



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**CAPACIDADES PERSONALES Y EXISTENCIALES EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES, RESIDENTES DE LA CIUDAD
DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ANDREA JAZMIN GONZÁLEZ PARADA

No. de Cta. 0511258

ASESORA:

DRA. AIDA MERCADO MAYA

TOLUCA, MÉXICO

MARZO, 2014

INDICE

Resumen

Introducción

CAPITULO I MARCO TEORICO

1.1. Atención y cuidado del adulto mayor	13
1.1.1. Envejecimiento en México	15
1.1.2. Cuidador primario	18
1.1.3. El cuidado del adulto mayor	22
1.2. Problemática de salud en el cuidador primario	28
1.2.1. Síndrome de Sobrecarga	29
1.2.1.1. Depresión	34
1.2.1.2. Ansiedad	36
1.2.1.3. Estrés	39
1.2.1.4. Insomnio	43
1.2.1.5. Pensamientos erróneos	46
1.2.1.6. Aislamiento social	48
1.2.1.7. Perdida de aficiones	50
1.2.1.8. Repercusiones en el ámbito laboral	52

1.3. Logoterapia y análisis existencial	57
1.3.1. Ontología dimensional	58
1.3.2. Dimensión existencial	59
1.3.2.1. Capacidades personales	61
1.3.2.2. Capacidades existenciales	65
1.3.3. Coexistencia y cuidado	68
CAPITULO II MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	
2.1. Planteamiento del problema	70
2.2. Objetivo general	72
2.2.1. Objetivos específicos	73
2.3. Hipótesis de investigación	73
2.4. Tipo de estudio	73
2.5. Variables	73
2.6. Muestra	75
2.7. Instrumento	75
2.8. Diseño de Investigación	78
2.8.1. Etapas de la investigación	79
2.9. Análisis estadísticos	79

CAPÍTULO III RESULTADOS

3.1. Estructura factorial y Coeficientes Alfa 80

3.2. Escala Existencial 80

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis 84

4.2. Conclusiones 87

4.3. Sugerencias 88

Referencias 89

Índice de tablas

Tabla	Nombre	Pág.
1	Valores eigen, porcentajes de varianza y porcentajes acumulativos para los factores de la Escala Existencial	80
2	Resumen de reactivos y cargas factoriales para una solución ortogonal varimax de tres factores para la Escala Existencial (N= 250)	81
3	Alfas de los factores que integran la Escala Existencial (EE)	82
4	Medias y desviaciones estándar de las dimensiones de la Escala Existencial	83

Resumen

El actual incremento en la población adulta mayor ha modificado la estructura social, en México, la economía se ha visto afectada por un lado, por la disminución de personas que conforman el sector productivo y por otro en lo concerniente al aumento de los costes que implica una sociedad envejecida. Al respecto, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1999) refiere que los adultos mayores consumen más del 30% de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones que resultan insuficientes. A la par se consumen alrededor del 30% del presupuesto de salud, y ocupan hasta el 60% de las camas de hospital.

En el ámbito familiar, también se presentan cambios en aspectos como: las funciones, economía, y los vínculos emocionales, lo cual se torna aún más complejo cuando el adulto mayor se encuentra en una situación de dependencia, es aquí donde entra la función del cuidador primario que de acuerdo con Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez (2010) “(...) es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales de la persona o lo supervisa en su vida diaria” (p. 2).

Así, el objetivo de la presente investigación fue identificar las capacidades personales y existenciales en familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México; para lo cual se aplicó la “Escala Existencial” elaborada por Längle, Orgler y Kundi (2000), a una muestra de 250 cuidadores familiares primarios.

Los resultados obtenidos mostraron que la Escala Existencial es válida y confiable para dicha población. Aunado a lo anterior se encontró que los familiares cuidadores primarios al no tener a disposición su facultad de Autodistanciamiento se ven mermadas sus capacidades de Libertad/Responsabilidad, así como la de Autotrascendencia, por lo que en pocas ocasiones hacen uso de ellas.

Introducción

Los familiares que se convierten cuidadores primarios entran en la categoría de cuidadores informales, dado que no reciben capacitación, ni emplean técnicas aprendidas en una institución, se trata de personas que asumen la responsabilidad de asistir y acompañar a un miembro de la familia cuya situación de vida lo coloca en desventaja para cuidar de sí mismo. García (2009) señala que algunos motivos por los que se brinda el cuidado son:

(...) por amor, por obligación, por motivación altruista, por reciprocidad, por gratitud y estima con la persona cuidada, por sentimientos de culpa, para evitar la censura, para obtener la aprobación social (...) estos influirán en la cantidad, calidad y tipo de ayuda que ofrece cada persona cuidadora (p.10).

El lazo afectivo existente en dicha relación condicionará la manera en que esta se desarrolle, existiendo emociones ambivalentes, pues por una parte se procura el bienestar de quien se asiste y por otra se desatiende la vida personal. Crispin (2011) resalta en su investigación en torno al cuidador primario, realizada en la ciudad de México las siguientes características:

Prevalencia del género femenino 73.3%; edad media de 49.7 años; en cuanto al estado civil, predominaron los cuidadores casados, 53.3%; el parentesco de los cuidadores en relación con el paciente, fue en su mayoría hijos con 58%; el grado de estudios que con más frecuencia se presentó fue el de primaria y secundaria, 25 y 21.7% respectivamente; 48.3% se dedicaban a las labores del hogar; el tiempo que llevaban cuidando al adulto mayor fue de 56.8 meses, cuidando 13.5 horas al día y el 33% de las cuidadores lo hacían el día entero. El 85% no recibían recompensación económica (p. 28).

En su investigación sobre “Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSTE”; Rivera, Dávila y González (2011) reafirman que comúnmente las personas que adoptan este rol dentro de las familias, son mujeres adultas, casadas, responsables de su hogar, con educación escolar básica, dedicando gran parte de su día a esta actividad sin recibir percepción económica; aunado a estas características, la salud de las personas que brindan el cuidado se torna afectada, surgiendo problemas físicos, mentales y sociales, tales como la depresión, ansiedad, fatiga, estrés, insomnio, pensamientos erróneos, pérdida de aficiones, aislamiento social y repercusiones laborales, los cuales se han estudiado desde el marco de la psicología de la salud, Morrison y Bennet (2008) definen a está como:

El estudio de la salud, la enfermedad y las prácticas sanitarias (profesionales y personales), que intenta comprender, explicar y, a ser posible, predecir, la conducta de la salud y enfermedad para desarrollar intervenciones eficaces a fin de reducir los costes físicos y emocionales de los comportamientos de riesgo y de la enfermedad y ofrece un planteamiento más holístico pero fundamentalmente psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria (p. 35).

De tal manera que cada uno de estos padecimientos se documentan con base a lo propuesto por esta área de la psicología, describiendo las causas y consecuencias del desarrollo de las mismas.

Por otra parte, Stanley, Blair y Gauntlett (2009, p. 330) enfatizan que el cuidador primario debe, poseer o desarrollar las siguientes características: “(...) habilidad para organizarse, sentido del humor, salud y nivel de energía estables, flexibilidad y capacidad para resolución de problemas”, esto, con la finalidad de hacer un examen introspectivo en el cual, quien cuida, reflexione sobre sus funciones y sobre sí mismo, de esta manera la relación con el adulto mayor y su persona se verán favorecidas.

Así, el acto de cuidar, atender, acompañar y solidarizarse con un familiar, representa la virtud de regirse con una postura humana de total entendimiento y compenetración, la cual es nombrada por Frankl, como: Dimensión Existencial, también denominada Noética o Espiritual; constituida por las: Capacidades Personales (Autotrascendencia y Autodistanciamiento) y Capacidades Existenciales (Libertad y Responsabilidad). Ambas, brindan al hombre la posibilidad de hacer frente a las circunstancias que lo vuelven vulnerable y a dar sentido a su existencia, como es el hecho de ser responsable del cuidado y asistencia de otro ser humano.

Con base en lo anterior se retoma la Tercera Escuela Vienesa de Psicología: Logoterapia, desarrollada por Frankl; como fundamento teórico de la presente investigación, puesto que se enfoca al significado de la existencia humana, así como la búsqueda de un propósito de vida. Dicho autor menciona que la logoterapia "(...) es una psicoterapia centrada en el sentido. Su principio impulsor dice que el hombre es un ser que se encuentra en constante búsqueda de sentido" (p.63). Es por ello que cada persona elige, de acuerdo a sus circunstancias, el por qué o para qué de su existencia, es aquella vivencia interior que genera la razón de ser, y que distingue de entre los seres vivos al hombre. Así mismo explica:

El hombre como persona (...) existe de acuerdo a su propia posibilidad para la cual o contra la cual puede decidirse. Ser hombre es ante todo, y como siempre vuelvo a decir, ser profunda y finalmente responsable. Con eso también se significa que es más que meramente libre: en la responsabilidad se incluye el para qué de la libertad humana- aquello para lo que el hombre es libre - en favor de qué o contra qué se decide (1994, p. 111).

Conforme a esto se concluye que la presencia del ser humano no se reduce a una masa pensante, pues tiene la capacidad de existir, reconociendo sus posibilidades y límites, así como la capacidad de elegir su postura ante las situaciones de la vida. Dentro de la condición de ser existencial se configura no solo el cuerpo, lo físico, lo orgánico o visible, sino, la esencia humana que posiciona al hombre dentro de un libre

albedrío, por medio del cual decide vivir en la plenitud o el hastío, por ello, aun en lo trágico de la existencia, resulta posible encontrar el sentido existencial. Frankl (2007) señala que:

“Ex – sistir” quiere decir salir de sí mismo y ponerse frente a sí mismo, de manera que el hombre sale del nivel de lo corporal psíquico y llega a si mismo pasando por el ámbito de lo espiritual. La existencia acontece en el espíritu, el hombre sale al encuentro de sí mismo en la medida en que él en cuanto a persona espiritual sale al encuentro de sí mismo en cuanto organismo psicofísico (pp. 65-66).

Por tanto el hombre no es solo cuerpo y mente, aunado a ello se encuentra el espíritu, siendo este el centro de la existencia, finalmente, la mayoría de las ocasiones sin ser conscientes la fortaleza de salir adelante proviene del interior es decir de la Dimensión Existencial, considerando que el índice poblacional de adultos mayores va en incremento, y que la dinámica familiar se modifica a partir de ello, surgiendo la función de cuidado, es que se realiza la presente investigación, con la finalidad de identificar las capacidades personales y existenciales en familiares cuidadores primarios de adultos mayores en la Ciudad de Toluca.

De tal manera que el presente trabajo se encuentra estructurado por siguientes capítulos. El Marco Teórico, se desarrolla en el Capítulo I, en el se documentan las funciones del cuidador primario de adultos mayores así como las implicaciones en la salud del mismo, por otra parte, se describe el enfoque logoterapéutico y se precisan conceptos como ontología dimensional, dimensión existencial, así como lo referente a las capacidades personales y existenciales. El Capítulo II. Método de Investigación, está conformado por el planteamiento del problema, los objetivos y el tipo de estudio, se describen las variables, así como el instrumento empleado, el diseño y etapas de la investigación, procedimiento y análisis estadísticos. Los resultados del estudio se incluyen en el Capítulo III, finalmente el análisis de los resultados, conclusiones y sugerencias se desarrollan en el Capítulo IV.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

¡Si la juventud supiese.
¡Si la vejez pudiese...!
Henry Estienne.

En este capítulo se describe primeramente el panorama actual de envejecimiento en México, con el fin de conocer los alcances de dicha situación, enseguida se documenta el concepto de cuidado al igual que los padecimientos y problemas del síndrome de sobrecarga; por último se fundamenta el modelo logoterapéutico y las capacidades personales y existenciales.

1.1. Atención y cuidado del adulto mayor

Desde su nacimiento el ser humano necesita de proveedores de atención, cuidado y cariño para lograr un desarrollo integral completo. Durante la niñez, es indispensable de alguien que eduque y apoye para que el infante se integre adecuadamente a la sociedad. En la adolescencia, se requiere de figuras adecuadas y representativas que acompañen y guíen en la transición a la independencia total, esta etapa de la vida es considerada vulnerable por las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que se presentan y se resuelven en la misma, siendo un factor central la definición de la estructura de la personalidad. Mientras que en la vida adulta de acuerdo con lo planteado por Erikson (citado por Balcázar, Delgadillo, Gurrola, Mercado & Moysen, 2007) "(...) el adulto joven, que surge de la búsqueda de la identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros" (p. 131), es decir, en esta etapa de la vida el hombre se encuentra en búsqueda de la intimidad, con el fin de rodearse de personas afines a su personalidad, creando vínculos de amor sólidos, tan necesarios para su existencia. Finalmente el mismo autor (1963 citado por Sánchez, 2005) propuso que la transición a la etapa de la vejez se caracterizaba por la crisis de integridad del ego - desesperación de lo cual explica:

Por integridad del ego se entiende el aceptar que el ciclo de la vida de uno ha sido algo que debía ser y que por necesidad no permitía ninguna sustitución. La persona llega a aceptar la humanidad más que a su propio yo. Aquellos que no son capaces de aceptar su vida, pueden llegar a temer a la muerte, estar disgustados con ellos mismos y experimentar remordimiento y desesperación. Si se logra un compromiso con la integración y la crisis de la vejez se resuelve, emerge la fortaleza de la sabiduría. El concepto de la sabiduría implica que el individuo es capaz de aceptar que la vida está llegando a un final (p.116).

Es evidente que durante esta etapa la vulnerabilidad a depender de alguien aumenta significativamente, pues el cuerpo, la mente, sus funciones y las relaciones interpersonales se tornan deterioradas, si a ello se añade el rechazo de esta condición y el temor de dejar la vida sin alcanzar la plenitud, los adultos mayores pueden caer en un estado de depresión, hastío o amargura, repercutiendo a quien les cuida. Conforme a lo anterior Méndez (2010) explica:

Aunque el envejecimiento no equivale a enfermedad, suele acompañarse de un incremento de la carga de situaciones crónicas, las que a su vez contribuyen de manera considerable a la carga de discapacidad por enfermedad, que deteriora su estado funcional y la calidad de vida, limitando la independencia para realizar las actividades cotidianas al igual que su participación en la vida familiar y social (p. 123).

Ir envejeciendo, significa vivir día a día la pérdida de fuerza física, la disminución en la percepción de los sentidos, el padecimiento de dolores articulares, el sufrimiento de mirar partir a sus contemporáneos, en fin, envejecer conlleva situaciones de afrontamiento intensas y frecuentes, ante las cuales es indispensable el acompañamiento de la familia y de una persona que comprenda y apoye emocional, social, física e intelectualmente al adulto mayor, de acuerdo a esto, la autora puntualiza

“(…) las principales afecciones crónicas que afectan a los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, los accidentes vasculares, la diabetes, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las artropatías, las demencias y la depresión” (p.123). Tal panorama precisa que en las familias, sea prioritaria la asignación de una persona que pueda asistir al adulto mayor, la misma autora señala que actualmente:

El porcentaje de población de más edad es cada vez mayor debido fundamentalmente al aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad, por lo que resulta evidente que aumentará el número de personas que necesiten algún tipo de ayuda y, por tanto, el número de cuidadores (p.123).

De acuerdo a las estadísticas y organismos institucionales este sector de la población, junto a los cuidadores primarios va en incremento; México no es la excepción, su pirámide poblacional esta invertida, los niños ocupan hoy la cúspide y los adultos mayores la base, en el siguiente apartado se revisan algunas estadísticas nacionales en torno a la transición demográfica.

1.1.1. Envejecimiento en México

En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2008) señala que se consideran adultos mayores a la población de 60 años o más, actualmente la sociedad mexicana atraviesa por un fenómeno de envejecimiento poblacional, el cual Pederzini (2010) define como:

“(…) un proceso gradual en el que la proporción de adultos y ancianos aumentan en una población, mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes, ocasionando un aumento en la edad mediana de la población”, al mismo tiempo

que (...) es una consecuencia del fenómeno que se ha denominado transición demográfica” (p. 35).

Respecto a ello, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2011) refiere que en 2000, el 87.4% de la razón de dependencia se debía a la población infantil (dependencia infantil); en 2010 este porcentaje descendió a 82.5, dado el peso que gana de manera gradual la dependencia por parte de los adultos mayores (dependencia por vejez), la cual, aumento de 12.6 a 17.5% respectivamente. La estructura de la población por grupos de edad muestra que en 2000 el grupo de 0 a 14 años representaba 34.2% del total de la población a nivel nacional, dato que en 2010 descendió a 29.4%. Las personas de 60 años y más representaban 4.9% del total en 2000 y 6.2% en 2010, lo que refleja el proceso de envejecimiento que comienza a vivir el país. Con estos datos, queda explícito el aumento significativo de la población adulta mayor, con ello, surgen cambios dentro de la familias, desde el desempeño de roles, hasta la situación económica, al igual que relaciones interpersonales; México enfrenta el reto del envejecimiento poblacional sin contar con una cultura de la vejez, respecto a ello el CONAPO (2011) en su artículo Dinámica demográfica de México 2000- 2010, enfatiza:

En la sociedad mexicana, como en muchos países en desarrollo, existe una correlación evidente entre ancianidad y pobreza; pocas personas ahorran dinero o acumulan bienes durante su vida, lo que conduce a una condición precaria de la mayoría de las personas al llegar la tercera edad. Además, la mayor parte de los adultos mayores no cuentan con una pensión para cubrir sus gastos durante su vejez y, para quienes sí la tienen ésta es por lo general insuficiente. Son también mayoría quienes carecen de un sistema de cobertura médica (p. 12).

