

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Evaluación de un programa psico-educativo para mejorar la comunicación y toma de decisiones familiares respecto al cuidado de la salud del adulto mayor



Karem Violeta Fuentes Vásquez

Hermosillo, Sonora, México

Diciembre de 2017

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

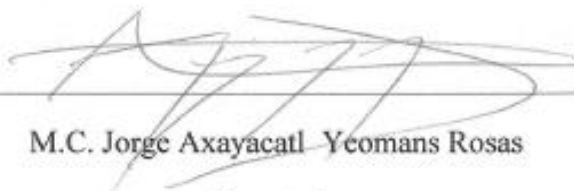
FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de **Karem Violeta Fuentes Vásquez**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.



Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea

Directora de tesis



M.C. Jorge Axayacatl Yeomans Rosas

Secretario



M.S.P. Salvador Ponce Serrano

Sinodal



Esp. Med. Fam. José Felipe Carrillo Martínez

Sinodal

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por permitir llevar a cabo el presente proyecto, gracias al apoyo financiero brindado.

Es muy importante agradecer a las personas que decidieron participar en el proyecto y que nos abrieron las puertas de su casa, pues para ustedes se diseñó este taller, con el fin de brindarles un poco sobre nuestros conocimientos, ya que realizan una gran labor cuidando y en muchas ocasiones no se reconoce.

A mis maestros de la Universidad de Sonora, quienes compartieron gran parte de su conocimiento y experiencia durante estos dos años. Sin dejar de mencionar al Dr. Tagles, quien estuvo apoyándonos y nos enseñó la importancia de la estadística en la investigación.

A mi directora de tesis, por enseñarme la importancia de investigar las acciones para mejorar la calidad de vida tanto en cuidadores como adultos mayores, por brindarme la oportunidad de formar parte de este proyecto y compartir su experiencia sobre este tema.

A mi comité de tesis, el Dr. Ponce por compartir su conocimiento del área de salud pública y Mtro. Carrillo por compartir información y experiencia sobre la terapia familiar sistémica, pero sobre todo por todos los consejos brindados y el apoyo para realizar un mejor trabajo.

Un agradecimiento especial también para la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor (PRODEAMA) por abrirme las puertas y permitirme desarrollarme profesionalmente y formar parte de esta institución que busca el bienestar de los adultos mayores, y al procurador Jorge Yeomans por todas las facilidades brindadas para enriquecer este proyecto de tesis.

A mis compañeros de maestría y doctorado, pues me enseñaron la importancia de trabajar de manera multidisciplinaria cuando se trata de un problema de salud pública.

A mis compañeras del posgrado: Jaqueline Aguilar, Berenice Chávez, Diana Cañez, Anna Duarte, Teresita Martínez y Verónica Varela, por compartir esta experiencia que nos hizo crecer como personas, por su apoyo en cada presentación de seminario, por esas pláticas que me dieron ánimos para seguir superándome, pero sobre todo por todos los ratos agradables que pasamos juntas y por su compañía en este camino que decidimos emprender y que ahora culminamos.

Es muy importante agradecer a mis padres, quienes son las personas que siempre han estado a mi lado; me han brindado su apoyo incondicional para que cumpla mis metas y que han confiado en mí para mejorar cada día profesionalmente. Nunca dejaré de agradecerles todo el apoyo y amor que me dan.

A mi novio que siempre de alguna manera me apoyo durante estos dos años, quien estuvo conmigo y sin darse cuenta me motivo para seguir adelante en este proyecto.

DEDICATORIAS

Dedicado a mis abuelos, que desde el cielo nos guían por el mejor camino...

Para todas las personas que cuidan, nuestra gratitud y reconocimiento.

*Un hombre sabe que se esta haciendo mayor porque comienza a parecerse a su padre.-
Gabriel García Márquez*

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
OBJETIVOS.....	x
Objetivo general.....	x
Objetivos específicos.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	12
ANTECEDENTES.....	18
Sobrecarga del cuidador.....	20
Intervenciones psicológicas.....	22
Grupos de apoyo.....	23
Servicios de respiro.....	24
Intervenciones psicoterapéuticas.....	24
Programas psico-educativos.....	25
Terapia Familiar Sistémica.....	26
Aspectos de la comunicación familiar, técnicas y estrategias.....	29
Apoyo Social/familiar.....	30
Intervenciones psico-educativas con familiares de adultos mayores.....	32
MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
Tipo de estudio.....	35
Participantes.....	35

Criterios.....	36
Inclusión.....	36
Exclusión.....	36
Eliminación.....	37
Instrumentos.....	38
Procedimiento.....	38
Diseño del programa de intervención psicoeducativo.....	38
Población.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
Resultados.....	42
Discusión.....	42
CONCLUSIÓN.....	63
LIMITACIONES.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67
APÉNDICES.....	79

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Sesiones del programa de intervención con enfoque familiar sistémico.....	40
2	Características sociodemográficas de la muestra de estudio.....	43
3	Características sociodemográficas de las personas adultas mayores que reciben cuidados por parte de sus familiares.....	45
4	Tabla cualitativa de características de las familias participantes.....	48
5	Resultados de prueba de rangos de Wilcoxon en la evaluación pre-post de comunicación efectiva y no efectiva.....	58
6	Resultados de la evaluación del Plan Integral de Cuidados por familias participantes.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Esperanza de vida (años) en México.....	14
2	Pirámide poblacional en México.....	16
3	Resultados pre-post de evaluación individual sobre conocimientos generales	51
4	Resultados pre-post evaluación sobre conocimientos clínicos.....	52
5	Resultados pre-post evaluación sobre conocimientos físicos-emocionales	53
6	Resultados pre-post evaluación sobre conocimientos de contención emocional	54
7	Resultados pre-post evaluación sobre conocimientos de demencia	55
8	Resultados pre-post evaluación sobre conocimientos de nutrición.....	56
9	Resultados de la evaluación del Plan Integral de Cuidados por familias participantes	62

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la efectividad de una intervención psico-educativa para mejorar la comunicación y decisiones familiares respecto al cuidado de la salud del adulto mayor.

Objetivos Específicos:

1. Diseñar una intervención psico-educativa con enfoque familiar sistémico para mejorar la comunicación y decisiones familiares respecto al cuidado del adulto mayor.
2. Implementar el programa de intervención diseñado en un grupo de familiares de adultos mayores.
3. Analizar los resultados de pre y post evaluación respecto a indicadores cualitativos y cuantitativos de la comunicación y toma de decisiones familiares.

RESUMEN

Introducción: La demanda de cuidados familiares a adultos mayores (AM) asciende conforme incrementa este segmento poblacional; existen intervenciones para apoyar a quien asume las tareas del cuidado, reconociendo que el cuidado familiar es una extensión de los servicios formales de salud y que se requieren estrategias para garantizar la calidad del cuidado al mayor. **Justificación:** Las intervenciones de apoyo a cuidadores familiares tienen la tendencia de enfocar exclusivamente al cuidador principal, perpetuando el abordaje individual de una problemática que en esencia es familiar. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de un programa psico-educativo basado en el enfoque familiar sistémico, para mejorar la comunicación y decisiones familiares respecto a las prácticas de cuidado de la salud del AM. **Metodología:** Diseño pre-experimental, con pre y post evaluación sin grupo control. Muestra de 16 familiares de AM que requieren cuidados de salud, pertenecientes a 5 familias. **Resultados:** con una prueba de rangos de Wilcoxon, se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre las evaluaciones de comunicación efectiva pre (media= 4.06) y post (media = 6.0) en la actividad 2 ($Z=2.42$; $p \leq .05$). Y en la actividad 3 pre (media= 3.37) y post (media=5.68) ($Z=3.28$, $p \leq .05$). De igual manera en la actividad 1 en la evaluación de comunicación no efectiva pre (.56) y post (.125) ($Z=2.07$; $p \leq .05$). **Conclusiones:** se encontró que la intervención fue significativa para las participantes pues aumentó comunicación efectiva en connotación positiva, exponer su opinión, negociación y disminuyó la comunicación no efectiva como la crítica e inflexibilidad.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud considera a una persona adulta mayor a partir de los 60 años de edad, y refiere que entre el 2015 y 2050, el porcentaje de este grupo de población aumentará de un 12% a un 22%.

Actualmente, datos de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, refieren que los adultos mayores representaban el 8% de la población en 1950 y calculan que para el año 2050 representarán el 21% (Naciones Unidas 2002, citado en Dorantes-Mendoza G. y col. 2007). Estos datos reflejan un envejecimiento acelerado de la población de adultos mayores.

Este aumento de este segmento de la población, se refiere a un aumento en la esperanza de vida, lo cual según Dilnot (2017) “es un triunfo”, pues mejoraron los estilos de vida y tecnología, la atención médica, los ingresos; lo cual significa que hay más adultos mayores y se traduce a un aumento en la cantidad de atención que requieren dichas personas de la tercera edad.

El envejecimiento en las personas conlleva un proceso progresivo e irreversible, en el cual intervienen factores tanto biológicos, como psicológicos, sociales y ambientales; desde el punto de vista biológico este proceso de envejecimiento conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, el aumento del riesgo a enfermedades (OMS, 2015) y tiene repercusiones personales, pues modifica la composición y modalidades de la dinámica familiar, la salud y en el bienestar de los cuidadores (De Valle-Alonso y col., 2014).

Debido a estas condiciones presentes en el adulto mayor, se consideran seres vulnerables socialmente, dado a situaciones de índole personal, económica, familiar, social y de políticas públicas (Guerrero y Yépez, 2015). Se considera como vulnerabilidad social a la “desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por

no contar con recursos personales, sociales y legales (Izazola, 1999; Salgado y cols., 2007, citado en Guerrero y Yépez, 2015).

Esto se debe a los determinantes sociales de salud (DSS), los cuales se refieren a contextos sociales donde las personas viven y trabajan, y que repercuten de manera negativa o positiva en la salud de dichas personas (Silberman y cols., 2013).

Según el Instituto Nacional de Geriátría (2013) las enfermedades que prevalecen en las personas de la tercera edad de bajos recursos económicos, se asocian con la desnutrición y dificultad a los accesos de salud entre los más marginados, y debido a condiciones inadecuadas del ambiente y económicas (Álvarez, 2009).

En México el envejecimiento ocurre bajo condiciones de desigualdad en la distribución del ingreso, altos niveles de pobreza y con poca cobertura de sistema de pensiones y seguridad médica (Águila y cols., 2011).

Actualmente el país ha experimentado una profunda transición demográfica: pues mientras que en el año 2010 las personas con 65 años de edad y más representaban el 6% de la población total, para el año 2016 este segmento significó el 15%; las cifras revelan que este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplicó al de la población total del país.

A causa de la disminución de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida (años), más personas viven hasta edades avanzadas. En el año 2010 la esperanza de vida a nivel nacional era de 73.1 años en hombres y para mujeres de 77.8 años. En la figura 1 puede observarse como ha ido aumentando la esperanza de 1930 hasta proyecciones al 2050. (INEGI, 2014).

Debido al aumento en la esperanza de vida de la población, el Consejo Nacional de la Población (CONAPO) refiere que en 50 años uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá al grupo de la población de la tercera edad, pues aumentará de 4.8 a 32.4 millones de adultos mayores (CITADO EN Novelo H., 2003).

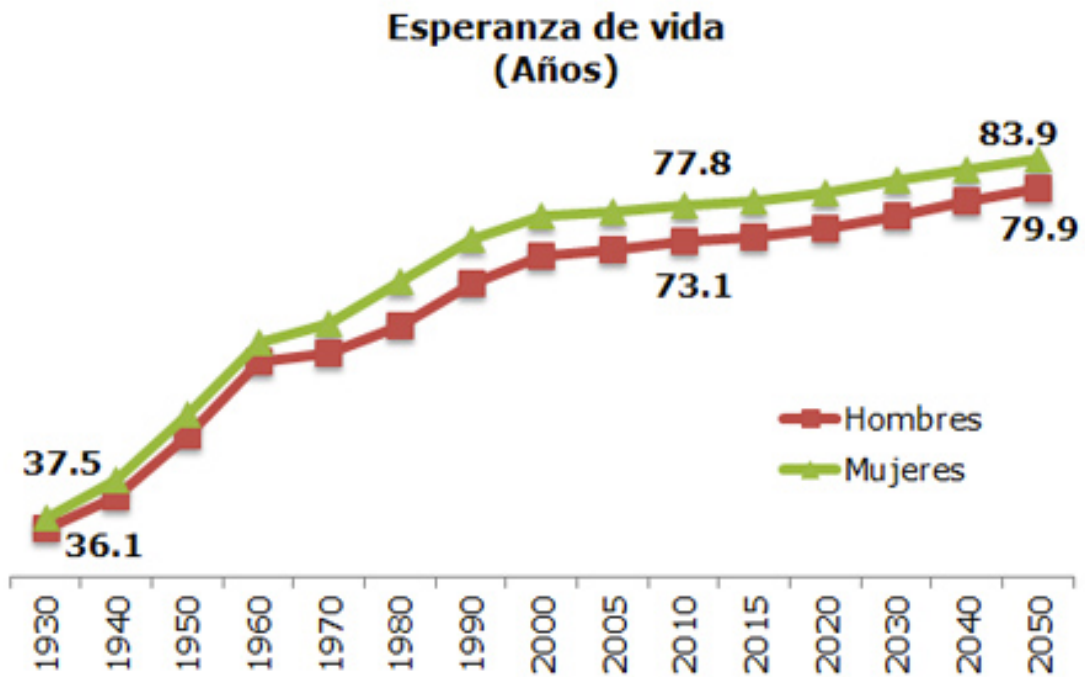


Figura 1. Esperanza de vida (años) en México.

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO). INEGI. Mortalidad. Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa y sexo, 2010 a 2015

En consecuencia, se prevé una modificación radical en la estructura por edades de la población al disminuirse la base de la pirámide de edad e incrementarse la cúspide que representa las edades avanzadas (INEGI, 2014) como se indica en la figura 2.

En el año 2015 la pirámide poblacional era más ancha del centro y se reduce en la base, significando que la población infantil ha disminuido y se ha incrementado la de adultos (INEGI 2015).

La tasa de crecimiento anual en México es de 3.8%, lo que implica que para el 2018 habrá 14 millones de adultos mayores (Manrique-Espinoza y cols., 2013).

El envejecimiento poblacional representa un reto importante para las instituciones públicas, puesto que cada vez un mayor número de personas de 60 años o más, requiere de atención especializada en salud, así como acceso al sistema de pensiones y protección social (SEDESOL, 2013).

En este sentido, la importancia social y económica de la vejez tiene que ver también con el grado de dependencia funcional requiriendo prevención, atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente (CONAPO, 2011).

El crecimiento acelerado de este segmento poblacional, no sugiere que las condiciones de salud sean mejores, al contrario uno de los problemas con mayor frecuencia al llegar a la etapa adulta es la pérdida de autonomía, debido al deterioro de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, además de las enfermedades crónico-degenerativas. Esto limita que los ancianos realicen actividades básicas de la vida diaria requiriendo el apoyo de otras personas, generalmente de los familiares, para la realización de sus actividades cotidianas, lo cual significa un grado mayor de dependencia del adulto mayor (Dorantes-Mendoza y cols, 2007).

La dependencia en los adultos mayores se refiere al estado en el que debido a una pérdida de la autonomía sea física o intelectual, requieren de ayuda o asistencia para sus actividades de la vida diaria. En México las enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y renal crónica, la osteoartritis, caídas y la demencia

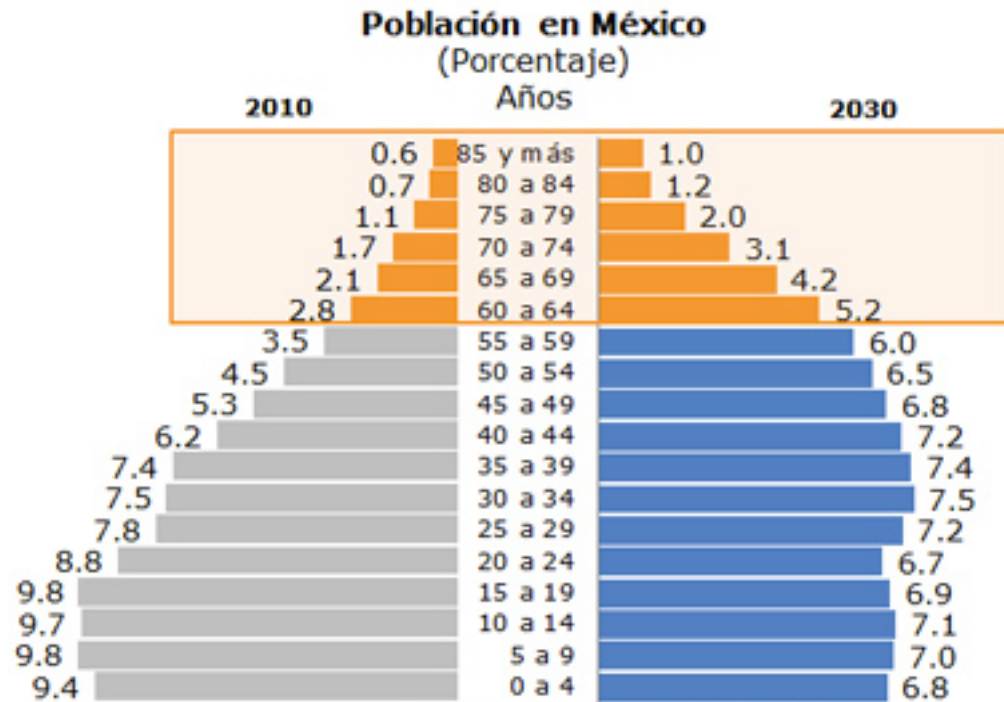


Figura 2. Pirámide poblacional en México

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Conapo. Proyecciones de la población en México 2005-2050.

constituyen los principales factores de dependencia en los adultos mayores (ENSANUT,2012).

Debido a esta dependencia, las personas de la tercera edad requieren de cuidados. Entendiendo al cuidado como aquellas actividades que realiza una persona para apoyar a otras en la satisfacción de sus necesidades como bañarse, vestirse, preparar alimentos, administración de medicamentos, brindar compañía, entre otros. Estas actividades se dividen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que corresponden a aquellas capacidades elementales de independencia para comer, asearse, vestirse, caminar, etc., y las actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que se refieren a la capacidad que tiene el adulto mayor para ser independiente en sus actividades de manejo de finanzas, uso de transporte, preparación de alimentos, salida de compras, entre otras (Curso ISSSTE, 2015).

En una encuesta realizada por Manrique-Espinoza y cols. (2013) indicó que de 8874 adultos mayores evaluados 1 de cada 4 (26.9%) tenía alguna limitación para realizar las ABVD. Según reportes del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en 2001 un 13% de los adultos mayores presentó dificultad para realizar por lo menos una ABVD y el 11.4% de las personas de la tercera edad muestran dificultades para las AIVD (López, 2013). A pesar del aumento en la esperanza vida gran parte de los adultos mayores presenta algún grado de dependencia funcional, en consecuencia los ancianos requieren mayor atención en servicios de salud y apoyo para la realización de las ABVD y AIVD.

¿Pero quien se encarga de brindar estos cuidados o atenciones que requieren los ancianos? La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su título tercero establece que la sociedad, el estado y la familia son las instancias obligadas a garantizar el cuidado de las personas de la tercera edad (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002). En cierta medida, la familia es la principal proveedora de cuidados a los mayores dependientes (Félix y cols., 2012), debido a las limitaciones de los sistemas de salud y seguridad social (Domínguez-Guedea y cols., 2015).

