



Universidad Nacional Autónoma de México



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

“El adulto mayor dependiente y el cuidado que brinda la familia”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en enfermería.

Presenta:

Jesús Emmanuel Maya Guerrero.

TUTOR PRINCIPAL:

DOCTORA VIRGINIA REYES AUDIFFRED

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Reconocimiento.

A la Doctora Virginia Reyes Audiffred profesora de carrera de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien tuvo a cargo la coordinación de profesores y estudiantes para llevar a cabo la investigación.

De igual modo a los profesores Mario Uriel Morales Vásquez y Eunice Victoria García Piña por su disposición y confianza, que sin ellos no se hubiera podido recoger los datos necesarios para este estudio.

A la familia participante en el estudio por su cooperación al brindar parte de su tiempo.

A todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo. Por último, un agradecimiento profundo a mis seres queridos que estuvieron apoyando en todo momento en el que desarrollé este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que gracias a mis capacidades me abrió las puertas para que iniciara mi camino desde el bachillerato hasta la culminación de la carrera.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por brindarme a grandes profesores que día con día compartieron su conocimiento con nosotros los alumnos y así fijar un rumbo moldeable en la carrera.

Agradecimientos.

A mi familia por estar siempre a mi lado apoyándome en todo momento.

A los compañeros y amigos que forme durante los 4 años de la carrera.

A la Doctora Virginia Reyes Audiffred profesora de carrera de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, responsable de la investigación, "Significado que los hombres le dan al cuidado al estar involucrados en la responsabilidad de cuidar" ENEO-UNAM Folio 094, por brindarme la oportunidad de integrarme al grupo de investigadores y así tener acceso a los datos para realizar la presente tesis. También por asesorar y compartir su conocimiento, tiempo y experiencia para el desarrollo de este trabajo, así como por su dirección y ayuda constante y continuo estímulo durante todo el proceso de realización de la tesis hasta llegar al final del mismo.

A la profesora Victoria Fernández García por compartir su conocimiento sobre las virtudes de la investigación cualitativa y durante sus clases de octavo semestre, iniciarme en el camino de la investigación cualitativa.

A los profesores Mario Uriel Morales Vásquez y Eunice Victoria García Piña, que me brindaron el apoyo necesario para motivarme a hacer este trabajo.

A todos los colegas que en un futuro estarán a mi lado compartiendo experiencias y conocimientos.

Dedicatorias.

Primeramente, a mis padres Alfredo Maya y María de la luz Guerrero, ya que ellos siempre nos brindaron a mis hermanas y a mí la educación necesaria en casa para poder salir adelante.

A todos los profesores que a lo largo de esa etapa académica pusieron su grano de conocimiento para forjar mi aprendizaje.

A los compañeros de la carrera que estuvieron conviviendo conmigo y compartiendo varias experiencias académicas.

A mis compañeros de equipo de futbol, gracias a su convivencia, también demostraron su apoyo.

A mis dos mejores compañeros de la carrera Guillermo y Laura.

A mi novia Fernanda que en esta última etapa estuvo apoyándome en todo momento y espero seguir creciendo con ella en lo profesional y personal para que así juntos cumplir nuestras metas.

A mis compañeros de CCH Juan Carlos y Miguel Garrido que compartieron muchas aventuras a lo largo del bachillerato.

Y este trabajo también me lo dedico a mí por todo el esfuerzo, tiempo y entusiasmo que le dedique, para que valiera la pena este gran logro.

Indice.

1.Introducción.....	6
2. Planteamiento del problema.....	8
3. Pregunta de Investigación.....	10
4. Objetivo General.....	10
5. Marco conceptual.....	11
6. Metodología.....	19
7. Resultados.....	28
8. Discusión.....	49
9. Conclusiones.....	51
10. Referencias.....	52
11. Anexos.....	58

1. Introducción.

La mayor parte de las personas adultas mayores se encuentran viviendo el inicio de la etapa del envejecimiento dentro de su familia de diversas formas cada uno, de manera positiva o negativa. Existen distintos tipos de familia en México, esta puede ser nuclear, extensa, mixta etc. Es entonces una necesidad imperiosa conocer la experiencia que tenga el adulto mayor en la familia, y a su vez, cómo esta familia se transforma en el cuidador que necesita el adulto mayor, en este caso conocer cómo es el cuidado que recibe un adulto mayor dependiente con una limitación o enfermedad crónico degenerativa.

La presente investigación se deriva de la investigación “Significado que los hombres le dan al cuidado al estar involucrados en la responsabilidad de cuidar” ENEO-UNAM Folio 094. Corresponde a un estudio cualitativo realizado en la delegación Tlalpan de la Ciudad de México, tiene por objetivo describir las experiencias del cuidado hacia el adulto mayor por parte de la familia.

Este documento, consta de varios apartados. En el primer apartado se encuentra la descripción del fenómeno de estudio, que son las razones por las cuales el investigador desarrolló este tema en particular, así como el primer contacto que tuvo el investigador con el fenómeno narrado desde la perspectiva subjetiva.

En el segundo apartado se encuentra la revisión del estado del arte, que es una búsqueda de artículos relacionados con el fenómeno que se investigó para determinar las aportaciones de dichas investigaciones y los vacíos existentes.

En el tercer apartado se encuentra el planteamiento del problema, en el cual, se describen los vacíos del conocimiento del fenómeno a investigar, así como la importancia de la investigación, el objetivo general y los específicos; y por supuesto la pregunta de investigación.

En el cuarto apartado se encuentran los conceptos principales del fenómeno investigado, como son: envejecimiento, familia, apoyo familiar, experiencia. Que tienen

la finalidad de brindar un sustento teórico a los resultados presentados en este documento.

En el quinto apartado se encuentra la metodología utilizada: el diseño cualitativo, así como el contexto y una descripción de los participantes de esta investigación, también las técnicas de recolección de los datos y su análisis.

En el sexto apartado se encuentran los resultados que emergieron del fenómeno investigado, que son dos categorías principales, la primer categoría “Cuidar al adulto mayor” con sus dos subcategorías, y la segunda categoría “El adulto mayor y la familia” con dos subcategorías, así como una discusión.

En el séptimo apartado se encuentran las conclusiones que emergen de los resultados obtenidos en esta investigación.

Por último, se encuentran las referencias bibliográficas ocupadas en este documento con citación estilo Vancouver, los anexos que son el consentimiento informado, el perfil de los cuidadores, las preguntas detonadoras, y la carta de consentimiento informado.

2. Planteamiento del problema.

El envejecimiento de la población es uno de los más importantes fenómenos del siglo XXI, puesto que trae profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países, situación ya experimentada en los países desarrollados. México, como parte de los países en plena transición demográfica, experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento poblacional, sin embargo, éste será desigual en las entidades federativas en cuanto a su magnitud y ritmo, debido a los cambios en la fecundidad y mortalidad y al efecto de la migración.

Actualmente, el Distrito Federal es la entidad más envejecida de México, donde las personas en edades avanzadas representan 13.36 por ciento de la población total, seguida por un conjunto de estados con proporciones mayores a diez por ciento.

No obstante, en los próximos años todas las entidades del país avanzarán en este proceso, algunas a ritmos más acelerados que otras. Así, para 2030, el Distrito Federal será una población envejecida (20.45% de su población tendrá 60 años y más), mientras que el resto de los estados se encontrarán en proceso de transición, con proporciones de adultos mayores entre (10.63 y 16.47 %). (1)

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2015, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada, ya que se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán 21.5 por ciento de la población total. (1, p1)

A este grupo de edad aunado al proceso de envejecimiento, le aquejan diversas enfermedades principalmente las enfermedades crónico-degenerativas. Durante el 2012, las principales causas de mortalidad fueron: 1) diabetes mellitus tipo 2; 2) enfermedades isquémicas del corazón; 3) tumores malignos; 4) enfermedad cerebrovascular; 5) enfermedad hipertensiva; 6) cirrosis hepática y otras enfermedades

del hígado; 7) enfermedad obstructiva crónica; 8) infecciones de vías respiratorias agudas bajas; 9) nefritis y nefrosis; y, 10) accidentes.

Es entonces que la elevada expectativa de vida y el consecuente predominio de las enfermedades crónicas con el incremento en número de personas de edad avanzada son las principales características actuales y futuras de la sociedad. (3)

Sin embargo, la presencia de las enfermedades crónicas degenerativas es la principal causa de discapacidad en el adulto mayor lo que ocasiona dependencia en mayor o menor grado para la realización de las Actividades de la Vida Diaria, por lo que es necesaria la presencia de otra persona que les ayude en la satisfacción de sus necesidades. En consecuencia, los adultos mayores dependientes requieren de un cuidador o persona que sea responsable de atender sus necesidades diarias y que les suministre tanto apoyo físico como emocional. En México, Hernández (3) citado por Cardona (2 p2) describe que es la familia, la principal proveedora de cuidados, siendo las mujeres tradicionalmente quienes asumen este rol. Sin embargo, quien asume el rol de cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas, ni procedimientos, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella.