Lo anterior señala un reto a nivel social y familiar, pues es claro que la mayor parte de los adultos que en algunos años se convertirán en ancianos no poseen un fondo de

ahorro económico, no solo para sustentar sus necesidades básicas, sino añadiendo que la vejez implica mayor atención médica, por el desgaste físico a lo largo de la vida, lo cual posiciona a los adultos mayores en una situación de mayor inversión monetaria, esto deriva en una precaria calidad de vida, así como en frustraciones, tanto para la familia como para el adulto mayor, respecto a esto, Montes de Oca y Hebrero (2006) señalan:

El aumento en la esperanza de vida en hombres y mujeres, es una de las más importantes transformaciones demográficas, pero también refleja un alargamiento en el ciclo de vida de los hogares. Es decir, los hogares mexicanos experimentan etapas más avanzadas y nuevos arreglos familiares en donde la presencia generacional se incrementa y el reto de vivir la vejez con calidad genera una nueva distribución de tareas, entre las que sobresale la provisión de cuidados ante situaciones de deterioro y episodios prolongados de enfermedad crónica (p. 101).

Si bien es cierto que las posibilidades de vivir más años han aumentado, también es cierto que las condiciones de vida actuales no son las más favorables, por su parte la población adulta mayor vive deterioro físico, cognitivo y social, ante lo cual se hace necesaria la presencia de alguien que asista al anciano, conforme a esto, Robles, Vázquez, Reyes y Orozco, 2006 (citados por Arroyo & Ribeiro, 2009) reafirman:

A medida que se va envejeciendo surgen otro tipo de cambios como el deterioro de la salud, la disminución de las fuerzas, y las capacidades, situaciones que muchas veces conducen a la dependencia parcial o total de las personas mayores. La dependencia es una de las manifestaciones de la vejez que causan más enojo y temor en los adultos mayores, pues implica incapacidad, pérdida de autonomía y de su rol social (p. 42).

Los aspectos planteados revelan la magnitud del fenómeno que conlleva la transición demográfica, es decir el aumento de adultos mayores, lo cual implica la aceptación por parte de la familia y de los propios ancianos respecto a su condición limitada, así como la adaptación a los nuevos roles dentro de la convivencia, los cuidados, la economía, las responsabilidades, y las labores domésticas, por lo tanto, es necesario crear conciencia de que no es solo el adulto mayor quien padece su condición de vejez, si no que toda la familia pasa por un estado de desequilibrio, principalmente quien funge el rol de cuidador primario. A continuación se documentan las implicaciones de dicha actividad.

1.1.2. Cuidador primario

El cuidar conlleva la relación de dos personas, de las cuales, una ofrece asistencia, apoyo y acompañamiento a otra en condiciones convalecientes, por lo que se le conoce como cuidador; respecto a la actividad que realiza Flores en el 2012 en su artículo sobre Cuidado y Subjetividad, documenta las concepciones elaboradas por Silva (1998) y Foucault (2001):

- El primero puntualiza que el cuidado, en su acepción antigua remite a inquietarse, preocuparse (de cogitatus, pensamiento, participio de cogitare, de co, cabalmente y agitare, agitar, inquietarse, ocuparse mentalmente de, considerar; preocupación o pensamiento que inquieta).
- Mientras que, para el segundo etimológicamente se relaciona con pensar, cuidar y curar. En el mismo sentido, este autor señala que: “(...) los antecedentes del cuidado se remontan a la antigüedad griega y romana, cuando se distinguía la inquietud del cuidado de sí mismo” (p. 30).

Desde el inicio de la vida, el ser humano necesita de alguien que satisfaga, atienda, complemente, enseñe, ayude, proteja y aliente su existencia, de tal forma que en cada etapa, se requiere del empuje y el acompañamiento social, ya sea física o emocionalmente, al respecto García, Mateo y Eguiguren (2004) refieren:

El trabajo de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa encargarse de las personas a las que se cuida (p. 134).

Es decir, no solo se trata de adjudicarse el compromiso de asistir exteriormente las limitaciones del otro, sino también consolidar los lazos afectivos, establecer vínculos de comunicación, confianza y solidaridad, con la convicción de fortalecer el estado anímico y las relaciones interpersonales; el cuidado proporcionado será complementario en todos los aspectos de la vida. En cuanto a ello Daza y Medina (2006) resaltan:

El cuidado se encuentra asociado a las dimensiones psicológicas, cultural, social y espiritual y no solo a la dimensión biológica, aspecto que recupera la integridad del individuo y que denota interés por aspectos importantes y diferente a lo exclusivamente biológico que permite una comprensión amplia tanto de la persona como de los procesos morbosos a la cual se encuentra sometida (p. 61).

De esta manera se genera un cuidado integró, en el cual la persona que lo recibe podrá sentirse acompañada, confiada, acogida, en un estado de confort, donde a pesar de sus impedimentos o padecimientos, siente la confianza y el cariño para mantener su estabilidad en la medida de lo posible. Cruz y Ostiguín (2011, pp. 51-52) recopilan una serie de definiciones en torno a la figura del cuidador, las cuales se describen brevemente a continuación:

- De acuerdo con Reyes (2001) el cuidador es la persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.
- Se trata de un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y

familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde estos han adquirido el carácter de relaciones primarias (Bergero, 2000).

- Venegas (2006) señala que el cuidador principal, es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida.
- Para Vallerend (2007) el término de cuidador principal, se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal.
- Los cuidadores informales son personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio (Celma, 2001).
- Maeyama (2007) señala que se llama cuidador familiar, a quien presta atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Puede proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores y/o trabajadores sociales.
- Para Exposito (2008) el cuidador primario, es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.
- Alvarado (2009) refiere que el cuidador primario, es la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente.
- En tanto que el cuidador primario informal, asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente (Salas, 2006).
- Cuidador principal familiar: Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su

condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado (Izquierdo, 2009).

A partir de estos planteamientos, se puede decir que el cuidador familiar es la persona que por lo general tiene parentesco familiar, vínculos afectivos y de cercanía; que asume la responsabilidad de brindar la asistencia, atención, apoyo y protección a alguien situado en circunstancias vulnerables. Cruz y Ostiguín (2011) distinguen como funciones del cuidador, las siguientes:

- El cuidado que suele tener una connotación de preocupación, de esmero en la acción; donde la razón y la emoción vulneran la conciencia del cuidador.
- La asistencia se asocia a términos de ayuda, socorro y amparo, en el cual el pensamiento invita a tener en mente que es necesario contar con otro actor que se presume en desamparo y vulnerabilidad.
- La atención le subyace un concepto de especial cuidado para realizar algo, es un interés esmerado con respecto a algo consecuente, se trata de un estado psíquico que permite orientar y concentrar la actividad cognoscitiva y práctica del hombre en un objeto o acción determinada por un objetivo del que se tiene conciencia.
- El significado del apoyo se centra en la idea de sostener, proteger y auxiliar a otro.

Las funciones anteriores refieren que se trata de una actividad complicada y fuera de lo ordinario, para la cual se requiere una postura sana ante la vida, es decir tener un adecuado equilibrio emocional, para cuidar a otro, ya que la asistencia implica desde la satisfacción de necesidades básicas, hasta la atención especializada de acuerdo a las condiciones de vida y salud del adulto mayor; los mismos autores puntualizan: "(...) las tareas del cuidado se centran en tres acciones: responsabilidades del cuidado mismo, participar en la toma de decisiones conjuntas a la persona cuidada y poner en

marcha la solidaridad con el que sufre” (p.53). Por otra parte Razo (2010) puntualiza que la función del cuidador primario consiste en “(...) permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone” (p. 6). Esto es, fomentar un ambiente de bienestar, aceptación y comodidad que estabilice el ánimo, así como la asistencia en la satisfacción de las necesidades de la persona motivo de cuidado, de tal forma que la calidad de vida sea óptima y satisfactoria para quien recibe el acompañamiento. En el siguiente apartado se documenta lo referente al cuidado del adulto mayor y las particularidades del mismo.

1.1.3. El cuidado del adulto mayor

Cuidar de personas de 60 años o más, representa un reto para quien lo realiza, pues durante esta fase de la vida se genera la pérdida de las funciones corporales, intelectuales, afectivas y sociales; por lo que el cuidado se torna indispensable cuanto mayor sea la vulnerabilidad, es decir, entre más graves sean las limitaciones experimentadas, las razones pueden variar de persona a persona, sin embargo en adultos mayores, principalmente serán causa del deterioro producido por el paso del tiempo, en cuanto a ello Burke y Walsh (1998) indican:

El cuidado es crucial en la experiencia humana. El cuidado del padre al hijo es anticipado por el padre y experimentado por el hijo. Otras relaciones importantes, como entre los esposos, hermano con hermana, también se anticipan generalmente y conllevan una relación intrínseca de cuidado que resulta mutuamente beneficiosa y recíproca en cuanto al afecto e intercambio de servicios. Cuidar a un adulto mayor con alteraciones cognoscitivas no tiene las características de una relación adulta debido a la incapacidad del mismo para responder con el afecto apropiado y con intercambio significativo de servicios. Además la mayoría de las personas no están preparadas para este cambio en una relación con alguien con el que pueden haber compartido toda una vida (pp. 467-468).

Así, la dinámica de atención al adulto mayor implica actividades distintas a las de atender a personas en otra etapa de la vida, ya que se ven comprometidos aspectos como: independencia, autodeterminación o cuidado personal, tanto de quien es cuidado, como de quien cuida, incluyendo los vínculos afectivos y la percepción que cada cual tenga del otro, conforme a ello, Torres (2004) puntualiza que:

Entre las tareas que realizan más frecuentemente se encuentran la ayuda y la supervisión en la alimentación diaria, en la higiene personal, en la apariencia y la forma de vestir; la ayuda y el control en la toma de medicamentos, en la administración y manejo del dinero y de los bienes, en la solución de conflictos generados por el comportamiento, a veces inadecuado, en el manejo de las relaciones y en la comunicación adecuada con las personas del entorno, en las actividades que requiera el tratamiento y en el manejo de la enfermedad (asistencia a consultas, terapias, etc.), y en general, todo el tiempo de acompañamiento y de vigilancia en la ejecución de tareas, desplazamientos fuera del domicilio, en general en la realización de las actividades de la vida cotidiana. Lo más importante, como expresan los cuidadores, no es conocer la lista de tareas sino la forma como éstas se hacen y las demandas e implicaciones que tienen cada una de ellas, pues es esto lo que se constituye en la carga subjetiva que ellos tienen que soportar (p. 22).

Las funciones desempeñadas por el cuidador primario requieren que este invierta mucho tiempo en ello, ya que adquiere el compromiso de cubrir las necesidades biológicas, apoyar en el tratamiento y manejo de enfermedades y padecimientos propios del adulto mayor, lo cual es indicador de una actividad que implica esfuerzo y paciencia; en la que se deben considerar las condiciones físicas y mentales de la persona cuidada. Montes de Oca y Hebrero (2006) añaden que “(...) el trabajo del cuidar no sólo debe centrarse en el cuerpo biológico, y menos desde una perspectiva medicalizada, sino que incluso implica un involucramiento en la vida social y una interacción psicológica entre quien cuida y quien es cuidado” (p. 64), entendiendo que

el cuidado abarca todas las áreas de la vida del adulto mayor, pues no se trata solo aliviar un dolor físico, sino también de comprender las emociones que este produce, procurando equilibrar el estado emocional de su familiar.

Caballero (2006) menciona al respecto que: “(...) el envejecimiento es un proceso individual. Cada persona envejece de distinta forma” (pp. 5-6). Es decir, de acuerdo a su historia de vida el adulto mayor crea y vive subjetivamente la manera única de enfrentar y vivir la etapa final de su vida, es decir, el desarrollo de la capacidad para aceptar el deterioro de sus funciones orgánicas, y con ello de su estilo de vida, depende de su cultura, educación, personalidad, habilidades sociales, autoestima, convivencia familiar, es decir, las áreas que complementan su vida, y la historia que hay detrás de ello. El mismo autor señala “(...) envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien habitualmente la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos” (p. 9). Culturalmente se ha transmitido la idea de que un cuerpo envejecido tiene que sufrir dolor y limitación, lo cual crea resistencia y temor ante la vivencia de esta etapa, predisponiendo el futuro, al mismo tiempo que determina la actitud de recibirla, el mismo señala:

La familia continúa siendo el punto de referencia más importante para las personas mayores. Es la institución que de mejor forma puede comprender y satisfacer las necesidades de los ancianos. Lo habitual es que los hijos se sientan llamados a hacerse responsables de sus padres como éstos lo hicieron en un tiempo con ellos. La atención a las personas mayores se ha de plantear en claves de servicio y disponibilidad (p. 184).

Se ha identificado que en su mayoría, quienes adoptan la tarea de cuidado, son en primer momento la esposa o el esposo, y como segunda opción las hijas o hijos, dependiendo de la formación de cada familia, en palabras de Montorio, Fernández, López y Sánchez (1998):

Cuando una persona mayor tiene algún tipo de dependencia por la que precisa ayuda, generalmente un miembro de la familia asume el rol de cuidador/a principal. La mayor probabilidad de desempeñar este rol la tiene el/la cónyuge, en el caso de que esté capacitado para ello. En el caso de que esto no ocurra, el rol recae normalmente en algún hijo adulto, generalmente en una hija (pp. 229-230).

Para Martínez et al. (2009): "(...) La tarea de cuidado del adulto mayor involucra, de forma determinante, a todos los miembros de la familia, especialmente del cuidador, quien le dedica mayor tiempo y tiene sobre sí la mayor carga de la responsabilidad" (p. 647). Idealmente, se propone la participación igualitaria de cada integrante de la familia, de tal forma que exista una red de apoyo, sin embargo, en la mayoría de los casos, la responsabilidad recae solo en el cuidador primario.

En este sentido, dentro del ámbito familiar, el adulto mayor pasa a convertirse de proveedor a receptor, no solo económica sino también respecto a la satisfacción de sus necesidades básicas, Márquez (2007) señala: "(...) al adulto mayor se le asocio generalmente con una etapa productiva, terminada con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas, conocimientos" (p. 79). Por esta razón, el rol que desempeña el adulto mayor se redefine, pasando a convertirse en quien necesita del tiempo y atención de su familia. Tal condición implica cambios en el estilo de vida de quien brinda el cuidado, en este sentido Reyes (2001) explica:

La preocupación constante y la tensión que origina el cuidado del anciano, la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercute en el desarrollo normal de las actividades laborales, produce privaciones en el cónyuge e hijos y restringe la vida social del cuidador (p.6).

La continua disposición para atender las necesidades del adulto mayor produce desequilibrio en cuanto a la satisfacción de las propias necesidades del cuidador, de tal

manera que la salud emocional, física y cognitiva del mismo, puede verse comprometida, Mora, Dávila y González (2011) señalan:

Cuidar de una persona envejecida dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. Los roles se alteran; ser cuidador implica perder actividades y oportunidades. Se debe enfrentar un reto mayor y echar mano de todos los recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propias (p.28).

Al respecto en México se han llevado a cabo estudios como: “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar” realizado por Robles y Vázquez (2008) en los estados de Chiapas, Guanajuato, Veracruz y Jalisco, el objetivo fue identificar las valoraciones sobre el cuidado no familiar desde la perspectiva de ancianos residentes en comunidad en condiciones de pobreza, y mediante el cual encontraron que: “(...) la expectativa de los ancianos es ser cuidados por sus hijos en sus hogares, sin embargo, este cuidado familiar no se da cuando existen rupturas en el sistema de reciprocidad entre las generaciones” (p. 225).

Por otra parte Montes de Oca y Hebrero (2006) en su estudio denominado “Eventos cruciales y ciclos familiares: el efecto del envejecimiento en los hogares de México” refieren que:

Los procesos de apoyo familiar llegan a ser extenuantes, pues sugieren jornadas intensivas de cuidado físico, atención a la dosificación de medicamentos y tratamientos posquirúrgicos, si es el caso. Existen algunas enfermedades

donde es propicio el autocuidado, pero hay otras de clara dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria. En esa lógica, la enfermedad no sólo es un evento que afecta al individuo, sino también es un evento con fuertes connotaciones familiares, toda vez que reorganiza las actividades de los miembros del hogar, redistribuye las actividades en función de nuevas tareas imprescindibles, reorganiza los roles de género y el papel de las relaciones intergeneracionales. En fin, la aparición de padecimientos crónicos puede modificar la vida cotidiana de la persona mayor, pero también afecta la vida cotidiana del colectivo familiar.

De acuerdo a lo anterior se deduce que en México la cultura familiar adopta la postura de obligación filial de cuidado, es decir, que las hijas e hijos deben asistir a sus padres como ellos les asistieron en algún momento, de tal forma que de generación en generación se adquiere esta encomienda, es así que cuando no se logra mantener el balance para seguir con las actividades propias y cuidado de sí, se pueden propiciar problemas de salud física y mental, al mismo tiempo que las relaciones sociales se tornan mermadas; conforme a ello Torres (2007, citado por Barrón y Alvarado, 2009) señala: "(...) la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y sociofamiliar (p. 41). Tales aspectos se documentan en el siguiente apartado.

1.2. Problemática de salud en el cuidador primario

El alma es un acorde; la disonancia, su enfermedad.
Pitágoras.

La salud es el estado de equilibrio biopsicosocial, que permite al ser humano desarrollarse en plenitud y vivir sin limitaciones físicas, mentales-emocionales y sociales, así como hacer uso de sus capacidades físicas, psicológicas e interactivas, lo cual le brinda el bienestar necesario para ser una persona autosuficiente, Labiano (2010) explica:

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano, no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona (p. 3).

De acuerdo a lo anterior el concepto de salud va más allá de la presencia de síntomas patológicos, es decir que la salud implica un estado de satisfacción en cuanto a las necesidades no solo físicas, sino también psicológicas y sociales, de tal manera que cada individuo forma su estilo de vida para sentirse o no saludable. Cuando se trata de la salud de los familiares cuidadores primarios esta puede tornarse perjudicada a consecuencia de las actividades realizadas, en palabras de Méndez (2010, p. 123):

Cuidar implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda, conlleva una dedicación importante de tiempo y energía, así como tareas que pueden no ser cómodas y agradables. Suele darse más de lo que se recibe, es una

actividad que por lo general no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente preparado.

Las actividades a desarrollar se adecuan a las necesidades particulares del adulto mayor y suelen asumirse de manera inesperada, ante dicha situación, se presentan cambios que modifican el estilo de vida, dicha autora menciona:

La labor de cuidar puede tener consecuencias negativas relacionadas con conflictos familiares, reacciones emocionales, implicaciones sobre la salud, perturbaciones laborales, dificultades económicas y disminución de actividades de ocio, apareciendo agotamiento como consecuencia de la carga que esto implica, que no es más que el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas dependientes (p. 127).

