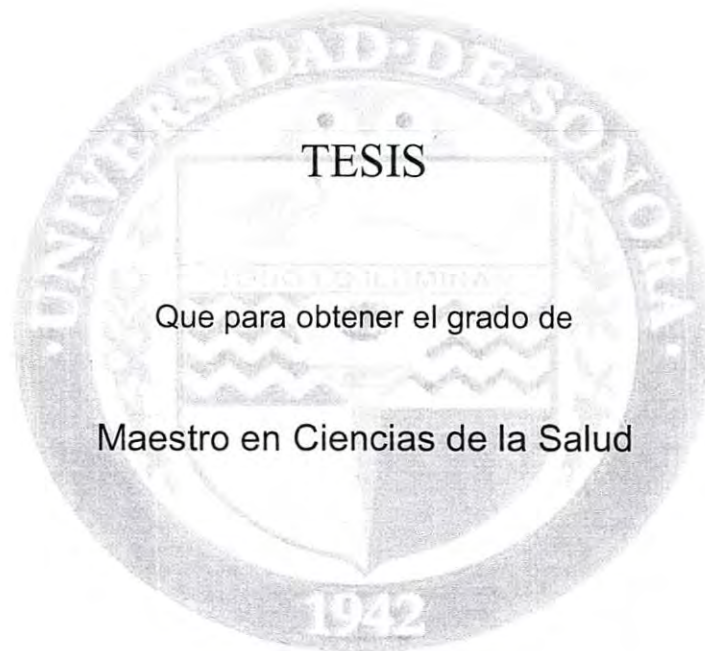


# UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Asociación entre percepción de sobrecarga, ambiente familiar y el papel del enfrentamiento en el bienestar de cuidadores familiares de adultos mayores



TESIS

Que para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta

**Abraham Ocejo García**

Hermosillo, Sonora

Noviembre de 2013

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



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



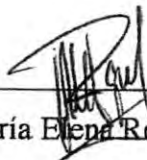
Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de **Abraham Ocejo García**, 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  
Director Académico

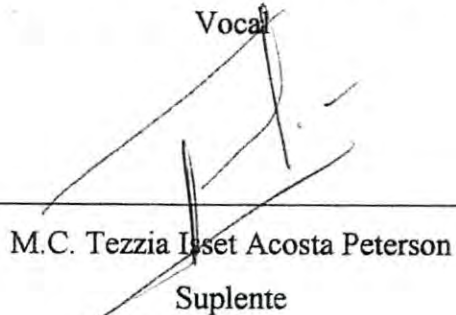


M.S.P. María Elena Reguera Torres  
Secretario



M.C. Beatriz Beltrán Jiménez

Vocal



M.C. Tezzia Iset Acosta Peterson  
Suplente

## AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis, Dra. Domínguez Guedea por brindarme la oportunidad de conocer la importancia que tienen los cuidadores dentro de la calidad de vida del adulto mayor y a CONACyT por brindarme la oportunidad de llevar a cabo éste estudio, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible financiar la investigación.

Referir a los participantes del estudio es poco, en realidad son ellos para quienes se realizó la investigación, gracias por aceptar participar.

Encontré mis intereses futuros de estudio en la epidemiología y la salud pública gracias a mis maestros, en especial el Dr. Álvarez Hernández y Dr. Santillana Macedo, que me enseñaron la importancia de ver todo el panorama de un fenómeno para poder entenderlo mejor, aún y cuando no sea parte de los objetivos de la investigación.

Las sinodales M.S.P. Reguera Torres y su visión hacia las personas menos favorecidas, M.C. Beltrán Jiménez por su acercamiento terapéutico hacia los fenómenos, M.C. Acosta Peterson que siempre me ha apoyado de diversas formas en mi crecimiento académico.

Importante fue para mí lo aprendido en el grupo de investigación, gracias a mis compañeros.

Todos mis compañeros de la maestría con quienes aprendí que el trabajo multidisciplinario es importante a la hora de enfrentar un fenómeno de salud pública

En especial mis amigos de toda la vida, que fueron inspiración para llevar a cabo ésta maestría y seguir superándome.

A mi novia que estuvo ahí en todo momento que la necesite, aun y cuando yo no dispuse de todo el tiempo que ella necesitó.

Muchas cosas he aprendido a lo largo de la vida y quiero agradecer a ese ser invisible que algunos llaman Dios, que hace posible que el Universo continúe su rumbo.



Ocupan un lugar importante mis padres que siempre me apoyaron en lo que necesitará a través de ésta etapa que concluye.

Abraham Ocejo García

## ÍNDICE

LISTA DE TABLAS.....	vii
LISTA DE FIGURAS .....	viii
OBJETIVOS .....	ix
Objetivo General .....	ix
Objetivos Específicos.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	9
Modelo de Estrés.....	9
Estrés .....	12
Sobrecarga.....	13
El Cuidador y el Ambiente Familiar .....	14
Estrategias de Enfrentamiento.....	16
Bienestar Subjetivo .....	16
MATERIALES Y MÉTODOS .....	20
Diseño de Estudio .....	20
Participantes .....	21
Instrumentos .....	21
Procedimiento .....	23
Consideraciones Éticas.....	26
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28

Análisis Bivariado .....	44
Análisis Multivariado.....	47
Discusión.....	53
CONCLUSIONES .....	59
REFERENCIAS .....	62
APÉNDICES.....	70
Apéndice 1. Carta de consentimiento informado.....	71
Apéndice 2. Ficha sociodemográfica.....	72
Apéndice 3. Índice de dependencia funcional y medida de estrés.....	73
Apéndice 4. Escala de ambiente familiar.....	75
Apéndice 5. Escala de bienestar subjetivo.....	76
Apéndice 6. Escala de sobrecarga.....	77

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla I.</b> Distribución de la población por condición y tipo de limitación en la actividad. México, 2010.....	3
<b>Tabla II.</b> Sonora: Indicadores demográficos para los adultos mayores, 2000-2030.....	5
<b>Tabla III.</b> Resumen de características sociodemográficas y prueba de hipótesis en base a sexo del cuidador, de la muestra de 378 cuidadores. ....	29
<b>Tabla IV.</b> Enfermedades que padecen los adultos mayores de la muestra de 378, clasificadas por capítulo de CIE-10. ....	30
<b>Tabla V.</b> Resumen de puntuaciones de las variables cuantitativas en la muestra de 378 cuidadores. ....	35
<b>Tabla VI.</b> Resultados de colinealidad en las variables del modelo.....	41
<b>Tabla VII.</b> Resumen de características sociodemográficas de la muestra de 362 cuidadores. ....	42
<b>Tabla VIII.</b> Resumen de puntuaciones de las variables cuantitativas en la muestra de 362 cuidadores. ....	43
<b>Tabla IX.</b> Correlaciones de Pearson para variables continuas.....	45
<b>Tabla X.</b> Pruebas <i>t de Student</i> para variables categóricas con respecto al bienestar subjetivo.....	46
<b>Tabla XI.</b> Resumen de los resultados de regresión jerárquica o secuencial del modelo de bienestar subjetivo.....	48
<b>Tabla XII.</b> Resultados de Test Sobel sobre mediación.....	50

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad. México, 1970-2050 .....	3
<b>Figura 2.</b> Índice de Envejecimiento. México, 1970-2050.....	2
<b>Figura 3.</b> Tasa total de muerte por cada 100 000 habitantes debida a enfermedades no transmisibles, estandarizada por años en hombres, 2008.....	7
<b>Figura 4.</b> Tasa total de muerte por cada 100 000 habitantes debida a enfermedades no transmisibles, estandarizada por años en mujeres, 2008.....	8
<b>Figura 5.</b> Distribución de sexo del cuidador en porcentaje muestra de 378 cuidadores.	31
<b>Figura 6.</b> Distribución de si el cuidador vive o no con el adulto mayor en porcentaje de la muestra de 378 cuidadores. ....	32
<b>Figura 7.</b> Distribución del parentesco del cuidador en relación con el adulto mayor en porcentaje de la muestra de 378 cuidadores.....	33
<b>Figura 8.</b> Distribución de frecuencias de las puntuaciones de bienestar subjetivo en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor. ....	36
<b>Figura 9.</b> Distribución de frecuencias de las puntuaciones de conflictos familiares en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor. ....	37
<b>Figura 10.</b> Distribución de frecuencias de las puntuaciones de sobrecarga en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor.....	38
<b>Figura 11.</b> Distribución de frecuencias de las puntuaciones de enfrentamiento en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor. ....	39



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar la relación de percepción de sobrecarga, ambiente familiar y enfrentamiento sobre el bienestar subjetivo en una muestra de cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales de Hermosillo, Sonora.

### **Objetivos Específicos**

Describir el nivel de bienestar subjetivo en la muestra de cuidadores familiares de adultos mayores.

Describir el nivel de sobrecarga percibida en la muestra de cuidadores familiares de adultos mayores.

Describir las características del ambiente familiar en la muestra de cuidadores familiares de adultos mayores.

Describir las características de las estrategias de enfrentamiento a los problemas en la muestra de cuidadores familiares de adultos mayores.

Analizar si las estrategias de enfrentamiento a los problemas funcionan como variable mediadora entre sobrecarga y ambiente familiar sobre el bienestar subjetivo



## RESUMEN

**Antecedentes:** En México la población de adultos mayores tiende al crecimiento debido al aumento de la esperanza de vida, el énfasis en la promoción de la salud, el autocuidado, y la disminución de la natalidad. La familia completa los cuidados y los servicios que proporciona la red pública de salud, también la que más contribuye a mantener la calidad de vida, la seguridad y el bienestar psicológico y físico de los ancianos (Flórez y col., 2003). **Justificación:** En nuestro país no se ha estudiado a fondo esta población, de aquí que surge la necesidad de su estudio dada las diferencias de contexto con países europeos y Estados Unidos de América. **Objetivo:** Describir la percepción de Sobrecarga y ambiente familiar sobre el bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales. **Metodología:** Estudio transversal, con muestreo por conveniencia. Muestra de 240 cuidadores. Los *instrumentos:* “Índice de Dependencia Funcional”, “Escala de Bienestar Subjetivo”, “Escala de Ambiente Familiar”, “Escala de Evaluación de Sobrecarga” y “Ficha de Datos Socio-Demográficos”. La recolección será mediante entrevista. Para analizar los datos se realizará un análisis de regresión múltiple secuencial. **Resultados:** La muestra fue de 466 cuidadores, de los cuales solo 362 cumplieron con los requisitos, en edades de los 19 a los 87 años. Se encontró que las variables seleccionadas fueron estadísticamente significativas, con OR de 0.81 (0.75, 0.87) y 0.76 (0.70, 0.83), para ambiente familiar y sobrecarga, respectivamente, con una  $R^2$  ajustada = 0.314 con  $p < 0.001$ .

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el número de adultos mayores va en crecimiento debido al incremento en la esperanza de vida. Éste reto social es producto de una transición demográfica, que a su vez genera grandes necesidades económicas, biomédicas y sociales. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores de medicamentos y servicios de salud. Al respecto, Alonso y col. (2007) indican que, “a nivel estatal representa un considerable aumento de los gastos para la Seguridad y la Asistencia Social. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad” (p. 2).

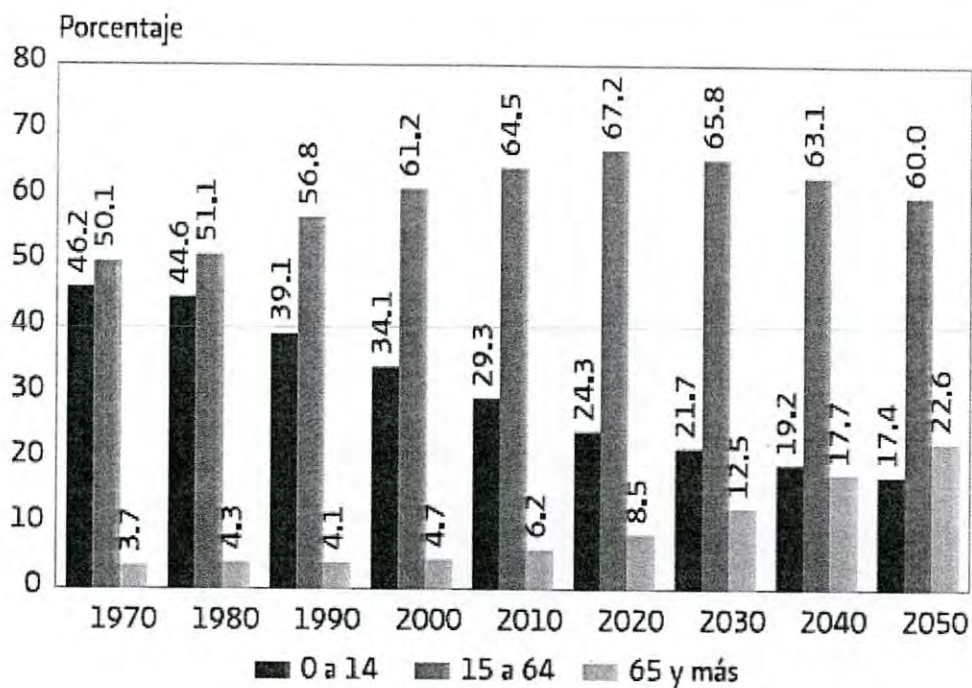
México no está exento de dicha realidad, en nuestro país “la población de adultos mayores tiende al crecimiento como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el énfasis en la promoción de la salud, el auto-cuidado, y la disminución de la natalidad” (Dueñas y col., 2006, p. 32). En los últimos 25 años, el índice de envejecimiento se ha incrementado de 12.2 a 20.9 (Durán y col., 2004), la proporción de adultos mayores pasará de 4.8% en 2000 a 24.6% en 2050. Como consecuencia la edad media de la población aumentará de 26.7 años en 2000 a 45.1 años en 2050. La esperanza de vida en los próximos años pasará de 75 años en 2000 a 84 en 2050 (Tuirán, 1999). También ha incrementado la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas de la tercera edad (Partida, 2006; Domínguez-Guedea y col., 2008), las cuales pueden llegar a comprometer su capacidad para realizar actividades cotidianas y de auto-cuidado, iniciándose así un proceso gradual de dependencia funcional (Domínguez-Guedea y col., 2008).

En nuestro país se ha incrementado el porcentaje de adultos mayores, y con esto el número de personas que asumen el rol de cuidadores, sin embargo éstos últimos no han sido considerados por muchos investigadores como un tema importante para investigación (Domínguez-Guedea, 2008). Las responsabilidades que surgen para con



los adultos mayores en cuanto a cuidado y asistencia tiende a recaer en los familiares (Roberto y Jarrot, 2008; Domínguez-Guedea y col., 2008), sobre todo en contextos latinoamericanos, en donde los sistemas públicos son hasta ahora insuficientes para atender las crecientes demandas de esta población vulnerable (Domínguez-Guedea, 2005; Domínguez-Guedea y col., 2008). Surge así el problema de la dependencia funcional de los adultos mayores, resultado de la alta incidencia de enfermedades crónico-degenerativas. De hecho, los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México de 2003 (ENASEM) muestra que 24% de los adultos mayores son dependientes en actividades de la vida cotidiana y 23% en actividades instrumentales (Barrantes y col., 2007; Domínguez-Guedea y col., 2008).

La población total en México, referida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para el año 2000 fue de 97 483 412 de los cuales 6 948 457 son mayores de 60 años, correspondiente a un 7% de la población total. Para el año 2005 la población total fue de 103 263 388 de los cuales 8 338 835 son mayores de 60 años lo que corresponde al 8% de la población para este año. En el año 2010 la población aumento a 112 336 538 de los cuales 10 055 379 fueron mayores de 60 años, equivalente al 9% de la población total. Los datos anteriores nos muestran que la población de adultos mayores está creciendo constantemente y en relación a la población total crece de forma más rápida (INEGI, 2011). La figura 1 muestra la distribución de la población por grupos de edad en porcentaje, en los años de 1970 y proyectado hasta 2050; en 1970 el grupo de edad de 0 a 14 años correspondía al 46.2%, el grupo etario de 15 a 64 años al 50.1% y el grupo de 65 y más correspondió solo al 3.7, en décadas posteriores el grupo de 0 a 14 años fue reduciendo su tamaño hasta alcanzar 29.3% en el 2010, lo cual corresponde a una disminución de 16.9%, por otro lado el grupo de 15 a 64 años pasó de 50.1% a 64.5% en el 2010, aumentando en 14.4% su distribución en la población



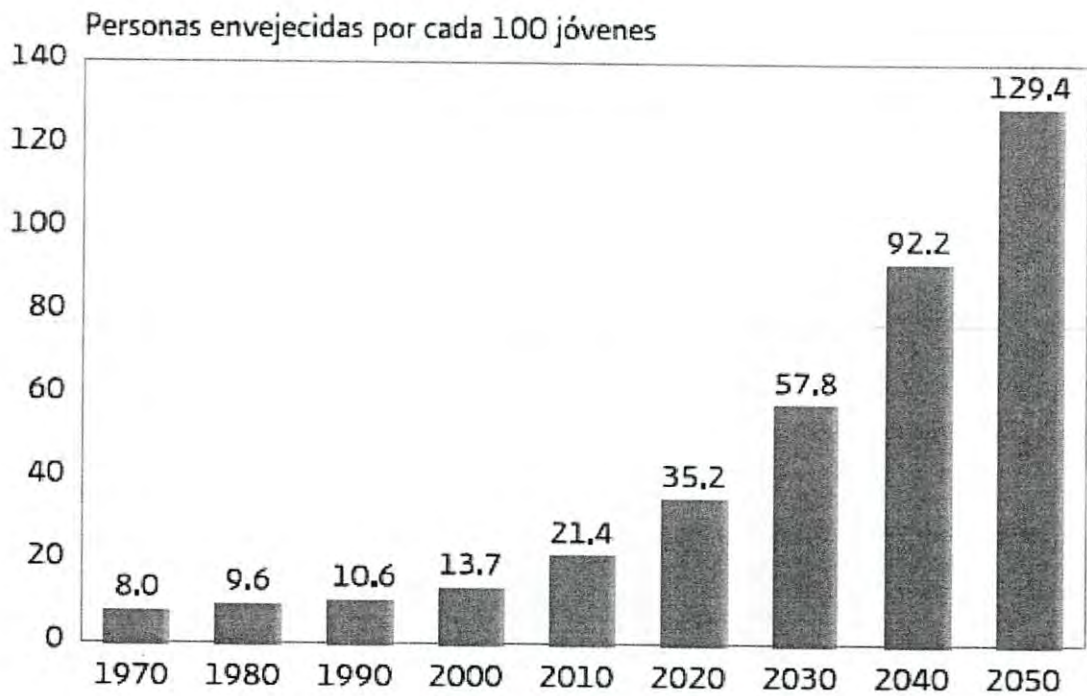
**Figura 1.** Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad. México, 1970-2050.