Según reportes del INEGI, las mujeres son quienes proporcionan los cuidados a su familiar adulto mayor (entre 69 y 77%). La edad promedio de las cuidadoras es entre 30 y 59 años y con bajo nivel de escolaridad (Instituto nacional de las mujeres, 2015). Este rol puede ser por imposición moral y social o bien por elección de la propia persona, de cualquier manera la carga adicional de cuidado, genera una sobrecarga en los cuidadores, que puede afectar su calidad de vida, pues implica el modificar funciones y actividades, asumir responsabilidades o adquirir mayores tareas (Tripodoro y cols., 2015) por lo cual es necesario la implementación de intervenciones que ayuden a la persona cuidadora en el proceso de su nuevo rol de cuidado y para disminuir los efectos negativos en su salud, en las personas adultas mayores a quienes brindan cuidados y en las relaciones en el núcleo familiar (Arias, 2013).

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Las personas adultas mayores requieren de atenciones y cuidados que son proporcionados principalmente por la familia, la cual es proveedora de asistencia cotidiana a los mayores dependientes (Domínguez-Guedea y Ocejo, 2015), debido al escaso desarrollo de los sistemas de seguridad social.

Dentro de la familia no todos los miembros asumen en forma equitativa el cuidado de los adultos mayores, y principalmente la responsabilidad recae en una persona, generalmente mujer, de mediana edad, quien desempeña a la vez múltiples roles derivados de sus diferentes papeles sociales, por ej. madre, esposa, trabajadora, hermana (Domínguez-Guedea y Ocejo, 2015; Espín, 2008), comúnmente asumiendo el rol del cuidado sin la suficiente preparación, desempeñan sus labores bajo condiciones de estrés, sin apoyo social, sin participación de la pareja en el cuidado del hogar e hijos, sin apoyo de su familia extendida, con alta implicación en la responsabilidad del cuidado, lo que implica una alta sobrecarga y detrimento del propio bienestar (Félix y cols, 2012).

De manera que, el “cuidador familiar” se refiere a la persona que se encarga de cubrir las necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor, también llamado cuidador informal debido a que asume esta responsabilidad sin la suficiente preparación formal para realizar actividades de cuidado. Dicha persona se encarga de proporcionar apoyo a las personas adultas mayores en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, realizando su labor sin recibir remuneración (Vázquez y cols., 2014).

Por esta razón, es necesario entender que el cuidado de un anciano es un reto para la persona que provee el cuidado informal puesto que requiere de tiempo, dedicación y perseverancia, que puede repercutir en la calidad de vida de los cuidadores (Shaji y Reddy, 2012).

En este contexto es importante considerar al cuidador del adulto mayor como un individuo vulnerable y susceptible a deprimirse debido a la demanda que exige el cuidado, quien se encuentra en la necesidad de recibir ayuda (Domínguez-Guedea y Rivera, 2013).

La sobrecarga del cuidador tiene un carácter multifactorial y comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que se traducen en el aislamiento social, exceso de actividades tanto en casa como fuera de ella, ansiedad, depresión, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, entre otras (Da Silva y Maluschke, 2009), cuando lo ideal sería que las demandas de cuidado sean distribuidas entre la familia y las instituciones públicas (Domínguez-Guedea y Ocejo, 2015).

Este detrimento puede disminuir la calidad de cuidado que ofrece al adulto mayor y que podrían influir en el abandono del rol de cuidador.

Sobrecarga del Cuidador

La sobrecarga en el cuidador hace referencia a los problemas mentales, sociales, económicos y físicos en los cuidadores de personas enfermas o dependientes. Este puede definirse de dos maneras: la subjetiva y objetiva. La primera describe las emociones negativas ante la situación de cuidar. Y la objetiva hace referencia a un parámetro sobre el nivel de daño que causa en los cuidadores debido a las demandas del cuidar.

Algunos estudios refieren que la sobrecarga se relaciona con el estrés que sufre el cuidador, el no contar con estrategias de afrontamiento y con el gran esfuerzo físico que conlleva el cuidar, debido a que el rol de cuidado que asumen, le resta tiempo que dedica el cuidador para su tiempo de ocio, actividades sociales y de su vida privada provocándole problemas en aspectos emocionales (De Valle-Alonso y cols., 2014), esto se traduce en estrés, depresión, ansiedad y otros síntomas de malestar emocional y

decremento del bienestar (Peinado y cols., 1998), y ello repercute en la salud del cuidador y por lo tanto que también sea un enfermo (Bohórquez, 2011).

No obstante, algunos datos de la literatura refieren que el cuidar tiene efectos positivos en el cuidador debido “al sentimiento de corresponder recíprocamente, la creencia de que los cuidados familiares son mejores, el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales y cumplir con sus deberes (Garrido, 2003 y IMSERSO, 2005; CITADO en Domínguez y cols., 2010)

Debido a las repercusiones que sufre el cuidador por la labor de cuidar, algunos autores (Espín, 2008; López y cols., 2009; Cerquera y Pabón, 2014; Valle-Alonso, 2014) se han dado a la tarea de caracterizar al cuidador informal, describiéndolos generalmente como mujeres, de mediana edad, con escolaridad media superior, algunas profesionistas y no reciben apoyo para el cuidado, generando sobrecarga en las mismas.

El objetivo de las intervenciones para los cuidadores, es precisamente disminuir esa sobrecarga generada por las acciones del cuidar, así como de sintomatología negativa: ansiedad, depresión, con el propósito de mantener al anciano con la familia, es decir retrasar la institucionalización del adulto mayor (Zabalegui y cols., 2008).

Lara y cols. (2001), quienes realizaron una investigación descriptiva prospectiva entre los años 1998-1999 en Cuba, denominada “Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica” y con ello plantearon la importancia de identificar los síntomas de sobrecarga en el cuidador y los factores que predisponen a padecer el denominado Síndrome del cuidador, el cual afecta tanto la calidad de vida del cuidador y así como los cuidados que brindan a su familiar adulto mayor.

Chang (1999) desarrolló una intervención educativa de dos sesiones formativa que consistían en educar a los cuidadores en cuanto a las tareas de vestido y alimentación en los adultos mayores con demencia. Durante las sesiones se presentó un video con información sobre experiencias prácticas en vestido y alimentación; con ello la autora pretendía que los cuidadores desarrollaran sus estrategias de afrontamiento

apoyados con el material brindado y con llamadas telefónicas semanales. Sin embargo, los resultados no mostraron cambios estadísticamente significativos en la disminución de la sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores.

Otros autores que realizaron su intervención a través de visitas domiciliarias fueron Weuve y cols (2000), en 8 visitas se asesoró a los cuidadores en el manejo de conducta del adulto mayor y los cuidados necesarios para esta etapa; sin embargo no encontraron resultados estadísticamente significativos en la disminución de la sobrecarga en el cuidador, aún y cuando después de un año, en el grupo experimental si hubo disminución en los valores de sobrecarga.

En otro estudio llevado a cabo en México por Valle-Alonso y cols. (2014) no encontraron diferencia significativa de sobrecarga y el apoyo recibido; esto puede deberse a como algunos estudios refieren que frecuentemente quien cuida es hija o esposa del adulto mayor lo cual puede tener un efecto positivo, al sentir satisfacción por cuidar a un ser querido (Flores y cols., 2012).

A pesar de que algunos estudios no han encontrado resultados significativos para reducir la sobrecarga que sufre el cuidador, otros si lo han hecho como lo es el estudio de Orueta y cols. (2010) quienes realizaron una intervención consistente en visitas domiciliarias por parte de un trabajador social, además de asistencia telefónica con profesionales de salud, encontrando resultados significativos en la reducción del grado de sobrecarga en el cuidador.

Por otro lado, algunos estudios refieren que existen factores que pueden amortiguar las consecuencias negativas de la sobrecarga en los cuidadores, como lo es el apoyo social (Domínguez-Guedea y cols., 2013). Es por ello que el cuidado de adultos mayores debe ser compartido con toda la familia, porque la carga y los costos que provoca son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa (Flores y cols., 2012).

Intervenciones Psicológicas

Dado que la familia es una extensión de los recursos formales de salud, se requieren estrategias que garanticen la calidad del cuidado. Con el fin de evitar que los cuidadores informales se agoten y que realicen de la mejor manera los cuidados necesarios para su familiar mayor, se han desarrollado diversas intervenciones (Zabalegui y cols., 2008).

Estas intervenciones generalmente tienen el objetivo de disminuir la sobrecarga que experimentan los familiares debido a los cuidados que brindan a su familiar adulto mayor, el estrés, ansiedad y depresión, malestar percibido debido a esta situación (Espín, 2009; Cerquera y Pabón, 2014). Existen diversos tipos como lo son: grupo de ayuda mutua o apoyo emocional, grupos de entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, asesoría individual y familiar, terapia psicológica familiar o individual y grupos de educación o información; de los cuales los que destacan su efectividad son las intervenciones psicoeducativas (Zabalegui y cols., 2008); sin embargo los que se utilizan con mayor frecuencia son los que ofrecen información de la enfermedad del adulto mayor y su cuidado.

Grupos de Apoyo

Uno de los tipos de intervenciones, que según Losada y cols., (2005) han sido menos eficaces para reducir la sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores, son los grupos de apoyo o de autoayuda. Dichos grupos son una alternativa a las intervenciones donde el responsable es un profesional. Tienen el objetivo de ser un apoyo para las personas en situaciones de estrés o enfermedades, junto a grupos que viven una situación similar, compartiendo experiencias, información y orientación, y tiene un papel importante en la percepción de apoyo social (Martín y cols, 2000).

El apoyo que se brindan personas con una misma enfermedad o características comunes, es efectivo para lograr metas individuales o del grupo, a través del apoyo social e intercambio de información (Sapag y cols., 2010).

Para los cuidadores es un lugar donde “se sienten comprendidos, escuchados y apoyados”, creando empatía con el grupo y de alguna manera funciona como servicios de respiro pues toman un tiempo en el cual no tienen que estar atendiendo a su familiar adulto mayor y de las pocas veces que delegan su rol de cuidador (López, 2005).

Sin embargo los programas de apoyo o autoayuda están enfocados únicamente en el cuidador principal, y no prestan atención al resto de los familiares y que en algún momento también fungen como cuidadores (Losada y cols, 2005; Torres y cols., 2008; Romero y cols, 2011); además sus resultados no han sido contundentes demostrando beneficios sobre indicadores de estrés y salud en cuidadores (Alzheimer’s Association, 2015).

Empero, estos grupos de apoyo o de ayuda mutua no parecen conseguir mejorar el estado de ánimo (depresión, ansiedad, etc.) del cuidador. Pues uno de los problemas que podemos mencionar de estos grupos, es que en ocasiones el cuidador no se adaptan o no encajan con el grupo, y tienden a abandonarlos o bien no cuentan con el tiempo suficiente para acudir a estas reuniones, aun y cuando algunos cuidadores refieren que este tipo de grupos son de utilidad y se encuentran satisfechos con ellos (Crespo y López, 2006).

Servicios de Respiro

Este tipo de intervención se refiere a un apoyo formal para reemplazar las funciones del cuidador informal de manera temporal; de esta manera el cuidador familiar tiene tiempo para realizar sus distintas labores sociales mientras un cuidador formal atiende o cuida al adulto mayor. Generalmente, estos servicios los utilizan las familias que no pueden cuidar de manera permanente al adulto mayor, o bien, personas mayores que no cuentan con un familiar que le pueda proporcionar los cuidados necesarios propios de su edad (Crespo y López, 2006).

Estos servicios se consideran una ayuda complementaria a los cuidadores

informales, contribuyendo de manera positiva en la calidad de vida de la persona adulta mayor (Montorio, Díaz e Izal, 1995; citado en Crespo y López, 2006).

Los servicios más utilizados son los que contemplan que un profesional (cuidador, enfermero, etc.) acuda al hogar de la persona que requiere cuidados de salud o en sus actividades de la vida diaria, para apoyarlo en estas cuestiones.

En general, el objetivo principal de los servicios de respiro es que la persona cuidadora de un familiar adulto mayor, cuente con tiempo libre de respiro sin la responsabilidad de cuidar, para disminuir la sobrecarga o malestares debido a las labores de cuidado y retrasar la institucionalización del adulto mayor (Pérez y Yanguas, 1998, citado en Crespo y López, 2006; De la Cuesta, 2009).

Intervenciones Psicoterapéuticas

También este tipo intervención ha sido utilizada para apoyar a los cuidadores informales de adultos mayores en su proceso del nuevo rol como cuidador.

Las intervenciones psicoterapéuticas se refieren a la relación terapéutica entre un profesional y el cuidador.

El objetivo de estas intervenciones es ayudar al cuidador en reestructurar sus pensamientos que mantienen conductas problemáticas, en brindarles habilidades para la solución de problemas, organizar el tiempo y en algunos casos realizar actividades de agrado. En general, es proporcionar al cuidador estrategias para el manejo de situaciones que le provocan estrés, y con ello disminuir síntomas para tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, están enfocadas únicamente en un cuidador y generalmente son breves (8-10 semanas) lo que puede implicar que no se consigan los cambios deseados en las áreas afectadas por el hecho de tener a su cuidado a un adulto mayor (López, 2005). Sin embargo, como refiere Losada y cols. (2004, citado en López, 2005) cuando se trata de intervenciones con más de 10 sesiones, los participantes no completan su intervención debido a que no cuentan con el tiempo necesario y por otro lado, este tipo

de intervención no busca que el cuidador cuente con recursos formales de apoyo.

Una revisión sistemática realizada en 2007 por Crespo y Cols., refiere que este tipo de intervenciones son moderadamente eficaces. Pues en su mayoría, los estudios realizados incluían programas con enfoque cognitivo-conductual que consistía en entrenamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas e incrementar actividades gratificantes. Estos autores concluyen que las intervenciones se deben realizar adaptándose a las necesidades de los cuidadores, para disminuir “sobrecarga” en los mismos y con ello mejorar su calidad de vida y retrasar la institucionalización del adulto mayor.

Programas Psicoeducativos

Las intervenciones en modalidad psicoeducativa se diferencian de las psicoterapéuticas, ya que estas últimas se enfocan en brindar atención al “desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con los cuidadores” (Losada y cols, 2007 citado en Pérez M., 2008).

Los programas psicoeducativos se consideran como los más efectivos para reducir malestares en cuidadores de adultos mayores y válidas hasta el momento (Zabalegui y cols., 2008). En el ámbito de la gerontología han sido diseñadas para proporcionar a los cuidadores tanto apoyo emocional como informativo y ayuda en la mejora de habilidades de afrontamiento.

Este tipo de intervención se centra en la adquisición de destrezas para resolver problemas originados por el cuidado del adulto mayor, además de proporcionar conocimientos relacionados con los cuidados hacia la persona adulta mayor (Zabalegui, 2008).

Algunos de los contenidos típicos de los programas de psico-educación para cuidadores contienen: cuidado de las enfermedades y atención a los síntomas, uso de apoyos formales e informales, habilidades de afrontamiento, auto-cuidado y el manejo

de las relaciones problemáticas con el adulto mayor y los resultados se evalúan dependiendo del plazo que se busca (Losada y cols., 2005; 2005).

A pesar de la eficacia de estas intervenciones, Losada y Montorio (2005) refieren que es importante “ajustar estas intervenciones a modelos teóricos respaldados empíricamente, mejorar el diseño y evaluar la implementación de las intervenciones”.

Los programas psico-educativos son los más utilizados en gran parte de los estudios para apoyar al cuidador (Torres y cols., 2008), sin embargo sólo centran su atención en un cuidador y su relación con la persona adulta mayor, el manejo de estrés y afrontamiento de la situación pero no han adoptado un enfoque sistémico familiar (Keady & Braudi, 2009 citado en Esandi & Canga, 2016), esto resulta contradictorio pues en la literatura el cuidado se denomina como un asunto familiar pero en la práctica no se lleva a cabo y se sigue bajo una orientación individual (Esandi & Canga, 2016). Al respecto Canga y cols. (2011) reflexionan la importancia de mejorar la práctica asistencial de personas adultas mayores dependientes, mediante un “enfoque integrado de cuidados”, es decir un enfoque sistémico familiar.

Terapia Familiar Sistémica

El cuidado de una persona mayor dependiente, demanda un ajuste de la familia ante esta nueva situación, pues provoca cambios dentro de la estructura familiar así como en los roles y patrones de conducta de los miembros de la familia. Dicha situación puede generar crisis dentro del núcleo familiar y se puede ver afectada la estabilidad de la familia (López y cols., 2009).

Algunos autores recientemente sugieren la incorporación de la familia, en el tema de los cuidados hacia una persona dependiente; ello a través de un enfoque sistémico familiar, pues nos permite conocer la dinámica familiar y las preocupaciones que surgen en torno de la actividad de cuidar & cols., 2011; Esandi & Canga, 2016).

El enfoque integrado con el cual se puede abordar ésta problemática del cuidado

del adulto mayor desde una perspectiva familiar; es la Terapia Familiar Sistémica (TFS), la cual considera a la familia como un sistema integrado, donde los pensamientos, emociones y comportamientos individuales son influenciados por las relaciones familiares. Se enfoca en la comunicación familiar para reducir conflictos y mejorar el funcionamiento familiar, y tiene un especial interés por la dinámica intergeneracional, por ejemplo: abuelos, padres e hijos (Ritvo & Glick, 2003; Eguiluz & cols, 2003).

La terapia familiar sistémica nace en el área de psicología en los años sesenta del siglo XX con el fin de explicar las relaciones familiares; su principal representante es Salvador Minuchin, quien supone a la familia como un organismo regulado por "estructuras" (patrones repetitivos de interacción). Estas estructuras influyen en el modo en la cual los miembros de la familia interactúan a través de múltiples dimensiones, tales como la gestión de los desacuerdos, negociaciones de distancia o cercanía entre los miembros de la familia y la distribución de los roles (Ortíz, 2008).

La TFS se refiere a un proceso terapéutico para que las personas encuentren alternativas a sus problemas, ya que considera a la familia como un sistema abierto donde la estructura familiar determina las relaciones funcionales de sus miembros. En este aspecto, los problemas psicológicos surgen en el ámbito familiar y por lo tanto el tratamiento y análisis se hace a nivel familiar y no individual (Soria, 2010) es decir, lo que afecta a una personas afectará al núcleo familiar y las relaciones entre los miembros de la familia se verán afectadas por el tipo de organización, el papel que ejerce cada quien, y las formas de comunicación que desempeñan los miembros de la familia. Entonces, el objetivo principal de la terapia familiar sistémica radica en el cambio dentro de la organización familiar y no sólo un cambio de conducta a nivel individual.

Dicho enfoque aborda las fases del ciclo vital familiar, que son las etapas por las que la mayoría de las familias atraviesan. Para pasar de una etapa a otra se requiere que la familia lleve a cabo ciertas tareas, las cuales demandan un proceso de ajuste a los cambios. Estos cambios son entendidos como Crisis las cuales pueden ser normativas en la medida que son situaciones que se esperan pasen en la mayoría de las familias; y no

normativas las cuales son eventualidades que les suceden a algunas familias (p.e. divorcio, muerte de un niño, pérdida del empleo, etc.). Para que las familias se adapten a estos cambios (crisis) se requiere que exista comunicación abierta entre los miembros de la unidad familiar, es decir, que exista claridad en reglas y expectativas, procesos de empatía y diversidad de expresiones emocionales, al igual que procesos eficaces para la toma de decisiones respecto a la solución de problemas y conflictos.

En un estudio realizado por Fernández y cols. (2005), en el cual realizan un intervención psico-educativa con familias de pacientes esquizofrénicos y con trastornos graves de la personalidad, utilizaron los conceptos de la terapia estructural y familiar. La intervención consistió en: a) 3 sesiones para recoger información y plantear objetivos de la intervención; b) 6 intervenciones familiares y c) intervenciones individuales y se trataron temas como los conocimientos de la enfermedad, mejora de comunicación, prevenir caídas, disminución de la emoción expresada, entre otras. Utilizaron técnicas de la terapia familiar como límites personas e intergeneracionales, visión de la familia como sistema; y también de otras líneas terapéuticas como la modificación de conducta y el cognitivismo. Los resultados indicaron una mejoría en las familias después de la intervención en comunicación familiar, mejora en relaciones familiares, toma de medicamentos, avance en el conocimiento de la enfermedad y colaboración en las actividades de la vida diaria. Sin embargo a pesar de tratarse de una intervención familiar que incluía aspectos de la Terapia Familiar Sistémica, no se incluyen datos de las características de las familias participantes, y la muestra fue pequeña lo cual no permite generalizar los resultados obtenidos.