La persona que asiste a un adulto mayor modifica el ritmo de vida habitual, pues de él se desprende la atención a las necesidades físicas, emocionales y sociales que su familiar requiera, de tal manera que las funciones efectuadas por el cuidador llegan a originar una serie de padecimientos y problemas, a los cuales, en conjunto, se les ha denominado *síndrome de sobrecarga*.

1.2.1. Síndrome de Sobrecarga

En los últimos años, debido a la conversión de la pirámide poblacional y de las dinámicas familiares, se han detectado algunos malestares comunes presentes en familiares cuidadores primarios, por su frecuencia y prevalencia al conjunto de estos síntomas se les nombro síndrome de sobrecarga, Lara, Díaz y Silveira (2001) explican que: "(...) a esta carga, se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, burnout, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador"(p. 107), finalmente sea cual sea el término

utilizado, las consecuencias son las mismas, una serie de padecimientos a raíz del exceso de presión y obligaciones en el ejercicio de cuidar.

Por su parte, Barrón y Alvarado (2009) mencionan "(...) La carga es un concepto central en el estudio de las consecuencias que sufre o padece el cuidador, es concebido como un sinónimo de obligación o deber" (p.43); por ello se asume como la responsabilidad de decidir y actuar sobre aspectos como: salud, alimentación, higiene, vestir, toma de medicamentos, citas médicas, en fin todo lo concerniente a la vida del otro, con la finalidad de salvaguardar la integridad física, psicológica y social del adulto mayor. Dichos autores refieren también que:

Este concepto (carga) es tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como estar quemado e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado; está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación (p. 46).

En la mayoría de las ocasiones, los familiares asumen las tareas del cuidar repentinamente, sin contar con una preparación previa y sin establecer límites y redes de apoyo familiar que les permitan contar con tiempo para ellos y sus actividades de la vida cotidiana, de tal manera que el exceso de responsabilidad lleva a los cuidadores a vivir los padecimientos de sobrecarga física, emocional y psicológica, Jock, Rivero y Bello (2004) explican:

Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina carga (p. 71).

Deduciendo que en un inicio se trata de un impedimento para seguir con la cotidianidad de sus actividades, seguido de la presión por cubrir satisfactoriamente la demanda de su familiar, desencadenando problemas en la salud, los cuales finalmente repercuten en el ámbito emocional y social. Todo ello ha sido especificado dentro de los síntomas del síndrome mencionado, en relación a ello Lara, Díaz y Silveira (2001, p. 109) indican que “(...) El síndrome de sobrecarga, se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador primario" a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando la enfermedad”. Generalmente surge disfuncionalidad en cuanto al rendimiento y salud, condicionando a la persona al padecimiento de graves efectos, conforme a ello Astudillo y Mendinueta (2003) señalan que los signos del síndrome de sobrecarga son “(...) irritabilidad, falta de organización, pobre concentración y rendimiento, astenia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social y mayor automedicación” (p. 241).

Las funciones del cuidar demandan un esfuerzo extra para quien lo brinda, de tal manera que el ritmo habitual de actividades aumenta considerablemente, el adulto mayor demanda lo que él ya no puede hacer, como lo es: la fuerza física para moverse o asearse, atención en cuanto a los horarios para tomar sus medicamentos, alimentarse, todo de acuerdo a la situación individual, lo cierto es que se trata de una actividad exhaustiva, pues en todo momento se requiere de la atención, conforme a ello Barrón y Alvarado (2009) indican: “(...) hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida” (p. 42). Si no existe la asistencia adecuada a las necesidades fisiológicas del cuidador, inevitablemente surge el descontrol en las mismas; al respecto Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011) explican:

La dimensión física se define como la salud física en general y los síntomas que se presentan, entre los cuales se enuncian la fatiga, las alteraciones del sueño, la funcionalidad, las náuseas, las alteraciones en el apetito, el estreñimiento, los dolores y el malestar. Cabe resaltar que existe una mayor afectación en esta dimensión en cuidadores de total dependencia, puesto que este asume la responsabilidad total del paciente: lo ayuda a realizar todas las actividades que este no puede llevar a cabo (p. 37).

Alteraciones somáticas de esta índole, no son más que consecuencia de la carga de la responsabilidad del otro y de que este permanezca con el mayor bienestar posible. Torres (2004) encontró que: “(...) los cuidadores tienen más problemas de salud, visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades que los no cuidadores” (p.25).

Al mismo tiempo, el cuidador pasa por un estado de tensión constante, la cual se acumula si no existe el apoyo de los demás integrantes de la familia, por otra parte, el deterioro físico, provoca no solo malestar en el cuerpo, sino en el estado emocional, mismo que se encuentra bombardeado de sensaciones como la ansiedad, la tristeza, la apatía; Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011) argumentan:

Es posible que estos cambios en la dimensión psicológica se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor durante más de tres meses, porque se entregan y dedican gran parte de su tiempo al cuidado, hasta llegar a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades del paciente, sin reparar en las propias. Con frecuencia, ello genera cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como sentimientos de culpa por considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite. El ser único cuidador y no recibir apoyo alguno, así como percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer la presencia de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación y, como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional (p.38).

Es inevitable que después de algunos meses, toda la responsabilidad sea solo del cuidador, y que este no reciba apoyo de los familiares cercanos, lo cual lleva al cuidador a desarrollar un sentimiento de tristeza por la soledad continua, tanto así que la rutina del cuidador primario se torna restringida a su relación con el adulto mayor, por lo que puede llegar a ignorar otros aspectos, tal como lo son los grupos de pares, e inclusive las relaciones familiares, con el paso del tiempo y el incremento en la dependencia del adulto mayor, los cuidadores primarios suelen tener repercusiones en este ámbito de su vida; Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011) señalan que lo social:

Hace referencia a la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales, el rol social en la vida, como necesidad de apoyo social y familiar y el desempeño familiar. Estos elementos que conforman la vida social de toda persona pueden alterarse en el cuidador, ya que brindar cuidado requiere tiempo y dedicación; además, en ocasiones, no se cuenta con el apoyo de otros miembros familiares en el proceso de cuidado, lo que genera que el cuidador evite relacionarse con otras personas y que su dimensión social se vea afectada (p. 38-39).

La mayor parte de tiempo el cuidador está disponible para el adulto mayor, siendo así, puede caer en la indiferencia familiar, sobre todo si no existe una integración que genere lazos de apoyo; al igual que sucede si omite las actividades o relaciones interpersonales con amigos o personas cercanas; por otra parte, el rendimiento y el horario laboral también pueden tornarse afectados, causando repercusiones en el economía, pues la inversión monetaria para cubrir gastos de manutención, en la mayoría de los casos es insuficiente. A continuación se describen los síntomas más frecuentes derivados de la actividad de cuidar y que como ya sé menciono, en conjunto forma al Síndrome de Sobrecarga.

1.2.1.1. Depresión

Los síntomas asociados a la depresión habitualmente se presentan cuando ocurren situaciones desequilibrantes o inesperadas en la vida, suele ser uno de los trastornos más comunes al momento de vivir pérdidas, enfermedades crónicas o acontecimientos inesperados. Robles (2010) explica:

Este padecimiento es considerado dentro de la categoría de trastornos del estado del ánimo de la Asociación Psiquiátrica Americana (1987), que incluye a los desordenes que se caracterizan por una disfunción en el estado de ánimo, una emoción prolongada que matiza la vida psíquica en general, acompañada de síndromes maniacos o depresivos. El episodio depresivo mayor hace referencia a un periodo, de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación o aumento de la lentitud psicomotriz, disminución de la energía, sentimientos excesivos de culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal ante alteraciones en el apetito, disturbios durante el sueño e ideas de muerte o suicidio o intentos suicidas. También se reconoce que diversos factores psicosociales pueden desempeñar una función importante en la precipitación y constelación particular de los síntomas de la depresión mayor (pp. 253-254).

De tal forma que las emociones presentes durante la depresión transforman el comportamiento funcional de quienes padecen este trastorno, en cuanto a su definición Picardi (2010) menciona: "(...) la depresión (del latín depressus que significa "abatido" y "derribado") es un estado de tristeza con infelicidad, transitorio o permanente" (p. 91); es decir, la emoción predominante en el ánimo de quien vive depresión será la tristeza, por su parte Alberdi, Taboada , Castro y Vázquez (2006) refieren:

Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos –esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a

las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (p. 1).

Conforme a lo anterior se entiende que se trata de un trastorno en la vida emocional de las personas, el cual suele acarrear problemas comportamentales, fisiológicos, mentales o corporales, de este modo, la depresión se relaciona con padecimientos de insomnio, ansiedad, problemas alimenticios, esto es, se trata de un estado patológico que afecta diversas áreas de la vida.

En el familiar que cuida de un adulto mayor las emociones de tristeza se manifiestan a raíz de la relación que se establece entre ambos, la cual se torna estrecha e íntima, de tal forma que las afecciones de la persona cuidada llegan a aquejar (en ocasiones con más fuerza) al cuidador, en cuanto a la depresión Picardi (2010) menciona de la misma que es de “(...) gran importancia cuando se presenta en adultos mayores, pues repercute en quienes padecen y trasciende su efecto negativo a los familiares que asisten” (p. 91), esto es, que la mayoría de los cuidadores primarios manifiestan síntomas de depresión si su familiar motivo de cuidado la presenta, a partir de lo anterior González (2004) describe que:

Con el paso del tiempo, el cuidador comienza a tener una verdadera depresión que le embarga al ver como su ser querido desaparece bajo los estragos de la enfermedad y como sus cuidados son infructuosos ante la realidad descarnada de cada día. Sus esfuerzos amorosos y constantes son realmente incapaces de frenar la enfermedad y cada vez ve más mal a su ser querido. Este sentimiento de incapacidad e imposibilidad de alcanzar lo esperado es de tensión y desesperanzador para cualquier persona, por lo que a la larga tal cúmulo de tensiones le acarrea una verdadera depresión (pp. 195- 196).

Es así que, el sentimiento de impotencia al mirar que la salud y la integridad de la persona mayor que se atiende se debilitan día a día, produce en el cuidador la sensación de no dar lo suficiente, generando un estado de presión continua por realizar

esfuerzos extras en cuanto al cuidado, sin embargo, la mayoría de las ocasiones, este deterioro no depende de las atenciones recibidas, sino más bien se corresponde con la naturaleza propia de la etapa de la vejez, lo cual genera depresión en el cuidador al saberse incapaz de regresar el paso y el peso de los años en su familiar, así mismo Millán (2011) refiere y sugiere "(...) Cuando la tristeza, la preocupación y la soledad se viven sin otra alternativa, aparece la depresión. Por eso es muy importante que el cuidador valore su estado de ánimo, salga de casa y haga nuevas amistades" (p. 313) aunado a ello aparecen la desesperación y angustia por resarcir los padecimientos de la persona cuidada, manifestando ansiedad, la cual se documenta en el siguiente apartado.

1.2.1.2. Ansiedad

Actualmente muchas de las actividades que se realizan en la vida cotidiana producen un estado ansioso en cuanto a ello Gutiérrez (2010) refiere:

La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazador, sin embargo cuando alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil pueda dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no solo son de "nervios". Son estados relacionados con la estructura biológica y con las expectativas vitales de un individuo. Cuando es excesiva y se desborda, hace que el individuo sufra lo que psicopatología se le denomina un trastorno (p.165).

Conforme a lo anterior se deduce que la ansiedad se cataloga como un estado previo a situaciones poco comunes, las cuales imponen un reto personal, representado oportunidades de logro o fracaso, por lo cual estas sensaciones pueden ser estimulantes a cumplir una meta, pero se transforman en limitantes al perder el control de las mismas, es así, que Robles (2010) puntualiza: "(...) la ansiedad es un estado de

ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos, a saber: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático” (p. 254), todos ellos como consecuencia negativa del exceso de ansiedad, por su parte Ballester (2005) la define como: “(...) un estado de desequilibrio emocional psicofísico caracterizado por una serie de síntomas de tipo fisiológico, cognitivo, emocional y conductual, y por un deseo irrefrenable de adaptarse a una situación observada subjetivamente (no objetiva) como atentadora” (p. 199), es decir, se trata de un estado emocional de alerta provocado por pensamientos de amenaza continuos, los cuales suelen desencadenar reacciones de tensión y nerviosismo extremos, en cuanto es esto el autor explica:

La ansiedad patológica aparece, pues, como reacción ante estímulos erróneos, ante una equivocada (o extremadamente equivocada) interpretación de los mismos, o ante su simple percepción anómala y /o aberrante, interna o externa, lo que le confiere final e intrínsecamente no sólo un valor no adaptativo, además totalmente contraproducente (p. 35).

De acuerdo a lo anterior se puede decir que la ansiedad patológica se origina a partir de interpretaciones equivocadas ante situaciones en las que se busca la sobrevivencia o adaptabilidad, y que finalmente solo producen alteraciones y tensiones en cuanto al estado emocional. Por su parte Green (1994) señala que “(...) los orígenes de la ansiedad son imperceptibles y se basan en miedos y conflictos vagos, no necesariamente en amenazas externas e identificables (p. 142), esto indica que la ansiedad suele ser consecuencia de una causa injustificada.

La ansiedad se sintetiza en un temor o pavor excesivo hacia situaciones no comprobadas, generalmente los pensamientos irracionales son constantes y se manifiestan en acciones repetitivas de evitación a dichas situaciones. En cuanto a los cuidadores primarios, la ansiedad se hace presente como parte de los padecimientos que engloba el síndrome de sobrecarga y del cual González (2004) expone:

Hacerse cargo de un anciano implica ir de menos a más en la calidad de la atención que va requiriendo de acuerdo con el ritmo de deterioro de cada persona, es por ello que el cuidador primario inevitablemente presentará algunos cambios en cuanto a su estabilidad emocional, uno de ellos será la ansiedad manifiesta en el propio cuidado del anciano (...) por el grado de parentesco que les une, siente que no ha tenido la paciencia necesaria ante los momentos difíciles enfrentados por ambos. En la medida que pasa el tiempo y que las cosas son más complejas por el trato que existe entre ellos, la ansiedad sube de tono en el cuidador, pues es difícil separar al paciente (que es su pariente cercano) de sus enfermedades. Entender que uno es el ser querido que se desmorona con la vejez y que otra cosa es la enfermedad que lo mina son aspectos difíciles de asimilar por el cuidador (pp. 194-195).

Respecto a la ansiedad presente en los cuidadores primarios se deduce que esta nace de las preocupaciones y exigencias de las cuales son incapaces de deshacerse, mismas que provocan falta de concentración y estado de inseguridad persistente, la relación de cuidador y adulto mayor puede generar este desequilibrio ya que resulta impredecible cada día al lado de un familiar que se encuentra en la última etapa de la vida y que presenta deterioros significativos en todas las áreas de su vida, establecer un contacto de cercanía con alguien de quien no se tiene la certeza sobre su bienestar físico, psicológico y social, provoca una anticipación ansiosa de incertidumbre, presentando dificultades para realizar su vida diaria, el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH por sus siglas en inglés) (2009) indica que:

Los síntomas físicos que con frecuencia acompañan la ansiedad incluyen fatiga, dolores de cabeza, tensiones musculares, dolores musculares, dificultad para tragar, temblores, tics nerviosos, irritabilidad, transpiración, náuseas, mareos, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de falta de aire, y repentinos acaloramientos (p. 18).

Conforme a estos síntomas se denota una gran delimitación para llevar una vida plena y sana, esto provoca deterioro significativo para quienes la viven, llegando a imposibilitar las actividades diarias.

Finalmente la ansiedad en los familiares que brindan el cuidado a sus ancianos, presentan este desequilibrio como parte de la sobrecarga contenida, al mismo tiempo que sobreviene el desgaste físico, el cansancio y agotamiento continuo, definido como fatiga, misma que es documentada a continuación.

1.2.1.3. Estrés

El ritmo habitual de vida por el que atraviesa la sociedad, al mismo tiempo que la falta de tiempo para el ocio y la recreación han transformado la estabilidad emocional de las personas por un estado de tensión constante, el cual comúnmente es nombrado como estrés, en cuanto a ello Pereyra (2010) refiere:

El término “estrés” es de uso común y se le emplea para hacer referencia a una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo, nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares. También se aplica a miles de circunstancias o situaciones responsables de esas emociones, como una cantidad excesiva de trabajo, la desmesurada presión que se puede sufrir en cualquier situación comprometida. Se utiliza la idea de estrés en forma tan frecuente y de manera tan indiscriminada que se ha convertido en una muletilla lingüística que pretende caracterizar todo tipo de amenaza que afecta a una persona (pp. 214-215).

Cuando el cuerpo humano resiente las exigencias de la rutina diaria, y cuando estas consumen desmedidamente la energía del mismo, es inevitable la manifestación de síntomas de estrés, del cual Lopategui (2000) indica que:

Se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo; en este sentido el estrés es el estado mental interno de tensión o excitación. El concepto de estrés describe una reacción física del cuerpo hacia una demanda o a una intrusión perjudicante. El estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona (p. 2).

Con base a lo anterior se deduce que el estrés es un conjunto de reacciones en las funciones biológicas o psíquicas de las personas sometidas a factores de presión constante, mismas que ayudarán al cuerpo a obtener equilibrio siempre y cuando el individuo se haga cargo de los síntomas y retome un ritmo menos desgastante, de este modo se habla de un estrés positivo. En el caso de los cuidadores primarios Ponce (2006, citado por Achury, Castaño, Gómez & Guevara, 2011) puntualiza:

El cuidador se ve sometido a un estrés por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, alteración en la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de respaldo social y de apoyo, falta de actividad, dispersión, severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, cantidad de cuidado o supervisión requerida (p.36).