Fuente: INEGI. IX Censo General de Población, 1970, Tabulados básicos. Población Media. Elaboración con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población. Población Media, 1980-2000. Documento electrónico. INEGI (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010. Tabulados básicos del cuestionario básico. Población Media.



mexicana, en el caso de 65 y más aumentó hasta 6.2%, lo cual indica un incremento de 2.5%. Proyecciones para estos grupos muestran que a partir del 2020 el grupo de 15 a 64 años alcanzará su proporción máxima en 67.5% y posteriormente ira disminuyendo; el grupo de 0 a 14 años continuará descendiendo, alcanzado en 2050 un 17.4%, mientras que el grupo de 65 y más incrementará su proporción paulatinamente hasta ocupar el 22.6% de la población para el año 2050 (Ham, 2011). Es importante hablar sobre el índice de envejecimiento, éste es definido como el número de personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años. La figura 2 muestra el índice de envejecimiento en México de 1970 a 2050 en la cual se observa que en el año 1970 el índice de envejecimiento correspondía al 8.0, y fue aumentando paulatinamente hasta llegar en 2010 a 21.4, sin embargo se espera que para el año 2050 se incremente a tal grado que alcanzará 129.4 (Ham, 2011). Esta población de adultos mayores es vulnerable en términos de salud, especialmente cuando se genera dependencia debida a enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales, necesitando prevención, atención médica, medicamentos y cuidados personales de por vida. Estas necesidades surgidas a partir de su vulnerabilidad generan cargas económicas y emocionales tanto para el adulto mayor como para su familia y entorno.

En la tabla I se observa la distribución de la población por grupo etario y tipo de discapacidad/limitación. A nivel nacional hay 4.1% de la población con alguna discapacidad, sin embargo al estratificar por edad se ve que el grupo de menos de 65 años hay 2.7% de población discapacitada, siendo 1.4 menos que a nivel nacional, sin embargo arriba de esta edad el porcentaje de la población que se encuentra discapacitado aumenta, siendo 15.5% en las personas de 65 a 69 años, 21.1% de 70 a 74 años, 28.2 de 75 a 79 años, y 41.6% en 80 años y más, casi la mitad de la población mayor de 80 años. La discapacidad más frecuente es la de caminar o moverse ocupando en el grupo de 65 a 69 años 66.7% del 15.5%, y llegando a ocupar hasta el 72.4% del 41.6% de la población de 80 años y más.



**Figura 2.** Índice de Envejecimiento. México, 1970-2050.

Fuente: INEGI. IX Censo General de Población, 1970, Tabulados básicos. Población Media. Elaboración con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población. Población Media, 1980-2000. Documento electrónico. INEGI (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010. Tabulados básicos del cuestionario básico. Población Media.



**Tabla I.** Distribución de la población por condición y tipo de limitación en la actividad. México, 2010.

Grupos de edad	Con limitación en la actividad								Sin limitación en la actividad
	Total	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental	
<b>Nacional</b>	4.1	53.6	28.4	11.0	8.8	5.0	4.6	9.9	95.9
Menos de 65 años	2.7	43.6	29.0	7.6	11.9	4.3	6.0	14.0	97.3
65 a 69 años	15.5	66.7	29.4	10.4	3.2	3.6	1.5	2.9	84.5
70 a 74 años	21.1	69.0	27.5	13.1	3.3	4.1	1.7	2.7	78.9
75 a 79 años	28.2	70.4	26.7	16.0	3.5	5.1	2.0	3.0	71.8
80 y más	41.6	72.4	27.1	22.4	4.7	9.8	3.6	3.8	58.4
<b>Hombres</b>	4.2	50.3	27.3	12.1	10.1	4.8	5.0	11.1	95.8
Menos de 65 años	2.9	42.1	27.0	8.0	13.1	4.4	6.5	15.3	97.1
65 a 69 años	15.4	63.4	29.0	13.0	3.8	3.7	1.5	3.4	84.6
70 a 74 años	20.7	65.5	27.4	16.3	3.8	4.1	1.7	3.0	79.3
75 a 79 años	27.7	66.5	27.1	19.8	4.1	4.8	1.9	3.0	72.3
80 y más	40.5	68.0	28.1	26.7	5.0	7.9	3.1	3.3	59.5
<b>Mujeres</b>	4.0	57.0	29.6	9.9	7.6	5.3	4.2	8.6	96.0
Menos de 65 años	2.5	45.3	31.3	7.1	10.5	4.1	5.4	12.5	97.5
65 a 69 años	15.7	69.5	29.7	8.1	2.7	3.5	1.5	2.4	84.3
70 a 74 años	21.4	71.9	27.6	10.4	2.8	4.1	1.7	2.5	78.6
75 a 79 años	28.6	73.6	26.4	12.8	3.0	5.3	2.1	2.9	71.4
80 y más	42.5	75.6	26.4	19.3	4.6	11.2	3.9	4.2	57.5

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos del cuestionario básico.

La suma de los distintos tipos de limitación en la actividad puede ser mayor al total por aquella población que tiene más de una limitación.

Ver incluye a las personas que aun con anteojos tienen limitaciones.

Oír incluye a las personas que aún con aparato auditivo tienen dificultades.

Es importante para este estudio definir la relación de dependencia que es una relación de la población menor de 15 y mayor de 60 años entre la población de 15 a 59, expresada como porcentaje. Indica el número de personas en edades dependientes por cada cien personas en edades productivas. Para México esta relación de dependencia en el año 2000 fue de 70.7, en 2005 de 66.1 y en 2010 de 62.3, mientras que Sonora se encontró por debajo de la media nacional con valores de 66.2, 63.9 y 61.0 en 2000, 2005 y 2010, respectivamente (INEGI, 2011). Por otro lado el cuidador principal es generalmente alguna de las hijas o la esposa, sin embargo se ha encontrado que estas cuidadoras no son jóvenes y en su mayoría tienen una edad de entre 45 y 59 años (Robles, 2001). Partiendo de estas características de los cuidadores principales Ham en el 2011, propone el índice de disponibilidad de las cuidadoras (IDC) definida como “la relación entre el tamaño de la población envejecida y la población femenina en edades entre 45 y 59, multiplicada por 100”. El IDC se encuentra relativamente estable en 90 entre los años de 1970 a 2020, sin embargo para el año 2030 se espera que el IDC aumente a 127, es decir, que habrá 127 adultos mayores por cada 100 cuidadoras (mujeres de entre 45 y 59 años); en años siguientes se incrementa este índice llegando a más de 222 en 2050.

En Sonora, ésta situación no es muy diferente, la tabla II muestra los indicadores demográficos para adultos mayores (60 años o más) del Estado, desde el año 2000 y con proyecciones hasta el 2030. En el año 2000 Sonora tenía un índice de envejecimiento de 21.4, posicionándose 7.7 por arriba de la media nación, que se encontraba en 13.7; ésta proporción de adultos mayores por cada 100 menores de 15 años va incrementando año con año, y la predicción para el año 2030 en Sonora es de 84.9, mientras que nacionalmente se espera un índice de 57.8.

En cuanto a la esperanza de vida en el país se registraba una edad de 74.8 en 2006, siendo para el hombre 72.4 y 77.2 para la mujer, en este año Sonora tuvo una esperanza de vida de 75 años, superando la media nacional con 72.4 en hombres y 77.5 en mujeres; en el año 2011, la esperanza de vida aumento en 0.8 años pasando de 74.8 a

**Tabla II.** Sonora: Indicadores demográficos para los adultos mayores, 2000-2030.

Indicador	2000	2010	2020	2030
Población media	155 694	233 747	371 487	562 533
Proporción de la población total (por cien)	6.8	8.8	12.3	17.0
Tasa de crecimiento (por cien)	4.1	4.4	4.6	3.8
Índice de dependencia juvenil <sup>1</sup>	51.9	40.3	33.6	31.9
Índice de dependencia de adultos mayores <sup>2</sup>	11.1	13.5	18.8	27.1
Índice de dependencia demográfica <sup>3</sup>	63.0	53.7	52.4	59.0
Índice de envejecimiento <sup>4</sup>	21.4	33.4	56.0	84.9
Índice de masculinidad (por cien)	91.7	92.9	93.6	93.6
Esperanza de vida a los 60 años (total)	21.2	22.1	22.8	23.4
Esperanza de vida a los 60 años (hombres)	20.4	21.2	21.8	22.3
Esperanza de vida a los 60 años (mujeres)	21.9	23.0	23.9	24.5

<sup>1</sup> Población menor de 15 años dividida por la población de 15 a 59 años (por cien)

<sup>2</sup> Población 60 años o más dividida por la población de 15 a 59 años (por cien)

<sup>3</sup> Suma de la población menor de 15 años y de 60 años o más dividida por la población de 15 a 59 años (por cien)

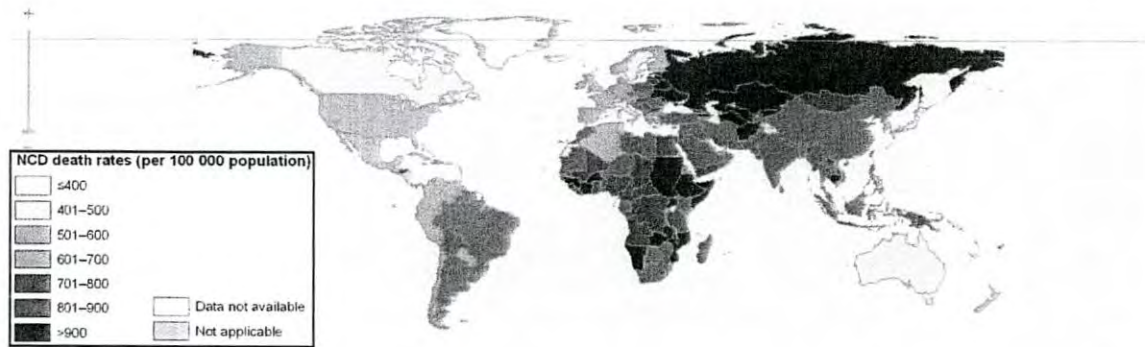
<sup>4</sup> Población de 60 años o más dividida por la población menor de 15 años (por cien)

Fuente: CONAPO, 2005



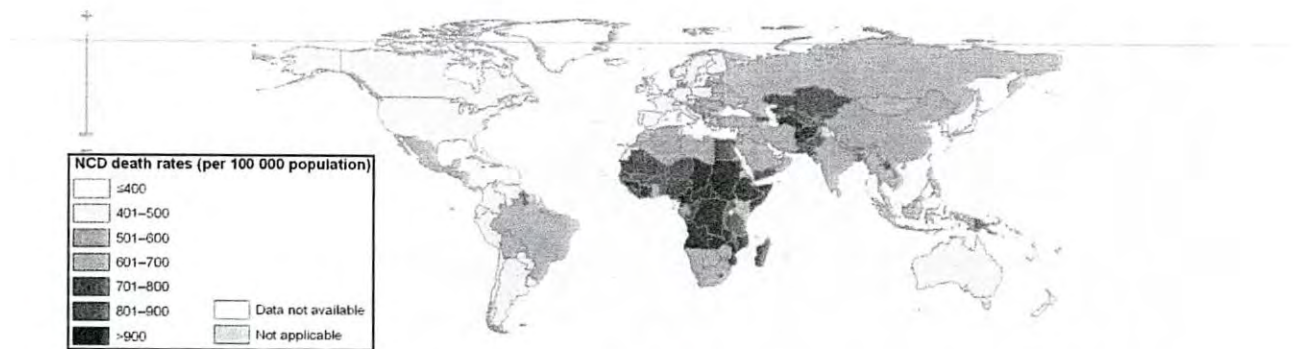
75.6, Sonora por otro lado aumento 0.6 años pasando de 75 a 75.6, siendo una esperanza de vida en hombres de 73.2 y en mujeres de 78.1, ésta última estando por arriba de la media nacional por 0.2 años. Esto nos muestra un aumento gradual en la esperanza de vida, lo que supone un aumento próximo en la población de adultos mayores, tanto a nivel nacional como a nivel estatal (INEGI, 2011).

Este tipo de población se ve afectada en mayor proporción por enfermedades no transmisibles tales como enfermedades del corazón, evento cerebro vascular, cáncer, asma, diabetes, enfermedad crónica de los riñones, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer, cataratas, etc. En la figura 3 se observa la tasa de muerte por este tipo de enfermedades por cada 100 000 personas a nivel mundial en hombres durante el año 2008, en el cual México se tiene una tasa de muerte de entre 601-700 por cada 100 000. Por otro lado en la figura 4 se muestra la tasa de muerte por enfermedades no transmisibles en mujeres por cada 100 000 personas a nivel mundial, en el año 2008, México presentó una tasa de entre 501-600 por cada 100 000 personas (WHO, 2011). Dados los datos anteriores se observa que los hombres tienen una mayor tasa de muerte con respecto a las mujeres, lo que concuerda con la esperanza de vida presentada anteriormente. Siendo así México uno de los países con mayor número de muertes en el continente Americano, sobrepasado solo por Guyana y Belice. Sin embargo la mayoría de estas enfermedades no son de término rápido, sino que llevan una historia natural de larga duración, invalidando así a las personas que los padecen, mismas que en su mayoría son personas de la tercera edad, lo que dificulta aún más su autonomía.



**Figura 3.** Tasa total de muerte por cada 100 000 habitantes debida a enfermedades no transmisibles, estandarizada por años en hombres, 2008.

Fuente: WHO, 2011



**Figura 4.** Tasa total de muerte por cada 100 000 habitantes debida a enfermedades no transmisibles, estandarizada por años en mujeres, 2008.

Fuente: WHO, 2011



## **ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

La atención y cuidado a un adulto mayor dependiente funcional, supone una sobrecarga económica, física y emocional para el cuidador del adulto mayor, mismo que afecta negativamente en su salud y bienestar (Domínguez-Guedea y col., 2008). Es común que los profesionales dirijan su atención y recursos al manejo de enfermedades del paciente mayor, no tomando en cuenta el contexto familiar donde se generan múltiples cambios, algunos nocivos para la salud de quienes se desempeñan como cuidadores (Dueñas y col., 2006; Barrón y Alvarado, 2009).

Desafortunadamente, en nuestro país hay poca investigación sobre cuidadores familiares, aún y cuando el tema es recurrente en la literatura internacional, dado la importancia del bienestar del cuidador para el bienestar de quien recibe los cuidados. Así, la mayoría de los estudios internacionales han estado basados en el paradigma de estrés y bienestar, señalándose como intermediadoras las estrategias de enfrentamiento y los recursos de apoyo social con los que cuente la persona (Domínguez-Guedea, 2008). Dicho planteamiento sugiere que determinadas estrategias de enfrentamiento y recursos de apoyo social evitarán o disminuirán el estrés percibido por el cuidador, favoreciendo así su bienestar. El bienestar es un proceso integral que involucra el ámbito social, físico y mental del individuo a lo largo de su vida, este proceso depende en parte de la persona y otras condiciones y oportunidades que se encuentre en el medio sociocultural que facilita o dificulta esta condición (Durán, 2010).

### **Modelo de Estrés**

Una manera de manejar los efectos adversos a la salud o disminuir los eventos estresantes es a través del uso efectivo de las estrategias de afrontamiento, así como contar con recursos externos como dinero y el apoyo social (Taylor, 2007). Estas estrategias de enfrentamiento y el apoyo social son mediadores del efecto que tiene el estrés sobre el bienestar del cuidador; considerando en el estrés fuentes primarias las

cuales son relacionadas con el cuidado del adulto mayor y secundarias como los problemas familiares (Domínguez-Guedea, 2008).

La literatura sugiere que la perspectiva transaccional como modelo para el estudio del estrés es una de las más útiles e importantes (Galán y Perona, 2001; Portello y Long, 2001; Somerfield y McCrae, 2000). Desde esta perspectiva, el estrés es consecuencia de la interacción entre la persona y su ambiente, y que las personas no son receptores pasivos sino que eligen y determinan de forma activa el entorno que les rodea (Judge y Colquitt, 2004; Lazarus y Folkman, 1984; Rafferty y Griffin, 2006; citado en Escamilla y col., 2009). Este modelo plantea que en el proceso del estrés no existe una relación directa entre los potenciales estresores y los resultados o consecuencias, sino que estos son debidos a la interacción de la valoración de los estresores por parte de la persona; a las emociones y afectos asociados a dicha apreciación; y a los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores (Escamilla y col., 2009).