Lo anterior, tiene consecuencias en el cuidador familiar como deterioro de su salud, pérdida de su empleo, deterioro de la convivencia familiar y asilamiento social, ya que en la familia es una persona la que asume la responsabilidad del cuidado del adulto mayor dependiente y el resto de la familia casi no participa. Es entonces importante investigar cuales son las experiencias de cada uno de los integrantes de la familia en relación a su responsabilidad en el cuidado de un adulto mayor dependiente. Esto porque el profesional de enfermería a partir de identificar cuáles son sus experiencias tanto positivas como negativas tanto en la participación o no en el cuidado podrá identificar intervenciones para promover la responsabilidad equitativa de todos y cada uno de los integrantes de la familia y así evitar las consecuencias negativas al ser asumida solo por un miembro.

3. Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las vivencias de cada uno de los integrantes de la familia al cuidar a un adulto mayor dependiente?

4. Objetivo General.

Describir las vivencias de cada uno de los integrantes de la familia al cuidar a un adulto mayor dependiente.

5. Marco conceptual.

Envejecimiento.

La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados. (4)

Los cambios propios del envejecimiento asociados a estilos de vida y generalmente condiciones socioeconómicas deficientes, llevan al anciano a una situación de mayor vulnerabilidad en su salud funcional, llegando a producirse pérdida de la autonomía en diferentes grados, situación en la cual el adulto mayor depende de otra persona para efectuar las actividades de la vida diaria. (4)

La teoría del “uso y desgaste” compara al organismo humano con una máquina que se deteriora progresivamente con el tiempo y, al cabo de un número variable de años, se halla desgastada, debido al continuo uso de sus partes o a la suma de los momentos y situaciones de estrés. (5)

Cuidador.

El Diccionario de la Real Academia Española señala que Cuidador/ra, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. (8)

Existen diferentes tipos de cuidadores que se describen a continuación:

El Cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo, entre los que se encuentra el profesional de enfermería.

La competencia del profesional de enfermería se basa en la calidad y técnica del desempeño, que incluye, necesariamente, el compromiso social de la profesión. Las competencias en la asistencia de los pacientes y sus familias, en la educación, y en la comunicación así como una consejería deben estar basadas en las tres dimensiones del saber, las cuales, señalan, como elementos fundamentales, a los profesionales de enfermería en el fenómeno de la experiencia de los familiares responsables de los Adultos Mayores, “saber ser” (con la orientación humano profesional), “el saber cómo” formación intelectual y el “saber hacer” (el desempeño operativo idóneo) (7 p44).

El cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo. (6 p7) Dentro del cuidado informal se pueden señalar al cuidador principal o primario, secundario y terciario, estos dos últimos participan en el cuidado, pero no de manera relevante, por lo que sobresale la función **del cuidador principal, que es** la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo, o muy cerca de éste, y suele tener una relación familiar muy próxima. La función principal del cuidador es permitir que el adulto mayor dependiente pueda desenvolverse en su vida diaria, ayudándolo a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.

Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. (9)

Una sola persona es la que asume gran parte de la responsabilidad y es reconocida como cuidadora principal; la cuidadora convive con la persona que cuida en el mismo hogar y ordinariamente es un trabajo invisible, en tanto en la práctica esos cuidados son ignorados por la sociedad y por el sistema de salud (10 p4).

Estudios de Brasil, España y Estados Unidos sobre el cuidado familiar nos informan que con mucha frecuencia los parentescos de las personas cuidadoras con el enfermo son: cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, entre otros. En cuanto al nivel educativo predominante de quien cuida, es el medio bajo o bajo; se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con otras personas de la familia y dedican muchas horas al cuidado, lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales. (10 p4)

Soldo, Agree y Wolf (9) citado por Giraldo (10 p3); mencionan que es la “asistencia proporcionada por la familia, los amigos o los vecinos a personas con necesidades de cuidado instrumental o personal, en actividades de la vida cotidiana. Se trata de una fuente de cuidados no pagados, para que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, las personas discapacitadas u otros grupos, puedan seguir viviendo en su hogar, o en la comunidad y no ser institucionalizadas”.

Familia.

El término familia proviene del latín “famulus”, que significa esclavo doméstico. Familia era el conjunto de esclavos pertenecientes a un hombre y familia id est patrimonium, el organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos, con la patria potestad, con el derecho de vida y muerte sobre todos y la transmisión por testamento (11, 12).

La familia, según autores brasileños, es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo, materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales. (13)

Cuidador familiar.

El esposo o la esposa como cuidador.

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Algunos de los rasgos comunes a estas situaciones son: cambio de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social.

Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva situación que supone cuidar al marido o a la mujer puede resultar difícil y exige una constante adaptación. El hecho de que un miembro de la pareja sea el que tiene que dar ayuda y el otro el que la recibe puede crear tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca. Es más fácil aceptar la ayuda del marido o de la mujer que la ayuda de familiares, amigos, vecinos o instituciones, en la medida en que se ve como una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos. En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas de la persona dependiente también suele resultar más fácil aceptar su ayuda que la de otras personas. Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras. En ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros (9 p165-166).

Las hijas y los hijos como cuidadores.

Se encuentran a menudo con que deben atender también las necesidades de su familia (cónyuge e hijos), así como las propias.

En ellos se presentan los siguientes aspectos: fenómeno de inversión de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia, reajuste de la vida social y laboral. Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que "favorece" la disposición del cuidado.

En la mayoría de las ocasiones, esto representa un fuerte impacto emocional para los hijos al darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando eran personas independientes y el sostén del hogar. Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles. En cuanto el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada, y viceversa: el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por un papel de cuidador.

A los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres, ya que normalmente implica algo imprevisto que les impide realizar actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato. Las hijas solteras, la hija favorita, la que tiene menos carga familiar o de trabajo, así como la hija que vive más cerca o la única mujer entre los hermanos, o el hijo favorito, suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

Normalmente, a medida que comienza a verse la necesidad de proporcionar cuidados al familiar dependiente, va perfilándose un cuidador principal que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin necesidad de que se haya elegido por acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. Cuando se asume el

cuidado del familiar, muchas veces se piensa que va a ser una situación temporal, aunque, en muchas ocasiones, acaba siendo una situación que dura varios años y con una creciente demanda de cuidados. Gran parte de los hijos cuidadores no trabajan ni pueden pensar en buscar trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, se ven obligados a abandonar el trabajo por su situación de cuidador. Finalmente, los hijos e hijas de los cuidadores deben atender también a las necesidades de su familia (cónyuge e hijos), así como a sus propias necesidades. (9 p166)

Los padres como cuidadores.

Cuando es uno de los hijos quien por diversas circunstancias se convierte en una persona dependiente, el impacto emocional es mayor, presentándose regreso a un rol que ya se entendía superado; se caracteriza por modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social. (9 p166)

Vivencias, experiencias, percepción, emociones y sentimientos.

Vivencia: es aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo, se expresa en el sentido común. La vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo sobre todo lo que experimente. (14)

Sentimientos: son emociones complejas y las emociones son lo más básico, pues cuando una tendencia se manifiesta bruscamente, aparece una emoción; cuando ha sido sometida por la sociedad y elaborada por la educación se transforma en sentimiento. (15)

Emociones: son dinámicas corporales que especifican los dominios de acción en los cuales nos movemos. Damasio (11) citado por Otero (16 p11) clasifica a las

emociones en tres categorías efectivas a las cuales considera provisorias: emociones de fondo, emociones primarias y sociales. Las emociones de fondo son expresiones compuestas de acciones reguladoras que se intersecan en cada momento de nuestra vida, por ejemplo: bueno, malo o intermedio.

Las emociones básicas o primarias, son aquellas que tradicionalmente se ha estado dispuesto a incluir como tales: ira, asco, sorpresa, miedo, tristeza y felicidad. Las emociones sociales, incluyen simpatía, turbación, desdén, admiración, gratitud, indignación, celos, culpa, etc. Son un complejo entramado de respuestas reguladoras. (16 p12)

Percepción: es el acto de comprender el comportamiento de los demás (el por qué de sus actos). Proceso mental por el cual el ser humano recibe, selecciona, transforma y organiza la información del exterior para crear conocimiento. (17)

Experiencia: El mundo de la experiencia es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica. La experiencia narrada viene envuelta por la cultura y moldeada por emociones, experiencias anteriores y múltiples razones. (14 p254)

El profesional de enfermería.

La cooperación entre los diferentes tipos de cuidadores tanto formales como informales puede ser fundamental para la superación de la vulnerabilidad de ancianos y cuidadores familiares en el contexto hogareño, y adquiere especial relevancia para una intervención adecuada del equipo interdisciplinario, ya que puede potenciar la ayuda al anciano utilizando los recursos de la red familiar y social del mismo.