Cuando se sigue bajo el sometimiento de dichos estresores y estos siguen interfiriendo en la funcionalidad del organismo, el cuerpo tenderá a padecer un estrés negativo, mismo del que De Mézerville (2004) describe:

Se caracteriza por un estado psicofisiológico de tensión acumulada que produce una reacción de alarma, desgaste, descontrol, ya sea localizada en una parte específica del organismo, o bien generalizada a la totalidad de la persona. Una persona empieza a ser presa del estrés negativo cuando la dosis de tensión acumulada supera el umbral óptimo de adaptación, haciendo que su organismo

muestre ciertos signos inequívocos de agotamiento. El agotamiento, caracterizado por fatiga y cansancio acumulados, representa uno de los primeros signos del estrés negativo (p.230).

Por ello, las alteraciones producidas por el estrés negativo limitan significativamente las funciones bio-psico-sociales de quien lo padece, las causas, generalmente son factores externos como acontecimientos, contextos, personas u objetos, los cuales interfieren en la estabilidad de la persona; a consecuencia se presentan el cansancio y fatiga, de tal modo que el cuerpo pierde la energía para realizar las actividades diarias, al mismo tiempo que su mente estar despejada, es por ello que a continuación se hace una breve descripción de este síntoma.

La fatiga como síntoma de estrés

Los padecimientos asociados al estrés generalmente inician con cansancio constante mismo que inhabilita al organismo, esto es, la falta de energía por un prolongado tiempo afecta no solo el estado físico, también el mental, emocional y social, ante lo cual, se desencadena la fatiga crónica misma que implica situaciones tales como disgusto, apatía, presiones emocionales y dolor físico, generalmente cuando las personas se encuentran expuestas a largos periodos de desgaste físico, ya sea por trabajo o ritmo de vida, es posible que se presenten síntomas de agotamiento y cansancio extremo o hasta indiferencia, en cuanto a ello el Diccionario conciso de la APA (2010, p. 215) define la fatiga como un: "(...) estado de cansancio y disminución en el funcionamiento. La fatiga por lo general es una respuesta normal y transitoria al esfuerzo, el estrés, el aburrimiento o al sueño inadecuado, pero también puede prolongarse inadecuadamente y ser indicador de un trastorno", conforme a esta definición se confirma que está es una consecuencia del estrés, es decir, forma parte de los síntomas que engloba el síndrome de sobrecarga. Por su parte Green (1994) sugiere las siguientes cuatro posibles conclusiones de diagnostico para la fatiga:

- a. La fatiga es una respuesta normal a algo, pero no hay evidencia de trastorno físico o emocional.
- b. Existe una enfermedad física que es la causa de la fatiga.
- c. Existe un trastorno emocional- depresión, ansiedad, estrés- que requiere tratamiento psicológico.
- d. No se puede hacer un diagnostico, pero el paciente tiene síntomas reales y debe quedar en observación.

A partir de lo anterior se deduce que la fatiga se produce a partir de diversas situaciones cotidianas que oprimen el estado de equilibrio físico, mental o emocional de una persona. En el cuidador primario el síntoma de fatiga se hace presente cuando no encuentra el apoyo adecuado de la familia, el trabajo realizado absorbe mucha energía aunado a la presión para decidir sobre la vida del adulto mayor, las principales causas por las que se genera la fatiga en el cuidador primario se derivan del desgaste físico aunado a las tensiones emocionales, derivando en un desequilibrio psicológico, en cuanto a ello González (2004) enfatiza:

La fatiga del cuidador ante el cuidado continuo y el roce de ambos en la exigencia que el estado de salud del anciano requiere tanto en elementos físicos como en procesos de limpieza, distracción y relajamiento, el cuidador va cansándose, pues no es nada sencillo tomar a su cuidado a una persona cercana en parentesco u sentimientos y pedirle que se discipline. La disciplina es el punto álgido donde chocan los sentimientos de ambos, pues el cuidador tiene que exigirle para que el deterioro sea menor, pero la resistencia del anciano es natural. Los tiempos y sentimientos van desgastando más al cuidador que las acciones en sí mismas. A su vez, el juego de exigencias para determinadas acciones y de tolerancia ante otras es un verdadero yunque que golpea inmisericorde al cuidador y le va fatigando en su trato con el anciano (p. 195).

Se deduce entonces que el vínculo existente entre el familiar cuidador primario y el adulto mayor se ve debilitado en cuanto las tensiones aumentan, convirtiéndose en una situación en la que es necesario invertir mayor tiempo y energía, y en la que día a día son menores los resultados positivos, ya que en ocasiones la falta de disposición del adulto mayor para dejarse ayudar producen en el cuidador un grado de frustración al mirar que es en vano su esfuerzo, por lo que no son ajenos los sentimientos de angustia y desesperación ante tal actitud ; así mismo, según sea el caso, las actividades diarias implícitas en la atención requieren esfuerzo físico; los familiares que asisten a los adultos mayores pueden caer en periodos prolongados de presión y de sentirse solos en su función, por la rutina y las actividades propias del cuidado pueden padecer estrés y fatiga, ya que sus funciones y roles diarios cambian radicalmente, limitando su rol al de cuidador primario, sin contar con el respaldo familiar, sintiendo soledad, angustia y opresión, con el paso del tiempo estas repercusiones dan lugar al insomnio, el cual se documenta a continuación.

1.2.1.4. Insomnio

Dormir es una de las necesidades básicas del hombre para su óptimo desarrollo y funcionamiento, Sierra (2010) puntualiza que:

El sueño constituye un estado de suma relevancia para el ser humano, prueba de ello es que pasamos cerca de un tercio de nuestra vida durmiendo. Por desgracia, y quizá como consecuencia del ritmo de vida que caracteriza a las sociedades industrializadas, los trastornos del sueño suponen una de las alteraciones más preocupantes en la actualidad. Aproximadamente una cuarta parte de la población sufre algún tipo de trastorno del sueño, en especial las mujeres de edad mediana y las personas ancianas, siendo el insomnio la queja más común. Así, por lo común el padecimiento de ciertos trastornos del sueño se asocia con riesgos de desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos y sociales. La calidad de sueño no solo se refiere al hecho de dormir bien durante la, sino al buen funcionamiento diurno (p. 337).

Los trastornos del sueño suelen estar asociados a presiones externas, como efectos de medicamentos, o bien a trastornos como el estrés, depresión o ansiedad, el insomnio como síntoma en los cuidadores primarios de adultos mayores, suele estar asociado a la demanda de tiempo y preocupaciones constantes por la salud de los mismos, la cual tiende a ser exhaustiva, al borde de ocupar las horas de sueño de quienes asisten, ya sea por la atención que se requiere, o por las presiones psicológicas que se generan, en palabras de Becker (1995):

Quando los deseos de las personas entran en conflicto con las exigencias de la sociedad, o cuando existe una contradicción entre esos mismos deseos, se producen síntomas de ansiedad, sobre todo si la persona se ve incapaz de hacer nada para resolver el conflicto por sí misma. La tensión resultante de ese “punto muerto” puede agravar una predisposición a la ansiedad ya existente, lo que conducirá al insomnio o lo exacerbará (p. 148).

Es decir, el insomnio se presenta como consecuencia de la ansiedad ante situaciones que quedan fuera la capacidad para resolver los problemas cotidianos. Por su parte Lavery (1997) menciona:

Insomnio significa incapacidad de dormir. El término puede usarse para describir la dificultad de dormirse o de seguir durmiendo, además de una incapacidad percibida de dormirse. La diferencia entre los que duermen poco y los que padecen insomnio es que los primeros necesitan dormir poco para estar sanos y bien, mientras que los segundos sufren física y mentalmente por falta de sueño. El insomnio no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma de desequilibrio del cuerpo y puede tener muchas causas (p.72).

Por tanto se entiende que el insomnio afecta el tiempo de sueño y el bienestar que el buen dormir produce, aun durmiendo algunas horas, estas pueden ser interrumpidas o no reparadoras, ya que no se alcanza un estado de sueño profundo y reparador. El insomnio como consecuencia de anomalías físicas o emocionales, afectará significativamente el ritmo habitual de quien lo padezca.

Respecto al insomnio en cuidadores primarios, Chang, Tsai, y Tsao (2007, citados por Barrón y Alvarado, 2009) especifican que “(...) la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y así mismos” (p. 42). La deficiencia en el dormir genera cambios importantes en el estado físico de quien lo padece, generalmente durante el día se presenta un estado de irritabilidad y somnolencia que impide la concentración y la capacidad para realizar las actividades diarias, es necesario compensar el desgaste de energía realizado durante el día para optimizar el rendimiento. Torres (2004) menciona al respecto:

En las actividades de descanso y recreación la mayoría de las familias refieren alteración del sueño producida, en consecuencia, por la dificultad que tienen algunos enfermos en esta misma actividad. No duermen y no dejan dormir, aunque las personas están acostados no concilian el sueño y se despiertan y se desvelan. Los familiares dicen: “vivimos alcanzados de sueño”, “está afectando nuestro descanso”, “con frecuencia nos despierta a todos, nos afecta el sueño” (p.25).

Generalmente los cuidadores primarios tienden a estar en un constante estado de alerta, con el fin de responder inmediata y óptimamente a las necesidades del otro, incluso, puede suceder que algunas noches no se ocupe de la asistencia, sin embargo, quien cuida opta por estar al pendiente, también se presenta el caso de administrar medicamentos o tratamiento terapéutico a determinadas horas, lo cual precisa de interrumpir el dormir; por otra parte, el simple hecho de satisfacer las necesidades básicas como ir al baño, pueden incurrir en el horario de sueño de quien cuida.

Así, el insomnio suele ser un padecimiento muy común cuando existe el desequilibrio provocado por presiones externas, sobre todo cuando se trata de tomar la responsabilidad de la vida de otra persona, de tal modo que los pensamientos aumentan y el proceso del sueño se retrasa al sentir la presión a la cual se es sometido.

Hasta aquí se han documentado algunos de los problemas que forman el Síndrome de Sobrecarga, es importante señalar que generalmente estos se presentan de manera simultánea, es decir, uno es producto del otro, y es muy común que los síntomas de depresión, ansiedad, estrés, fatiga e insomnio repercutan severamente en la salud del cuidador primario, de igual forma, el pensar se mira afectado, creando ideas que afectan la integridad y convivencia social, a continuación se explica el problema de pensamientos erróneos en los cuidadores.

1.2.1.5. Pensamientos erróneos

El hombre cuenta con la capacidad de crear un mundo interior a través de representaciones mentales, las cuales se usan para interpretar subjetivamente su entorno, a ello se le denomina pensamiento, en el Diccionario conciso de Psicología de la American Psychological Association (2010) se define al mismo como:

El comportamiento cognitivo en el que se experimentan o manipulan ideas, imágenes, representaciones mentales u otros elementos hipotéticos del pensamiento. En este sentido el pensamiento consta de imaginación, recuerdos, resolución de problemas, sueños diurnos, asociaciones libres, formación de conceptos y muchos otros procesos (p. 368).

Es decir, todas las elaboraciones mentales que dan significado a ciertos acontecimientos o factores ambientales, así como las relaciones con otras personas, parten del pensamiento. "(...) los pensamientos son, por consiguiente, las últimas unidades vivenciales de nuestra vivencia de pensar" (Dorsch, 2008, p. 560); así los pensamientos influyen directamente en las emociones y en el comportamiento. Es

posible tener pensamientos acertados, como también lo es tener erróneos, en este sentido se encuentra que la palabra errar está definida por el Diccionario de la Lengua Española (2001, p. 714) como:

“(...) Divagar (la imaginación o el pensamiento), yendo de una cosa a otra sucesivamente sin orden, ni motivo concreto”; por otro lado, erróneo, -nea “(...) adj. (acción, idea, expresión) que contiene error o equivocación”, y finalmente error “(...) n. m. Circunstancia de la persona que tiene ideas u opiniones equivocadas, o sigue una conducta desacertada”.

Es decir que cuando se hace referencia a pensamientos erróneos se habla de la elaboración de ideas, juicios, razonamientos o lineamientos inadecuados sobre una situación, persona u objeto específico, conforme a ello muchos de los pensamientos que se tienen influyen en la manera de sentir y reaccionar ante determinadas circunstancias de la vida, comúnmente cuando, se tiene una actividad tediosa y saturada de responsabilidades que no son satisfactorias o acordes a las expectativas particulares, el pensamiento suele tornarse un tanto catastrófico, esto es, que aunado al sentimiento de desesperanza se presentarán ideas negativas, abrumadoras y pesimistas sobre sí mismo y sobre la función ejercida.

Específicamente el pensar de los cuidadores primarios se centra en la responsabilidad que implica la asistencia, para que sea lo más óptima posible, por lo cual suelen plantearse ideas centradas en la comodidad del otro, dejando de lado su propia persona, elaborando pensamientos erróneos, un ejemplo de ello lo refieren Barrón y Alvarado (2009) al indicar: “(...) los cuidadores que refieren haber renunciado a su propio bienestar, no desean que nadie más arrastre este sacrificio, ni que el enfermo con el que han creado un vínculo de interdependencia, sea motivo de rechazo para otras personas” (p. 41).

Es decir que se atribuyen ser la única persona capaz de atender y aceptar plenamente a su receptor de cuidado, la relación que se entabla entre la persona del

cuidador y el que se cuida es tan estrecha que el primero adopta como propias las necesidades del otro. Al respecto Flores (2012) encontró que:

La necesidad del otro conlleva el peligro de la enajenación, de perderse en el otro. El problema es que lo que sobreviene es una conciencia desdichada por la frustración de desubjetivarse, de dejar de ser uno mismo. Esto se observa en quienes cuidan por periodos prolongados, pues piensan que nadie se preocupa por ellos y que lo único que importa para el resto, es la persona a la que cuidan. Surgen momentos de rebeldía y deseos de deshacerse del otro, de que se muera, de que ya no esté, para liberarse de la angustia, del dolor, del trabajo excesivo, deseos que después desembocan en sentimientos de culpa (p. 40).

En cuanto a lo anterior, se deduce que el pensamiento de los cuidadores primarios se proyecta a las tareas de su función, de las cuales se adueña y se asume como la única persona capaz de realizarlas, de tal forma que se producen ideas erróneas respecto a su rol, sintiendo inestabilidad por dejar de lado muchos aspectos de su vida.

Finalmente los pensamientos erróneos elaborados por quienes cuidan, causan sentimientos de ambivalencia y desequilibrio, al mismo tiempo que la indiferencia ante sus intereses y por quienes le rodean, conduce al empobrecimiento de su interacción social, es decir el aislamiento social, problema del cual se hace hincapié a continuación.

1.2.1.6. Aislamiento social

Por naturaleza, el hombre nace con la necesidad de interactuar con otros, sin ello no sería posible el desarrollo saludable del mismo, es aquí cuando se dice que el ser humano es un ente social. De acuerdo con el Diccionario de la American Psychological Association (2010) social se refiere a: "(...). Que se relaciona con la sociedad humana (...) con las interacciones de los individuos, particularmente como miembros de un grupo o una comunidad" (p. 480), esto es, que se está en contacto continuo con los demás, siempre procurando el acompañamiento, el apoyo mutuo, la comunicación, en

fin todas las formas existentes de relacionarse, por otra parte, algunas variables situacionales pueden influir para que las personas decidan aislarse. Así se define al aislamiento como la “(...) condición de ser separado de otros individuos” (p. 16).

Por tanto, se entiende por aislamiento social, la acción de estar privado del acercamiento con otras personas, esto es, encerrarse en sí mismo y/o en un lugar solitario. Cuando la tarea de cuidar sobrepasa las necesidades propias de quien ejerce dicho rol, es posible que éste pierda el interés por las relaciones interpersonales y las actividades que se solían hacer antes de convertirse en cuidador, generando así un estado de aislamiento social, en cuanto a ello García, Mateo y Eguiguren (2004) puntualizan:

La alta dedicación a los cuidados conlleva una restricción de la vida social de los cuidadores: disminuyen las posibilidades de salir con amigos, de relacionarse con familiares, de recibir o realizar visitas. Tiempo escaso, inexistente a veces, para el propio cuidado, para dedicarlo a otras responsabilidades o, simplemente, para disponer libremente de él (p. 136).

Es decir, que el tiempo libre del que dispone el familiar que brinda cuidado, es utilizado para sí, por lo tanto las actividades recreativas y sociales se dejan de lado conforme a esto Torres (2004) señala que:

(...) la soledad que sienten es muy grande; el no tener con quien compartir sus experiencias, sus sentimientos e inquietudes sobre su convivencia con quien cuidan y la responsabilidad que esto significa les genera mucho estrés. No tienen con quien desahogarse, no se les permite quejarse y se sienten impotentes cuando ven que su familia se está acabando (p. 25).

Respecto a la soledad percibida por el cuidador se debe en gran parte a la poca colaboración y apoyo familiar, es decir, la dinámica familiar no es la más apropiada para

brindar el soporte oportuno en las actividades del cuidar, las relaciones familiares pasan por cambios significativos, en cuanto a ello Méndez (2010) refiere:

Pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, toma de decisiones, forma en que se proporciona el cuidado y actitudes de unos u otros hacia el adulto mayor. En ocasiones el malestar del cuidador con otros miembros de la familia se debe a los sentimientos acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que éste realiza (p. 127).

El cuidador primario puede experimentar rivalidad con sus familiares al saberse solo ante la responsabilidad y mirar que su esfuerzo no está siendo apreciado, ante este hecho, una opción puede ser el aislamiento también dentro de la familia, pues así se evita de generar conflictos; de la misma forma la inversión del tiempo libre en el cuidar genera cambios importantes en cuanto a las relaciones sociales, la misma autora refiere "(...) la reducción de actividades en general y sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento" (p. 127), ante este hecho, es posible que las actividades de las que se solía disfrutar en compañía de los amigos, la pareja o compañeros de trabajo, ahora queden descartadas, al mismo tiempo que los gustos, intereses, aquellas actividades que se realizaban con esmero y placer, queden apartadas después de asumir el rol de cuidador, siendo esto la pérdida de aficiones, de las cuales se habla en el siguiente apartado.

