vida de cuidadores informales de personas que viven en situación de enfermedad crónica determinando si la misma se relaciona con las características sociodemográficas de los participantes. Los materiales y métodos se evaluaron 127 cuidadores informales residentes

en Montería (Córdoba, Colombia), durante el segundo semestre de 2012, por medio de un diseño ex post facto con el cuestionario WHOQOL-Bref de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la evaluación de calidad de vida se consideraron cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medioambiente. Los datos se analizaron con SPSS 18,0 aplicando chi cuadrado de Pearson y pruebas de diferencias entre grupos. En los resultados se observaron bajos niveles de salud física y psicológica, deterioro de los procesos de participación social y niveles moderados de interacción con el medioambiente.

Condiciones como el género del cuidador, su ocupación y la relación con el paciente tuvieron una correspondencia significativa ( $p < 0,05$ ) con la calidad de vida en relación con los dominios de medioambiente, vida social y salud psicológica. Las conclusiones fueron que los cuidadores informales presentan un deterioro general de su calidad de vida con déficit marcado en la esfera relacional.

## **2.10 Modelo**

### *Teoría del afrontamiento del estrés de Lázarus y Folkman*

La sobrecarga en el cuidador esta desencadenada por los factores estresantes a los que se enfrentan los cuidadores durante el proceso del cuidado del algún familiar, es por eso que se retomó esta teoría ya que esta maximiza la relevancia de los factores psicológicos básicamente cognitivos que median entre los estímulos estresores o estresantes y las respuestas al estrés (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

Desde esta perspectiva, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Basándose en esta idea de interacción, núcleo de esta teoría, Lazarus y Folkman definen el estrés psicológico como el resultado de una relación entre el sujeto y el ambiente, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Esta teoría se centra en dos dimensiones básicas: la valoración cognitiva y el afrontamiento, entendidos ambos como los mediadores de las reacciones emocionales a corto plazo del estrés. En primer lugar, el individuo ante una

situación estresante podría llevar a cabo dos tipos de valoraciones cognitivas: primaria y secundaria (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

La evaluación primaria sería la valoración que hace el sujeto de las repercusiones de un acontecimiento o situación sobre su bienestar, y que pueden ser evaluadas como:

a) un daño o una pérdida que ya se ha producido, originando emociones negativas como culpabilidad, disgusto, tristeza, decepción y enfado (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

b) una amenaza, en la que el sujeto anticipa el daño o pérdida el potencial lesivo de la situación, generando emociones negativas tal como preocupación, ansiedad, inquietud, etc. (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

c) un desafío, en la que se produce una valoración positiva de las fuerzas o recursos necesarios para salir triunfante de una situación, ocasionando emociones positivas como confianza, estimulación, esperanza, etc. (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

d) un beneficio, valoración que no induciría a reacciones de estrés y que produciría emociones positivas de felicidad, alegría, liberación, etc. (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

La evaluación secundaria es la valoración del individuo acerca de sus propios recursos para afrontar la situación e implica el reconocimiento de recursos, un juicio sobre la idoneidad de la elección de determinados recursos para obtener el resultado esperado, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia en particular o un grupo de ellas de manera efectiva (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

La reacción de estrés depende sustancialmente de la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Ambos tipos de valoración no son procesos diferentes e interactúan determinando el nivel de estrés y la intensidad o calidad de la respuesta emocional que el sujeto experimentará en una situación concreta. Asimismo, puede producirse una reevaluación, es decir, cambios en la evaluación inicial por nueva



información recibida del entorno y/u obtenida de las propias reacciones de este (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

La reevaluación permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas primaria y secundaria. La valoración que hace el sujeto de la situación o acontecimiento, estaría influida por factores situacionales y personales. De una evaluación de daño, amenaza o desafío y de la respuesta potencial elaborada a través de la evaluación secundaria nace el afrontamiento, como proceso de ejecución de esa respuesta (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

El afrontamiento, entendido como un proceso, es definido por los autores de la teoría como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos, es decir, consistiría en esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Así, en este modelo, el afrontamiento se define en función de lo que una persona hace o piensa, no en términos de malestar emocional o adaptación. Se diferencian dos funciones del afrontamiento: el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema, que denominan el afrontamiento centrado en el problema, el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a la que el problema da lugar y el afrontamiento focalizado en la emoción (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

Este último es más probable que aparezca cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, es decir, tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es perdurable. Por el contrario, el afrontamiento centrado en el problema tiene más probabilidad de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio, por lo que tiende a predominar en situaciones donde puede hacerse algo constructivo. Los autores del modelo transaccional han identificado, asimismo, a través de su escala modos de afrontamiento, diferentes estrategias cognitivas y comportamentales que usan las personas para afrontar las situaciones estresantes.

Estas estrategias fueron categorizadas, a través de un análisis factorial, en 8 dimensiones de afrontamiento: confrontación, planificación de solución de problemas, que corresponden ambas al afrontamiento centrado en el problema, distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva que se relacionan con el afrontamiento centrado en la emoción y búsqueda de apoyo social que recoge ambas funciones de afrontamiento, no defienden la postura de la existencia de estilos de afrontamiento, porque para ellos el afrontamiento dependería de la interacción entre variables situacionales y personales, las cuales no son estables. Aunque afirman que sí se puede hablar de dos dimensiones que empujan al individuo a adoptar un tipo de afrontamiento u otro: la complejidad y la flexibilidad (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

La complejidad, hace referencia a la cantidad y repertorio de estrategias de afrontamiento que un sujeto posee, y la flexibilidad, implica el nivel con el que una persona es capaz de modificar sus estrategias de afrontamiento según la situación. Una persona compleja y flexible poseería un estilo de afrontamiento bastante adaptativo, mientras que aquella poco compleja y flexible poseería un estilo de afrontamiento poco adaptativo. En el proceso de afrontamiento, Lazarus y Folkman destacan también la existencia de variables de personalidad valores, compromisos, metas, creencias y variables ambientales, demandas, recursos, limitaciones y aspectos temporales que influyen sobre el proceso de valoración, a los que han denominado antecedentes causales (Carretero, Garcés y Rodenas, s.f).

## Capítulo 3 Método

### *3.1 Diseño de investigación*

El diseño de investigación fue cuasiexperimental con 1 grupo de intervención al que se le aplicó una preprueba y posprueba.

Grupo de intervención  $G_1$   $O_1$   $X_1$   $O_2$

Los diseños cuasiexperimentales también manipulan deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes, solamente que difieren de los experimentos verdaderos en el grado de seguridad o confiabilidad que puede tenerse en equivalencia inicial de los grupos, en los diseños cuasiexperimentales, los sujetos no son asignados al azar a los grupos, ni emparejados; sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento, son grupos intactos, la razón por la que surgen y la manera en la que se formaron fueron independientes o aparte del experimento (Hernández et al., 2010).

### *3.2 Tipo de estudio*

Se utilizó un tipo de estudio longitudinal y este se define como un estudio cuya base es la experiencia de la población a lo largo del tiempo, ya que se realizarán varias mediciones al mismo grupo de participantes (Delgado y Llorca, 2004).

El tipo de estudio fue explicativo, este tipo de estudio va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, están dirigidos a responder las causas de los eventos físicos o sociales, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este, o porque dos o más variables están relacionadas. Estos estudios están más estructurados que los demás y de hecho implica los propósitos de ella (exploración, descripción y correlación), además de que proporcionan un sentido del fenómeno a que hace referencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **3.3 Muestra**

La muestra incluyó 28 cuidadores informales de adultos mayores inscritos en el Comité Movimiento de Organizaciones Sociales Independientes A.C (MOSIAC) del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Las personas, independientemente de ser esposas, hijos, nueras o nietos, son las que otorgan la mayor parte del cuidado.

### **3.4 Instrumento**

Para esta investigación se utilizó el instrumento llamado Zarit Care Burden Interview que mide los niveles de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos aquejados de trastornos psicogeriatricos y consta de 29 preguntas a las que se responde según escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta desde 0=nunca a 4=casi siempre. La Entrevista de Sobrecarga ha sido especialmente diseñada para reflejar las tensiones experimentadas por cuidadores de pacientes con demencia, se puede completar por sí mismos o como parte de una entrevista (Zarit, Reever y Bach, 1980).

Las preguntas fueron seleccionadas en base a la experiencia clínica con los cuidadores y los estudios previos. Se cubrieron las áreas más mencionadas por los cuidadores como problemas, entre ellos, la salud del cuidador, psicológica, bienestar, las finanzas, la vida social y la relación entre el cuidador y la persona con discapacidad. Ejemplos de declaraciones utilizadas son: siento que mi cónyuge intenta manipularme y siento que estoy contribuyendo al bienestar de mi esposo. El cuidador indica la cantidad de malestar y preocupación causada por la elección de la frase más adecuada de "nada" hasta "extremadamente". Se asumió que las molestias causadas por estas situaciones generan carga para el cuidador. Una puntuación total de la carga se calculó y se utiliza en el análisis (Zarit, Reever y Bach, 1980).

La versión adaptada al castellano por Carrasco et al. (1996) consta de 22 preguntas y el punto de corte de sobrecarga o no, está en 46-47. También hace una distinción entre sobrecarga leve hasta 56 y sobrecarga intensa >56. La fiabilidad de esta escala adaptada

viene apoyada por un coeficiente de Cronbach de 0.91 para la consistencia interna y un coeficiente de correlación de Pearson de 0.86 para fiabilidad test-retest. El análisis de validez de constructo mostró una fuerte correlación de la sobrecarga del cuidador con su estado de salud mental medido con el Cuestionario de Salud general GHQ (General Health Questionnaire) y con la presencia de trastornos de comportamiento en el paciente. El análisis estadístico de la validez de constructo se estableció a través del análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax >1. Para la validez de criterio se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson estadísticamente significativo ( $P < 0.05$ ) (Delgado, s.f).

### ***3.5 Programa de intervención***

El programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor, tiene como objetivo disminuir el grado de sobrecarga en el que se encuentran 28 cuidadores informales de adultos mayores, inscritos en el Comité MOSIAC del municipio de Nezahualcóyotl, el programa en un comienzo estaba planeado para aplicarse en 10 sesiones de una hora, debido a cuestiones del tiempo y las características del grupo se realizó en 5 sesiones semanales, con una duración de 1 hora y media, los contenidos de dichas sesiones se describen a continuación (ver anexo 1):

Primera sesión: se les aplicó el test de Zarit (ver anexo 2) y posteriormente se les entregó un consentimiento informado (ver anexo 3) a cada participante, después se les explicó que es educación para la salud, en que consiste nuestra intervención, se les dio una introducción sobre lo que es la sobrecarga en cuidadores informales, se les habló acerca del afrontamiento enfocado en el problema y el afrontamiento focalizado en la emoción, y se les explicó de qué manera pueden aplicarlo para disminuir la sobrecarga.

Segunda sesión: en esta sesión se les habló acerca de la importancia de tener resiliencia como estrategia de afrontamiento.

Tercera sesión: se empoderó al cuidador principal para mejorar, mantener y aumentar su salud, calidad de vida y prevenir los trastornos de salud derivados del rol de cuidador.

Cuarta sesión: se les habló de la importancia de la relajación y el tiempo libre para poder tener un mejor desempeño como cuidador y evitar el índice de sobrecarga, se les habló acerca de la importancia de las redes de apoyo para evitar problemas de salud ocasionados por la sobrecarga.

Quinta sesión: se les habló sobre algunos cursos en línea que existen para cuidadores informales del adulto mayor, esto con la finalidad de que tengan los conocimientos básicos sobre los cuidados que se deben tener y al mismo tiempo disminuir el índice de sobrecarga, se reforzará lo visto en las sesiones anteriores y se hizo una lluvia de ideas para ver qué es lo que aprendieron con esta intervención, se volvió a aplicar el test de Zarit para ver si existió una disminución en el grado de sobrecarga que presentaron al iniciar las sesiones.

Para las sesiones antes mencionadas, se utilizarán técnicas tales como:

- Técnicas de relajación al iniciar a la mitad o al finalizar cada sesión.
- Técnica de respiraciones profundas, meditación y relajación de cuerpo y mente.
- Exposición participativa.
- Actividad reflexiva vivencial.
- Infogramas, carteles e imágenes.
- Sensoramas

### ***3.6 Procedimiento***

Para la implementación de la intervención se gestionó por medio de un oficio de petición, en el Comité MOSIAC recibiendo una respuesta favorable, posteriormente, se inició la intervención en el mes de Diciembre con un grupo de 28 cuidadores informales del adulto mayor, la intervención tuvo una duración de 5 sesiones semanales de una hora y media, antes de iniciar la primera sesión, se les entregó un consentimiento informado a cada participante, el cual leímos en voz alta y posteriormente lo firmaron, en las sesiones se

abordaron temas de resiliencia, empoderamiento, inteligencia emocional, afrontamiento del estrés, autoestima, autocuidado, autovaloración y técnicas de relajación, al finalizar la intervención se logró disminuir el índice de sobrecarga, logrando el objetivo de este programa.

### ***3.7 Plan de análisis***

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21. Se utilizó la prueba de ANOVA de medidas repetidas para realizar comparaciones entre la preprueba y la posprueba.