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), para la investigación sobre el estrés, el afrontamiento y la adaptación, considera al individuo y al entorno en una relación dinámica y recíproca, es decir, lo que en una primera parte es una consecuencia puede pasar a ser un antecedente en una segunda parte, y su causa puede ser tanto el individuo como el ambiente. El afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedente o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984).

Este planteamiento consiste en la evaluación cognitiva, la cual se centra en la evaluación de la amenaza; esta evaluación no hace referencia al ambiente o al individuo, sino a la interacción que se presenta entre ambos. Una amenaza supone emitir un juicio limitado a un contexto determinado, en el que sus particularidades son evaluadas por un individuo con características únicas.

En este modelo el proceso es una parte crucial en el estudio, refiriéndose a él como el desarrollo de los acontecimientos. Luego entonces el entorno se halla en constante cambio al igual que el individuo con respecto de él.

El afrontamiento tiene tres aspectos clave: a) lo que el individuo hace realmente; b) un contexto determinado (dado que el afrontamiento no ocurre en ausencia de un entorno); y c) cómo cambia la conducta a medida que se desarrolla la interacción. Así pues el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquéllas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Así mismo el apoyo social puede considerarse también como un proceso que varía a medida que cambia la relación entre el individuo y el entorno.

Pearlin (1989), siguiendo los estudios de Lazarus y Folkman, hace referencia al enfrentamiento como las acciones que toma las personas por su cuenta como un intento para evadir o minimizar el impacto de los problemas de la vida, así mismo los considera como mediadores en el proceso de estrés.

Es importante localizar los estresores en su contexto social: la posición estructural, estatus, y roles. Hay diferentes tipos de estresores entre los que se incluyen grandes eventos de la vida, enfermedades crónicas, dificultades diarias, así como traumas. Los efectos de estos dependen los recursos tanto personales como sociales a los cuales tienen acceso las personas (Pearlin, 1999; Wheaton, 2010; McLeod, 2012).

Dentro del modelo de Pearlin, aplicado al presente estudio, la sobrecarga considera los sentimientos subjetivos del individuo como estresores primarios derivados de la actividad del cuidado, teniendo influencia directa sobre el estrés del individuo.

El ambiente familiar por su parte se incluye como parte de estresores secundarios que se desarrollan de las interacciones del cuidador del adulto mayor, el cual es afectado y afecta a sí mismo la sobrecarga en el cuidador; además de influir también sobre el

estrés, dado que es un cuidador familiar y no simplemente un cuidador, es importante considerar al ambiente familiar como contexto constante en la interacción de cuidado.

Como resultado de estas interacciones, vemos que en realidad, el estrés es un proceso constantemente cambiante, derivado de las evaluaciones cognitivas realizadas a las situaciones interactuantes de sobrecarga y el ambiente familiar, mediadas a su vez por las estrategias de enfrentamiento, y esto influye sobre el bienestar del cuidador.

### **Estrés**

El estrés del cuidador se entiende como las consecuencias de condiciones que incluyen las características socioeconómicas, recursos de los cuidadores, así como estresores primarios y secundarios a los que estén expuestos (Deví y Ruiz, 2002). El estrés es de suma importancia ya que además de generar tensión psicológica, también produce cambios en el sistema simpático-adrenal y el eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal, ésta activación por tiempos prolongados o repetidamente ha sido relacionada con padecimientos cardiovasculares, artritis, hipertensión y deficiencias inmunológicas (Taylor, 2007).

Es importante considerar la naturaleza de los estresores, las estrategias de enfrentamiento y el apoyo social como mediadores del estrés en el bienestar subjetivo (Haley y col., 1987; Domínguez-Guedea, 2008).

Los agentes estresantes pueden ser de dos tipos: los estresores primarios que son aquellos relacionados directamente a la actividad de ser cuidador, los cuales incluyen estresores objetivos (condiciones del adulto mayor y tareas que ello conlleva) y subjetivos (originados por la atención que se presta al mayor); es importante ésta diferenciación dado que la valorización subjetiva que realiza el cuidador es mejor predictora que la tarea en si (Montorio y col., 1999; citado en Crespo y López, 2007).

Los estresores secundarios se producen en áreas distintas al cuidado del mayor, sin embargo éste es generado o incrementado por el hecho de ser cuidador y los estresores primarios que ello conlleva. En su mayoría tienen que ver con el desempeño



de distintos roles por parte del cuidador y suelen reflejarse como conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del ocio, etc. En otros casos se trata de estresores intrapsíquicos, que se relacionan con el cuidado y llevan a la pérdida de la autoestima y sentimientos de falta de control y competencia sobre la situación (Crespo y López, 2007). La aparición de un estresor específico provoca la subsiguiente aparición de más estresores, ya que las diferentes áreas de desempeño de la persona y sus distintos roles son interdependientes, es decir, se acentúa cuando la situación se prolonga en el tiempo, mismo que sucede en el caso de los cuidadores (Crespo y López, 2007).

Un estresor primario usado en el estudio del estrés suele ser la sobrecarga con relación a las funciones del cuidado, a su vez esto genera otro tipo de estresores, secundarios, como son los conflictos familiares. A continuación se explican los estresores.

### **Sobrecarga**

El término carga se comenzó a usar a principios de los 60 (Grad y Sainsbury, 1963; citado en Montorio y col., 1998) en un trabajo realizado para conocer cómo afectaba a la familia y la vida doméstica la convivencia con pacientes de psiquiátricos; posteriores investigaciones en torno a la familia y pacientes psiquiátricos incidían en la necesidad del término carga desde una perspectiva más amplia, sin embargo declaraban dificultades conceptuales en torno a éste término (Hoening y Hamilton, 1965, 1967; citado en Montorio y col., 1998). En la literatura médica es sinónimo de “obligación” o “deber” y se ha empleado especialmente en la investigación gerontológica y sobre el proceso de cuidado de pacientes, como efecto sobre el cuidador, considerándose un factor trascendental el sentimiento de carga en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores (Diputación Provisional de Malaga, 2005; Barrón y Alvarado, 2009). Esta ambigüedad en el término sugiere el origen de distinguir entre carga objetiva, definida como efectos concretos sobre la vida doméstica, y subjetiva, definida como sentimientos subjetivos con respecto de la convivencia familiar tales

como culpa, enojo y sentimientos de pérdida (Ivarsson y col., 2004; Loukissa, 1994; Montorio y col., 1998; Schene, 1990).

### **El Cuidador y el Ambiente Familiar**

Pearlin (1989), menciona que el estrés comienza con una experiencia, adulto mayor con dependencia funcional en este caso, como una exigencia que el cuidador confronta y a su percepción de la exigencia como desgastante. Así también, un tipo de estresor surgido a partir de las funciones del cuidado son los conflictos.

Es importante aclarar que el rol de cuidador no es excluyente, además de ser cuidador se es esposo/a, padre/madre, etc., lo que conlleva una acumulación de responsabilidades, la cual en algunos casos es difícil de compatibilizar, sin embargo en ocasiones hay satisfacción derivada de esos otros roles, lo que puede ser un factor amortiguador del estrés asociado al cuidado (Crespo y López, 2007).

En 2005, Molina y col. refieren a la familia como la primera fuente de ayuda de las personas mayores con algún trastorno orgánico así como también es el tipo de ayuda que prefieren las personas dependientes este grupo etario. La familia, por tanto, completa los cuidados y los servicios que proporciona la red pública de salud, pero es también la que más contribuye a mantener la calidad de vida, la seguridad y el bienestar psicológico y físico de los ancianos (Flórez y col., 2003). No obstante, la dedicación que en ocasiones se torna exclusiva hacia el paciente hace que a mediano o largo plazo el cuidador se convierta en un “paciente oculto” (Flórez, 2000) que necesitará de la atención de quienes viven en su entorno o profesionales para que pueda afrontar tal problemática. Estudios indican que el ser cuidador familiar trae consigo sobrecarga, carga emocional, estrés y depresión, fatiga, pérdida del apetito, insomnio, trastornos del ciclo circadiano y aislamiento social, entre otros (Sánchez, 2001; Montoro, 1999; Artaso y col., 2002; Giraldo y Franco, 2006). Crespo y López en 2007 refieren que los efectos y la vivencia se ven afectados por la historia del cuidador, esto es, existen diferencias entre cuidar de un mayor del cual uno se siente cercano y atender a un familiar que se percibe



como distante, de igual forma es relevante la duración y la composición de la familia para entender las repercusiones del cuidado.

Torres en 2008, destaca las relaciones con los demás (amigos, familia, compañeros) como una variable importante en la investigación de la percepción de apoyo psicosocial. Este apoyo como medio para amortiguar los efectos del estrés en la salud del cuidador ha sido ampliamente investigado, así como sus beneficios a nivel de salud, como la relación entre apoyo social percibido y la menor carga subjetiva en cuidadores de personas con demencias, así como también que un nivel alto y estable de apoyo social disminuye la probabilidad de padecer problemas de salud a lo largo del cuidado (Torres, 2008). El ambiente familiar es producto de la interacción de los miembros de la familia. Estudios han considerado algunos elementos funcionales de la familia y demostraron que existe relación entre el ambiente y la conducta de los miembros (Moos, 1974). El ambiente familiar se define por los estilos de interacción que adopta la familia para su funcionamiento según la forma en que se relacionan sus miembros, si se satisfacen las necesidades para su crecimiento personal y como se organizan y estructuran como sistema para su funcionamiento (Moos, 1981; citado en Morales, 2000).

Como podemos ver el ambiente familiar no implica solamente términos negativos o positivos, varía en términos de su estructura y funcionamiento, pero también en cuanto a conflictos familiares, y en vista de que la variable en el modelo se usa como un estresor, prestaremos especial importancia a este último.

Aunque no todo es carga para los cuidadores, ya que como dice Crespo y López (2007) "...existen una serie de variables moduladoras que mediatizan el efecto de los estresores y pueden aliviar su repercusión en la persona. Se trata de los recursos personales del propio cuidador, entre los que desempeñan un papel especialmente relevante las estrategias de afrontamiento, esto es, lo que el cuidador hace para dar respuesta y solución a los diversos y numerosos problemas que el cuidado plantea ...y el apoyo social, esto es, las relaciones afectivas y los vínculos interpersonales con los que

cuenta el cuidador, los cuales pueden brindarle soporte ya sea para la realización de algunas tareas, lo que contribuye a la disminución de la carga del cuidador, o para proporcionarles empatía, comprensión, reconocimiento, aceptación y afecto” (pp. 54-55). Si bien es cierto que los cuidadores tienen una sobrecarga en el ámbito de lo económico, biomédico y social, también es cierto que hay satisfacción por cuidar al adulto mayor, como el sentirse útiles, poder retribuirle a quien en otro momento le aporta algo a su vida, y el saber que adquieren, son consecuencias muy venturosas que parecen compensar los momentos adversos (Giraldo y Franco, 2006).

Antes de pasar a la variable de resultado, bienestar subjetivo, es importante analizar que las interacciones en el modelo son mediadas por las estrategias de enfrentamiento.

### **Estrategias de Enfrentamiento**

El enfrentamiento es definido como el proceso cognitivo y conductual para manejar eventos estresantes o ambientales. De acuerdo con la teoría de Lazarus y Folkman (1984), el estrés surge cuando la relación entre la persona y el ambiente es evaluada como superior a los recursos de la misma y atenta contra su bienestar. Pearlin (1989) por su parte, propone que esto se presenta dentro de un contexto determinado, y diferencia entre estresores primarios y secundarios; estos a su vez son mediados mediante las estrategias de enfrentamiento y el apoyo social, dando como resultado el bienestar. En el caso específico del presente trabajo, los estresores primarios y secundarios son la sobrecarga y los conflictos familiares, respectivamente. Como variable mediadora las estrategias de enfrentamiento y, por último el bienestar como variable respuesta.

### **Bienestar Subjetivo**

En los últimos años se ha dado gran importancia a esta variable, ya sea por sus dimensiones positivas del desarrollo psicosocial o por la relación con variables como la calidad de vida, lo que ha creado dos modelos de estudio entorno a este fenómeno, una referente al bienestar psicológico y la otra al bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández y

Goñi-Grandmontagne, 2011). El bienestar psicológico alude a una concepción de crecimiento personal, desarrollo del potencial y despliegue de las capacidades propias, caso contrario con el bienestar subjetivo el cual se concibe por la felicidad y satisfacción con la vida.

Este bienestar subjetivo dado por factores explica de mejor manera sus dimensiones en tanto que considera aspectos cognitivos y afectivos. Su componente afectivo es la satisfacción con la vida la cual es un resumen de la vida del individuo, y el componente afectivo como el balance entre aspectos negativos y positivos entendido como el balance, mismo que es resultado de reacciones inmediatas y continuas que nos suceden (Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011).

Según Diener y Diener (1995) el termino bienestar subjetivo se puede agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera lo describe como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos (satisfacción con la vida). Una segunda categoría refiere a la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Este punto de vista fue iniciado por Bradburn (1969) para él la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos. La última concepción concibe la felicidad como una virtud o gracia, bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (Coan, 1977).

Montorio e Izal (1992) consideran que la satisfacción con la vida está fundamentalmente impregnada de elementos cognitivos. Ésta se entiende como un proceso de valoración que hace la persona sobre el grado en que ha conseguido los objetivos deseados en su vida.

Para este estudio el bienestar subjetivo se considera como el equilibrio entre los afectos positivos y negativos, así como la satisfacción en los aspectos de su vida personal y la satisfacción en relación a los bienes materiales con los que cuenta el cuidador.

En nuestro país siempre se ha intervenido rehabilitando al paciente, sin embargo este estudio puede ser un primer paso para una intervención posterior, lo cual generará menos costos al sistema de salud al mejorar de manera indirecta la salud de los adultos mayores; es importante conocer las condiciones de estrés en que viven los cuidadores y el potencial valor predictivo de los estresores, así como el papel del enfrentamiento como mediador para intervenciones eficientes en esta población.

Muchos son los estudios donde se realiza la tarea de investigar las relaciones entre enfrentamiento, estrés, sobrecarga y bienestar (Papastavrou y col., 2007; McMillan y col., 2005; McConaghy y Caltabiano, 2005; Andrén y Elmståhl, 2008; Schmid y col., 2006), pero son pocos los estudios enfocados al bienestar subjetivo en sí, ya que los anteriores se enfocan más a la ausencia de estrés o sobrecarga.

En Sonora, el estudio de las estrategias de enfrentamiento, sobrecarga y conflictos familiares sobre el bienestar del cuidador es escaso, pocos son los investigadores que se dan a la tarea del trabajo con adultos mayores, pero son aún menos los que trabajan con los cuidadores de los mismos.

De ahí que surjan las preguntas sobre si éstas variables se comportan de manera similar en nuestro contexto, luego entonces ¿Existe una relación entre la sobrecarga, los conflictos familiares, el enfrentamiento y el bienestar subjetivo en los cuidadores? ¿Ésta relación es mediada por la estrategia de enfrentamiento?

Las hipótesis pertinentes que surgen de nuestra pregunta son:

**H<sub>01</sub>**= No hay relación entre conflictos familiares, percepción de sobrecarga y enfrentamiento sobre el bienestar subjetivo.

**H<sub>A1</sub>**= Hay relación entre conflictos familiares, percepción de sobrecarga y enfrentamiento sobre el bienestar subjetivo.

**H<sub>02</sub>**= El efecto indirecto de enfrentamiento sobre la sobrecarga y los conflictos familiares es nula.



$H_{A2}$  = El efecto indirecto de enfrentamiento sobre la sobrecarga y los conflictos familiares es diferente de cero.

$$H_{01}: \beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3 = 0$$

$$H_{A1}: \beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3 \neq 0$$

$$H_{02}: z = 0$$

$$H_{A2}: z \neq 0$$

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del Estudio

El estudio realizado fue de tipo transversal descriptivo analítico, se analizó mediante regresión múltiple jerárquica para hacer una predicción sobre la relación que existe entre el Bienestar Subjetivo como variable dependiente y el ambiente familiar y la sobrecarga percibida como variables independientes, también el enfrentamiento como variable mediadora, así como otras variables confusoras que se tomarán en cuenta para el modelo, las cuales son el sexo del cuidador, la edad del mismo, si éste vive o no con el adulto mayor, así como también el parentesco del cuidador con el adulto mayor. Dicho de otra forma:

Variable dependiente es el bienestar subjetivo concebido por la felicidad y satisfacción con la vida y medida por la *Escala de Bienestar Subjetivo-EBEMS* como satisfacciones materiales, satisfacciones personales, afectos negativos y afectos positivos.

Las variables independientes serán: a) Sobrecarga percibida, definida como sentimientos subjetivos con respecto de la convivencia familiar tales como culpa, enojo y sentimientos de pérdida y medida con la *Escala de Evaluación de Sobrecarga* y b) ambiente familiar definido como el producto de la interacción de los miembros de la familia y medido con la *Escala de Ambiente Familiar – ESAF* como organización y comunicación familiar, recreación familiar y conflictos familiares.

Las variables a controlar por medio del modelo de regresión serán: a) el tipo de enfrentamiento como la manera de manejar los efectos adversos a la salud o disminuir los eventos estresantes por medio de la *Escala de Enfrentamiento en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores* en resolución social, religiosidad y alteración emocional; b) el sexo en forma dicotómica (hombre-mujer); c) tipo de cuidador de forma dicotómica (cuidador principal, quien ayuda más tiempo y en más actividades al adulto mayor y cuidador secundario, aquél que ayuda al cuidador principal cuando éste no

puede cuidar del adulto mayor); y d) si vive o no con el adulto mayor en forma dicotómica (si-no).