1.2.1.7. Pérdida de aficiones

Existen gustos e interés por actividades que apasionan y causan gran satisfacción como lo son la literatura, el cine, el arte, la música, la pintura, los deportes, la danza, así como el placer de compartirlas con otras personas, lo cual genera una intensa afición, esta última, es definida por el Diccionario de la Lengua Española (2001) como la "(...)

actividad u ocupación que se realiza meramente por placer durante el tiempo libre” (p. 48). Habitualmente estas aficiones sirven como medio de relajación, expresión de emociones y liberación de tensiones producidas por el ritmo de vida, sin embargo, debido a la saturación de obligaciones, se pierde la posibilidad de realizarlas, la palabra pérdida se define como “(...) la privación de lo que se poseía” (p.345), por lo cual se concluye que la pérdida de aficiones, se delimita como la privación de ocuparse a una actividad específica en el tiempo libre, por el gusto o la satisfacción que esta provoca.

Ahora bien, en lo que se refiere a los cuidadores primarios, se sabe que su tiempo esta a menester de la asistencia al otro, produciendo así la indiferencia hacia las aficiones personales, para dar paso a las actividades implicadas en la asistencia del adulto mayor, respecto a esto Torres (2004) refiere:

En cuanto a las actividades de recreación, algunos familiares participan en actividades como juegos, idas al parque o al centro comercial, y realización de deportes dependiendo de las condiciones en que se encuentre el paciente, y de las posibilidades climáticas, económicas y sociales. Sin embargo, el familiar cuidador toma estas actividades como una obligación con su familiar y no las disfruta suficientemente; siente que no tiene tiempo para sí mismo y las actividades que realiza en sus ratos libres (ver televisión, visitar a sus familiares y amigos o dormir) son oficios atrasados. Para ellos, el trabajo de cuidar significa una disponibilidad permanente y aclaran que los momentos de crisis se duplican las tareas y se incrementan los cuidados relacionados con la enfermedad sin consultar, muchas veces, siquiera con los servicios de salud. También expresan que las tareas correspondientes al cuidado se realizan en un horario ininterrumpido, sin límite temporal, y que con frecuencia se realizan de manera simultánea con otras tareas dentro y fuera del hogar (p. 23).

Conforme a lo anterior, se deduce que la prioridad de quien cuida, en todo momento será su receptor de cuidado, a pesar de lo mucho que pueda disfrutar de hacer actividades recreativas de su interés, es evidente que se antepone la responsabilidad

de acompañar y atender, lo cual inducirá a transformarse en una persona limitada en cuanto a sus convicciones, intereses, a su vida social, por su parte Méndez (2010) puntualiza:

Cuidar de una persona mayor dependiente exige de mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio y a los amigos, se dedica ahora a afrontar esta tarea. Es habitual que el cuidador perciba que no tiene tiempo libre, e incluso es posible que no dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace está abandonando su responsabilidad (p. 127).

Siendo así, el tiempo del que dispone el cuidador primario es escaso o nulo para la práctica de actividades placenteras y afines a sus gustos e intereses, dejando de lado aquello que le brindaba satisfacción, aunado a ello se ha encontrado que los recursos económicos se tornan insuficientes para la manutención del adulto mayor, puesto que no existe el fondo monetario previsto para esta etapa de la vida, y los padecimientos físicos requieren de una considerable inversión, es así que en el siguiente apartado se habla sobre las repercusiones económicas para quienes brindan el cuidado.

1.2.1.8. Repercusiones en el ámbito laboral

El tiempo de cuidado que precisa el adulto mayor suele abarcar muchas horas del día, sobre todo si este padece algún tipo de limitación física o enfermedad crónica, al mismo tiempo de que no existe una red de apoyo en la que toda la familia se encuentre involucrada, ante lo cual, quien cuida invierte más tiempo del que habitualmente dispone, por lo tanto le resta poca energía para realizar sus actividades cotidianas, entre ellas: la asistencia y el cumplimiento de las actividades en su trabajo. Por otra parte, los adultos mayores no cuentan con los fondos económicos suficientes para la

manutención de sus enfermedades, y en algunas ocasiones tampoco para cubrir las necesidades básicas, ante esta situación, la inversión monetaria de los cuidadores primarios llega a ser muy elevada, al mismo tiempo que las actividades laborales se descuidan o dejan de lado. Conforme a lo anterior González (2004) señala que:

Toda enfermedad cuesta dinero y los recursos de algunas personas se ven realmente menguados de manera drástica, lo cual depende tanto del estilo de enfermedad física que aqueje a su pariente anciano, como de los propios recursos disponibles en cada caso y de quienes más aporten para solventar la enfermedad (p. 196).

Respecto a ello, en México, la mayoría de los adultos mayores no cuentan con una pensión segura que solvete sus gastos necesarios, así como los servicios médicos eficientes a los cuales puedan recurrir, en cuanto a ello, el mismo autor menciona: "(...) los salarios de la mayoría no alcanzan y se compra lo indispensable, lo cual obliga a buscar trabajo a todos los miembros de la familia (p. 193)", ante esta situación, es muy probable que el cuidador primario pierda la facilidad de cumplir en tiempo y forma con las labores asignadas dentro de su empleo. Muchos de los familiares cuidadores primarios sienten la responsabilidad de invertir todo el recurso económico del que disponen, sin obtener ninguna retribución, todo ello con el fin de estabilizar a su ser querido, así mismo este sector de la población en México no cuenta con servicio médico digno y gratuito que asegure su bienestar, perjudicando la economía familiar y la estabilidad laboral de quien ofrece el cuidado, de este modo Méndez (2010) indica que:

Para aquellos que asumen el rol de cuidador es difícil mantener un trabajo a la vez que realizan la tarea de cuidar. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar al adulto mayor para cumplir con su deber laboral y en otras en estar incumpliendo en este último. También son muy frecuentes las dificultades económicas, ya sea por la disminución de ingresos o porque aumentan los gastos derivados del cuidado al anciano (p. 127).

Por lo cual estas repercusiones en el ámbito laboral afectarán no solo en la situación económica, si no como ya se ha mencionado, acarrear afecciones en los pensamientos, en las emociones y hasta en la convivencia familiar, es necesario que las familias adquieran nuevas estrategias para afrontar la situación en cuanto a la organización y designación de responsabilidades, cuando un adulto mayor requiere de cuidado es necesario establecer la red de apoyo mutuo que brinde estabilidad tanto al adulto mayor como a su cuidador primario.

Hasta este apartado se documentan los problemas más comunes y sobresalientes del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador Primario, los cuales se manifestarán en intensidad y situaciones muy particulares de acuerdo a la subjetividad de cada individuo. A modo de conclusión, en su capítulo de Cuidadores, Méndez (2010) refiere:

La experiencia de cuidar a otra persona experimenta en muchos cuidadores sentimientos positivos por el simple hecho de que la persona a la que cuidan y quieren se encuentra bien; esta persona puede mostrarle su agradecimiento y eso le dará satisfacción hay quienes creen que ofrecer estos cuidados es una obligación moral y cumplir con ello les hacer sentir satisfechos, aunque también puede tener consecuencias psicológicas negativas, como por ejemplo, sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza. Esto puede deberse a causas como: la situación de declive que perciben, a la reducción de su tiempo libre, etc. Además puede tener sentimientos de enfado e irritabilidad, de preocupación y ansiedad ante la situación por la que pasan, preocupación por la situación de su familiar, por su propia salud, por los conflictos familiares asociados y por la falta de tiempo para todo (p. 127).

Finalmente la tarea de cuidar a otro ser humano no siempre tiene que ser una causa de enfermedad, es decir, que existen muchos cuidadores primarios que han encontrado plenitud al realizar esta función, sin embargo actualmente se inicia el problema latente de no incluir a toda familia y delegar responsabilidades, lo cual ha dejado al cuidador primario limitado a sus propias posibilidades, es por ello que se trata de una

problemática actual, ya que es necesario reconocer que no solo son los adultos mayores lo que miran afectada su condición humana, si no también quien vive a su lado este proceso.

A continuación, se fundamenta desde el marco de la logoterapia, específicamente a partir del análisis existencial, la dimensión existencial del hombre, la cual se conforma por las capacidades personales y existenciales, mismas que permiten al hombre coexistir con otro ser humano más allá de las circunstancias que puedan presentarse en el encuentro, así la persona tiene la posibilidad de otorgar un sentido a los avatares de su existencia y dar un toque humano y significativo a su interacción, así como a la labor o actividad que realiza; es decir el hombre puede entregarse a una tarea y hacer de ella algo que potencialmente le brinde plenitud y un para qué de ella. Así el hombre podrá transitar de lo factico de su existencia, a lo trascendente del encuentro, encontrando en el mismo la fortaleza para comprometerse consciente, libre y responsable en la atención, cuidado y procuración de bienestar a un ser humano que se encuentra limitado para hacerlo por sí mismo.

1.3. Logoterapia y Análisis Existencial

El cuerpo humano no es más que apariencia, y esconde nuestra realidad.

La realidad es el alma.

Victor Hugo.

En cuanto a la Dimensión Existencial, ya se ha mencionado que se desarrolla a partir de la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia; Logoterapia, así, en este apartado se presenta la información que explica el desarrollo de la misma, el fundamento que la sustenta, hasta finalizar con el desglose de las capacidades personales y existenciales.

Frankl (2004) en su libro “El hombre en busca del sentido” puntualiza:

Empleé el término logoterapia para designar mi teoría. Logos es una palabra griega que equivale a “sentido”, “significado” o “propósito”. La logoterapia o, como la han denominado algunos estudiosos, la “Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia”, se centra en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre. De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida (p. 120).

Por ello la premisa de la Logoterapia es la voluntad de sentido, es decir, el impulso interno de descubrir el para qué de la existencia, dicho propósito se realiza a través de los pensamientos e ideas creadas en la mente, que enseguida se transmiten a través de los movimientos del cuerpo, sin embargo, la búsqueda de significado a la vida, no nace de la fisiología o de los mecanismos cognitivos, es aquí donde Frankl (1990) refiere: “(...) logos no significa sólo - en la expresión “logoterapia”- el sentido, sino también lo espiritual: la dimensión en que la logoterapia aborda al hombre” (p. 30), aunado a un significado, se encuentra el espíritu y es precisamente en el donde yace la motivación de la existencia, convirtiendo al hombre en un ser espiritual, corporal y psíquico.

Por otra parte Frankl (2007) refiere "(...) la logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico mientras que el análisis existencial representa una orientación antropológica de investigación" (pp. 61-62). Entendiendo que en la logoterapia se posibilita el quehacer terapéutico suscitado en un proceso de curación, mientras que el análisis existencial determina sustancialmente los cimientos que anteceden a aquello que toma sentido dentro de la existencia humana, dando así una explicación de la misma, no solo en lo que tiene ser o existe, si no, de una forma más profunda en el conocimiento de ese ser, de su esencia y naturaleza, de tal forma que el hombre pueda responderse a los porqués de su existencia.

Así, la dimensión existencial, parte del análisis existencial como explicación de la existencia personal, de forma tal que cuando se incluye la palabra explicación, surge el objetivo de encontrar las respuestas de la existencia personal más allá de lo que se mira y palpa. Respeto a ello Frankl (2007) menciona que:

El objetivo del análisis existencial consiste en hacer consciente, en explicar, en desplegar, en desarrollar la concepción implícita, inconsciente, que la psicoterapia tiene del hombre, de la misma forma como se revela una foto sacándola de un estado latente. Se caracteriza y califica la esencia de la existencia en el sentido de que la existencia es una forma de ser, a saber, el ser humano, el ser específico del hombre, cuya particularidad consiste en que por lo que atañe al hombre no se trata de un ser hecho sino de un ser facultativo, no debe ser así y no de otra forma – y en este sentido el hombre neurótico entiende mal su propia esencia –, sino más bien de un poder llegar a ser siempre también de otra forma (p.65).

Por tanto se promueve el conocimiento de la esencia única de cada hombre, poniendo delante de sí aquello que hasta el momento no ha sido mirado, eso que el propio psiquismo ha ocultado ante la conciencia, de este modo el hombre redefine su propio conocimiento, a través del mismo, el hombre encuentra el sentido esencial de su ser y estar en el mundo, por medio de una perspectiva distinta a la corporal y la psicológica.

Para comprender esta concepción es conveniente hablar de la ontología dimensional del hombre.

1.3.1. Ontología Dimensional

El concepto de ontología dimensional fue elaborado por Frankl como un aspecto que compete al hombre y solo al hombre dentro de la logoterapia la existencia del hombre, se desglosa a partir de la misma, al respecto Lukas (2008) refiere:

En el ser humano se entrelazan tres dimensiones distintas: la corporal o somática, la anímica (no entendida en sentido religioso, sino psíquico) y la espiritual o noética (del griego *nous*, mente). A la dimensión corporal pertenecen nuestros tejidos celulares y órganos con sus respectivas funciones; a la anímica, el ámbito emocional, cognitivo y social del ser humano (pp.78-79).

De tal modo que la constitución humana se sitúa en el marco referencial de lo que es propio biológicamente (herencia-genética), así como las estructuras psíquicas, que son adquiridas a través de la educación contextual y que a su vez conforman la existencia en la cual radica el espíritu; en cuanto a ello García y Gallego (2009) mencionan: "(...) El hombre, pues, -tiene- un cuerpo y una psique, pero -es- espíritu. La existencialidad se une a la espiritualidad, en el caso del ser humano. En este sentido la existencia es indivisible (una), infundible (totalidad) e intransferible (radicalmente original)" (p.33). Es decir, que la estructura del humano puede ser mirada desde tres dimensiones ontológicas distintas, pero no separadas, pues las mismas convergen en la identidad integral y unitaria de la misma. Dichos autores dicen al respecto:

Lo somático-corporal (biológico) se encuentra abierto a lo somático-mental (psicológico) y lo somático-mental a lo espiritual (noológico): el cuerpo (como condición de posibilidad) necesita de lo psíquico (como realización) y, finalmente, de lo espiritual (como plenitud personal). La ontología dimensional explica y

describe la compleja unidad del hombre cuando ésta se despliega en la acción y el curso de la existencia (p. 39).

El despliegue de la existencia humana que se explica a partir de la ontología dimensional se caracteriza por el nombramiento de la dimensión noética, espiritual o existencial, a través de la cual el hombre sobresale de otros seres vivos, se trata del medio que transporta a la esencia de lo humano. Dentro de la presente investigación se retoma esta última dimensión centrada en los cuidadores primarios, de tal forma que finalmente se identifiquen las modificaciones incurridas desde la vivencia de brindarse al otro.

1.3.2. Dimensión existencial

La dimensión existencial, se basa en la explicación del existir humano, el objetivo primordial consiste en encontrar las respuestas de la existencia personal más allá de lo que se mira y palpa, respecto a ello Frankl (2007) menciona que “(...) la existencia acontece en el espíritu”, y aquí es donde se sitúa el centro del análisis, ya que el hombre puede *ser* no solo cuerpo, no solo psique, sino contar con el privilegio de existir en un plano espiritual” (p.65).

En este plano espiritual, es donde emerge la unicidad de las personas, donde queda plasmada la diferencia entre animales, seres vivos y el hombre. Cuando en la vida del hombre acontece un hecho que trasgrede el cuerpo o sus emociones, se crea el deterioro del cuerpo y por ende de lo que se siente, sin embargo en todo momento ese punto donde converge la percepción de la vida y el deseo de vivir, se mantiene intacto, a ello se le denomina espíritu, mismo que coloca al hombre en una plataforma superior a la física y psicológica, es decir lo remite a la dimensión espiritual, nombrada también como existencial o noética, la cual implica la conciencia y responsabilidad de la persona ante los avatares de su existencia. Brinda la posibilidad de abrirse y entregarse a otro ser humano y con ello otorgar un sentido a su existencia, dependiendo de las alternativas con las que cuente, y del mismo modo, de las capacidades desarrolladas.

En la dimensión existencial se ubica la esencia del ser, aquella que otorga plenitud y trascendencia al hombre, para vislumbrar la magnitud de la misma, Frankl (2003) señala:

¿Qué es la existencia? Significa una cierta manera de ser –la manera específica que compete al hombre y sólo al hombre. Una de las características de la existencia humana es su trascendencia. Quiere decir que el hombre trasciende su medio para alcanzar el mundo; y más que esto, también trasciende su ser hacia un *deber ser*. Cuando el hombre hace esto se eleva por encima del nivel de lo somático y de lo psíquico y entra en la esfera de lo genuinamente humano. Esta esfera la constituye una nueva dimensión, lo noético, la dimensión del espíritu. Elevar la espiritualidad por encima de la propia condición psicofísica podría ser también llamado el acto existencial (pp. 139-140).

Sobre lo anterior se basa la primicia de la dimensión existencial, declarando que es esta donde yace la esencia humana, esto es, donde la potencialidad del hombre nace para traspasar lo manifiesto en el comportamiento y en las funciones biológicas, es decir, se trata de un acto de superioridad interrelacionado con la condición psicofísica, que brinda la posibilidad de trascendencia humana, se habla de aquello que no se puede mirar, ni tocar y que sin embargo es y existe para dar voluntad, paz, perseverancia, integridad, libertad y responsabilidad al hombre, en cuanto a las diversas situaciones que enfrenta.

Ahora bien, cada persona ha vivido situaciones límite, ante las cuales la dimensión existencial: conformada por las capacidades personales y existenciales fortalecen y empujan al hombre para desafiar las vicisitudes de la vida, mismas que se anteponen a la realidad por difícil que sea, en el caso de los cuidadores primarios se denota la capacidad de dar, de encontrar ese despliegue en torno a la situación de quien asisten, esto es; la relación existente entre la capacidad de brindarse al otro en términos de cuidado. En los dos siguientes apartados se hace referencia y explican las capacidades personales y existenciales.

1.3.2.1. Capacidades personales

El hombre es el único ser, capaz de dimensionarse a través de su interior, es decir, de visualizar sus fortalezas y debilidades, reflexionarlas, reconocerlas y actuar conforme a ellas, una vez que esta esencia emerge en las relaciones dentro de la familia y la sociedad, se desarrolla la capacidad de elegir en donde y con quien se relaciona, se vincula y se compromete, al mismo tiempo que puede hacer uso de su buena voluntad para establecer relaciones sólidas, afectivas, basadas en el respeto y el amor, por las cuales será reconocido y valorado. Lo anterior se hace manifiesto a través del autodistanciamiento y la autotrascendencia; en palabras de Lukas (2008):

En su exploración de la dimensión espiritual / noética, Frankl se encuentra con dos fenómenos fundamentales de la antropología que contribuyen decisivamente a la realización de la vida humana, a saber, la *facultad de autodistanciarse* y la *facultad de autotrascenderse* (p. 81).