El comportamiento del familiar enfermo causa estrés en el cuidador, ya que no puede comprenderlo. En este sentido, enfermería en su rol de educador debe empoderar a la familia en la evolución de la enfermedad y las técnicas de cuidado, pues una parte importante del cuidado domestico es provisto por la familia.

Para desempeñar este rol de educador, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de elaborar programas educativos participativos, en los cuales, las necesidades de los cuidadores estén reflejadas. En los universos culturales de los cuidadores, los objetivos de un programa de esta naturaleza propenderían a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los cuidadores al disminuir su carga emocional.

Por lo anterior, es necesario fortalecer el proceso de comunicación en el profesional de enfermería, de modo que pueda enseñar y fundamentar el cuidado a los familiares responsables.

De esta manera, el profesional de enfermería deberá conocer con mayor profundidad la estructura y funciones de la comunicación; saber que los seres humanos influyen en los demás mediante esta para entender sus respuestas en la salud y enfermedad. Si la comunicación es generación y trasmisión de significados, se trata de una interacción dinámica entre dos o más personas, quienes intercambian metas, ideas, creencias, valores y sentimientos.

Así, el profesional de enfermería podrá lograr que las metas comunes de la relación entre el cuidador y el paciente sean alcanzadas con una comunicación verbal y gestual que ejerza una influencia positiva en las emociones del paciente y del cuidador. Podrá estar atento a enseñar al cuidador a captar las señales del paciente, quien muchas veces envía mensajes no verbales: sus gestos proporcionan mucha información sobre lo que le sucede. En este acercamiento cara a cara, la expresión facial es clave en la comunicación; especialmente en la temática de la violencia y los temores que existen entre el cuidador y el paciente.

Otra competencia importante del profesional de enfermería, es la **consejería** que como función es desarrollada por la enfermera especialista, y constituye una herramienta indispensable para hacer realmente eficaz, el seguimiento de los cuidados, así como la comunicación con el paciente, el grupo familiar y la comunidad que puede constituirse en una red de apoyo para el cuidado del adulto mayor. (7 p47)

6. Metodología.

Tipo de estudio.

Es una investigación de carácter cualitativo con **diseño de estudio de caso**, ya que se eligió de manera intencionada a una familia típica por representar el fenómeno de estudio. Es entonces que se describen las experiencias de cada uno de los integrantes de la familia, acerca de su rol como cuidadores de ambos adultos mayores.

Contexto del estudio.

La familia, “caso de estudio” de la presente tesis fue localizada por su asistencia al Centro Comunitario “Los Vergeles”, el cual se localiza cerca de una plaza comercial “Paseo Acoxta”, una zona de mucha tranquilidad.

Según datos históricos, en esta zona fueron construidos conjuntos de condominios horizontales a raíz de la olimpiada de México en 1968 para albergar a los medios informativos de todo el mundo. También se construyeron casas residenciales en serie, cerca del estadio Azteca, lugar sede de las olimpiadas en 1968.

Esta zona comprende avenidas importantes como división del norte y calzada del hueso, en donde se pueden ver edificios privados de departamentos y fraccionamientos para un sector de la población media alta (estos últimos generalmente están resguardados por seguridad privada y cuentan con modernos sistemas de alarmas).

Esta zona conocida como “Villa Coapa” cuenta con bares y antros donde se presenta música en vivo o se prestan para cantar y bailar. Éstos se encuentran ubicados en calzada de Acoxta o sobre canal de Miramontes.

También cuenta con centros comerciales como son Plaza Galerías Coapa, Paseo Acoxta y Pericoapa, que hacen de Coapa una zona de gran ámbito comercial. Coapa dispone de numerosos parques y zona verdes. Aledaño a la zona, se encuentra el Estadio Azteca, (perteneciente a la delegación Coyoacán)

La Universidad Nacional Autónoma de México, tiene en esta zona su escuela más prestigiosa a nivel medio superior, la Escuela Nacional Preparatoria 5, misma que se ubica en la Calzada del Hueso.

La colonia ex hacienda amazcala es de un estatus socioeconómico medio alto. Las calles cerradas por rejas, donde solo entra tránsito local por medio de una vigilancia previa, cosa que no se ve en otras calles. La familia estudiada pertenece a un nivel socioeconómico medio alto ya que su ingreso mensual asciende a más de los 8000 pesos mensuales. El domicilio donde habita la familia estudiada cuenta con 2 pisos, sala amueblada, 2 baños, 1 cocina, 4 recamaras, 1 sala de estudio y patio. Cuenta con todos los servicios básicos y personal de servicio (amas de casa a sueldo). La familia cuenta con automóvil y motocicleta.

Selección del área.

La selección del área no fue por comodidad para el investigador, se tomó en cuenta ya que hubo un primer contacto con profesores de la ENEO que ya habían trabajado en el centro comunitario, se siguió trabajando en el centro comunitario con la población de adultos mayores quienes en su mayoría realizaban distintas actividades en el centro.

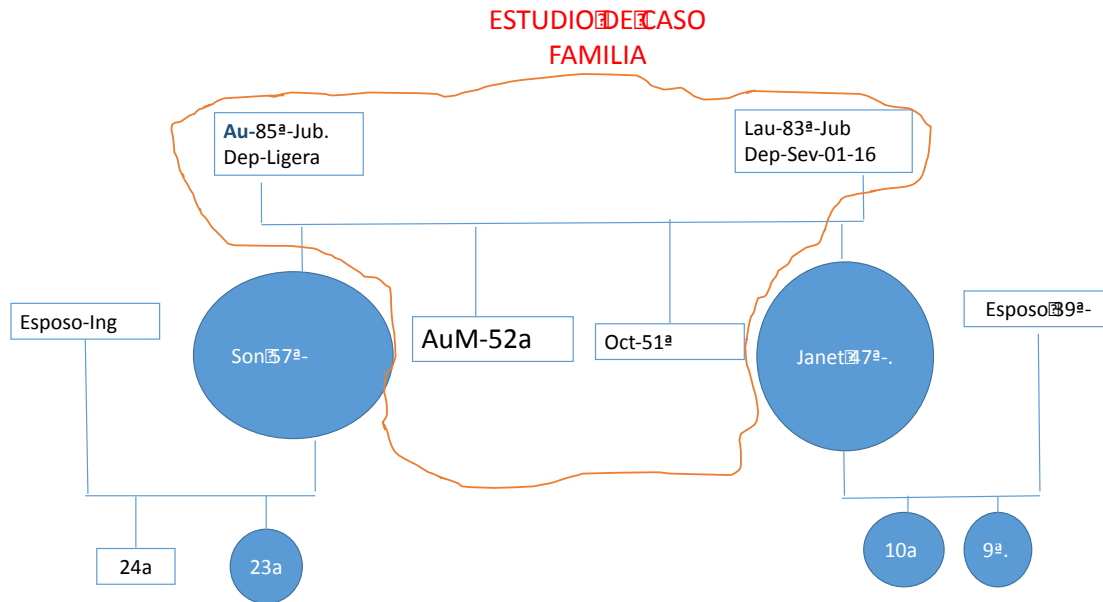
Esto fue de gran ayuda, ya que como parte de los criterios de consideraciones para los participantes de la investigación fue que se tratara de cuidadores primarios de adultos mayores dependientes. Tanto los profesores del centro comunitario y los adultos mayores estaban en la posibilidad de conocer a alguna persona que cumpliera con los aspectos que se les mencionaron sobre la investigación que se iniciaba-

Selección de los informantes.

La selección de la familia se realizó a través de las autoridades del centro comunitario, al cual asistía, uno de los adultos mayores para recibir atención médica. Primero, se estableció comunicación con uno de los hijos, quien accedió a brindar la oportunidad de visitar el domicilio, posteriormente, se contactaron a los demás integrantes de la familia, en el mismo domicilio de los adultos mayores y a una de sus hijas en su lugar de trabajo.

Se consideró a esta familia ya que cubrió los aspectos principales de esta investigación en cuanto a los participantes, ya que en la familia se encontraron dos adultos mayores dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, y otros cuidados específicos, en los que participan 4 hijos (2 mujeres, 2 hombres). En la **figura 1** se presenta el familiograma del caso de estudio y en el **anexo1**, se presenta el perfil de los participantes.

Figura 1. Familiograma del caso de estudio.



Elaborado por Virginia Reyes Audiffred.

Descripción de los participantes.

Al primer hijo que se entrevistó fue **Aur**, soltero. Es Licenciado en Comunicación y periodismo, docente a nivel universitario. Trabaja la mayor parte del día en el apoyo para revisar artículos de periodismo, artículos de la universidad donde trabaja. Trabaja desde su hogar para estar pendiente de sus padres, se nota que tiene muchas preocupaciones por su vida personal y la vida que comparte con sus padres para brindarles cuidado. Es el cuidador primario, es una persona que denota tranquilidad y también preocupación por los adultos mayores.