Partiendo de lo anterior, se procedió como sugieren de Tabachnick y Fidell (2007) para determinar el tamaño de la muestra para una regresión múltiple jerárquica, ésta nos indica que debe haber una relación de sujetos-variables independientes de 40:1, esta regla asume una relación media entre las variables, una alfa de 0.05 y una beta de 0.20. En este sentido el tipo de muestreo a utilizado para la población fue por conveniencia, debido a su difícil obtención. Los cálculos pertinentes a esta regla dieron como resultado 280 sujetos por 7 variables independientes.

### **Participantes**

La muestra fue de 466 cuidadores de adultos mayores dependientes funcionales de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Los cuales se obtuvieron en los periodos de junio a noviembre de 2010 (registros), 2011 y 2012; los criterios para su selección fueron los siguientes:

**Criterios de inclusión.** Cuidadores de familiares adultos mayores que cohabiten con la persona mayor o le visiten al menos 1 vez por semana; además el participante debía asistir al adulto mayor en al menos dos de sus actividades básicas de la vida diaria o instrumentales, las cuales son previstas en el índice de valoración geriátrica.

**Criterios de exclusión.** No se cuenta con criterios de exclusión para la presente investigación

**Criterios de eliminación.** Los participantes que no cumplieron con el 80% como mínimo en el conjunto de instrumentos no formaron parte del estudio.

### **Instrumentos**

Para verificar el criterio de inclusión referente a las ayudas básicas de la vida diaria o instrumentales se usó el *Índice de Dependencia Funcional* (Domínguez-Guedea, 2005), el cual es un índice de valoración geriátrico, basado en los índices de *Barthel Index* (Mahoney y Barthel, 1965; citado en Domínguez-Guedea, 2008) y el *Instrumental*

*Activities of Daily Living Scale* (Lawton y Brody, 1969; citado en Domínguez-Guedea, 2008). El instrumento consta de 20 reactivos con actividades instrumentales y de la vida cotidiana en las cuales el adulto mayor podría necesitar ayuda, cuyas opciones de respuesta son: 1) Depende totalmente de alguien para realizar la actividad, 2) Puede hacerlo con ayuda de alguien, 3) No necesita ayuda, puede hacerlo solo/a.

Para medir el nivel de estrés se usó la *Medida de Estrés en Cuidadores de Familiares Adultos Mayores* de Domínguez-Guedea en 2005, basada en medidas previamente validadas de forma exploratoria en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales en Brasil. Se aplicó de forma contigua con el *Índice de Dependencia Funcional*, en ella se contemplan los estresores secundarios (ajenos al cuidado del adulto mayor), percepción de estrés debida a dependencia funcional y estresores primarios (limitación de actividades consecuencia del cuidado al adulto mayor).

Para medir el bienestar en los cuidadores se utilizó la *Escala de Bienestar Subjetivo-EBEMS*, desarrollada y validada por Domínguez-Guedea (2005) en Brasilia (Brasil) en cuidadores familiares de adultos mayores. Es adaptada y validada en Hermosillo en cuidadores familiares de adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 (López-Dávalos y col., 2010). Los datos de la última validación indicaron que, con 20 ítems (cargas factoriales  $>0.35$ ), se explica el 55% de varianza del constructo bienestar subjetivo. Los factores son: Satisfacciones materiales (seis ítems, alfa de Cronbach = 0.92), Satisfacciones personales (seis ítems, alfa de Cronbach = 0.84); Afectos negativos (cuatro ítems, alfa de Cronbach = 0.82) y Afectos positivos (cuatro ítems, alfa de Cronbach = 0.74).

En lo respectivo al ambiente familiar se usó la *Escala de Ambiente Familiar – ESAF*, original de Moos y validada por Domínguez-Guedea (2005) en Brasilia (Brasil) en cuidadores familiares de adultos mayores. Esta fue adaptada y validada en Hermosillo para cuidadores familiares de pacientes diabéticos adultos mayores por Domínguez-Guedea y col. (2008) quienes indican que la *ESAF* quedo conformada por 20 ítems con



cargas factoriales  $\geq 0.33$ , distribuidos en tres factores que, en conjunto explican 35% de la varianza del constructo. Los factores son: Organización y comunicación familiar (ocho ítems, alfa de Cronbach = 0.79), Recreación familiar (cinco ítems, alfa de Cronbach = 0.74) y Conflictos familiares (siete ítems, alfa de Cronbach = 0.71).

Para evaluar sobrecarga, se utilizó la *Escala de Evaluación de Sobrecarga* la cual fue formada por Domínguez-Guedea (2005) a partir de la revisión de la *Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit* (Zarit y Zarit, 1983 adaptada al español por Montorio y col., 1998), con una consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach que oscila entre 0.69 y 0.90 dividida en 3 factores: “impacto del cuidado”, “carga interpersonal” y “expectativas de autoeficacia” y *The Burden Assessment Scale* (Ivarsson y col., 2004) en la cual se encontraron 3 factores: “limitación de actividades”, “sentimientos de preocupación y culpa” y “presión social” con una consistencia interna calculada con coeficiente  $\alpha$  de Cronbach que varían entre 0.73 y 0.88 para los 3 factores.

Las estrategias de afrontamiento se midieron mediante la *Escala de Enfrentamiento en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores-EEPF* de Domínguez-Guedea y Ocejo (2012), validada en cuidadores familiares de adultos mayores en Hermosillo, Sonora. Dividido en 3 factores: Resolutivo social ( $\alpha=0.89$ ), Religiosidad ( $\alpha=0.94$ ) y Alteración emocional ( $\alpha=0.81$ ) que explican 54% de la varianza del constructo

Por último, se usó una Ficha de Datos Socio-demográfica para obtener datos generales tales como género, edad, nivel de estudios, etc. con el fin de categorizar al individuo en función de sus características socioeconómicas.

### **Procedimiento**

El estudio fue de tipo transversal analítico. Se reportan datos de cuidadores familiares de adultos mayores que fueron contactados mediante organizaciones que ofrecen servicios de salud a los adultos mayores, así como por indicaciones personales.

A continuación se describe y detalla el procedimiento a emplear en la investigación, incluyendo los procedimientos éticos de la misma.

Entre las instituciones que se contactaron se encuentran la Asociación Sonorense de Alzheimer y Enfermedades Relacionadas A. C., Centro Médico Dr. Ignacio Chávez, Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, Grupos de Ayuda Mutua de Pacientes Diabéticos e Hipertensos coordinados por el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud, grupos de pastoral social de diferentes iglesias y templos de la comunidad. Se presentó el proyecto de manera general así como las consideraciones éticas que implica la investigación para llegar a acuerdos y colaborar entre el equipo de investigación y las organizaciones. Una vez que obtenida la autorización por parte de las organizaciones, y especificados los mecanismos de contacto con los familiares, se buscó a los posibles participantes para explicar los propósitos del estudio. En caso de que el familiar contactado no fuese quien funge como cuidador del adulto mayor, se preguntó por la posibilidad de contactar con la persona que cumple con este rol.

Se realizó el contacto con los cuidadores de los adultos mayores que reciben los servicios, exponiéndoles los objetivos del proyecto y sus procedimientos, dentro de la Carta de Consentimiento Informado e invitándoles a participar de manera voluntaria.

Se leyó y explicó la Carta de Consentimiento Informado, dejando una copia de la misma con el participante; en la Carta se exponen los objetivos, el voluntariado del cuidador a participar y cómo sería ésta, se expresa que no se pedirá ni se le ofrecerá dinero por su participación, la confidencialidad y manejo de la información que proporcione, además de invitarlo a formar parte de talleres y conferencias enfocadas a su situación como cuidador realizadas por el equipo de investigación una vez al mes, así como teléfonos de contacto para más información si así lo requiere. A los cuidadores que aceptaron formar parte del estudio se les asignó fecha para la entrevista en el lugar, fecha y hora que los participantes facilitaron, esto con el fin de no entorpecer su tarea como cuidador.



Las entrevistas se llevaron a cabo en dos a cinco sesiones de una a dos horas dependiendo de la facilidad del participante de responder así como del tiempo con que este cuente para ello. Además de los instrumentos mencionados en el apartado de Materiales y Métodos, se aplicaron otros relacionados con la investigación eje de la cual parte este protocolo, los cuales son Enfermedades del Adulto Mayor y del Cuidador, Entrevista Sobre la Experiencia del Cuidado, Escala de Enfrentamiento a los Problemas Familiares, Escala de Apoyo Social en Cuidadores de Familiares Adultos Mayores, Escala de Apego en Familiares Cuidadores de Adultos Mayores, Escala de Instrumentalidad-Expresividad y Escala de Abnegación.

Las entrevistas fueron aplicadas por estudiantes de la licenciatura en psicología de la Universidad de Sonora, así como tesis adscritos a la investigación eje, los cuales fueron entrenados para dicho propósito en la aplicación de los diferentes instrumentos, así como cualquier contingencia que pudiese surgir durante la misma. Al final de las sesiones de entrevista, se entregó al participante un directorio con servicios sociales y de salud, con direcciones y teléfonos, para orientar sobre las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y asociaciones civiles en los cuales se puede apoyar en caso de tener cualquier tipo de problema relacionado al cuidado del adulto mayor, ya sea de salud, judicial o psicológico.

Las entrevistas se comenzaron con un primer momento de rapport para familiarizarse con el participante. Enseguida comenzó la aplicación de instrumentos iniciando con datos de identificación socio-demográfica, condiciones de salud del adulto mayor y del cuidador, el Índice de Dependencia Funcional y Medida del Estrés en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores, información sobre su experiencia como cuidador, apoyo social, Escala de Bienestar Subjetivo, Escala de Ambiente Familiar, como afronta los problemas familiares, características de personalidad, Escala de Evaluación de Sobrecarga, apego en cuidadores y abnegación.

Una vez terminada la entrevista se retroalimentó de manera positiva con las mismas experiencias que se comentaron a través de la entrevista el participante,

haciéndole saber el gran esfuerzo que realiza así como su importancia para el bienestar del adulto mayor. Además se les invitó a participar en talleres y conferencias enfocadas a la tarea del cuidado del adulto mayor realizadas por el grupo de investigación.

### **Consideraciones Éticas**

Dado que el presente estudio implicó el abordaje directo con personas usando instrumentos psicológicos para evaluación, un requisito para el proceder se basa en la observación de principios éticos de investigación con seres humanos. Siendo así:

Se revisaron las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación para la Salud (Comisión Nacional de Bioética, 2011), así como normas de conducta, resultados de trabajo y relaciones establecidas del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). Con base en ambos documentos, se identificó que el presente estudio presenta un riesgo mínimo para los participantes pues no se hará ningún tipo de intervención o tratamiento; asimismo, se determinó que este estudio cumple con recomendaciones éticas las cuales consisten en:

1) El protocolo general del cual surge el presente estudio, fue analizado y obtuvo un dictamen favorable por la Comisión de Bioética e Investigación de la Universidad de Sonora, así como de los comités internos del Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours y el Centro Médico Dr. Ignacio Chávez;

2) Se utilizó una Carta de Consentimiento Informado para contratar la participación voluntaria e informada de los participantes;

3) De acuerdo al principio de beneficencia, al concluir su participación en el estudio, los cuidadores podrán posteriormente asistir a sesiones colectivas de orientación a cuidadores (talleres y conferencias) organizados por el equipo de investigación;

4) Ante la posibilidad de que el participante experimente una respuesta emocional intensa por las preguntas incluidas en la colecta de datos, los entrevistadores



procederán en atención a la necesidad emocional expuesta, posponiendo la actividad de investigación como tal.

Situaciones por las cuales se suspendió la sesión de colecta de datos fueron: a) en el caso de que el participante presentaba alteración emocional dada la evocación de experiencias a partir del contenido de los instrumentos de medida, siendo central para esos casos la aplicación de estrategias de escucha activa y contención emocional; b) si el participante requería atender a eventualidades surgidas en el curso de la sesión (ej. demanda de atención del adulto mayor o de cualquier otro miembro de la familia).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De la muestra de 466 sujetos solo 378 cumplieron con los requisitos de inclusión al estudio (tabla III), de los cuales, 51 resultaron hombres y 327 mujeres, correspondiente al 13.49% y 86.51% respectivamente (figura 5); del total de la muestra recolectada 225 viven con el adulto mayor, y 153 no lo hacen (figura 6). En cuanto al parentesco del cuidador (figura 7) con el adulto mayor 287 son hijos del adulto mayor, 91 son esposos, hermanos, nietos, mamá del adulto mayor, primos, tíos y cuñados. Cabe señalar que los adultos mayores vienen de un grupo general, sin restricción de enfermedades; la tabla IV muestra la frecuencia de las enfermedades que presentan los adultos mayores clasificadas de acuerdo a cada capítulo de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10). Las enfermedades con mayor frecuencia entre los receptores del cuidado fueron las del sistema circulatorio, casi el 90% de los receptores lo padece, seguidas de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (53.87%), enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (38,40%) y trastornos mentales y del comportamiento (24.64%), solo por mencionar las que tienen mayor presencia. Se debe aclarar que no son adultos mayores en general sino que debido al tipo de muestreo (por conveniencia) y necesidades del estudio es población en su mayoría no sana (374 de 378 tuvieron por lo menos una enfermedad, además de necesitar ayuda en alguna actividad de la vida diaria o instrumental). También se hicieron pruebas de hipótesis de diferencia en relación al sexo en las variables de edad, parentesco y si vive o no con el adulto mayor, las cuales no superaron el valor crítico para rechazar la hipótesis nula,

Para tener una sola medida de los instrumentos, en vez de una por cada factor, se realizó un análisis Rasch. El modelo Rasch (Rasch, 1999), es un modelo psicométrico para analizar datos categóricos. Al realizar esto se renombró las variables en base a lo que medía su escala: sobrecarga que era unifactorial quedó como sobrecarga.

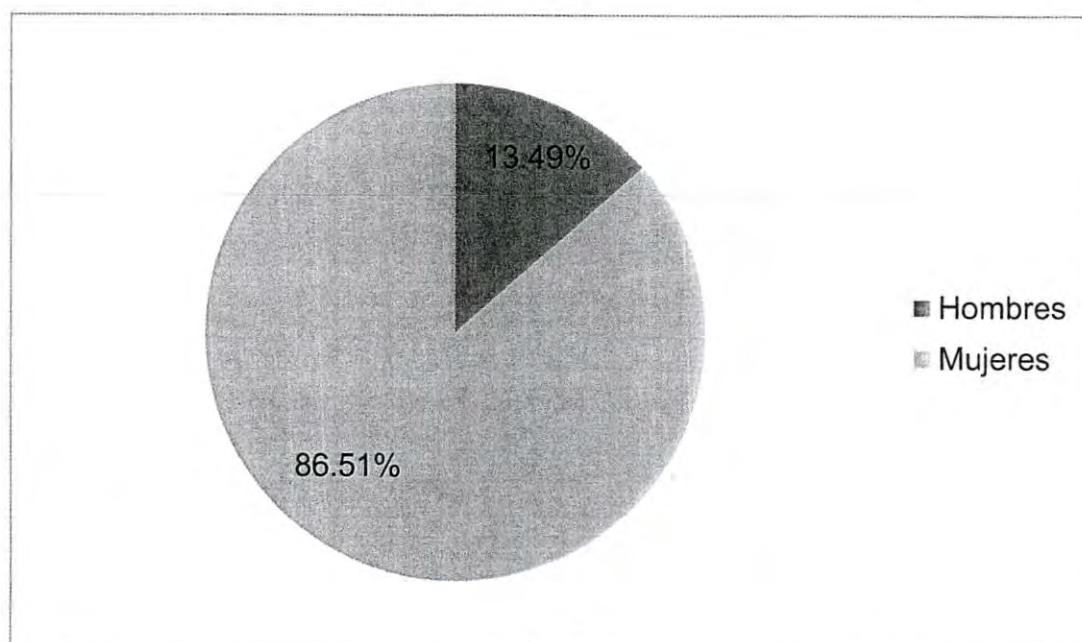
**Tabla III.** Resumen de características sociodemográficas y prueba de hipótesis en base a sexo del cuidador, de la muestra de 378 cuidadores.

	Masculino (n=51; 13.49%)		Femenino (n=327; 86.51%)		Contraste de hipótesis
Media $\pm$ Desviación estándar					
Años de edad	49.00 $\pm$ 14.55		48.78 $\pm$ 11.62		t=0.158(376); p $\geq$ 0.05
Frecuencia absoluta (porcentaje)					
Parentesco	Hijo/a (%)	Otro (%)	Hijo/a (%)	Otro (%)	x <sup>2</sup> =0.716(1); p $\geq$ 0.05
	41(80.39)	10(19.61)	246(75.23)	81(24.77)	
Vive con el Adulto Mayor	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	x <sup>2</sup> =0.046(1); p $\geq$ 0.05
	31(60.78)	20(39.22)	194(59.33)	133(40.67)	
<b>N=378</b>					

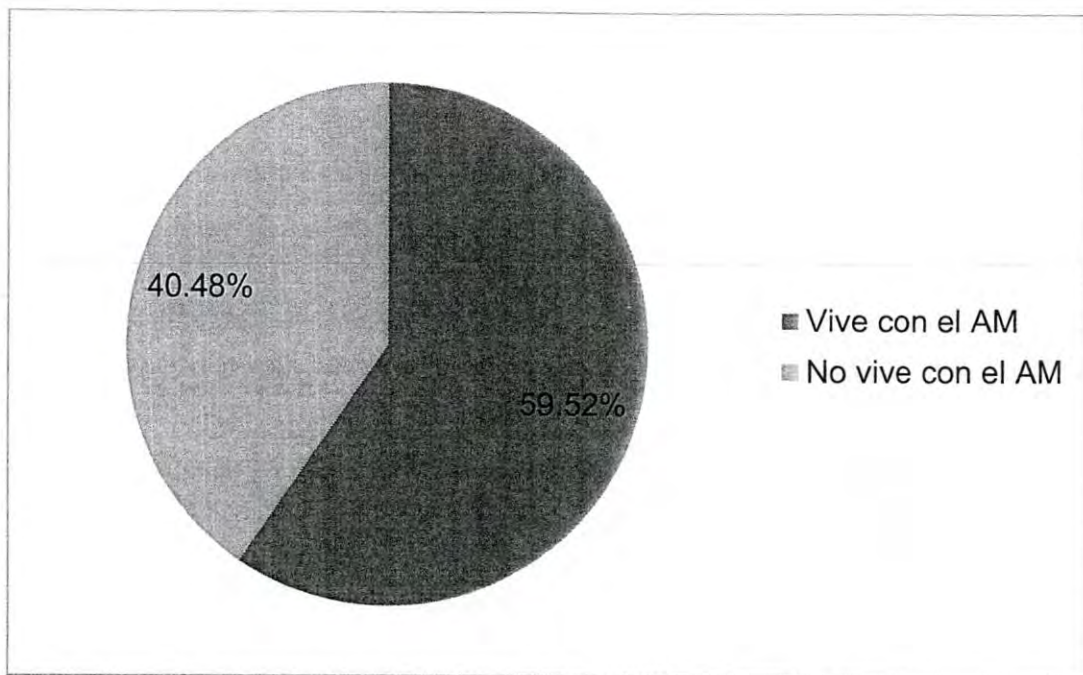
**Tabla IV.** Enfermedades que padecen los adultos mayores de la muestra de 378, clasificadas por capítulo de CIE-10.