Por medio de ellas, el hombre se abre a la posibilidad de sentirse libre, sintiendo la plenitud de ser y estar sin ninguna imposición, y a su vez otorgando a quienes le rodean, la versión más auténtica y óptima de sí mismo, por medio la cual el otro le reconoce, valora y recuerda, conforme a ello, la misma autora menciona:

Es propio del espíritu humano prestar especial atención a lo no –autorreferido, lo no-egoísta, lo –que-existe- independientemente- de- él, en la medida en que crea una plataforma fuera del lugar que ocupa, desde la cual o bien vuelve a dirigir la mirada hacia sí mismo- el autodistanciamiento- o bien hacia afuera, es decir, hacia el entorno inmediato y el mundo en general – la autotrascendencia (p. 81).

Dicha autora plantea que: “(...) ambas facultades le capacitan para el progreso anímico: quien consigue distanciarse de sus irritaciones no se ve entregado a ellas, y quien a pesar de sus debilidades consigue apuntar hacia una meta, acaba viéndose más

fortalecido en el intento” (p. 81); así, se concluye que las capacidades personales serán las que permean la habilidad que posee el hombre de mirarse así mismo, para valorar sus propias convicciones, fortalezas y debilidades, encontrando con ello libertad de elegir lo que le complazca sin dejar a un lado su relación con el entorno y con quienes socializa, brindando de sí su esencia pura. A continuación se hace énfasis y detenimiento en la capacidad de autodistanciamiento, con la finalidad de que el concepto sea más claro.

Autodistanciamiento

El hombre, como ser espiritual, cuenta con la capacidad de mirarse desde afuera y como un ser diferente de los demás, el cual reconoce sus miedos y quiebres o bien sus potencialidades, virtudes y sentimientos propios, en este sentido, quien es capaz de realizarse a este nivel introspectivo se reconoce con la capacidad de autodistanciamiento, la cual permite al hombre adaptarse a las relaciones interpersonales sin descartar sus convicciones e intereses.

Lukas (2008), explica: “(...) el ser humano puede apartarse de sí mismo, maniobrar a cierta distancia desde la cual las cosas cobren una nueva luz (p. 81). Lo anterior es posible cuando se crea una realidad fuera de sí mismo, donde la existencia es independiente de la persona y desde ese lugar se mira, reconociendo su constitución humana. Para reafirmar esto Frankl (2004) puntualiza:

El ser humano no es un objeto más entre otros objetos; las cosas se determinan unas a otras, pero el *hombre*, en última instancia, es su propio determinante. Lo que alcance a ser –considerando el realismo de la limitación de sus capacidades y de su entorno- lo ha de construir por sí mismo (p. 153).

A través del autodistanciamiento, el hombre escudriña su propia existencia, descubriendo las facultades o limitaciones de su persona, formulando la manera en que

elige afrontarse a las circunstancias de la vida, es decir, la actitud con la que asume vivir, siendo así dueño de sus acciones. En este sentido Garriga (2010) refiere:

Las personas que desarrollan una gran comodidad consigo mismos aprenden a respetar, hacer espacio y querer todo lo que les constituye. Al mismo tiempo no se identifican con ello: lo observan como si fuera el sorprendente desfile de su vida, el oleaje conjunto de sus vivencias, sin tomarlo tan en serio ni tampoco creerlo su realidad personal definitiva, única y acabada. Saben del dominio de lo transitorio (p. 220).

Finalmente el hombre que aprende el arte de conocerse y de apreciarse desde una dimensión externa, podrá aceptar y adaptarse a sus posibilidades, sabiéndose dueño de sus elecciones ante el panorama presente, usando las alternativas posibles, sin que todo ello tenga que suceder tal y como se lo plantea, por lo tanto también define su flexibilidad ante los cambios, sin que estos interfieran en su equilibrio interno, siempre con la convicción de ser el mismo.

Aunada al autodistanciamiento se presenta la autotrascendencia, misma que surge cuando se es capaz de mirar al otro desde un plano no egoísta, a continuación se describe esta capacidad.

Autotrascendencia

Como ser social, el hombre se encuentra en constante interacción con el otro, a partir de ello emerge la autotrascendencia, pues cuando este desarrolla la capacidad de comunicarse abiertamente a través de todos sus sentidos con el entorno que le rodea, le es posible presentarse ante su mundo y trascender, respecto a ello Pareja (2006) menciona:

El ser humano ontológicamente está abierto al mundo, esta apertura se denomina la autotranscendencia que, consiste fundamentalmente en la capacidad de salir de sí mismo, sin dejar de ser uno mismo, para llegar al encuentro con las personas y las cosas. En palabras de Frankl la autotranscendencia se define como: “Ser humano siempre significa al estar dirigido u orientado hacia alguien diferente de uno mismo” (p. 57).

Conforme a lo anterior se concluye que el ser humano en cuanto a ser espiritual está constituido para ser y estar en contacto continuo con algo o alguien distinto de sí mismo, expresándose a través de la convivencia, inclinándose a las necesidades de alguien o al deseo de plasmar su esencia en un material tangible, siempre con la consciencia de dar y mostrarse, es así que se trasciende, dejando la huella del existir en otros o en la sociedad que se habita.

La manera de autotranscender consiste en tener seres a quienes servir y seres a quienes amar; es decir, más allá de lo sustancial que resulta la presencia física, en el instante que se encuentra la conexión emocional con otro ser en condiciones de vulnerabilidad, en la cual la empatía y solidaridad propias del espíritu humano emergen, transformando el estado anímico de quien convalece es que se consolida la autotranscendencia, en cuanto a la misma Lukas (2008) enfatiza que el hombre “(...) puede aplazar o postergar temporalmente intereses que le afecten (o le sucedan llegado el caso) con el fin de entregarse a una tarea importante que le esté esperando, o para quedar disponible para otras personas que puedan necesitarle (p. 81). Al desprenderse de sus propias convicciones por un momento, para aportar a las de alguien más o enfocarse a actividades de solidaridad con los demás, mantiene al hombre en una dimensión de dar, en la cual consigue impregnar su existencia en alguien o algo distinto de sí.

Una vez enunciadas las capacidades personales, adelante se describen las capacidades existenciales que corresponde a la libertad y la responsabilidad.

1.3.2.2. Capacidades existenciales

Existir constituye para el ser humano, una forma de dirigirse conforme a sus convicciones y asumiendo el compromiso que esto implica, conforme a lo anterior Pareja (2006) indica: "(...) la libertad y la responsabilidad constituyen la esencia de la existencia humana (p.17)"; por ello la denominación de capacidades existenciales, mismas que siempre irán de la mano, pues la libertad sin responsabilidad se convertirá en libertinaje y la responsabilidad sin libertad en imposición, respecto a esto García y Gallego (2009) indican "(...) Junto a la libertad, la responsabilidad es otra facultad que pertenece a la persona espiritual. Ser responsable es fundamento de la persona en cuanto que es espiritual" (p.35), lo cual remite nuevamente a la esencia del espíritu, esto es, aquello se siente y se actúa, a través de la plena consciencia de ser y estar en el mundo, siendo seres con alma. En este sentido, los autores anteriores también mencionan: "(...) La libertad tiende a degenerarse en mera arbitrariedad, a no ser que sea vivida en términos de responsabilidad" (p. 53), a través de lo cual se explica que muchos seres humanos vivan su vida sin la aceptación de las consecuencias de sus actos, no se puede hablar de una plena libertad cuando no existe consciencia de la responsabilidad. En los siguientes apartados se explican ambos conceptos.

Libertad

Se ha hablado que la libertad es una capacidad meramente espiritual que permite al hombre determinar su existencia dentro de este mundo, aquí es donde se sitúa el poder de elección sobre el destino y sobre las acciones ejercidas, cuando hay libertad desde la autonomía y la independencia, esta ajusta la dirección de la existencia, conforme a ello García y Gallego (2009) mencionan:

La libertad es algo espiritual y no algo meramente psicofísico. Y porque es libre, la persona espiritual es esencialmente imprevisible. Al igual que se tiene un cuerpo, se tiene un carácter, pero se es persona. Y frente al carácter, la persona es libre, y desde su libertad se autodetermina. Lo importante no es pues el

carácter, sino la actitud personal ante una situación dada. Además, es libertad de la propia facticidad y libertad para la propia existencialidad. Y ello en relación con un sentido y unos valores, con lo que la persona, de algún modo, está fundada en lo moral (p.35).

Se hace uso de la libertad de manera única, nada ni nadie externo influye en ella, el otro no es capaz de saber cómo se ejerce, pues es guiada por los propios impulsos, afectos, necesidades y convicciones, actuando conforme a la moral establecida. Por su parte Frankl (2003) establece:

El hombre como tal está siempre del otro lado de las necesidades, si bien también de este lado de las posibilidades. El hombre es esencialmente un ser que trasciende las necesidades. Ciertamente –existe- solo en relación con las necesidades pero en una relación libre respecto a ellas (p.93).

La libertad está y se construye por encima de cualquier necesidad, ya que el hombre elegirá de que manera vivir y afrontar cada situación presente, se es libre a partir de que se cuenta con la plena seguridad de elegir a merced de su voluntad las decisiones y actividades a seguir, cuando se obtiene la libertad, se omite el sometimiento de cualquier tipo ante aquello que no viene de sí mismo, lo cual no quita al hombre su responsabilidad, es decir el hombre es libre de elegir, inclusive de no elegir, por lo que siempre será responsable de la decisión que tome; por tanto la libertad no puede ir separada de la responsabilidad.

Responsabilidad

Se habla de responsabilidad cuando el hombre es capaz de hacerse cargo de sus actos y decisiones con la convicción de responder a las consecuencias de estas, ya sean positivas o negativas, conforme crece el hombre adquiere la capacidad de discernir su rol dentro de la familia, de la sociedad o frente a otra persona y cuando acepta las

funciones que tiene ante ello, optará para realizarlas con el pleno conocimiento de las implicaciones de esto, en cuanto a ello Pareja (2006) dice que:

La responsabilidad es la habilidad para responder. De que es responsable el ser humano. La respuesta la podemos extraer de la experiencia humana en su proceso de maduración. El ser humano al tomar conciencia de su estar-en-el-mundo descubrirá que tiene la tarea de hacerse cargo, en primer lugar, de su propia vida. Cuando el ser humano toma conciencia viva de la responsabilidad de llevar adelante su propia existencia, estará preparado para comprender y acompañar a otros seres humanos en el proceso de descubrimiento y compromiso con la propia vida. (pp. 146-147.)

Al asimilar el sentido de la responsabilidad el hombre adquiere el sentido para realizar cualquier actividad que elija, de esta forma el responder y el hacerse cargo de, será asumido con la certeza de adquirir un compromiso, tratándose de quien se trata y en las condiciones que sean, junto con la libre elección, se contrae la responsabilidad de realizarse en la mejor forma posible. A modo de resumen García y Gallego (2009) expresan:

Según Frankl, el hombre es un ser constitutivamente consciente de sí (la autoconciencia y la consciencia del mundo y de los demás no es una ilusión, sino que tiene identidad propia y real, sustantiva), libre (de pulsiones y complejos; para realizarse, para autodeterminarse) y responsables (sus decisiones no pueden ser arbitrarias ni caprichosas, sino orientadas por un valor, por algo valioso, y de las que debe responder (p. 21).

Un hombre responsable de su existencia, contempla un horizonte más allá de su cuerpo y espacio, es decir, se adentra a conocer sus valores, sus ideales, teniendo un propósito claro y objetivo, no solo consigo mismo, si no con quienes le rodean, de tal

modo que dimensiona su vida a través de las capacidades personales de autodistanciamiento y autotrascendencia, así como, las existenciales de libertad y responsabilidad, cuando se trata de los familiares cuidadores primarios su dimensión existencial puede ser variable, por lo cual la presente investigación identifica los cambios dentro de esta, de acuerdo al rol desempeñado al cuidar, a continuación se explica el término que relacionan la dimensión existencial con el cuidado, esto es la coexistencia.

1.3.3. Coexistencia y cuidado

Los hombres y mujeres son, por excelencia, seres sociales, que buscan la cercanía y el acompañamiento de otro, así, el acto de cuidar es una extensión que subyace de esa necesidad de interacción y conexión de uno con otro.

En el cuidado, la entrega de atención, comprensión, esfuerzo, involucrará la presencia de dos: quien da y quien recibe; aquella persona en calidad de brindarse a otro, ese alguien que vive una experiencia de declive, experimentando una etapa de pérdidas físicas, intelectuales y emocionales. Esa capacidad de adecuación a las necesidades, vivencias y emociones del otro es de la que se habla dentro de este apartado. Respecto a lo anterior Frankl (2003) dice: “(...) el hombre no existe para observarse así mismo en el espejo; sino que existe para entregarse, para sacrificarse y para abandonarse conociendo y amando” (p.86); habitualmente la humanidad posee la sensibilidad de solidarizarse en cuanto a las carencias de sus semejantes, en ese contexto de apoyo o acompañamiento es que puede mirarse más allá de sí mismo, así, encuentra un mayor sentido a su existencia, pues puede trascender a partir de otro. Al cuidar de un adulto mayor, los familiares se sitúan en una dimensión más allá de lo físico y mental, esto es, dentro de una dimensión espiritual, en cuanto a ello, el mismo autor explica:

La posibilidad que tiene el ente espiritual de -estar junto a- otro ente, representa una capacidad primordial, representa la esencia del ser espiritual, de la realidad

espiritual, y una vez reconocida, nos evita la tradicional problemática de –sujeto- y –objeto- de la teoría del conocimiento; nos libra del *onus probando* del problema de cómo uno puede acercarse a otro (pp. 79-80).

Es así que los hombres encuentran un sentido especial por la vida, cuando se miran a sí mismos en una relación donde, el dar, les lleva a ganar, involuntariamente, pues el beneficio que causan al otro es beneficio propio, a ello se le conoce como coexistencia definida en el Diccionario de Logoterapia por Guberman y López (2005) de la siguiente manera:

Una relación yo – tú, otorgándole in carácter dialógico. Es decir, la coexistencia es un diálogo, el cual para ser verdadero debe llegar a la dimensión del sentido. El diálogo, entonces, apunta a la autotranscendencia, hecho fundamental del ser humano (p.30).

Cuando una persona brinda su compañía a otro, esta involucra no solo el cuerpo, lo físico, esto es, no solo la asistencia en las deficiencias biológicas, por otra parte, dentro de las características que tiene la relación cuidador – cuidado esta la interacción continua a través de la cual se posibilita la creación de vínculos emocionales estrechos, ante lo cual, el receptor de cuidado se sentirá acogido y aceptado, es decir, se trata de un diálogo a nivel espiritual que conlleva a establecer lazos intensos de afecto.

Finalmente la coexistencia y el cuidado van unidas en cuanto a que de una se deriva de la otra y viceversa, sin embargo , la coexistencia emerge en el espíritu, se trata de la necesidad de encontrar en lo que se brinda al otro, el propio sentido de realización y ser, entonces se habla de ello como la capacidad que impulsa a ser para el otro un compañero que comprenda la adversidad a la que se enfrenta , y el cuidado representará una de las formas físicas de transmitir la coexistencia , a través de brindarse en actividades propias que beneficien el estado biológico, psicológico y social de su receptor de cuidado.

CAPITULO II

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

2.1. Planteamiento del problema

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2008) señala que se consideran adultos mayores a la población de 60 años o más, lo anterior de acuerdo a lo estipulado en la Ley de los derechos de las personas adultas mayores que rige en el país.

El total de la población de adultos mayores en México, según lo referido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI) en el año 2010, era de 10.1 millones de personas. Las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010), permiten ver que este sector poblacional, seguirá incrementándose a través de los años, ya que en el año 2000 residían en México 6.9 millones de personas de 60 años y más, para el 2030 se contempla que dicha cifra se elevará a 22.2 millones y se espera que para la mitad del siglo alcancen 36.2 millones.

Se tiene que tener en cuenta que este grupo etéreo, ya sea por la edad o bien por las implicaciones de salud que suelen presentarse en estos años requiere del cuidado, atención y apoyo de otro. Entre las circunstancias que pueden colocar a la persona mayor en una situación de dependencia parcial o total se tiene la discapacidad como consecuencia de una lesión, enfermedad o del mismo proceso de envejecimiento. En México se tiene de acuerdo con los últimos datos reportados por el INEGI (2005) que:

En la población de 60 años o más 1 de cada 10 tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades normales y la quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental (p.42).

Dentro de la dependencia por las limitaciones físicas la Encuesta de Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) (2010) refiere con alguna discapacidad un 50.2% en mujeres adultas mayores y un 41.6% en hombres adultos mayores. Así mismo se reporta que en caso de que una persona mayor se enferme, la esposa o esposo es quien se hace cargo de atenderla en un 33.2% de los casos, seguido de los hijos (25.7%) e hijas (21.1%). Sólo 6.5% señala que nadie y 5.3% menciona que son otros familiares quienes se hacen cargo de atenderla.

Estas cifras revelan la magnitud de la problemática asociada al hecho de ser adulto mayor y de las implicaciones que esto conlleva, ya que las funciones biológicas, mentales, sociales y laborales se vuelven complicadas de realizar, así como el hecho de tener una vida independiente. Luego entonces, surgen una serie de cambios, dentro de la dinámica familiar, pues es indispensable la asistencia de una persona que brinde y satisfaga las necesidades de supervivencia de los adultos mayores, es aquí donde surge el rol del cuidador primario que de acuerdo con Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez (2010) "(...) es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria" (p.2). Tal actividad implica el ser responsable de otro, de un adulto mayor que enfrenta el hecho irremediable de el paso de los años, e incluso en algunos casos, la pérdida de autonomía, así como de algunas funciones; situación por demás delicada para quien la vive y para quien acompaña.