El hermano **Oct** es soltero, Licenciado en Turismo, trabaja la mayor parte del año como guía de turistas, es mano derecha de **Aur** en el cuidado del adulto mayor, ya

que los dos viven en el mismo domicilio y se apoyan al cuidado que brindan a sus padres. Participa muy poco, ya que por su trabajo frecuentemente realiza viajes y está fuera de la Ciudad de México, funge como cuidador secundario.

La hermana mayor **Son** fue la segunda persona que se entrevistó. Es casada, su esposo es ingeniero, tienen dos hijos un varón y una mujer. Ejerció la docencia a nivel primaria, es licenciada en Educación, actualmente es jubilada de la SEP. Es cuidadora secundaria, muestra liderazgo ante la situación de sus padres, tiende a expresar tranquilidad ante la situación de brindar cuidado.

Jean. Es licenciada en contabilidad, trabaja como contadora, menciona que fue profesora de primaria, y que estudió la licenciatura en psicoterapia gestual. Es casada, su esposo está estudiando y al mismo tiempo trabajando sobre terapias alternativas. Tiene 2 hijas menores de edad. Es una persona que tiene tiempo limitado para el cuidado de los adultos mayores debido a sus actividades laborales y a la atención del hogar.

El primer contacto fue con **Aur** que vive en el mismo domicilio y es el que llevaba al adulto mayor (padre) a sus sesiones con la podóloga del centro comunitario “los vergeles”, se acudió al domicilio de los participantes en la colonia Santa Ana (nombre ficticio para protección de datos), en el cual habitan los dos adultos mayores dependientes, ahí se le explicó al hijo cuál era el propósito de la visita a su domicilio, y la forma en cómo nos podría ayudar con la investigación, (consentimiento informado) **Anexo 2.**

Entrada al campo.

No fue difícil ni tedioso que la familia accediera a participar. Los participantes se contactaron a través de un curso de “cuidados al adulto mayor dependiente” que

fue impartido en el Centro Comunitario “Los vergeles”, al cual asistieron tres de los hijos de los adultos mayores del caso en estudio. Posterior a esto se les solicitó su participación en la investigación.

Todos los integrantes de la familia accedieron sin mayor problema a la realización de entrevistas, así como para su grabación. Todos los participantes tienen una carrera a nivel licenciatura, por lo que todos conocían lo que implicaba realizar una investigación, esto permitió que su participación fuera flexible y mostraran interés por brindar la información que se les requería.

Obtención de la información.

La información se obtuvo mediante entrevistas con preguntas detonadoras (**Anexo 2**) En donde se les dejaba que se expresaran de manera libre, y si se llegaban a desviar del tema se les retomaba con otra pregunta para no salir del tema de investigación. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas

El manejo y análisis de la información.

La información fue recabada mediante las entrevistas y la observación, posteriormente fue transcrita y procesada para llevar a cabo el análisis correspondiente. Primero se leyeron una y otra vez las entrevistas transcritas. Poco a poco se fueron identificando y reuniendo los diálogos de los participantes relacionados a un mismo tema. De los cuales emergieron temas y subtemas que fueron agrupados y reagrupados una y otra vez para dejar dos categorías con sus respectivas subcategorías que reflejan los resultados de la investigación.

Consideraciones éticas.

Se realizó un consentimiento informado, sobre los objetivos de la investigación, que se les dio a firmar a los participantes, retomando los principios en la declaración de Helsinki en los apartados de riesgos, costos, beneficios, específicamente en los párrafos 17,18, grupos y personas vulnerables párrafos 19 y 20, apartado requisitos científicos y protocolos de investigación en los párrafos 21 y 22, apartado privacidad y confidencialidad párrafo 24, consentimiento informado párrafos 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32. (18)

El informe Belmont en su apartado de principios éticos básicos específicamente en la sección respeto por las personas, beneficencia, justicia, en su apartado de aplicaciones, en la sección de consentimiento informado y sus tres componentes; información, comprensión y voluntariedad. (19)

En la ley General de Salud título quinto en materia de Investigación para la Salud capítulo único, donde se protegerá en todo momento la intimidad de los participantes colocándoles un seudónimo.

Rigor científico.

Estuvo garantizado a través de la credibilidad, la transferencia, la consistencia y la confirmación.

La credibilidad se refiere a que los datos de la investigación sean creíbles, esto se garantizó respetando la situación natural, así como la relación entre todos los componentes. Las entrevistas fueron realizadas en la casa del adulto mayor con lo cual

se respetó la situación natural, garantizando que el adulto mayor y sus familiares se sintieran cómodos y con la confianza necesaria para que se expresarán de manera libre.

Para obtener datos aceptables, Guba (1982) propone que se trabaje durante periodos prolongados en el campo objeto de estudio, utilizando la observación continúa y persistente, así como diversas formas de triangulación (entre participantes, fuentes, materiales, etc.) (20)

Por lo que, las visitas al domicilio del adulto mayor se realizaron en diversas ocasiones por un periodo de tiempo de aproximadamente 3 meses, las cuales fueron programadas y con una duración de 1-3 horas aproximadamente cada una. Primero se revisó cuáles serían las preguntas detonadoras ante la entrevista a realizar, ya que con ellas se parte para abrir dialogo a la charla y poder recabar la información de la persona a entrevistar. Se llevaron a cabo en diferentes días de la semana, generalmente cuando se encontraban en el domicilio las personas a entrevistar. Se utilizó la técnica de observación para la recolección de los datos durante las visitas y las entrevistas.

Una vez obtenida la entrevista grabada, se procedió a escucharla y transcribirla para poder tener la entrevista en texto de ahí poder entender algunos diálogos, y si no se lograba entender la situación o llegaba a haber duda con el contenido, se podía agentar otra cita para tocar el tema que quedo en duda, inconcluso poder recabar la información por parte del participante en el estudio.

La transferibilidad se refiere a poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Esto se garantizó a través de la descripción exhaustiva de los participantes y su contexto incluyendo el domicilio, la zona de residencia, y las características de los participantes para posteriormente interpretar los datos. Esto con la finalidad de hacer comparaciones para descubrir lo que tienen en común y lo espe-

cífico de ellos, además para juzgar la correspondencia con otros contextos y situaciones posibles. Considerando que el grado de transferibilidad depende directamente de la similitud de otros contextos.

La consistencia hace referencia a la estabilidad de los datos, esto se garantizó mediante la descripción de la metodología, cómo se llevó a cabo la recogida de los datos durante las visitas, así como su duración y las entrevistas realizadas a los participantes, además de cómo se realizó el análisis de los datos. (21)

La confirmabilidad se refiere a la objetividad (validez externa) se obtuvo a partir de la recogida de registros lo más concreto posible, transcripciones textuales de los discursos grabados al texto para su posterior análisis, existiendo el audio y el documento transcrito para su corroboración. (22)

7. Resultados.

Emergieron dos categorías, cada una con dos subcategorías:

7.1 Cuidar al Adulto Mayor.

7.1.1 Como cuidar a un bebé.

7.1.2 Organización del cuidado.

7.2 El adulto mayor y la familia.

7.2.1 Relaciones cuidadores.

7.2.2 Valores y emociones.

1.- Cuidar al Adulto Mayor en la familia.

El cuidar al adulto mayor ha emergido como un tema importante en el ámbito clínico y social, porque la **dependencia** de un cónyuge o padre puede también intensificar problemas de larga carga al interior de la familia. (23)

El Consejo de Europa define la **dependencia** como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. (24)

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida. En este contexto surge lo que es el vínculo entre el adulto mayor y el cuidador, el cual, hace referencia al lazo afectivo que emerge entre las dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación. Esto influye en cuanto al cuidado que brinda el cuidador como se muestra en las dos subcategorías que emergieron.

1.1 Como cuidar a un bebé.

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

La habilidad de cuidado del cuidador familiar hace referencia **al potencial de cuidado** que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica. (25). Dicho potencial está relacionado con experiencias previas, así como con el vínculo establecido entre el adulto mayor y el cuidador.

Las mujeres que han tenido hijos, tienen una gran ventaja sobre el hombre soltero, ya que tiene experiencia acerca de los cuidados que les brindaron a sus hijos como lo refiere una de las hijas:

“Yo creo que es por sentido común, o sea es por sentido común, no creo que sea una técnica, pero el cuidado del adulto mayor se parece mucho al del bebé, entonces yo he seguido la técnica que seguía como cuando bañaba a mis hijos cuando eran bebés” (Son).

En el discurso se nota la confianza que tiene como mujer que ya ha tenido hijos ya que relaciona su rol de cuidadora al cuidado que brindo a sus hijos. Sin embargo, **Son** se refiere a las actividades que realiza, o sea al cuidado que se necesita en el momento, hablando de alimentarlos, bañarlos, cambio de ropa, si se les tienen que administrar un medicamento, inclusive llegar a jugar con ellos.