Padecimiento	Frecuencia (%)
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	53(15.19)
Neoplasias	21(6.02)
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	8(2.29)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	188(53.87)
Trastornos mentales y del comportamiento	86(24.64)
Enfermedades del sistema nervioso	37(10.60)
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	22(6.30)
Enfermedades del sistema circulatorio	314(89.97)
Enfermedades del sistema respiratorio	35(10.03)
Enfermedades del aparato digestivo	70(20.76)
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	4(1.15)
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	134(38.40)
Enfermedades del aparato genitourinario	46(13.18)
Embarazo, parto y puerperio	0(0)
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0(0)
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0(0)
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6(1.72)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	5(1.43)
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	0(0)
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1(0.29)
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0(0)
<b>Total</b>	<b>1067(305.73)</b>

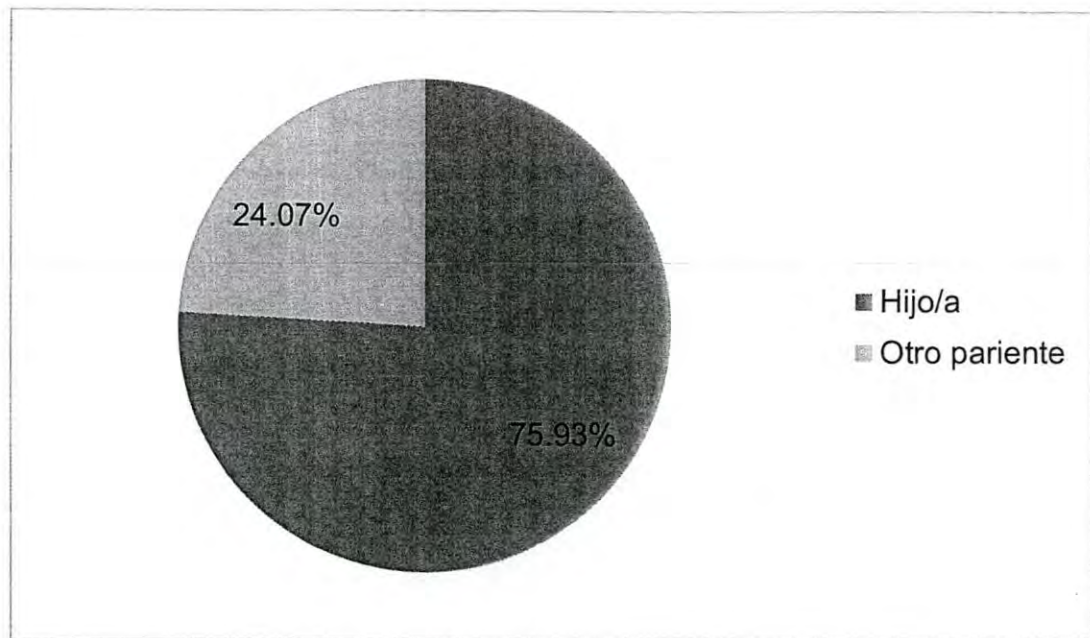




**Figura 5.** Distribución de sexo del cuidador en porcentaje muestra de 378 cuidadores.



**Figura 6.** Distribución de si el cuidador vive o no con el adulto mayor en porcentaje de la muestra de 378 cuidadores.



**Figura 7.** Distribución del parentesco del cuidador en relación con el adulto mayor en porcentaje de la muestra de 378 cuidadores.

Ambiente familiar dividido en tres factores quedó como conflictos familiares. Bienestar subjetivo de cuatro factores quedó como bienestar subjetivo. Las estrategias de enfrentamiento divididas en 3 tipos quedaron como enfrentamiento.

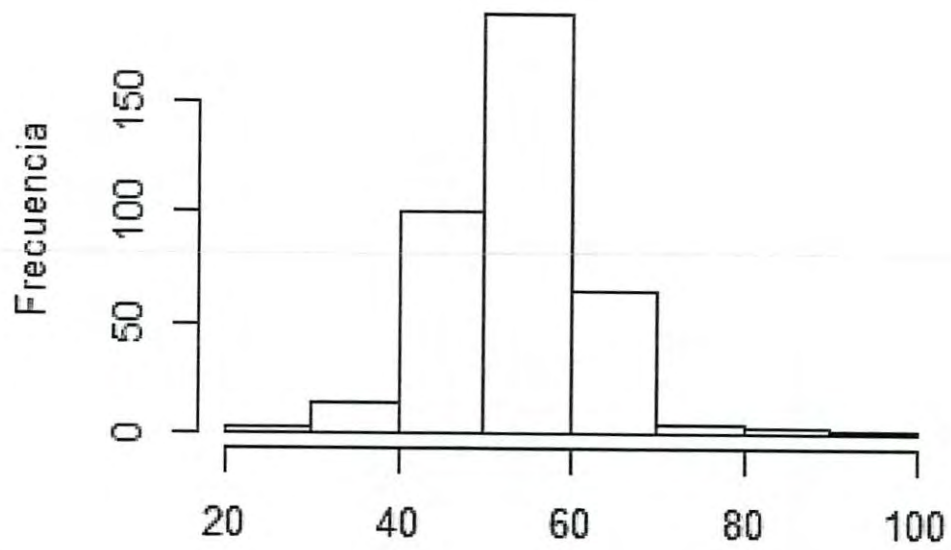
En la tabla V, se resumen las puntuaciones obtenidas de las variables cuantitativas en la muestra de 378. Las siguientes variables tuvieron puntuaciones en base a 100, donde 0 fue el mínimo y 100 fue el máximo; en Bienestar subjetivo tuvieron una media de 53.40, en conflictos familiares 42.83. La sobrecarga en los cuidadores fue de 47.22 en promedio. Por último, la escala de enfrentamiento a los problemas familiares tuvo una media de 50.55. Las variables tuvieron un comportamiento normal (figura 8, 9, 10 y 11).

Luego, se realizó una revisión a la base para ver si había datos perdidos, así como errores de tipificación. De los 378 casos, se encontró que las variables de “edad del cuidador”, “parentesco” y “vive con el adulto mayor” mostraron problemas en la tipificación. “Edad del cuidador” con un total de 8 casos equivalentes al 2.1%, “parentesco” y “vive con el adulto mayor” tuvieron solo 1 caso cada uno, lo que equivale al 0.3%. Después de revisar los expedientes no se encontró la información que se requería, por lo cual se les determinó como datos perdidos, y al ser menor al 5% se les relleno con el valor medio, redondeando al valor entero más cercano. Una vez sorteado el problema de datos perdidos se procedió a la búsqueda de valores atípicos univariantes. Resultado de esto se eliminaron los folios 344, 442 y 381 al ser valores atípicos de la variable “enfrentamiento”, los folios 245, 90, 53, 375 y 44 de la variable “conflictos familiares”, los folios 433, 392, 18 y 173 de la variable “bienestar subjetivo” y los folios 364, 240 y 456 de la variable “sobrecarga”, quedando solo 363 casos para continuar con el análisis. Salvo por las variables dicotómicas (“sexo del cuidador”, “parentesco” y “vive con el adulto mayor”) la distribución fue normal. Posteriormente se procedió a detectar los valores atípicos multivariantes, el criterio para esto fue distancia Mahalanobis al  $p < 0.001$ , la cual es evaluada como  $x^2$  con grados de libertad igual al número de variables, en este caso 8. Distancias Mahalanobis mayores al valor crítico de

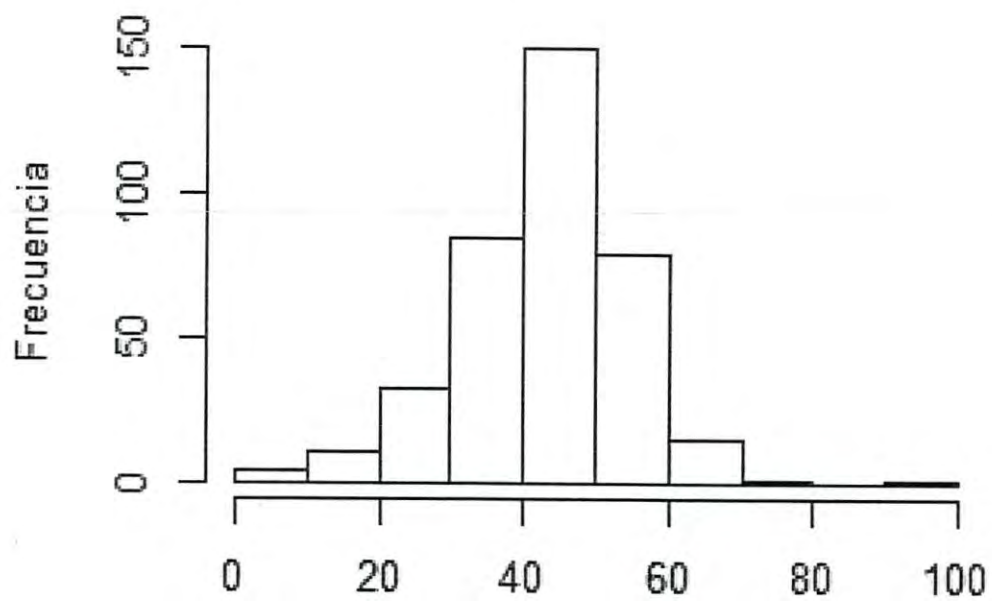


**Tabla V.** Resumen de puntuaciones de las variables cuantitativas en la muestra de 378 cuidadores.

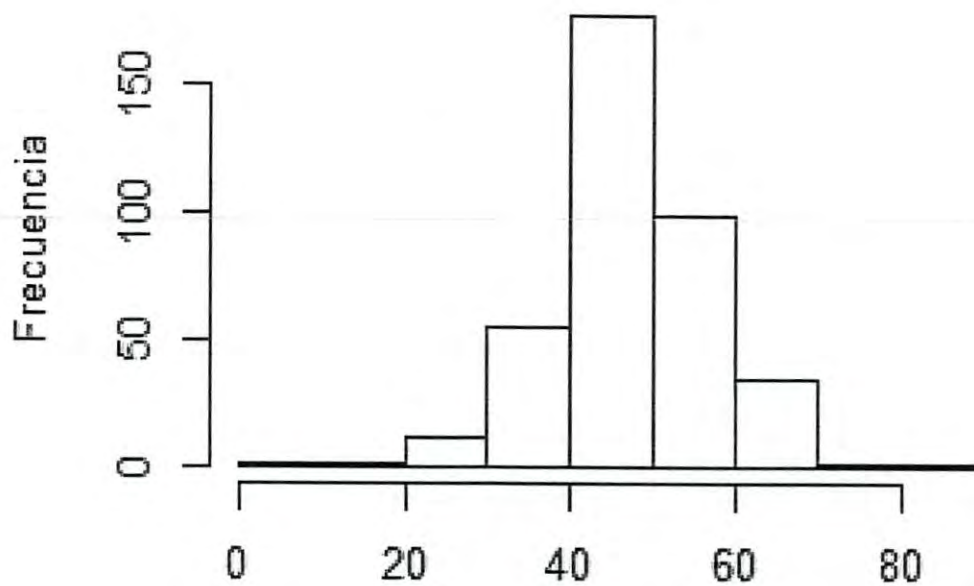
	Media	Desviación Estándar	Min	Max	Asimetría	Curtosis
Bienestar subjetivo	53.40	8.26	25.84	99.97	0.37	2.96
Conflictos familiares	42.83	11.55	0.04	99.96	-0.38	2.67
Sobrecarga	47.22	9.13	0.04	82.16	-0.26	2.24
Enfrentamiento	50.55	6.09	18.89	79.46	0.13	3.04



**Figura 8.** Distribución de frecuencias de las puntuaciones de bienestar subjetivo en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor.

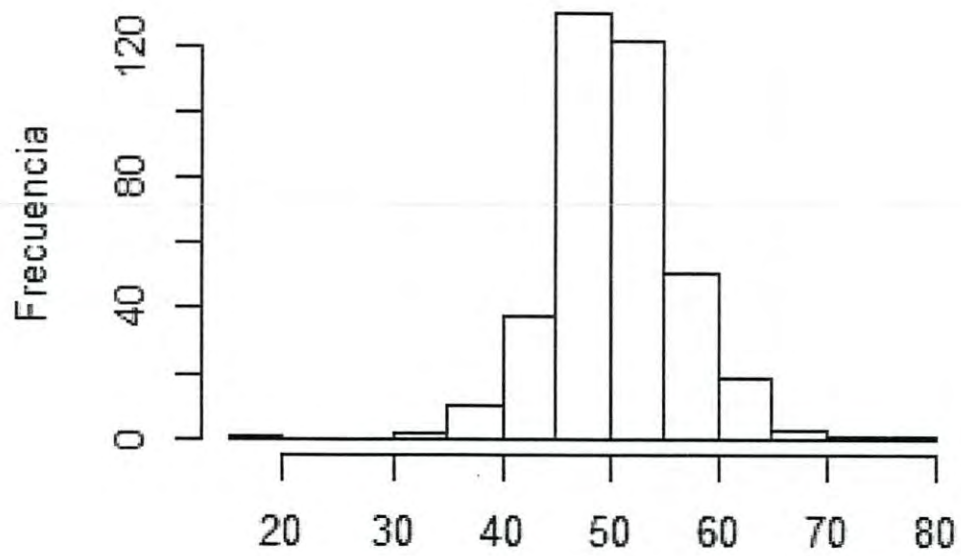


**Figura 9.** Distribución de frecuencias de las puntuaciones de conflictos familiares en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor.



**Figura 10.** Distribución de frecuencias de las puntuaciones de sobrecarga en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor.





**Figura 11.** Distribución de frecuencias de las puntuaciones de enfrentamiento en la muestra de 378 cuidadores familiares de adulto mayor.

$\chi^2 (8) = 26.125$  fueron valores atípicos multivariantes, en este caso el folio 361 tuvo una distancia Mahalanobis de 28.17, por lo cual se excluyó para análisis posteriores.

La colinealidad se midió mediante la tolerancia y el factor de inflación de la varianza (FIV) los cuales no muestran que haya multicolinealidad (tabla VI).

En las tablas VII y VIII se describen las características de los 362 cuidadores de adultos mayores, de los cuales 49 fueron hombres y 313 mujeres, lo que es igual al 13.54% y al 86.46% respectivamente. 213 son los cuidadores que cohabitan con el adulto mayor, mientras que los restantes 147 no viven con él. De estos, 279 resultaron ser hijo/a del adulto mayor, restando 83 con otro parentesco. En Bienestar subjetivo tuvieron una media de 53.08, en conflictos familiares 43.54. La sobrecarga en los cuidadores fue de 47.43 en promedio. Por último, la escala de enfrentamiento a los problemas familiares tuvo una media de 50.45. Las variables tuvieron un comportamiento normal.

**Tabla VI.** Resultados de colinealidad en las variables del modelo.

Modelo	Estadísticos de colinealidad	
	Tolerancia	FIV
Enfrentamiento	0.700	1.428
Conflictos familiares	0.707	1.414
Bienestar subjetivo	0.673	1.487
Sobrecarga	0.718	1.392
Edad del cuidador	0.894	1.118
Sexo del cuidador	0.928	1.078
Parentesco	0.954	1.048
Vive con adulto mayor	0.889	1.125

**Tabla VII.** Resumen de características sociodemográficas de la muestra de 362 cuidadores.

	Masculino		Femenino	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Edad	49.45	14.6	48.79	11.52
Sexo	49	13.54%	313	86.46%
Parentesco	Hijo/a (%)	Otro (%)	Hijo/a (%)	Otro (%)
	40(81.63)	9(18.37)	239(76.36)	74(23.64)
Vive con el Adulto Mayor	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
	27(57.45)	20(42.55)	186(59.42)	127(40.58)
<b>N=362</b>				



**Tabla VIII.** Resumen de puntuaciones de las variables cuantitativas en la muestra de 362 cuidadores.

	Media	Desviación Estándar	Min	Max	Asimetría	Curtosis
Bienestar subjetivo	53.08	7.33	29.15	72.68	-0.30	0.19
Conflictos familiares	43.54	9.84	12.18	70.70	-0.19	0.20
Sobrecarga	47.43	8.39	23.80	73.34	0.07	0.06
Enfrentamiento	50.45	5.41	33.37	66.40	0.24	0.43

### Análisis Bivariado

Para conocer la relación entre las variables con respecto del bienestar subjetivo se realizaron pruebas de correlación de Pearson para las variables continuas, en el caso de las variables categóricas se usó la prueba *t de Student*, para ver si existen diferencias entre los grupos; además se incluyeron en los análisis las cuatro enfermedades más comunes en los adultos mayores, para ver si éstas generaban algún cambio en el comportamiento de nuestra variable dependiente.