La situación de dependencia, propicia que el cuidador asuma las tareas de cubrir las necesidades y apoyar al adulto mayor en las actividades de la vida diaria. El cuidador primario asume la responsabilidad principal de este cometido, pudiendo, sin embargo, recibir apoyos de otros familiares o de servicios provistos por un tercero. Cardona, Segura, Berbesí, Ordoñez y Agudelo (2011) mencionan que:

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 (p.181).

Tal sobrecarga deriva en una serie de complicaciones para quien realiza la función de cuidado. Al respecto Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez (2010) señalan:

A esta “carga”, se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, Burnout, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador. El síndrome de sobrecarga, se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador primario" a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando la enfermedad (p.2).

Queda claro que en este desempeño de cuidados al adulto mayor se generan deterioros en la persona del cuidador, en lo que concierne a su salud física y psicológica. Tal panorama permite establecer que se trata de una problemática humana y actual, aunado lo anterior a que en el país no se tiene la cultura del buen envejecer, por lo que, muchos adultos llegaran a esta etapa de la vida con una serie de limitaciones y deficiencias que les restarán autonomía, ante lo cual requerirán de una persona que les pueda asistir.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las capacidades personales y existenciales que presentan familiares cuidadores primarios de adultos mayores residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México?

2.2. Objetivo general

- Identificar las capacidades personales y existenciales en familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México.

2.2.1. Objetivos específicos

- Obtener los índices de confiabilidad y validez de la Escala Existencial en un grupo de familiares cuidadores de Adultos Mayores.
- Establecer el nivel de Autodistanciamiento que presentan familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México.
- Establecer el nivel de Autotrascendencia que presentan familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México.
- Establecer el nivel de Libertad que presentan familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México.
- Establecer el nivel de Responsabilidad que presentan familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México.

2.3. Hipótesis de trabajo

La atención de adultos mayores implica capacidades personales (autotrascendencia y autodistanciamiento) y existenciales (libertad/responsabilidad) por parte del cuidador primario.

2.4. Tipo de estudio

La investigación será de corte cuantitativo y el estudio de tipo descriptivo, el cual, "(...) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis" (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p.80).

2.5. Variables

Capacidades Personales y Existenciales

Definición conceptual:

Längle y Orgler (citados en Boado 2002), definen la competencia personal-existencial como la "(...) capacidad de poder ser uno mismo, en medio de la propia realidad

somática, psíquica y social, como así también de contender satisfactoriamente con las circunstancias propias y ajenas” (...) (p. 31).

Definición operacional:

Puntaje obtenido por los familiares cuidadores primarios de adultos mayores, residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México, en las subescalas que conforman las Capacidades Personales y Existenciales.

Capacidades Personales:

- **Autodistanciamiento (AD):**
Libertad del hombre para tomar distancia respecto de sí mismo en cuanto organismo psicofísico, escogiendo una actitud frente a sus condicionamientos (Guberman y Pérez, 2005, p.22).
- **Autotrascendencia (AT):**
Orientación fundamental del hombre hacia el sentido. Esto hace referencia al hecho intrínseco de que el ser humano siempre se orienta hacia alguien o hacia algo distinto de sí mismo. En la medida en que nos entregamos al mundo olvidándonos de nuestras propias necesidades, en la medida en que realizamos un sentido y desarrollamos valores, sólo en esa medida nos autorrealizamos, porque la existencia que no tiende hacia el logos sino hacia sí misma fracasa y cae en la frustración existencial. La autotrascendencia es la esencia de la existencia humana (Guberman y Pérez, 2005, p.24).

Capacidades Existenciales:

- **Libertad (L):**
Facultad humana de determinar los propios actos. Junto con la espiritualidad y la responsabilidad, es un elemento constitutivo de la existencia humana. Para la logoterapia, la libertad es ontológica, es decir, pertenece a la esencia del ser, trascendiendo toda necesidad. La necesidad y la libertad no están en el mismo plano (Guberman y Pérez, 2005, p.79).
- **Responsabilidad (R)**

Nota distintiva del hombre en su humanidad, consistente en la capacidad para responder ante sí mismo, ante los otros y ante Dios. Junto con la libertad y la espiritualidad, forman una trilogía en la que radica lo genuinamente humano (Guberman y Pérez, 2005, p.122).

2.6. Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 250 cuidadores primarios de adultos mayores. Se tomaron como criterios de inclusión, el que fueran adultos mayores de edad, residentes de la ciudad de Toluca estado de México, y que actualmente desarrollen dicha actividad.

2.7. Instrumento

Escala Existencial (EE)

Descripción de la prueba

El nombre original de la escala es *Existenz-Skala* (Escala Existencial) fue elaborado por Längle, Orgler y Kundi. La escala se editó por primera vez en el 2000 por la editorial Beltz Test, en Viena, Austria. La traducción de la escala, del idioma alemán al castellano, fue realizada por Boado (2002). El objetivo de la escala es evaluar las competencias personales y existenciales de la persona para poder tratar consigo mismo y con el mundo. Las preguntas se encuentran orientadas hacia los logros que ha tenido la persona en la configuración de una existencia plena, llena de sentido, con la ayuda de sus fuerzas personales. En suma, las respuestas consignadas no son evaluadas como verdaderas o falsas, positivas o negativas, ya que lo que se pregunta está referido a las capacidades personales-existenciales en el dominio de las situaciones cotidianas y vitales. Tampoco evalúa salud-enfermedad, ya que las capacidades personales-existenciales pueden ser evaluadas aun en la enfermedad.

Respecto a la administración de la escala, ésta puede ser individual o colectiva. Se solicita a la persona que evalúe intuitivamente en un continuo que va de Sí absolutamente a NO absolutamente, en qué medida le conciernen cada una de las 46 aseveraciones. No se da límite de tiempo. Los ítems constituyen dos escalas

denominadas: Medida P (personal) y Medida E (existencial), las cuales a su vez se subdividen en cuatro subescalas, mismas que se describen a continuación:

Escala Personal

- **Autodistanciamiento (AD)**
El objetivo de esta sub-escala es evaluar la capacidad para la organización del espacio libre interior. Esta capacidad se manifiesta en la posibilidad de conquistar la distancia de sí mismo, de los deseos, representaciones, temores, motivos, lo que permite la libre captación del mundo aun en ocasiones desfavorables.
- **Autotrascendencia (AT)**
Esta sub-escala evalúa la capacidad de percibir valores (sensibilizarse frente a), lo que se pone de manifiesto en la claridad de los sentimientos. La posibilidad de autotrascendencia que implica, por un lado, la aceptación del prójimo; y, por el otro, a partir de esa aceptación, el compromiso (sentir y compartir). Evaluada como capacidad de resonancia afectiva y captación de los valores, es una condición previa para el compromiso con el mundo.

Escala Existencial

- **Libertad (L)**
Evalúa la capacidad de decisión que tiene la persona al encontrarse frente a una posibilidad real de acción, acorde con una jerarquía valorativa. La capacidad de decisión es evaluada con relación a las posibilidades actuales de elección y teniendo en cuenta las diversas alternativas posibles. Cuando en repetidas ocasiones ha logrado elegir sin mayores problemas, surge el sentimiento de ser libre. Esta sub-escala permite ver tanto la capacidad o incapacidad de decisión como también si la persona es capaz de tomar decisiones seguras.
- **Responsabilidad (R)**
El objetivo de esta sub-escala es evaluar la responsabilidad como disposición para comprometerse a partir de una decisión libre y siendo consciente de la obligación, como así también de las tareas y valores que dicha decisión implica.

Ser consciente supone tener en cuenta las consecuencias de los actos que, según haya sido la respuesta, redundarán en un sentimiento de seguridad. Se hacen evidentes en el test tanto la valoración de sí mismo como también la facultad de perseverar en la acción.

Calificación

Dicha escala puede auto-administrarse. Las respuestas son las siguientes: Sí absolutamente; Sí, pero con reservas; más bien Sí; más bien NO; NO, pero con reservas y NO absolutamente. Para los cómputos parciales se establecen los valores obtenidos para las cuatro sub-escalas que resultan de la suma de los puntajes asignados a cada aseveración. Luego se establecen la medida $P = AD + AT$, y la medida $E = L + R$.

Confiabilidad

Los estudios de confiabilidad realizados por Orgler y Längle (citado por Boado, 2002) con 1028 personas provenientes de diferentes sectores poblacionales que abarcaron casi la totalidad de Austria dieron como resultado un coeficiente Alfa de Cronbach de .93 para todo el test. Para los sub-tests, los coeficientes de confiabilidad fueron: Autodistanciamiento .70, Autotrascendencia .84, Libertad .82, Responsabilidad .83, Factor-P .87 y Factor-E .90.

En Argentina, Boado (2002) llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio con la finalidad de establecer si los baremos obtenidos para la población austriaca se comportaban de manera similar para la población argentina. Comparando los resultados obtenidos en Argentina en relación con la población Austriaca, Boado, concluyó que el baremo de origen se podía usar para las edades de 20 a 59 años.

Validez

Orgler y Längle (citados por Boado, 2002) seleccionaron 46 ítems de un total de 138, por medio del método estadístico de correlación ítem-valor total.

Asimismo, con el fin de validar la técnica, la correlacionaron con el Inventario de Personalidad, de Eysenck (EP1) y el Purpose-In-Life, de Crumbaugh y Maholick (PIL

Test). En ambos casos se obtuvo un índice de validez concurrente. También se tuvieron en cuenta criterios de validación externa (estar satisfecho con el destino) y validación interna (los esfuerzos realizados para configurar la vida). Analizando los resultados, se concluyó que los puntajes altos en el test eran logrados por personas que mostraban gran satisfacción consigo mismas y muy buena aceptación de las circunstancias externas.

Estandarización en México

Rage, Tena y Derbez (2001) obtuvieron la validez y confiabilidad de la Escala Existencial en una muestra de profesores universitarios mexicanos. Se realizó un análisis factorial con rotación varimax con normalización de Kaiser, el cual permitió obtener 11 factores y no cuatro subescalas como lo sugieren sus autores. La varianza explicada total fue de 74.81%, con un Alfa de Cronbach de .943.

Mercado (2011) obtuvo los índices de confiabilidad y validez de la escala, en una muestra de adultos mayores, residentes del Valle de Toluca. Para tal efecto, utilizó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), así como el método de componentes principales ortogonal con rotación varimax, con valores eigen=1 y pesos factoriales con un mínimo de .40. El gráfico de sedimentación indicó claramente una estructura de tres factores: Autotrascendencia, Autodistanciamiento y Libertad/Responsabilidad, los cuales explicaron un total de varianza de 42.761%. Conservándose 24 reactivos, de los 46 que integran la escala, con un Alfa de Cronbach total de 0.930. Cabe mencionar que para efectos de esta investigación se obtendrán los índices de confiabilidad y validez en la población de estudio.

2.8. Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación fue no probabilístico, descriptivo-transversal. No probabilístico ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) "(...) el subgrupo de la población en la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación" (p. 262). Transversal porque "(...) recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es de describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado" (pp. 151).

2.8.1. Etapas de la investigación

- Se explicó puntualmente a las participantes el objetivo principal de la investigación.
- En el primer acercamiento con las participantes se les pidió la firma del consentimiento informado, donde se establece la confidencialidad de los datos, así como la honestidad en las respuestas de las mismas.
- Se procedió a la aplicación de la prueba.
- Una vez contestada la escala se revisó que no faltara ningún ítem por contestar.
- Se agradeció a los participantes por su colaboración.

2.9. Análisis estadísticos

Para obtener los índices de confiabilidad y validez de la Escala Existencial en la población de estudio se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos, para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS.

- Análisis factorial de componentes principales ortogonal con rotación varimax, con valores eigen=1 y pesos factoriales con un mínimo de .40. para probar la validez de la escala.
- Alfa de Cronbach para comprobar la confiabilidad de la escala.

A partir de la estadística descriptiva, se obtuvo la media y la desviación estándar de los factores que integran la Escala Existencial, con la finalidad de obtener el puntaje de las Capacidades Personales (Autotrascendencia y Autodistanciamiento) y Existenciales (Libertad y Responsabilidad) que presentan los familiares cuidadores primarios de adultos mayores residentes de la ciudad de Toluca, Estado de México participantes en este estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Estructura Factorial y Coeficientes Alfa

Para obtener los índices de confiabilidad y validez de la escala, ésta se aplicó a 250 cuidadores de adultos mayores, residentes del Valle de Toluca. Se corrió el análisis factorial ortogonal con la finalidad de establecer si los factores originales se mantenían. Para tal efecto, se consideraron los siguientes criterios: se utilizó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con la finalidad de establecer si la muestra era adecuada para el análisis; el método de componentes principales ortogonal con rotación varimax, con valores eigen=1 y pesos factoriales con un mínimo de .40. Se obtuvieron los coeficientes Alfa de Cronbach de la escala y de los factores que la integran.

3.2 Escala Existencial

El índice KMO fue de .903 con una probabilidad $\leq .001$. El análisis factorial mostró dos factores, de los cuatro originales que conforman la escala, con un total de varianza explicada de 33.239%, (véase Tabla 1).

Tabla 1
Valores eigen, porcentajes de varianza y porcentajes acumulativos para los factores de la Escala Existencial

Factor	Valor eigen	% de varianza	% acumulativo
1	9.447	21.471	21.471
2	5.178	11.768	33.239

A partir de la carga factorial, se eliminaron los reactivos con cargas factoriales menores a .40. El factor 1 Libertad/Responsabilidad quedó integrado por 24 ítems (46, 39, 38, 30, 35, 40, 31, 9, 14, 8, 37, 10, 29, 27, 28, 43, 19, 33, 1, 25, 6, 42, 3 y 34); el factor 2 Autotrascendencia, por 12 ítems (4, 7, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 24 y 45). Conservándose 36 reactivos, de los 46 que integran la escala. (Véase Tabla 2).

Tabla 2
Resumen de reactivos y cargas factoriales para una solución ortogonal varimax de dos factores para la Escala Existencial (N= 250)

	Reactivo	Carga factorial		Comunalidad
		1	2	
46.	Mi propia dependencia y falta de libertad me crean muchos problemas.	.691		.548
39.	Hago muchas cosas que en realidad no quiero hacer.	.689		.566
38.	Me faltan fuerzas, incluso para perseverar en lo importante.	.673		.518
30.	Hago muchas cosas sin saber realmente como se hacen.	.652		.426
35.	En el fondo muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas.	.636		.473
40.	Una situación es para interesante, únicamente si corresponde a mis deseos.	.628		.441
31.	Por lo general, no sé qué es lo importante en una situación.	.612		.421
9.	Yo intento aplazar, sin mayores reflexiones, las decisiones difíciles.	.611		.472
14.	Me cuesta trabajo comprender las cosas en relación con mi vida.	.606		.512
8.	Yo siempre me guió según las expectativas de otros.	.595		.422
37.	Me siento desgarrado porque realizo varias cosas al mismo tiempo.	.592		.405
10.	Me distraigo fácilmente, incluso durante actividades que realizo con gusto.	.550		.330
29.	Hay situaciones en las que me siento completamente desamparado.	.546		.418
27.	Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos.	.524		.422
28.	Es un alivio para mi ver que no tengo opciones.	.514		.273
43.	Encuentro monótono mi medio ambiente.	.513		.360
19.	Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza.	.480		.346
33.	Me resulta difícil comprender a otros en su situación personal.	.478		.331
1.	Interrumpo frecuentemente actividades importantes porque considero el esfuerzo demasiado para mí.	.477		.291
25.	Nunca sé con certeza para que soy competente.	.467		.414

6.	Soy generalmente distraído.	.464		.236
42.	Rara vez me doy cuenta de que tengo diferentes posibilidades de resolución en una situación determinada.	.427		.339
3.	Para mí algo es significativo, sólo cuando corresponde a mi propio deseo.	.424		.320
34.	Sería mejor que yo no existiera.	.424		.300
13.	Yo pienso que mi vida, en la forma en que la llevo actualmente, no vale nada.		.462	.474
12.	Muchas veces, no entiendo por qué debo ser yo precisamente el que haga determinada cosa.		.632	.495
11.	No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme,		.581	.354
16.	No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes.		.565	.325
17.	Nunca me es inmediatamente claro lo que puedo hacer en una situación.		.563	.363
4.	En mi vida no hay nada bueno.		.558	.335
18.	Hago las cosas porque tengo que hacerlas y no porque quiero.		.539	.461
23.	Si tengo que decidirme, no confío en mis sentimientos.		.524	.301
45.	Nada es realmente bello en mi vida porque todo tiene sus pros y sus contras.		.450	.387
24.	Cuando el resultado de una acción me parece inseguro, me abstengo de realizarla aunque quiera hacerla.		.436	.221
7.	Aún cuando haya hecho mucho, me siento insatisfecho, pensando que habría cosas más importantes que hacer.		.432	.308
22.	Normalmente no me doy cuenta de las consecuencias de mis decisiones, sino hasta que las llevo a cabo.		.422	.315

Las alfas obtenidas, tanto total como las correspondientes a cada uno de los factores que integran la escala, se muestran a continuación:

Tabla 3
Alfas de los factores que integran la Escala Existencial (EE)

Factor	Nombre	Núm. de ítems	Alfa
1	Libertad/Responsabilidad	24	0.908
2	Autotrascendencia	12	0.822
		Alfa Total	0.928

En cuanto a las medias de los factores Libertad/Responsabilidad y Autotrascendencia, estas son indicadores de que los participantes en pocas ocasiones hacen uso de estas habilidades; se obtuvo un puntaje de media mayor en el de Libertad/Responsabilidad (Ver tabla 4).

Tabla 4
Medias y desviaciones estándar de las dimensiones de la Escala Existencial

Dimensión	<i>M</i>	<i>DE</i>
Libertad/Responsabilidad	4.01	0.94
Autotrascendencia	3.69	0.99

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis

Con base en los análisis estadísticos obtenidos, el instrumento resultó ser válido y confiable para la población de estudio. Tales resultados pueden sustentarse en lo referido por Coolican (2005) quien indica que la confiabilidad: "(...) tiene que ver con la consistencia de una medición (...) una elevada consistencia interna implica que los examinados contesten reactivos relacionados de manera similar (...) la buena confiabilidad se representa por medio de valores alfa alrededor de .75 hasta 1" (p. 128-129). En este caso se obtuvo un Alfa total de Cronbach de 0.928.