Se debe advertir que las posibilidades de intervención desde la terapia familiar son muy amplias pero su aplicación hacia el caso de los cuidadores familiares de adultos mayores se ha limitado a dar información sobre el cuidado e intentar movilizar recursos de apoyo social, sin necesariamente lograr cambiar patrones de comportamiento colectivo en el grupo doméstico (Ortiz, 2007). Desde esta lógica, antes de aspirar lograr resultados de involucramiento familiar en las actividades del cuidado, es necesario generar cambios significativos en las relaciones intrafamiliares, destacando la comunicación como un dominio

protagónico en la re-organización de la dinámica familiar para promover prácticas de cuidado efectivas que garanticen al adulto mayor un cuidado de calidad. Tal y como Esandi & Canga (2016), indican el trabajar con la comunicación y las relaciones en el núcleo familiar facilitarían la negociación entre los miembros, promoviendo el diálogo para la organización y toma de decisiones. Por ello es importante el involucramiento de los miembros de la familia en la co-responsabilidad de las prácticas de cuidado a la salud del adulto mayor, dado que la familia es clave en el abordaje de los adultos mayores, pues es la principal proveedora de cuidados.

Aspectos de la Comunicación Familiar, Técnicas y Estrategias

La terapia familiar sistémica comenzó trabajando con familias por lo tanto se asocia con la terapia familiar. Desde este enfoque los problemas se definen como crisis o dificultades. Por ello se utilizan ciertas técnicas de la terapia breve de MRI, la cual hace referencia a que no es necesario cambiar la totalidad del sistema, sino la introducción de un cambio pequeño, si es mantenido, produce efectos en la totalidad del sistema. Estas técnicas se utilizan para mejorar la comunicación entre los miembros del núcleo familiar y son las siguientes:

- Connotación positiva: se trata de una característica de la comunicación, que consiste darle un significado positivo o cualidad a las cosas, hechos, o personas al cual nos referimos, o bien, a una declaración o un hecho presentado de forma negativa, o con atribuciones de intenciones y/o características negativas, por alguna de las partes. Esto permite aclarar los diferentes puntos de vista y puede llevar a un cambio en la relación familiar.
- Negociación: esta técnica o característica de la comunicación radica en que la persona concuerde con la decisión de la mayoría, una vez que haya expresado su preferencia o su propia opinión de la situación o problema familiar.

- Legitimación: es una forma de connotación positiva, en donde las personas expresan verbalmente la comprensión de las razones de la otra persona; con el fin de situarse en la posición del otro y poder llegar a un acuerdo.
- Re-encuadre: consiste en darle otra formulación a algo ya dicho. Es decir, utilizar distintas frases para mostrar la realidad desde otra perspectiva. Esto nos permite entender desde otro contexto el problema o situación que se está suscitando dentro del núcleo familiar. También son llamados re-reestructuraciones pues implica que se reestructure de una nueva forma el problema presentado.

Sin embargo, se pueden presentar características de la comunicación que no permiten llegar a un acuerdo entre los miembros de la familia, los cuales son:

- Crítica: consiste en que los miembros de la familia critiquen o ironicen sobre la opinión de las otras personas.
- Inflexibilidad: se refiere a que una de las partes manifiesta desacuerdo con la decisión de la mayoría y o bien se abstiene de brindar su opinión.
- Hostilidad: hace referencia a que la persona impone su decisión, a pesar de lo que la mayoría opine.

Apoyo Social/ Familiar

El apoyo social se refiere a los vínculos interpersonales con los que cuenta una persona por parte de algún grupo o familia y tiene un efecto positivo en la experiencia del cuidado, además tiene un papel moderador en efectos del estrés (Vega y González, 2009).

La demanda de cuidados es un problema social, del cual existe abundante literatura sobre las características de los cuidadores y las repercusiones que conlleva llevar a cabo dicho rol, tales como repercusiones físicas y emocionales (López y cols., 2009); además de dichas repercusiones, frecuentemente los cuidadores también

experimentan conflictos y tensiones con el resto de los familiares, los cuales tienen que ver con el cuidado y las estrategias que emplean para el manejo de conflictos familiares (Puerto, 2009).

La mayoría de las intervenciones están dirigidas a un único cuidador, y se caracterizan por explicar la sobrecarga que sufren los cuidadores que se debe por el tipo de deterioro del adulto mayor y las conductas problemáticas del mismo, de igual manera los factores del contexto del cuidado, (Josep Deví e Isabel Ruiz, 2002; Crespo y López, 2005; Díaz e Izal, 2005) de los posibles efectos negativos generados por el cuidado y que pueden llevar a un maltrato y descuido de los adultos mayores por parte de sus cuidadores (Pérez, Izal y Montorio, 2005).

En cierto modo, estos estudios centrados en el cuidador principal reflejan la insatisfacción de los cuidadores acerca del poco o nulo apoyo recibido por parte de familiares, con expresiones como que “los hermanos no ayudan como deberían” o que “los conflictos entre hermanos se agrava a tal punto que las tareas no son distribuidas”, la división de este tipo de tareas por los miembros de la familia requiere: la comunicación entre los miembros y la conciencia de la carga de los papeles que a menudo se enfrentan los cuidadores (Da Silva y cols., 2009).

En ocasiones algunos familiares sólo se limitan a criticar o dar consejos a los cuidadores principales, por ello se insiste en que el cuidado de una persona dependiente o de la tercera edad debe ser compartido (Galvis y cols., 2004).

Además el contar con apoyo social reduce la sobrecarga y depresión en los cuidadores, para ello se sugiere la incorporación del resto de los familiares en los programas de intervención (Espín, 2008). Otros estudios han demostrado que la familia actúa como uno de los principales soportes para el cuidador y la falta de apoyo esta relacionado con el decremento de la calidad de vida del cuidador; entonces “el apoyo social es quizá la variable moduladora más importante para la familia cuidadora, ya que es una importante fuente de ayuda para los cuidadores al momento de hacer frente a las situaciones que les son propias” (Máximo y cols., 2005).

Estos estudios presentan similitudes al considerar el contexto familiar importante en el estrés del cuidador y su bienestar. Sin embargo, aún y cuando se reconoce la importancia del involucramiento de otros miembros de la familia en los programas de intervención, no lo están llevando a la práctica (Ortíz, 2007). Al respecto, Lieberman y Fisher (1999) hacen referencia a que en el proceso de la toma de decisiones de la familia para el cuidado del anciano enfermo, el enfoque en general está limitado al cuidador primario excluyendo las contribuciones de los otros miembros activos de la familia.

Intervenciones Psico-Educativas con Familiares de Adultos Mayores

Aunque destaca la importancia de la intervención psicológica familiar para revertir la sobrecarga del cuidado, las evidencias de su efectividad no han logrado contundencia. Por ejemplo, en el estudio de Joiling (2012), donde se examinan los efectos preventivos de una intervención estructurada con grupos familiares para cuidadores familiares de pacientes con demencia no encontró resultados significativos; esta intervención consistió en dos sesiones individuales y cuatro reuniones familiares donde el objetivo era ofrecer psico-educación, enseñar técnicas de resolución de problemas y movilizar las redes existentes del paciente y cuidador principal con el fin de mejorar el apoyo emocional e instrumental, sin embargo, los resultados arrojaron que la intervención no evitó la aparición de la depresión o trastornos de ansiedad, ni redujo los niveles de síntomas y la carga del cuidador (Joiling, 2012).

Estos resultados encontrados pueden estar relacionados, a que las mediciones se hicieron en función del cuidador, incluso las sesiones familiares iban dirigidas a las demandas del cuidador, y no incluyeron características de la dinámica familiar.

Por otra parte, otros autores (Rossel-Murphy y cols., 2014) expresan que la estrategia enfocada en el sistema familiar y en el cuidado tanto para el cuidador como para el paciente dependiente, proporciona un apoyo más amplio y una mejor planificación a través del sistema de atención primario, y ello puede fortalecer los esfuerzos de prevención y mejorar la calidad de la atención que se brinda al adulto

mayor.

Ante estas evidencias resulta necesario multiplicar los abordajes psicológicos que contemplen a la familia como unidad de intervención y no únicamente al cuidador primario. Ya que la familia representa un papel importante en el proceso de estrés del cuidador, Mitrani (2006) proporciona un paradigma para comprender los mecanismos generales acerca de cómo la familia afecta al cuidador, y se incorpora el carácter multidimensional de la experiencia familiar. Sin embargo su estudio solo se ha limitado a brindar información y sugerencias para las intervenciones familiares que promuevan la cohesión familiar, la participación del receptor del cuidado en las actividades familiares, la resolución de conflictos y expresiones de afecto, lo cual puede influir en la reducción de ira y negatividad expresadas en el receptor del cuidado. Por lo tanto, es importante dirigir las intervenciones a una transformación de interacción familiar problemáticas, para ayudar o aliviar la angustia que experimentan los cuidadores en respuesta al estrés o sobrecarga del cuidado.

Espín (2009) sugiere la incorporación de otros familiares del adulto mayor con demencia a las intervenciones, ya que es importante que entre ellos exista una comunicación abierta, con el fin de que puedan repartir a cada miembro de la familia, sus respectivas tareas de cuidado.

Así mismo, Canga y cols. (2011) mencionan que un enfoque integrado de cuidados, con una atención centrada en la familia podría aumentar la autonomía de las familias cuidadoras y atenuar sus limitaciones o sufrimientos; de igual manera refieren que para garantizar la calidad de los cuidados, un objetivo primordial es atender las necesidades tanto del adulto mayor como de las familias.

En la literatura solamente se han encontrado 3 estudios acerca de la intervención con familiares que están a cargo de un adulto mayor. Siendo uno de los objetivos del estudio de Pinkston y cols (1984) el entrenar a familias para el manejo de conductas disruptivas y trastornos mentales del adulto mayor; el cual se hizo a través de un estudio de casos dónde el evaluador y el cuidador registraban la ocurrencia de ciertas conductas

específicas del adulto mayor, de igual manera se evaluó el estatus mental y salud del mayor. Sin embargo los autores no encontraron diferencias significativas después de la intervención.

En cambio Oswaldt y cols (1999) realizaron una intervención psico-educacional con familiares para reducir sobrecarga y depresión en los cuidadores con diseño experimental aleatorizado, se llevó a cabo durante 7 sesiones multimedia que incluían: educación, apoyo familiar y entrenamiento de habilidades para cuidadores y sus familias. Uno de sus criterios para participar en la intervención era que al menos un miembro de la familia adicional al cuidador primario debía participar en 6 de las 7 sesiones, pero aún si no se encontraba otro miembro de la familia, de igual manera se llevaba a cabo la intervención y las muestras no eran homogéneas pues diferían en cantidad de participantes.

Y una intervención basada en terapia familiar (TF) y computarizada (TC) para reducir la depresión en cuidadores de adultos mayores de Alzheimer, donde utilizaron un grupo control y 2 experimentales: 1. Terapia familiar y 2. Terapia familiar y computarizada, encontró que los cuidadores que recibieron la intervención combinada (TF y TC) tuvieron una reducción estadísticamente significativa en los niveles de depresión a los 6 meses comparados con el grupo control (Eisdorfer y cols., 2003).

Sin embargo estos estudios presentan limitaciones tanto teóricas como metodológicas que dificultan evaluar la efectividad de los programas, considerando que no presentan características familiares como parentesco, edad, cantidad de participantes así como inconsistencias en la incorporación de miembros de la familia en las intervenciones y falta de medidas de la dinámica familiar como potenciales modificadores en la sobrecarga de los cuidadores, por lo cual tendríamos que considerar que esa disminución en la sobrecarga y depresión se debió a un cambio individual y en ese caso: “¿cuál era la intención de realizar una intervención con familiares?”, por lo tanto estos estudios a pesar de afirmar que realizaron una intervención familiar caen en una contradicción pues no destacan aspectos de la dinámica familiar que expliquen la efectividad de dichos programas; esto implica que, a pesar de considerar la importancia de incluir a la familia en las intervenciones, los estudios referidos se limitan a realizar una

intervención individual con la presencia de los miembros de la familia, sin necesariamente buscar cambios en las características de la dinámica familiar.

Con base en todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Una intervención psico-educativa con enfoque familiar sistémico puede mejorar las habilidades de comunicación y toma de decisiones familiares respecto al cuidado de un adulto mayor?

Como hipótesis resultante de la pregunta de investigación se deriva la siguiente:
 H_{01} = Una intervención psico-educativa con enfoque familiar sistémico mejorará las habilidades de comunicación y toma de decisiones familiares respecto al cuidado de un adulto mayor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El estudio se realizó mediante un diseño pre-experimental (Campbell & Stanley, 1963), con pre y post evaluación de las habilidades de comunicación de los participantes así como de los conocimientos respecto a los cuidados del adulto mayor.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 16 familiares de adultos mayores que requieren de cuidados de salud en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Se contactó a los participantes en distintas instituciones que brindan servicios a las personas de la tercera edad durante el periodo de octubre 2016-agosto 2017. A continuación se presentan los criterios de elegibilidad para la selección de familias participantes.

Criterios

Inclusión:

- a) Los participantes deben ser familiares del adulto mayor que requiere cuidados en cualquiera de los siguientes aspectos:
 - a. cuidados cotidianos para mantener su salud, controlar o curar sus enfermedades,
 - b. asistencia cotidiana para realizar una o más actividades de auto-cuidado, domésticas y/o funcionamiento social
 - c. cubrir gastos para garantizar su subsistencia.
- b) Por cada familia deberán participar al menos tres integrantes de la familia que sean mayores de edad.
- c) Todas las personas participarán en forma libre e informada.

- d) Los participantes deberán estar de acuerdo en permitir que se use el recurso de video- grabación para registrar desempeños a evaluar como indicadores de proceso y resultado de la intervención.
- e) Todos los miembros de la unidad familiar participante deberán vivir en el municipio de Hermosillo, así como el adulto mayor que requiere cuidados.

Exclusión:

- a) Casos en los que el adulto mayor receptor de cuidados tenga el diagnóstico de cualquiera de los siguientes padecimientos:
 - a. Enfermedades neoplásicas.
 - b. Deterioro cognitivo o cualquier tipo de demencia.
 - c. Enfermedad en etapa de cuidados paliativos.
- b) Hijos (as) en los que se identifique cualquiera de las siguientes condiciones:
 - a. Personas con limitada capacidad para comprender y memorizar información o mantener un comportamiento socialmente ajustado.
 - b. Existencia de antecedentes de maltrato (físico, psicológico, económico, sexual) del adulto mayor hacia los hijos.
- c) Casos en los que cualquiera de los familiares reciba pago por ser cuidador del adulto mayor dependiente funcional.
- d) Casos en los que la familia tenga disponibilidad mensual de \$30,000 pesos o más, exclusivos para la atención al adulto mayor.
- e) Casos en los que la adulta mayor receptor de cuidados tenga un ingreso mensual de \$30,000 pesos o más, por trabajo y/o pensión.

Eliminación:

- a) Familias en las que cualquiera de sus integrantes manifieste su deseo de abandonar el estudio.
- b) Familias en las que se omita el 5% o más de los datos individuales o familiares necesarios para efectuar la evaluación de resultados.

- c) Familias en las que uno o más de los hijos no complete 90% del total de las actividades del taller.
- d) Fallecimiento del adulto mayor.

El tamaño de la muestra se calculó, considerando la probabilidad de cometer el error tipo I o α de .05 y un poder estadístico de .80 (error tipo II o $\beta = .20$), para una prueba T de student de medias relacionadas, considerando un efecto de tamaño alto ($E = .80$) (Cohen, 1988); con la siguiente fórmula:

$$n = \left[\frac{Z_{1 - \alpha/2} + Z_{1 - \beta}}{ES} \right]^2$$

El resultado obtenido fue de 12 unidades de análisis, considerando a 3 hijos (as) por cada unidad familiar.

Instrumentos

Para identificar parte de los criterios de inclusión de posibles participantes, se aplicó una ficha de identificación de datos generales (Apéndice 1), señalando edad, parentesco con el adulto mayor, composición familiar e información de contacto.

Se aplicó el instrumento sobre necesidades de cuidado familiar a adultos mayores (Apéndice 3) diseñado por el equipo de la investigación para determinar si el adulto mayor requiere de cuidados familiares. También se utilizó este instrumento para identificar las prácticas de cuidado que la familia brinda al adulto mayor (considerada la variable dependiente principal a modificar a través de esta intervención), específicamente en las respuestas cualitativas sobre las actividades que la familia realiza para atender al anciano en las áreas evaluadas por el instrumento, así como aspectos de la distribución familiar de las tareas de cuidado.

Como evaluación individual se utilizó el Cuestionario de Conocimientos (apéndice 8) diseñado por el equipo de trabajo. Éste consistió de 56 preguntas divididas en 5 áreas: 1) aspectos clínicos. Esta área contenía 10 preguntas con tres opciones de

respuesta relacionadas con aspectos clínicos del adulto mayor por ejemplo: ¿Cuáles son síntomas de que el adulto mayor está teniendo un ataque al corazón?, ¿Qué hábito no es bueno para los pies de adultos mayores con diabetes? ¿Qué significa polifarmacia?; 2) físicos, en esta parte del cuestionario se plasmaron, a manera de cierto o falso, 6 afirmaciones relacionadas con la actividad física en el adulto mayor como: Los adultos mayores encamados no pueden hacer ningún ejercicio, las personas con osteoporosis (baja densidad ósea en los huesos) pueden hacer ejercicio; 3) emocionales, en este espacio se hicieron preguntas relacionadas con aspectos de contención emocional en total fueron 16, algunas de ellas son: ¿Es normal que los adultos mayores anden tristes, desanimados o apáticos?, los adultos mayores con falta de voluntad se deprimen y se quejan de la vida, si un adulto mayor anda alterado emocionalmente debemos: dejarlo dormir todo el día?, si llora decirle con voz cariñosa que deje de llorar, dejar que llore y diga todo lo que siente, entre otras; 4) cognitivos, en este segmento se hicieron preguntas (13) acerca de demencia por ejemplo: la demencia se cura con medicamentos de buena calidad, es bueno que las personas con demencia vivan solas, la demencia puede disminuir si dejamos de hablarle a la persona; 5) nutrición, en esta última parte del cuestionario se trató de la alimentación adecuada en el adulto mayor, constó de 5 afirmaciones de cierto y falso como los adultos mayores deben de consumir alimentos poliinsaturadas, es bueno usar cubitos de consomé para sazonar la comida del adulto mayor y relacionar 6 columnas respecto a la alimentación del anciano, dando en total 11 preguntas relacionadas con la nutrición en el adulto mayor.

Para analizar la efectividad de esta modalidad de intervención se diseñó una evaluación estructurada de las estrategias de comunicación de las familias participantes e identificación de las tareas del desarrollo familiar consistiendo en tres actividades donde los participantes fueron grabados: la primera actividad requirió que los participantes se pusieran de acuerdo en escoger un refrigerio de tres opciones disponibles. La segunda actividad fue realizar un Plan Integral de Cuidados para su familiar adulto mayor. Y la tercera actividad consistió en proponerles una situación hipotética a los participantes y

entre ellos solucionarla. Con dicha información se realizaron análisis de contenido comparando la pre y post evaluación de cada unidad familiar.

Se utilizó el diario de campo como una herramienta cualitativa que permitió registrar impresiones, comentarios, propuestas y dificultades observadas en el curso de las sesiones del programa de intervención.