En la tabla IX, se encuentran los coeficientes de correlación de Pearson para las variables continuas con respecto del bienestar subjetivo, resultando todas las relaciones significativas con  $p < 0.01$ , con coeficientes de correlación de Pearson que van desde 0.351 en el caso de bienestar subjetivo con enfrentamiento y -0.463 en el caso de la sobrecarga, la relación con los conflictos familiares fue similar con -0.439; sin embargo la edad del cuidador no resultó ser significativa.

En cuanto a las diferencias entre los grupos se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes, en dicha prueba no se encontraron diferencias significativas, en las variables como el sexo, el parentesco (si es hijo/a u otro tipo de familiar) y si el adulto mayor cuenta con alguna de las 4 enfermedades más frecuentes reportadas por los cuidadores (enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales; enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo; trastornos mentales y del comportamiento); sin embargo si el cuidador vive o no con el adulto mayor si tuvo una diferencia significativa en cuanto al bienestar subjetivo con una  $p < 0.001$  (tabla X).

**Tabla IX.** Correlaciones de Pearson para variables continuas.

	Bienestar subjetivo	Enfrentamiento	Conflictos familiares	Sobrecarga	Edad del cuidador
Bienestar subjetivo	-				
Enfrentamiento	0.351**	-			
Conflictos familiares	-0.439**	-0.425**	-		
Sobrecarga	-0.463**	-0.311**	0.339**	-	
Edad del cuidador	0.069	0.244**	-0.119*	-0.083	-

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

**Tabla X.** Pruebas *t de Student* para variables categóricas con respecto al bienestar subjetivo.

	<i>T</i>	gl	F	<i>p</i>
Sexo	-0.269	360	1.878	0.788
Parentesco	-1.264	360	0.319	0.207
Vive con AM	3.939	360	2.083	0.000
Enf. Sis. Circulatorio	0.308	360	2.165	0.758
Enf. Endocrinas, metabólicas y nutricionales	1.156	360	0.94	0.249
Enf. Sis. Osteomuscular y tejido conectivo	-0.043	360	0.084	0.966
Trastornos mentales y del comportamiento	1.001	360	0.959	0.318



## Análisis Multivariado

Se usó regresión secuencial para determinar si al agregar datos de “conflictos familiares”, “sobrecarga” y después “enfrentamiento” mejoran la predicción de “bienestar subjetivo”.

La tabla XI muestra las correlaciones entre las variables, los coeficientes de regresión (B) y el intercepto, los coeficientes de regresión estandarizados ( $\beta$ ), las correlaciones semiparciales ( $R^2\Delta$ ),  $R$ ,  $R^2$  y  $R^2$  ajustada luego de introducir las todas las variables independientes. La  $R$  fue diferente de cero al final de cada paso, esto fue estadísticamente significativo con  $p < 0.01$ . Luego del paso tres con todas las variables independientes en la ecuación la  $R^2 = 0.327$ ,  $F(1,354) = 24.625$ ,  $p < 0.001$ . La  $R^2$  ajustada = 0.314 indica que aproximadamente una tercera parte de la varianza en las puntuaciones de “bienestar subjetivo” es predicho por las variables de “vive con el adulto mayor”, “ambiente familiar negativo”, “sobrecarga” y “enfrentamiento positivo”.

Después del paso 1, se introdujeron las variables “edad del cuidador”, “sexo del cuidador”, “parentesco” y “vive con el adulto mayor”, la  $R^2 = 0.053$ ,  $F(1, 357) = 4.958$ ,  $p < 0.001$ . Después del paso 2 se agregaron las variables “ambiente familiar negativo” y “sobrecarga” resultando en  $R^2 = 0.313$ ,  $F(2, 355) = 67.233$ ,  $p < 0.001$ . La adición de “ambiente familiar negativo” y “sobrecarga” a la ecuación con las variables del paso 1 resultaron en un incremento a la  $R^2$  estadísticamente significativo. Luego del paso 3, con la introducción de “enfrentamiento positivo” a la predicción de “bienestar subjetivo” por las variables ya mencionadas, la  $R^2 = 0.327$  ( $R^2$  ajustada = 0.314),  $F(1, 354) = 7.679$ . Al agregar “enfrentamiento positivo” a la ecuación la  $R^2$  incrementa significativamente. Este patrón de resultados sugiere que aproximadamente un tercio de la variabilidad en el “bienestar subjetivo” es predicho por “vive con el adulto mayor”, “ambiente familiar negativo”, “sobrecarga” y “enfrentamiento positivo”.

**Tabla XI.** Resumen de los resultados de regresión jerárquica o secuencial del modelo de bienestar subjetivo.

	Bienestar Subjetivo	B	$\beta$	OR (IC95%)	Cambio en F (gl)	R y R2
Bloque I	Edad del Cuidador	0.069	0.062	1.06 (0.99,1.13)	4.958*** (4,357)	R=0.229 R <sup>2</sup> =0.053 R <sup>2</sup> aj= 0.042 R <sup>2</sup> Δ= 0.053***
	Sexo del Cuidador	0.014	0.397	1.49 (0.17,13.01)		
	Parentesco	-0.066	-0.857	-0.049 (0.07,2.57)		
	Vive con el Adulto Mayor	-0.203	-3.092	-0.208*** (0.01,0.21)		
Bloque II	Conflictos Familiares	-0.439	-0.236	-0.316*** (0.74,0.85)	67.233*** (2,355)	R=0.559 R <sup>2</sup> =0.313 R <sup>2</sup> aj= 0.301 R <sup>2</sup> Δ= 0.260***
	Sobrecarga	-0.463	-0.290	-0.332*** (0.69,0.81)		
Bloque III	Enfrentamiento	0.351	0.193	1.21** (1.06,1.39)	7.679** (1,354)	R=0.572 R <sup>2</sup> =0.327 R <sup>2</sup> aj= 0.314 R <sup>2</sup> Δ= 0.015**
Intercepto		78.31***	67.31			

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001, R<sup>2</sup>Δ=correlación semiparcial

Al elevar el número  $e$  al valor del coeficiente de regresión de cada variable se obtiene la razón de momios (OR). En este estudio el OR de la variable vivir con el adulto mayor es de 0.05, al invertir el valor de la OR menor a 1 se nos presenta una forma más comprensible para interpretar, luego entonces el  $OR = 22.02$ , IC 95 (4.75, 102.3). Es decir, los cuidadores que tuvieron un bienestar subjetivo alto, tuvieron 22.02 veces menos probabilidad de vivir con el adulto mayor, comparado con los cuidadores que tienen un bienestar subjetivo bajo, esto es estadísticamente significativo con un IC 95 (4.75, 102.3).

Los conflictos familiares tuvieron un  $OR = 0.79$  ó  $1.27$ , con IC 95 (1.18, 1.36). Es decir, los cuidadores que tuvieron un bienestar subjetivo alto, tuvieron 27% menos probabilidad de tener conflictos familiares, comparado con los cuidadores que tienen un bienestar subjetivo bajo, esto es estadísticamente significativo con un IC 95 (1.18, 1.36).

La sobrecarga tuvo un  $OR = 0.75$  ó  $1.34$ , con IC 95 (1.23, 1.45). Es decir, dado que los cuidadores tuvieron bienestar subjetivo alto, estuvieron 34% menos probabilidad de tener sobrecarga, comparado con los cuidadores que tienen un bienestar subjetivo bajo, esto es estadísticamente significativo con un IC 95 (1.23, 1.45).

Por último, el enfrentamiento,  $OR = 1.21$ , IC 95 (1.06, 1.39). Nos indica que los cuidadores con bienestar alto, son 21% más propensos a tener altos puntajes en enfrentamiento, comparado con aquellos cuidadores con bienestar subjetivo bajo, esto es estadísticamente significativo con un IC 95 (1.06, 1.39).

En la tabla XII, se muestran los resultados del Test de Sobel. Es importante saber si en realidad el enfrentamiento funge como mediador entre la sobrecarga y los conflictos familiares con respecto del bienestar subjetivo; para realizar éste análisis se usó el test de Sobel, éste se usa para saber si el efecto indirecto es significativo. Para evaluarlo se utilizan 3 modelos de regresión diferentes: a)  $Y = \beta_1 X_1$ , b)  $Y = \beta_1 X_1 + \beta_2 M_1$ , c)  $M = \beta_1 X_1$ .



**Tabla XII.** Resultados de Test Sobel sobre mediación.

Modelo		B	SE	t/z*	p
Bienestar	Intercepto	77.584	1.99	38.966	<0.001
	Sobrecarga y Conflictos familiares	-0.269	0.021	-12.472	<0.001
Bienestar	Intercepto	66.313	4.773	13.892	<0.001
	Sobrecarga y Conflictos familiares	-0.241	0.024	-10.016	<0.001
	Enfrentamiento	0.172	0.066	2.593	<0.01
Enfrentamiento	Intercepto	65.444	1.568	41.737	<0.001
	Sobrecarga y Conflictos familiares	-0.164	0.017	-9.688	<0.001
	Efecto indirecto	-0.028	0.011	2.505*	<0.05



Los resultados indican que el enfrentamiento tiene un efecto mediador entre las variables de sobrecarga y conflictos familiares con el bienestar subjetivo, y éste es significativo, su efecto indirecto es de  $-0.028$  con  $p < 0.05$ . Ésta mediación es de tipo parcial, ya que al incluir la variable mediadora, las variables anteriores siguen teniendo significancia.

Para tener una mejor comprensión de estos resultados, se debe tomar en cuenta que el tipo de estudio recogió información hacia el pasado, por lo cual las interpretaciones son realizadas en base a la población de cuidadores de adultos mayores, que tienen bienestar subjetivo. Luego de ésta pequeña introducción:

Los cuidadores familiares de adultos mayores con puntajes altos en bienestar subjetivo, tuvieron 22 veces menos probabilidad de vivir con el adulto mayor, esto al compararlos con los cuidadores que tuvieron bajos puntajes en bienestar subjetivo. Ésta diferencia de proporciones es aplicable al 95% de la población de este estudio. Los cuidadores familiares de adultos mayores con puntajes altos en bienestar subjetivo, tuvieron 22 veces menos probabilidad de vivir con el adulto mayor, esto al compararlos con los cuidadores que tuvieron bajos puntajes en bienestar subjetivo. Los cuidadores familiares de adultos mayores con puntajes altos en bienestar subjetivo, tuvieron 22 veces menos probabilidad de vivir con el adulto mayor, esto al compararlos con los cuidadores que tuvieron bajos puntajes en bienestar subjetivo. Ésta diferencia de proporciones es aplicable al 95% de la población de este estudio. En otras palabras puede decirse que por cada 22 cuidadores con bienestar subjetivo alto que no viven con el adulto mayor, hay 1 cuidador con bienestar subjetivo alto que si vive con el adulto mayor, esto sin importar el tamaño o distribución de la muestra.

Los cuidadores de adultos mayores con puntajes altos en bienestar subjetivo, tuvieron 1.27 veces menos probabilidad de tener conflictos familiares, al compararlo con los cuidadores que tuvieron puntajes bajos en bienestar subjetivo. Ésta diferencia de proporciones es aplicable al 95% de la población de este estudio. En otras palabras puede decirse que por cada 127 cuidadores con bienestar subjetivo alto que no tienen

conflictos familiares, hay 100 cuidadores con bienestar subjetivo alto que tienen conflictos familiares, esto sin importar el tamaño o distribución de la muestra.

Los cuidadores de adultos mayores con puntajes altos en bienestar subjetivo, tuvieron 1.34 veces menos probabilidad de tener sobrecarga, al compararlo con los cuidadores que tuvieron puntajes bajos en bienestar subjetivo. Ésta diferencia de proporciones es aplicable al 95% de la población de este estudio. En otras palabras puede decirse que por cada 134 cuidadores con bienestar subjetivo alto sin sobrecarga, hay 100 cuidadores con bienestar subjetivo alto con sobrecarga, esto sin importar el tamaño o distribución de la muestra.

Los cuidadores de adultos mayores con puntajes altos en bienestar subjetivo, tuvieron 1.21 veces más probabilidad de tener enfrentamiento adecuado (religioso y resolutivo social, sin alteraciones emocionales), al compararlo con los cuidadores que tuvieron puntajes bajos en bienestar subjetivo. Esta diferencia de proporciones es aplicable al 95% de la población de este estudio. En otras palabras puede decirse que por cada 121 cuidadores con bienestar subjetivo alto con enfrentamiento adecuado, hay 100 cuidadores con bienestar subjetivo alto que no presenta un enfrentamiento adecuado, esto sin importar el tamaño o distribución de la muestra.



## Discusión

Los adelantos científicos y tecnológicos en la medicina han permitido incrementar la esperanza de vida en la población mundial, lo que a su vez ha incrementado la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas propias de la edad avanzada ocasionando en algunos casos dificultades para llevar a cabo actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, esto implica una dependencia del adulto mayor para con su cuidador, que en la mayoría de los casos es familiar del mismo.

El cuidar de un adulto mayor dependiente genera un esfuerzo por parte del cuidador, que en ocasiones debe dejar de trabajar para dedicarse a las actividades del cuidado. Esto genera una sobrecarga en el cuidador en aspectos como el económico, emocional, social y de salud. El compromiso del cuidador para con el adulto mayor es tal que deja de lado su propia salud por cuidar de su familiar, lo que le convierte en un paciente oculto que deviene en un desgaste paulatino creando un nuevo adulto mayor con problemas de dependencia, generando así un gasto mayor hacia los servicios de salud. Aunque el panorama del cuidador del adulto mayor dependiente se ve ofuscado por éstas razones, no todos los cuidadores presentan éste tipo de desenlace.

La teoría de Pearlin (1989) plantea que la sobrecarga, en conjunto con los conflictos familiares, afecta al bienestar subjetivo del cuidador; sin embargo, esta relación es mediada por la estrategia de enfrentamiento a los problemas. Los resultados de esta investigación muestran que la sobrecarga y los conflictos familiares disminuyen el bienestar subjetivo de la persona, aunque estos efectos se pueden ver disminuidos mediante una estrategia de enfrentamiento adecuada, que para este estudio consistió en un uso frecuente de estrategias de enfrentamiento de tipo religioso y resolutivo social, con una frecuencia baja en el uso de enfrentamiento de alteración emocional.

El propósito de este trabajo fue identificar las variables relacionadas con el bienestar subjetivo del cuidador, así como el tipo de relación que guardan respecto del bienestar del cuidador. Los resultados obtenidos brindan información que sustenta las hipótesis de investigación planteadas de que el bienestar subjetivo guarda relación con la

sobrecarga, los conflictos familiares y el enfrentamiento en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes.

Los resultados del análisis de regresión corroboran que las variables estresoras disminuyen el bienestar, pero hay variables que median este efecto. Específicamente se encontró el enfrentamiento tiene un papel mediador entre los conflictos familiares y la sobrecarga hacia el bienestar subjetivo del cuidador, es decir, aún y cuando el cuidador pueda percibir altos niveles de sobrecarga y conflictos familiares, el efecto de éstos puede verse disminuido ante el uso de estrategias de enfrentamiento enfocadas en: a) la resolución de los problemas buscando la colaboración de otras personas, b) el apego a creencias y prácticas religiosas y c) la menor alteración emocional como reacción ante el problema.

Al comparar los resultados de esta investigación con los resultados en la literatura, se tiene que, Papastavrou y col. (2007) encontraron que puntajes altos en estrategias de enfrentamiento, enfocadas a la solución de problemas, estuvieron relacionadas con niveles bajos de sobrecarga en los cuidadores, con un coeficiente de correlación de -0.20, mientras que valores altos en sobrecarga estuvieron relacionados con valores altos de enfrentamiento enfocado en emociones ( $r = 0.16$ ).

En este estudio se encontraron resultados similares pues, la sobrecarga se relacionó de forma negativa con el enfrentamiento ( $r = -0.31$ ), compuesto por las estrategias religiosa-espirituales, resolutivo social y alteración emocional; éste último se calificó de manera inversa, por lo que altos puntajes en enfrentamiento significarían puntuaciones altas en enfrentamiento religioso y resolutivo social, mientras que tendrían puntuaciones bajas de alteración emocional y viceversa.

Por su parte, McMillan y col. (2005) realizaron un ensayo aleatorizado controlado con tres grupos y encontraron que una intervención en estrategias de enfrentamiento incrementa la calidad de vida del cuidador ( $\beta = 0.160$ ,  $p < 0.05$ ). Lo anterior concuerda con los resultados encontrados aquí, donde el bienestar se relacionó con el enfrentamiento de forma positiva ( $\beta = 0.143$ ,  $p < 0.01$ ), a pesar de no contar con un



diseño más complejo como lo es el experimental de McMillan y col., lo cual sugiere el adecuado control de variables extrañas dentro de nuestro estudio, además de la importancia de las estrategias de enfrentamiento dentro de la calidad de vida y el bienestar del cuidador familiar.

Otro estudio que coincide con los resultados de esta investigación es el de McConaghy y Caltabiano (2005), quienes llevaron a cabo un estudio exploratorio en 42 cuidadores de 21 a 88 años, efectuando también análisis de regresión para identificar relaciones entre sobrecarga, enfrentamiento y el bienestar (medido como satisfacción con la vida); los autores encontraron que el modelo propuesto explicaba 41.7% de la varianza del bienestar, teniendo como único predictivo a la sobrecarga, en tanto que las estrategias de enfrentamiento y el sexo de los cuidadores no revelaron resultados significativos.

En el caso del presente estudio, la varianza explicada con el modelo de bienestar fue de 32.7%. Concuera con el estudio de McConaghy y Caltabiano (2005) en el hecho de identificar que el bienestar es explicado por la sobrecarga y también que el sexo no tiene un peso estadísticamente significativo dentro de la regresión, sin embargo, difiere en que el aspecto de que aquí, el enfrentamiento sí mostró un poder explicativo, tal y como lo plantea la propuesta teórica de Pearlin (1989). Una posible explicación a la discrepancia tiene que ver con cuestiones metodológicas para el uso de regresión, pues el estudio en cuestión contó con una muestra insuficiente para el procedimiento estadístico (42 cuidadores), la cual requiere de una muestra mayor de 50 sujetos, esto de acuerdo con Green (1991), que sugiere debe ser de 50 más ocho por cada variable independiente, mientras que la muestra que se utilizó aquí fue de 378, siguiendo la indicación de Tabachnick y Fidell (2007), de 40 sujetos por cada variable independiente.

En su estudio Andrén y Elmståhl (2008), evaluaron la relación entre la sobrecarga del cuidador y su percepción de salud en cuidadores de adultos con demencia, mediante un estudio de tipo transversal. Para esto, los autores utilizaron el instrumento Nottingham Health Profile, que mide la salud subjetiva con preguntas

dicotómicas que en conjunto, indican el valor de cero como la máxima puntuación de salud; encontraron entonces que existe una relación significativa entre el bajo nivel de sobrecarga con un mayor puntaje en salud percibida ( $\beta = 0.265$ ,  $p < 0.05$ ), implicando que, en la medida en que aumenta la sobrecarga, disminuye el bienestar del cuidador.

Esto nos muestra una alternativa de variable resultado al considerar la salud percibida en vez del bienestar subjetivo, sin embargo coinciden en que a mayor nivel de salud percibida, en este caso bienestar subjetivo, el nivel de sobrecarga es bajo ( $\beta = -0.332$ ,  $p < 0.001$ ). Esto sugiere la importancia de la sobrecarga en el ámbito del cuidado del adulto mayor, además de la salud y bienestar en el cuidador.

Schmid y col. (2006), encontraron como predictores de la calidad de vida del adulto mayor al bienestar, a las estrategias de enfrentamiento activas enfocadas a los problemas, así como un bajo nivel de sobrecarga percibido por el cuidador, además el enfoque activo a los problemas, la integración social y ocupacional así como el bienestar juegan un rol importante en la calidad de vida del adulto mayor. Aunque el estudio de Schmid y col. analizó la calidad de vida del adulto mayor más que la del cuidador, es valioso destacar que se corrobora la importancia de la sobrecarga y el enfrentamiento para una mejor calidad de vida, propósito común para este estudio.

Por otro lado, los resultados de este estudio revelaron otros datos que contribuyen al cuerpo de conocimientos sobre cuidadores. Respecto a variables sociodemográficas, los análisis revelaron que la edad, el sexo y el parentesco filial del cuidador no producen variaciones importantes en el bienestar, en tanto que el hecho de vivir con el adulto mayor, sí establece una relación predictiva, de forma que las personas que co-habitan con el receptor de cuidador, presentan menores puntajes de bienestar.

Es importante destacar el hallazgo en relación al sexo pues existe literatura robusta planteando que cuidar tiene riesgos y resultados más negativos en la salud de las mujeres que de los hombres, dadas las cargas de trabajo adicional que culturalmente se asigna a las mujeres (Larragaña y cols., 2008); se ha indicado también que en el caso de los hombres que cuidan, ellos reciben más apoyo en el desempeño de sus labores,



invierten menos horas de cuidado y consecuentemente, logran niveles más altos de salud mental (Mansanet y De la Parra, 2011).

En contraste, los resultados de este estudio indican que no existen diferencias significativas en las variables socio-demográficas (edad, parentesco y co-residencia con el mayor) debidas al sexo, así como tampoco se puede afirmar que las mujeres perciben menos o más bienestar que los hombres. Si bien es cierto, el muestreo no probabilístico de participantes captó a mayor cantidad de mujeres (86.51%) que hombres, no hay diferencias importantes entre ambos subgrupos de cuidadores en las variables de control manejadas en este estudio, ni en sus tendencias de respuesta en relación a las variables psicológicas aquí evaluadas.

Haber identificado en este estudio a mayor número de mujeres que hombres ejerciendo las labores del cuidado concuerda con los argumentos que plantean la desigualdad de género respecto a la consigna social del cuidado (Huenchuan, 2013; Provoste, 2013) pero, el no encontrar diferencias en sus resultados de bienestar ofrece una evidencia que se suma a los planteamientos que sólo un reducido número de investigaciones abordan; autores como Sandberg y Eriksson (2009) explican que la experiencia de convertirse en cuidador implica una revaloración de ideas y valores, cambios en las relaciones interpersonales, en las vivencias emocionales y en la propia identidad, de forma que los varones que cuidan, no están exentos de los desafíos y satisfacciones asociadas a ese rol.

Ahora bien, es necesario hacer algunas precisiones en relación a la acentuada diferencia en la cantidad de hombres (13.5%) y mujeres (86.5%) que participaron en esta muestra y los procedimientos estadísticos efectuados. Tabachnick y Fidell (2007) señalan que la técnica de regresión suele ser de gran ayuda cuando se presentan desigualdades en grupos, permitiendo así reflejar la naturaleza del fenómeno tal como es, pero que una desproporción de grupos de 90% contra el 10%, podría llevar problemas en el uso de correlaciones al usar variables dicotómicas en análisis de

regresión múltiple; afortunadamente, la comparación de tamaños de las submuestras de este estudio no amenaza la validez de los resultados.

Otro hallazgo del presente estudio es que aquí se encontraron distribuciones aproximadamente normales en las puntuaciones de bienestar y sobrecarga, en contraste con una buena cantidad de estudios que argumentan altos niveles de sobrecarga en cuidadores (Tooth y col., 2005; Figved y col., 2007; Papastavrou y col., 2007; Andrén y Elmståhl, 2008). La divergencia puede ser debido a que esta muestra tomó en consideración tanto cuidadores primarios como cuidadores secundarios, también se consideró a cuidadores que no co-habitan con el adulto mayor, mientras que otros estudios sólo contemplan cuidadores primarios que viven con el adulto mayor (Papastavrou y col., 2007; Andrén y Elmståhl, 2008), haciéndose más probable la percepción de sobrecarga. A favor de la muestra de este estudio, se plantea la importancia de obtener datos que reflejen la heterogeneidad de las personas que actualmente están tomando el rol cuidadores, de manera que se pueda avanzar hacia modelos comprensivos y útiles de las diversas circunstancias en las que se da el cuidado, sea contando con apoyo de otros cuidadores e incluso cuidadores que no viven con el mayor.

En suma, los resultados de esta investigación señalan que sí existen recursos mediante los cuales es probable mejorar la salud mental de los cuidadores, contribuyendo así a su calidad de vida. Se destacan características modificables que pueden mejorar su bienestar del cuidador, como por ejemplo, promover patrones de comunicación familiar que aminoren conflictos, así como también la orientación en estrategias de enfrentamiento para responder ante los problemas cotidianos e imprevistos que surjan no sólo en las labores del cuidado, sino también en la diversidad de problemas familiares que se presentan.



## CONCLUSIONES

Actualmente, la esperanza de vida aumenta con cada día que pasa, y esto es debido a un sin número de avances tanto científicos como tecnológicos, de autocuidado e higiene; sin embargo en esta sociedad actual se presta poca atención al adulto mayor y aún menos al cuidador de éste. Nuestro entorno está cambiando y el índice de envejecimiento aumenta con cada año que pasa. Éste problema se agrava aún más por el hecho de que no hay una educación adecuada hacia el cuidado del adulto mayor, así como al autocuidado del cuidador.

Éste trabajo es un paso adelante hacia la comprensión del fenómeno del cuidado, en el cual se exploraron algunas variables importantes a través de diversos estudios en otros países, al mismo tiempo que se recolectaron datos para comprobar cómo se comportaban las variables en nuestra población, sin embargo este estudio es solo un paso en el comienzo de esta línea de investigación con la cual nos acercamos hacia la problemática actual y que en su mayoría se encuentra desatendida.

Una de las dificultades más grandes fue el encontrar a los cuidadores para el estudio, lo cual se puede mejorar realizando una base de datos oficial de los cuidadores de adultos mayores, abriendo así la posibilidad de contar con datos para realizar estudios con un mayor alcance y así comprender mejor que causa el bienestar del cuidador y como éste repercute en la salud tanto del cuidador como del adulto mayor. Otra dificultad en el estudio podría haber sido el sesgo de información debido a que la recolección de datos fue por diversos entrevistadores, esto se controló estableciendo un método estándar de entrevista y entrenando a los entrevistadores para que las entrevistas se realizaran de la misma manera.

El Estado de Sonora, la Ley del Adulto Mayor del Estado de Sonora, capítulo VI, sección I, artículo 12, párrafo VII indica que las dependencias y entidades de los gobiernos estatal y municipal se encargan de integrar y mantener actualizado un padrón único de adultos mayores con datos e información relativa al estado de salud,

capacidades físicas, oficios, profesiones, ocupaciones, escolaridad, desarrollo curricular laboral, cultural, artístico, cívico, deportivo y demás datos que faciliten al Estado un adecuado desarrollo e implementación de las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores así como su integración e incorporación a la vida productiva estatal. Con base en lo anterior, es importante reconocer que se debe incluir información sobre los cuidadores, así como facilitar el uso de esta información para futuras investigaciones y acciones gubernamentales que tengan como propósito el bienestar del cuidador mediante una compensación económica para los cuidadores que no pueden trabajar, empleos que puedan ser compatibles con la actividad del cuidado, así como de apoyo práctico o económico para poder contar con los servicios de alguien especializado para cuidar de su adulto mayor, algunas acciones de ésta naturaleza se llevan a cabo en países como España, Inglaterra, Australia (Gobierno de España, 2006; HM Government, 2010; Australian Government, 2012)

Como parte de las limitaciones de esta investigación se refiere que el alcance de tipo causal y sino correlacional, esto implica que el bienestar, a pesar de la sobrecarga, los conflictos familiares y el enfrentamiento guarden una estrecha relación, no es claro cuál es la causa y cuál la respuesta; para poder determinar este tipo de relación se requiere de un estudio de mayor complejidad, para este caso la teoría y la plausibilidad de que el bienestar es un resultado y no un precedente a la sobrecarga y los conflictos familiares fueron tomados en cuenta para la determinación del modelo.

En conclusión, para este estudio y muestra específicas, el bienestar del cuidador fue predicho por enfrentamiento de manera positiva, es decir, cuando el cuidador usa con mayor frecuencia estrategias de enfrentamiento enfocadas a la resolución de problemas su bienestar subjetivo tiende a incrementar; caso contrario pasa cuando se encuentra sobrecargado y hay conflictos familiares dentro de la familia, así como el vivir con el adulto mayor. Lo cual sugiere que intervenciones en las estrategias de enfrentamiento de resolución de problemas, técnicas para la reducción de sobrecarga, así como recursos sociales para mediar los conflictos familiares serán una aproximación

adecuada hacia incrementar el bienestar del cuidador y, por consiguiente, la calidad de vida y de los cuidados en el adulto mayor.



## REFERENCIAS

- Alonso, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A. M., Carrasco, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. *Rev. Cubana Salud Pública*, 2007; 33 (1).
- Andrén, S. y Elmståhl, S. (2008). The Relationship Between Caregiver Burden, Caregivers' Perceived Health and Their Sense of Coherence in Caring for Elders With Dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6): 790-799.
- Artaso, B., Goñi, A., Huici, Y. y Gómez, A. R. (2002). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia institucionalizado. *Geriátrica 2002*. 18 (6): 35-39.
- Australian Government. (2012). Commonwealth (HACC) Program. The Department of Health, Australia. Recuperado el 21 de agosto de 2012, disponible en línea: <http://health.gov.au/hacc>.
- Badia, X., Lara, N., y Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Barcelona, España: Departament d'Epidemiologia. Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Casa de Convalecencia.
- Barrantes, M., García, E., Gutiérrez, L. y Miguel, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*. 49 suplemento 4, S459-S466.
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología*. 4 (2009): 34-46.
- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.
- Coan, R.W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint?* Nueva York: Columbia University Press.



- Comisión Nacional de Bioética (S.F.). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado el 7 de noviembre de 2011, disponible en línea: [http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/10.\\_NAL.\\_Reglamento\\_de\\_Investigacion.pdf](http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/10._NAL._Reglamento_de_Investigacion.pdf).
- Consejo Nacional de Población (1995). Proyecciones de población en México. Censo de población 1995, México.
- Crespo, M. y López, J. (2007). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. *Cuidarse para cuidar*. Ediciones Pirámide, Madrid, España.
- Deví, J. y Ruiz, I. (2002). Modelo de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev. Mult. Gerontol.* 12 (1): 31-37.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diputación provisional de Málaga (2005). Servicio de prevención de riesgos laborales. *Publisalud*: Boletín No. 84 Enero 2005.
- Domínguez-Guedea, M. (2005). Modelo de estresse e bem-estar subjetivo em cuidadores de familiares idosos dependentes funcionais. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil.
- Domínguez-Guedea, M. (2008). Evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. Proyecto 99094, financiado por el Fondo Sectorial para la Educación SEP-CONACYT, México, 2008.
- Domínguez-Guedea, M. y Flores, E. (2007). Validación de la Escala de Enfrentamiento a los Problemas Familiares entre cuidadores familiares de adultos mayores con diabetes. *La Psicología Social en México*, en prensa.

- Domínguez-Guedea, M., Hernández, D., Pantoja, C. E., Guerra, B., Saad, A. y García, M. E. (2008). Validación de una escala de ambiente familiar en cuidadores familiares de adultos mayores con diabetes. *México: La Psicología Social en México*, Vol. XII, Cap. 81, pp. 587-592.
- Domínguez-Guedea, M. y Ocejo, A. (2012). Diseño y Validación de una Escala de Enfrentamiento en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores. (*En revisión*).
- Dueñas, E. Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S. y Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med.* 37 (Supl 1): 31-38.
- Durán, C., García, C., Gallegos, K., Pérez, R., Gómez, H. y Durán, L. (2004). Envejecimiento en México: perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Durán, M. (2010). Bienestar Psicológico: El Estrés y la Calidad de Vida en el Contexto Laboral. *Revista Nacional de Administración*.
- Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, M. (2009). El Estrés Como Amenaza y Como Reto: Un Análisis de su Relación. *Ciencia & Trabajo*, año 11, no. 32, abril/junio 2009.
- Figved, N., Myhr, K., Larsen, J. y Aarsland, D. (2007). Caregiver Burden in Multiple Sclerosis: the Impact of Neuropsychiatric Symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 78 (10): 1097-1102.
- Flórez, J. A. (2000). El síndrome del cuidador. *JANO*, 58, 46-50.
- Flórez, J. A., Flórez, I. y Rodríguez, J. (2003). Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. *Medicina Integral.* 41, 178-182.
- Galán, A. y Perona, S. (2001). Algunas Aportaciones Críticas en Torno a la Búsqueda de un Marco Teórico del Afrontamiento en la Psicosis. *Psicothema.* 13 (4):563-570.
- García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología.* 2002 (6):18-39.

- Giraldo, C. I. y Franco, G. M. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Revista Aquichan*, 6(1), 33-53.
- Gobierno de España. (2006). Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, España.
- Gómez, H., Vázquez, J. L. y Fernández, S. (2004). La salud de los adultos mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Green, S. B. (1991). How Many Subjects Does it Take to do a Regression Analysis? *Multivariate Behavioral Research*. 26:449-510.
- Haley, W., Levine, E., Brown, S. y Bartolucci, A. (1987). Stress, Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Adaptational Outcome Among Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*. 2(4): 323-330.
- Ham, R. (2011). Diagnostico Socio-Demográfico del Envejecimiento en México. La Situación Demográfica de México 2011. CONAPO.
- HM Government (2010). Recognised, Valued and supported: next steps for the carers strategy. Recuperado el 21 de Agosto de 2013, disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_122077](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122077).
- Ivarsson, A., Sidenvall, B., Carlsson, M. (2004). The Factor Structure of the Burden Assessment Scale and the Perceived Burden of Caregivers for Individuals With Severe Mental Disorders. *Scand J Caring Sci*. 18: 396-401.
- Judge, T. y Colquitt, J. (2004). Organizational Justice and Stress: The Mediating Role of Work-Family Conflict. *Journal of Applied Psychology*. 89(3):395-404.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. *Springer*
- López-Dávalos, G., Domínguez-Guedea, M., Ochoa-Marcobich, M., Montiel-Carvajal, M., Laborín-Álvarez, J., Domínguez-Guedea, R., Valéz-Lizárraga, L., Zazueta-Montaño, D. & Ibarra-Flores, E. (2010). Validación de la Escala de Bienestar

- Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores. *Psicología y Salud*, 20(1): 13-22.
- Loukissa, R. (1994). Concept and Models for the Study of Caregiver Burden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1(3):151-156.
- McConaghy, R. y Caltabiano, M. (2005). Caring for a Person With Dementia: Exploring Relationships Between Perceived Burden, Depression, Coping and Well-Being. *Nursing & Health Sciences*, 7(2):81-91.
- McLeod, J. (2012). The Meanings of Stress: Expanding the Stress Process Model. *Society and Mental Health*, XX(X):1-15.
- McMillan, S., Small, B., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L. y Haley, W. (2006). Impact of Coping Skills Intervention with Family Caregivers of Hospice Patients with Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Cancer*, 106(1):214-22.
- Molina, J. M., Iáñez, M. y Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(001): 33-43.
- Montorio, I., Fernández, M., López, A., Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de Carga. *Anales de Psicología*. 14(002).
- Montorio, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, 3, 145-154.
- Montoro, J. (1999). Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista Internacional de Sociología*, 1999 (23): 22.
- Moos, R. (1974). Systems for the Assessment and Classification of Human Environment: An Overview. Recuperado el 13 de febrero de 2012, disponible en línea: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED069781.pdf>.



- Morales, D. (2000). Relación del Desarrollo Cognoscitivo con el Clima Familiar y el Estrés de la Crianza. Disertación de Licenciatura, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. Recuperado el 7 de noviembre de 2011, disponible en línea: [http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/15.\\_INTL.\\_Pautas\\_xticas\\_CIOMS.pdf](http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/15._INTL._Pautas_xticas_CIOMS.pdf).
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S., Tsangari, H. y Sourtzi, P. (2007). Caring for a Relative With Dementia: Family Caregiver Burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5):446-457.
- Partida, V. (2006). Proyecciones de la población en México 2005-2050. México: Consejo Nacional de Población.
- Pearlin, L. (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3): 241-256.
- Pearlin, L. (1999). The Stress Process Revisited: Reflections on Concepts and Their Interrelationships. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, pp. 395-415.
- Portello, J. y Long, B. (2001). Appraisals and Coping With Workplace Interpersonal Stress: A Model for Women Managers. *Journal of Counseling Psychology*. 48 (2): 144-156.
- Rafferty, A. y Griffin, M. (2006). Perceptions of Organizational Change: A Stress and Coping Perspective. *Journal of Applied Psychology*. 91 (5): 1154-1162.
- Rasch, G. (1999). Probabilistic Models for Some Intelligence and Attainment Tests. *MESA Press*.

- Roberto, K. y Jarrot, S. (2008). Family caregivers of older adults: A life span perspective. *Family Relationships*. 57: 100-111.
- Robles, L. (2001), "El Fenómeno de las Cuidadores: un Efecto Invisible en el Envejecimiento". *Estudios Demográficos y Urbanos*. (48):561-584.
- Rodríguez-Fernández, A. y Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La Estructura Tridimensional del Bienestar Subjetivo. *Anales de Psicología*. 27(2):327-332.
- Sánchez, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest. Educ. Enferm*. 19 (2): 36-49.
- Schene, A. (1990). Objective and Subjective Dimensions of Family Burden. Towards an Integrative Framework for Research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 25: 289-297.
- Schmid, R., Neuner, T., Cording, C. y Spiessl, H. (2006). Schizophrenic Patients' Quality Of Life--Association With Coping, Locus of Control, Subjective Well-Being, Satisfaction and Patient-Judged Caregiver Burden. *Psychiatrische Praxis*, 33 (7): 337-343.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Código Ético del Psicólogo. Editorial Trillas, 4ta Edición, México.
- Somerfield, M. y McCrae, R. (2000). Stress and Coping Research: Methodological Challenges, Theoretical Advances, and Clinical Applications. *American Psychologist*, 55 (6):620-625.
- Tabachnick, B. y Fidell, L. (2007). Multiple Regression. Ch 5 in Using Multivariate Statistics 5<sup>th</sup> Edition. Pearson.
- Taylor, S. (2007). Psicología de la Salud. McGraw-Hill Interamericana, part. 3, cap. 7 y 8, pp. 152-210.

- Torres, J. (2008). Aspectos Psicológicos en Cuidadores Formales de Ancianos: Carga y Afrontamiento del Estrés: (Un Estudio en Población Sociosanitaria). Memoria para optar al grado de doctor. Universidad de Huelva, España.
- Tooth, L., Mckenna, K., Barnett, A., Prescott, C. y Murphy, S. (2005). Caregiver Burden, Time Spent Caring and Health Status in the First 12 Months Following Stroke. *Brain Injury*. 19 (12): 963-974.
- Tuirán R. (1999) Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, DF: CONAPO, 1999:19-22.
- Wheaton, B. (2010). The Stress Process as a Successful Paradigm. *Advances in the Conceptualization of the Stress Process: Essays in Honor of Leonard I. Pearlin*. Springer New York.

---

**APÉNDICES**



## Apéndice 1. Carta de consentimiento informado.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta carta tiene el propósito de invitarle a participar en el proyecto de investigación Evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. El proyecto tiene la finalidad de conocer las necesidades y fortalezas que tienen las personas que se hacen cargo del cuidado de un familiar adulto mayor con problemas de salud. Le invitamos a participar en el estudio considerando que:

- 1) Su participación es voluntaria y consistiría en responder a un conjunto de entrevistas y cuestionarios que pueden ser aplicadas en su hogar o en el lugar que Ud. indique, en los días y horarios que Ud. prefiera.
- 2) No se le pedirá ni ofrecerá ningún tipo de pago por su participación.
- 3) El manejo de su información es confidencial y ésta será utilizada para hacer trabajos que describan resultados grupales, como por ejemplo: tesis, artículos, reportes, conferencias.
- 4) El equipo de investigación en coordinación con profesionales del área, organizarán sesiones de apoyo y orientación para cuidadores familiares, de los cuales Usted podrá participar si es de su interés. También podrá recibir información sobre servicios de salud, atención psicológica y servicios sociales disponibles en la ciudad.

Si Usted quiere mayor información sobre el proyecto, sus resultados y del trabajo que realizamos, con toda confianza puede ponerse en contacto con la coordinadora del equipo de investigación, Dra. en Psicología Miriam Domínguez Guedea, en el área de cubículos del Edificio 9H de la Universidad de Sonora, a su teléfono de trabajo (2592173), comunicándose a su celular (8621-900130) o a su correo electrónico ([miriamd@sociales.uson.mx](mailto:miriamd@sociales.uson.mx)). Comuníquese también con ella en caso de que Usted llegara a tener alguna inconformidad con el trato que reciba de los entrevistadores.

#### Consentimiento:

Acepto participar voluntariamente en este proyecto. He tenido la oportunidad de formular todas mis preguntas sobre él (Usted recibirá una copia de esta carta para su archivo).

---

Señal indicativa de su disposición para participar (iniciales del nombre, apodo, marca, etc.)

---

Nombre y firma del miembro del equipo de investigación

Apéndice 2. Ficha sociodemográfica.

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Le voy a preguntar algunas datos generales sobre su familia adulto mayor, sobre Usted y su familia.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Edad \_\_\_\_\_ años ¿Tiene cónyuge o pareja? ( ) Si ( ) No

¿Qué escolaridad tiene? ( ) \_\_\_\_\_ ¿Qué servicio de salud tiene? todos con los que cuente ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

¿Tiene un trabajo remunerado? ( ) No.... ¿Tiene alguna ocupación? No( ) Si( ), describa \_\_\_\_\_

( ) Si.... su trabajo es: Contratado/asalariado( ) Trabajo por cuenta propia( ) Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro ingreso?, por ejemplo: ( ) Pensión ( ) Apoyo de familiares ( ) Otro, \_\_\_\_\_ ( ) No tiene otro ingreso

DATOS DEL CUIDADOR FAMILIAR

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Parentesco del cuidador con AM \_\_\_\_\_ Vive con AM: Si ( ) No ( )

Teléfonos/dirección para contacto \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años ¿Tiene cónyuge o pareja? ( ) Si ( ) No [Escolaridad] \_\_\_\_\_ [Servicio de salud-todos con los que cuente] ( ) ( ) ( ) ( )

¿Usted tiene un trabajo remunerado? { ( ) No.... entonces, además de cuidar de su familiar, su ocupación entonces sería: Hogar( ) Estudiante( ) Desempleado( )

( ) Si.... su trabajo es: Contratado/asalariado( ) Trabajo por cuenta propia( ) Otro \_\_\_\_\_

¿Usted tiene algún otro ingreso?, por ejemplo: ( ) Pensión ( ) Apoyo de familiares ( ) Otro, \_\_\_\_\_ ( ) No tiene otro ingreso

¿Quiénes viven con Usted? -parentesco y edad de cada persona- \_\_\_\_\_

( ) Nadie \_\_\_\_\_

Sumando el dinero que reciben entre todas las personas que viven con Usted, ¿Cuál es la cantidad que más se acerca a su ingreso familiar mensual?

( ) Menos de \$1000 ( ) De \$1000 a \$2000 ( ) De \$2000 a \$3000 ( ) De \$3000 a \$4000 ( ) De \$4000 a \$5000 ( ) De \$5000 a \$6000

( ) De \$6000 a \$7000 ( ) De \$7000 a \$8000 ( ) De \$8000 a \$9000 ( ) De \$9000 a \$10000 ( ) Más de \$10000, aproximadamente cuanto? \_\_\_\_\_

¿Entre cuántas personas se distribuye ese ingreso familiar mensual? \_\_\_\_\_ personas (la división de ingreso/# personas debe ser máximo de 25,000).

CODIGOS: Escolaridad: 1) No lee/escríbe 2) Lee/escríbe 3) Primaria 4) Secundaria 5) Prepa/carr. téc. 6) Lic. / Posgrado

Servicio salud: 1) IMSS 2) ISSSTE 3) ISSSTE 4) Seguro popular 5) Particular 6) SSP-Hospital General, Centro de Salud, etc.

### Apéndice 3. Índice de dependencia funcional y medida de estrés.

#### Índice de dependencia funcional

PRIMERA INDICACIÓN:		SEGUNDA INDICACIÓN:									
<p>En el caso del Sr./Sra.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muchas personas mayores de 60 años necesitan cuidados en actividades diarias (ayuda para comer, tomar las medicinas, desplazarse de un lugar a otro, etc.)</li> <li>En algunas de estas actividades se requiere más ayuda que en otras.</li> </ul>		<p>Después de haber respondido dos o tres actividades del listado, comentar:</p> <p>Estar al pendiente del adulto mayor puede generar estrés para el familiar que lo cuida, es decir, preocupación o mortificación por las dificultades que se presentan. Entonces, le voy a pedir que también me indique si la situación de su familiar a Ud. le hace sentir estrés.</p> <p>A partir de esto, se pregunta de manera afirmada por el nivel de ayuda requerido y el nivel de estrés generado.</p>									
<p>¿Qué tanta ayuda necesita para:</p>		<p>La actividad no se aplica a la situación del adulto mayor. Describir por qué:</p>		<p>No necesita ayuda, puede hacerlo solo/a</p>		<p>Lo hace con ayuda de alguien</p>		<p>Depende totalmente de alguien</p>		<p>¿Eso a Ud. le estresa, le preocupa o mortifica? (marcar X)</p>	
Subir y bajar escaleras o escalones										Nunca A-veces Siempre	
Caminar/trasladarse en la casa										Nunca A-veces Siempre	
Caminar/trasladarse en calles cercanas a su casa										Nunca A-veces Siempre	
Moverse en la ciudad (manejar automóvil o usar camionetas)										Nunca A-veces Siempre	
Sentarse y/o levantarse de la silla/cama										Nunca A-veces Siempre	
Comer (deglutir, usar cubiertos)										Nunca A-veces Siempre	
Bañarse										Nunca A-veces Siempre	
Vestirse										Nunca A-veces Siempre	
Su higiene personal (peinarse, lavarse los dientes, manos, cuidar sus pies y uñas, rasurarse)										Nunca A-veces Siempre	
Sentarse o levantarse en la taza del baño										Nunca A-veces Siempre	
Controlar/limpiarse las heces										Nunca A-veces Siempre	
Controlar/limpiarse la orina										Nunca A-veces Siempre	



**Apéndice 3.** Índice de dependencia funcional y medida de estrés (continuación).

¿Qué tanta ayuda necesita para:	La actividad no se aplica a la situación del adulto mayor. Describir por qué:			¿Le hace sentir estrés? (marcar X)
Ir a comprar el mandado		No necesita ayuda, puede hacerlo solo/a	Depende totalmente de alguien	Nunca A-veces Siempre
Hacer su propia comida				Nunca A-veces Siempre
Manejar aparatos electrodomésticos (plancha, estufa, licuadora, etc.)				Nunca A-veces Siempre
Arreglar su cuarto o cosas personales (ej. lavar su ropa, acomodarla)				Nunca A-veces Siempre
Seguir el tratamiento médico o cuidado de su salud				Nunca A-veces Siempre
Hacer trámites como ir al banco, hacer pagos, firmar documentos, etc.				Nunca A-veces Siempre
Cubrir sus propios gastos (comida, ropa, medicamentos, vestido)				Nunca A-veces Siempre
Organizar/manejar su propio dinero				Nunca A-veces Siempre
Expresar dolores o malestares físicos				Nunca A-veces Siempre
Convivir con las demás personas (familiares o amistades)				Nunca A-veces Siempre
Mantenerse emocionalmente estable (sentirse bien, tranquilo/a, contenta/o)				Nunca A-veces Siempre



## Apéndice 4. Escala de ambiente familiar.

### Escala de Familia – Formato A

- Este cuestionario se trata de **situaciones que pasan en todas las familias**. Por favor, indique si su familia pasa por estas situaciones (piense en la mayoría de los miembros de la familia), marcando con "X" el cuadro que más se acerque a lo que Ud. piensa.
- **No hay respuestas buenas o malas**. Lo importante es saber cómo usted percibe a su familia, y no cómo a usted le gustaría que fuera.

EN MI FAMILIA:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Nunca</span> <span>Pocas veces</span> <span>Muchas veces</span> <span>Siempre</span> </div>			
<i>Ejemplo 1. Hacemos algo para ahorrar agua.....</i>		X		
1. Tenemos pasatiempos, hacemos juegos o cosas divertidas para convivir entre nosotros.....				
2. Es difícil corregir el mal comportamiento de algunos miembros de la familia.....				
3. Nos organizamos para atender las necesidades de cada uno en la familia.....				
4. Hay conflictos en la familia que no se consiguen resolver				
5. Entre nosotros compartimos creencias religiosas o espirituales.....				
6. Evitamos hablar de nuestros problemas personales.....				
7. Cuando hay diferencias entre nosotros, logramos ponernos de acuerdo.....				
8. Vamos juntos a visitar parientes, de paseo, al mandado...				
9. Tenemos estrategias para cuidar el ingreso familiar.....				
10. Respetamos reglas sobre las obligaciones de cada quien				
11. Hay problemas de convivencia entre algunos miembros de la familia.....				
12. Compartimos actividades al aire libre (ej. paseos, hacer deporte, hacer carne asada, ir al parque).....				
13. Platicamos para decidir lo qué es lo mejor para la familia				
14. Tenemos problemas para comunicarnos entre nosotros				
15. Platicamos sobre las formas para resolver los problemas				
16. Hay peleas entre miembros de la familia.....				

Apéndice 5. Escala de bienestar subjetivo.

Escala de Experiencias de Vida – Formato A

- En seguida hay una lista de sentimientos y emociones. Indique que tan fuerte sintió cada una de ellas en el último mes.
- Responda en lo cuadrillos que aparecen al lado de cada sentimiento o emoción, marcando con "X" la opción que mejor refleje su situación.

	No sentí	Sentí un poco	Sentí regular	Sentí mucho
Angustia				
Entusiasmo				
Sufrimiento				
Gusto				
Tristeza				
Felicidad				
Confianza				
Desánimo				

- Ahora, por favor indique su grado de satisfacción en diferentes aspectos a lo largo de su vida, marcando "X" en el cuadrillo que más lo describa.

EN RELACIÓN A TODA MI VIDA, YO ESTOY:

	Nada satisfecho(a)	Poco satisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
Con la cantidad de amigos que tengo				
Con la comunicación que hay en mi familia				
Con el dinero que tengo para divertirme				
Con las relaciones de amistad que tengo				
Con el apoyo que me da mi familia				
Con mi situación económica actual				
Con mi dinero para comprar bienes materiales (ej. casa, carro, muebles, computadora)				
Con el dinero que tengo para pagar los gastos diarios				
Con mi dinero para comprarme gustos personales				
Con la forma practico mis creencias espirituales / morales				
Con la forma como mi familia practica creencias espirituales o morales				
Con lo que mi situación económica me ha permitido hacer en la vida				
Con lo que he logrado a lo largo de mi vida				

## Apéndice 6. Escala de sobrecarga.

### Escala de Familia – Formato C

- Este cuestionario es sobre experiencias de familiares cuidadores de adultos mayores.
- Por favor, Indique si esto le ha pasado a Usted también durante el tiempo que ha cuidado de su familiar adulto mayor, marcando con "X" el cuadro que más se acerque a su caso.
- No hay respuestas buenas o malas, por favor conteste de la manera más honesta posible.

<b>EN EL TIEMPO QUE HE CUIDADO A MI FAMILIAR ADULTO MAYOR HE TENIDO:</b>	Siempre			
	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
<i>Ejemplo 1. Más sueño que antes.....</i>		X		
<i>Ejemplo 2. Que hacer más cosas en menos tiempo.....</i>				X
1. Que cambiar planes o metas personales.....				
2. Mayor capacidad para ayudar a mi familiar.....				
3. Dificultades en el trabajo o escuela.....				
4. Dificultades económicas.....				
5. Menos tiempo para descansar o divertirme.....				
6. Mejoras en mi vida familiar.....				
7. Preocupaciones o angustias.....				
8. Problemas con la familia o amistades.....				
9. Sentimientos de culpa o desesperación.....				
10. Miedo por el futuro de mi familiar.....				
11. Cansancio físico.....				
12. Cansancio emocional.....				
13. Satisfacciones por cuidar a mi familiar.....				
14. Problemas de salud.....				
15. Mejoras en su relación con mi familiar.....				
16. Me gustaría no tener que cuidar de mi familiar.....				