### ***3.8 Consideraciones éticas***

Para considerar los aspectos éticos de este programa se utilizó el consentimiento informado, el cual considera el respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la investigación en salud, es el resguardo de que el personal ha informado y de que el participante ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética de la investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

## Capítulo 4. Resultados

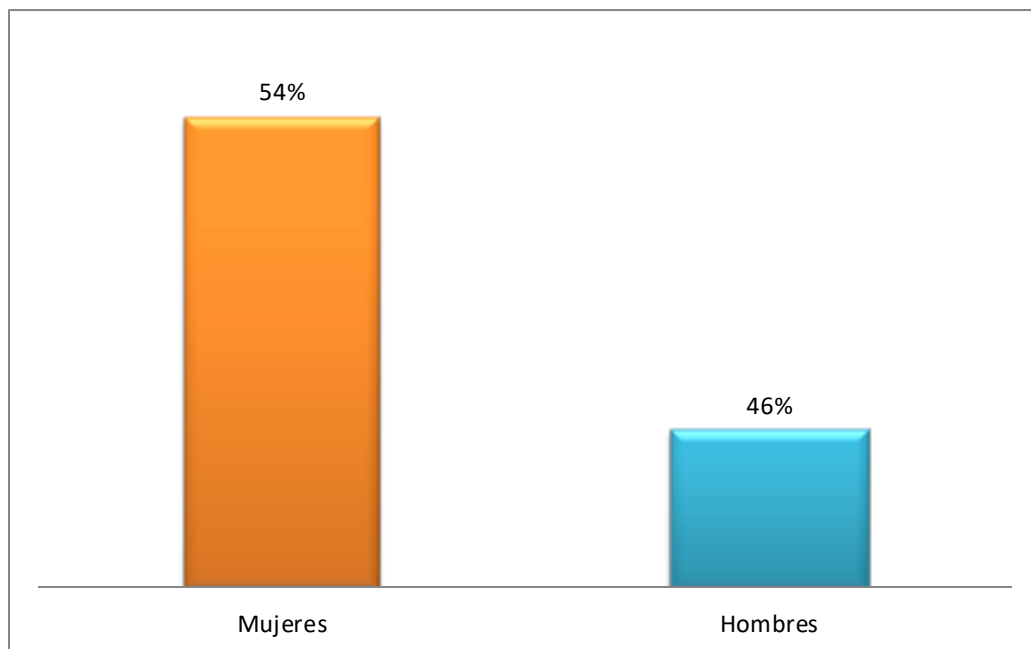
La muestra quedó integrada por 28 cuidadores informales de adultos mayores inscritos en el Comité Movimiento de Organizaciones Sociales Independientes A.C (MOSIAC) del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

A continuación se muestran los resultados obtenidos después de la aplicación del programa para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores.

### 4.1 Datos sociodemográficos

La muestra incluyó personas con un rango de edad de 28 a 78 años, la edad promedio fue de 52 (DE = 12.68). Como se observa en la figura 1, la mayoría de los participantes fueron del género femenino (54%).

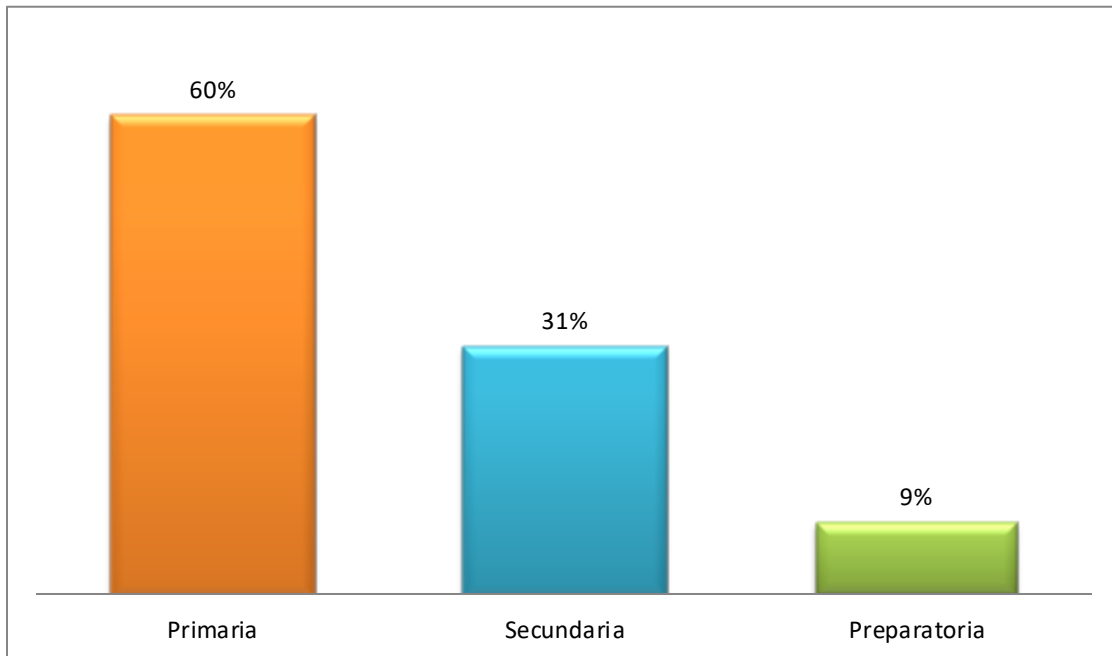
**Figura 1. Distribución de la muestra por género.**





En la figura 2 se muestra que la mayoría de los participantes tenían un nivel de escolaridad de primaria con un 60%.

**Figura 2. Distribución de la muestra por nivel de escolaridad**



#### **4.2 Comparación intergrupala en la preprueba y posprueba**

Para probar si existían diferencias estadísticamente significativas en los ítems del test de Zarit en la preprueba y posprueba se realizó la prueba Anova de medidas repetidas. Los resultados indicaron (Tabla 1) que existieron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems analizados ( $p < a .05$ ).

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar para el grupo intervención, en la preprueba y en la posprueba para las preguntas del test de Zarit.

Variable	Preprueba	Posprueba	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
	Control <i>M</i> ( <i>DE</i> )	Control <i>M</i> ( <i>DE</i> )			
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	3.71 (0.90)	2.48 (.87)	21.60	.00	.52
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	3.90 (1.09)	2.19 (.93)	40.76	.00	.67
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades como el trabajo y la familia?	4.05 (0.74)	2.19 (1.03)	47.38	.00	.70
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	3.00 (1.41)	1.81 (1.17)	10.40	.00	.34
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	3.52 (1.08)	2.00 (.95)	35.80	.00	.64
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	3.52 (1.37)	2.14 (.79)	17.82	.00	.47
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	4.05 (1.16)	1.95 (1.12)	48.77	.00	.71
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	4.19 (.93)	2.24 (.89)	41.10	.00	.67
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	3.62 (1.02)	2.29 (.90)	16.00	.00	.44

*Continúa en la siguiente página*

10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	3.76 (0.94)	2.19 (1.17)	22.00	.00	.52
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	3.71 (1.31)	2.10 (1.14)	15.10	.00	.43
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	3.67 (1.20)	2.05 (.97)	21.61	.00	.52
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	3.86 (0.79)	2.29 (1.19)	31.29	.00	.61
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	4.19 (0.93)	2.14 (1.15)	40.10	.00	.67
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	4.38 (0.59)	2.05 (1.07)	70.00	.00	.78
16. ¿Piensa que será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?	3.90 (0.89)	2.10 (.83)	47.04	.00	.70
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	3.24 (1.38)	1.95 (1.03)	10.80	.00	.35
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	3.29 (1.45)	2.33 (1.20)	7.48	.01	.27
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	3.71 (1.10)	1.90 (1.04)	29.11	.00	.59
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	3.95 (0.67)	2.43 (1.03)	27.68	.00	.58

*Continúa en la siguiente página*

21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	4.10 (0.77)	2.00 (.84)	93.08	.00	.82
22. Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	3.90 (0.94)	2.48 (1.17)	23.08	.00	.54

---

*F* = Prueba de ANOVA de medidas repetidas; *p* = significancia

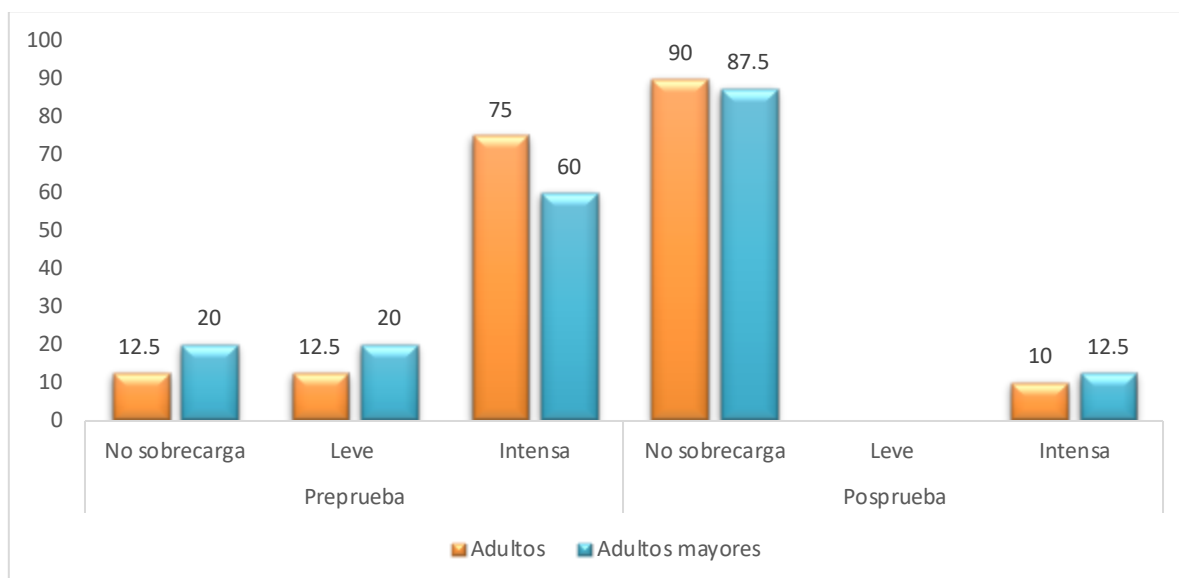
#### **4.3 Nivel de sobrecarga de los cuidadores en la preprueba y posprueba por etapa de vida y género**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos del nivel de sobrecarga de los cuidadores, clasificados de acuerdo con los puntos de corte del test de Zarit, en donde, se clasifican en: no sobrecarga (0 a 46 puntos), sobrecarga leve (47 a 55 puntos) y sobrecarga intensa (de 56 a 88 puntos), en la preprueba y posprueba; así mismo dicho nivel de sobrecarga se comparo por el género del cuidador y etapa de vida (cuidadores adultos y cuidadores adultos mayores).

La comparación entre la etapa de vida y el nivel de sobrecarga durante la preprueba y posprueba (ver figura 3), se observa que los cuidadores adultos en la preprueba presentaban sobrecarga intensa (75%) a diferencia de los cuidadores adultos mayores (60%), es importante resaltar que previo a la implementación del programa el nivel de sobrecarga era intensa, y que derivado de la efectividad de dicho programa se logro modificar el nivel de sobrecarga al pasar en ambas etapas de vida a la ausencia de la misma, ya que para los cuidadores adultos se alcanzó un 90% y para cuidadores adultos mayores fue 87.5%.

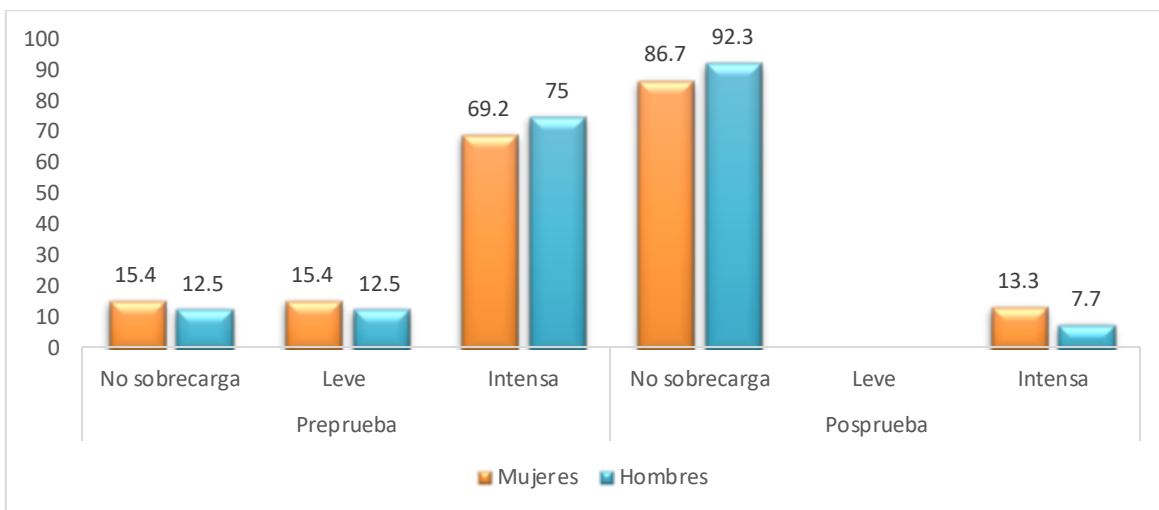
Aunque los resultados fueron satisfactorios, aun queda atender a aquellos cuidadores que aun presentan sobrecarga intensa.