Procedimiento

Diseño del Programa de Intervención Psico-Educativo

Se utilizó el enfoque de la Terapia Familiar Sistémica, para diseñar el programa de intervención psicoeducativo, el cual se realizó bajo la modalidad de taller.

La Terapia Familiar Sistémica, se enfoca en la comunicación para reducir conflictos y mejorar el funcionamiento del grupo familiar (Ritvo & Glick., 2003), en este caso se busca modelar y enseñar a la familia a cambiar sus formas de comunicación para lograr ponerse de acuerdo, escuchar a los otros, etc. Para ello se realizaron actividades de comunicación, los cuales fueron video-grabadas con el fin de obtener un registro fiel del desempeño de los participantes. Las características de comunicación evaluadas en los participantes surgen también de la mediación, que es un proceso mediante el cual se busca la solución de conflictos, a través de la negociación (Hernández, 2003), utilizando algunas técnicas de comunicación, como lo son: connotación positiva, legitimar, re-encuadre, y también se evaluaron aquellas características de la comunicación que no conducen a un acuerdo, las cuales son: hostigamiento, crítica e inflexibilidad.

Uno de los temas vistos durante las sesiones fue sobre el “ciclo vital familiar”, que es parte de la Terapia Familiar Sistémica, se trata sobre las fases evolutivas por las que atraviesan la mayoría de las familias; y ayuda a explicar a los participantes el desarrollo familia y las diferentes crisis familiares que pueden presentarse dentro del núcleo familiar de acuerdo a la experiencia del cuidado. Algunos autores sugieren que se

debe considerar la calidad de las relaciones entre padres e hijos que se suscitaron a lo largo del ciclo vital familiar, pues de esto depende el apoyo que recibirán en la vejez (Stuifbergen y cols., 2008; Whitbeck y cols., 1994; Whitbeck y cols., 1991 citado en Herrera y Fernández, 2013).

Se utilizaron la exposición, juego de roles, ejercicios vivenciales, de reflexión, relajación y tareas de ejecución como actividades de aprendizaje.

El taller tuvo una duración de cinco sesiones de 100 minutos cada una, aplicadas una vez por semana. En la siguiente tabla (1) se detallan los temas vistos en cada sesión.

Una vez que se diseñaron las sesiones se realizaron las cartas descriptivas de cada sesión (Apéndices 4,5,6 y 7), y se continuó con el entrenamiento del equipo facilitador y con el pilotaje de las sesiones.

Población

Después de realizar el diseño del programa de intervención, se tramitaron autorizaciones formales para contactar a potenciales participantes en instituciones que ofrecen servicios o atención a adultos mayores en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Entre las instituciones que se contactaron están: Centro Médico Dr. Ignacio Chávez, Programa de DIF municipal “Abuelos con todo”, Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor (PRODEAMA), Casa del Jubilado y Pensionados del ISSSTE, Centro de Seguridad Social “Lic. Gastón Martínez Matiella”, Casa Club de Adultos Mayores “San Leonardo Murialdo”, así como casas de asistencia temporal o geriátrica.

Se presentó ante las organizaciones el objetivo del proyecto así como las implicaciones éticas para obtener la autorización de invitar a posibles participantes. Una vez obtenida la aprobación por parte de las instituciones se identificó a las familias que cumplieron con los criterios para participar y se agendó una cita para llevar a cabo las sesiones del taller en el domicilio de las personas.

Tabla I. Sesiones del programa de intervención con enfoque familiar sistémico

SESIÓN	TEMAS
1	Pre-evaluación individual sobre conocimientos de cuidados al adulto mayor Pre-evaluación familiar: 1. Necesidades de cuidado del adulto mayor 2. Características de la comunicación familiar en la toma de decisiones familiares 3. Diseño del plan integral de cuidados
2	<ul style="list-style-type: none">- Familia como unidad de funcionamiento interdependiente- Manejo de las emociones en las relaciones intrafamiliares- Proceso de toma de decisiones familiares
3	<ul style="list-style-type: none">- Comunicación en la dinámica familiar- Entrenamiento en comunicación facilitadora de acuerdos familiares- Plan familiar para el cuidado integral del adulto mayor- Recomendaciones para el cuidado integral al adulto mayor
4	Post-evaluación individual sobre conocimientos de cuidados al adulto mayor Post-evaluación familiar: 1. Características de la comunicación familiar para la toma de decisiones 2. Diseño del plan integral de cuidados

En la primera sesión se les informó sobre el proyecto en general a través del consentimiento informado (Apéndice 2) y se les hizo la invitación para participar de manera voluntaria e informada a través de la firma del consentimiento informado, el cual contiene la siguiente información: objetivos, criterios para participar, confidencialidad, actividades en las que se requiere sean filmados para registrar desempeños a evaluar, beneficios de participar y teléfonos de contacto del equipo de investigación; y se les entregó una copia de este una vez firmado el documento.

Se continuo con la aplicación del instrumento sobre necesidades de cuidado familiar a adultos mayores para identificar los cuidados que requiere el anciano; se realizó también la evaluación individual, la cual consistía en la aplicación de un cuestionario de conocimientos sobre cuidados hacia el adulto mayor (apéndice 8) y con las actividades para evaluar comunicación familiar (evaluación familiar), estas consistían en dinámicas y ejercicios de comunicación, los cuales se filmaron con el fin de obtener un registro fiel del desempeño de los participantes, y se apuntaron en la “Hoja de registro” (apéndice 9, 10 y 11); ésta evaluación familiar se realizó con el fin de evaluar la utilidad del programa de intervención. En las siguientes sesiones se realizaron las actividades programadas y se finalizó con la post evaluación, consistente en la evaluación individual y familiar. Todas estas actividades se llevaron a cabo en los hogares de los participantes o bien del adulto mayor receptor de cuidados por parte de los participantes.

La información se procesó mediante técnicas de análisis categorial temático y con estadística descriptiva e inferencial de tipo bivariado, no paramétrica.

Consideraciones Éticas

Debido a que el estudio presentado anteriormente implicó el trato directo con las personas, es necesario documentar los principios éticos de investigación, dado que se

utilizaron instrumentos psicológicos para la evaluación de los participantes y actividades que pudieran causar algún malestar emocional en el participante.

Este estudio pertenece al proyecto de investigación “Evaluación de un programa de intervención familiar para promover el cuidado del adulto mayor entre los miembros de la familia”. Por ello el estudio se sometió ante el Comité de Bioética en Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora, obteniendo un dictamen favorable, ya que dicho comité consideró al proyecto en categoría de investigación de riesgo mínimo.

Otros aspectos y recomendaciones éticas importantes del estudio son: a) el uso de una carta de consentimiento informado para considerar la participación voluntaria e informada de los participantes; b) en caso de que los participantes requirieran de una intervención psicológica individual ante la posibilidad de experimentar alguna respuesta emocional por las actividades llevadas a cabo durante el taller se les brindaba atención y seguimiento; en caso de que la respuesta emocional fuera intensa se pospondría la actividad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 53 familias invitadas a participar a través de distintas instituciones que prestan servicios a adultos mayores, 2 se eliminaron porque no se concluyeron con las sesiones del taller; 2 no vivían Hermosillo; 5 cumplieron con criterios de exclusión (fallecimiento del adulto mayor, antecedentes de maltrato del adulto mayor hacia los hijos, no se completó la participación de los 3 familiares; 24 hubo indisposición de los hijos por participar y 1 familia no concluyó la post-evaluación y se eliminó, resultando 5 familias que aceptaron participar y que concluyeron con las sesiones y las actividades del taller; por cada familia participaron 3 familiares y en una de ellas 4 familiares.

En la tabla 2 se presentan los registros de la población de estudio, la cual estuvo conformada por 16 familiares de adultos mayores que requieren cuidados, de los cuales el 100% de la población correspondió a mujeres (94.7%) La edad media fue de 49.9 años (D.E. =7.9), en donde la edad mínima registrada fue de 40 y la máxima de 71 años de edad. Los registros indicaron que el 6.3% de los participantes tenían una escolaridad de primaria, el 12.5% de secundaria, el 18.8% de preparatoria y el 62.5% con licenciatura o estudios de posgrado. En cuanto al parentesco con el adulto mayor, el mayor porcentaje corresponde a los hijos (as) (87.5%), también participaron un cónyuge y la nuera del adulto mayor (12.6%) y de los 16 participantes, 14 no viven con el anciano (89.5%).

Por otro lado 9 participantes reportaron que tienen empleo (57.9%), 2 son pensionados o jubilados (10.5%) y 5 se dedican al hogar (31.6%).

Se preguntó a los participantes sobre qué tipo de cuidador se consideran y 11 de los participantes refieren ser co-cuidadores (68.8%), es decir “que otras personas de la familia cuidan o atienden más o menos igual que él mismo”; 4 participantes se describen como cuidadores secundarios (31.6%), que se refiere a que “hay otros que cuidan/atienden más al adulto mayor” y un participante no contestó a ésta interrogante.

Tabla II. Características sociodemográficas de la muestra de estudio

Variable	Grupo	N (%)
Sexo	Mujer	16 (100%)
Edad	Media 49.9 años (D.E. =7.9)	
Escolaridad	Primaria	1 (6.3%)
	Secundaria	2 (12.5%)
	Preparatoria/carrera técnica	3 (18.8%)
	Licenciatura/ posgrado	10 (62.5%)
Ocupación	Empleo	9 (56.3%)
	Hogar	5 (31.3%)
	Jubilado/pensionado	2 (12.5%)
Parentesco con el adulto mayor	Hijo (a)	14 (87.5%)
	Otro	2 (12.6%)
Vive con adulto mayor	Si	2 (12.5%)
	No	14 (87.5%)
Tipo de cuidador	Co-cuidador	11 (68.8%)
	Cuidador secundario	4 (25.0%)

Estos datos del estudio concuerdan con otros, en el cual su objetivo es caracterizar a los cuidadores y éstos refieren que generalmente las personas que atienden o cuidan al adulto mayor son mujeres, de mediana edad, su parentesco con la persona de la tercera edad en su mayoría son hijas, y además de fungir como cuidador tienen otras ocupaciones como empleo, madres y esposas (Giraldo y cols., 2005; Instituto nacional de las mujeres, 2015; Domínguez-Guedea y Ocejo, 2015; Espín, 2008). Un estudio, efectuado en Cuba (2004-2005) reportó que la mayoría de los cuidadores poseen una escolaridad universitaria (Espín 2008), ello coincide con los datos presentados de las participantes.

Por cada familia se registraron las características sociodemográficas de las personas adultas mayores que reciben cuidados de parte de los mismos, resultando un hombre (20%) y 4 mujeres (80%). La edad media registrada fue de 80 años (D.E.= 6.69). De acuerdo a los servicios de salud que utiliza el adulto mayor, 3 de ellos utilizan 2 o más servicios (IMSS, Cruz Roja, Salud Digna, etc.), 1 cuenta con ISSSTESON y otro con IMSS. Dos ancianos (40%) son pensionados actualmente y tres (60%) aún se dedican al hogar. Estos datos pueden apreciarse en la tabla 3.

En un estudio realizado por Shamah-Levy y cols. (2008), donde analizaron datos del ENSANUT 2006, reportan que la escolaridad es baja en los adultos mayores, pues más de la mitad cursó solo la primaria, tal y como se aprecia en este estudio donde tres adultos mayores (60%) tienen una escolaridad menor a Licenciatura. Además refieren que gran parte de este segmento de la población tienen seguridad social (IMSS), datos parecidos al presente estudio.

Las enfermedades más frecuentes en la muestra de adultos mayores que reciben cuidados de parte de los participantes del presente estudio son hipertensión 4 ancianos padecen la enfermedad (80%); tres (60%) presentaron enfermedades cardiovasculares; dos ancianos (40%) tienen Diabetes; dos adultos mayores (40%) tienen problemas con tiroides y dos (40%) padecen osteoporosis.

Tres de ellos presentaban problemas para caminar que le limitan valerse por ellos

Tabla III. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores receptores de cuidado por parte de sus familiares.

Variable	Grupo	N (%)
Sexo	Hombre	2 (33.3%)
	Mujer	4 (66.7%)
Edad	Media 77.84 (D.E= 4.02)	
Escolaridad	Lee y escribe pero sin estudios	1 (20%)
	Primaria	1 (20%)
	Secundaria	1 (20%)
	Licenciatura/ posgrado	2 (40%)
Servicio médico	ISSSTESON	1 (20%)
	IMSS	1 (20%)
	2 o más servicios de salud	3 (60%)
Ocupación	Pensionado/jubilado	2 (40%)
	Hogar	3 (60%)

mismos, y de esa muestra dos tenían fractura de cadera. Dos de ellos utilizan bastón como apoyo y uno silla de ruedas.

Datos del ENSANUT (2012) concuerdan con los resultados del estudio, ya que reportan las enfermedades más frecuentes en las personas de la tercera edad son: la hipertensión arterial (40%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%). Y en cuanto a las enfermedades mentales uno de cada seis presenta síntomas depresivos significativos y un 7% presenta deterioro cognitivo mientras que un 8% demencia.

Éstos padecimientos crónicos son motivo de dependencia en el adulto mayor y que requieran del uso de servicios de salud, así como asistencia por parte de los familiares (Dorantes y cols., 2007).

Por otro lado, el deterioro en la salud mental del adulto mayor contribuye a una importante carga en cuanto a costos y discapacidad, pues la depresión representa la segunda causa de discapacidad en los adultos y la demencia es la primera en los adultos mayores (Manrique-Espinoza y cols., 2013).

Dorantes y cols., (2007) refieren que la poca actividad física y escasas relaciones personales en el adulto mayor, entre otros factores, contribuyen a la depresión en éstos y por lo tanto tengan una mayor dependencia funcional. De igual manera, los participantes del presente estudio reportaron que ninguno de sus familiares adultos mayores realiza algún tipo de actividad física. También mencionaron que cada mes acuden a consulta médica. En cuanto al peso del adulto mayor dos adultos mayores (40%) pesan menos de lo que deberían pesar, según reportaron los participantes que un profesional de salud mencionó, dos (40%) pesan más de lo que deberían y uno de ellos (20%) presenta un peso bueno o normal para su edad y estatura.

Se les preguntó a las participantes acerca de sintomatología depresiva o de ansiedad que pudiera estar presentando su familiar adulto mayor, y reportaron que los síntomas más frecuentes son: tristeza, angustia, desesperanza, intranquilidad, malestar físico y enojo por cosas sin importancia. Algunas de las razones por las cuales manifestaron que el adulto mayor presentaba esta sintomatología son: a) duelo por

muerte, b) tener mucho tiempo libre, c) que los hijos estuvieran ocupados y no brindan atención, d) problemas de patrimonio.

Otro dato importante de la muestra de adultos mayores es sobre su funcionalidad. De las actividades básicas de la vida diaria que pueden hacer los adultos mayores sin ayuda son: a) sentarse y/o levantarse de la silla/cama, b) caminar/desplazarse en la casa, c) comer (usar cubiertos, masticar...), d) bañarse, e) vestirse, f) cuidar su higiene personal, g) usar el retrete, h) arreglar su cuarto o cosas personales y i) organizar/manejar su dinero. Las actividades que hacen los adultos mayores pero con ayuda de alguien son: a) subir y bajar escaleras o escalones, b) ir a comprar el mandado, c) seguir el tratamiento médico o cuidado a su salud. Y las actividades de las cuales dependen totalmente de alguien son las siguientes: a) hacer su propia comida, b) hacer quehaceres pesados, c) hacer trámites como ir al banco o cuidado de su salud y d) moverse en la ciudad (en carro o camión).

Se les preguntó a los participantes su opinión acerca de cuáles son los cuidados o actividades de apoyo que consideran ayudan a mantener el bienestar de cualquier adulto mayor, y las respuestas se engloban de la siguiente manera:

- Atención médica y preventiva
- Adecuación de la casa para evitar caídas
- Realizar actividad física
- Cuidar que tenga una alimentación sana
- Realizar actividades recreativas (salir a pasear, juegos de mesa, etc.)
- Convivir y salir a visitar a familiares
- Estar pendientes de sus necesidades emocionales (Escucharlos, demostrarles cariño, tenerles paciencia y empatía)
- Cuidar su higiene personal
- Que otros miembros de la familia se involucren en el cuidado y acompañamiento del adulto mayor

En la siguiente tabla (4) se presenta, de manera cualitativa, la descripción de cada familia evaluada en el taller, ya que se considera importante resaltar algunos eventos o acciones que sucedieron durante la aplicación de las sesiones, y que no se puede presentar de manera cuantificable. Se enlistan las características de la familia y las condiciones sobre las cuales se llevó a cabo el taller, así como número de participantes, distractores y cambios conductuales importantes que se observaron en los participantes o en el mismo adulto mayor. En una revisión crítica realizada por De la Cuesta (2009), en la cual exploró la bibliografía acerca de los cuidados familiares alrededor de tres cuestiones: naturaleza de cuidado, carga del cuidado y respuesta para aliviar la carga; argumenta que el cuidado familiar no es sólo realizar tareas, sino que hay elementos intangibles y susceptibles de ser cuantificados.

Como parte de los objetivos se realizó una evaluación individual a los participantes, la cual consistió de una prueba de 56 preguntas relacionadas con los cuidados del adulto mayor, y comprenden las siguientes áreas: Aspectos clínicos (10 preguntas), aspectos relacionados con la actividad física en el adulto mayor (6 preguntas), conocimientos de contención emocional (16 preguntas), conocimientos sobre demencia (13 preguntas) y conocimientos sobre nutrición (11 preguntas).

En la figura 3 se presentan los resultados obtenidos en la pre-post de esta evaluación en cada área, donde se distingue que hubo un aumento en el puntaje de la pre-evaluación a la post-evaluación ($Z = -3.42$, $p = .001$) después de las sesiones del taller en la mayoría de los participantes, datos estadísticamente significativos.

En la figura 4 se muestran los resultados del área de conocimientos clínicos ($Z = -3.21$, $p = .001$) y se observó que 3 de los participantes no tuvieron cambios en la puntuación del pre al post test.

En cuanto al área de aspectos relacionados con la actividad física en el adulto mayor 7 participantes tuvieron el mismo puntaje del pre al post test, los datos son estadísticamente significativos ($Z = -2.56$, $p \leq .05$) y se pueden observar en la figura 5.

Tabla IV. Tabla cualitativa de características de las familias participantes.