La comparación más usual y común que hace es con el baño. Este es similar por que tanto un adulto mayor con dependencia como un bebé, son incapaces de participar activamente en esta actividad. La participación puede ser total o parcial, dependiendo de cómo se encuentre el adulto mayor en cuanto a la movilidad y postura que pueda mantener por sí solo, entonces en este aspecto podemos hacer la comparación con los extremos de la vida y porque la participante los relaciona en cuanto al cuidado que brinda a sus padres. La cuidadora tiene que reunir todo lo necesario para el baño, es decir la ropa del adulto mayor, el jabón, estropajo, toalla, así como mediar la temperatura del agua. En cuanto al peso, un bebé pesa aproximadamente 4 kg, se puede cargar con ambas manos sin problema más de 10 min, en un adulto mayor dependiente el peso mínimo puede ser de 50 kg.

Como tal pueden parecerse las actividades pero son totalmente distintas en cuanto a la forma de manipular a un adulto mayor y a un bebé durante el baño, ya que a ambas partes las tienes que movilizar con cuidado, pero por ejemplo, por el peso corporal, él bebé es más fácil de manipularlo en el baño, cosa contraria con un adulto mayor, cuando este aún se puede mover se tiene que movilizar con cuidado, ya que sus movimientos son lentos, y corre riesgo de caerse.

Además, el cuidador puede lastimarse por el esfuerzo que realiza al movilizar dependiendo del peso del adulto mayor, de su movilidad y postura que pueda tener a la hora del baño. Entonces la relación en cuanto al cuidado no es tan sencilla. Sin embargo, la experiencia previa de **Son** le confiere cierta seguridad porque ya lo ha realizado. Para el hombre la experiencia del baño o el aseo significa una experiencia muy distinta, ya que la mayor dificultad la enfocan al aseo y lubricación de los genitales como lo refiere su hermano **Aur** quien no ha tenido esa experiencia de bañar:

Pues ahora me toca a mí esa labor, y le pedí que me diera esa confianza, también cuando le pongo la pomada, al principio pues no quería que yo

le hiciera nada, pero pues cuando no está mi hermana, los genitales no se los toco, ella lo hace, pero ya lo del resto del cuerpo, me ha tocado encremarla ponerle sus pomadas recientemente. Al principio se siente uno raro, antes era mi mamá, pero ahora se volteo el papel (Aur).

Por parte de los hombres, hay un poco de duda, miedo, al primer contacto de cuidado con su familiar y después de cierto tiempo se adapta a brindar cuidado.

Aur, menciona que ahora es su labor, es decir, su responsabilidad cuidar a sus padres. Pero en cuanto al pudor se topa con una limitante por parte de su madre, él refiere tuvo dificultades para poder atravesar la barrera de la privacidad de su madre. Cuando hace mención que le tiene que tocar los genitales, lo dice hasta con voz temblorosa y con pena. Ya que en el momento nadie te da las herramientas para convencer a la persona de que vas a invadir su privacidad, pero no con el sentido del morbo, si no con respeto y para su beneficio y mejora de salud.

Al tener que enfrentar esta situación el participante se dice sentirse raro, no porque pocas veces ha tenido contacto íntimo con el sexo opuesto y ahora de manera abrupta se enfrenta a la intimidad de su madre.

Por lo regular las familias mexicanas tienen la costumbre de decir “mujeres con mujeres, hombres con hombres”, para que desde la infancia se empiece a respetar esa privacidad en cuanto a los órganos genitales, no ocupan términos científicos, pero dan a entender que los niños no deben de ver “sus partes” a las niñas, y viceversa, esto generalmente se llega a hacer mención en la mayoría de familias donde se toma como el valor del respeto, el respeto hacia la intimidad del otro género.

Desde ahí se podría abordar una perspectiva de género, entonces es difícil que el como hombre, tenga la convicción de invadir el pudor de su madre. Menciona también que se voltearon los papeles, lo dice en el sentido de que ahora es él, él que tiene que hacerse responsable de sus padres, el que les tiene que apoyar en lo que ellos necesiten, mostrando la misma responsabilidad que posiblemente sus padres

mostraron cuando **Aur** todavía dependía de ellos, cuando era bebé, niño, y cuando estuvo enfermo y requirió del cuidado de sus padres.

1.2 Organización del cuidado.

La palabra organización denota el seguimiento de un conjunto de normas para el logro de un fin determinado o también es el resultado de coordinar, disponer y ordenar los recursos disponibles (humanos, financieros, físicos y otros) y las actividades necesarias, de tal manera, que se logren los fines propuestos. (8)

Por otro lado, el cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí misma en autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente es incapaz de resolver sus necesidades vitales y requiere ayuda. (26)

Por lo tanto, la organización del cuidado implica la coordinación de todas aquellas actividades; recursos físicos, financieros, humanos; y otros etc., a partir de relaciones entre seres humanos para la búsqueda de soluciones para un determinado problema que el otro no se encuentra en condiciones de resolver por sí mismo, es decir, no puede satisfacer sus necesidades para mantener su vida.

Estos conceptos se ven reflejados en los testimonios de los participantes de la investigación, como lo dice Son:

Mi hermano marco, porque, sobre todo porque él es el que vive aquí, entonces eso lo hace responsable del cuidado de mis papás, entonces él es, él que ya se empieza a hacer cargo de finanzas, administración suministro, todo lo que tiene que ser de la casa.

Son.

Aquí podemos analizar que, el cuidador primario, se vuelve líder, no lo nombran, el automáticamente se hace acreedor de varias responsabilidades como si fuera el encargado. Ya que el vivir en el mismo domicilio de los adultos mayores, “lo hace responsable automáticamente”. El resto de la familia también cuidadores o no, lo denomina responsable, y el cuidador primario empieza a formar, pensar, idear distintas estrategias para llevar a cabo el cuidado y como lo tiene que organizar. Es

una postura bastante interesante, ya que como persona tiene que dirigir, planificar, ejecutar como si fuera la construcción de algo.

En este caso es la construcción del cuidado hacia los adultos mayores padres, el cuidador primario tiene que llevar a cabo distintas tareas, ser el líder del grupo para que haya una armonía en el cuidado a brindar y se satisfagan las necesidades de la persona que cuidada.

Aunado a eso llevar a cabo las finanzas, o sea finanzas en el aspecto de surtir suministros a la casa y los medicamentos, material que se ocupe para cuidar a los padres, ya no solo es hacerse responsable de los gastos básicos de la casa, si no de los gastos propios, gastos de la casa y gastos del cuidado de los padres, entonces es una responsabilidad bastante pesada para la personas que se hace responsable de la organización del cuidado.

Entonces el ser cuidador familiar no significa hacer actividades únicas enfocadas a la mejora de salud del adulto mayor, incluye tomar decisiones, planificar actividades en cuanto a consultas médicas, visitas hospitalarias, pagos de necesidades básicas del hogar (luz, agua, teléfono, tv, etc.) y a tomar decisiones por varias personas. Sin embargo, es necesario comentar con las demás personas que participan en el cuidado, si están de acuerdo con las decisiones que toma el cuidador primario para que sean respetadas por los demás integrantes, lo cual implica también un trabajo adicional del cuidador primario.

En el siguiente dialogo podemos apreciar que en la organización es necesario que un miembro de la familia funja como mediador de los conflictos para sobrellevar la armonía desde antes de que se presente la necesidad de cuidar a los padres cómo se evidencia en el siguiente discurso:

yo creo que Sonia es la que aglutina a la familia, es el eje de la familia, mis papás en esta parte de proveer y de dar, de repente eran muy iracundos, muy agresivos, y la que siempre calmo las aguas, y siempre unió y siempre, Sonia.

Jan.

Describe a su hermana como la mediadora de los problemas, la persona que tiene un liderazgo para mantener unida a la familia, como si fuera un equipo de trabajo donde forzosamente necesitan un mediador si no las cosas no funcionan, no hay entendimiento, no hay avance. Gracias a **Son**, se reducían los problemas que surgían entre hermanos, o entre hermanos y padres, dice aglutina, o sea junta, une, mezcla, reúne, y llama la atención la responsabilidad que le da, al mencionar que es un eje, o sea que sin ella la familia se cae, es el soporte como la columna vertebral del cuerpo, como pilar fundamental para que su familia siga unida.

La armonía familiar, es un tema difícil de sobrellevar, ya que refiere, sus padres, son agresivos por lo que la actividad mediadora que realiza **Son**, es muy importante hasta la fecha, ya que es en este momento que se requiere mantener unida a la familia para poder cumplir con el cuidado de los adultos mayores. Es entonces que hasta el momento **Son**, es la líder para llevar a cabo todas las actividades y la fuente principal de que todo vaya en armonía y sin problemas. Al mismo tiempo, se requiere de asesoría para brindar el cuidado, ya que los conocimientos que tienen consideran que no son suficientes como lo expresa:

Entonces ahora les digo a mis hermanos, ahora si ya necesitamos más asesoría porque mamá ya se nos está viniendo abajo, por más que le hagamos por más que la llevemos a especialistas no mejora,.... entre todos cooperamos para que no se sientan más los gastos para que su pensión les dure (Aur).