**Figura 3. Nivel de sobrecarga por etapa de vida en la preprueba y posprueba**



En la figura 4, se observan los resultados de la comparación entre el género y el nivel de sobrecarga durante la preprueba y posprueba, mostrando que durante la preprueba tanto mujeres como hombres tenían sobrecarga intensa con el 75% y 69.2% respectivamente, siendo los hombres quienes presentaban mayor porcentaje; mientras que en la posprueba nuevamente se observan cambios significativos, ya que el 86.7% de mujeres y el 92.3% de hombre ya no presentaba sobrecarga, sin embargo 13.3% de mujeres y 7.7% de hombre aun presentaban sobrecarga intensa

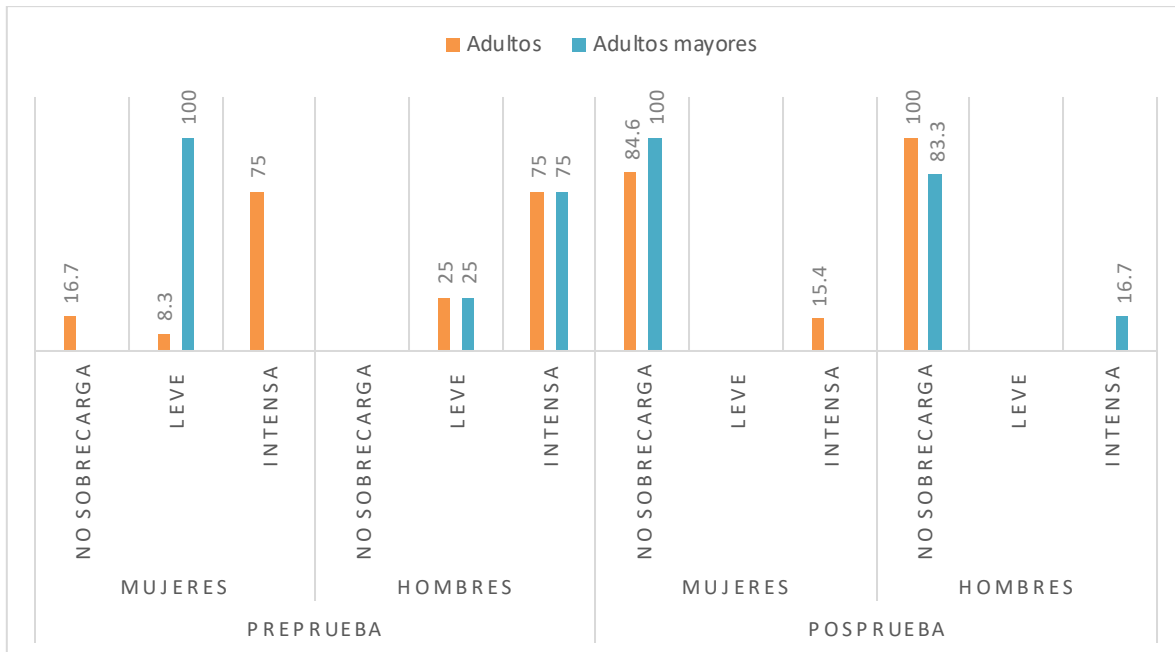
**Figura 4. Nivel de sobrecarga por género en la preprueba y posprueba**



En la figura 5, se observa la comparación entre el nivel de sobrecarga por género y etapa de vida en la preprueba y posprueba, mostrando que previo a la aplicación del programa los cuidadores hombres tanto adultos como adultos mayores presentan un 75% de sobrecarga intensa, mientras que las mujeres cuidadoras adultas y adultas mayores la mayoría se encontraba en sobrecarga leve e intensa.

En la posprueba hubo cambios significativos en las mujeres adultas mayores y hombres adultos sin sobrecarga al 100%, sin embargo, hay un 15.4% de adultas mujeres y un 16.7% de hombres adultos mayores con sobrecarga intensa.

**Figura 5. Nivel de sobrecarga por género, etapa de vida en la preprueba y posprueba**



#### 4.4 Percepción de cambio de los ítems del test de Zarit

En este apartado de los resultados se muestra una evaluación cualitativa realizada por la investigadora acerca de los cambios observados posteriores a la aplicación del programa, en donde se puede observar (tabla 2) que en todos los ítem hubo cambios positivos derivados de las actividades realizadas en la intervención.

Tabla 2. Percepción de cambio de las variables del test de Zarit

Ítem	Observación
¿Su familiar pide más ayuda de la que necesita?	Hubo un cambio en la perspectiva del participante en cuanto a la ayuda que le pide su familiar.
¿Siente que no tiene suficiente tiempo para usted?	El cuidador ya tenía mayor tiempo para él.
¿Se siente agobiado por el exceso de responsabilidades que tiene?	Se logró un balance entre las actividades del participante y el cuidado de su familiar.

¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	Hubo una disminución sobre el sentimiento de vergüenza por la conducta de su familiar.
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	Se logró disminuir el sentimiento de enojo por cuidar a su familiar.
¿Piensa que el cuidado afecta su relación con los demás?	Se logró mejorar la relación del participante con otros miembros de la familia.
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?,	Disminuyó la preocupación por el futuro de su familiar.
¿Piensa que su familiar depende de usted?	Se logró que el participante se acercara a sus redes de apoyo y evitar el pensamiento de que él puede ser el único cuidador.
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	Disminuyó la tensión por cuidar de su familiar.
¿Su salud se ve afectada por el cuidado que realiza?	Logramos un autocuidado por parte del participante.
¿Piensa que no tiene intimidad?	Logramos que el participante, aproveche su tiempo libre.
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada?	Se logró que el participante tuviera una mejoría de su vida social.

*Continúa en la siguiente página*

¿Se siente incómodo por no tener vida social?	Logramos que el participante disfrutara del tiempo que pasa con su familiar.
¿Piensa que es el único apoyo de su familiar?	Logramos un acercamiento por parte del participante a sus redes de apoyo.
¿Piensa que no tiene suficiente dinero para los gastos de su familiar?	Se brindaron estrategias que no requerían de un gasto económico, para disminuir su estrés.
¿Piensa que será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?	Logramos que el participante cuidara a su familiar con cariño y amor para que no se le hiciera tedioso.



¿Piensa que ha perdido el control de su vida?	Logramos que el participante desarrollara su resiliencia y así tener control de su vida.
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	Logramos que el participante no viera como una carga el cuidado de su familiar, sino como una oportunidad de convivir más con él.
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	Brindamos herramientas al participante para cuidar a su familiar de una manera óptima.
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	Logramos que el participante valorara su trabajo como cuidador.
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	Se logró que el participante estuviera feliz con el trabajo que realiza como cuidador.
¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	Se logró disminuir el índice de sobrecarga en los participantes por medio de estrategias vivenciales.

## Capítulo 5. Discusión

Si bien es abundante la información que existe en torno a las características de los cuidadores y de la afectación de diversa índole que estos sufren por el cuidado de una persona mayor dependiente son insuficientes los programas de intervención diseñados a partir de las necesidades de los cuidadores dirigidos a mejorar la calidad de vida.

Crespo y Fernández (2015) refieren que es de suma importancia que existan más programas para cuidadores informales de adultos mayores, dirigidos a la potenciación de habilidades y capacidades específicas, que ayuden a los cuidadores a afrontar sus experiencias y evitar la sobrecarga del cuidador, esto coincide con mi “programa para cuidadores informales del adulto mayor, ya que al hacer la investigación me pude dar cuenta que existen insuficientes programas enfocados en el bienestar del cuidador. A pesar de haber encontrado afectaciones en diferentes ámbitos tales como el físico, mental, social y económico, pudiera existir un sesgo de información debido a que los instrumentos que se utilizaron eran de autoreporte donde los cuidadores reconocen, por lo general menos carga de la que

realmente tienen. Esto coincide con lo planteado con algunos autores como Espín (2009), acerca de que, aunque resulta paradójico, los cuidadores no siempre están dispuestos a reconocer el sufrimiento emocional que padecen. Es relativamente frecuente que el cuidador niegue soportar un peso superior a sus fuerzas y se oponga a que alguien dude sobre su capacidad de cuidar a su familiar.

El programa de (Villarreal, 2006) encontró que, entre los principales problemas encontrados en la mayoría de los cuidadores, estaba el poco tiempo libre con que contaban y la insatisfacción de sus necesidades personales, esto coincide con nuestro programa, ya que efectivamente la principal problemática que referían los cuidadores era el poco tiempo libre que tenían y esto les generaba un estrés que los conllevaba a una sobrecarga. Con esta intervención se logró que los cuidadores aprendieran a planificar mejor su tiempo libre y a darle a este el valor que tiene y su repercusión en el compromiso de un cuidado de mayor calidad. En relación con esto, se ha señalado que debido al vínculo de dependencia que crea el familiar con su cuidador, este va perdiendo poco a poco su independencia, se olvida de sí mismo y no se toma el tiempo libre que necesita para descansar, abandona sus hobbies y aficiones, deja de comunicarse con los amigos y acaba finalmente paralizando durante algunos años su proyecto de vida.

Un aspecto que tuvo ligeros cambios con la intervención y que afectaba a la mayoría de los cuidadores era el poco apoyo recibido por parte de otros familiares y de otras personas para el cuidado del enfermo. Esto pudiera deberse a la tendencia de los cuidadores planteada anteriormente a no pedir ayuda por considerarlo una acción de incapacidad y de rechazo al adulto mayor.

Otro problema encontrado en un elevado número de cuidadores que se modificó moderadamente, fue la presencia de conflictos en la familia ocasionados a partir de la dependencia del adulto mayor, estos resultados coinciden con el programa de (Millán, 2003), ya que el autor mencionaba que la dependencia funcional de los adultos mayores ocasionaba diversos problemas familiares ya que no todos se involucran en el cuidado y este recae, la mayoría de las veces en una sola persona, generando una sobrecarga del

cuidado por el poco apoyo familiar. Esto pudiera deberse a la no intervención psicoeducativa en la familia como un todo sino tan sólo en el cuidador lo que sugiere la necesidad de la incorporación del resto de los familiares a este programa.

En el programa de (Díaz y Rojas, 2009) se aprecia que hay una menor sobrecarga en el cuidador cuando este recibe el apoyo social de sus familiares allegados, vecinos y otros, mientras que los que no lo reciben, son más propensos a padecer depresión y a sentir angustia, esto concuerda con nuestro programa, ya que uno de los principales factores que desencadenaba la sobrecarga era el poco apoyo que recibían los cuidadores por parte familiares cercanos, generando una sobrecarga del cuidado que afectaba su salud. Sería conveniente incorporar al programa de intervención a otros familiares cercanos al enfermo con el objetivo de involucrarlos y prepararlos directamente para su cuidado, es de suma importancia que el cuidado no recaiga solamente en una persona ya que eso es una de las principales causas de la sobrecarga.

Otro de los problemas encontrados en la intervención, fueron los laborales debido a que tiene que ausentarse y dejar de cumplir con estas tareas, llega incluso a abandonar su vínculo laboral, esto repercute en la disminución en sus ingresos económicos cuando más lo necesita y por otra parte, limita su vida profesional, interrumpe en ocasiones importantes proyectos en esta esfera y restringe sus relaciones sociales, esto coincide con el programa de (Cortes, 2015), ya que el autor refería que la mayoría de los cuidadores debido al exceso de cuidado que tienen que brindar, no pueden desempeñarse de la mejor manera en su trabajo, lo que ocasiona la mayoría de las veces que ellos abandonen su trabajo, y esto conlleva a problemas económicos que generan estrés en el cuidador. Ambos aspectos aunque no mejoraron significativamente, tuvieron un cambio favorable con la intervención, ya que al parecer los cuidadores aprendieron a buscar otras opciones, antes de abandonar el vínculo laboral, buscando redes sociales de apoyo que permiten que el cuidador tenga más tiempo para él para poder trabajar y tiempo libre.

Se ha enunciado una serie de sentimientos que experimenta el cuidador de la persona que sufre demencia como la ira, la tristeza, la culpa, la vergüenza y el resentimiento, entre otros,

los cuales influyen negativamente en el cuidado del adulto mayor y pueden dar lugar a alteraciones como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, existen pocos estudios de intervención donde se enseñe a los cuidadores a manejar y controlar adecuadamente estas emociones lo cual pudiera prevenir la aparición de múltiples trastornos, tanto físicos como psicológicos, este programa si se enfocó primordialmente en lograr que los cuidadores afrontaran estos sentimientos por medio de habilidades sociales que les permitan enfrentar situaciones adversas.

De modo general el programa de intervención psicoeducativa no modificó significativamente las afectaciones de índole socioeconómica de los cuidadores, ya que esta es una variable inmodificable, ya que no está en nuestras manos intervenir en esa variable.

## **Capítulo 6. Conclusiones**

Los resultados indicaron cambios estadísticamente significativos ( $p \leq .05$ ) en todas las preguntas, de la preprueba a la posprueba, con tamaños del efecto que van del .27 al .82, por lo que se obtuvo un cambio favorable en todas las preguntas del test de Zarit.

Los resultados de este estudio constituyen un punto de partida para llevar a cabo intervenciones dirigidas a cuidadores informales del adulto mayor, enfocadas a disminuir la sobrecarga por medio de estrategias psicoeducativas y lúdicas, a lo largo de la investigación se puede notar que existen muchos programas enfocados a la salud de los adultos mayores y muy pocos programas enfocados a la calidad de vida de los cuidadores.

Este programa tuvo aportaciones muy importantes para los cuidadores informales del adulto mayor, ya que al hacer la investigación se evidencia que los programas que existen en torno a este tema se basan únicamente en lo teórico, a diferencia de este programa en donde todas las sesiones fueron implementadas por medio de actividades reflexivas vivenciales, estrategias psicoeducativas; por medio de la práctica, lo que facilita que se logre un aprendizaje significativo de los participantes.