FAMILIA						
	1	2	3	4	5	6
Características del AM	Mujer de 72 años. Vive con hija.	Mujer de 74 años de edad. Vive con hija.	Mujer de 75 años. Vive con hija.	Mujer de 81 años. Vive con esposo.	Hombre de 83 años. Diagnóstico: Alzheimer.	Hombre de 80 años. Diagnóstico: Alzheimer.
Participantes	2 hijas y 2 nueras (1 no participó en post-evaluación).	4 hijas (1 no participó en pre-evaluación)	3 hijas de la adulta mayor	4 hijas de los adultos mayores	2 hijas e hijo del adulto mayor	2 hijas y esposa del adulto mayor
Lugar de aplicación	En casa de una de las participantes.	En casa de la adulta mayor.	En casa de la adulta mayor.	Casa de los adultos mayores.	En casa del adulto mayor.	Casa de los adultos mayores.
Distractions	Actividades del hogar	Niños	Ninguna	Niños; Adulto mayor	Adulto mayor	Actividades del hogar. Adulto mayor
Dificultades	Ninguna.	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Horarios y días.	Ninguna.
Descripción de la familia	Se realizaron las sesiones en tiempo y forma. Se mostraron participativas. Aún y cuando están organizadas, una de sus peticiones era que sus hermanos también participaran en el	Se tuvo que adaptar las sesiones para que uno de los facilitadores realizara actividades con la AM. En la post-evaluación, las participantes tenían un evento familiar (lo cual limitaba su tiempo) y se les	Se realizaron las sesiones en los días acordados. Se mostraron participativas durante las sesiones. Se les observó en ocasiones inquietas,	Las sesiones se llevaron en tiempo. En este caso, a petición de las participantes se adecuaron las actividades para que se vieran recomendaciones para los 2 AM. Se observó en la	Se recorrieron las sesiones, debido a compromisos de los participantes. Se mostraron renuentes con las actividades en video al inicio. Sin embargo se eliminaron estos	Se llevaron las sesiones en el tiempo programado. Hubo muchas distracciones por actividades del hogar sin embargo las participantes se mostraron participativas y con disposición durante

	taller, haciendo adecuaciones debido a sus tiempos, sin embargo no se llegó a un acuerdo con ellos y por lo tanto no se realizó.	observó distraídas, esto pudo repercutir en los resultados de la post evaluación y una de las participantes mostró renuencia a participar.	debido a que observaban la hora.	post-evaluación que aplicaron lo visto en las sesiones anteriores (técnicas de comunicación).	participantes pues no se concluyó con la post-evaluación, debido a que no se pusieron de acuerdo hermanos en horario para sesión.	el tiempo en que se llevaron a cabo las sesiones.	
Cambios conductuales importantes	Las participantes concertaron realizar más actividades con AM y no darle malas noticias para no alterarla emocionalmente. Continuará en casa de los abuelos.	Se adaptaron y pusieron de acuerdo para que AM comenzará a realizar actividad física y entre ellas participar en las actividades físicas también.	Participantes acordaron participar más en actividades para AM en cuanto a la parte afectiva.	AM comenzó a caminar (no realizaba actividad física). Mencionaron que buscarían actividades para realizar con los AM o platicar con ellos, mientras los cuidan.	No se pudo concluir el taller con esta familia, aún y cuando en un inicio se mostraron interesados.	De acuerdo a lo visto en sesiones, apoyarán al adulto mayor con actividades de estimulación cognitiva y comunicación.	

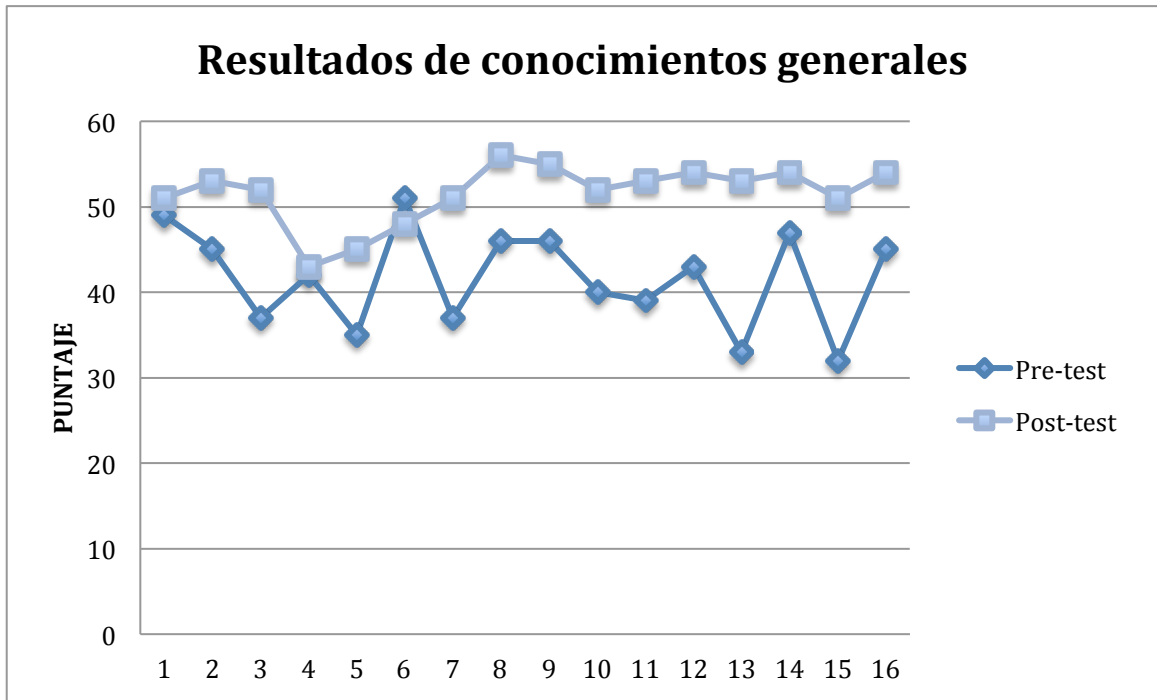


Figura 3. Resultados pre-post evaluación de evaluación individual sobre conocimientos generales

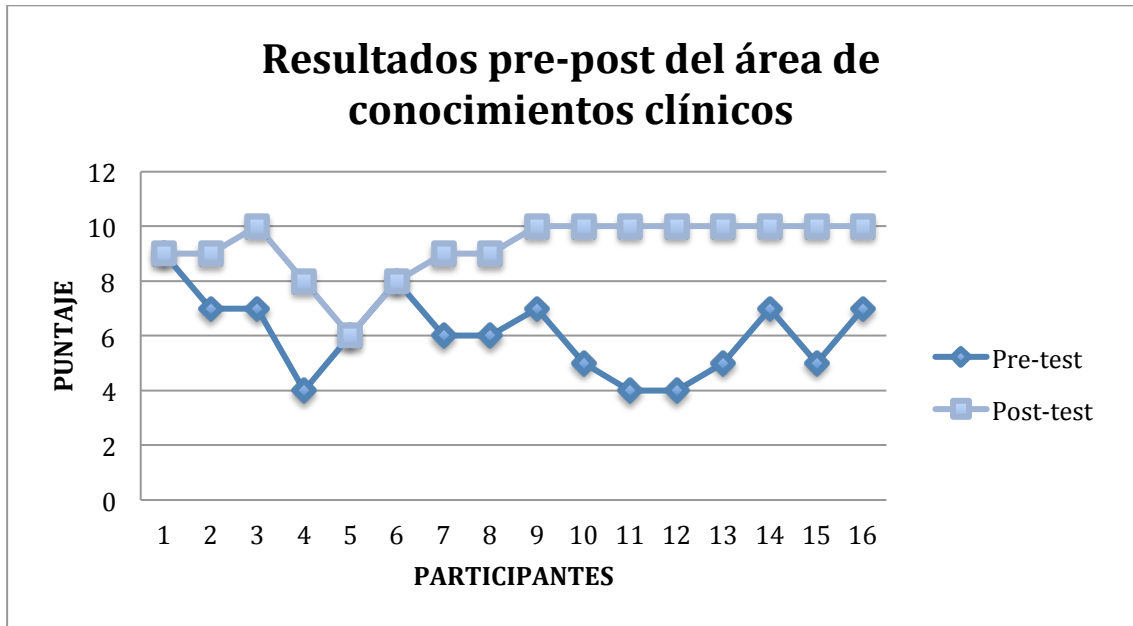


Figura 4. Resultados pre-post evaluación de conocimientos clínicos

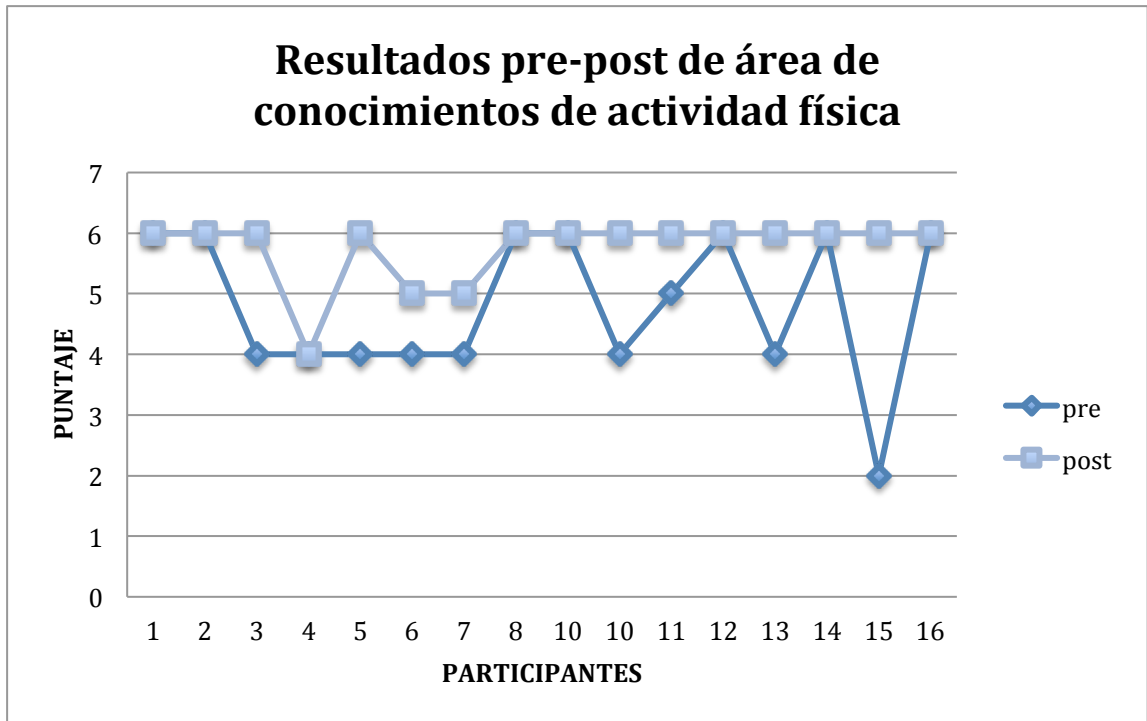


Figura 5. Resultados pre-post evaluación de conocimientos sobre actividad física en el adulto mayor.

Respecto al área de conocimientos de contención emocional los registros indican que 3 participantes no aumentaron o disminuyeron sus puntuaciones del pre al post test y los demás tuvieron mayor puntaje en la post-evaluación ($Z = -3.19$, $p = .001$), datos representados en la figura 6.

En la siguiente área sobre demencia (figura 7) todos los participantes aumentaron sus conocimientos ($Z = -2.85$, $p \leq .001$), al igual que en la última área sobre nutrición ($Z = -2.60$, $p \leq .001$), estos resultados se pueden observar en la figura 8.

En una intervención educativa realizada en Cuba, encontraron resultados similares al presente, ya que después de aplicada la intervención los participantes aumentaron sus conocimientos en los cuidados primarios, datos estadísticamente significativos (Megret y cols., 2002). De modo similar, este estudio además de brindar información sobre los temas de cuidados para el adulto mayor, se incluyeron también temas acerca de la dinámica familiar como: “la importancia de la armonía familiar y la cooperación de todos en el cuidado del paciente dependiente”, a sí mismo la intervención se realizó en los hogares de los pacientes. Sin embargo, en sus resultados no se habla de cuantos familiares participaron por familia ni las características sociodemográficas de los mismos. Según Pintos y cols. (2005) el estado actual de conocimientos del cuidador es de vital importancia para la atención de personas con enfermedad crónica.

En otro estudio realizado por Díaz y cols. (2015) encontraron una correlación significativa y negativa del nivel de sobrecarga y el conocimiento de cuidar. Es decir que a un nivel alto de conocimientos, menor la sobrecarga en el cuidador.

Otro de los objetivos del presente estudio, fue el analizar los resultados de pre y post evaluación respecto a indicadores cuantitativos de la comunicación. Para ello se grabaron las ejecuciones de los participantes en distintas actividades de situaciones comunes e hipotéticas. Las actividades fueron las siguientes: 1) En familia ponerse de acuerdo para escoger una opción de refrigerio de 3 opciones propuestas. 2) En conjunto

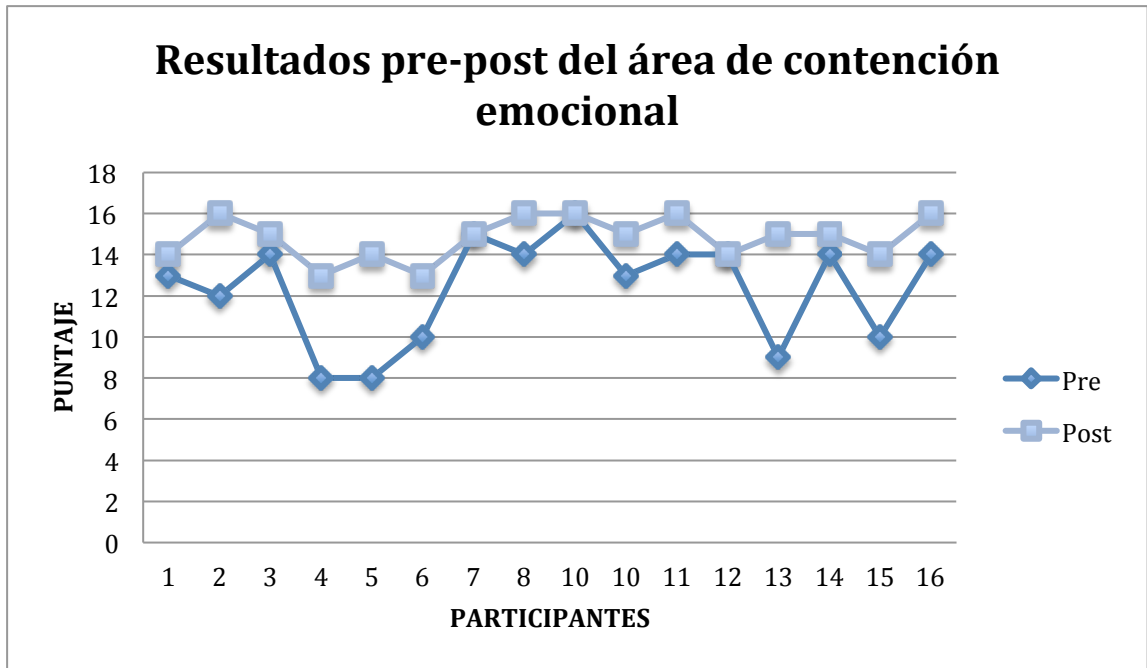


Figura 6. Resultados pre-post evaluación de conocimientos sobre contención emocional

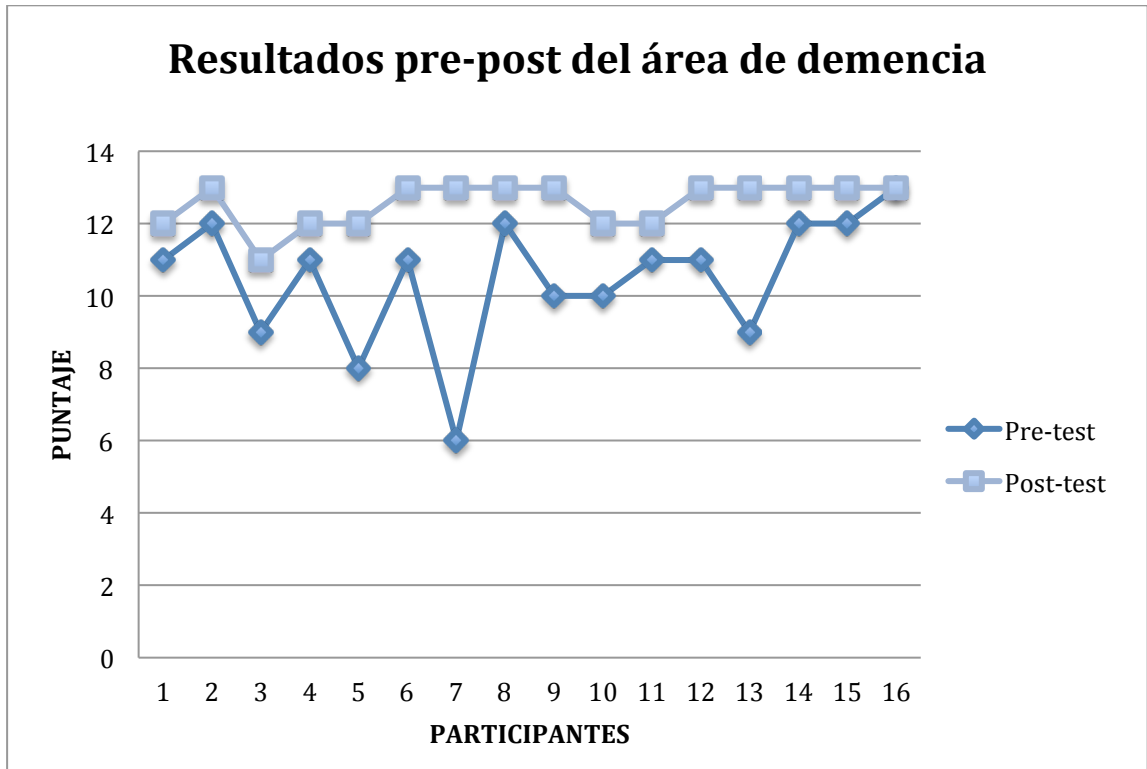


Figura 7. Resultados pre-post evaluación de conocimientos sobre demencia

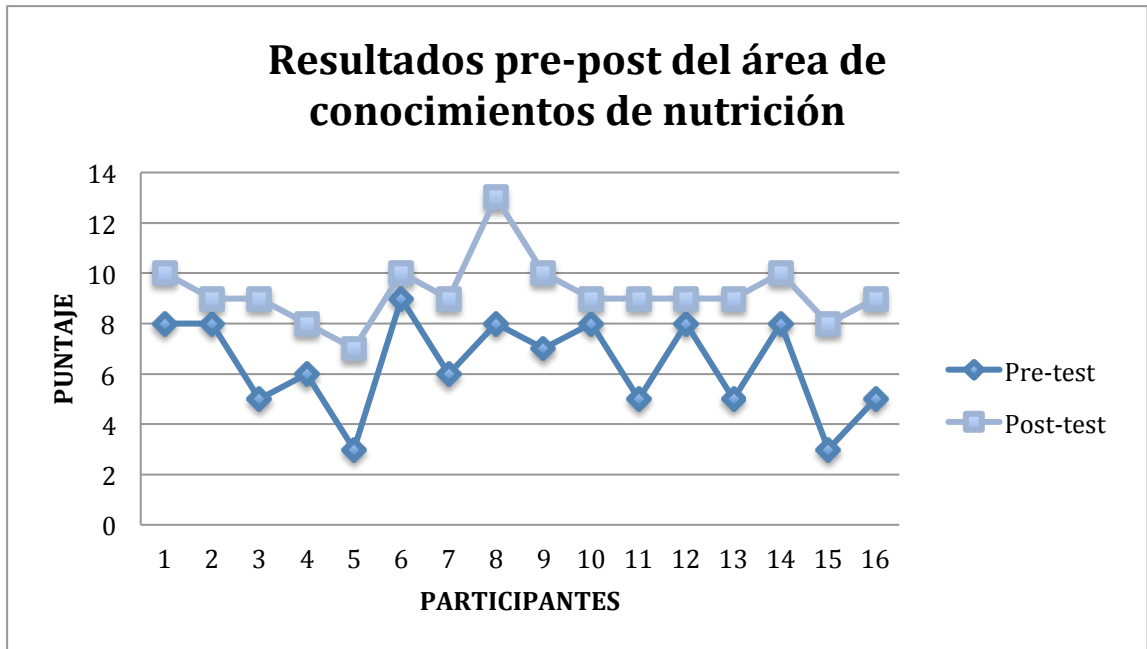


Figura 8. Resultados pre-post evaluación de conocimientos sobre nutrición

diseñar un plan de cuidados integrales para el adulto mayor. 3) Plantearles una situación hipotética (los familiares tienen que salir de la ciudad por distintas razones) y entre los participantes tienen que ponerse de acuerdo en cómo garantizarían que el adulto mayor reciba los cuidados necesarios mientras ellos no están.

Los aspectos de comunicación que se evaluaron son: expresa su propia opinión, connotación positiva, negociación, legitimar y re-encuadre como parte de comunicación efectiva y como comunicación no efectiva: el participante se abstiene de brindar opinión, crítica, inflexibilidad y hostilidad (Apéndice 9,10 y 11).