En este discurso podemos apreciar que hay una sobrecarga de responsabilidad, el participante menciona, que necesitan ayuda profesional, ya que observan que su forma de hacer las cosas no está dando resultados. Empieza a notarse frustración porque no hay avances, aquí es donde se viene una avalancha de dudas, problemas, busca soluciones sin encontrarlas y es donde pide ayuda a los demás colaboradores de la familia, ya que inicia a tener temor, miedo, duda, sobre la evolución del cuidado que brindan.

2. El adulto mayor y la familia.

El concepto de familia es complejo, sobre todo porque hay una multiplicidad de formas familiares en función de las épocas históricas, de las distintas culturas e incluso de los diferentes grupos dentro de una misma cultura. (27)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. (28) Además, es el entorno donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas, especialmente a los niños. También, **es el vehículo de transmisión de los valores** familiares, de las tradiciones, los mandatos, y los legados.

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, por ejemplo, entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde también suelen existir autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios. (29)

Entre las **funciones psicosociales** de la familia Placeres (30), señala que se debe **educar** a los niños en los valores de la sociedad; en el amor a la propia familia, en las normas de convivencia; administración y cuidado de los bienes; la moral y el respeto. Así como brindar afecto de diferente manera entre sus integrantes, que incluya aprecio, respeto y valoración.

Dentro de los roles que asumen los hijos cuando los padres envejecen, tienen que atender las necesidades, por lo que, el reto de vivir en la vejez dentro de la familia con calidad genera una nueva distribución de tareas, nuevas relaciones familiares,

así como emociones que emergen durante la provisión de cuidados de larga duración ante situaciones de deterioro y episodios prolongados de enfermedad crónica a consecuencia de una alta comorbilidad. (31)

Ante estas condiciones, en los integrantes de una familia, se hacen evidentes los valores inculcados para afrontar el cuidado del adulto mayor, ya que, la familia sigue siendo el principal soporte para cubrir sus necesidades cotidianas, de ayuda, de afecto, de comunicación, de pertenencia, de autoestima, de identificación, de compañía, de relaciones sociales, de cooperación y de solidaridad. (32)

2.1 Valores, sentimientos y emociones de la familia.

Dado, que la familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales es fuente de cuidados para el adulto mayor. Sin embargo, es en función de los valores y emociones que prevalezcan entre los integrantes de la familia (hijos) se determina las relaciones dentro los integrantes de la familia y por lo tanto la calidad de los cuidados que brinden. (33)

Los valores guían la vida de todas las personas y ayudan a decidir entre lo que es correcto y lo que no lo es; es decir, influyen en la forma de pensar, en nuestros sentimientos y en las cosas que hacemos, como en el caso de ser cuidador familiar de un adulto mayor. (34)

En los siguientes discursos se evidencian, que los valores que motivan a cuidar son:

El respeto, que proviene del latín respectus y significa “atención” o “consideración”. De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), el respeto está relacionado con la veneración que se hace a alguien. El respeto incluye miramiento, consideración y deferencia, se ve reflejado, en el siguiente discurso:

El respeto por las personas mayores, o sea mis papás siempre nos inculcaron el respeto a mis abuelos, el cuidado a mis abuelos, entonces en la medida de lo posible mi mamá siempre procuro ver por sus papás, y cuidarlos cuando estuvieron enfermos, entonces eso si lo hacemos mi hermana y yo con nuestros hijos.

Son

Son, nos dice que el **respeto** fue transmitido de generación en generación por medio de la enseñanza con el ejemplo por sus padres y que, de alguna manera, la cuidadora lo transmite ahora a sus hijos directamente, pues también ella necesitará cuidado cuando curse la etapa de la vejez. Esto como un buen camino para seguir

con los valores que se manejan en la familia, y se sigue transmitiendo en las nuevas generaciones. Otro integrante de la familia **Aur** refiere también el respeto:

Mi mamá nunca dejo de ver por su mamá, entonces eso yo creo lo aprendimos de ellos, lo recuperamos y siempre en pláticas nos decían que había que respetar a los mayores había que cuidarlos, aun cuando nos los decían desde pequeños.

Aur.

Entonces en esta familia la educación que fue implementada por los adultos mayores se refleja en los valores, el respeto principalmente hacia la gente adulta, es un valor importante durante la vejez, pero principalmente en el cuidado que se brinda a la persona dependiente. Este es un valor importante que se enseña por medio del ejemplo de tener respeto hacia la población adulta mayor, pero además como algo reciproco por la enseñanza que tuvo ese cuidador a lo largo de su vida.

La paciencia es la capacidad que posee un sujeto para tolerar, atravesar o soportar una determinada situación sin experimentar nerviosismo ni perder la calma. De esta manera, puede decirse que un individuo con paciencia es aquel que no suele alterarse. (8)

La paciencia es otro de los valores necesarios en el cuidado de un adulto mayor, ya que sabemos que los cambios en la vejez no solo son fisiológicos, también son emocionales, sentimentales, psicológicos, que generan una relación difícil entre el cuidador y el adulto mayor. Se empiezan a manifestar debido a la presencia de las limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria como se evidencia en el siguiente discurso:

Mi papá tiene un carácter muy intolerante, siempre lo ha tenido, y a nosotros nos toca ser tolerantes con él, porque de repente si es su carácter bastante

fuerte, con la edad, los defectos de carácter se acentúan, y un defecto de carácter de mi papá es la exigencia y la intolerancia, entonces ahorita que ya está viejito, es muy intolerante y muy exigente, entonces nosotros tratamos de tenerle toda la paciencia del mundo y toda la tolerancia del mundo para que este bien.

Son.

Podemos notar que mediante una acción puede manejar cierto disgusto del adulto mayor, o sea llevar las cosas más tranquilas en cuanto a la relación que se tiene con el mismo. Las reacciones que presenta un adulto mayor son impredecibles y **Son** a través de la paciencia y tolerancia puede dar solución a la situación que vive con su papá, ella no contradice al adulto mayor ya que en ocasiones anteriores desencadenó una discusión bastante áspera entre las dos partes por lo que prefiere no poner en duda los ideales de su padre.

La responsabilidad: otro de los valores presentes en la familia, está presente como la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente (8), en el siguiente discurso nos menciona la participante “**Jan**” que el valor de la responsabilidad es un pilar fundamental en la educación que ellos como hijos recibieron de sus padres:

Mucho valor a la responsabilidad, tenemos que ser responsables de las cosas que hacemos, de las elecciones que tomamos, sea la elección que haya sido, tú la tomaste, y asumes las consecuencias de esa elección, o sea sean buenas, malas.

Jan.

Ella nos da una descripción del concepto que tiene de la responsabilidad, como le fue inculcado por sus padres.

La **honestidad**, del término latino honestitas, es la cualidad de honesto. Por lo tanto, la palabra hace referencia a aquel que es decente, decoroso, recatado, pudoroso, razonable, justo, probó, recto u honrado (8) esto se refleja en el siguiente discurso de **Jan**:

La honestidad de decir, las cosas tal cual, de cumplir lo que prometemos y como lo prometemos

Jan.

Los valores son fundamentales en la vida, y que mejor que los que se aprenden para bien desde la casa, como lo describe “Jan” la honestidad es un valor importante en el cuidado del adulto mayor, ya que ellos prometieron cuidarlo y ahora lo están haciendo.

Emociones y sentimientos.

Los sentimientos y las emociones son fundamentales en las relaciones sociales y en la toma de decisiones que requiere la vida social, es decir en el razonamiento. (16 p14). Las emociones positivas o negativas y los sentimientos que de ellas se siguen, están directamente implicados en nuestras experiencias sociales. (16 p14)

Los sentimientos son estados afectivos relativamente duraderos y a la vez modificables a través del tiempo. **Los sentimientos son emociones complejas** y las emociones son lo más básico, pues cuando una tendencia se manifiesta bruscamente, aparece una emoción; cuando ha sido sometida por la sociedad y elaborada por la educación se transforma en sentimiento.

Las emociones básicas o primarias, son aquellas que tradicionalmente se ha estado dispuesto a incluir como tales: ira, asco, sorpresa, miedo, tristeza y felicidad.

Las emociones sociales, incluyen simpatía, turbación, desdén, admiración, gratitud, indignación, celos, culpa, etc. (35)

En los siguientes discursos, retomamos la importancia de los sentimientos y emociones que experimentan los participantes ya que tienen un peso fundamental en la forma del cuidado que reciben los adultos mayores, como lo dice el siguiente discurso:

Yo los cuido porque, pues considero que es una bendición poderlos cuidar, es este, como parte de retribución de cariño, de los cuidados que ellos tuvieron con nosotros.