En cuanto a la validez de la escala existencial, el análisis factorial arrojó dos factores de los cuatro originales que conforman la escala. Agrupándose en un solo factor los ítems correspondientes a las subescalas de Libertad y Responsabilidad, mientras que en el otro los correspondientes a la Autotrascendencia; eliminándose el factor de Autodistanciamiento. Para ello se consideró, el gráfico de sedimentación, así como las cargas factoriales de los ítems.

La eliminación de este aspecto pudo deberse a las implicaciones culturales de los participantes. Al respecto Friedman (citado por Pérez, 2002) explica que la familia comparte una cultura común por lo tanto la ideología, las costumbres, valores y hábitos aprendidos dentro de los núcleos familiares pueden determinar cómo estos interactúan.

Por otra parte Robles y Vázquez (2008) refieren que las expectativas de los adultos mayores es ser cuidados por sus hijos durante su vejez, tal perspectiva es compartida por ancianos pertenecientes a las más diversas culturas a nivel mundial. Para el caso de países latinoamericanos, mediterráneos y asiáticos, se encuentra enmarcada en la fuerza social y cultural de la obligación, la cual comprende el cuidado de los padres durante su vejez. Dichos autores en su estudio sobre aspectos culturales de la vejez, realizado en Chiapas, Guanajuato, Veracruz y Jalisco encontraron que el cuidado de los hijos en el hogar es la mejor opción cuando se envejece y la más deseable desde la perspectiva de estos ancianos. La valoración del cuidado asentado en la familia continúa siendo una fuerte preferencia entre estos

ancianos. No sólo el hecho de ser cuidados por sus hijos sino de que el hogar continúe siendo el espacio del cuidado, rechazando como inadecuada cualquier otra opción.

En estos términos la fuerza cultural de la obligación filial y su influencia a nivel de la normatividad familiar pueden ser las razones por las cuales dentro de esta investigación el análisis factorial descartó la presencia de la facultad de Autodistanciamiento, la cual le permite al hombre ubicarse a una distancia fecunda para tomar una posición, una postura hacia aquello que le acontece y que la vida le requiere. Al respecto, Frankl (1999) escribe que sólo descentrándose de sí y viéndose la persona no como el síntoma, la limitación o la situación que le ha tocado, es como podrá asumirse en su existencia individual y humana.

El poner distancia a las problemáticas lleva al hombre a contactar de forma justa, honesta y madura, para percatarse que sus problemas son factores que acontecen, pero que él es más que lo que le sucede.

En torno a lo anterior, Unikel (2007) declara que el autodistanciamiento le permite al individuo verse a sí mismo, ser consciente de sí mismo, y desde esa posición de observador de sí mismo y del mundo, asumir una actitud libre y responsable frente a los problemas que lo aquejan. Por ello, el ejercicio de la libertad y de la responsabilidad se da desde el autodistanciamiento, además de que cuando la persona puede verse y asumirse mucho más allá de sus condicionantes, entonces, no sólo se ha autodistanciado, sino que, además, ha entrado en el campo de la autotrascendencia.

Lo anterior coincide con los resultados encontrados en cuanto al puntaje de las medias obtenidas por los participantes en los factores de Libertad/Responsabilidad y Autotrascendencia (4.01 y 3.69 respectivamente) las cuales son un indicador de que son aspectos que en el caso los cuidadores participantes en esta investigación se encuentran disminuidos.

Por lo que respecta a la libertad/responsabilidad, el puntaje indica que los participantes raras veces hacen uso de la decisión, es decir su tendencia a determinarse y responder ante las vicisitudes de la vida, en este caso ante las actividades propias del cuidado; García y Gallego (2009) explican que la libertad tiende a degenerarse en mera arbitrariedad, a no ser vivida en términos de responsabilidad, ya que la libertad es algo espiritual y no algo meramente psicofísico,

como pareciera ser que es el caso de los cuidadores, ya que raras veces son imprevisibles y se autodeterminan. Es decir, en pocas ocasiones eligen cuál será la actitud personal que asumirán ante una situación dada. Lo cual de acuerdo con Pareja (2006) implica compromiso y autenticidad. Cuando el hombre no es libre para realizarse, para autodeterminarse y ser responsable, sus decisiones serán arbitrarias y caprichosas, no estarán orientadas por un valor, por algo valioso y significativo, su actuar no se articulará desde el ámbito de la responsabilidad, por tanto no será capaz de decidir sobre sí mismo, así como elegir hacia donde se dirige con sus acciones o actitudes.

Así mismo en cuanto a la autotranscendencia los participantes, raras veces tienden hacia la participación y la sensibilidad emocional, y el encuentro; de acuerdo con Pareja (2006) no están abiertos al mundo, lo cual consiste fundamentalmente en la capacidad de salir de sí mismo, sin dejar de ser uno mismo, para llegar al encuentro con las personas y las cosas. Por lo que no están dirigidos u orientados plenamente hacia alguien diferente de sí mismos; Lukas (2008) explica que lo propio del espíritu humano es prestar especial atención a lo no autorreferido, lo no egoísta, lo que existe independiente de él, en la medida en que crea una plataforma fuera del lugar que ocupa: hacia afuera, hacia el entorno inmediato y el mundo en general, una persona que decide cuidar a alguien en condiciones vulnerables, no invierte solo esfuerzo físico, sino que involucra energía anímica, así como la capacidad de empatizar y solidarizarse en un plano social, al respecto la misma autora reafirma que el hombre puede aplazar o postergar temporalmente intereses que le afecten con el fin de entregarse a una tarea importante que le esté esperando, o para quedar disponible para otras personas que puedan necesitarle, por lo tanto quien cuida se encuentra ante la posibilidad de autotranscender, ya que sus actividades van direccionadas siempre hacia su semejante; lo cual no es el caso de los cuidadores participantes en este estudio.

A partir de lo descrito se puede considerar que al no tener los participantes a disposición su facultad de Autodistanciamiento se ven mermadas sus capacidades de Libertad/Responsabilidad, así como la de Autotranscendencia.

4.2. Conclusiones

Finalmente y con base a los resultados obtenidos, a continuación se describen las conclusiones de la presente investigación:

- Se puede considerar que la escala existencial cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas para la medición de la Dimensión Existencial en la población de estudio.
- El análisis factorial arrojó dos factores de los cuatro originales (Autotrascendencia, Autodistanciamiento, Libertad, Responsabilidad) que integran el instrumento. Uno de ellos hace referencia a la Autotrascendencia y en el otro se integraron los aspectos de Libertad/responsabilidad.
- En cuanto al Autodistanciamiento no tuvo suficiente solidez para ser considerado como un factor más.
- Al no tener los participantes a disposición su facultad de Autodistanciamiento se ven mermadas sus capacidades de Libertad/Responsabilidad, así como la de Autotrascendencia.
- Por lo que respecta a la libertad/responsabilidad, los participantes raras veces hacen uso de la decisión, es decir su tendencia a determinarse y responder ante las vicisitudes de la vida.
- En relación a la autotrascendencia los participantes, raras veces tienden hacia la participación y la sensibilidad emocional, y el encuentro.

4.3. Sugerencias

A continuación se hace enlistan las sugerencias pertinentes para futuras aplicaciones de los resultados encontrados en esta investigación:

- Ampliar el número de participantes con la finalidad de incrementar el porcentaje de varianza explicada del instrumento.
- Incluir variables que permitan obtener información más precisa sobre las características sociodemográficas de la muestra y así conocer patrones culturales.
- Llevar a cabo estudios entre cuidadores hombres y mujeres con la finalidad de establecer si hay diferencias en relación al sexo.
- Incluir variables psicológicas como depresión, bienestar psicológico, calidad de vida, sentido del cuidado, estrés, entre otras con la finalidad de obtener correlaciones entre las mismas.
- Investigar sobre los patrones culturales de la Ciudad de Toluca de tal manera que se obtenga información sobre la dinámica familiar y su relación con el autodistanciamiento.
- Hacer uso de los resultados obtenidos como sustento para la creación de programas sociales que orienten a las familias sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar.
- Utilizar los resultados como base de nuevas investigaciones respecto a la prevención del Síndrome de Sobrecarga, en cuidadores de adultos mayores.

Referencias

- Achury D., Castaño H., Gómez. L. & Guevara N. (enero-junio, 2011). *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, Bogotá. 13 (1). Recuperado de: revistainvestigacionenfermeria.javeriana.edu.co/files/136.pdf
- Alberdi J., Taboada O., Castro C. & Vázquez C. (2006). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Alfaro O., Morales T., Vásquez F., Sánchez S., Ramos B., y Guevara U., (2007). *Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 46 (5). Recuperado de: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A178.pdf
- Arroyo M. & Ribeiro M. (2009). *Representaciones de género en la vejez y la dependencia. Textos y contextos del envejecimiento en México: Retos para la familia y el Estado*. México: Plaza y Valdés.
- Astudillo W. & Mendinueta, C. (2003). *Necesidades de los cuidadores del paciente crónico, en Guía de Recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Recuperado de: <http://www.fundacioninfosalud.org/verDoc.aspx?id=1010&tipo=2>
- American Psychological Association. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. México: Manual Moderno.
- Balcazar P., Delgadillo L., Gurrola M., Mercado., & Moisés A. (2007). *Teorías de la Personalidad*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Barrón B. & Alvarado S. (2009). *Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer*. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. 4 (2009) Recuperado de: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Battener P. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Barcelona: Vox.

- Becker B. (1995). *Insomnio. Una guía esencial para diagnosticar, tratar y prevenir los trastornos del sueño*. Barcelona: Dinamica.
- Ballester D. (2005). *La ansiedad al descubierto. Como comprenderla y hacerle frente*. Barcelona: PAIDOS.
- Boado. N. (2002). *Escala existencial de A. Längle-C. Orgler- M. Kundi. –Manual introductorio–*. Buenos Aires: Dunken.
- Burke M. y Walsh M. (1998). *Enfermería gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor*. Barcelona: Elsevier.
- Caballero F. (2006). *La salud en la tercera edad*. Madrid: Cultural S. A.
- García M., Mateo I. y Eguiguren A. (2004). Escuela Andaluza de Salud Pública. España: Granada. *La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. El sistema informal en clave de desigualdad*.18 (1). Recuperado de: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI93256&id=93256>
- Cardona D., Segura A., Berbesí D., Ordoñez J. y Agudelo A. (abril-septiembre 2011). *Investigaciones Andina*. Fundación Universitaria del Área Andina Colombia. *Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores*, 13(22). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304007>
- Carr A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Paidos.
- Consejo Nacional de Población. (2010). Recuperado de: www.marista.edu.mx/documents/.../transicion-demografica-de-mexico
- Consejo Nacional de Población (2011). *Dinámica demográfica de México 2000- 2010*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Dinamica_demografica_de_Mexico_2000_2010
- Coolican H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México D.F.: Manual Moderno.

- Crispín B. (2011). *Perfil psicoafectivo en cuidadores primarios de adultos mayores*. (Tesis inédita). Instituto Politécnico Nacional: México D. F. Recuperado de: http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/9031/tesis_25_enero%5B1%5D.pdf?sequence=1
- Cruz J. y Ostuguín R. (enero-marzo, 2011). *Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?* Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 8(1) Recuperado de: www.revistas.unam.mx › Inicio › Vol 8, No 1 (2011) › Rivas Herrera
- Daza R. y Medina L. (2006). *Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una Institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia*. Revista Cultura de los Cuidados. X (19) Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf
- De Mézerville G. (2004). *Ejes de Salud Mental: Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Dorsch F. (2008). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder.
- Domínguez G., Zavala M., De la Cruz D. y Ramírez M. (abril,2010). *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México*. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial Santander.23(28) Recuperado de: www.medicasuis.org/antiores/volumen23.1/doc5.pdf
- Encuesta de Nacional sobre Discriminación en México. (2010) Recuperado de: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>
- Flores A. (2012). *Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención Domiciliaria, serie Mujer y Desarrollo*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 112 (LC/L.3417). Recuperado de: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/46313/2012-15_S112MD_Cuidado_y_subjetividad._Una_mirada_a_la_atencion_domiciliaria.pdf
- Frankl V. (1990). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

- Frankl V. (1994). *La voluntad del sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl V. (2003). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl V. (2007). *Logoterapia y Análisis Existencial. Textos de cinco décadas. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- García F. (2009). *Dinámica sociofamiliar y perfil del cuidador principal*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/10jornada.pdf>
- García J. y Gallego. J. (2009). *Adversidad, sentido y resiliencia. Logoterapia y afrontamiento en situaciones límite*. Valencia: EDICEP.
- Garriga J. (2010). *Vivir en el alma. Amar lo que es, amar lo que somos y amar a los que son*. Barcelona: LIBERDÚPLEX.
- González R. (2004). *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario*. México D.F.: PAX.
- Green W. (1994) *Sin fatiga. Como recuperar tu vitalidad*. Barcelona: PAIDOS-
- Guberman M. y Pérez E. (2005). *Diccionario de Logoterapia*. México D.F.: LUMEN.
- Gutiérrez J. (2010). Ansiedad y Salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning.
- Gutiérrez R., Picardi M., Aguilar N., Ávila F., Méndez J. y Pérez A. (2010). *Gerontología y nutrición en el adulto mayor*. México D. F.: Mc Graw Hill Interamericana.
- Hernández I. (2012). *Pérdidas y calidad de vida de los cuidadores primarios con pacientes crónicos*. (Tesina inédita). Asociación Mexicana de Tanatología. A. C. México, D.F.

- Hernández, S., Fernández. C.C. y Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH siglas en inglés). (2009). *Trastornos de Ansiedad*. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Recuperado de: www.inegi.org.mx/.../adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2012/adultos0.doc
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2008). Recuperado de: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos>
- Jocik. G., Rivero B. y Bello A. (2004) *Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia*. Red Latinoamericana de Gerontología. Recuperado de: www.gerontologia.org/noticia.php?id=143
- Lara L., Díaz M. y Silveira P. (2001). *Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica*. Revista Cubana de Enfermería. 17(2) Recuperado de: www.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf07201.pdf
- Lavery S. (1997). *El poder curativo del sueño. ¿Cómo conseguir naturalmente un sueño reparador?* México D. F.: ONIRO.
- Lukas E. (2008). *Viktor E. Frankl. El sentido de la vida*. Barcelona: Plataforma.
- Lopategui E. (2000). *Estrés: Concepto, causas y control*. Recuperado de: <http://www.saludmed.com/Documentos/Estres.html>
- Martínez J., Campo A., Muñoz F., Calvachi J., Giraldo L. y Jojoa J. (2009). *Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores*. Revista

colombiana de Psiquiatría, 38(4). Recuperado de:
redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80615450006.pdf

Marquéz, M. (2007). *Transición. Envejecer no es de cobardes*. México: Norma.

Millán J. (2011). *Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención*. Madrid: Panamericana.

Méndez T. (2010). Cuidadores. En R. Gutiérrez, M. Picardi, N. Aguilar, F. Ávila, J. Méndez y A. Pérez, *Gerontología y nutrición en el adulto mayor*. México, D.F: Mc. Graw-Hill Interamericana.

Mercado, A. (2011). *Devenir existencial en adultos mayores del Valle de Toluca*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Iberoamericana: México, D.F.

Montes de Oca V. y Hebrero M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de Población*, octubre-diciembre, 97-116.

Montorio I., Fernández M., López A. y Sanchez M. (1998). *La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga*. Red de Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal, 14 (2). Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/.../ForazarDescargaArchivo.jsp?...16714209...

Mora H., Dávila R. y González A. (enero – marzo 2011). *Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE*. 16 (1). Recuperado de: <http://redalyc2.uaemex.mx/articulo.oa?id=47317815006>

Morrison V. y Bennett P. (2008) *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson.

Pareja G. (2006). *Viktor E. Frankl: Comunicación y resistencia*. Buenos Aires: San Pablo.

Pederzini C. (2010). Envejecimiento demográfico en México, principales causas y características. En R. Gutiérrez, M. Picardi, N. Aguilar, F. Ávila, J. Méndez y A. Pérez, *Gerontología y nutrición en el adulto mayor*. México, D.F: Mc. Graw-Hill Interamericana.

- Pereyra M. (2010). Estrés y salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning.
- Picardi M. (2010). Depresión. En R. Gutiérrez, M. Picardi, N. Aguilar, F. Ávila, J. Méndez y A. Pérez, *Gerontología y nutrición en el adulto mayor*. México, D.F.: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Rage E., Tena A. y Derbez A. (2001). *Confiabilidad y validez de tres instrumentos acerca del sentido de vida*. Revista Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. 6(1), 63-71.
- Razo, A. (2010). *Cuidadores de personas adultas mayores*. Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Recuperado de: <http://angelrazo.files.wordpress.com/2010/07/cuidadores-de-personas-adultas-mayores.pdf>
- Reyes, M. (noviembre, 2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de investigación: Envejecimiento de la población en MERCOSUR. Curitiba. Brasil.
- Rivera H., Dávila R. y González A. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriatricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16(1) 27-32 . Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47317815006
- Robles R. (2010). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning.
- Sánchez C. (2005). *Gerontología social*. Buenos Aires: Espacio.
- Segura M. y Arcas M. (2003). *Educación de las emociones y los sentimientos*. Madrid: Narcea.
- Sierra J. (2010). La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning.
- Stanley M., Blair K. y Gauntlett P (2009) *Enfermería geriátrica*. México D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Taylor S. (2007). *Psicología de la Salud*. España: McGraw-Hill Interamericana.

- Tellez A. (1998). *Trastornos del sueño, diagnóstico y tratamiento*. México D.F.: Trillas.
- Torres A. (2004). *Vivencias de los cuidadores de enfermos mentales*. Revistas científicas de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. 6 (1) Recuperado de: revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/.../984
- Libiano M. (2010), Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning.
- Zambrano R. y Ceballos P. (2007). *Síndrome de carga del cuidador*. Revista Colombiana de Psiquiatría. XXXVI (1) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418005>