Derivado de la intervención, se destaca la importancia de la Educación para la Salud en estos temas, ya que nuestro principal objetivo es que los conocimientos brindados sean significativos por medio de un aprendizaje vivencial de los participantes, no nos basamos solo en brindar la información, sino el principal objetivo es lograr cambios de conductas tales como que el cuidador cambie la percepción del cuidado brindado, que no lo vea como una carga; que los cuidadores desarrollen una adecuada resiliencia que les permita enfrentar situaciones adversas y convertirla en algo positivo; que conozcan diversas técnicas de relajación que puedan aplicar en su vida diaria y evitar así el estrés; lograr el empoderamiento y autocuidado de los participantes para que se interesen en su salud y evitar problemáticas que puedan dificultar el óptimo cuidado de los adultos mayores, todo esto por medio de actividades lúdicas, reflexivas, vivenciales y prácticas.

En este estudio se analizaron las repercusiones que tiene el cuidar a una persona adulta mayor tanto en el ámbito físico, mental y social, también se hizo un análisis entre el género, etapa de vida y nivel de sobrecarga en donde se observa que a diferencia de los programas previos, en esta investigación se logró desmitificar que la mujer es la más propensa a sufrir sobrecarga, este estudio arrojó que los hombres son los que presenta niveles más elevados de sobrecarga debido, a que la mujer de cierta manera está más preparada para cuidar de una persona adulta mayor, ya que a lo largo de su vida realizan más actividades que implican el cuidar de otra persona.

También se descubrió que una gran cantidad de cuidadores son adultos mayores, lo que implica mayor dificultad en el cuidado; ya que un adulto mayor, muchas veces está impedido por dependencias funcionales que le dificultan realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y aun así tienen que cuidar de otra, es por eso que es de suma importancia que como educadores para la salud fomentemos un envejecimiento activo a lo largo del curso de vida.

Por otra parte, la presente investigación tuvo algunas limitaciones, tales como:

- El espacio, ya que algunas sesiones se tuvieron que realizar al aire libre y esto ocasionaba distracciones en los participantes, complicando las técnicas de relajación.
- Varios de los participantes estaban impedidos por alguna discapacidad, por lo que ciertas actividades se tuvieron que adaptar a las condiciones físicas de los participantes.
- La edad de los participantes resultó una limitante ya que teníamos edades de 28 a 78 años y al ser muy heterogénea, en ocasiones resultaba difícil incluir a todos los participantes en algunas actividades.

Como propuestas de mejora están las siguientes:

- Verificar el estatus de salud de los participantes, para así poder implementar actividades que puedan ser incluyentes para todos los participantes, sin distinción de edad o discapacidad.
- Contar con un espacio adecuado y sin distracciones para poder realizar las actividades de relajación sin distracción alguna.
- Desarrollar programas específicos a cada uno de los síndromes geriátricos, ya que esto permitirá capacitar de mejor manera a los cuidadores, ya que estarán especializados en las necesidades de sus familiares.
- Involucrar a familiares allegados del cuidador al programa, para que no recaiga el cuidado solo en una persona ya que un principal factor para que se dé la sobrecarga es el poco apoyo que tienen por parte de sus familiares.

## Referencias

- Auslander, G. K. (2011). Family caregivers of hospitalized adults in Israel: a point-prevalence survey and exploration of tasks and motives. *Research in Nursing & Health* 34, 204–217.
- Ávila, J. H. y Vergara, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Revista Aquichan*, 14(3), 417-429.
- Bambara, J. K., Owsley, C., Wadley, V., Martin, R., Porter, C. y Dreer, L. E. (2009). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 50(4), 1585-1592.
- Brea, T. M., (2015). El coste de cuidar desde una perspectiva de género: proceso emocional de personas cuidadoras de familiares dependientes. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, España.
- Cardona, D., Segura, A. M., Berbesi, D. Y., Ordoñez, J. y Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Revista de Investigaciones Andina*, 13(22), 178-193.
- Carretero, S., Garcés, J. y Ródenas, F. (2003). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Consultado en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.
- Casado, R. M. (2015). La sobrecarga en los cuidados: percepciones y manifestaciones de sobrecarga en personas cuidadoras de familiares dependientes. Un acercamiento a los factores predictores, Universidad de Sevilla, España.
- Castaño, Y. y Canaval, G. E. (2015). Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Ciencia de la salud*, 11(2), 274-283.
- Comelin, A. P. (2014). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Revista de Ciencias sociales*, 50(5), 111-127.

- Compean, J. M., Silerio, J., Castillo, R. y Parra, M. L. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista CONAMED*, 13(1), 17-21.
- Consejo Nacional de Población (2015). *Envejecimiento*. Consultado en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/XXII\\_Concurso\\_Nacional\\_de\\_Dibujo\\_Envejecimiento](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/XXII_Concurso_Nacional_de_Dibujo_Envejecimiento).
- Cortes, J. E., Flores, P. E., Gómez, C. A., Reyes, K. S. y Romero, L. A. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 73-81.
- Cortés B. A., (2015). *Programa de intervención fisioterapéutica para la mejora del estrés y la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad*. Tesis de Doctorado en Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Coruña, España.
- Crespo, M. y Fernández, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27.
- Crespo, M. y López, J. (2006). *El apoyo de los cuidadores familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa: como mantener su bienestar*. Madrid: Inmerso.
- Delgado, E., González, M. P., Ballesteros, A. M., Pérez, J., Mediavilla, M. E., Aragón, R...Guzmán, M. A. (s.f). *¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión sistemática de la literatura*. Consultado en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/delgado-instrumentos-01.pdf>.
- Delgado, M. y Llorca, J. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 141-148.
- Delicado, M. V. (2003). *Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones socio familiares de la dependencia*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante, España.
- De Valle, M. J., Hernández, I. E., Zúñiga, M. L. y Martínez, P. (2015). Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista de Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27.
- Díaz, J. C. y Rojas, M. V. (2009). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Revista Aquichan*, 9(1), 73-92.



- Domínguez, G., Zavala, M. A., De la cruz, D. C. y Ramírez, M. O. (2008). *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008.* Consultado en: <http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen23.1/doc5.pdf>.
- Dorantes, G., Ávila, J. A., Mejía, S. y Gutiérrez, L. M. (2001). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), 1-11.
- Espín, A. M. (2009). Escuela de cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1-14.
- Espinoza, M. K. y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23-30.
- Fernández, M. B. A. (2015). *Estudio de la sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia.* Tesis de Doctorado en Educación, perspectivas históricas, políticas, curriculares y de gestión. Universidad de Burgos, España.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- Flórez, I. E., Montalvo, A. y Romero, E. (2012). Soporte social con Tecnologías de la Información y la Comunicación a cuidadores. una experiencia en Cartagena, Colombia. *Investigación Educación y Enfermería*, 30(1), 55-65.
- Galvis, C. R., Aponte, L. H. y Pinzón, M. L. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. *Revista Aquichan*, 16(1), 104-115.
- García, M. P. (2011). Transformación en las esferas de la vida de las cuidadoras y cuidadores familiares o de su entorno de personas en situación de dependencia con grado II y III en Galicia, Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela, España.

- González, F., Massad, C. y Lavanderos, F. (2014). *Estudio Nacional de la dependencia en adultos mayores*. Consultado en: <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf>.
- Gutiérrez, I., Del barrio, J.A., Sánchez, I. A., Vicente, F., Sánchez, A., González, J... Palmero, C. (2014). Propuesta de programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de alzheimer y prevención del síndrome del cuidador evitando que el cuidador se convierta en paciente. *Revista de psicología* 1(2), 203-210.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta Edición. México: Mc Graw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Consultado en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>.
- Ice, G. H., Sadruddin, A. F. A., Vagedes, A., Jogo, J y Jumas, E. (2012). Stress associated with caregiving: An examination of the stress process model among Kenyan Luo elders. *Social Science & Medicine*, 74(1), 2020-2027.
- Islas, P. (2000). *El cuidador familiar: una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia*. Consultado en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC\\_07-08\\_22.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC_07-08_22.pdf).
- Litzelman, K., Kent, E. E. y Rowland, J. H. (2016). Social factors in informal cancer caregivers: the interrelationships among social stressors, relationship quality and family functioning in the CanCORS data set. *Cancer*, 122(1), 278-286.
- López, J. (2005) *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Luthar, S. S. y Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology*, 19(1), 931-955.
- Marc, L. G., Zerden. M., Ferrando, S. J y Testa, M. A. (2011). HIV caregivers and HIV non-caregivers: differences in sociodemographics, immune functioning, and quality-of-life. *AIDS Care*. 23(7), 880-891.

- Martínez, J. W., Albán, A. M., Arcos, F. E., Calvachi, J. V., Giraldo, L. F. y Jojoa, J. A. (2009). Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 645-653.
- Masanet, E. y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.
- Millán, J. (2003). Ayudando al cuidador de anciano: un programa televisivo para llegar a cada casa. *Revista Intervención Psicosocial*, 12(3), 345-352.
- Modroño, M. J., Romero, J., Sánchez, M. J. y Expósito, M. A. (2007). *Definición de dependencia funcional: implicaciones para la política sociosanitaria*. Consultado en: [file:///C:/Users/LABLES/Downloads/S0212656709004788\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/LABLES/Downloads/S0212656709004788_S300_es.pdf).
- Organización Mundial de Salud. (2005). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Consultado en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Envejecimiento y salud*. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Estilo de vida*. Consultado en: <http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Determinantes sociales de la salud*. Consultado en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/).
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud*. Consultado en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Pagnini, M., Phillips A. M., Bosma V., Reece D. y Langer M. (2015) Mindfulness as a protective factor for the burden of caregivers of amyotrophic lateral sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 101-111.
- Pagani, M., Giovannetti, A. M., Covelli, V., Sattin, D. y Leonardi M. (2014) Caregiving for patients in vegetative and minimally conscious states: perceived burden as a mediator in caregivers Expression of needs and symptoms of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychology Med Settings*, 21(3), 1-9.
- Párraga, M. (2005). Y... ¿Quién cuida a los cuidadores? *Revista de Enfermería Global*, 4(1), 1-6.

- Ramos, J., Mesa, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P. y Hernández, M. T. (2009). *Aportes para una conceptualización de la vejez*. Consultado en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/11/011\\_Ramos.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf).
- Rivera, M. (2013). *Variables de riesgo asociadas al burnout entre cuidadores familiares de enfermos de alzheimer en el oeste de puerto rico*. Tesis de Doctorado. Universidad de León, León.
- Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Colombia: Universidad del Rosario.
- Rogero, J. (2009). *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Inmerso.
- Ruff, T., Kabeto, M. U., Blaum, C. S. y Langa, K. M. (2007). Degree of disability and patterns of caregiving among older Americans with congestive heart failure. *Journal General Internal Medicine*, 23(1), 70-76.
- Schrank, B., Ebert, A., Amering, M., Masel, E. K., Neubauer, M., Watzke H...Schur, S. (2015) Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25 (7),1-7.
- Solano, A., Valenciano, M. y Vindas, M. (1998). *Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del grupo acción*. Tesis de la Licenciatura en Trabajo social. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Trejo, L. P. (2009). Calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico. *Tesis de maestría, universidad autónoma de San Luis potosí facultad de enfermería*. San Luis Potosí.
- Vega, O. M., Gonzales, D. S. y Ramírez, M. M. (2007). Cronicidad y cuidadores familiares: una revisión desde lo contextual y conceptual. *Respuestas*, 12(2), 26-37.
- Vicente, M. A., De la Cruz C., Morales R.A., Martínez, C. M. y Villarreal M. A. (2014) Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *Revista Europea de Investigación en Salud*, 4(2), 151-160.
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Muller, R., Rodríguez, M. C. y Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción, Chile. *Revista Ciencia y Enfermería*, 20(1), 61-74.

Villareal, M. A. (2006). *Programa psicoeducativo en familiares cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer*. Tesis de doctorado en ciencias de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Zarit, S. H., Reever K. E. y Peterson, J. B. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist Oxford Journal's*, 20(6), 649-655.

# **Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.**



Elaborado por:  
Trujillo Ornelas Karla Michel

# **Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor**

Karla Michel Trujillo Ornelas

Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl

## **Introducción**

El programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor va dirigido a personas de ambos sexos de 18 años en adelante, que pretende:

- 1) Promover la resiliencia y empoderamiento como método de afrontamiento del estrés.
- 2) Conocer los factores que influyen para que se desarrolle un índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.
- 3) Disminuir el índice de sobrecarga del cuidador informal

Para los contenidos de este manual se tomó en cuenta el nivel cognoscitivo de los participantes, así como las características propias del desarrollo fisiológico.

Este programa fue diseñado para ser aplicado por estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud con pleno manejo del tema.

La intervención está diseñada para presentarse quincenalmente con un total de 5 sesiones y su duración es de una hora treinta minutos.

Para la construcción de este manual nos basamos en la Propuesta de programa Universitario de envejecimiento activo, de la autora Ramírez (2015).

## **Estructura de las sesiones**

Cada sesión comprende diferentes actividades y comienza con la revisión de las tareas vivenciales (excepto en la primera sesión).

Las sesiones incluyen los siguientes elementos:

- a) Nombre de la sesión
- b) Objetivos
- c) Tiempo
- d) Preparación (material necesario para su realización)
- e) Recomendaciones
- f) Aplicación a la vida diaria
- g) Actividades
- h) Anexos (hojas de trabajo a utilizar).

En cada actividad, la información o indicaciones que debemos brindar a los participantes están indicadas con letras cursivas.

Al final de cada sesión se plantea una actividad llamada aplicación a la vida cotidiana que se revisa en la siguiente sesión, preguntas y respuestas ejemplo que hizo, ¿Cómo lo hizo?, ¿Con quién lo hizo? y ¿Qué dificultades tuvo al realizarlo?, lo cual permite que los participantes integren en su repertorio conductual las habilidades adquiridas, al llevar un proceso de modificación de hábitos en un ambiente natural del día a día.

El facilitador refuerza los logros y anima a los participantes a practicar en nuevas situaciones.