Son.

Aquí podemos apreciar que la participante **Son** nos dice que ella ofrece el cuidado porque es algo valioso hacerlo, es una forma de tantas de regresar el cariño que sus padres les dieron a ellos como hijos y por medio del cuidado, ellos como hijos principalmente ella, les está retribuyendo.

Así mismo el participante **Aur** nos menciona algo similar como lo que expresa su hermana “son” sobre ambos estar **agradecidos** con sus padres como lo dice en su discurso:

Para mí es un agradecimiento, yo siempre los he querido mucho, en algún momento me acusaron mis hermanos de que yo era el consentido, pero no, lo que pasa es que yo siempre me he preocupado mucho y les decía ¿haber que vas a hacer? Me salgo del trabajo y los voy a llevar...

Aur.

En su discurso nos corrobora que también es una acción de agradecimiento acompañada de un sentimiento hacia los padres ya que con ellos tuvo una vivencia muy grata. A su vez el mismo participante tiende a tener experiencias poco agradables y esto a generar sentimientos negativos, pero no de ira o rencor hacia los padres, si no de tristeza, desesperación, e incluso un poco de impotencia ya que en el siguiente discurso nos menciona:

Ya no salgo tanto como antes, tenía el ritmo de estar corriendo, me iba con las amigas con los amigos, salías ahora prácticamente ya no he podido hacer todo eso, pero además se estresan mucho como yo soy el que está con ellos permanentemente dicen “es que si sales y si te pasa algo” se angustian mucho los dos, el no deja de hablarme, él se angustia mucho de hecho si salgo, pero no como antes, ya prácticamente me volví su cuidador.

Aur.

Podemos apreciar que la vida de un cuidador primario, se divide, ya que la mitad de esta sirve para cuidar a los adultos mayores y atender las necesidades básicas de la vida diaria que ellos necesitan, la otra mitad de vida, nos dice que es para hacer actividades propias, como la diversión por ejemplo pero el sabor de disfrutar una salida, no es el mismo ya que tiene una responsabilidad en casa, aunque él pueda hacer distintas actividades menciona que es estar corriendo, o sea todas las actividades son demandantes en un sentido de duplicar esfuerzos, se nota ligera tristeza, preocupación, desesperación, en la forma de como relata el discurso.

2.3 Relaciones entre cuidadores familiares.

Las relaciones familiares mejoran, se estrechan o se debilitan ante la necesidad de cuidar a un adulto mayor que suele ser el padre o la madre. Es entonces que ahora las relaciones familiares giran en torno al cuidado, y las peleas tienen que ver con el cuidado de sus padres; por ejemplo, quiénes cumplen con sus responsabilidades y quiénes no, cuánto aporta cada uno y quién está a cargo. Ya que a menudo, las familias no planean detenidamente quién se convertirá en el cuidador principal y qué papeles de apoyo desempeñarán los demás miembros de la familia. Esto generalmente debido a que la responsabilidad del cuidado comienza cuando el hermano que vive cerca de sus padres o que tiene una relación estrecha con ellos empieza a ayudarlos con cosas pequeñas, pero conforme avanzan las limitaciones en el adulto mayor el cuidado se requiere por más tiempo por lo que es necesario hablar con toda la familia para asignar responsabilidades a cada uno de los miembros. (30)

La familia debe explicar claramente lo que se espera que esa persona haga, si habrá una compensación económica y cómo funcionará eso. Además, los hermanos deben aclarar qué tareas de apoyo realizará cada uno, sin embargo, no siempre es así como se refleja en los siguientes discursos:

Ella mi hermana Jan no participa en el cuidado, en ya que ella trabaja y su tiempo disminuye, ella tiene dos niñas, una once y una de nueve, entonces, ella trabaja en despacho de cortadores como recursos humanos, y sus horarios se unen, entonces que sus horarios son muy largos y súmale las actividades saliendo del trabajo significa que la hacen desgastando al cien, si y no tiene espacio para cuidar a mis papás, porque los fines de semana tiene que atender a la familia, su familia.

(Son).

La participante narra las actividades que realiza la hermana de Jan, dejando ver la incompatibilidad entre tiempos y espacio, esto como justificación a la no participación del cuidado, pero además refiere que “Jan” es cerebro principal de su familia, y no cuenta con el apoyo parcial o total de su pareja para organizar sus tiempos y poder contribuir en el cuidado de sus padres:

No bueno de mi hermano Marco si está muy enojado con ella porque siente que no está colaborando, y ella trabajaba de las ocho de la mañana las 10 de la noche y es verdaderamente imposible con sus horarios, mis papás los viene a ver los fines de semana y un ratito y se ve materialmente imposible estar al cuidado, entonces como mi hermana es el cerebro principal de su familia es imposible que ella participe en el cuidado.

(Son)

Esta situación que vive “Jan”, ha ocasionado un disgusto y enojo por parte de su hermano “Aur”.

Somos cuatro hermanos, Sonia, luego yo Aur, luego mi hermano Octavio que llevo a ir al curso, pero ahorita por trabajo ya no puede ir y una hermana que prácticamente ya ni viene, ni los saluda, ni nada.

(Aur)

Podemos corroborar la no participación de la hermana “Jan”, debido al tipo de trabajo de tiempo completo por su necesidad de ingresos, ya que su esposo no tiene trabajo permanente, su testimonio concuerda con lo que refería su hermana “Son”:

En esta última etapa, porque... trabajo de 8 de la mañana a 8 de la noche, porque tengo dos hijas, porque vivo a hora y media de camino, mínimo, viernes de quincena y lluvia, 3 horas para llegar a casa de mis papás.

Jan

Esto es una evidencia de que en ocasiones los hijos /as no colaboran en el cuidado de sus padres dadas las condiciones laborales, sin embargo, si pueden colaborar aportando dinero para los gastos que genera el cuidado y de los hermanos que no trabajan por cuidar al Adulto Mayor.

8. DISCUSIÓN.

En el contexto de la familia mexicana por lo regular las mujeres son las encargadas de cuidar a las personas mayores en el hogar, pocos son los casos en el que el hombre asume dicha responsabilidad, como lo refiere Flores (36). El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntario (37). Situación que no coincide con los resultados de la presente investigación, ya que, en esta familia los varones son los que asumen el papel de cuidadores primarios, debido al tipo de estudio en el cual se consideró a dicha familia como caso típico del fenómeno de estudio.

Para los hombres que asumieron el rol de cuidadores en esta familia, les fue difícil adaptarse al cambio, especialmente en los cuidados que brindaban a la mamá, ya que al principio no aceptaba que la bañaran sus hijos varones, por el pudor a su intimidad, ya que no quería que vieran o tocaran sus genitales. En este sentido coincide con lo que plantea Flores (36), quien menciona que cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica, implica ver la vida de una manera diferente, ya que se requiere como cuidador modificar las funciones a las que se está acostumbrado y tomar decisiones en medio de alternativas complicadas (38) como sucede cuando un cuidador varón proporciona el baño a su mamá.

En relación a la organización de roles entre cuidadores hijos, en ningún momento denotaron falta de interés o querer dejar de brindar el cuidado a sus padres, lo que coincide con Arroyo(31), quién menciona, que es un hecho que todas las familias son diferentes, cada una de ellas otorga apoyo a sus familiares ancianos de acuerdo a sus condiciones materiales, sin embargo, los recursos con los que cuenta la familia para hacer frente a los costos de la enfermedad, el deterioro y el cuidado, son definitivos para dar mejores y oportunas respuestas. Dicha situación coincide con la

familia, estudio de caso de la presente investigación, ya que pertenece a nivel socioeconómico medio por lo que, contaban con los recursos económicos para brindar el cuidado a sus padres, quienes recibían su pensión. Es entonces que los hijos asumían la responsabilidad de brindar el cuidado directo, coincidiendo nuevamente con lo que describe Arroyo (31), quien menciona que todas las familias son distintas, pero sin embargo tienen algo en común, brindan cuidado al adulto mayor que hay en la familia, podrá ser directo o sea cuidándolo ellos mismos, o indirecto, haciendo uso de cuidadores formales en el cuidado de un adulto mayor, para organizar el cuidado que se brinda.

La educación que los adultos mayores brindaron a sus hijos que ahora son sus cuidadores, estuvo fuertemente basada en la transmisión de valores, lo cual coincide con lo que menciona Mailen(39), la familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes, que favorece asumir el rol de cuidador familiar, que aunado a la convivencia estable, sana, afectiva, que tuvieron con los padres adultos mayores, fortalece el asumir el rol de cuidador, pero si hubo ciertos problemas a lo largo de la vida entre el binomio padre-hijo, ese problema puede dejar de existir o continuar y esto influya negativamente al cuidado que requiere el adulto mayor.