Con una prueba de rangos de Wilcoxon (tabla 5) se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación de comunicación no efectiva pre (media =.5625) y post (media =.125) en la actividad 1 ($Z=2.1$; $p\leq.05$); en la actividad 2 se encontró diferencia estadísticamente significativa ($Z= 2.42$; $p\leq.05$) en la evaluación de comunicación efectiva pre (media =.4.06) y post (media =6.0) y en la actividad 3 se registraron resultados significativos ($Z= 3.28$; $p\leq.05$) en la evaluación de comunicación efectiva de la pre (media=3.37) y post (media= 5.69). Es decir que los participantes disminuyeron aspectos como crítica, hostilidad, inflexibilidad y aumentaron su comunicación efectiva como la connotación positiva, negociación, exponer su opinión.

En un estudio realizado por Bertrando y cols., (2006), al igual que el presente utilizaron la terapia familiar sistémica para evaluar la eficacia de una versión estandarizada bajo este enfoque; a diferencia que en este estudio se trabajó con familias que tuvieran algún familiar diagnosticado con esquizofrenia. Los resultados son significativos probando la hipótesis de que la intervención sistémica y no directiva tiene efectos en la emoción expresada de los familiares y en la recaída de los pacientes.

De igual manera que el presente estudio, el tamaño de la muestra es pequeño por lo cual es difícil que los resultados sean concluyentes; sin embargo se realizó a cabo de manera piloto para encaminar a futuras investigaciones. En este estudio también encontraron que los familiares que se sometieron a la intervención familiar manifestaron

Tabla V. Resultados de prueba de rangos de wilcoxon en la evaluación pre-post de comunicación efectiva y no efectiva.

COMUNICACIÓN EFECTIVA		MEDIA	SIGNIFICANCIA
ACTIVIDAD 1 (escoger refrigerios)	Pre-evaluación	2.5	Z= -.642
	Post-evaluación	2.87	p=.521
ACTIVIDAD 2 (realizar un plan integral de cuidados)	Pre-evaluación	4.06	Z= 2.422
	Post-evaluación	6.0	$p \leq .05$
ACTIVIDAD 3 (situación hipotética)	Pre-evaluación	3.37	Z= 3.289
	Post-evaluación	5.69	$p \leq .05$
COMUNICACIÓN NO EFECTIVA		MEDIA	SIGNIFICANCIA
ACTIVIDAD 1 (escoger refrigerios)	Pre-evaluación	.56	Z= 2.070
	Post-evaluación	.125	$p \leq .05$
ACTIVIDAD 2 (realizar un plan integral de cuidados)	Pre-evaluación	1.12	Z= -1.277
	Post-evaluación	.625	p= .201
ACTIVIDAD 3 (situación hipotética)	Pre-evaluación	.6875	-1.807
	Post-evaluación	.1875	p= .071

una reducción significativa en las expresiones de crítica y un aumento en la calidez. Si lo comparamos con los resultados presentados en este proyecto, podemos acordar en que después de la intervención psico-educativa hubo un aumento en la comunicación efectiva y una disminución de la comunicación no efectiva (aunque en este último aspecto no hubo resultados significativos).

Otro de los objetivos del proyecto fue evaluar el diseño del plan integral de cuidados para el adulto mayor de cada familia; esta actividad consistió en que los participantes realizaron un plan integral de cuidados el cual debía incluir: 1.- plan de cuidados por área, que según la geriatría son las áreas que se deben evaluar en un adulto mayor (nutrición, actividad física, aspectos emocionales, clínica y capacidades mentales); 2.- meta por cada área de cuidados; 3.- persona encargada de supervisar la actividad; 3.- calendario con horarios y días para cada actividad 4. Se brindó un punto por cada criterio, dando un total de 8 puntos.

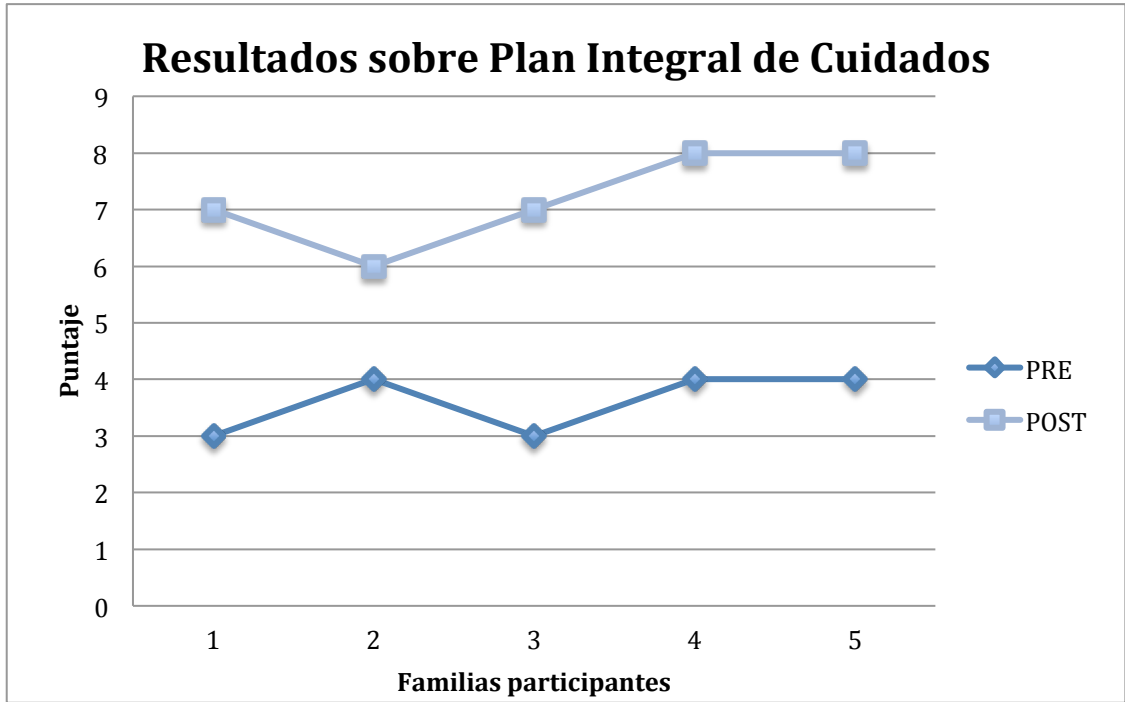
En la siguiente tabla (6) se presentan los puntajes de las familias, obtenidos del plan integral de cuidados de la pre y post evaluación. Se observa que en todas las familias aumentó su calificación de la pre a la post, es decir que al finalizar las sesiones del taller los participantes realizaron el plan integral de cuidados utilizando los criterios especificados (gráfica 9).

Es importante brindar una atención integral al adulto mayor para mejorar su calidad de vida, tal y como la geriatría hace énfasis en que la evaluación geriátrica debe incluir una evaluación en aspectos biomédicos (enfermedades, medicación), nutrición, aspectos psicológicos como la función cognitiva y afectiva (depresión, ansiedad) y aspectos sociales como la convivencia, apoyo social y apoyo en actividades diarias (Cabreara,2008).

Guillén (1994, citado en Cabrera, 2008) indica que las personas de la tercera edad requieren más cuidados que tratamientos, es decir que necesitan un plan de cuidados integral donde además de incluir aspectos biológicos de enfermedades

Tabla VI.- Resultados de pre y post evaluación de Plan Integral de Cuidados por familia

Evaluación	Área a evaluar	Familia participante				
		1	2	3	4	6
Pre	Área de cuidado del AM	3	2	2	2	2
	Meta por área	0	0	1	0	0
	Persona encargada de supervisar la actividad	0	1	0	1	0
	Horarios y días a realizar actividad	0	1	0	1	2
	Total	3	4	3	4	4
Post	Área de cuidado del AM	5	4	4	5	5
	Meta por área	1	0	1	1	1
	Persona encargada de supervisar la actividad	1	1	1	1	1
	Horarios y días a realizar actividad	0	1	1	1	1
	Total	7	6	7	8	8



Gráfica 9. Resultados de la evaluación del plan integral de cuidados por familias participantes.

presentes en el anciano, también se incluyen aspectos psicológicos, sociales y económicos que repercuten en el bienestar y capacidad funcional del adulto mayor.

El estudio de Fernández y cols. (2005) presenta características similares al presente estudio, pues se realizó una intervención psico-educativa con enfoque familiar sistémico; durante las sesiones se vieron temas como la comunicación, la familia como unidad, conocimientos de la enfermedad; sin embargo el estudio iba dirigido a familias con pacientes esquizofrénicos y trastornos de la personalidad y no se mencionan las características sociodemográficas de la familia participante. Aunque si encontraron mejoría en aspectos de comunicación, relaciones familiares, aumento de conocimientos, estos resultados no pueden ser representativos pues se trabajó con una muestra pequeña al igual que el presente estudio.

Con los datos obtenidos se podría inferir que el aumento de conocimientos de los participantes después de realizado el taller puede influir en el aumento de los aspectos de comunicación efectiva. Tal y como Díaz y cols. (2015) refieren que un nivel alto de conocimiento influyen en un menor nivel de sobrecarga en el cuidador.

CONCLUSIÓN

Actualmente las familias son las principales responsables de brindar atención o cuidados necesarios para adultos mayores dependientes o que requieren apoyo en alguna actividad de la vida diaria.

El cuidado de un adulto mayor por parte de familiares tiene repercusiones directamente en lo económico y la política social, pues de esta manera se reduce o evita el uso de recursos formales, lo cual supone un gasto público menor (Brown, 1996).

Sin embargo, aunque las familias son un recurso valioso, también son un recurso vulnerable, ya que el rol del cuidador, tiene consecuencias en la salud y el estado emocional de la persona que cuida a su familiar adulto mayor (Montorio y cols, 1998), pues demanda recursos emocionales, físicos y de organización familiar y personal que pueden generar sobrecarga (Domínguez-Guedea, 2016).

Esta sobrecarga puede repercutir en el cuidado, dando como resultado el maltrato y negligencia a los adultos mayores dependientes funcionales (Mustafa & Kingston, 2016).

De manera que es importante, que las personas cuidadoras adquieren conocimientos y habilidades para el cuidado, por lo cual se han diseñado programas de intervención para apoyar al familiar cuidador (Zabalegui y cols., 2008).

Algunos autores destacan la importancia de incluir a otros familiares como co-responsables del cuidado del adulto mayor en las intervenciones y no solamente al cuidador principal o informal (Mitrani, 2006; Ortiz, 2007; Espín 2008); argumentando que es necesario una atención integral que incluya el Enfoque familiar sistémico (Canga y cols., 2011), destacando la comunicación para la organización familiar (Da Silva & cols., 2009; Esandi & Canga, 2016).

Por esta razón, se decidió realizar una intervención psico-educativa bajo el enfoque familiar sistémico, incluyendo a familiares del adulto mayor, considerando que

en la literatura se observó que la mayoría de las intervenciones están dirigidas únicamente a un cuidador, aún y cuando algunos estudios (Galvis y cols., 2004; Máximo y cols., 2005; Espín, 2008; Flores y cols., 2012; Domínguez-Guedea y cols., 2013) refieren la importancia del apoyo social en los cuidadores para reducir la sobrecarga. Además se encontró en la literatura solamente tres estudios (Pinkston y cols., 1984; Ostwald y cols., 1999; Eisdorfer y cols., 2003) que incluían a otros familiares en la intervención, sin embargo presentaron deficiencias metodológicas y al final las evaluaciones se hicieron de manera individual y no colectiva, aún y cuando se hablaba de una intervención familiar.

Del mismo modo, Pérez y Yanguas (1998), indican la importancia de identificar las características que conforman el sistema familiar, las respuestas que la familia ha desarrollado respecto a los problemas referidos, la distribución de los roles referente a las tareas del cuidado y la manera en que estas funciones se comparten o acumulan entre los miembros de la familia. Así pues, refieren lo significativo que es incluir un abordaje en donde los miembros de la familia y el adulto mayor tengan un espacio de comunicación para discutir sobre sus dificultades.

Marante y cols (2014) refieren que la familia es la principal prestadora de atención en salud, es “considerada como un sistema y unidad cuya interacción mutua afecta en mayor o menor grado a cada uno de los miembros de la familia”. Cuando uno asume el rol de cuidador o cuidadora comienzan conflictos debido a las responsabilidades e ingreso del familiar dependiente en su propio domicilio. Actualmente han ido cambiando las relaciones familiares, debido a la creciente incorporación de la mujer en actividades sociales y laborales. Ello contribuye a que se reduzca el tiempo destinado a cubrir responsabilidades familiares, y como no se ha producido un cambio equivalente en la distribución de las tareas del hogar con hombres, las mujeres se ven sobrecargadas debido a su rol laboral, como madre y en especial las que tienen a su cargo el cuidado de un adulto mayor (Arriagada, 2007), y por lo tanto su tiempo para descanso se ve disminuido (Sánchez 1989, citado en Rojas, 2010). Esto se vio ratificado en las familias que se invitaron a participar, pues fue difícil en algunas

poder juntar a los familiares para llevar a cabo el taller y de igual manera se observó que los familiares del adulto mayor que participaron fueron mujeres.

La hipótesis planteada al inicio del presente estudio, fue aceptada, ya que se observó un aumento de conocimientos de los participantes después de la intervención, datos estadísticamente significativos, al igual que la comunicación efectiva en las participantes pues hubo un aumento en aspectos como: connotación positiva, negociación, legitimar en las actividades 2 y 3; aunque estadísticamente no se observa en todas las actividades que disminuyó las características de la comunicación no efectiva, solamente en la actividad 1, cualitativamente (tabla 4) podemos observar los cambios que tuvieron la familia después de aplicada la intervención.

De igual manera que en el estudio de Fernández y cols.(2005) se trabajó bajo el enfoque sistémico de la familia, argumentando que la familia es la principal proveedora de cuidados a personas con alguna enfermedad o vulnerabilidad que genera dependencia e indicando la comunicación como característica para mejorar las relaciones familiares. También incluyeron la parte de proveer mayor conocimiento sobre la enfermedad del paciente, con el fin de no estigmatizar la enfermedad y comprender a su familiar y tener una mejor comunicación con el mismo.

De ahí la importancia de adecuar este tipo de intervenciones para seguir trabajando con cuidadores de adultos mayores, considerando que este segmento de la población va en aumento. Para ello se sugiere en futuras investigaciones, mejorar cuestiones metodológicas del presente estudio que se indican en la sección de limitaciones.

Por último, es importante hablar sobre la labor que realizan los cuidadores y la importancia de realizar intervenciones que le ayuden en su nuevo rol de cuidador, pues como refiere Vitaliano (1997), citado por Tripodoro y cols. (2015) “Cuanto más tiempo los cuidadores gocen de buena salud, más tiempo podrán mantener su independencia. Llevar una vida satisfactoria y proporcionar un cuidado adecuado a sus seres queridos”.

LIMITACIONES

El estudio presentado anteriormente, presenta algunas limitaciones que es necesario mencionar con el fin de mantener la calidad científica de los resultados.

Una de ellas es la cantidad de participantes, pues se realizó el programa de intervención psico-educativo con el mínimo tamaño de muestra, por cuestiones de tiempo que limitaron el invitar a más participantes.

A su vez no se contó con un grupo control, pues se trata de un estudio piloto y la comparación se hizo entre los mismos participantes con un pre y post.

Por otra parte el lugar donde se llevaron a cabo las sesiones del taller, fue en los distintos hogares de los participantes, lo cual incluyó distractores de diferentes tipos (actividades en el hogar, niños demandando atención de las participantes, el mismo adulto mayor) sin embargo se realizó de esta manera, para facilitar la asistencia de los participantes y llevar a cabo las sesiones en el tiempo programado.

Así mismo el utilizar el recurso de video, se considera como una limitación pues los participantes se sentían observados en el momento de realizar las actividades programadas y por lo tanto contribuyó en la ejecución de la actividad. Si bien, lo ideal sería que la video-cámara permaneciera fija durante todo el tiempo que se realizara la sesión para que se adaptaran los participantes, solamente contábamos con una videocámara y no se alcanzaría a percibir a todos los participantes, es por ello que solamente grabamos en el momento de realizar las actividades de comunicación.

Se sugiere que en próximos estudios se aumente el número de participantes, pues el que sea una muestra pequeña dificulta que las conclusiones sean firmes sobre la eficacia del programa de intervención psico-educativo. No obstante, es una puerta para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila E., Díaz C., Manqing F., Kapteyn A. y Pierson A. (2011). Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud. Como citarlo
file:///Users/roqueibarraduarde/Desktop/MexicoReport_FullReport_SPAN_FINAL.pdf
- Álvarez L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista GÉrenc. Polit. Salud*, 8 (17): 69-79. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2657/1918>
- Arriagada I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de población*, 13 (53): 9-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252007000300002
- Bertrando P., Cecchin G., Clerici M., Beltz J., Milesi A. y Cazzullo C. (2006). Expressed emotion and Milan systematic intervention: a pilot study on families of people with diagnosis of schizophrenia. *Journal of Family Therapy.*; 28:81-102.
- Bohórquez V., Castañeda B., Trigós L., Orozco L. y Camargo F. (2011) Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista Cubana de Enfermería*; 27 (3): 210-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300005&lng=es.
- Cabrera R. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 24 (4): 288-294. Disponible en línea en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a10>
- Campbell, D. T., y Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching*. American Educational Research Association.

- Canga A., Vivar G. y Naval C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 34 (3): 463-469. Disponible en línea en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012>.
- Chang B. Cognitive-Behavioral Intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nurs Res.* 2003;48:173-82.
- Consejo Nacional de Población (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. 2011. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf
- Crespo M. y López J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”. Madrid: Imserso. Disponible en línea en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Da Silva D, Maluschke J. (2009). Cuidado familiar de personas mayores con la enfermedad de Alzheimer: una reflexión sobre cuestiones psicosociales. *SciELO*; (4):782.
- De la Cuesta C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (1). Disponible en línea en <http://www.redalyc.org/html/1052/105213198010/>
- De Valle-Alonso M.J., Hernández-López I.E. y Zúñiga-Vargas M.L. (2005). Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*; 12 (1): 19-27
- De Valle-Alonso M., Hernández-López I., Zúñiga-Vargas M. y Martínez-Aguilera P. (2014) Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*; 12 (1): 19-27. (CHECAR FECHA)

- Dilnot A. (2017). The burden of triumph: meeting health and social care needs. *The lancet*; 0 (0).
- Domínguez, M. (2011). La investigación con cuidadores de personas dependientes: Revisión de publicaciones en dos revistas españolas. *Revista Electrónica de Psicología Social*; 22.
- Domínguez G., Zavala M., De La Cruz D. y Ramírez M. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*; 23: 28-37.
- Domínguez-Guedea, M. y Rivera, M. (2013). Intervención psicosocial en cuidadores familiares de adultos mayores: Un enfoque imprescindible. En, M. Montiel, M. Domínguez I. Pérez et. al. *Intervenciones con enfoque psicosocial*; (83-114). Hermosillo: Editorial UNISON.
- Domínguez-Guedea M, Ocejo A. (2015) Sociocultural and familiar influences on the well-being of mexican older adults' family caregivers. *Research in Gerontological Nursing*. 8(4):188-193.
- Dorantes-Mendoza G., Ávila-Funes J., Mejía-Arango S. y Gutiérrez-Robledo L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública* 22 (1): 1-11.
- Esandi N. & Canga A. (2016). Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. *Atención Primaria*; 48 (4): 265-269.
- Eisdorfer C., Czaja S., Loewenstein D., Rubert M., Argüelles S., Mitrani V. y Szapocznik J. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *The Gerontologist*, 43(4): 521–53

- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*; 34 (3):1-12.
- Espín A. (2009). “Escuela de cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019
- Félix A, Aguilar R, Martínez M, Ávila H, Vázquez L, Gutiérrez G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados: Revista de enfermería y humanidades*; 33: 81-88
- Fernández L., Fombellida C. y Herrero J. (2005). Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 94: 07-18. Disponible en línea en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352005000200002&script=sci_arttext
- Flores E., Rivas E., y Seguel F. (2012) Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*; 18 (1): 29-41
- Gálvis R., Pinzón M. y Romero E. (2004). Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio, Meta. *Avances de Enfermería*; 22 (1): 4-26.
- Guerrero N. y Yépez M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universidad y Salud*; 17 (1): 121-131.
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
- Herrera M. y Fernández M. (2013). Está disminuyendo la solidaridad intergeneracional en América Latina? Un estudio de las relaciones intergeneracionales de los hijos

con los adultos mayores. Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Perfil sociodemográfico de adultos mayores, p. 2,3 y 4. Disponible en línea: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf

Joiling K. (2012). Does a Family Meetings Intervention Prevent Depression and Anxiety in Family Caregivers of Dementia Patients? A Randomized Trial. Plos One; (1):1-10.

Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores (2002). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

Lieberman M. y Fisher L. (1999). The Effects of Family Conflict Resolution and Decision Making on the Provision of Help for an Elder With Alzheimer's Disease. The Gerontologist; (2). Disponible en línea en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/39/2/159.full.pdf+html>

López J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I. Madrid.

López M. (2013). Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. Geriatría. Disponible en línea en: http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_15.pdf

López M., Orueta R., Gómez-Caro S., Sánchez A., Carmona J. y Alonso, F. (2009) El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de

Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina de Familia; 2(7). Disponible en línea en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004

Losada A. y Montorio I. (2005). Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Revista Española de Geriátría y Gerontología; 40 (2): 30-39 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X0575071X>

Manrique-Espinoza B., Salinas-Rodríguez A., Moreno-Tamayo K.M., Acosta-Castillo I., Sosa-Ortiz A.L., Gutiérrez-Robledo L.M. y Téllez-Rojo M.M. (2013) Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública México 55 suppl 2:S323-S331.

Marante E., Casanova M., Nuñez E., Pozo L., Trasancos M. y Ochoa M. (2014). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Revista Archivo Médico de Camagüey; 18(3): 284-296. Disponible en línea en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300004

Martín L., Rivera A., Morandé G. y Salido G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. Clínica y Salud; 11 (2): 231-256. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618250004.pdf>

Máximo J, Iáñez M y Iáñez B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Catálogos de Revista, Universidad Veracruzana; 15(1).

Megret A., Naranjo M. y Fong y. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Revista Cubana de Enfermería; 18 (1): 43-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008

- Organización Mundial de la Salud (2015). Envejecimiento y salud. Nota descriptiva #4
Recuperado el día 11 de julio de 2017, disponible en línea:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Ortíz M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención Psicosocial*; (16). Disponible en línea en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100008
- Orueta R., Gómez-Calcerrada R., Gómez-Caro S., Sánchez A., López M. y Toledano P. (2011). Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Atencion primaria*; 43 (9): 490-496.
- Ostwald S., Hepburn K., Caron W., Burns T. y Mantell R. (1999). Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational Intervention for Caregivers of Persons With Dementia. *The Gerontologist*, 39, (3): 299-309. Disponible en línea:
<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/39/3/299.full.pdf+html?sid=0bc4ff97-afa0-458d-b238-a861b43a2b54>
- Peinado A. y Garcés E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*; 14 (1): 83-93.
- Pérez, M. & Yanguas, J. (1998) Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de psicología*. Vol,14; No. 1, 95-104.
- Pérez M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 7 (3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-519X.
- Pinkston M. y Linsk N. (1984). Behavioral Family Intervention with the Impaired Elderly. *The Gerontologist*.; 24 (6): 576-583

- Pinto N., Barrera L. y Sánchez B. (2005) Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. *Aquichán*; 5 (1); 128-137. Disponible en línea en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100013&script=sci_arttext&tlng=en
- Puerto, N. (2009). Cuidado de los cuidadores. *Psicología online*. Disponible en línea en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/12/articulocuidadores.shtml>
- Rojas, O. (2010). Género, organización familiar y trabajo extradoméstico femenino asalariado y por cuenta propia. *Revista latinoamericana de estudios de familia*; 2:31-50. Disponible en línea en: [http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef2_\(completa\).pdf#page=31](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef2_(completa).pdf#page=31)
- Rossel-Murphy M, Bonet J, Baena E, Prieto G, Ballerino E, Solé F., Rubio M., Krier I., Torres P. y Mimosa S. (2014). Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. *BMC Family Practice*; 15 (53): 2-9. Disponible en línea en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230240/pdf/1471-2296-15-53.pdf>
- Sapag J., Lange I., Campos S., y Piette J. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 27 (1): 1-9
- Secretaría de Desarrollo Social (2013). *Indicadores de Desarrollo Social*. Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación 2 (63). Disponible en línea en: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/142/1/images/bol_etin_63_DGAP.pdf
- Shaji KS y Reddy MS. (2012). Caregiving: A Public Health Priority. *Indian Journal of Psychological Medicine*;34:303-5.
- Shama-Levy T., Cuevas L., Mundo V., Morales R., Cervantes L., & Villalpando S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados

de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 50(5), pp. 383-389. Disponible en línea en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500011&lng=es&tlng=es.

Silberman M., Moreno L., Kawas V. y González E. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56 (4): 24-34.

Soria R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de casos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; 13 (3): 87-104. Disponible en línea en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22593/21326>

Torres M., Ballesteros E. y Sánchez P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*; 19 (1): 9-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000100002&script=sci_arttext&tlng=en

Tripodoro V., Veloso V. y Llanos V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de paciente en cuidados paliativos. *Argumentos Sociales*. 17: 317-330. Disponible en línea en: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>

Vázquez F., Hermida E., Díaz O., Torres A., Otero P., y Blanco V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46 (3): 178-188.

Vega O. y González D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*; (16). Disponible en: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.

Weuve J, Boult CH, Morishita L. The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden. *Gerontologist*. 2000;40:429-36
<https://academic.oup.com/gerontologist/article/40/4/429/641851/The-Effects-of-Outpatient-Geriatric-Evaluation-and>

Zabalegui A., Navarro M., Cabrera E., Gallart A., Fernández-Puebla A., Bardallo D., Rodríguez E., Gual P., Fernández M. y Argemí J. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, 43 (3): 157-166.

APÉNDICES

Apéndice 1. Ficha de datos generales

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

- **Muchas gracias por aceptar participar en esta investigación. Ahora le haré algunas preguntas socio-demográficas generales:**

Tel p/llamarle: _____ Domicilio (con referencias p/llegar) _____

¿Qué edad tiene Usted? _____ ¿Cuál es su escolaridad? _____ ¿Ud. a qué se dedica actualmente?

___ Empleo/trabajo ___ Pensionado/jubilado ___ Hogar ___ Estudiante ___ Otro

Vive con la AM: No() Sí()...¿Cuánto tiempo tiene viviendo ella? *MESES* _____

¿Quiénes viven con Usted? *Le pido que me indique el parentesco que tiene con Ud. y la edad de cada persona, no me tiene que decir su nombre*

(COMENZAR CON EL MIEMBRO DE MAYOR EDAD Y SI EL AM MAYOR VIVE EN LA FAMILIA, ENCERRARLO CON UN CÍRCULO)

Parentesco	Edad	Parentesco	Edad	Parentesco	Edad	Parentesco	Edad
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

De las personas que atienden o cuidan al Adulto Mayor Usted es...
___ **Cuidador único**...sólo Usted cuida/atiende al AM
___ **Cuidador principal**...Usted cuida/atiende más que los demás
___ **Co-Cuidador**...otros cuidan/atienden más o menos igual que Usted
___ **Cuidador secundario**... hay otros cuidan/atienden mas que Usted
___ **No es cuidador**:... cuál es la razón por la cuál Ud. no participa en el cuidado _____
¿Cuál es la cantidad que más se acerca a su ingreso familiar mensual?

¿En qué actividades Ud. cuida a la adulta mayor?

() Menos de \$1000 pesos, **aproximadamente cuánto?** _____ () De \$1000 a \$2000 () De \$2000 a \$3000
 () De \$3000 a \$4000 () De \$4000 a \$5000 () De \$5000 a \$6000 () De \$6000 a \$7000 () De \$7000 a \$8000
 () De \$8000 a \$9000 () De \$9000 a \$10000 () Más de \$10000, **aprox** _____

¿Entre cuántas personas se distribuye ese ingreso familiar mensual? _____ personas
 Aproximadamente ¿Cuál es la cantidad de dinero con la que cuenta o se destina al mes para el Sr./Sra. para su alimentación, atención de su salud, su cuidado, etc.? _____

• **Pasaremos a las preguntas sobre su familiar AM**

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

¿El Sr./Sra. recibe pensión? ___ No ___ Si... ¿aproximadamente de cuánto al mes? _____

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

Al Sr./Sra. le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

	N	S	¿Hace cuánto tiempo? MESES	¿Qué profesional de salud dio el dx?	En qué servicio de salud?
Depresión					
Ansiedad					
Deterioro cognitivo, demencia, Alzheimer					

DAR PARAFRASEO, RESUMEN, REDONDEO POSITIVO

MUCHAS GRACIAS, EN BREVE SE COMUNICARÁN CON USTED LOS ENTREVISTADORES PARA ACORDAR DÍA Y HORA DE VISITA. LE RECUERDO QUE CUALQUIER DUDA QUE TENGA UD. O SUS FAMILIARES SOBRE ESTE PROYECTO, CON TODA CONFIANZA LA PUEDE HACER SABER A LA RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN ... indicar datos contacto Dra. Miriam Domínguez Guedea

Apéndice 2. Consentimiento informado

CARTA DE INVITACIÓN

Le invitamos a participar en este taller desarrollo por psicólogos investigadores de la Universidad de Sonora con el propósito general de probar qué tan efectivo es un programa familiar para mejorar el cuidado del adulto mayor. El taller se impartirá a 12 familias que tienen la necesidad de ayudar a un miembro adulto mayor en cualquiera de los siguientes aspectos:

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

Los procedimientos de participación son los siguientes:

Por cada familia deberán participar dos o tres de sus miembros (pero no el adulto mayor receptor de ayuda). Todos ellos deberán vivir en el municipio de Hermosillo, así como el adulto mayor que requiere cuidados.

Pero no es prudente que participen familias en las que el adulto mayor receptor de cuidados tenga el diagnóstico de cáncer o alguna enfermedad en etapa terminal. Otras características desaconsejadas para la participación en el programa son: a) casos en los familiares reciba pago por ser cuidador del adulto mayor, b) casos en los que la familia tenga disponibilidad mensual de \$50,000 pesos o más, exclusivos para la atención al adulto mayor y c) si el adulto mayor receptor de cuidados vive tiene un ingreso mensual de \$50,000 o más, por trabajo y/o pensión.

Las sesiones del programa se llevarán a cabo en el lugar de preferencia de la familia y darán orientación sobre las necesidades de cuidado a adultos mayores en el hogar, desarrollo de la familia y estrategias para mejorar la comunicación familiar para organizar las actividades de cuidado al mayor.

Para saber si el programa cumple con su objetivo, a cada familia haríamos unas preguntas antes y después del programa, para saber si mejoraron los conocimientos y comunicación familiar en los asuntos del cuidado. Además, para adaptar bien las actividades de orientación, antes de iniciar el programa se les preguntará también sobre las necesidades de cuidado de su familiar adulto mayor y características de la familia (composición y dinámica familiar).

Durante el programa aplicaríamos algunas dinámicas y ejercicios de comunicación, los cuales deben ser video-grabados para tener el registro fiel del desempeño de los participantes y con ello evaluar la utilidad del programa de intervención.

Para decidir si quiere participar, por favor considere que:

- La participación es voluntaria.
- Garantizamos confidencialidad. Sus nombres completos sólo se pondrán junto a su firma al final de esta carta, indicando la aceptación de participar, pero después ya no se escribirán en ningún espacio pues a todo el expediente de sus respuestas se asignará una clave. Ustedes pueden señalar el nombre o forma como quiere ser llamado(a) por el personal de la investigación.
- No se pedirá ni hará ningún pago por participar.
- Los resultados serán grupales y se expondrán conferencias, tesis y publicaciones.
- Pueden dejar de participar en el momento que lo decidan, sin que ello les perjudique ni que tenga que dar explicaciones de su decisión.
- Ustedes pueden llevarse esta hoja de invitación para consultar su decisión de participar con quien consideren necesario; sólo pedimos poder contactarles después para conocer su decisión.

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

- 1) Recibir la orientación educativa y psicológica de las sesiones del programa, incluyendo material sobre actividades para promover la salud y cuidados al mayor y un directorio de servicios sociales y de salud locales, útiles para familias con adultos mayores.
- 2) Se espera que por la participación en el programa, las familias participantes mejoren sus conocimientos sobre el cuidado a mayores y sus habilidades para comunicarse en familia.

El beneficio social de esta investigación será el conocimiento a generar y aplicar para apoyar a los adultos mayores y familiares que los cuidan.

La participación en este estudio no tiene riesgos en la salud de los participantes pues todas las actividades serán para transmitir conocimientos, promover la disposición hacia el cuidado y mejorar la comunicación familiar. Pero al abordar temas de dinámica familiar y necesidades de cuidado a un adulto mayor es posible que algunos participantes que estén pasando por experiencias difíciles puedan sentir algo de tristeza o confusión; en estos casos, el personal de psicólogos que conducirán las sesiones están capacitados para ofrecer apoyo inmediato, con mucho respeto y comprensión; también le darán información de servicios de salud mental, públicos y de organizaciones civiles, disponibles en la ciudad. Aunque sea muy poco probable, si la tristeza o confusión por haber participado en el programa fuera tan grandes que consideren necesario recibir apoyo psicológico profesional, la profesora responsable de la investigación con todo compromiso atenderá su situación (por favor solicítelo al entrevistador).

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

C O N S E N T I M I E N T O

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

Recibo copia de esta carta para mi archivo personal.

Nombre y firma del participante (ESTE ES EL ÚNICO DOCUMENTO CON NOMBRE COMPLETO)

Nombre y firma del participante (ESTE ES EL ÚNICO DOCUMENTO CON NOMBRE COMPLETO)

Nombre y firma del participante (ESTE ES EL ÚNICO DOCUMENTO CON NOMBRE COMPLETO)

Nombre y firma del miembro de equipo de investigación
Fecha

Apéndice 3. Entrevista de detección de necesidades de cuidado familiar del adulto mayor

¿Qué servicios de salud usa? Ninguno Hospital Militar Regional IMSS Secretaría de Salud: Hospital General, Centros de Salud, ISSSTESON Asociaciones: MEXFAM, Cruz Roja, Salud Digna, farmacias ISSSTE Servicio Particular

¿Cuál es su nivel de estudios? <input type="checkbox"/> No lee ni escribe <input type="checkbox"/> Lee y escribe pero sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria-secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria-carrera técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura-posgrado	¿A que se dedica actualmente? <input type="checkbox"/> Empleo/trabajo <input type="checkbox"/> Pensionado/jubilado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Sin ocupación específica	¿Recibe ingresos económicos? <input type="checkbox"/> Sí, de su trabajo <input type="checkbox"/> Sí, de su pensión <input type="checkbox"/> Sí, de la familia <input type="checkbox"/> No recibe <input type="checkbox"/> Otros:
---	---	---

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

Vive con:

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

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

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

Tiene problemas para CAMINAR

que le limiten valerse p/sí mismo () Si... () No

Usa bastón/andadera silla de ruedas encamado (a)

¿Ha tenido caídas en el último año? () No () Si... ¿Cuántas? _____
 ¿Tiene fracturas? () No () Si... _____ de cadera _____ otra... ¿Cuál? _____
 ¿Tiene otros problemas de salud? ¿Cuáles? __ cognoscitivo leve

Toma medicamentos () No () Si ¿# indicados por médicos? ___ ¿#auto-medicados? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO

¿Cuántas veces ha ido a consulta médica? _____ ¿Ha estado () No () Sí Cuántas veces? _____ ¿Por qué?
 () Al mes () Cada 3 ó 6 meses () Al año hospitalizado? _____
 () Ninguna vez

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

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

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

___ No ha cambiado mucho, se ha mantenido como antes
 ___ si ha cambiado su peso porque SE HA ESTADO ALIMENTANDO MEJOR (aumentó o bajó de peso)
 ___ Ha BAJADO de peso porque no está comiendo bien ___ Ha SUBIDO de peso porque no está comiendo bien
 ___ No lo sabe, no se ha fijado mucho en su peso

¿Qué comidas completas tiene al día su familiar adulto mayor? _ Desayuno __ Comida ___ Cena

¿Acostumbra comer algo sano entre el desayuno y la comida? ___ No ___ Sí... ¿Qué come?

¿Acostumbra comer algo sano entre la comida y la cena? ___ No ___ Sí... ¿Qué come?

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

¿Su familiar practica algún ejercicio o actividad física regularmente?

___ No... Ir a Área Emocional

___ Sí ... Actividad 1. _____ ¿Cuántos min? _____ # días al mes _____
 Actividad 2. _____ ¿Cuántos min? _____ # días al mes _____
 Actividad 3. _____ ¿Cuántos min? _____ # días al mes _____

Ahora hablemos del área emocional

Ha notado las siguientes reacciones en su familiar en las últimas 2 semanas o más	N	S	No sé
Se ve triste, sin ánimos, decaído (a)			
Le cuesta trabajo poner atención en lo que hace			
Anda angustiado (a), nervioso (a)			
Perdió interés en cosas que antes le gustaban			
Demuestra poca esperanza en el futuro			
Anda intranquilo (a)			
Ha tenido malestares físicos por sus preocupaciones, ej. Dolor de cabeza, estómago			

Ha notado las siguientes reacciones en su familiar en las últimas 2 semanas o más:	N	S	No sé
ha bajado mucho su apetito			
Ha tenido problemas para dormir			
Dice cosas tristes de sí mismo (a) “no valgo, no sirvo, no importo, no hago bien las cosas”			
Ha tenido ideas o ha hecho cosas para lastimarse a sí mismo (a)			
Se ve agobiado (a) por sus preocupaciones			
Llora fácilmente			
Se enoja de repente por cosas sin importancia			
Tiene miedos o sufrimientos por cosas que todavía ni han sucedido			
Anda más callado (a) que de costumbre			
Se molesta o anda impaciente más que de costumbre			

¿Hace cuántos meses o años observó esas reacciones en su familiar? LEER LOS “SI” ANTERIORES:
 ___ MESES

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

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

¿El Sr/sra duerme corrido en la noche? ___ No... ¿Por qué? ¿Qué pasa? _____
 En total, ¿Cuántas hrs duerme? _____
 ___ Si... ¿Cuántas horas? _____

¿Duerme siestas? ___ No ___ Si ... ¿Cuántas? _____ ¿De cuanto tiempo? _____

Respecto a la lucidez del Sr/Sra en los últimos 6 meses o más, ha notado que:	No	Si	No sé
Tiene problemas para recordar a personas o cosas que antes conocía bien			
Dice o hace cosas raras, extrañas, ilógicas, no sigue el hilo de la plática			
Tiene problemas para recordar su nombre completo			
Tiene problemas para recordar la fecha actual			
Tiene problemas para recordar qué día de la semana es			
Tiene problemas para saber en que lugar está			

Problemas para saber si es de día, de tarde o de noche			
Se pierde o siente miedo de perderse cuando sale a la calle			
Tiene problemas para hacer cuentas que antes hacía			
Problemas para recordar series de números recientes (ej. Teléfonos nuevos, claves, placas)			
Vagabundea (camina sin sentido de un lado a otro)			
Ha olvidado apagar la estufa o cerrar llaves del agua después de usarlas			
Olvida cosas que pasaron recientemente			
Muestra miedo de quedarse solo (a)			

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

EL SR./SRA....