<b>Sesión 1</b>	<b>Sesión 2</b>
<p><b>1.Afrontamiento del estrés enfocado en el problema y las emociones</b></p> <p>1.1 Presentación del programa</p> <p>1.2 Presentación de Estudiantes de Licenciatura en Educación para la salud</p> <p>1.3 Presentación de participantes</p> <p>1.4 Relajación de los participantes</p> <p>1.5 Definición de sobrecarga</p> <p>1.6 Afrontamiento del estrés enfocado en el problema y las emociones</p> <p>1.7 Tareas vivenciales</p>	<p><b>2.Resiliencia y autovaloración</b></p> <p>2.1 Revisión de tarea vivencial</p> <p>2.1 Definición de Resiliencia</p> <p>2.2 Experiencias de los participantes</p> <p>2.3 Relajación de los participantes</p> <p>2.4 Autovaloración de los participantes</p> <p>2.5 Reconocimiento de cualidades</p> <p>2.6 Fortalecimiento de la confianza</p> <p>2.7 Tareas vivenciales</p>
<b>Sesión 3</b>	<b>Sesión 4</b>
<p><b>3.Empoderamiento</b></p> <p>3.1 Revisión de tareas vivenciales</p> <p>3.1 Relajar a los participante</p> <p>3.2 Reforzamiento de la resiliencia</p> <p>3.3 Definición de empoderamiento</p> <p>3.4 Empoderamiento en la vida diaria</p> <p>3.5 Autocuidado y beneficios</p> <p>3.6 Tareas vivenciales</p>	<p><b>4.Técnicas de relajación y redes de apoyo</b></p> <p>4.1 Revisión de tarea vivencial</p> <p>4.2 Importancia de la relajación</p> <p>4.3 Relajación muscular</p> <p>4.4 Beneficios de la relajación</p> <p>4.5 Definición e importancia de las redes de apoyo</p> <p>apoyo</p> <p>4.6 Realimentación de las sesiones</p> <p>4.7 Tarea vivencial</p>

<b>Sesión 5</b>	
<p><b>5.Cursos en línea</b></p> <p>5.1 Revisión de tarea vivencial.</p> <p>5.1 Realimentación de las sesiones anteriores</p> <p>5.2 Relajación de los participantes</p> <p>5.3 Informar sobre cursos en línea existentes para cuidadores</p> <p>5.4 Importancia de los cursos en línea para cuidadores.</p>	

### **Técnicas utilizadas**

**Conociendo a mi grupo:** realizar una dinámica de interacción grupal que busca que los participantes interactúen de manera lúdica para generar un ambiente óptimo para la convivencia y la socialización. En esta actividad a los participantes se les pide realizar un círculo de pie al centro del salón, posteriormente los coordinadores dirán: "Imaginen que estamos navegando en un enorme barco, al paso de unos minutos se acerca una tormenta, el barco se hunde, para salvarse, hay que subirse en unas lanchas salvavidas, pero en cada lancha solo pueden entrar (se dice un numero) ... personas." Así se irán formando los grupos. Durante el transcurso de la actividad existe música de fondo que permite desarrollar los procesos de atención de los participantes (Ramírez, 2015).

**Observación de la respiración:** se les pedirá a los participantes que se acuesten en el suelo sobre cobijas que los facilitadores les proporcionaran, se pondrán en posición de cuerpo muerto: piernas estiradas ligeramente separadas puntas de los pies mirando ligeramente hacia afuera, los brazos a los lados del cuerpo, con las palmas de las manos mirando hacia arriba, con los ojos cerrados. Dirija su atención a su respiración. Coloque una mano en el lugar del cuerpo que vea que sube y baja cada vez que usted espire o inspire. Fíjese si este lugar se encuentra situado en el tórax; si es así, esto significa que usted no está ventilando adecuadamente los pulmones. Las personas nerviosas tienden a hacer respiraciones cortas y superficiales que solo alcanzan la parte más alta del tórax. Es preferible respirar por la nariz

más que por la boca; por tanto, mantenga sus fosas nasales tan libres como puede antes de realizar los ejercicios. ¿Se mueve su tórax al compás de su abdomen o, por el contrario, está rígido? Dedique uno o dos minutos a dejar que su tórax siga los movimientos del abdomen (Rodríguez, García y Cruz, 2005).

**Respiración profunda:** aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Doble las rodillas y separe las piernas unos 20 cms. Dirigiéndolas suavemente hacia fuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.

2.-Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.

3.-Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.

4.-Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá un poco y a la vez que el abdomen.

5.-Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto 4 , sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen. Fíjese en el sonido y en las sensaciones que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.

6.-Continúe con 5 o 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas. Luego, si desea, puede prolongarlo hasta 20 minutos.

7.-Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.

8.-Una vez que se sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca, tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en los movimientos ascendentes y descendentes de su abdomen, en el aire que

sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda proporciona.

9.-Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda practíquela cada vez que note que va a ponerse tenso (Rodríguez, García y Cruz, 2005).

**Relajación de Jacobson:** adopte una posición cómoda, acostado o sentado, preferiblemente en una silla donde pueda apoyar la cabeza, (de no ser posible dejar pender la misma ligeramente sobre el pecho), ojos cerrados.

Primera serie de ejercicios: Relajación de los músculos de las manos, antebrazos y bíceps (realizar los ejercicios tres veces al día). Apretar el puño derecho tan fuerte como pueda y observar la tensión del puño, mano y antebrazo. A continuación, relájese, note la relajación en su mano y observe el contraste en la tensión. Repetir esta secuencia una vez más con el puño derecho. Repetir igual procedimiento, dos veces con el puño izquierdo y después hacerlo dos veces con ambos puños a la vez. A continuación, doble el codo y tense el bíceps, después relájelo y note la diferencia, repítalo dos veces más. Mientras se relaja puede repetirse a sí mismo “me relajo, me siento tranquilo, calmado y descansado”. Puede emplear otras frases similares si le acomoda mejor.

Segunda serie de ejercicios (Segundo día): relajación de la cabeza, cuello y hombros (realizar tres veces al día). Repetir los ejercicios de los brazos del primer día y continuar con los siguientes: Arrugue la frente tan fuerte como pueda, relájese y distiéndase, frunza el ceño y observe la tensión. Suéltelo y permita que la ceja recupere su posición normal. Con los ojos cerrados, apretar los párpados tan fuertes como pueda, relaje los ojos hasta sentirlos suavemente cerrados. Ahora apriete la mandíbula, relájela hasta que los labios estén ligeramente separados. Observar la diferencia entre la tensión y la relajación. Apriete la lengua contra el paladar, relájese. Frunza los labios de “O” y relájelos. Observe la relajación de la frente, ojos, mandíbula, lengua y labios. Apriete la cabeza por la parte de la nuca tanto como pueda, sin sentir malestar, aprecie la tensión en el cuello, hágalo girar despacio a la derecha, después a la izquierda. Note el cambio de localización de la tensión. Dirija la cabeza al frente y déjela en esa posición, presione la barbilla contra el pecho. Sienta la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello. Relájese y

ponga la cabeza en una posición cómoda. Encoja los hombros hacia arriba tanto como pueda y encorve la cabeza hacia abajo entre los hombros. Relájelos. Déjelos caer y sienta la relajación propagarse por el cuello y los hombros. Repita de nuevo toda la secuencia.

Tercera serie de ejercicios (Tercer día): Relajación de pecho, estómago y partes bajas de la espalda. Repetir los ejercicios de las dos series anteriores y continuar con los siguientes: aspire y llene completamente los pulmones de aire. Manténgalos llenos de aire y note la tensión. Ahora espire, dejando su pecho suelto. Continúe respirando lenta y suavemente varias veces, sienta como la tensión sale fuera del cuerpo en cada espiración. Ahora apriete el estómago y manténgalo así. Note la tensión, después relájese. Coloque la mano sobre el estómago y aspire profundamente retirando la mano. Mantenga el aire un momento, después exhale. Sienta la relajación cuando el aire silba al salir. Ahora arquee la espalda sin hacer un esfuerzo excesivo. Mantener el resto del cuerpo tan relajado como sea posible. Concéntrese en la tensión de la parte baja de la espalda. Ahora relájese tan profundamente como pueda. Repita de nuevo toda la secuencia.

Cuarta serie de ejercicios (Cuarto día): Relajación. Muslos, nalgas, pantorrillas y pies. Repetir los ejercicios de las tres series anteriores y continuar con los siguientes: Apriete las nalgas y muslos presionando los talones hacia adentro, tanto como pueda. Relájese y observe la diferencia. Estire la punta de los pies para tensar las pantorrillas. Observe la tensión, a continuación relájelos. Dirija la punta de los pies hacia la cara poniendo la tensión en la espinilla. Note la tensión, después relájese. Note lo pesadas y relajadas que están sus piernas. Repita de nuevo toda la secuencia. A partir del cuarto día aplique la siguiente serie de ejercicios para fortalecer el estado de relajación logrado.

1. Concentrarse en la totalidad del cuerpo: brazos, cabeza, cuello, estómago y piernas. Sienta como su cuerpo se sumerge en un estado de relajación cada vez más profundo, permita que se relaje cada vez más.
2. Sienta como su cuerpo se sumerge en un estado de relajación cada vez más profundo, permita que se relaje cada vez más.
3. Respire con normalidad.

4. Imagínese que los pies le pesan, que le pesan mucho, como si fueran de plomo.
5. Concentre su atención en las piernas, piense que cada vez le van pesando más, que de tan flojas que están, las siente muy pesadas.
6. Imagine esta sensación de pesadez en el estómago, el pecho y también en el cuello y en la cabeza.
7. Sus manos y brazos pesan cada vez más, se encuentran cada vez más y más relajados.
8. Todo el cuerpo le pesa.
9. Note la sensación de relajación profunda, de calma y tranquilidad. Concentre su atención en estas sensaciones.
10. Continúe tal y como se encuentra ahora, relajado durante 7 u 8 minutos más.
11. Ahora respire profundo varias veces, mueva los brazos y abra los ojos. Acompañe cada ejercicio con respiración tranquilizante (Rodríguez, García y Cruz, 2005).

**Integrándome:** los participantes formarán grupos, que serán designados por medio de una dinámica en donde cada vez que se mencione una característica de las personas, ellas se deberán mover conforme a lo requerido. Se harán equipos de manera proporcional (Ramírez, 2015).

**Comparto experiencias:** los participantes compartirán en su grupo acerca de cómo cambio su vida a partir de que empezaron a cuidar a su familiar (Ramírez, 2015).

**Mis decisiones, mi vida:** a partir de la actividad previa en donde se organizan por grupos, se comparten las experiencias de vida que ellos hayan identificado como parte de los procesos adaptativos. Los equipos estarán monitoreados por un moderador y se buscará llegar a conclusiones por equipo, que posteriormente compartirán en plenaria (Ramírez, 2015).

**Relajación y visualización:** se pide a los participantes cerrar los ojos y llevar a cabo las instrucciones del coordinador, el cual con ayuda de la música guía a los asistentes a lograr

visualizarse a sí mismos, y a su vez a identificarse con una esponja que cada quien posee en sus manos. El coordinador dará instrucciones sobre pasar la esponja por diversos materiales, al tiempo que relata una historia.

Esta historia refiere lo siguiente:

*“Imagínate que eres la esponja que tienes en tus manos, siente de que textura es, de que dimensiones, de qué forma....esa esponja...como tú...pasara por diferentes experiencias...así como tú lo has hecho en la vida...siente cada una de esas experiencias como propia y pon mucha atención en tus sentidos...Primero vamos a meter a esa esponja dentro de un recipiente lleno de agua...ya dentro siente como esa esponja se transforma y se hace una con el agua, siente ahora su peso, siente sus dimensiones...date cuenta que ahora se ha transformado, que tiene un gran peso...recuerda: ¿en qué momentos de tu vida te has sentido así? ¿Qué eventos has hecho que te sientas pesado/pesada? ¿Cuánto tiempo has tolerado ese estado?¿Cuándo lograste volver a ser ligero?*

*Ahora toma esa esponja y exprímela...Ahora tendremos otra experiencia: siente enfrente de ti esa montaña de aserrín, tómalo con las manos y empieza a cubrir tu esponja...cúbrela toda hasta que desaparezca ella debajo de ese montón de aserrín...ese material es ligero...sin embargo, hace que desaparezca la esponja tras de sí, de manera sutil...casi sin sentirlo...¿en qué momentos de tu vida te has sentido desaparecido/desaparecida?¿Cuánto tiempo has durado así? ¿Cómo es la sensación de estar bloqueado/eliminado/desaparecido de la tu propia vida? ¿Qué hiciste para volver a aparecer? ¿Qué necesitas para volver a aparecer?...*

*Finalmente viviremos la última experiencia...cubre la esponja ahora con las piedras que tienes al lado...cúbrela y oprímela, hazla desaparecer debajo de un gran peso, inmovilízala, obstaculiza todo su capacidad de movimiento...Ahora recuerda...¿en qué momento de tu vida de has sentido inmóvil? ¿Qué ha pasado cuando te has sentido oprimido? ¿Que sientes al estar así inmovilizado?¿Has hecho algo para salir y cambiar de ese estado?..¿Cómo se siente ser liberado?...*

*Estas tres experiencias nos permiten darnos cuenta de cómo tu vida es como la esponja...los eventos de la vida pueden hacer que ella este bajo las condiciones más complicadas,, que te exijan el tener que soportar cargas pesadas, que has quedado inmovilizado, que has desaparecido...sin embargo...fijate como la esponja después de cada*

*experiencia regresa a su estado original... aún con las experiencias más dolorosas, tú tienes un estado original que siempre te permitirá tener tu propia forma, tu propia esencia... tu propio origen... tienes la capacidad de recuperarte a pesar de las experiencias adversas.. y esas experiencias siempre dejan aprendizajes ,que te hacen salir fortalecido, que hacen que tu forma original siempre este presente...así es la resiliencia: la capacidad de salir fortalecidos a cada una de las adversidades que enfrentemos...”* (Ramírez, 2015).