En este mismo sentido Gómez (1) y Galván (20) citado por Placeres (30 p480) menciona que cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis familiar, situación totalmente desfavorable para brindar cuidados en esta etapa de la vida.

CONCLUSIONES.

Cuidar implica suplir o hacer las actividades por el adulto mayor que ya no puede realizar por lo que indudablemente es trabajo extra para los cuidadores. Dicha situación por largos periodos o indefinidamente como es el caso del cuidado de adultos mayores con enfermedades crónicas, conduce a un desgaste biológico, emocional, psicológico y social en el cuidador que asume la responsabilidad principal de cuidar, muchas veces por más de 8 horas.

Esto se evidenció en los resultados de la presente investigación, por lo que resulta de suma importancia que el profesional de enfermería asuma como parte de su quehacer no solo el cuidado del adulto mayor si no también del cuidado del cuidador familiar a través de diferentes estrategias que apoyen al cuidador a organizar a la familia para que apoyen desde diferentes tareas el cuidado, así como proporcionar la información necesaria y estimular para que asistan a grupos de apoyo que procuren el uso del tiempo libre y el cuidado de sí mismo con la finalidad de evitar que sean dos los enfermos.

Referencias.

- 1.- González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. [En línea]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/88784/06_Envejecimiento_demografico_en_Mexico.pdf [Consultado el 14 de noviembre de 2016].
- 2.- Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 30-39.
- 3.- Secretaría de Salud. (13 de 01 de 2015). Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento 2013-2018. Recuperado el 15 de 11 de 2016, de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
- 4.- Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. Jun 2014; 25(2): 57-62
- 5.-Berta P. El envejecimiento: factores fisiológicos y psicológicos. Folia Dermatológica Peruana. Agosto 2000; 11 (2).
- 6.- Cantos, A. Guía de atención al cuidador. Hartmann. 2013;1(1): 1-35.

7.- Muñoz LA, Arancibia P, Paredes L. La Experiencia de Familiares Cuidadores de Pacientes que sufren Alzheimer y Competencias del Profesional de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín XVII (2) septiembre 1999 (44-48).

8.- González-Arno V. Diccionario de la Real Academia Española. [Consultado 14 de noviembre 2016] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidador>

9.- Ruiz A, Nava G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enf Neurol (Mex) 2012;11(3): 163-169.

10.-Giraldo MCI, Franco A GM, Correa BLS, Salazar HMO, Tamayo V AM. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2005; 23(2):7-15.

11.- Gómez, C. Factores socio-epidemiológicos asociados a los accidentes en el anciano en San Juan y Martínez. Ciencias médicas. 2013; 17(2): 26-36.

12.-Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Moscú: Editorial Progreso; 1976.

13.-Ferrari M, Kaloustian SM. A importância da família. In: Família Brasileira: a base de tudo. São Paulo/Brasília: Cortez/UNICEF; 1997.11-25.

14.- de Souza Minayo MC. Los Conceptos Estructurales de la Investigación Cualitativa. Salud colectiva. 2010 17.251-261.

15.- Rodriguez HG, Juárez LCS, Ponce de León M d C, La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva. Interamerican Journal of Psychology 2011 4 (5): 193-201.

16.- Otero MR. Emociones, Sentimientos y Razonamientos en Didáctica de las Ciencias. Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias 2006 1(1) 124-53.

17.- Molina SJ, Nune CRM, Vallejo RM. La percepción social hacia las personas con síndrome de down:la escala EPSD-1. Edu. Pesq. 2012 38 (04):949-964.

18.- World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM; 2015 [cited 2017 octubre 20. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> .

19.- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental; 2003 [cited 2017 marzo 16. Available from: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/> .

20.- Sandín E. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. Revista de Investigación Educativa. 2000 18(1): 223-242.

21.- Pérez S. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. In. Madrid: La Muralla; 1994.

22.- Souza M. La artesanía de la investigación cualitativa: Lugar editorial; 2009: 1(1) 260.

23.- Zarit SH, Davey A, Edwards AB, Femia EE, Jarrott SE. Family Caregiving: Research Findings and Clinical Implications. En: Bellack AS, Hersen M, editors y Edelstein BA, editor volumen. Comprehensive clinical psychology. Clinical geropsychology. Oxford, UK: Elsevier Science; 1998: 7(1) 499-523.

24.- Consejo Europa. Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998 [citado 15 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

25.- González D S. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes Mellitus. Av de Enfermería. 2006; 24 (2):28- 37

26.- Collieré MF. Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rev. De Enfermería Rol. 2006 16 (180)71-80.

27.- Blanca A. Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría. Lugar editorial. 2007 (1): 1-30.

28.- Organización Mundial de la salud. La Familia. (Internet). [Consultado el 07 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/index.php?lang=es>

29.- De Jong E. Reflexiones en torno a las concepciones teórico – epistemológicas del Trabajo Social en relación con la familia. En: La Investigación en Trabajo Social. 2014 4 (1).

30.- Placeres J., de León R. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón.2011 33 (4): 472-483.

31.- Arroyo M. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias Ciencia UANL. 2011 14 (3): 297-305.

32.- Cervera E, Hernández R. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. 2008 12(6).

33- Bourdieu P. La construcción social de los sentimientos desde Pierre bourdieu Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. 2008 3 (1): 1-11.

34.- Fierro LF. Valores y Relaciones Familiares. Diccionario de economía. 2008 3 (1) 448. 1ra Edición México. 2008.

35.- Rodríguez G, Juárez L. La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva. Interamerican Journal of Psychology. 2011 45 (2):193-201.

36.- Flores E, Rivas E. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. 2012 18(1): 29-41.

37.- Casado D, López C. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección de estudios sociales. Barcelona: Ed. Fundación "la Caixa". 2012 6(1). p. 68-75.

38.- Sánchez B. Cómo cuidar un enfermo en casa. Aquichán. 2005 5(1): 162.

39.-Mailen L. El entorno familiar del adulto mayor realidad vesus legislación. Universidad de gramma. Cuba. 2013 1 (1).

40.- Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Oficina de Referencia. Guía para citar y referenciar. Estilo Vancouver [Internet], 2016. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/LaUj46>.

Anexos.

Anexo 1. Perfil de los participantes

Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Estado civil	
Aurelio (Au)	42 años	Masculino	Licenciado en comunicación (profesor de universidad)	Separado	
Sonia (Son)	53 años	femenino	Jubilada (antes profesora de primaria)	Casada	
Jannet (Jan)	47 años	femenino	Contadora, profesora de primaria, psicoterapeuta	Casada	

Anexo 2. Guía de preguntas detonadoras:

¿Cuáles han sido sus experiencias al brindar cuidados a su familiar Adulto mayor?	¿Cuáles han sido las emociones que experimenta ante el cuidado que le brinda a su familiar AM dependiente?
¿Cuáles han sido las emociones que experimenta ante el cuidado que le brinda a su familiar AM dependiente?	¿Cuáles han sido las emociones que experimenta ante el cuidado que le brinda a su familiar AM dependiente?

“El AM dependiente y el cuidado que brinda la familia”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Personas cuidadora.

Descripción de la investigación: La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia como parte de un proyecto de investigación pretende comprender qué les sucede a las personas que cuidan a un adulto mayor dependiente y la experiencia en el acontecer del día a día.

Por lo que solicitamos su participación para ser entrevistado (a) como cuidador y conocer cuáles han sido sus experiencias y vivencias.

Las preguntas de la entrevista están relacionadas con los siguientes aspectos: edad, estado civil, tiempo de ser cuidador, tipo de cuidado, rol que desempeña.

Confidencialidad: Todo lo que usted diga será manejado de manera estrictamente confidencial. Si usted acepta participar en este estudio, se le asignará un número a su entrevista que protegerá en todo momento su identidad. De la misma manera, la información que nos proporcione será resguardada por personal autorizado y manejada de manera confidencial protegiendo su identidad. La entrevista será grabada y transcrita, únicamente por el personal autorizado. Y una vez que se obtenga la información requerida, las grabaciones y transcripciones serán destruidas.

Beneficios esperados del estudio: La información que usted nos proporcione ayudará a comprender las situaciones que enfrentan las personas que cuidan a un adulto mayor dependiente y las experiencias vividas durante el cuidado brindado.

Contactos: Si tiene usted alguna duda y/o requiere información sobre los resultados de esta investigación, puede comunicarse con la Dra. Virginia Reyes Audiffred responsable del proyecto al TEL: 5513005114 Oficina: 56552332 y PSSLE. Jesús Emmanuel Maya Tel: 5536742109

Si usted acepta participar, se le dará una copia de este documento para que lo conserve. Y puede renunciar en la participación cuando usted lo desee aun cuando ya haya firmado.

Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por participar.

Si usted acepta participar, por favor firme abajo. Yo también firmaré.

Firma del participante en el Estudio.

Nombre del participante en el Estudio.

Firma del Investigador.

Nombre del investigador.

Fecha Informado.