Sale a convivir con o visitar Familiares	() No () Si... ¿#días al mes? ___	Sale a convivir o visitar AMISTADES	() No () Si... ¿#días al mes? ___
Recibe visitas de Familiares	() No () Si... ¿#días al mes? ___	Recibe visitas de AMISTADES	() No () Si... ¿#días al mes? ___
Sale a mandados, iglesia, vueltas, etc.	() No () Si... ¿#días al mes? ___	Tiene pasatiempos solo/a en casa	() No () Si... ¿cuales? ___ #hrs diarias de TV _____

¿Tienen actividades entre Ud. y AM para convivir/distraerse?	() Nunca	() A diario () Semanalmente () Pocas veces al mes	¿ Cuáles? _____ ¿Cómo cuantas hrs dan al mes? _____
¿Qué tanto platican amablemente entre Ud. y AM?	() Nunca	() A diario () Semanalmente () Pocas veces al mes	Sumando todos los tiempos, ¿cómo cuántas horas dan al mes? _____

¿Aproximadamente cuantas horas al día el AM está solo/a? __ nunca _____

¿El Sr./Sra. tiene planes, ilusiones, metas a lograr en sus vida? (x) No () Si, ¿Cuáles? _____
 Ud. participa en ellos? () No () Si... ¿Cómo?

Apéndice 4. Carta descriptiva sesión 1

Objetivo de la Sesión:			
1. Los participantes responderán evaluaciones respecto a su nivel de conocimientos de cuidados para adultos mayores, características de la comunicación que tienen entre ellos como familia para tomar decisiones respecto al cuidado y las necesidades de cuidado que tiene la adulta mayor, madre de los participantes.			
Tema	Breve descripción de la actividad	Tiempo	Materiales
Inicio de sesión	Se explicarán los objetivos, temas y actividades a desarrollar a lo largo del Programa, para solicitar la participación con base en la Carta de Consentimiento informado.	10 min	Anexo “Carta de Invitación”
Acuerdos de relación respetuosa	Se dirigirá una dinámica para definir acuerdos de relación respetuosa entre todos los facilitadores y familiares participantes, para contribuir al exitoso proceso de aprendizaje y convivencia en el Programa.	5 min.	Anexo “Acuerdos de convivencia”
Pre-evaluación individual	Se evaluará el nivel de conocimientos de cada participante respecto a prácticas de cuidado integral al AM, su percepción de la dinámica familiar respecto al cuidado del AM, así como también se recabarán datos socio-demográficos generales.	15 min.	Anexo “Cuestionario de Conocimientos” y “Ficha de datos generales”
Pre-evaluación familiar	Se conducirá una entrevista colectiva dirigida a los participantes, para detectar las necesidades de cuidado de la adulta mayor.	25 min.	Anexo “Entrevista de detección de necesidades de cuidado”
	Se conducirán tres actividades para registrar las características de la comunicación y toma de decisiones entre los participantes.	30 min.	Anexos “Registro de observación 1, 2 y 3”
Actividad de reflexión	Se dirigirá una dinámica vivencial para generar reflexión sobre el proceso de envejecimiento personal y necesidades de cuidado.	10 min.	Anexo “Ejercicio de imaginación guiada 1”
Cierre de sesión	- Se repasarán las ideas centrales de la sesión, empleando la técnica de connotación positiva y reformulación. - Se explicará la tarea que los participantes deberán realizar para la siguiente sesión.	5 min.	Anexo “Tarea 1”

Apéndice 5. Carta descriptiva sesión 2

Objetivo de la Sesión:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los participantes identificarán aspectos de la dinámica familiar, relación interpersonal y aspectos emocionales que dan contexto al cuidado del adulto mayor. 2. Con base en la aplicación de la técnica solución de problemas, los participantes identificarán recomendaciones de cuidado prioritarias a aplicar para el cuidado de su madre adulta mayor. 			
Tema	Breve descripción de la actividad	Tiempo	Materiales
Inicio de sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Se hará la introducción indicando objetivos y temas a tratar en la sesión. - Retroalimentación de tarea. 	5 min.	Hojas de rotafolio y plumones
Exposición sobre relaciones familiares	Se hará una exposición sobre conceptos base para la comunicación familia: ciclos de vida familiar, metas del desarrollo familiar y convivencia intergeneracional.	7 min.	Computadora
Actividad de reflexión sobre la relación madre – hijo(a)	Se presentarán y comentarán videos ilustrativos sobre el cuidado de hijos a padres adultos mayores.	10 min.	Computadora video1, 2 y PPT - 2
	Se conducirá una dinámica de reflexión sobre el papel del adulto mayor, en la vida de cada uno de los familiares participantes y para promover la conexión emocional en la figura adulto mayor-hijo(a)	15 min.	Anexo “Ejercicio de imagería guiada 2a”
Cuidado integral al adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> - Se hará una exposición sobre el cuidado integral hacia el AM y la responsabilidad legal de los familiares en proveerlo. - Se explicarán las necesidades de cuidado hacia el adulto mayor resultantes en la Entrevista de la sesión anterior y se explicarán recomendaciones generales de cuidados correspondientes. 	15 min.	Computadora PPT y folletos de recomendaciones de cuidado
Técnica de solución de problemas	- Se ejemplificará la aplicación de la técnica de solución de problemas para seleccionar opciones de recomendaciones de cuidado del adulto mayor de los participantes.	15 min.	
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Se repasarán las ideas centrales de la sesión, empleando la técnica de connotación positiva y reformulación. - Se explicará tarea que los participantes deberán realizar para la siguiente sesión. 	5 min.	Anexo “Tarea 2”

Apéndice 6. Carta descriptiva sesión 3

Objetivo de la Sesión:			
1. Los participantes identificarán aspectos de la comunicación y auto-regulación emocional que facilitan procesos de toma de decisiones efectivas respecto al cuidado del adulto mayor.			
Tema	Breve descripción de la actividad	Tiempo	Materiales
Inicio de sesión	- Se hará la introducción indicando objetivos y temas a tratar en la sesión. - Retroalimentación de tarea.	8 min	
Comunicación familiar	Se presentará un video relativo a las fuentes de conflicto de la comunicación entre las personas; a partir de ese material, se reflexionará sobre el papel de la comunicación en la toma de decisiones efectivas en la vida familiar.	7 min.	Computadora y video 3
Características de la comunicación	- Se hará una exposición sobre los componentes de la comunicación verbal y no verbal, explicando los tipos de comunicación pasiva, agresiva, pasiva-agresiva y asertiva. - Se aplicará la técnica de ejercicio de roles para ejemplificar los componentes y tipos de comunicación.	10 min	Computadora y Presentación PPT
Comunicación y acuerdos familiares	- Se hará una exposición sobre técnicas que facilitan la comunicación efectiva y la toma de decisiones familiares. - Se aplicará la técnica de ejercicio de roles para ejemplificar el uso de técnicas de comunicación efectiva.	15 min.	Computadora y Presentación PPT
Técnicas de auto-regulación emocional	- Se explicarán y ejercitarán técnicas para la auto-regulación emocional, como estrategia potenciadora de procesos de comunicación efectiva respecto al cuidado del adulto mayor	15 min.	Presentación PPT
Entrenamiento en comunicación efectiva	Se conducirán ejercicios de entrenamiento para comunicarse en forma efectiva en diferentes situaciones que varían en nivel de complejidad de elementos para la toma de decisiones, así como en nivel de involucramiento emocional	20 min.	Anexo “Ejercicio de entrenamiento 1” y resultados de Tarea 1
Cierre de sesión	- Se repasarán las ideas centrales de la sesión, empleando la técnica de connotación positiva y reformulación. - Se explicará tarea que los participantes deberán realizar para la siguiente sesión.	5 min.	Hojas de rotafolio/ plumones y Anexo “Tarea 2”

Apéndice 7. Carta descriptiva sesión 4

Objetivo de la Sesión:			
1. Empleando estrategias de comunicación efectiva, los participantes diseñarán un plan de cuidado integral al adulto mayor.			
Tema	Breve descripción de la actividad	Tiempo	Materiales
Inicio de sesión	- Se hará la introducción indicando objetivos y temas a tratar en la sesión. - Retroalimentación de tarea.	5 min	Hojas de rotafolio y plumones
Plan de cuidado integral	Se explicarán un procedimiento para diseñar un Plan integral de cuidados y distribución de responsabilidades de cuidados al adulto mayor.	5 min.	Presentación PPT
Recomendaciones para el cuidado integral al adulto mayor	Se conducirá un proceso de análisis de las necesidades de cuidado de la madre de los participantes, identificando las recomendaciones de cuidado no farmacológico correspondientes a los siguientes dominios: - Chequeo médico y administración de medicamentos - Nutrición en el adulto mayor - Prevención de caídas - Estimulación afectiva y convivencia social - Estimulación cognitiva - Recreación y actividad física	45 min.	Presentación PPT y refrigerios saludables
Post-evaluación familiar	Se conducirá una actividad para registrar las características de la comunicación y toma de decisiones entre los participantes para definir el Plan integral de cuidados y distribución de responsabilidades de cuidados a implementar en el caso de la adulta mayor, madre de los participantes.	20 min.	Anexo “Registro de observación 2”
Post-evaluación individual	Se evaluará el nivel de conocimientos de cada participante respecto a prácticas de cuidado integral al AM.	10 min.	Anexo “Cuestionario de Conocimientos”
Cierre de sesión	- Se repasarán las ideas centrales de la sesión, empleando la técnica de connotación positiva y reformulación. - Se acordará una visita domiciliaria a la casa de los participantes para reforzar orientación respecto a prácticas de cuidado efectivo para la adulta mayor.	10 min.	

Apéndice 8. Cuestionario de conocimientos de cuidado del adulto mayor

- Por favor marque con X todas las respuestas que Usted crea correctas para cada pregunta. Si piensa que ninguna de las respuestas es correcta, puede dejar los espacios en blanco.

¿Qué hábito aumenta el riesgo de enfermedades del corazón?

- Consumir alimentos de soya
- Fumar cigarros light
- Consumir alimentos transgénicos

¿Qué enfermedad se relaciona directamente con la nutrición del adulto mayor?

- Incontinencia urinaria
- Sarcopenia
- Demencia

¿Cuáles son síntomas de que el adulto mayor está teniendo un ataque al corazón?

- Vómitos y mareos
- Tener mucha sed
- Sudar frío

¿Cuáles son síntomas de que el adulto mayor está teniendo un coma diabético?

- Náuseas
- Pérdida del conocimiento
- Hiperactividad

¿Cuáles son síntomas de que el adulto mayor trae alterada la presión arterial?

- Sudar frío
- Insomnio
- Hiperactividad

¿Qué hacer si el adulto mayor se cae, se queja de mucho dolor y está roja e inflamada la parte lastimada?

- Masajear la parte lastimada hasta que le pase el dolor
- Tratar de acomodarle el hueso para que no se siga lastimando
- Hacer todo lo necesario para que no mueva la parte lastimada

¿Qué hábito no es bueno para los pies de adultos mayores con diabetes?

- Usar huaraches o sandalias
- Ponerles bastante crema
- Usar calcetines sin elástico

¿Qué puede evitar el insomnio en el adulto mayor?

- Que tome bastante leche tibia antes de dormir
- Ya acostado(a), ver programas repetidos en la televisión para que se aburra y duerma más fácil
- Hacer actividad física durante el día

¿Qué significa polifarmacia?

- Consumir 5 o más medicamentos
- Comprar medicamentos en varias farmacias
- Consumir medicamentos con caducidad vencida

¿Qué puede provocar caídas de los adultos mayores?

- Uso de tapetes en el piso
- Que el adulto mayor todavía quiera hacer ejercicio físico
- Desorden de cosas en la casa

Indique si la afirmación es cierta o falsa ...

CIERTO FALSO

Se recomienda actividad física a adultos mayores con problemas de salud		
Es normal que los adultos mayores anden tristes, desanimados o apáticos		
Los adultos mayores encamados no pueden hacer ningún ejercicio		
Los adultos mayores tienen la obligación de dar techo y comida a sus hijos adultos		
Si un adulto mayor anda angustiado o preocupado, lo mejor es dejarlo solo(a) para que se le pase rápido		
Los adultos mayores delgados no necesitan hacer ejercicio		
Los adultos mayores con falta de voluntad se deprimen y se quejan de la vida		
Hacer ejercicio es una forma para mejorar el ánimo del adulto mayor		
El adulto mayor necesita acostumbrarse a estar solo(a) si los hijos(as) no lo pueden cuidar		
Si la persona ha sido fuerte durante toda su vida, no va a tener problemas emocionales cuando se vuelve adulta mayor		
Las personas con osteoporosis (baja densidad ósea en sus huesos) pueden hacer ejercicio		
Si el adulto mayor está pasando por dificultades emocionales, lo mejor es no darle importancia para que no crezca la preocupación		
Los nietos mayores de edad pueden ayudar en la compañía y cuidado al adulto mayor.		
El malestar emocional intenso de los adultos mayores es una razón para llevarlo a consulta de salud		

Los adultos mayores pueden hacer ejercicios para ser más flexibles		
--	--	--

- **Escriba SI en lo que debemos hacer cuando el adulto mayor anda alterado emocionalmente (ej. triste, agobiado, nervioso) y NO en lo que no debemos hacer:**

_ Decirle con paciencia qué debe hacer	_ Dejar que llore y que diga todo lo que siente
_ Evitar que haga ejercicio para que no se canse	_ Decirle que sentirse así, empeorará las cosas
_ Dejarlo dormir todo el día	_ Regañarlo porque así entiende más rápido
_ Si llora, decirle con voz cariñosa que deje de llorar	_ Evitar que conviva con la familia, para que no le pase el pesimismo a los más jóvenes

- **Indique si la afirmación es cierta o falsa en relación a la demencia...**

CIERTO FALSO

Sólo las personas que han consumido drogas desarrollan demencia		
Una característica de la demencia es querer hacerle daño a los demás		
La demencia se cura con medicamentos de buena calidad		
Los hijos de adultos mayores con demencia tienen la obligación legal de cuidarlos		
Ver la televisión es el mejor entretenimiento para alguien con demencia		
Si la persona tiene diabetes o hipertensión, no va a desarrollar demencia		
Es bueno que las personas con demencia vivan solas		
La persona con demencia no necesita muestras de afecto porque no se da cuenta de cómo le tratan		
Fumar y beber alcohol aumentan el riesgo de desarrollar demencia		
El malestar emocional intenso y continuo (ej. estrés, depresión y ansiedad) aumenta el riesgo de desarrollar demencia		
La demencia puede disminuir si dejamos de hablarle a la persona		
Las personas con demencia dicen cosas raras y sin sentido para llamar la atención de sus familiares		
Las personas con demencia pueden tomar sus propias decisiones sobre todos los aspectos de su vida.		

- Indique cierto o falso sobre una buena alimentación del adulto mayor	CIERTO	FALSO
No deben tomar mucha agua para evitar que vayan al baño frecuentemente		
Deben consumir alimentos con grasas poliinsaturadas		
Si los alimentos son light o para diabéticos los pueden comer en cantidad libre		
Es bueno usar cubitos de consomé para sazonar la comida del adulto mayor		
Es bueno que los adultos mayores consuman aceite de oliva crudo		

- Relacionar las columnas respecto a la alimentación

- | | |
|--|---|
| () Frijol, lentejas y espinacas | 1. Deben ser consumidos como máximo dos veces por semana y en poca cantidad |
| () Alimentos con ácido fólico | 2. Perjudican la digestión |
| () Alimentos ricos en calcio | 3. Consumirse diario y en cantidades libres |
| () Harinas refinadas: pan blanco, tortillas de harina, pastas | 4. Si la persona no tiene diabetes, puede comerlos siempre porque dan mucha energía |
| () Verduras verdes | 5. Jugo de naranja natural y garbanzos |
| () Dulces, jugos y néctares, bebidas de sobresito o pastelillos | 6. Combinarlos junto con alimentos altos en vitamina C, para su buena absorción |
| | 7. Acelgas, almendras y tortilla de maíz |

Apéndice 9. Registro de observación 1

Objetivo: Identificar las características de la comunicación entre los participantes, cuando se trata de tomar una decisión conjunta.

Tiempo: De 1 a 6 minutos

Materiales: Tres opciones de refrigerios

Instrucciones:

1. El facilitador indicará a los participantes: “Tenemos tres opciones de refrigerios, pero entre Uds. deben escoger cuál de los tres consumirán, puesto que las opciones restantes las ofreceremos a otros participantes de este programa. Por favor, decidan entre Ud. y me avisan para servirles”.
2. Se estará tomando video del grupo desde actividades previas, de manera que los participantes ya estarán habituados a ser video-grabados.
3. Los dos observadores no participantes registrarán el comportamiento de cada hijo participante:

Comportamiento	H1	H2	H3
Expone su propia opinión			
Se abstiene de dar su opinión			
Critica o ironiza la opinión de otros			
Destaca puntos favorables de la opinión de otros			
Concuerda con la decisión de la mayoría, habiendo expresado su preferencia			
Manifiesta desacuerdo con la decisión de la mayoría y se abstienen de consumir			
Impone su decisión			
Otras observaciones relevantes			

Apéndice 10. Registro de observación 2

Objetivo: Identificar las características de la comunicación entre los participantes, cuando se trata de tomar una decisión conjunta.

Tiempo: De 1 a 10 minutos

Materiales: Hojas re rotafolio y plumones

Instrucciones:

1. El facilitador indicará a los participantes: “Ahora les voy a pedir por favor que diseñen un plan de cuidados integrales para su mamá. Piensen en todo en lo que ella necesita ayuda y que Uds. y otros de sus hijos pueden hacer para ayudarla. Platiquen entre Uds. y anoten lo que decidan en las hojas blancas que les proporcionaré; no se preocupen si por el momento no tienen muy claro qué es un plan de cuidados y cómo hacerlo, esto es algo que aprenderán durante las sesiones, pero es importante darnos cuenta de lo que Uds. ya saben hacer”.
2. Se estará tomando video del grupo desde actividades previas, de manera que los participantes ya estarán habituados a ser video-grabados.
3. Los dos observadores no participantes registrarán el comportamiento de cada hijo participante:

Comportamiento	H1	H2	H3
Expone su propia opinión			
Se abstiene de dar su opinión			
Critica o ironiza la opinión de otros			
Destaca puntos favorables de la opinión de otros			
Concuerda con la decisión de la mayoría, habiendo expresado su preferencia			
Manifiesta desacuerdo con la decisión de la mayoría y se abstienen de consumir			
Impone su decisión			
Otras observaciones relevantes			

Apéndice 11. Registro de observación 3

Objetivo: Identificar las características de la comunicación entre los participantes, cuando se trata de tomar una decisión conjunta.

Tiempo: De 1 a 10 minutos

Materiales: Hojas de rotafolio y plumones

Instrucciones:

1. El facilitador indicará a los participantes: “Ahora les voy a plantear una situación que puede suceder a todas las familias. Supongan que Uds. tres estarán fuera de la ciudad durante tres meses o más, ¿Qué harían para garantizar que alguien cuide de su madre?. Platiquen entre Uds. y yo anotaré en esta hoja de rotafolio lo que decidan; no se preocupen si por el momento no tienen muy claro qué hacer... esto es algo que aprenderán durante las sesiones, pero es importante darnos cuenta de lo que Uds. piensan”.
2. Se estará tomando video del grupo desde actividades previas, de manera que los participantes ya estarán habituados a ser video-grabados.
3. Los dos observadores no participantes registrarán el comportamiento de cada hijo participante:

Comportamiento	H1	H2	H3
Expone su propia opinión			
Se abstiene de dar su opinión			
Critica o ironiza la opinión de otros			
Destaca puntos favorables de la opinión de otros			
Concuerda con la decisión de la mayoría, habiendo expresado su preferencia			
Manifiesta desacuerdo con la decisión de la mayoría y se abstienen de consumir			
Impone su decisión			
Otras observaciones relevantes			