**Actividad reflexiva vivencial:** cada participante tiene en su poder una hoja en forma de corazón en donde al centro de la hoja se encuentra su fotografía y una descripción de sí mismos.

El coordinador pedirá a los participantes que destruyan dicha hoja al ir haciendo una serie de preguntas relacionadas con el dolor emocional.

Algunas de las preguntas son:

¿Alguna vez te has sentido que no eres valioso?

¿Piensas que tu vida no tiene sentido?

¿TE has sentido inferior a otras personas?

¿Has pensado que eres incapaz de hacer actividades? (Ramírez, 2015).

**Parche al corazón:** se entrega a cada participante una cantidad de parches, como símbolo de la posibilidad de reparar, fortalecer las heridas causadas ante procesos de impacto emocional que hayan deteriorado la autoestima. El coordinador realiza diferentes preguntas que permiten llegar al proceso de reflexión de las fortalezas necesarias para enfrentar hechos que impacten la autoestima.

Algunas de las preguntas son:

¿Recuerdas momentos en los que te diste cuenta que eres capaz y reconociste tus fortalezas?

¿Cuándo fuiste capaz de decir alto a las formas de relación con las personas que no te gustaban?

¿Cómo fue cuando lograste ponerte a salvo de situaciones de violencia/confrontación/dolor?

¿Qué características tienes que te hacen ser valiosa/valioso para ti misma? (Ramírez, 2015).



**Autorreflexión:** a partir de la explicación de los elementos de la autoeficacia, se pide a los participantes que reconozcan en su propia vida y contexto aquellos elementos que le permiten tener o desarrollar su autovaloración. Cada participante comparte su propia experiencia en plenaria (Ramírez, 2015).

**Puesta en práctica:** se dirigirá al grupo a la sala de cómputo en donde se pedirá a los asistentes desplazarse a la UAEM, UAP Nezahualcóyotl, en donde se les enseñará como ingresar a diferentes cursos en línea existentes para cuidadores informales del adulto mayor (Ramírez, 2015).

# Sesión

# 1

## **Sesión 1**

### **Afrontamiento del estrés enfocado en el problema y en las emociones**

#### **Objetivos:**

- Presentar el programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.
- Presentar a los facilitadores (Estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud).
- Presentar a los participantes del programa.
- Relajar a los participantes.
- Explicar la definición de sobrecarga.
- Explicar el afrontamiento del estrés enfocado en el problema y en las emociones.
- Dejar tarea vivencial.

#### **Preparación:**

- Realizar diseño del letrero con el texto “Bienvenidos”.
- Diseñar gafetes donde se colocaran los nombres de los participantes y de los facilitadores.
- Comprar 60 globos para la actividad para la actividad 1.5
- Comprar 30 plumines
- Comprar 30 hojas blancas
- Comprar 30 lápices

### **Actividad 1.1**

#### **Presentación del programa**

**Objetivo:** presentar el “programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor.

**Tiempo estimado:** 10 min.

Se da la bienvenida a los participantes diciendo: *Hola buenas tardes, el programa que vamos a realizar, se elaboró con el objetivo de disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor, tal vez por el momento no sepan que es la sobrecarga, pero nosotros posteriormente les iremos explicando todos los conceptos que desconozcan, les agradecemos su participación y esperamos que sea de su agrado, si tienen algún inconveniente o duda, con gusto se pueden dirigir a nosotros.*

## **Actividad 1.2**

### **Presentación de los facilitadores (Estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud)**

**Objetivo:** Presentar a los facilitadores del programa.

**Tiempo estimado:** 10 min.

Se inicia la presentación de los facilitadores diciendo: *Nosotros somos Estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, y posteriormente se indicarán los nombres de los facilitadores, reiteramos que cualquier duda o inconveniente que tengan se pueden dirigir a nosotros sin ningún problema.*

## **Actividad 1.3**

### **Presentación de participantes**

**Objetivo:** Presentar a los participantes del programa.

**Tiempo estimado:** 15 min.

*Se le pedirá a cada participante que se levante de su asiento y nos indique su nombre, edad y que espera de este programa.*

## **Actividad 1.4**

### **Relajación de los participantes**

**Objetivo:** Relajar a los participantes.

**Tiempo estimado:** 10 min.

*Se le pedirá al participante que se tienda en el suelo sobre la alfombra que nosotros les proporcionaremos se le indicará lo siguiente: Doble las rodillas y separe las piernas unos 20 cms. Dirigiéndolas suavemente hacia fuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.*

*2.-Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.*

*3.-Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.*

*4.-Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá un poco y a la vez que el abdomen.*

*5.-Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto 4, sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen. Fíjese en el sonido y en las sensaciones que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.*

*6.-Continúe con 5 o 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas. Luego, si desea, puede prolongarlo hasta 20 minutos.*

*7.-Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.*

*8.-Una vez que se sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca, tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en los movimientos ascendentes y descendentes de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda proporciona.*

*9.-Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda practíquela cada vez que note que va a ponerse tenso.*

## Actividad 1.5

### Definición de sobrecarga

**Objetivo:** Explicar el concepto de sobrecarga para que los participantes la conozcan.

**Tiempo estimado:** 25 min.

Se le hará entrega de dos globos a cada participante, los tendrán que inflar y posteriormente, se les proporcionará un plumín para que escriban sus mayores temores, frustraciones, sus principales motivos de estrés, en el otro globo pondrá, sus fortalezas, sueños, metas, una vez que esté listo el globo o se les pedirá que los mantengan en el aire durante 5 minutos, no deben dejar que se les caiga ninguno, al finalizar los 5 minutos pediremos a cada participante que nos diga cómo se sintió, por último se les dirá lo siguiente: *Como pudieron darse cuenta con esta actividad, fue imposible mantener los dos globos en el aire porque o te enfocas en tus miedos o en tus sueños, es una muestra de cómo nuestras situaciones de estrés, miedos, frustraciones etc., nos impiden realizar nuestros sueños, es muy importante querernos, respetarnos y no olvidarnos de la importancia que tiene apapacharnos, tener tiempo de relajarnos, etc.*

## Actividad 1.6

### Afrontamiento del estrés enfocado en el problema y en las emociones

**Objetivo:** Explicar el afrontamiento focalizado en el problema y las emociones y su aplicación a la vida diaria.

**Tiempo:** 25 min.

Por medio de la actividad llamada, dibuja tu monstruo, se les proporcionara a cada participante una hoja blanca y un lápiz y les pediremos que piensen en situaciones de estrés, frustración, miedos y hagan un dibujo representándolo, posteriormente, le pediremos a cada participante que explique por qué dibujo eso y como se sintió al dibujarlo, se les preguntara que si se quieren liberar de ese monstruo, los que contesten que si tendrán que romper su dibujo y tirarlo en una bolsa negra que nosotros tendremos, los que no se sintieron preparados les pediremos que lo guarden y nosotros seguiremos llevando la bolsa en todas las sesiones, cuando se sientan listos lo podrán romper y tirar.

Por último se les indicarán los siguientes consejos para manejar el estrés:

- *No preocuparse por las cosas que no podemos controlar; por ejemplo por el clima.*
- *Hacer algo al respecto de las cosas que sí podemos controlar.*

- *Prepararse lo mejor que se pueda para sucesos que se sabe que pueden ocasionarnos estrés; como exámenes.*
- *Pedir ayuda a amigos, familiares o a profesionales.*
- *Fijarse metas realistas tanto en la casa como en el trabajo.*
- *Hacer ejercicio.*
- *Meditar (probando técnicas de relajación, relajando la respiración; bajo la supervisión de un especialista).*
- *Alejarse de lo que le produce estrés cotidiano haciendo deportes en grupo, teniendo actividades sociales y por medio de pasatiempos.*
- *Tratar de ver los cambios como un reto positivo y no como una amenaza.*
- *Organizar el tiempo. Priorizar y estructurar actividades y expectativas.*
- *Mantener una dieta saludable. Evitar la automedicación y el abuso de cafeína, alcohol y comidas.*
- *El ejercicio es una buena forma de manejar el estrés pues es una forma saludable de aliviar la energía y la tensión reprimida. Además ayuda a ponerse en mejor condición física lo cual lo hace sentirse mejor en general.*

## **Actividad 1.8**

### **Tareas vivenciales**

**Objetivo:** Dejar tareas vivenciales para reforzar lo visto en la sesión.

**Tiempo estimado:** 5 min.

Se les pedirá a los participantes que les pregunten a dos familiares como actúan ante una situación de estrés.

# Sesión

# 2



## **Sesión 2**

### **Resiliencia y autovaloración**

#### **Objetivos**

- Revisar la tarea vivencial.
- Explicar el concepto de resiliencia.
- Que los participantes compartan sus experiencias como cuidadores.
- Relajar a los participantes.
- Reforzar la autovaloración de los participantes.
- Reconocer las cualidades de cada participante.
- Fortalecer la confianza de los participantes.
- Dejar tarea vivencial.

#### **Preparación**

- se les preguntara a cada participante acerca de la tarea.
- Dos cajas, dos espejos, y 30 sillas, 30 plumas y 30 15 hojas blancas.
- Se traerán bocinas y se les reproducirá la canción God is an astronaut- forever lost con el fin de relajar a los participantes.
- Se repartirán cuatro banditas adhesivas por cada participante para la actividad 1.4
- Se les dará 15 hojas por participante
- Fortalecer la confianza de los cuidadores.

#### **Actividad 2.1**

Revisión de la tarea vivencial

#### **Objetivo**

Revisar tarea vivencial

**Tiempo estimado:**10 minutos

Al llegar los facilitadores les dará la bienvenida a los participantes diciendo: *hola buenas tardes, que bueno que asistieron a esta sesión*, posteriormente se les preguntará a quien le gustaría participar con la tarea que se les dejó en la sesión pasada, los participantes que quieran participar se tendrán que levantar de su asiento y hablar fuerte para que todos los que estamos presentes podamos escuchar su aportación. Al finalizar la actividad los facilitadores les preguntaran nuevamente a los participantes *¿Qué es lo que recuerdan de la sesión pasada? ¿Cómo se sintieron? Y ¿Qué esperan de esta sesión?*

## **Actividad 2.2**

Concepto de resiliencia

### **Objetivo**

Explicar el concepto de resiliencia mediante la siguiente actividad.

**Tiempo estimado:** 15 minutos

Las facilitadoras darán las indicaciones para realizar la actividad, las cuales son: *A continuación les vamos a vender los ojos, antes de hacerlo se les va repartir una hoja blanca con una pluma, en donde deberán apuntar el nombre de la persona o las personas más importantes de su vida, pueden poner también la palabra familia si así lo desean, después van a pensar en los momentos importantes de su vida, en situaciones de mucho estrés, en que harían sin esa persona que apuntaron en su hoja, les pedimos confíen en nosotras, para poder realizar con éxito esta actividad.*

## **Actividad 2.2**

Experiencias como cuidadores

### **Objetivo**

Compartir experiencias como cuidadores

**Tiempo estimado:** 15 minutos

Los facilitadores preguntaran *¿Quién gusta compartimos alguna experiencia como cuidador?*, posteriormente se escucharán con respeto y atención todas las participaciones de todos los que accedieron a contar cada una de sus experiencias.

### **Actividad 2.3**

Relajación de los participantes

#### **Objetivo**

Relajar a los participantes

**Tiempo estimado:** 10 minutos

Con la ayuda de una bocina se les pondrá la canción God is an astronaut- forever lost, posteriormente los facilitadores les dirán a los participantes: *cierren sus ojos y no piensen en nada, siéntense lo más cómodo posible y escuchen la canción.*

### **Actividad 2.4**

Reforzar la autovaloración de los participantes

#### **Objetivo**

Reforzar la autovaloración de los cuidadores informales

**Tiempo estimado:** 15 minutos

Los facilitadores harán entrega de 4 banditas adhesivas por cada participante, como símbolo de la posibilidad de reparar, fortalecer las heridas causadas ante procesos de impacto emocional que hayan deteriorado la autoestima. Los facilitadores realizarán diferentes preguntas que permiten llegar al proceso de reflexión de las fortalezas necesarias para enfrentar hechos que impacten la autoestima.

Las preguntas son:

*¿Recuerdas momentos en los que te diste cuenta que eres capaz y reconociste tus fortalezas?*

*¿Cuándo fuiste capaz de decir alto a las formas de relación con las personas que no te gustaban?*

*¿Cómo fue cuando lograste ponerte a salvo de situaciones de violencia/confrontación/dolor?*

*¿Qué características tienes que te hacen ser valiosa/valioso para ti misma?*

Si el participante contesta que no a alguna pregunta, deberá pegarse una bandita adhesiva en el pecho.

### **Actividad 2.5**

Reconocer mis cualidades

#### **Objetivo**

Reconocer cada una de sus cualidades

**Tiempo estimado:** 10 minutos

Los facilitadores le proporcionarán a cada participante una hoja, posteriormente se les indicará que deberán de poner 3 cualidades que ellos tengan, posteriormente cada participante deberá leerlas en voz alta al resto del grupo.

### **Actividad 2.6**

Fortaleciendo mi confianza

#### **Objetivo**

Fortalecer la confianza de los cuidadores

**Tiempo estimado:** 10 minutos

Los facilitadores darán las instrucciones de la dinámica: todos se mantendrán sentados, posteriormente se les dirán 3 preguntas que son: ¿les cuesta trabajo socializar con alguien? ¿Crees que eres ineficiente en tu labor como cuidador? ¿Crees que das menos de lo que puedes aportar?, si ustedes contestan afirmativo en alguna pregunta deberán de cambiarse de lugar.

### **Actividad 2.7**

Tarea vivencial

#### **Objetivo**

Dejar tarea vivencial para reforzar lo aprendido en la sesión.

**Tiempo estimado:** 5 minutos

Los facilitadores les pedirán a los participantes que realicen la siguiente actividad: *al llegar a su casa deberán verse frente a un espejo y decirse cosas bonitas, cosas que les agraden*

*de ustedes, tanto físicas, como conductuales, de preferencia esta actividad realícenla todos los días en cualquier momento de su vida*

# Sesión

# 3

## **Sesión 3**

### **Empoderamiento**

#### **Objetivos:**

- Relajar a los participantes
- Reforzar su resiliencia
- Definir que es el empoderamiento
- Explicar cómo influye el empoderamiento en la vida diaria
- Explicar el autocuidado y sus beneficios.

#### **Preparación:**

- Para la realización de la actividad 3.1 “Observación de la respiración” se proporcionarán una alfombra.
- Para reforzar el tema de resiliencia se utilizará la actividad 3.2 “Relajación y visualización” se llevarán 30 esponjas, una para cada participante.
- Se realizará un rotafolio, donde se describe que es el empoderamiento.
- Se realizará un infograma, en donde se describe cómo influye el empoderamiento en la vida diaria.
- Para la realización de la actividad 3.4 se utilizará 30 barritas de plastilina y 30 rosas de papel.
- Para la realización de la actividad 3.5 “actividad reflexiva vivencial” se llevará 30 corazones de papel, los cuales se les dará uno a cada participante y 30 chocolates con frase motivacional.

### **Actividad 3.1**

#### **Relajación a los participantes.**

**Objetivo:** Que los participantes se relajen.

**Tiempo estimado:** 15 min.

Se iniciará diciendo: *“Hola buenos días”, ¿Cómo están?, ¿ya listos para una nueva sesión?, se les dirá quien realizó la actividad que se les dejó una sesión antes la cual era verse al espejo y al mismo tiempo decirse cosas bonitas y preguntaremos quien quiere participar en contarnos su experiencia ante esta actividad.* Posteriormente se les dirá *“El día de hoy les vamos a explicar una técnica para que se puedan relajar, la cual consiste en que se acuesten en una alfombra que en un momento colocaremos en el piso, una vez acostados en la posición indicada, les comenzaremos a decir cada paso que tienen que ir haciendo, les explicaremos: Se pondrán en posición de cuerpo muerto: piernas estiradas ligeramente separadas puntas de los pies mirando ligeramente hacia afuera, los brazos a los lados del cuerpo, con las palmas de las manos mirando hacia arriba, con los ojos cerrados. Dirija su atención a su respiración. Coloque una mano en el lugar del cuerpo que vea que sube y baja cada vez que usted espire o inspire. Fíjese si este lugar se encuentra situado en el tórax; si es así, esto significa que usted no está ventilando adecuadamente los pulmones. Es preferible respirar por la nariz más que por la boca; por tanto, mantenga sus fosas nasales tan libres como puede antes de realizar los ejercicios. ¿Se mueve su tórax al compás de su abdomen o, por el contrario, está rígido? Dedique uno o dos minutos a dejar que su tórax siga los movimientos del abdomen para que la actividad funcione correctamente.*

Una vez finalizado la actividad se les pedirá a los participantes que se paren lentamente y vuelvan a tomar su lugar para poder continuar con la sesión.

### **Actividad 3.2**

#### **Reforzamiento de resiliencia.**

**Objetivo:**



Reforzar la resiliencia de los participantes.

**Tiempo estimado:** 25 min.

Una vez terminada la actividad 3.1 las facilitadoras preguntarán *¿Cómo se sienten? ¿Se encuentran más relajados? Ahora bien en comenzaremos con una actividad la cual les ayudará para poder reforzar lo que es la resiliencia, preguntarán las facilitadoras, ¿si recuerdan el concepto de resiliencia?* , después de escuchar algunas participaciones les empezaremos a explicar la actividad, Se les entregará a los participantes una esponja, las facilitadoras darán la instrucción de pasar la esponja por diferentes materiales que ya tendrán proporcionados como por ejemplo: arena, agua, piedras, esto lo harán al mismo tiempo que relatan una historia, la cual refiérela siguiente: *“Imagínate que eres la esponja que tienes en tus manos, siente de que textura es, de que dimensiones, de qué forma....esa esponja...como tú...pasara por diferentes experiencias...así como tú lo has hecho en la vida...siente cada una de esas experiencias como propia y pon mucha atención en tus sentidos...Primero vamos a meter a esa esponja dentro de un recipiente lleno de agua...ya dentro siente como esa esponja, siente ahora su peso, siente sus dimensiones...date cuenta que ahora se ha transformado, que tiene un gran peso...recuerda: ¿en qué momentos de tu vida te has sentido así? ¿Qué eventos has hecho que te sientas pesado/pesada? ¿Cuánto tiempo has tolerado ese estado? ¿Cuándo lograste volver a ser ligero?*

*Ahora toma esa esponja y exprímela...Ahora tendremos otra experiencia: siente enfrente de ti esa montaña de arena, tómalo con las manos y empieza a cubrir tu esponja...cúbrela toda hasta que desaparezca ella debajo de ese montón de aserrín...ese material es ligero...sin embargo, hace que desaparezca la esponja tras de sí, de manera sutil...casi sin sentirlo... ¿en qué momentos de tu vida te has sentido desaparecido/desaparecida? ¿Cuánto tiempo has durado así? ¿Cómo es la sensación de estar bloqueado/eliminado/desaparecido de la tu propia vida? ¿Qué hiciste para volver a aparecer? ¿Qué necesitas para volver a aparecer?...*

*Finalmente viviremos la última experiencia...cubre la esponja ahora con las piedras que tienes al lado...cúbrela y oprímela, hazla desaparecer debajo de un gran peso, inmovilízala, obstaculiza todo su capacidad de movimiento...Ahora recuerda...¿en qué momento de tu vida de has sentido inmóvil? ¿Qué ha pasado cuando te has sentido*

*oprimido? ¿Que sientes al estar así inmobilizado? ¿Has hecho algo para salir y cambiar de ese estado?...¿Cómo se siente ser liberado?...*

*Estas tres experiencias nos permiten darnos cuenta de cómo tu vida es como la esponja...los eventos de la vida pueden hacer que ella este bajo las condiciones más complicadas,, que te exijan el tener que soportar cargas pesadas, que has quedado inmobilizado, que has desaparecido...sin embargo...fijate como la esponja después de cada experiencia regresa a su estado original... aún con las experiencias más dolorosas, tú tienes un estado original que siempre te permitirá tener tu propia forma, tu propia esencia... tu propio origen... tienes la capacidad de recuperarte a pesar de las experiencias adversas.. y esas experiencias siempre dejan aprendizajes, que te hacen salir fortalecido, que hacen que tu forma original siempre este presente...así es la resiliencia: la capacidad de salir fortalecidos a cada una de las adversidades que enfrentemos..."*

Al finalizar la actividad se les preguntará *¿cómo se sintieron?* y si alguien nos quiere compartir la experiencia de lo que sintieron al estar realizado la actividad.

### **Actividad 3.3**

#### **Definición de empoderamiento.**

#### **Objetivo:**

Definir que es el empoderamiento.

#### **Tiempo estimado: 5 min.**

Por medio de un rotafolio, las facilitadoras explicarán que es el empoderamiento, definición que vendrá así, *el empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven.* Les preguntaremos *¿tienen alguna duda?*, posteriormente les explicaremos cómo puede el empoderamiento reducir la sobrecarga.

### **Actividades 3.4**

#### **Empoderamiento en la vida diaria.**

**Objetivo:**

Explicar cómo influye el empoderamiento en la vida diaria.

**Tiempo estimado:** 25 min.

Las facilitadoras proporcionaran a cada participante una barrita de plastilina, posteriormente se les dará las indicaciones: con esa barrita de plastilina ustedes deberán realizar un muñeco, como ustedes se visualizan, después nos deberán explicar por qué la forma de su muñeco.

Después de que el participante explique el porqué de la forma de su muñeco, las facilitadoras deberán hacerles ver que ellos son importantes y que su trabajo es valioso.

Al finalizar la actividad se les regalará una rosa de papel, en ella estará escrito una frase de empoderamiento como: sabemos lo que somos, pero todavía no sabemos lo que podemos llegar a ser.

**Actividades 3.5****Auto cuidado y sus beneficios.****Objetivo:**

Explicar que es el autocuidado y sus beneficios.

**Tiempo estimado:** 20 min.

Por medio de un cartel se les explicará que es el autocuidado, el cual consiste en: *Se entiende por autocuidado la inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos. Como norma general, el autocuidado está dirigido a nuestra propia salud. El autocuidado tiene beneficios a nuestra vida como, por ejemplo: Además de una actitud activa, y muchos beneficios. No debemos olvidar que un adecuado autocuidado no sólo nos permitirá aumentar nuestra calidad de vida, sino también prevenir enfermedades graves y volver a estar bien después de una dolencia leve y transitoria. También el autocuidado tiene beneficios para nuestro sistema sanitario, ya que permite dejar libres recursos que harán*

*posible que, ante una enfermedad grave, podamos acceder a los tratamientos más innovadores.*

*Posteriormente haremos una actividad que les ayudará a entender mejor lo que es el autocuidado, esta actividad consiste en: cada participante tendrá en su poder una hoja en forma de corazón y tendrán los ojos tapados. Las facilitadoras les pedirán a los participantes que destruyan dicha hoja al ir haciendo una serie de preguntas relacionadas con el dolor emocional.*

*Algunas de las preguntas son:*

*¿Alguna vez te has sentido que no eres valioso?*

*¿Piensas que tu vida no tiene sentido?*

*¿Te has sentido inferior a otras personas?*

*¿Has pensado que eres incapaz de hacer actividades?*

*Cada vez que un participante rompa un pedazo de su corazón de papel, las facilitadoras harán entrega de un chocolate con una frase de motivación.*

*Al finalizar la actividad las facilitadoras dirán: ¿Cómo se sintieron?*

*Con esta actividad concluimos la sesión del día de hoy esperamos que les haya sido de sus agrado y que se encuentren relajados después de la actividad, y más tranquilos tanto físicamente como mentalmente y más seguros de sí mismos.*

*Les dejaremos una actividad de tarea esperando que cada uno de ustedes la realicen, esta consiste en que cada uno de ustedes pensará en una situación difícil en la que se encuentren y deben pensar como actuarían ante ella, retomando lo hoy visto en la sesión como por ejemplo: como ser resiliente antes ella y que sería lo mejor para ustedes, y la próxima sesión quienes gusten nos pueden compartir sus experiencias de esta actividad.*

# Sesión

# 4

## **Sesión 4**

### **Técnicas de relajación y redes de apoyo**

#### **Objetivos:**

- Revisar tarea vivencial.
- Explicar la importancia de la relajación.
- Practicar la relajación muscular.
- Explicar los beneficios de la relajación muscular.
- Definir las redes de apoyo.
- Realimentar la sesión.

#### **Preparación:**

- Se realiza un cartel para explicar la importancia de la relajación
- Se prevé una alfombra para la actividad 4.2
- Imprimir imágenes para explicar los beneficios de la relajación muscular (ver anexo 1)
- Se realiza un rotafolio para explicar que son las redes de apoyo y su importancia
- Comprar un paquete de vasos

## **Actividad 4.1**

### **Revisión de tarea vivencial**

**Objetivo:** Revisar la tarea vivencial

**Tiempo:** 5 min.

*Se saludará a los participantes diciendo buenas tardes, es un placer que hayan asistido a esta sesión, posteriormente se les preguntará a quien le gustaría participar con la tarea vivencial que se dejó la sesión anterior, se escucharán todas las participaciones con atención y respeto.*

## **Actividad 4.2**

### **Importancia de la relajación**

**Objetivo:** Explicar la importancia de la relajación

**Tiempo estimado:** 10 min.

Se les explicará a siguiente información:

*Las técnicas de relajación tienen un efecto de recuperación para el organismo, permitiendo que los sistemas respiratorio, circulatorio, y digestivo, funcionen de forma adecuada.*

*Es importante que se entienda que aprender a relajarse a través de alguna de las muchas técnica de relajación que existen, es aprender a desarrollar una habilidad, y como tal, se requiere de una actitud de compromiso en la adquisición de la técnica. Los beneficios de la relajación no se notan de forma inmediata, se requiere de una práctica constante y metódica para después de un tiempo empezar a ver resultados.*

## **Actividad 4.3**

### **Relajación muscular**

**Objetivo:** Relajar a los participantes

**Tiempo estimado:** 30 min.

*Se le pedirá al participante que se acueste en la alfombra que nosotros le proporcionaremos, deben sentirse lo más cómodos posible.*

*Primera serie de ejercicios: Relajación de los músculos de las manos, antebrazos y bíceps (realizar los ejercicios tres veces al día). Apretar el puño derecho tan fuerte como pueda y observar la tensión del puño, mano y antebrazo. A continuación, relájese, note la relajación en su mano y observe el contraste en la tensión. Repetir esta secuencia una vez más con el puño derecho. Repetir igual procedimiento, dos veces con el puño izquierdo y después hacerlo dos veces con ambos puños a la vez. A continuación, doble el codo y tense el bíceps, después relájelo y note la diferencia, repítalo dos veces más. Mientras se relaja puede repetirse a sí mismo “me relajo, me siento tranquilo, calmado y descansado”. Puede emplear otras frases similares si le acomoda mejor.*

*Segunda serie de ejercicios: relajación de la cabeza, cuello y hombros (realizar tres veces al día). Repetir los ejercicios de los brazos del primer día y continuar con los siguientes: Arrugue la frente tan fuerte como pueda, relájese y distiéndase, frunza el ceño y observe la tensión. Suéltelo y permita que la ceja recupere su posición normal. Con los ojos cerrados, apretar los párpados tan fuertes como pueda, relaje los ojos hasta sentirlos suavemente cerrados. Ahora apriete la mandíbula, relájela hasta que los labios estén ligeramente separados. Observar la diferencia entre la tensión y la relajación. Apriete la lengua contra el paladar, relájese. Frunza los labios de “O” y relájelos. Observe la relajación de la frente, ojos, mandíbula, lengua y labios. Apriete la cabeza por la parte de la nuca tanto como pueda, sin sentir malestar, aprecie la tensión en el cuello, hágalo girar despacio a la derecha, después a la izquierda. Note el cambio de localización de la tensión. Dirija la cabeza al frente y déjela en esa posición, presione la barbilla contra el pecho. Sienta la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello. Relájese y ponga la cabeza en una posición cómoda. Encoja los hombros hacia arriba tanto como pueda y encorve la cabeza hacia abajo entre los hombros. Relájelos. Déjelos caer y sienta la relajación propagarse por el cuello y los hombros. Repita de nuevo toda la secuencia.*

*Tercera serie de ejercicios: Relajación de pecho, estómago y partes bajas de la espalda. Repetir los ejercicios de las dos series anteriores y continuar con los siguientes: aspire y llene completamente los pulmones de aire. Manténgalos llenos de aire y note la tensión. Ahora espire, dejando su pecho suelto. Continúe respirando lenta y suavemente varias veces, sienta como la tensión sale fuera del cuerpo en cada espiración. Ahora apriete el estómago y manténgalo así. Note la tensión, después relájese. Coloque la mano sobre el estómago y aspire profundamente retirando la mano. Mantenga el aire un momento, después exhale. Sienta la relajación cuando el aire silba al salir. Ahora arquee la espalda sin hacer un esfuerzo excesivo. Mantener el resto del cuerpo tan relajado como sea posible. Concéntrese en la tensión de la parte baja de la espalda. Ahora relájese tan profundamente como pueda. Repita de nuevo toda la secuencia.*

*Cuarta serie de ejercicios: Relajación. Muslos, nalgas, pantorrillas y pies. Repetir los ejercicios de las tres series anteriores y continuar con los siguientes: Apriete las nalgas y*



*muslos presionando los talones hacia adentro, tanto como pueda. Relájese y observe la diferencia. Estire la punta de los pies para tensar las pantorrillas. Observe la tensión, a continuación relájelos. Dirija la punta de los pies hacia la cara poniendo la tensión en la espinilla. Note la tensión, después relájese. Note lo pesadas y relajadas que están sus piernas. Repita de nuevo toda la secuencia. A partir del cuarto día aplique la siguiente serie de ejercicios para fortalecer el estado de relajación logrado.*

*1. Concentrarse en la totalidad del cuerpo: brazos, cabeza, cuello, estómago y piernas. Sienta como su cuerpo se sumerge en un estado de relajación cada vez más profundo, permita que se relaje cada vez más.*

*2. Sienta como su cuerpo se sumerge en un estado de relajación cada vez más profundo, permita que se relaje cada vez más.*

*3. Respire con normalidad.*

*4. Imagínese que los pies le pesan, que le pesan mucho, como si fueran de plomo.*

*5. Concentre su atención en las piernas, piense que cada vez le van pesando más, que de tan flojas que están, las siente muy pesadas.*

*6. Imagine esta sensación de pesadez en el estómago, el pecho y también en el cuello y en la cabeza.*

*7. Sus manos y brazos pesan cada vez más, se encuentran cada vez más y más relajados.*

*8. Todo el cuerpo le pesa.*

*9. Note la sensación de relajación profunda, de calma y tranquilidad. Concentre su atención en estas sensaciones.*

*10. Continúe tal y como se encuentra ahora, relajado durante 7 u 8 minutos más.*

*11. Ahora respire profundo varias veces, mueva los brazos y abra los ojos. Acompañe cada ejercicio con respiración tranquilizante.*

#### **Actividad 4.4**

##### **Beneficios de la relajación**

**Objetivo:** Explicar los beneficios de la relajación

**Tiempo estimado:** 10 min.

Se les explicará la siguiente información:

*A nivel psicológico y/o emocional, está ampliamente comprobado que la relajación nos ayuda a estar mejor con nosotros mismos. Más adelante, te explicamos algunos de los casos en que la relajación es muy recomendable para que veas las aplicaciones que puede tener en tu vida.*

*A nivel físico, algunos de los beneficios de la relajación son:*

- *Disminución de la presión arterial y del ritmo cardiaco.*
- *Disminución del ritmo respiratorio. Se regula la respiración, lo que aporta mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células. Estimula el riego sanguíneo.*
- *Disminución de la tensión muscular.*
- *Reducción de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales.*
- *Aumento de la vasodilatación general, lo que trae consigo una mayor oxigenación periférica.*
- *Reducción en los niveles de colesterol y grasas en sangre.*
- *la capacidad de recuperación y prevención de enfermedades. Aumento del nivel de producción de leucocitos, lo que refuerza el sistema inmunológico. Esto aumenta*
- *Disminución en la cantidad de lactato sanguíneo (este es uno de los instigadores de la ansiedad).*
- *Desarrollo de un estado de descanso al nivel más profundo.*
- *Aumento de las frecuencias cerebrales Alfa (correspondientes a estados relajados).*

## **Actividad 4.5**

### **Definición de redes de apoyo**

**Objetivo:** Definir las redes de apoyo

**Tiempo estimado:** 15 min.

Se hará una pirámide de vasos, y se le pedirá a dos participantes que pasen, tendrán que quitar un vaso de abajo sin que se caigan los demás, al final se le preguntará qué sintió, reforzaremos diciendo: *las redes de apoyo son como un sistema, en donde todos cumplen una función importante, y si alguno falla repercute en los demás es por eso que siempre debemos de contar con redes de apoyo, ustedes como cuidadores, deben siempre contar con una red de apoyo para que la carga no recaiga en una sola persona.*

## **Actividad 4.6**

### **Importancia de las redes de apoyo**

**Objetivo:** Identificar la importancia de las redes de apoyo.

**Tiempo estimado:** 15 min.

Se agrupara a los participantes en dos equipo de 15 personas, se les pedirá que el equipo uno forme una barrera para que el equipo 2 no pueda pasar, el equipo debe buscar estrategias para poder cruzar la barrera sin utilizar ningún elemento como sillas, etc., tendrán 7 minutos cada uno y al terminar esos 7 minutos todos los integrantes tendrán que haber cruzado del otro lado, posteriormente se hará lo mismo pero los equipos cambiarán de rol, los que eran la barrera ahora serán los que intenten cruzar y el otro equipo será la barrera, al finalizar se les preguntará como se sintieron, y se les dirá lo siguiente:

*Como pudieron darse cuenta con esta actividad es muy importante tener redes de apoyo que nos ayuden a superar obstáculos, a quienes podamos pedirle apoyo cuando sea necesario, con quien podamos desahogarnos, relajarnos, distraernos, etc.*

## **Actividad 4.6**

### **Tareas vivenciales**

**Objetivo:** Dejar tarea vivencial.

**Tiempo estimado:** 10 min.

*Se les pedirá a los participantes que reflexionen y se pregunten si tienen redes de apoyo, que las identifiquen y en la siguiente sesión nos las mencionaran.*

# Sesión

# 5

## **Sesión 5**

### **Cursos en línea**

#### **Objetivos:**

- Realimentación de las sesiones anteriores
- Relajación de los participantes
- Informar sobre cursos en línea existentes para cuidadores
- Explicar la importancia de los cursos en línea para cuidadores

#### **Preparación:**

- Para la relajación de los participantes imprimir imagen (anexo 3)

#### **Actividad 5.1**

##### **Realimentación de las sesiones anteriores.**

**Objetivo:** reforzar lo antes visto en las sesiones.

**Tiempo estimado:** 10 min.

*Llegaremos y diremos “hola buenos días, esperamos se encuentren bien, ¿el día de hoy comenzaremos la sesión recordando que les dejamos una tarea alguien recuerda cual era? ¿Consistía en que tenían que identificar y reflexionar cuales eran sus redes de apoyo, quien quiere pasar a compartirnos su tarea? Posteriormente pediremos que alguien nos recuerde al grupo que es lo que vimos la sesión pasada, ¿quién gusta participar recordándonos que fue lo que vimos?*

#### **Actividad 5.2**

##### **Relajación de los participantes.**

**Objetivo:**

Relajar a los participantes.

**Tiempo estimado:** 10 min.

Por medio de la imagen (anexo 3), las facilitadoras explicarán la serie de ejercicios para la relajación. *Explicaremos los pasos de los ejercicios que se deben llevar a cabo para poder obtener una relajación satisfactoria. Se les pedirá que se mantengan sentados en sus lugares, comenzaremos a explicar la rutina anti estrés la cual consta de 8 pasos muy sencillos el paso 1: tienen que voltear su cabeza de un lado a otro lentamente de 3 a 5 segundos, paso 2: menear los hombros hacia arriba y atrás de 3 a 5 segundos por 3 veces, paso 3: poner las manos sobre la nuca de 3 a 5 segundos, paso 4: Agarrar el codo izquierdo con la mano derecha y jalar durante 5 segundos y hacer lo mismo con el codo derecho, paso 5: Estirar las manos hacia enfrente durante 15 segundos, paso 6: Estirar las manos hacia arriba durante 10 segundos, paso 7: Poner el pie izquierdo sobre el derecho y luego girar el cuello hacia el lado izquierdo y hacer lo mismo con el pie derecho, paso 8: Con las manos tocar las puntas de los pies y quedarse así durante 15 segundos. Y con esto concluimos la actividad de relajación, preguntando: ¿Cómo se sintieron?, ¿si les funciona?*

### **Actividad 5.3**

#### **Informar sobre los cursos existentes en línea para cuidadores.**

##### **Objetivo:**

Conocer cursos en línea para los cuidadores del adulto mayor.

**Tiempo estimado:** 1 hora.

*Los facilitadores por medio de un camión trasladaran a los participantes de la clínica hacia la Universidad Autónoma del Estado de México, UAP Nezahualcóyotl, donde en la sala de cómputo del edificio "A" se les informara sobre los cursos en línea para tales como: Curso de apoyo para cuidadores informales de personas de personas envejecidas, impartido por: Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores de Estado, Cuidador de adultos mayores, impartido por: Fundación Carlos Slim, Para cuidadores de personas mayores dependientes 3a edición, impartido por: Sociedad española de geriatría y gerontología.*

## **Actividades 5.4**

### **Importancia de los cursos en línea.**

#### **Objetivo:**

Explicar la importancia de los cursos existentes en línea para cuidadores del adulto mayor.

**Tiempo estimado:** 10 min.

*Las facilitadoras harán mención de la importancia que tiene los cursos existentes en línea para cuidadores, la cual tiene el darles a conocer los aspectos básicos que debe conocer un cuidador, tanto en materia de geriatría, como de realización de actividades básicas de la vida diaria, como de otros aspectos jurídicos y bioéticos que afectan al cuidado de la persona mayor. Se dedica una especial consideración, asimismo, al cuidado del cuidador.*





# 10 BENEFICIOS DE LA RELAJACIÓN FÍSICA Y MENTAL



Disminución de la presión arterial y del ritmo cardiaco.

Disminución del ritmo respiratorio. Se regula la respiración, lo que aporta mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células. Estimula el riego sanguíneo.

Disminución de la tensión muscular.

Reducción de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales.

Aumento de la vasodilatación general, lo que trae consigo una mayor oxigenación periférica.

Reducción en los niveles de colesterol y grasas en sangre.

Aumento del nivel de producción de leucocitos, lo que refuerza el sistema inmunológico. Esto aumenta la capacidad de recuperación y prevención de enfermedades.

Disminución en la cantidad de lactato sanguíneo (este es uno de los instigadores de la ansiedad).

Desarrollo de un estado de descanso al nivel más profundo.

Aumento de las frecuencias cerebrales Alfa (correspondientes a estados relajados).

## Anexo 2

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Pregunta	Nunca	Raramente	Algunas veces	Bastante a menudo	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades como el trabajo y la familia?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar					

depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que					

comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

### Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL**  
**LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_ en forma voluntaria decido y sin ninguna presión, participar en el proyecto de investigación que lleva por nombre “*programa para disminuir la sobrecarga en los cuidadores informales de adultos mayores*” en el cual tiene como Objetivo General implementar y evaluar un programa para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor a cargo de la alumna: Karla Michel Trujillo Ornelas que cursan el 7mo semestre de la Licenciatura de Educación para la salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl.

Se me ha explicado ampliamente en qué consistirá la participación de los alumnos de esta Institución y que al hacerlo no corren ningún riesgo. También estoy enterad(a) que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria y que puedo retirar a los alumnos en el momento que lo desee sin ninguna represalia, que la información que se recoja solamente se usará para fines de investigación y que solamente se divulgará en foros de expertos.

También es de mi conocimiento que si deseo tener mayor información, puedo acudir a la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Netzahualcóyotl con el Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz en los teléfonos 51126372 y 51126426 Extensión 7912.

Hago constar que el presente documento lo he leído y de manera libre tomo la decisión de participar en esta investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante