



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

“Efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso
de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar
del adulto mayor”

Tesis

Que para obtener el grado de:
Doctor en Ciencias de Enfermería

Presenta:

M en C. José Javier Cuevas Cancino

Directora de Tesis:

Dra. Norma Elvira Moreno Pérez

Co- Directores:

Dra. María de Jesús Jiménez González
Dr. Nicolás Padilla Raygoza

Celaya, Guanajuato

Octubre del 2018.



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

“Efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor”

Tesis

Que para obtener el grado de:
Doctor en Ciencias de Enfermería

Presenta:

M en C. José Javier Cuevas Cancino

Directora de Tesis:

Dra. Norma Elvira Moreno Pérez

Co- Directores:

Dra. María de Jesús Jiménez González

Dr. Nicolás Padilla Raygoza

Celaya, Guanajuato, Octubre, 2018.

Sinodales

Dra. María Guadalupe Navarro Elías

Presidente

Dr. Vicente Beltran Campos

Secretario

Dra. María de Jesús Jiménez González

Vocal

Dr. Luis Flores Padilla

Vocal

Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda

Vocal

Agradecimientos

A las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Coordinación de Investigación en Salud, por los apoyos otorgados para la realización de mis estudios de doctorado.

A las autoridades del Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, por tener el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería en el padrón de excelencia del CONACyT.

A mi Directora de tesis y tutora, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez, gracias doctora por compartir sus conocimientos, disponibilidad, apoyo, guía y ser parte importante durante mi formación en el doctorado.

A mi Codirectora de tesis, Dra. María de Jesús Jiménez González, gracias Doctora por sus acertados comentarios así como por compartir sus conocimientos y disponibilidad para la conclusión del doctorado.

Al Dr. Nicolás Padilla Raygoza, gracias por confiar en mi capacidad para realizar el trabajo, compartir sus conocimientos, disponibilidad, guía durante mi formación en el doctorado.

Al Dr. Carlos Flores Pérez, catedrático investigador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Campus Xalapa, gracias por su apoyo incondicional y compartir conocimiento y experiencias.

Al Dr. Sergio Sánchez García, jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, por todo su apoyo y compartir conocimiento.

Al Dr. Edgar Javan Vargas Salazar, Coordinador de Programas Médicos, División de Mejora a la Gestión de Servicios de Salud, Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud, por su apoyo incondicional y compartir conocimiento, amistad y experiencias.

A la Maestra Gloria María Galván Flores, Coordinadora de Programas de Enfermería, División de Desarrollo de la Investigación de la Coordinación de Investigación en Salud, del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, gracias por su apoyo incondicional y compartir conocimiento y experiencias.

A los Directivos del Hospital de Gineco Obstetricia con Medicina Familiar N° 60 por permitirme la realización del estudio en sus instalaciones y por todo el apoyo e interés brindado durante el estudio de investigación.

Al Dr. Isaac Pérez Zamora, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital de Gineco Obstetricia con Medicina Familiar N° 60, por su apoyo incondicional, por compartir conocimiento y experiencias.

A la Lic. Ma. Leonor Torralba Guerrero, Subjefe de Enfermería en Educación y Áreas Técnicas del Hospital de Gineco Obstetricia con Medicina Familiar N° 60, por todo su apoyo en el desarrollo del estudio de investigación.

A los Cuidadores Familiares de los adultos mayores que participaron en el estudio de investigación, mil gracias por compartir sus experiencias y contribuir al estudio.

Dedicatorias

A Micaela Cancino Garza y a Jesús Cuevas Ortega†, porque en todo momento de mi vida he recibido palabras de apoyo, creo que el gracias, se queda corta para expresar todo el amor y cariño que tengo para ustedes de manera inicial mi vida.

A mis hermanos Jorge, Fidel, Micaela, Ma. Estela, Rafael, María del Carmen, Ana María, Antonio, Gabriela, Silvia y Rosa Hilda, por todo su acompañamiento desde que inicie este proyecto.

A todos y cada uno de mis sobrin@s, que son parte de mi vida familiar, y que de una manera u otra han marcado un cambio de sentir y pensar, muchas gracias.

A todos los pacientes y familiares que a lo largo de mi vida profesional han compartido conmigo en las unidades médicas en las que he laborado.

ÍNDICE GENERAL

	Página
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE CUADROS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xi
RESUMEN	xii
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.-JUSTIFICACIÓN	5
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
IV.- MARCO TEÓRICO	26
4.1 Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy	27
4.1.1 El metaparadigma de enfermería	28
4.1.2 Descripción del modelo	39
4.1.3 Proceso de afrontamiento y adaptación	41
4.1.3.1 Estrategias de afrontamiento y adaptación	43
4.1.3.2 Capacidad de uso consistente de estrategias de afrontamiento	44
4.1.3.3 Propositiones de la Teoría de Rango Medio del Afrontamiento	46
4.2 Cuidador	52
4.2.1 Cuidador familiar	54
4.2.2 Actividades del cuidador	56
4.2.3 Estrés del cuidador familiar	56
4.2.4 Carga del cuidador	57
4.3 La psicoeducación de enfermería	58
4.3.1 El modelo de psicoeducación	60
4.3.2 La psicoeducación en grupo	61
4.3.3 Estructura del programa psicoeducativo	61
4.3.4 Utilidad de la psicoeducación en enfermería	64

	Página
V.- HIPÓTESIS	68
VI.- OBJETIVOS	69
6.1 Objetivo general	69
6.2 Objetivos específicos	69
VII.- METODOLOGÍA	70
7.1. Tipo y diseño de estudio	70
7.2 Límites de tiempo y espacio	71
7.3 Universo	71
7.4 Muestra (tipo y tamaño)	71
7.5 Criterios de elegibilidad	73
7.5.1 Inclusión	73
7.5.2 Exclusión	73
7.5.3 Eliminación	73
7.6 Variables	73
7.7 Instrumentos de recolección de datos	74
7.7.1 Cuestionario de Aspectos Sociodemográficos del Cuidador Familiar	74
7.7.2 Escala para Medir el Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ECAPS)	75
7.7.3 Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI)	78
7.8 Procedimiento	
7.8.1 Procedimiento del diseño de la intervención “cuidándose” cuidando al cuidador del adulto mayor (AM)	79
7.8.2 Procedimiento del estudio	81
7.9. Tratamiento del grupo	82
7.10 Minimización de las amenazas a la investigación	84
7.11 Medidas para evitar las pérdidas de los participantes	84
7.12 Formación de equipos y entrenamiento de los colaboradores	85
7.13 Análisis estadístico	86

	Página
7.14 Recursos humanos, materiales y financieros	87
Recursos humanos	87
Recursos materiales	88
Recursos financieros	88
7.15 Consideraciones éticas y legales	89
7.16 La bioética en la investigación	90
VIII.-RESULTADOS	93
IX.- DISCUSIÓN	119
X.- CONCLUSIONES	126
10.1 Limitaciones	128
10.2 Recomendaciones	129
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
XII.- BIBLIOGRAFÍA	148
ÁPENDICES	153
Apéndice 1 Diseño de la intervención	153
Apéndice 2 Cronograma de actividades	165
Apéndice 3 Operacionalización de variables	166
Apéndice 4 Cédula de identificación	175
Instrumentos de recolección de datos	176
Cuestionario de aspectos sociodemográficos del cuidador familiar	177
Apéndice 5 Presupuesto	181
Apéndice 6 Carta de consentimiento informado	182
ANEXOS	184
Anexo 1 Aprobación del comité de investigación	184
Anexo 2 Aprobación del comité de bioética	185
Anexo 3 Petición de uso del ECAPS	187
Anexo 4 Escala para Medir el Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ECAPS)	188
Anexo 5 Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI)	191

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro número 1 Revisión de los estudios de psicoeducación en cuidadores	14
Cuadro número 2 Continuación de la revisión de los estudios de psicoeducación en cuidadores	15
Cuadro número 3 Continuación revisión de los estudios de psicoeducación en cuidadores	16

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 Continuum salud-enfermedad	29
Figura 2 Sistema humano de adaptación	40
Figura 3 Estructura teórico conceptual empírica	41
Figura 4 Proceso de solución de problemas	43
Figura 5 Persona como un sistema de adaptación	46
Figura 6 Teoría de Rango Medio del Afrontamiento	48
Figura 7 Esquema de la teoría de rango medio del afrontamiento y adaptación	51
Figura 8 Estructura de la intervención teórico-práctico ECAPS	80
Figura 9 Programa de intervención cuidándose	81
Figura 10 Diagrama de la progresión de los sujetos en la intervención	94

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1 Diseño pre experimental con un grupo y dos mediciones	70
Tabla 2 Tamaño de muestra de cuidadores familiares del AM	72
Tabla 3 Categorización de la capacidad de afrontamiento y adaptación	77
Tabla 4 Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	77
Tabla 5 Puntaje del nivel de habilidad de cuidado por dimensión	78
Tabla 6 Características sociodemográficas del grupo de estudio género, estado civil y convivencia con pareja	95
Tabla 7 Características sociodemográficas del cuidador familiar del adulto mayor en cuanto a estudios concluidos	96
Tabla 8 Número de días a la semana que el cuidador familiar atiende al adulto mayor	97
Tabla 9 Número de horas que cuida el cuidador familiar del adulto mayor	97
Tabla 10 Tiempo que lleva cuidando al adulto mayor el cuidador familiar	98
Tabla 11 Religión del cuidador familiar del adulto mayor	98
Tabla 12 Principales actividades en las que apoya el cuidador familiar al adulto mayor	99

	Página
Tabla 13 Capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, antes y después de la intervención.	100
Tabla 14 Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición inicial	101
Tabla 15 Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición final	102
Tabla 16 Media y desviación estandar de la escala para medir la capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición inicial y final.	103
Tabla 17 Correlaciones de la Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición inicial y medición final.	104
Tabla 18 Inventario de habilidad de cuidado del cuidador familiar del adulto mayor antes y después de la intervención.	105
Tabla 19 Inventario de habilidad de cuidado del cuidador familiar del adulto mayor, medición inicial y final.	106
Tabla 20 Prueba de Chi 2 Mc Nemar para el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación al rol del cuidador familiar del AM	106
Tabla 21 Prueba de Chi 2 para la habilidad de cuidado del cuidador familiar del AM	107
Tabla 22 Correlación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación, y la habilidad del cuidador del AM, antes y después de la intervención.	109

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1 Capacidad global de afrontamiento y adaptación del rol del cuidador familiar del AM antes y después de la intervención	111
Gráfica 2 Capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar del AM antes de la intervención	114
Gráfica 3 Capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar del AM después de la intervención	114
Gráfica 4 Puntaje global del inventario de habilidad de cuidado del rol de cuidador familiar del AM medición antes y después de la intervención	115
Gráfica 5 Dimensión de conocimiento del inventario de habilidad de cuidado del rol de cuidador familiar del AM medición antes y después de la intervención	116
Gráfica 6 Dimensión de valor del inventario de habilidad de cuidado del rol de cuidador familiar del AM medición antes y después de la intervención	117
Gráfica 7 Dimensión de paciencia del inventario de habilidad de cuidado del rol de cuidador familiar del AM medición antes y después de la intervención	118

Resumen

Introducción: La transición demográfica ha influido en la longevidad de los adultos mayores, muchos de ellos requieren cuidado y apoyo de alguien más para desempeñar sus actividades, lo que ha influido en el cambio de rol del hijo a ser cuidador familiar. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. **Metodología:** Diseño preexperimental con un grupo $n=69$, la muestra fue determinada por proporciones, error máximo aceptable 5%, 95 % de confianza y potencia, se consideró una tasa de atrición de 30 %. La intervención se sustentó en el Modelo de Adaptación de Roy con una duración de 10 sesiones, dos por semana, fue diseñada e implementada por enfermería. Se utilizaron tres instrumentos datos sociodemográficos, la Escala para medir el Proceso de Afrontamiento y Adaptación y el Inventario de Habilidad de Cuidado. **Resultados:** La intervención fue efectiva para disminuir la capacidad proceso de afrontamiento y aumentar la habilidad de cuidado del rol de cuidador familiar del adulto mayor, se encontró que las personas que participaron en la intervención mostraron una diferencia significativa entre el antes y el después con una diferencia estadísticamente significativa al comparar las dos mediciones ($X^2(2, n=69), p=.01$). Para la variable de habilidad de cuidado, en relación a la variable de afrontamiento y adaptación una ($X^2_{McNemar}(2, n=69), p.00001$), lo que mostró una diferencia estadísticamente significativa de las dos mediciones; para la habilidad de cuidado medio y alto mejoró más de 10 puntos, para la escala para medir la capacidad de afrontamiento y adaptación tuvo aumento de 65 puntos en una alta capacidad de afrontamiento sugiriendo un efecto positivo y sostenido de la intervención. **Conclusiones:** Los cuidadores familiares de los adultos mayores que participaron en la intervención mostraron un efecto positivo en la adaptación a su rol de cuidador. **Palabras Clave:** Cuidador familiar, intervención psicoeducativa, afrontamiento y adaptación, rol, habilidad.

Summary

Introduction: The demographic transition has influenced the longevity of the elderly, many of them require care and support from someone else to carry out their activities, which has influenced the change of role of the child to be a caregiver. Objective: To evaluate the effect of nursing psychoeducation in the coping process and adaptation to the role of family caregiver in the elderly. Methodology: Preexperimental design with a group n=69, the sample was determined by comparison of proportions, maximum acceptable error 5%, 95% confidence and power, it was considered an attrition rate of 30%. The intervention was based on Roy's Adaptation Model with a duration of 10 sessions, two per week, designed and implemented by nursing. Three sociodemographic data instruments were used, the scale to measure the coping and adaptation process and the care ability inventory. Results: The intervention was effective in decreasing the coping process and increasing the care ability of the role of family caregiver of the elderly, it was found that the people who participated in the intervention showed a big difference between the before and after with a difference statistically significant when comparing the two measurements ($\chi^2 (2, n = 69), p = .01,$) for the care ability variable, in relation to the variable of coping and adaptation one ($X^2 \text{ Mc nemar } (2, n = 69), p.00001$), which showed a statistically significant difference of the two measurements; for medium and high care ability I improve more than 10 points, for the scale to measure the coping and adaptation process, I had an increase of 65 points in a high coping capacity suggesting a positive and sustained effect of the intervention. Conclusions. The family caregivers of the elderly who participated in the intervention showed a positive effect in adapting to their role as caregiver.

Key words

Family caregiver, psychoeducational intervention, coping and adaptation, role, ability.

I.-INTRODUCCIÓN

La transición demográfica y epidemiológica mundial, los avances en la ciencia y tecnología aplicados y utilizados en mejorar la calidad de vida de la población influyen en el aumento de la longevidad de las personas, es decir los individuos viven más, pero con un bienestar deficiente, esto se relaciona con las limitaciones propias del Adulto Mayor (AM) y sus comorbilidades, siendo necesario para algunos de ellos el cuidado y apoyo de alguien más para desempeñar sus actividades de la vida diaria^(1,2).

A las personas que asisten o cuidan a otra persona, por cualquier causa de dependencia, discapacidad, minusvalía e incapacidad que le dificulta o impida el desarrollo normal de sus actividades o de sus relaciones se les define como cuidadores familiares ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para 2050 se habrá cuadruplicado el número de AM que requerirán ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria ⁽⁴⁾, siendo los países en vías de desarrollo como México los más afectados, por no contar con sistemas integrales de atención crónica.

De la relación de dependencia del AM y el desempeño del rol del cuidador familiar, puede surgir un afrontamiento, con un mejor o peor ajuste según lo negativo de la valoración, los recursos y habilidades del cuidador familiar; entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que sirven para manejar las demandas externas y/o internas, que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, ante unos estresores derivados del cuidado del AM. Se puede decir que las formas en que el cuidador familiar afronta su rol con las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación ⁽⁵⁾.

El proceso de afrontamiento y adaptación es definido por Sor Callista Roy en su Modelo de Adaptación (MAR) como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y en los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia ⁽⁵⁾.

La capacidad de afrontamiento y adaptación se desarrolla a través de estrategias como el aprendizaje, en el que las experiencias a lo largo de la vida contribuyen a responder particularmente a los estímulos del entorno. Los patrones adquiridos están dados en el subsistema de afrontamiento cognitivo, que se relacionan en la conciencia y gracias al procesamiento de la información, la persona interactúa y otorga un significado a los estímulos ambientales internos y externos. A partir de estos dos subsistemas, el individuo interpreta en forma particular los estímulos, lo cual le genera un carácter para afrontar la situación (estilo) y unos comportamientos o respuestas (estrategias) que se manifiestan en los cuatro modos de adaptación que pueden ser adaptativas o no adaptativas ⁽⁶⁾.

Con el propósito de conceptualizar y comprender la capacidad de afrontamiento y adaptación, Roy ⁽⁶⁾ construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación-Coping Adaptation Processing Scale (ECAPS), que permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación ⁽⁷⁻¹²⁾.

Para cambiar las respuestas ineficaces a la capacidad de afrontamiento adaptación del cuidador familiar, se considera recomendable implementar intervenciones que modifiquen el actuar del cuidador familiar, siendo conveniente que para estar en condiciones de brindar cuidados al AM, éste debe conservar su salud física y mental a través de la realización de autocuidados; es por ello que cuando se tienen una conciencia del rol de cuidador puede acrecentar el conocimiento en las habilidades del cuidado.

El presente estudio plantea en la justificación que el número de adultos mayores (AM) se está incrementando por el envejecimiento mundial, situación que puede condicionar que los individuos de este grupo, puedan sufrir algún deterioro funcional debido a la edad, motivo por el cual deben recibir la ayuda de alguna otra persona denominada cuidador familiar, para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

El problema radica en el envejecimiento demográfico acelerado del país y su impacto sobre la familia y los sistemas de salud. Los AM con limitaciones requieren de cuidados continuos, los cuales son proporcionados por un miembro de la familia llamado cuidador familiar.

En el marco teórico se aborda el modelo de Sor Callista Roy que sirvió de referencia para comprender el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del AM así como también las proposiciones de la teoría de rango medio del afrontamiento de la misma autora. Se conceptualiza en uno de los apartados quien es cuidador, por que llamarlo cuidador familiar, que actividades debe realizar, porque aparece el estrés y la carga del cuidador familiar.

En otro capítulo del marco teórico se presenta la psicoeducación como estrategia educativa para el desarrollo de la intervención enfocada al mejoramiento del cuidador familiar en la capacidad de afrontamiento y adaptación a su rol.

En la hipótesis se plantea que los cuidadores familiares que participen en la intervención psicoeducativa de enfermería tendrían un efecto positivo en las respuestas eficaces de adaptación a la capacidad de afrontamiento al rol de cuidador.

El estudio que se llevó a cabo fue preexperimental con dos mediciones a un grupo de cuidadores familiares del AM, se estructuró la intervención en 10 sesiones de 100 minutos, los contenidos se basaron en la estrategia educativa de la psicoeducación y los contenidos a mejorar la capacidad de adaptación al rol de cuidador, para tal efecto se crearon dos manuales uno del facilitador y otro del participante.

Por lo anterior el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol del cuidador familiar del adulto mayor; el documento que se presenta a continuación describe de manera particular las etapas del informe de investigación.

II.-JUSTIFICACIÓN

La población mundial ha llegado a los 7000 millones, según estimaciones de la OMS, en el año 2010, 524 millones de personas tenían una edad de 65 años o más: el 8% de la población mundial. Se prevé que en 2050 esta cifra casi se triplicará hasta ser de unos 1500 millones y representará el 16% de la población mundial ^(13, 14).

De acuerdo a las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, las personas viven más años en todo el mundo, una razón de la impresionante mejora registrada a nivel mundial en la esperanza de vida es que el número de niños que mueren antes de cumplir los cinco años ha disminuido ⁽¹⁴⁾. Este aumento en la esperanza de vida ha hecho que la proporción de AM aumente rápidamente en todo el mundo, se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores sea más de tres veces que la cifra actual ⁽¹⁵⁾. La transición demográfica y epidemiológica mundial, aunada a los avances en la ciencia y la tecnología aplicados a mejorar la calidad de vida ha permitido que se vivan más años, pero no se ha logrado una vejez saludable.

Esta situación significa que, si bien el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, también tiene importantes consecuencias, por ejemplo: el aumento en la esperanza de vida, el número de personas mayores que necesitan un conjunto de servicios de salud, entre ellos los de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, cuidados urgentes/crónicos y paliativos.

Al envejecer la población mundial, necesitará que el centro de interés cambie de las enfermedades agudas a enfermedades crónicas tales como el Alzheimer, las enfermedades cardíacas y enfermedades mentales ⁽¹⁶⁾. Además, con la enfermedad crónica se presenta muchas veces la discapacidad, lo que significa que se convertirán en receptores de cuidados, así como los servicios de cuidados de larga duración, tales como las casas de convalecencia, los servicios de salud a domicilio, los cuidados personales, los cuidados de adultos durante el día y las casas de día.

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas influirán considerablemente en los costos de los cuidados de salud y se plantean demandas cada vez mayores a los recursos humanos de salud ya sobrecargados, que sufren escasez y también envejecen ⁽¹³⁾.

La necesidad de cuidados y atención a largo plazo está aumentando de una manera rápida, se estima que de aquí al año 2050 la cantidad de AM que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo, muchos AM de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales, es decir, los AM requerirán alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios, ayuda para la vida cotidiana, así como estadías prolongadas en hospitales y asilos ⁽¹⁵⁾.

En México, el aumento de la longevidad de las personas logró que para 2014 se cuente con una esperanza de vida de 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres ⁽¹⁷⁾. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no es ajeno a esta situación demográfica, ya que la población derechohabiente actualmente es 20 años mayor que la población general. Ahora bien, no sólo está más envejecida sino que la tasa de crecimiento de los adultos mayores es más

elevada que en cualquier otro grupo: en 1990, la proporción de adultos mayores de 60 años fue de 9.2 %, en el 2000 de 12.3 % y en el 2010 de 16.1 %; es decir, este grupo de edad se ha duplicado en los últimos 20 años y se estima que llegará a 28 %, para el 2050, lo que representará que uno de cada cuatro derechohabientes será adulto mayor, de hecho, del 30 al 50 % de la población hospitalizada actualmente es un adulto mayor ⁽¹⁸⁾.

Los AM son un grupo vulnerable ya que, por la ausencia de salud, se llega a producir pérdida de autonomía y la necesidad para muchos de ellos, del cuidado y apoyo de alguien más para satisfacer sus necesidades y actividades de la vida diaria ⁽¹⁹⁾.

Los AM pierden la capacidad de autonomía, un 26.9 % presentan dificultad para realizar al menos una Actividad Básica de la Vida Diaria (ABVD) y 24.6% presenta dificultad para realizar al menos una Actividad Instrumental de la Vida Diaria (AIVD). En ambas condiciones, las prevalencias se incrementan a medida que aumenta la edad y esta situación se presenta más en las mujeres ⁽²⁰⁾.

En relación con la pérdida de autonomía, el estudio de Manrique-Espinoza et al, mostró que 1 de cada 4 AM (26.9%) exhibe algún grado de limitación para las ABVD. Estos datos muestran que la dependencia funcional es uno de los problemas más graves de los AM, ya que dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña del deterioro cognitivo ⁽²⁰⁾.

Las dos principales fuentes que brindan cuidados al AM son la familia y el Estado, se estima que una de cada cuatro personas mayores necesita algún apoyo o cuidados dentro del hogar, es decir de los 11 669 431 AM a nivel nacional, requerirán de un cuidador 2 917 357 personas. ^(21, 22)

De los cuidadores el 59 % son mujeres y 41 % hombres con una edad de 30 a 59 años siendo económicamente activos el 35.5 % de ellos. ^(21, 22)

El deterioro del estado de salud de los AM tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud. Los egresos hospitalarios por este grupo poblacional se han acrecentado en los últimos seis años. Los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio, y los AM tienen una probabilidad doble de ser hospitalizados con respecto a los más jóvenes ⁽²³⁾.

A partir de los datos observados, se considera necesaria la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, así como al aumento de la discapacidad y consecuente dependencia que resulta de ella en los AM.

Es importante resaltar que como consecuencia de aumento en la longevidad, se aproxima rápidamente el momento en que la pirámide poblacional se vea ensanchada en su punta, donde por primera vez en la historia en nuestro país, el porcentaje de personas mayores superará al de jóvenes ⁽¹⁴⁾, aunado a ello los AM demandarán cuidadores que se hagan cargo de las ABVD y AIVD que aquellos ya no podrán realizar, de ahí que se debe considerar la composición familiar y las características de los cuidadores familiares que desempeñaran el rol de cuidador.

Investigaciones recientes refieren que la labor realizada por el cuidador familiar como son ABVD y AIVD de los AM, puede acarrearle consecuencias sociales, emocionales y físicas, así mismo se ha planteado que esto puede causar estrés, depresión, fatiga y aislamiento social, entre otros problemas. Se considera que el deterioro funcional del AM, debido a la edad y a la resistencia de este para

aceptar su dependencia, pueden potenciar el deterioro psicosocial del cuidador familiar ⁽²⁴⁾.

El cuidar a un AM no sólo debe ser un acto de altruismo sino de responsabilidad; en la mayoría de los casos esta actividad recae en un familiar cercano; esposa, hija (o), hermana (o), a quienes se han identificado como el cuidador familiar. Debido a que las actividades y condiciones propias del cuidador, pueden potencializar las consecuencias sociales, emocionales y físicas en el rol del cuidador derivado de la interacción con el AM, esto hace necesario implementar estrategias en el proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador del AM para que pueda hacer más llevadera y efectiva esta experiencia, es decir, mejore su capacidad en el afrontamiento y adaptación en el desempeño de su nuevo rol ⁽²⁵⁻²⁷⁾ sobre todo cuando esta actividad fue impuesta o asumida sin previa preparación psicosocial.

Desde la perspectiva del MAR en la etapa de adultez ocurre un cambio de roles en el que además de cuidar a sus hijos se vuelven cuidadores de sus propios padres ⁽²⁸⁾, a este tipo de modificación del rol secundario en la familia lo denominaremos cuidador familiar, el cual debe modificar su estilo de vida y dependiendo de éstas transformaciones deberá llevar a cabo algunas estrategias para afrontar su nuevo rol frente al cuidado del AM. Dichas estrategias tienen un grado de capacidad de afrontamiento y adaptación, al rol de cuidador familiar situación que se pretenden determinar en nuestra investigación.

El cuidado del otro tiene diversas implicaciones y dependerá de las características de la persona que se cuida, históricamente el cuidado de los niños y AM se lleva a cabo dentro del núcleo familiar, siendo las mujeres las que han proporcionado este servicio, después de realizar una búsqueda de estudios similares se encontró lo siguiente:

En el estudio de Pérez-Jiménez ⁽²⁷⁾ sobre caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes destaca que las estrategias de afrontamiento más usadas son las activas dirigidas a resolver los problemas, dando respuestas directas a la situación, haciendo un análisis lógico de la situación descomponiéndolo en partes, buscando alternativas de solución y sus probables consecuencias.

Las estrategias de afrontamiento más usadas son las activas dirigidas a resolver los problemas que se presentan con el cuidado, independientemente de la edad, el sexo y el nivel educacional. La sobrecarga se presentó en poco menos de la mitad de los cuidadores, con predominio en las mujeres, en el grupo de 60 años y más, en el nivel escolar técnico y en los casados, que cuidan más de 12 horas y que no han participado en ningún programa educativo.

En el estudio sobre evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer realizado por De la Huerta HR ⁽²⁹⁾ se refirió que para el cuidador representa una carga considerable de trabajo la relación de cuidado, el estilo de afrontamiento más predominante fue el cognitivo activo y la mayoría utilizan las estrategias de afrontamiento de búsqueda de información y resolución de problemas.

Aldana-G ⁽³⁰⁾ destaca que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras formales no profesionales. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se encontró que las cuidadoras usan significativamente más afrontamiento emocional y menos afrontamiento racional y por desapego, que las cuidadoras formales no profesionales, lo que lleva a comprometer más su salud.

En el estudio sobre Afrontamiento y ansiedad del cuidador primario realizado por Cedillo-Torres et al.⁽³¹⁾, se encontró que el sujeto de estudio enfrenta un conjunto de problemas derivados de la responsabilidad que representa cuidar al paciente; esto conlleva la generación de respuestas psicológicas complejas que actúan como mecanismos cognitivos y conductuales, conocidos como afrontamiento. La estrategia frecuentemente utilizada fue la resolución de problemas. La conclusión fue que la ansiedad influye en la forma de afrontar de los cuidadores; la mayoría de la población que tiene ansiedad de moderada a severa utilizó estrategias no adaptativas enfocadas a la emoción.

En el estudio sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo por Jiménez-Ocampo et al.⁽³²⁾ se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo que incluyó 61 familiares, se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy. Como resultados encontraron que los rangos de edad oscilaron entre 18 y 65 años, con una participación mayoritaria del género femenino (67.2 %), se consideró que la capacidad de afrontamiento y adaptación fue alta al obtener un puntaje del 85.2 % y baja con puntaje del 14,8 %.

Se observó que en una gama de estrategias de afrontamiento y adaptación más utilizadas por los familiares de los pacientes fueron las de factor físico y enfocado (factor 2, relacionado con bajo afrontamiento), y factores combinados recursivo y centrado (factores 1 y 3, relacionados con alta capacidad de afrontamiento); como conclusión refirieron que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares fueron las dirigidas a la solución del problema, caracterizándose por hacer frente a la situación desde un principio.

En el estudio sobre afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos, de Rojas-Picón Y, Montalvo-Prieto AA, Díaz-Gómez AA ⁽³³⁾, donde refirió que ante una enfermedad cardiovascular, el elegir como tratamiento un procedimiento invasivo, constituye una experiencia estresante para el paciente y su familia por el riesgo de presentar complicaciones, el objetivo fue determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

El estudio fue descriptivo transversal, participaron 230 cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos. Se utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Los resultados fueron que la edad promedio de 40.8 años y el 93.9% hombres. De acuerdo al puntaje global, del total de los cuidadores principales familiares el 47% y el 50% presentan baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación respectivamente. En conclusión, los cuidadores familiares principales presentaron una baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, condición que les impide comprender el estrés al que están sometidos, responder de manera adecuada a los estímulos focales, facilitar la recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

En el estudio de Intervención de enfermería en el estrés del cuidador familiar del anciano con dependencia, de Viegas LM, Fernández AA, Veiga MAPL ⁽³⁴⁾, el objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención de enfermería con base en un programa psicoeducativo de gestión del estrés sobre estresores primarios (sobrecarga), recursos de afrontamiento y resultados (bienestar emocional), la evaluación realizada por cuidadores y enfermeros sobre la ayuda de la intervención. Estudio piloto con 13 cuidadores de ancianos, durante cinco semanas. Se realizaron entrevistas para evaluar intervención y material de

apoyo. Después de la intervención, hubo mejora en el afrontamiento, bienestar y sobrecarga, con diferencia estadísticamente significativa en la sobrecarga; dificultades con la implementación de la intervención. La conclusión fue que los cuidadores familiares revelaron que la intervención ayudó en el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento. Para los enfermeros, ayudó a conocer las dificultades del cuidador, facilitando el abordaje holístico de la atención centrada en el cuidador y anciano.

En los estudios descritos anteriormente se determinó el tipo de estrategias de afrontamiento y adaptación, sin embargo no refieren cuál puede ser la intervención para que el cuidador tenga las herramientas necesarias para mejorar la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol del cuidador familiar del adulto mayor.

Con el fin de dar sustento a la implementación de la psicoeducación se realizó una revisión sistemática como parte de las actividades académicas doctorales encontrando 20 artículos publicados del 2006 al 2018, que incluyeron a un cuidador como miembro de la familia, la estrategia implementada fue la psicoeducación, con lo que se pudo determinar que es una herramienta eficaz para realizar intervenciones en la familia y cuidador ⁽³⁵⁾. (Ver cuadros 1-3)

Cuadro número 1 Revisión de los estudios de psicoeducación en cuidadores

Autor	Muestra	Intervención GI-GC	Número de sesiones/ duración	Conclusión
López-Amaro VO, et al ⁽³⁶⁾	N=18	GI= 9 GC=9	5 sesiones de 1 hora durante un mes	La aplicación de un programa de psicoeducación de tipo familiar mejora la calidad de vida del paciente con enfermedad mental, independientemente del tratamiento de base que se le esté proporcionando.
Hidalgo-García MV, et al ⁽³⁷⁾	N=301	GI= 10 a 12	14 módulos 1 sesión semanal de dos horas, duración variable de acuerdo al grupo.	Los programas psicoeducativos de formación de madres y padres son un recurso comunitario valioso en la intervención con familias en situación de riesgo social y psicosocial.
Leal M, et al. ⁽³⁸⁾	N=90 Tres grupos de 30 cuidadores de pacientes	G-1cuidador del paciente G-2 cuidador padre del paciente G-3 cuidador padre del paciente/ sin intervención	No descrito	El programa psicoeducativo descrito en este estudio disminuye el nivel de sobrecarga de los cuidadores.
Colom F. ⁽³⁹⁾	N= No Especifica	GI= No especifica varios estudios	3, 5, 6, 7, 21, 30,48	La psicoeducación es un elemento básico en el tratamiento de los trastornos bipolares. Ha mostrado su eficacia en distintos estudios controlados y aleatorizados, y con distintas subpoblaciones. Cuenta, además, con la ventaja de su fácil adaptación al entorno clínico estándar y sencilla implementación, sin requerir largos y costosos entrenamientos de sus terapeutas.
Espín-Andrade AM ⁽⁴⁰⁾	N=16 Un solo grupo	GI =GC Pretest-Postest	10 sesiones Una semanal.	El programa psicoeducativo "Escuela de Cuidadores" es efectivo para modificar la afectación psicológica de los cuidadores.

Abreviaturas utilizadas: N=Muestra; GI=Grupo Intervención; GC=Grupo control, G Grupo.

Cuadro número 2 Continuación de la Revisión de los estudios de psicoeducación en cuidadores.

Autor	Muestra	Intervención GI-GC	Número de sesiones/ duración	Conclusión
Martín-Carrasco M, et al. ⁽⁴¹⁾	N=103 promedio	GI=GC el 50 % de los sujetos aproximadamente	9 sesiones	En conjunto, la evidencia disponible favorece la aplicación de programas estructurados de intervención, si bien existe una amplia heterogeneidad de resultados. Las intervenciones psicoeducativas ofrecen mejores resultados, y se adaptan mejor a las necesidades de los cuidadores.
Siurana S, et al ⁽⁴²⁾ .	N=8 familias	GI=8	15 sesiones de 1 hora	Las familias participantes confirman la utilidad del cambio de visión, como miembros de un sistema, para enfrentarse a la enfermedad, si bien este cambio de visión no es suficiente para que se puedan pensar en influir en los cambios de la familia.
Paniagua-Viera L. ⁽⁴³⁾	N= 16-24	GI=GC 2 Grupos de 8 a 12 participantes	14 sesiones	Con la aplicación del programa psicoeducativo existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados pre y post-programa.
Joling, K.J, et al ⁽⁴⁴⁾ .	N=192	G1=96 G2=96	6 sesiones 2 individuales 4 familiares en un año	Este estudio no mostró efectos preventivos en las reuniones de la familia sobre la salud mental de los cuidadores familiares. Las investigaciones futuras deberían determinar si esta intervención podría ser más beneficiosa si se proporciona en una dosis más concentrada, cuando se aplica con fines terapéuticos o ir dirigidas a subgrupos de los cuidadores.
Alarcón-Espinoza M, et al ⁽⁴⁵⁾	N=113	G1=23 G2=42 G3=48	192 horas de Duración de las sesiones No indican contenidos	El énfasis de las competencias psicoeducativas debería ser diferente en cada grupo; mientras que en los técnicos se deberían reforzar todas las competencias, y en especial la relación de ayuda y capacidad de planificación que difiere significativamente de los profesionales.

Abreviaturas utilizadas: N=Muestra; GI=Grupo Intervención; GC=Grupo control, G Grupo.

Cuadro número 3 Continuación de la revisión de los estudios de psicoeducación en cuidadores

Autor	Muestra	Intervención GI-GC	Número de sesiones/ duración	Conclusión
De Góes-Salveti M, et al ⁽⁴⁶⁾ .	N=79	GI=79	16 sesiones de en 8 semanas con dos horas de duración	El programa psicoeducativo fue efectivo en el control del dolor, en la reducción de la incapacidad y en el control de los síntomas depresivos en la muestra estudiada.
Casañas R, et al ⁽⁴⁷⁾	N= 231	GI= 119 GC= 112	12 sesiones, semanales, 90 minutos	La intervención psicoeducativa es más eficaz en pacientes con síntomas leves, ya que presentan una mayor tasa de remisión de los síntomas a corto y largo plazo, esta mejora se asocia con una calidad de vida mejor.
Gutiérrez E, et al ⁽⁴⁸⁾ .	N=7-9 familias	GI=7-9 familias	El programa consto de 6 sesiones-talleres de dos horas de duración cada una, llevadas a cabo quincenalmente en el plazo de tres meses.	Esta intervención parece que puede ayudar tanto a cuidadores a cargo de una persona con un trastorno del comportamiento alimentario en tratamiento ambulatorio como al enfermo.
Ramírez-Sánchez A, et al ⁽⁴⁹⁾ .	N=65	GI=6 a12 personas	5 sesiones de 2 horas	El entrenamiento en técnicas de relajación beneficia a los pacientes con ansiedad. La Psicoeducación grupal llevada a cabo por el personal de enfermería benefician a los pacientes con ansiedad
Vázquez FL, et al ⁽⁵⁰⁾ .	N= 222	GI=GC el 50 % de los sujetos aproximadamente	De 6 a 24 sesiones, en promedio 11, con seguimiento de 4 a 12 meses	Un hallazgo muy positivo es que la mayoría de las intervenciones se desarrollaron con base en un modelo teórico concreto. Conocer el marco de referencia facilita la identificación de los mecanismos de cambio, lo que resulta crucial para desarrollar programas de intervención eficaces

Abreviaturas utilizadas: N=Muestra; GI=Grupo Intervención; GC=Grupo control, G Grupo.

Los estudios revisados mostraron que la psicoeducación en enfermería es un recurso valioso en la intervención con las familias ya que cambia la visión que tienen sobre la enfermedad o el problema y modifica la conducta de los participantes, también tiene la ventaja de implementarse de manera sencilla. La psicoeducación ha sido aplicada en problemas de salud como la depresión, ansiedad, estrés, manejo del dolor, carga del cuidado, manejo de rol, problemas de alcoholismo entre otros, de manera eficaz y con resultados significativos ⁽³⁶⁻⁵⁰⁾.

El utilizar la psicoeducación en enfermería en un grupo puede tener importantes beneficios en la intervención familiar; ya que potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal; proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje; la intervención grupal con personas que presentan problemas similares permite economizar tiempo y esfuerzo en las familias.

Con base en la revisión realizada se puede referir que las intervenciones psicoeducativas ofrecen mejores resultados y se adaptan mejor a las necesidades de los familiares que cuidan a una persona con un problema de salud o tengan algún grado de dependencia ⁽³⁶⁻⁵⁰⁾.

La implementación de estrategias innovadoras como la psicoeducación en un programa de capacitación para mejorar el rol del cuidador familiar, puede dar pie a la implementación de este en las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social así como han surgido programas enfocados a los grupos vulnerables como Chiquitimss.

El estudio es relevante dado que aplica los conceptos teóricos definidos por Sor Callista Roy en su Modelo de Adaptación (MAR) así como también en la Teoría de rango medio del afrontamiento, mismos que se aplican al fenómeno de estudio, para conocer las capacidades de afrontamiento y adaptación del cuidador a su rol.

Cabe señalar que el estudio fue factible realizarlo pues se contó con el apoyo institucional.

Este estudio busca fortalecer al Cuerpo Académico a través de su línea de generación y aplicación del conocimiento “Cuidado al final de la vida y al Adulto Mayor” de la División de Ciencias e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato.

III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la vida laboral del investigador en los servicios hospitalarios, cada día se percataba que había un mayor número de AM que permanecían en los nosocomios acompañados por un familiar directo por largos periodos, cuyas características de estos últimos eran mujeres jóvenes que pasaban más de dos turnos laborales acompañando al AM, en la unidad de medicina familiar el fenómeno era similar al momento de la consulta mensual se veía que del total de las personas que acudían a este servicio más de la mitad eran AM acompañados de un familiar, algunos se veía que lo hacían con gusto y en su gran mayoría se les notaba inquietos, insatisfechos, con prisa y molestos con la situación.

En el caso particular del investigador es parte de una familia de 12 hermanos con padres longevos, todos ellos ya hicieron su vida, hace siete años su padre sufrió una caída por lo cual quedó incapacitado para moverse de manera autónoma, de aquí hacia adelante fue estarle brindando cuidados y atención en casa, éste se fue deteriorando de manera paulatina, por lo que se hizo necesario que los cuidados en casa se le proporcionarían de manera continua, surgiendo conflictos y desgaste de la relación entre los miembros de la familia.

De aquí se vislumbra el problema de estudio el cuidador familiar definido como la persona encargada de proporcionar cuidados continuos al AM, ésta es la única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad cuyas actividades le reclaman tiempo y energía, las cuales no son siempre cómodas, incluso desconocidas y que generalmente no se previeron.

La familia se establece en tres dimensiones fundamentales: primero el parentesco, que significa los vínculos de sangre entre los miembros; segundo la convivencia, que constituye la unión de miembros de la familia en un hogar

común, y tercero la solidaridad, que se refiere a las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan, aunque no vivan bajo un mismo techo ⁽⁵¹⁾, situación que ocurre cuando el cuidador familiar realiza las funciones al cuidar al AM.

El cuidado de un AM con cierto grado de dependencia o fragilidad puede constituir un desafío para la familia, ya que esta actividad genera una responsabilidad, que se incrementa con el paso del tiempo y es llevada durante periodos prolongados, situación que recae en un miembro de la familia.

El problema surge dado que en las últimas décadas, el mundo ha sufrido el fenómeno denominado “encanecimiento mundial”, con la mejora en la calidad de vida, los servicios y la salud, aunada al descenso de la natalidad y la mortalidad, es decir a un aumento en la esperanza de vida, por lo que se tiende a una transición demográfica en la que las pirámides poblacionales se invierten ⁽¹⁸⁾. Las poblaciones tienden a envejecer, con los cambios llevados a cabo con base a las políticas en salud teniendo importantes repercusiones socioeconómicas y humanas, situación a la cual nuestro país no es ajeno.

La necesidad de cuidados a largo plazo está aumentando, de aquí al año 2050 la cantidad de AM que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos AM de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales; los AM necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios, ayuda para la vida cotidiana, estadías prolongadas en hospitales y asilos ⁽⁵²⁾.

Por consiguiente, uno de los principales retos en el país es el envejecimiento demográfico y su impacto sobre los sistemas de salud. Por su condición, el AM requiere evaluación y atención integral e interdisciplinaria, que implican consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las ABVD y su funcionalidad, además de otras asociadas con las concepciones psicológicas, sociales y familiares inherentes a la edad, con modelos de atención más orientados a “cuidar” que en “curar”, a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía, la independencia funcional y la inserción en la familia y la comunidad.

Al respecto, México ocupa el undécimo lugar de los países más poblados y el séptimo lugar entre aquellos con envejecimiento acelerado: solo le tomará 19 años duplicar la población de adultos mayores, mientras que Australia, Suecia, Estados Unidos o Francia tardaron 70 años o más ⁽¹⁷⁾.

Las tareas que debe realizar el cuidador familiar en su rol con el AM se llevan a cabo en los hogares siendo principalmente de tipo domésticas, estas actividades tienen un alto valor social y económico, que no ha sido reconocido lo suficiente, estimaciones de la cuenta satélite del trabajo no remunerado en los hogares de México, indican que dicho trabajo representó 21.6% del producto interno bruto (PIB) en 2011, y que el trabajo de cuidados y apoyo a los integrantes del hogar es el grupo de actividades de mayor peso económico: constituyen una tercera parte del total del valor económico del trabajo no remunerado, con una aportación femenina de 74.1% ^(53,54).

La mayor parte del trabajo de cuidado al interior de los hogares se realiza de manera no remunerada y recae principalmente en integrantes del mismo hogar. De los poco más de 13 millones de personas que realizaron trabajo de cuidado, entre 81.8 % y 90.4% son miembros del mismo hogar, que en términos absolutos representan alrededor de 9.7 millones de cuidadoras(es) de menores

de 15 años (7.2 millones de mujeres y 2.5 millones de hombres); cerca de 1.3 millones de cuidadoras(es) de enfermos temporales (aproximadamente 882 mil mujeres y 388 mil hombres); y a poco más de 1.0 millones de cuidadoras(es) de personas con limitaciones permanentes (738 mil mujeres y 290 mil hombres) ^(53, 54).

Las formas en que los cuidadores familiares del AM resisten el proceso de afrontamiento y adaptación a su nuevo rol dependen de lo estresante de la situación y de la etapa en que se encuentra el AM. La familia soporta el peso que genera el cuidado de los AM, se estima que ésta se responsabiliza de más del 80 % de esta actividad ^(25, 53). La capacidad de afrontamiento y adaptación pueden derivarse de cómo la persona se ve ante su nuevo rol de cuidador familiar y tiene otro tipo de interacción con el AM, así como también de las múltiples circunstancias de su vida en los contextos socioculturales, lo cual deja ver la multicausalidad del fenómeno ⁽⁵⁵⁾, por ello se hace necesario conocer que factores pueden limitar el afrontamiento y por consiguiente la aceptación al rol de cuidador.

Cabe señalar que el 56 % de los cuidadores dedican más de 8 horas a realizar esta actividad; en esta interacción el AM pasa de ser cuidador a una persona que requiere cuidados, siendo esta una relación dispar por el vínculo consanguíneo al representar una figura de autoridad y toma de decisiones ^(53, 54).

De acuerdo a las estadísticas emanadas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes, de cada 100 cuidadores, 38 se desempeñan en establecimientos y 62 en casas particulares ⁽⁵⁶⁾, siendo los cuidadores familiares las personas responsables de este tipo de atención.

Por otra parte, el cuidador familiar con el paso del tiempo observa cómo se va deteriorando el AM de manera paulatina. Aunado a esto las relaciones personales, familiares y sociales del cuidador familiar se van afectando por la falta de tiempo.

La relación del cuidador familiar en su rol con el AM puede irse deteriorando, con el desgaste, empieza a tener actitudes y acciones de molestia, aunado a la carga física, emocional y social, es decir, el AM se convierte en el centro de atención del cuidador familiar.

Dentro de la revisión bibliográfica realizada se encontraron datos relevantes en cuanto a la caracterización del cuidador familiar, su habilidad para el cuidado, sobrecarga del cuidador, el afrontamiento en su papel de cuidador, sin embargo, existe escasa información acerca de cuál es el efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar con su rol de cuidador del AM, por lo cual se considera importante tomar este tema para su estudio ⁽⁵⁷⁻⁶³⁾.

El cuidador familiar con la realización de este estudio puede beneficiarse ya que la intervención estará enfocada a mejorar la capacidad de afrontamiento y adaptación a su rol, que desempeña al estar a cargo del cuidado de un AM; el estudio puede sentar las bases para ser un modelo centrado en las necesidades del cuidador familiar, al realizarlo en el IMSS pudiera ser guía para replicarse en otras unidades de salud, lo que redundaría en mejorar la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del AM, lo que puede verse reflejado en un mejor cuidado al grupo vulnerable de los AM. Los profesionales de la salud debemos voltear la mirada para reconocer en el cuidador familiar un aliado para prevenir y conservar la salud del AM.

Cabe señalar que la unidad seleccionada para el estudio es el Hospital de Gineco Obstetricia con Medicina Familiar N° 60, cuenta con 22 consultorios, por turno (matutino y vespertino), siendo catalogada como una unidad médica grande, la población derechohabiente es de 115,585 personas de las cuales 32,031 son adultos mayores es decir que 1 de cada 4 afiliados es un AM, lo que representa una oportunidad para implementar acciones para que el cuidador familiar del AM tenga una mejor capacidad de afrontamiento y adaptación en su rol de cuidador ⁽⁶⁴⁾.

El cuidador familiar del AM trata de manejar las situaciones que le puedan generar estrés, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que utiliza a la hora de abordar la situación; al parecer no se ha tomado en consideración el problema del rol de cuidador familiar que absorbe las demandas de cuidado de los AM y sus repercusiones. Por su parte el AM busca apoyo y ayuda familiar para resolver sus necesidades esto con el fin de asumir las pérdidas que conlleva envejecer.

Enfermería tienen como compromiso la producción y consolidación de conocimiento con base a teorías y modelos propios, en el caso del estudio se plantea el uso del MAR lo que puede fortalecer la autonomía profesional, así como mejorar la calidad del cuidado que se presta tanto a las personas como a los grupos; la aplicación del MAR en la asistencia es una contribución necesaria para el desarrollo y la expansión de la profesión, puede sentar precedente para continuar realizando intervenciones en el proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar con su rol de cuidador del AM.

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del AM?

IV.-MARCO TEÓRICO

En este apartado se estructura el marco de teórico del informe de investigación el efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del AM, de manera inicial se debe conceptualizar al cuidador como persona dedicada a proporcionar atención al AM, también qué actividades debe desarrollar, por otro lado se conceptualiza el estrés del cuidador como precursor del proceso de afrontamiento y adaptación siendo este los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos que sobrepasan las capacidades que el cuidador familiar posee.

El presente estudio consideró adecuado el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy (MAR), ya que este plantea que las personas se adaptan a los estímulos que reciben del medio ambiente, lo primero que se delimitará es el Modelo teórico, después las concepciones acerca del cuidador, cuidador familiar, la psicoeducación como estrategia de abordaje de la intervención y por último la adaptación al rol de cuidador familiar.

De la relación del cuidador familiar al rol de cuidador del AM durante la convivencia puede producirse el afrontamiento y adaptación con un mejor o peor ajuste según lo negativo de la valoración, los recursos y habilidades del cuidador. Por otro lado, se delimitan los escenarios de la demanda de cuidados a nivel Mundial, en América Latina y en México, donde se describen las características de las personas que requerirán cuidados y quiénes son designados para realizar el rol de cuidador familiar.

4.1 Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy

El fundamento teórico de la investigación lo constituirá el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy (MAR), este fue inspirado en la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy y la Teoría del Nivel de Adaptación Helson ^(6-8, 28).

Del MAR se derivarán el proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar a su nuevo rol durante la relación de cuidado del AM ^(6-8, 28).

Del proceso de afrontamiento y adaptación se derivan las conductas de la persona en la interacción con el medio ambiente y los estímulos, dando como resultado cierta capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar.

El afrontamiento se puede definir como la estrategia personal de repuesta que el individuo utiliza para tratar de mantener una relación armoniosa con el ambiente, en la búsqueda de su bienestar ^(6-8, 28,65), en el caso del estudio son las respuestas del cuidador familiar al rol que debe llevar a cabo.

La adaptación, por su parte, puede entenderse como un proceso dinámico encargado de ajustar el organismo a su medio (capaz de regular los comportamientos en función del entorno), a través de mecanismos de asimilación (personalización de las influencias externas) y la acomodación (reorganización de las propias estructuras internas con base a la asimilación), con el objetivo de conseguir la homeostasis (armonía, equilibrio sintonía...) ^(6-8, 28,65).

La capacidad de afrontamiento y adaptación son las cualidades que tiene la persona para mantener una relación con el ambiente de manera armoniosa, por lo cual el organismo regula los comportamientos, buscando la homeostasis.

4.1.1 El metaparadigma de enfermería en el MAR

El MAR describe los elementos del metaparadigma de enfermería de la siguiente manera:

La persona es vista como un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos; es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados. El entorno representa todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y la conducta de las personas y grupos ^(6-8, 28,65).

Desde esta perspectiva, el ser humano o persona es conceptualizado (ya sea un individuo o un grupo) como un sistema adaptativo holístico, en constante interacción con el ambiente interno y externo, para lograr la adaptación. De acuerdo a ello, el afrontamiento y la adaptación pueden ser vistos como un proceso en el cual se desarrolla un conjunto de fases sucesivas que dan como resultado una conducta; pero también como un resultado al ser efecto y consecuencia de una situación. Cabe señalar que, para alcanzar la adaptación, los sistemas humanos emplean diferentes métodos, llamados procesos de afrontamiento ^(6-8, 28,65).

La salud es el proceso del ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y su capacidad de ser un organismo adaptativo; es un reflejo de la adaptación, es decir, la interrelación de la persona y su entorno ^(6-8, 28,65).

Por ello la salud y la enfermedad son una dimensión inevitable de la experiencia

vital total de la persona, donde enfermería tiene relación con esta dimensión. Cuando los mecanismos de afrontamiento son ineficaces aparece la enfermedad y la salud sobreviene cuando la persona se adapta; al adaptarse a los estímulos recupera la libertad para responder a nuevos estímulos, esto da como consecuencia la liberación de energía resultante de los intentos de afrontamiento ineficaces lo que puede promover la curación y reforzar la salud. (Ver figura 1)

Figura 1 Continuum Salud-Enfermedad

Muerte	Salud Extremadamente Deficiente	Salud Deficiente	Salud Normal	Buena Salud	Alto Nivel de Bienestar	Elevado Nivel de Bienestar
--------	---------------------------------	------------------	--------------	-------------	-------------------------	----------------------------

Fuente: Roy C. The Roy adaptation model. 3er Ed. Pearson education 2009, USA ^(8, 28,65).

Enfermería es definida como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación. El objetivo de Enfermería es promover la adaptación para los individuos y los grupos en los cuatro modos adaptativos, para con ello contribuir a la salud, a la calidad de la vida, y de morir con dignidad determinando comportamientos y los factores que influyen en capacidades adaptativas e interviniendo para ampliar esas capacidades y tomando en consideración el medio ambiente de la persona ^(8, 28,65).

La enfermera es requerida cuando una persona gasta más energía en el proceso de afrontamiento y adaptación, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

El medio ambiente es descrito como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella, no se limita al entorno. Está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno ^(8, 28,65).

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

En el MAR define los estímulos como todo aquello que provoca una respuesta, es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente, los clasifica como:

Estímulo focal. Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación ^(8, 28,65).

Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación ^(8, 28,65).

Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual ^(8, 28,65).

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano ^(8, 28,65).

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual.

El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.

Roy determina ocho supuestos donde centra como puede visualizarse su teoría conforme lo siguiente:

- 1.-La persona es un ser biopsicosocial.
- 2.-La persona está en constante interacción con un entorno cambiante.
- 3.-Para hacer frente a un mundo cambiante la persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos que tienen un origen biológico, psicológico y sociológico.
- 4.-Salud y enfermedad son una dimensión inevitable de la vida de la persona.
- 5.-Para responder positivamente a los cambios del entorno, la persona debe adaptarse.
- 6.-La adaptación de la persona es una función de los estímulos a los que está expuesta y de su nivel de adaptación
- 7.-El nivel de adaptación de la persona presenta una zona que indica el rango de estimulación que conducirá a una respuesta positiva.
- 8.-La persona está conceptualizada como poseedora de cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función del rol y de interdependencia.

De los ocho supuestos básicos presentados en el modelo, del 1 al 5 son enunciados de existencia, 6, 7 y 8 enunciados de asociación. Tal y como, los definió Reynolds, los enunciados de relación pueden ser de asociación o de causalidad y son los susceptibles a validación ^(8, 28,65).

El afrontamiento por su parte es entendido como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad ^(8, 28,65).

Conforme al MAR, el proceso de afrontamiento y adaptación pueden ser de origen innato (determinado genéticamente) o adquirido (desarrollado a través de métodos como el aprendizaje) y se categorizan en dos sub-sistemas mayores, el regulador y el cognitivo ^(8, 28,65).

El sub-sistema regulador es un sistema de afrontamiento donde existe una relación del sistema neuronal, químico y endócrino. Los estímulos del ambiente externo e interno actúan como entradas a través de los sentidos, afectando los fluidos, electrolitos, el balance ácido-básico y el sistema endócrino ^(8, 28,65).

Toda la información que recibe la persona es canalizada de manera automática, por el modo fisiológico, lo que produce una respuesta instintiva e inconsciente. Por su parte, el subsistema cognitivo consiste en un proceso que involucra cuatro canales cognitivos-emotivos: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emociones. Cabe señalar que, aunque se han identificado procesos inherentes a los mecanismos de afrontamiento y adaptación, no se puede ver directamente su funcionamiento; siendo posible solamente ver sus respuestas ^(8, 28,65).

El subsistema cognitivo del modo fisiológico es el sistema que le permite a la persona afrontar los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el **sistema** nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos, según Roy, la cognición se relaciona con “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar”, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación ^(8, 28,65).

Es decir el subsistema cognitivo está compuesto por las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar a través del procesamiento de la información lo que puede influir en la salud mental y física de las personas.

Las personas usan sus habilidades de convivencia que incluyen conocimientos, destrezas, juicio y actitudes. La práctica constante de una actividad aumenta las habilidades adaptativas y procura transformaciones en las personas y en el medio ambiente.

De lo antes expuesto podemos referir que se hace necesario no solo evaluar que capacidades de afrontamiento y adaptación tiene el cuidador familiar, también conocer como realiza las actividades de cuidado al adulto mayor manifestado por la habilidad relacionada con el conocimiento valor y paciencia.

Las respuestas de la persona como sistema humano son los comportamientos que pueden ser de naturaleza adaptativa (promueven la integridad del sistema humano) o no adaptativo, con el propósito de evaluación en el MAR se diseñó una clasificación donde las respuestas son vistas a través de cuatro modos adaptativos: el fisiológico, de autoconcepto, de función de rol y de interdependencia.

En el modo fisiológico el comportamiento es la manifestación de actividades fisiológicas de las células, tejidos, órganos y sistemas que conforman el cuerpo. Adicionalmente, están involucrados los procesos de los sentidos, el balance de fluidos, electrolitos y ácido-básico, las funciones neurológicas y las funciones endocrinas ^(8, 28,65).

Por su parte, el modo de autoconcepto corresponde a la categoría de comportamientos psicológicos y espirituales. Es una composición de creencias y sentimientos que una persona tiene sobre sí misma; está formado por la percepción interna y las percepciones de los otros, a su vez, posee componentes del ser físico (sensaciones corporales y la imagen corporal) y del ser personal (auto consistencia, auto-ideal y el ser moral-ético-espiritual) ^(8, 28,65).

El modo de función de rol es otro de los modos de adaptación, el cual incluye comportamientos correspondientes a los roles que las personas como sistema humano ocupa en la sociedad. Por último, el modo de interdependencia, se centra en las relaciones cercanas de las personas y en su finalidad, estructura y

desarrollo; la necesidad básica de este modo resulta ser la integridad de las relaciones en la que se incluyen las interacciones relativas al ofrecimiento (dar) y recepción de amor, respeto y valor ^(8, 28,65).

El Rol se define como la unidad de funcionamiento de la sociedad, cada rol existe en la relación al otro. Por ejemplo, el rol del padre se relaciona con un niño; el rol del patrón, empleado y el rol de la enfermera con un paciente, es decir, se asocian a cada rol las expectativas sobre cómo una persona se comporta hacia otra persona que ocupa la posición complementaria, en el caso del estudio el rol de cuidador familiar con el AM ^(8, 28,65).

Por otra parte, el modo de la función del rol se centra específicamente en los roles que las personas ocupan en sociedad. Para la integridad individual, social implica la necesidad de saber quien es uno, en lo referente a otros de modo que uno pueda actuar. Para los grupos, la claridad del rol incluye la necesidad de entender y de confiar el cumplimiento de su rol específico dentro de un grupo ^(8, 28,65).

El Rol primario determina la mayoría de los comportamientos de una persona durante un período particular de la vida. Es determinado por la edad, el sexo y la etapa de desarrollo; por ejemplo, los roles primarios: hombre preescolar 5 años, mujer adolescente 16 años y hombre adulto maduro de 70 años. La asociación de la edad, el sexo y de la etapa de desarrollo es el etiquetado del rol primario, lo que permite la identificación de las expectativas específicas del Rol en la relación a la etapa de desarrollo y a los procesos sociales ^(8, 28,65).

Los roles secundarios son los que una persona asume para terminar las tareas asociadas a una etapa de desarrollo y a un rol primario. Por ejemplo, un hombre o una mujer joven adultos de 25 años, puede tener el rol secundario de esposos frente al hecho de poder consolidar, apoyar, a su pareja para tener

hijos. Los roles secundarios que se asumen y se van relacionado a esta tarea podrían ser el marido o la esposa, el padre o la madre ^(8, 28,65).

Las posiciones del trabajo son los roles secundarios que asumen importancia particular en la mayoría de las sociedades porque son altamente relevantes al uso del individuo del tiempo y tienen acceso a los recursos. Los roles secundarios son típicamente estables y abandonados no fácilmente puesto que se desarrollan y se dominan durante el tiempo. Los problemas de la función del rol ocurren en roles secundarios y se relacionan generalmente con la presencia o la ausencia de los factores que influyen roles que se convierten ^(8, 28,65).

El rol secundario de una persona se asocia a las tareas que asume para terminar una etapa de desarrollo y a un rol primario.

Los roles terciarios se relacionan con los roles secundarios y representan la manera en las cuales los individuos resuelven sus obligaciones Rol-asociadas; por ejemplo, las asociadas al rol del padre puede ser el entrenador de futbol o un líder explorador de un muchacho. Los roles terciarios son normalmente temporales en naturaleza y son elegidos libremente por el individuo, y pueden incluir actividades tales como clubs o manías. El rol terciario es elegido libremente por una persona, es temporal en naturaleza y se asocia a menudo a la realización de una tarea de menor importancia en el desarrollo actual de una persona ^(8, 28,65).

Cuando a la persona se le dificulta integrar los roles, el proceso cognitivo a través del juicio, usa habilidades para la solución de problemas y la toma de decisión de manera significativa. El uso del juicio depende de la eficacia de otros procesos cognitivos; la eficacia de integrar los roles de una persona

depende de manera indispensable de las habilidades para la solución de problemas y de la toma de decisión ^(8, 28,65).

Un termino indispensable de determinar es el modo de la función del rol se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en sociedad.

Por otra parte, el modo de adaptación de desempeño de rol trata de un modo de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

La enfermera puede identificar en qué posición se encuentra la persona socialmente hablando, si está sobrecargada, cuál es su cotidianidad, Roy lo llama el "comportamiento expresivo", qué piensa de su situación, lo que siente, gustos, manías, factores que influyen en el desempeño de su rol ^(8, 28,65).

El desempeño del rol es el ejercer obligaciones inherentes a su desarrollo social de acuerdo a la edad evolutiva, este se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en sociedad. La necesidad básica subyacente en el modo de la función del rol se ha identificado como la integridad del rol social que la persona por sí sola ocupa en la sociedad ^(8, 28,65).

En el caso del estudio una persona en la sociedad, recibe un estímulo focal al cambiar su rol secundario de padre o madre en una familia, al hacerse cargo del cuidado del AM, esta situación desencadena un afrontamiento y adaptación al rol de cuidador del AM, la persona utiliza los mecanismos cognitivo y regulador para tomar decisiones en su nuevo rol relacionadas con el AM, las respuestas que de ello emanen pueden ser adaptativas o no adaptativas.

En el estudio se realizó una intervención de tipo psicoeducativa de enfermería con el fin de brindarle las herramientas necesarias al cuidador familiar para favorecer la adaptación al rol de cuidador del AM.

En un acercamiento estructural a los roles ha sido útil en identificar componentes del comportamiento. Estos componentes se definen como comportamientos instrumentales y expresivos, y se aplican a cada rol que la persona ocupa donde los comportamientos instrumentales, son las actividades que la persona realiza como parte de sus roles, éstos son las acciones físicas que tienen una orientación a largo plazo. Por ejemplo, mantener un trabajo en un cierto plazo resuelve las expectativas sociales relacionadas con el soporte de una familia ^(8, 28,65).

Los comportamientos expresivos, o afectivos, implican las sensaciones y las actitudes llevadas a cabo por la persona sobre el funcionamiento del rol. Estos comportamientos son emocionales y son el resultado de las interacciones que permiten a la persona expresar estos sentimientos de una manera apropiada ^(8, 28,65).

Cabe señalar que la persona como sistema requiere de estímulos para poder funcionar siendo estos elementos contemplados en el MAR como aquellos elementos o situaciones capaces de producir una respuesta. Se clasifican en tres tipos, los focales, contextuales y residuales. El estímulo focal es el agente interno o externo más inmediato ante el sistema humano, en el cual el sujeto enfoca su atención o energía. Por otra parte, los estímulos contextuales son los demás factores presentes en la situación y que contribuyen al efecto del estímulo focal. Pueden presentarse desde el interior del individuo o del ambiente y, aunque no son el centro de atención, influenciarán la forma de afrontar los estímulos focales ^(8, 28,65).

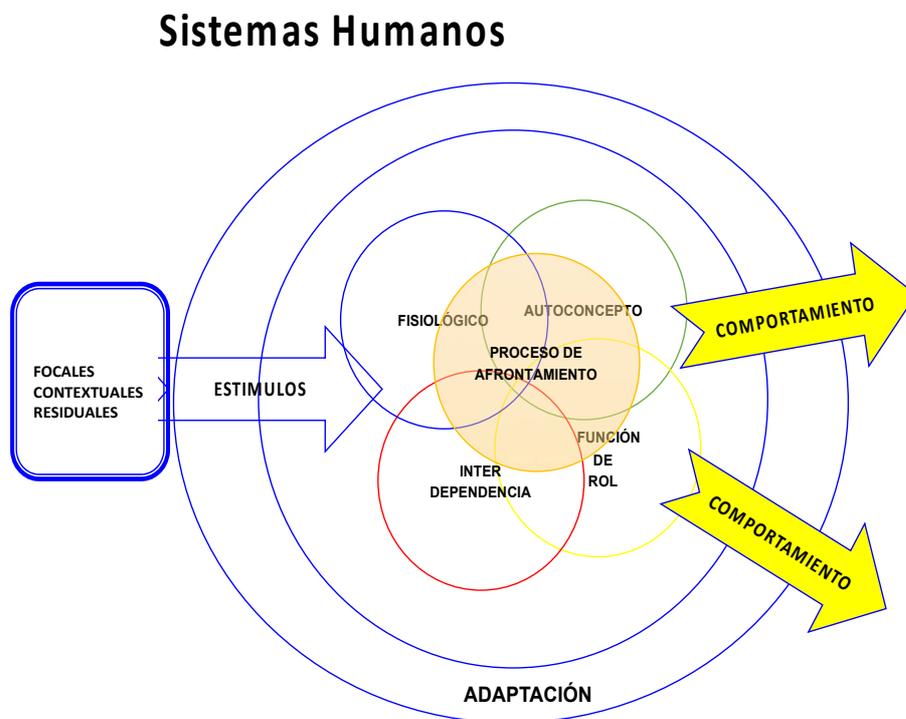
En cuanto a los estímulos residuales, son factores dentro o fuera del sistema humano que provocan efectos no muy claros en la situación. Es pertinente resaltar que los estímulos pueden cambiar de una categoría a otra y, por ende, también sus efectos. Por esta razón, un objetivo básico para el personal de enfermería es identificar su naturaleza, de modo que se conozca el grado de importancia para las respuestas de adaptación. Así mismo, dentro del MAR se refiere que los comportamientos pueden constituir estímulos que entran nuevamente al proceso de afrontamiento, mediante el proceso denominado retroalimentación.

4.1.2 Descripción del modelo

El modelo del MAR es representado como un esquema en el que muestra de manera gráfica la representación de los sistemas adaptativos humanos y el proceso de adaptación. El círculo central constituye a los sub-sistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, los cuales no se pueden observar, pero procesan los estímulos internos o externos (flecha con el extremo abierto que entra al sistema) y producen comportamientos o respuestas (flechas dirigidas hacia el exterior del sistema).

Los comportamientos o conductas pueden observarse y se clasifican en los cuatro modos de adaptación, están esquematizados por cuatro círculos entrelazados que representan la naturaleza holística del ser humano, por ejemplo, una respuesta del modo fisiológico-físico, como tener sueño puede actuar como estímulo para uno o todos los otros modos de adaptación. En esta figura, el contenido del círculo mayor representa la adaptación, por lo que la flecha de comportamiento de menor tamaño indica una respuesta adaptativa, mientras que la flecha que sobresale de la circunferencia representa un comportamiento inefectivo. (Ver figura 2)

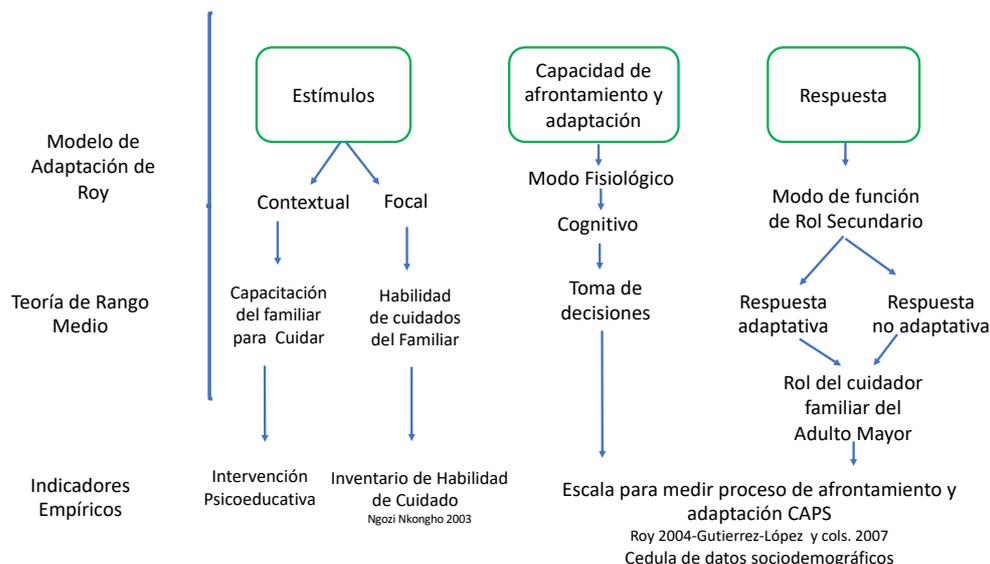
Figura 2 Sistema Humano de Adaptación



Fuente: Roy C. The Roy adaptation model. 3er Ed. Pearson education 2009, USA. (8, 28,65).

Las proposiciones del MAR que guiaron la derivación fueron los estímulos contextuales y focales, la función del rol, la capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar del adulto mayor. La primera proposición indica que “las características de los estímulos influyen en la adecuación de los procesos de afrontamiento y adaptación” (8, 28,65), en este sentido, se extrapoló al fenómeno de estudio. (Ver figura 3)

Figura 3 Estructura teórico conceptual empírica



Fuente: Propuesta de estructura teórico conceptual Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE 2018.

4.1.3 Proceso de afrontamiento y adaptación

Roy define el proceso de afrontamiento y adaptación como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y en los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia (8, 28,65,66).

El proceso de afrontamiento y adaptación está dado por los subsistemas regulador y cognitivo, ambos actúan respectivamente en forma interdependiente, como un todo, con el propósito de mantener los procesos vitales de la personas y así su integridad.

El cuidador familiar del AM al estar en la segunda etapa de vida denominada extensión familiar tiene el rol de ser padre o madre, teniendo a su cargo los hijos a los que les deben brindar los cuidados que necesita; cuando la familia en un momento dado se vuelve extensa al integrar al AM esta situación puede aumentar la tensión y los conflictos dentro de la familia.

El cuidador familiar del AM al tener el rol de madre o padre le puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en la composición de su familia, podría considerarse esta situación como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio y desequilibrio, poniendo en riesgo la funcionalidad familiar ⁽⁶⁷⁾.

El MAR relaciona estas etapas con el estímulo focal, siendo el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona, donde esta enfoca toda su actividad y gasta energía tratando de enfrentarlo; adquiere un significado especial a la luz de los estímulos contextuales y residuales, relacionados con la experiencia y la educación; es decir que cuando el cuidador familiar del AM tiene problemas, el procesamiento de la información es necesario que construya nuevos conocimientos a través de los recuerdos y experiencias, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de los problemas como lo expresado en el proceso de solución de problemas ^(8, 28,65,66).(ver figura 4)

Figura 4 Proceso de solución de problemas



Fuente: Gutiérrez Agudelo M del C. et al. Adaptación y Cuidado en el ser humano, una visión de enfermería. Colombia: Manual Moderno; 2007⁽²⁸⁾.

4.1.3.1 Estrategias de afrontamiento y adaptación

Las estrategias de afrontamiento y adaptación se refieren al conjunto de formas en cómo se realizan los procesos de control en alguna situación difícil del proceso de adaptación, son patrones de conducta del comportamiento de una persona, para hacer frente a una situación determinada que requiera la toma de decisiones, esto con el fin de relacionarse con el medio ambiente ^(8, 28, 65,66).

El MAR divide las respuestas a los estímulos conforme a cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación:

Factor 1. Recursivo y centrado. En este factor se reflejan comportamientos de la utilización del “yo” y de los recursos que se concentran en la entrada del

sistema cognitivo, de la información, se centra en modificar la situación que genera el problema para tratar de sobrellevar la situación de forma que resulte menos estresante considerando actitudes como es el ser creativo, inventivo, buscando resultados y centrados en la estrategia.

Factor 2. Físico y enfocado. Aquí se resaltan reacciones físicas y en el sistema, representan las fases de la entrada para situaciones manejadas físicamente, siendo físico el estilo y centrado en la estrategia. Se refiere al proceso de encontrar diferentes estrategias para responder ante una situación.

Factor 3. Proceso de Alerta. Este refleja comportamientos del “yo” personal y físico, se enfoca en las tres etapas o niveles del sistema: entradas, proceso y salidas. Patrón de conducta que refiere la dinámica de crear, producir y diseñar nuevas formas de disminuir el impacto del problema.

Factor 4. Procesamiento sistemático. Describe las estrategias personales físicas del “yo” realizadas en situaciones manejadas metódicamente.

Factor 5. Conocer y relacionar. Refleja las estrategias que utilizan el “yo”, utilizando la memoria y la imaginación, por conductas adquiridas de comportamientos y aprendidas ^(8, 28, 65,66).

4.1.3.2 Capacidad de uso consistente de estrategias de afrontamiento

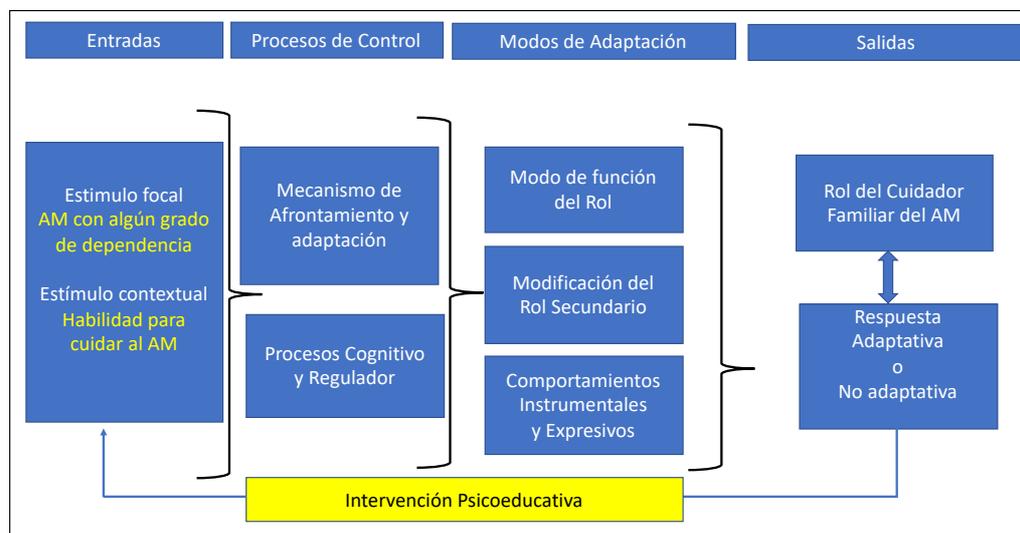
La capacidad del uso de las estrategias de afrontamiento son los recursos que posee un individuo para emplear o desarrollar un patrón o comportamiento frente a una situación estresante, una alta capacidad de consistencia indica un mayor contenido en recursos internos adecuados y resistentes de actitud o conducta para enfrentar una situación, mientras una baja capacidad de consistencia refiere menor contenido de recursos internos y poco resistentes de actitud o conducta para enfrentar situaciones.

La capacidad de uso consistente de estrategias de afrontamiento puede verse como un proceso automático innato o adquirido que se crea por medio de métodos, como el aprendizaje, donde las expectativas vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. A partir de la presencia de un estímulo se activan dos subsistemas: el regulador, en el cual entran en juego cuatro canales, la percepción y el procesamiento de la información, además el de aprendizaje, juicio personal y las emociones e interfiere en los tres modos restantes autoconcepto, función de rol e interdependencia ^(8, 28, 65,66).

La capacidad de uso de estrategias de afrontamiento se relaciona estrechamente con el proceso de afrontamiento cognitivo, ligado a la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, entendido éste como “el proceso y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental”. De manera que, al hacer uso consistente de las estrategias de afrontamiento, el individuo mejora la capacidad de adaptarse, pues a mayor consistencia en el empleo de estrategias de afrontamiento, su rol secundario se verá menos afectado ^(8, 28, 65,66).

Debido a estos estímulos, la persona interpreta la situación y otorga un significado que interactúan en los cuatro modos de adaptación y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación, de manera que el uso consistente de estrategias de afrontamiento influya en las respuestas eficaces o ineficaces, según la capacidad del individuo ^(8, 28, 65,66). (Ver figura 5)

Figura 5 Persona como un sistema de adaptación



Fuente: Persona como un sistema de adaptación modificado por Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE 2018, tomado de Roy C, Andrews H. The Roy adaptation model. USA: 3er Ed. Pearson education; 2009. (8, 28, 65,66).

4.1.3.3. Proposiciones de la Teoría de Rango Medio del Afrontamiento

Las teorías de rango medio son más limitadas en amplitud y menos abstractas, describen fenómenos o conceptos específicos, reflejan de mejor manera los componentes de la práctica. Los conceptos o fenómenos tienden a cruzar diferentes campos y reflejan una gran variedad de situaciones de cuidado de enfermería. Como ejemplo tenemos: incontinencia, incertidumbre, soporte social, calidad de vida y la salud como forma de empoderamiento o del afrontamiento ⁽⁶⁷⁻⁷¹⁾.

La teoría de rango medio propone aspectos funcionales de la disciplina. Las ideas son simples, pero generalizables; son menos abstractas y permiten visualizar el fenómeno más allá de una sola situación, lugar o tiempo, asimismo, son lo suficientemente cercanas a los datos empíricos de modo que permiten generar y probar situaciones particulares del estudio y específicos para la práctica.

La teoría de rango medio (TRM) instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión operativa del fenómeno en ocurrencia y no meramente como una forma espontánea y coyuntural, que responda de manera aleatoria a las necesidades del sujeto receptor del cuidado de enfermería. Cabe señalar que los indicadores empíricos presentes en la TRM son los elementos observables y medibles, que se traducen en la práctica de la enfermería, cuando sucede el fenómeno, el indicador se transcribe en documentos, que facilitan su manipulación e interpretación inequívoca. Este nivel intermedio, se caracteriza por la explicación de un fenómeno y cómo interactúan los elementos paradigmáticos de la enfermería como son la persona y el ambiente ⁽⁶⁷⁻⁷¹⁾.

Las teorías de rango medio son propuestas articuladas que requieren refinamiento, el cual debe lograrse a través de la investigación y la práctica. Su gran ventaja radica en que trabajan aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características singulares de la práctica de la enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo como es el caso del estudio.

El propósito de incluir este apartado sobre la Teoría de Rango Medio (TRM) de Callista Roy es aportar nuevas evidencias al estudio, dado que es un acercamiento de la gran teoría a la práctica; lo que ha permitido un desarrollo significativo en la investigación, así como la revisión y contextualización de la teoría a la práctica de enfermería ⁽⁶⁷⁻⁷¹⁾. (Ver figura 6)

Teoría de rango medio del proceso de afrontamiento y adaptación

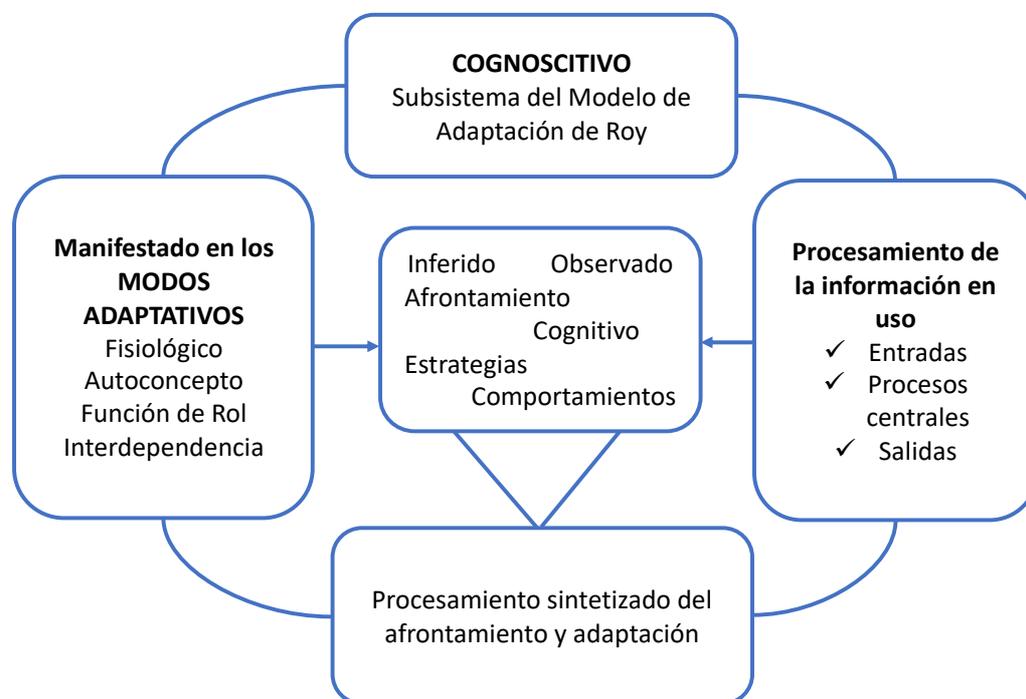


Figura 6 Teoría de rango medio del proceso de afrontamiento y adaptación ^(72, 73).

Las proposiciones que se presentan a continuación son resultado de las investigaciones realizadas con base a la TRM de Callista Roy, donde se presentan una relación entre las variables de estudio que pueden aportar un mejor entendimiento de los fenómenos.

1.-Las estrategias activas de afrontamiento son las utilizadas ante los cambios en el estímulo del estrés percibido y la adaptación manifestada por una menor angustia psicológica.

2.-Las estrategias de afrontamiento pasivo / evitativo están relacionadas con el resultado negativo de la angustia psicológica, pero las horas extraordinarias debidas a un aumento en las estrategias activas de afrontamiento que conducen a la adaptación.

3.-El apoyo de los proveedores de servicios de salud contribuye al afrontamiento cognitivo para la toma de decisiones importantes.

4.-El afrontamiento religioso usado por aquellos con dolor crónico conduce a un autoconcepto positivo que afecta menos la depresión y la angustia psicológica, la espiritualidad es una estrategia utilizada para hacer frente a la pérdida de un ser querido y para adaptarse de manera efectiva.

5.-Las personas mayores usan estrategias de afrontamiento religiosas y no religiosas para manejar intensidades de dolor más altas.

6.-Los estímulos más fuertes conducen a un aumento de las estrategias de afrontamiento, como en un mayor estrés percibido de la prestación de cuidados y niveles más altos de dolor crónico.

7.-El efecto combinado de los estímulos, como la solicitud del paciente y el deseo de estar con él y ayudarlo a influir en la adecuación de la capacidad de adaptación del cuidador y la respuesta adaptativa.

8.-El apoyo, como el hospital, lleva a la adaptación para cuidar a los pacientes, aunque se utilizan menos estrategias de afrontamiento, son más eficaces y están disponibles de manera similar; difundir apoyo para el cuidador tiene un efecto directo sobre el afrontamiento activo.

9.-Los conflictos en el apoyo social entre los cuidadores se relacionan con las estrategias de afrontamiento pasivo / evitación y con una mayor angustia psicológica.

10.-Los factores demográficos no tienen tanta influencia en algunos resultados como los informes, por ejemplo, el nivel de intensidad de dolor auto informada en personas mayores no se relacionó con la edad, el sexo, la cultura o la raza.

11.-El género y la raza, tuvieron algún efecto en las mujeres; los participantes no blancos informaron que usaron estrategias de afrontamiento religioso con más frecuencia que los hombres y los participantes blancos.

12.-La raza tiene algún efecto sobre la creatividad como en una muestra de centros para personas mayores en la cual los participantes negros obtuvieron puntajes más altos en pre intervención de creatividad y post intervención en el grupo de control e intervención cuando el esfuerzo era mejorar el envejecimiento exitoso aumentando la creatividad ^(72,73).

La TRM de Callista Roy se visualizan algunos aspectos que son tomados en consideración en el estudio como son el AM, el estrés percibido, el cuidador, el rol, la habilidad de cuidados y las respuestas adaptativas ^(72,73). (Ver figura 7)



Figura 7 Esquema de la Teoría de rango medio del afrontamiento y adaptación, extraído de Roy C. Generating middle range theory: From evidence to practice. Springer Publishing Company, 2013. pp 227. 228 (402), Traducido por Cuevas Cancino JJ, Moreno Pérez NE.

4.2 Cuidador

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se dice que cuidador es un adjetivo que se le asigna al que cuida, también al individuo que tiene como característica ser muy solícito y cuidadoso ⁽⁷⁴⁾. En el mesh (Medical Subject Headings) el término cuidador se encontró como caregivers.

Cuidador (Caregiver), es la persona que presta atención a aquellos que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución. El término cuidador incluye al personal médico, de enfermería y otro personal de salud, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros miembros de la familia, amigos, miembros del clero, maestros, trabajadores sociales, los demás pacientes ⁽⁷⁵⁾.

El Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) denomina al cuidador principal como la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios a otra persona que tiene una enfermedad y/o requiere cuidados. El cuidar de un ser querido puede ser una tarea gratificante pero también muy agotadora y demandante ⁽⁷⁶⁾.

El cuidador es definido como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades o de sus relaciones ⁽²³⁾. Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar del enfermo hay un cuidador que asume las tareas básicas de cuidado, con las responsabilidades que esto acarrea. Este es percibido por los restantes miembros de la familia como responsable de asumir el cuidado del enfermo.

Por lo antes descrito se puede referir que el cuidador familiar es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades o de sus relaciones ⁽⁷⁷⁾. La función familiar del cuidado y protección de los niños y los enfermos, usualmente se asumen sin demasiada carga emocional lo que no sucede cuando se trata del cuidado AM. La tradición es que la mujer asuma el papel de cuidador familiar, no por conocimientos sino por condicionamiento social.

Se ha señalado en diferentes estudios la presencia de desgaste y agotamiento tanto en los cuidadores familiares como profesionales, este es un fenómeno complejo con tres componentes principales: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de logros personales ^(3, 25, 26, 58, 59). Las mujeres cuidadoras presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores, hecho que sugiere modelos diferentes de adopción del rol de cuidador entre hombres y mujeres.

Algunas de las características de los cuidadores es que la mitad de ellos tienen sobrecarga derivada del cuidado, prevalece el sexo femenino, cuidan por más de 12 horas, los estilos de afrontamiento más frecuentemente usados por los cuidadores son los que permiten solucionar las dificultades que se presentan en el cuidado, independientemente del sexo, edad, el nivel de escolaridad, las horas de cuidado y el haber participado en un programa educativo ⁽²⁷⁾.

El cuidador familiar ha emergido como una persona relacionada de manera directa con el AM que asume el cuidado en el ámbito clínico social porque “la dependencia de un cónyuge o padre puede intensificar los problemas de larga data al interior de la familia, o abrumar los recursos fisiológicos del cuidador ^(2, 3). Por otra parte, la carga percibida por los cuidadores familiares puede afectar seriamente su salud, así como la calidad de la atención que prestan al AM.

Las formas en que los cuidadores afrontan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y del nivel de dependencia en que se encuentra el receptor de cuidado ⁽⁷⁸⁾. La vida del cuidador se organiza en función del enfermo y los cuidados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana, por lo que los cuidadores perciben que disponen de un inadecuado apoyo social.

El cuidador familiar experimenta un rompimiento en su modo de vida, caracterizado por la inexistencia de límites entre su vida y la del paciente, habiendo así menos tiempo para entretenimiento, vida social, familiar y afectiva, y en algunos casos, dificultades económicas ⁽⁷⁹⁾.

4.2.1 Cuidador familiar

Los cuidadores de personas en situación de dependencia son familiares o amigos que prestan los apoyos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas y aquellas derivadas de su condición de salud ⁽⁸⁰⁾. Aunque todos los miembros de una familia pueden prestar los apoyos de forma tal, que se distribuya la carga y las responsabilidades, lo común es que exista la figura del cuidador como aquel miembro de la familia que se ocupa mayoritariamente del cuidado del familiar con dependencia, asumiendo un mayor grado de responsabilidad en los cuidados, en el tiempo y esfuerzo invertido y en la toma de decisiones.

En la actualidad subsiste una diversidad de términos relacionados con el cuidador que frecuentemente se emplean como sinónimos, pero tienen implicaciones teóricas distintas desde esta perspectiva.

Algunos de estos términos empleados pueden ser: cuidador principal, cuidador informal, cuidador familiar, cuidador primario, cuidador primario informal, cuidador principal familiar, cuidador secundario, cuidador formal, cuidador no profesional y cuidador informal entre otros; para el desarrollo de este estudio de investigación el término que se empleo fue cuidador familiar.

En los conceptos encontrados de cuidador familiar, puede identificarse a la persona que cuida, es decir, el quién lo puede realizar, siendo esta una persona cercana, unida por lazos familiares o de parentesco, que cumplan con la tarea; miembro de la red social inmediata (amigos, vecinos, clérigos, etc.), esta postura es conocida como cuidador informal. Cuando se acude a profesionales del área de la salud como son enfermeras, médicos, nutriólogos, psicólogos, terapeutas o rehabilitadores este cuidador se le considera un cuidador formal.

En lo referente al qué, es decir la tarea que le da sentido al cuidador está en función de: cuidado, asistencia, tareas de apoyo en las ABVD, y a la realización de las AIVD, así como prestar atención a las necesidades físicas y emocionales.

Ser cuidador implica:

- ✓ Responsabilizarse de todos los aspectos de la vida del enfermo: higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc.
- ✓ Decidir dónde y cuándo deben invertirse los esfuerzos y los recursos personales y económicos.
- ✓ Tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado.
- ✓ Enfrentarse a la pérdida paulatina de su autonomía teniendo que compaginar los cuidados con el mantenimiento de sus relaciones en el entorno familiar, laboral y social, ocio, etc ⁽⁸¹⁾.

4.2.2 Actividades del cuidador

Las tareas del cuidado a otra persona se centran en tres acciones: las responsabilidades del cuidado mismo, participar en la toma de decisiones conjuntas a la persona cuidada y poner en marcha la solidaridad con el que sufre; sin embargo, no se vislumbra el autocuidado del cuidador familiar ⁽⁷⁷⁾.

Por lo antes expuesto se considera que el cuidador familiar es la persona con lazos de consanguinidad que preste atención a los AM que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad, discapacidad o dependencia por más de 6 horas al día. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución.

Cuando algún miembro de la familia enferma o presenta algún tipo de dependencia, debe existir un cuidador familiar que asuma las tareas básicas de cuidado, con las responsabilidades que esto acarrea. Este, es percibido por los restantes miembros de la familia como responsable de asumir el cuidado del enfermo o adulto mayor (AM) ⁽²⁾.

4.2.3 Estrés del cuidador familiar

Cuidar de una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que sobrepasan con frecuencia las posibilidades del cuidador familiar. Además de agregar que esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy (por ejemplo, ayudar al AM a desplazarse con un bastón), puede ser totalmente inútil mañana (por producirse una reducción en la movilidad), haciendo una readaptación de las actividades diarias. Todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido.

En consecuencia, no es de extrañar que el cuidado de un AM se considere una situación de estrés; el cuidar es una experiencia estresante, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio, ya que por lo general tiende a ser una situación continua (en cuanto que ocupa gran parte del tiempo del cuidador familiar) y de larga duración (puesto que es frecuente que se prolongue durante meses e incluso años).

El estudio del estrés en los cuidadores familiares parte de los modelos generales del mismo, es un proceso dinámico de interacción entre la persona y su medio. Desde este punto de vista, la vivencia que la persona tiene, depende tanto de la evaluación que ésta, como de las estrategias que tenga en su mano para afrontarlo. De este modo, los efectos de cuidar a un AM estarían mediatizados por las evaluaciones que los cuidadores familiares hacen de la situación y por los recursos de los que dispongan para afrontarlo ⁽⁸²⁾.

4.2.4 Carga del cuidador

El cuidado suele asociarse únicamente a los niños, por lo que los otros tipos de atención pasan a ser invisibles. Aunado a lo anterior, generalmente se piensa que la carga de cuidado se concentra en la juventud, porque en esta edad las mujeres tienen bajo su responsabilidad a los niños, pero las evidencias demuestran que ellas pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida, y que terminan prestando esta forma de ayuda más de una vez en su ciclo de vida: empezando por los hijos, para luego seguir con los padres y concluir cuidando al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, adultez y madurez ⁽⁸³⁾.

4.3 La psicoeducación de enfermería

En el MAR enfermería debe mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación en los individuos y grupos para con ello contribuir a la salud, a la calidad de la vida, y de morir con dignidad determinando comportamientos y los factores que influyen en capacidades adaptativas e interviniendo para ampliar esas capacidades y tomando en consideración el medio ambiente de la persona, la teoría permite la utilización de herramientas educativas para lograr la adaptación, en el caso del estudio se consideró que la psicoeducación en enfermería puede ser de utilidad.

La psicoeducación en enfermería es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, es un proceso en el cual un facilitador (profesional del área de la salud) detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema ⁽⁸⁴⁾.

La psicoeducación surge del trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, se le atribuye su creación a George Brown 1972 ⁽⁸⁴⁾. A partir de sus observaciones realizadas, refirió que “en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos”, lo que supone, haber localizado elementos para determinar patrones de comportamiento específicos entre familiares y paciente que están involucrados en la recaída y agravamiento de los signos y síntomas de la enfermedad ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Este tipo de circunstancias se presentan de manera cotidiana en las unidades de atención, conforme a este fenómeno se van integrando nuevos cuidadores de la familia, en un proceso de hospitalización de la persona enferma, mostrando comportamientos de enojo, gritos, agresividad hacia el personal de enfermería que esta al cuidado del enfermo; los primeros dan sugerencias de los hubiera, situación que puede causar confusión para el paciente y el cuidador ⁽⁸⁴⁾.

El modelo de psicoeducación se ha extendido de la atención a las personas con esquizofrenia a su aplicación en otros trastornos mentales, tales como la depresión, el trastorno por déficit de atención o alimentario, hasta incluirse también en propuestas de educación sanitaria. Así, con variantes y adecuaciones en el contenido, se puede estandarizar una dinámica de información para los pacientes y familia ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

El modelo de psicoeducación plantea una forma de dar solución a los sucesos estresantes contingentes que se presentan en la vida cotidiana y de difícil resolución para el individuo en su rol. En el caso de una familia, cuando uno de sus miembros enferma, otro debe hacerse cargo de su cuidado, situación que hace emerger a un cuidador, el cual requiere de información detallada y veraz sobre la situación de salud de su familiar.

Desde la 36ª Asamblea Mundial de la Salud se propuso la definición de Educación para la Salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite ⁽⁸⁸⁾.

En este sentido la psicoeducación en enfermería proporciona elementos para que la familia y en específico el cuidador familiar del AM en su rol, conozca cómo mantener su salud y busque ayuda cuando lo requiera.

Enfermería retoma la Educación para la Salud (EPS) como una función sustancial de la profesión, esta herramienta permite brindar información sanitaria al individuo y grupos específicos; a pesar de que se reconoce la EPS como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, el abordaje es muy variado con resultados muy limitados, es de suma importancia destacar el rol de la familia al cuidado de los pacientes ya que con la implementación de la psicoeducación se debe tomar en consideración para brindar un cuidado integral, lo que puede redundar en la comprensión y acompañamiento de la familia siendo participe de los cuidados necesarios para una pronta recuperación.

4.3.1 El modelo de psicoeducación

El modelo de intervención psicoeducativa de manera inicial se planteó para el tratamiento integral de las enfermedades mentales, las cuales se encuentran en el marco del modelo de vulnerabilidad - estrés (la facilidad para sufrir una enfermedad, sí se dan las condiciones biológicas, sociales y psíquicas precisas para que aparezca). Este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo, como ejemplo podemos mencionar el cuidado a un adulto mayor donde un hijo después de ser cuidado se convierte en cuidador, lo que puede verse como un proceso de afrontamiento de un familiar al rol de cuidador ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

4.3.2 La psicoeducación en grupo

El utilizar la intervención psicoeducativa en el trabajo con grupos puede tener importantes beneficios en la intervención familiar; en primer lugar, potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal, especialmente en situaciones que puedan mostrar dificultad; en segundo lugar, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se potencia el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos; en tercer lugar, la intervención grupal con personas que presentan problemas similares permite economizar tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud responsables de la atención a las familias ^(84, 85).

4.3.3 Estructura del programa psicoeducativo

El programa psicoeducativo está compuesto por un número variado de sesiones de trabajo grupal; éste dependerá de los contenidos e información a tratar previamente con la familia; la estructura de la intervención consta de tres fases: educativa, jerarquización de problemas, déficits o necesidades y práctica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana.

Fase educativa

La fase educativa se refiere al desarrollo armónico de las facultades del ser humano; es primordial que la educación se proponga formar personas en la convicción y capacidades necesarias para contribuir a la construcción de una sociedad del conocimiento que exige a las personas mayor capacidad de interpretación de fenómenos, creatividad y manejo de la información en entornos cambiantes ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Desde la perspectiva del cuidado a la salud se le explica al cuidador familiar el nombre de su enfermedad, los signos de alarma, síntomas y el tratamiento a seguir, situación que les brinda elementos de juicio para la toma de una decisión informada.

Fase de Jerarquización de problemas, déficits o necesidades

La jerarquización de problemas consiste en ordenar de manera prioritaria los problemas o situaciones que se presenten de acuerdo al valor que una persona le da en el momento en que surge la situación o problema.

En relación a los déficits o necesidades pueden definirse como la escasez que es percibida por el paciente, familia o cuidador de algo que se juzga necesario y que hace falta indispensablemente para realizar una acción.

La fase de jerarquización puede iniciarse siguiendo un modelo de entrenamiento de habilidades, que consta de los siguientes pasos:

- ✓ Identificación del problema por parte del paciente, familia, cuidador o por el facilitador, terapeuta.
- ✓ Especificación de objetivos y planificación de tareas.
- ✓ Escenificación del problema y, por último
- ✓ Modelo y refuerzo ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Fase práctica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana

La práctica de las habilidades aprendidas se debe hacer en la vida diaria del paciente, familia o cuidador y en su ambiente habitual de un modo gradual, para que de este modo puedan reintegrarse a sus actividades cotidianas en escenarios reales.

La psicoeducación va mucho más allá de sólo brindar información, aspira a modificar actitudes o conductas del paciente, familia o cuidador, situación que les permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su

estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas.

Las intervenciones a través de las cuales se obtienen mejores resultados son las psicoeducativas y las psicoterapéuticas, ambas exitosas a la hora de aliviar la carga y la depresión en la familia y cuidadores, efectos que se mantienen durante un período considerable ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Los principios metodológicos de la psicoeducación se pueden estructurar de la forma siguiente:

I.- Alianza terapéutica,

II.- Brindar información,

III.- Propiciar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad,

IV.- Integración gradual del paciente en su rol familiar, y

V.- Continuidad en el cuidado del paciente con vinculación institucional ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Cabe destacar que la mayor parte de las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos: ayuda a los familiares del paciente, reconocimiento de que en el ambiente no está implicada la etiología, y el reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Con base a lo antes referido se han propuesto cuatro etapas de la intervención psicoeducativa en enfermería: a) involucramiento familiar, b) información y orientación, c) entrenamiento en la solución de problemas, y d) rehabilitación social del paciente, familia o cuidador ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

4.3.4 Utilidad de la psicoeducación en enfermería

La psicoeducación en enfermería presenta una serie de intervenciones enfocadas a mejorar el conocimiento de la enfermedad, el cuidado y mejora en la atención del paciente. La psicoeducación incluye técnicas específicamente orientadas a la comprensión y reducción del malestar psicológico de la familia y cuidador (manejo de estrés, relajación, control de pensamientos, técnicas de autocontrol, entre otros).

El modelo psicoeducativo en enfermería tiene como finalidad educar e informar, desde una perspectiva bio-psico-social, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad.

La experiencia en el estudio de la psicoeducación en enfermería ha permitido reconocer la importancia de una familia informada para brindar mejor apoyo en los siguientes aspectos:

- ✓ Decidir qué hacer y qué evitar con la enfermedad y/o con la persona enferma,
- ✓ Acudir a la consulta en un servicio determinado,
- ✓ Mantener la toma del medicamento,
- ✓ Determinar el camino que puede seguir el enfermo y el uso de los servicios de salud, y
- ✓ Comprensión del padecimiento y aceptación en la comunidad ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

La psicoeducación en enfermería es una estrategia viable, económica y efectiva para abordar las necesidades de las personas, desde la atención primaria de salud. Propone integrar un enfoque educativo-preventivo y psicológico, en función de fortalecer las capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo, la inclusión de la psicoeducación en enfermería, propiciaría optimizar la calidad de vida y ayudaría a disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad en la familia y el rol del cuidador familiar.

De este modo la persona que ostente el rol de cuidador familiar, estará en mejores condiciones para comprender el estado de salud- enfermedad- discapacidad del otro y responder efectivamente a los desafíos que impone su condición con sus recursos personales. Así mismo despliegan las acciones necesarias que favorezcan la prevención y control en el AM.

Entre las estrategias que han resultado exitosas para el cuidado de una persona enferma se encuentran: programas educativos con énfasis en consejos prácticos respecto del cuidado diario, grupos de apoyo de pares y psicoeducación en enfermería que enfatizan el desarrollo de habilidades y estrategias específicas de afrontamiento, consejerías respecto de los servicios disponibles en la comunidad y cómo acceder a ellos

Un ejemplo son los servicios de respiro tendientes a aliviar la sobrecarga del cuidador familiar y permitir a las familias continuar ejerciendo su función de cuidado a fin de prevenir la institucionalización.

La psicoeducación en enfermería es un recurso valioso en la intervención con las familias ya que cambia la visión que tienen sobre la enfermedad o el problema; que ha mostrado eficacia, cuenta, además, con la ventaja de su fácil adaptación e implementación.

La psicoeducación en enfermería aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad-problema-discapacidad, ya que el conocimiento disminuye el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones. También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos. De los estudios revisados el tamaño de muestra es variado desde 10 a 300 personas;

con relación a la maniobra, la mayoría tienen grupo intervención y control; en cuanto al número de sesiones es variado de 3 a 24 con una moda de 14 sesiones ((84-87, 90-92).

Los estudios revisados mostraron que la psicoeducación en enfermería es un recurso valioso en la intervención con las familias ya que cambia la visión que tienen sobre la enfermedad o el problema y modifica la conducta de los participantes, también tiene la ventaja de implementarse de manera sencilla.

Por su parte enfermería como profesión brinda cuidados y atención de manera autónoma a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias; comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

En suma, dentro de las actividades que desarrolla la enfermera debe cuidar los procesos de salud-enfermedad de las personas que conforman familias, cuando éstas son separadas de las familias por situaciones de salud, es responsabilidad de un equipo multidisciplinario restablecer a la persona en el menor tiempo a la sociedad; con la psicoeducación de enfermería es posible implementar estrategias de promoción, prevención y cuidados de enfermería no solo al individuo, también a la familia esto con el fin de brindar un cuidado integral.

Una de las actividades que desarrolla el personal de enfermería es la educación para la salud, esta comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad ⁽⁹⁰⁻⁹²⁾.

En esta definición no se contempla la participación de la familia como miembro activo en el proceso salud enfermedad, situación que pone de manifiesto la utilidad que puede tener la psicoeducación en enfermería como proceso ya que integra a la familia en la suma de componentes para abonar a la salud de uno de sus miembros.

La psicoeducación en enfermería ha sido aplicada en problemas de salud como la depresión, ansiedad, estrés, manejo del dolor, carga del cuidado, manejo de rol, problemas de alcoholismo entre otros, con resultados significativos.

El utilizar la psicoeducación en enfermería en grupo puede tener importantes beneficios en la intervención familiar; ya que potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal; proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje; la intervención grupal con personas que presentan problemas similares permite economizar tiempo y esfuerzo en las familias.

La psicoeducación en enfermería abre otra opción para cuidar al paciente y familia haciendo una alianza terapéutica, reconociendo el ambiente donde se desarrolla la familia, ayudándola a desarrollar las habilidades necesarias y conductas que fomente la salud individual y colectiva.

V.-HIPÓTESIS

H1 Los cuidadores familiares que participen en la intervención psicoeducativa de enfermería mostrarán respuestas eficaces en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor.

H0 Los cuidadores familiares que participen en la intervención psicoeducativa de enfermería no mostrarán respuestas eficaces en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor.

VI.-OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- ✓ Evaluar el efecto de la psicoeducación de enfermería en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor.

6.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar al grupo de estudio de cuidadores familiares del AM.
- ✓ Medir la capacidad de afrontamiento y adaptación del grupo de cuidadores familiares del adulto mayor.
- ✓ Determinar el efecto de la intervención psicoeducativa de enfermería en la capacidad de afrontamiento y adaptación en el grupo de cuidadores familiares del adulto mayor.
- ✓ Conocer la habilidad de cuidado del grupo de los cuidadores familiares del adulto mayor.

VII.-METODOLOGÍA

7.1. Tipo y diseño de estudio

El tipo de estudio es el cuantitativo dado que utiliza la recolección y análisis de los datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente establecidas, se confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de la estadística para establecer los patrones de comportamiento en una población ⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.

El diseño del estudio fue pre experimental, en el cual se utilizó un grupo realizándole mediciones pretest y postest ⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.(véase tabla 1) Por el número de mediciones fue longitudinal al realizar dos o más mediciones en el cuidador familiar del AM ⁽⁹³⁾; por la direccionalidad en la obtención de la información es prolectivo dado que la obtención de la información se realiza simultáneamente con la ocurrencia de la maniobra y, por lo tanto, simultáneo a la ocurrencia del resultado⁽⁹³⁾.

Tabla 1 Diseño preexperimental con un grupo y dos mediciones.

Grupo	Pretest	Intervención	Posttest
A	O ₁	Tint	O ₂

Nota: Tint=Tratamiento intervención; O Observaciones.

Cabe señalar que el grupo de estudio (n=69), recibieron una intervención denominada “cuidándose” (Apéndice 1), conformada por 10 sesiones de 100 minutos, con una frecuencia de 2 días a la semana (martes y jueves); la capacitación se estructuró desde la perspectiva teórica de la psicoeducación siendo esta un acercamiento terapéutico en el que se proporcionó información sobre las situaciones de salud que guarda el cuidador familiar del adulto mayor con relación a su nuevo rol y la manera de abordar su propio cuidado.

7.2 Límites de tiempo y espacio

El estudio se realizó en el Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar N° 60 (HGO C/UMF 60), Dr. Jesús Varela Rico, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, zona centro del Estado de México Oriente, esta unidad brinda atención de salud en los procesos de morbilidad y mortalidad en los derechohabientes determinando estrategias de prevención a la salud a través de los programas prioritarios como PREVENIMSS, ChiquitIMSS, JuvenIMSS y GeriatrIMSS; así como identificar los procesos de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva y sus recién nacidos, para determinar las estrategias de prevención en la salud materna y perinatal. La intervención se realizó de noviembre del 2017 a enero del 2018. (Apéndice 2 Cronograma de actividades).

7.3 Universo

La población total de derechohabientes es de 127,538 personas de las cuales el 4 % tienen alguna discapacidad, en el grupo etareo seleccionado de 20 a 59 años tienen una población de 60299 individuos, con una relación hombre-mujer de 1:1.2 que asisten al turno matutino y vespertino de la consulta de medicina familiar del Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar 60 (HGO C/UMF 60) ⁽⁶⁴⁾.

7.4 Muestra (tipo y tamaño)

Para el cálculo de la muestra se consideraron los estudios previos de intervenciones para modificar la capacidad de afrontamiento y adaptación del rol del cuidador familiar del adulto mayor, lo que permitió el probable efecto. Considerando lo anterior se obtuvo una muestra preliminar a través del programa estadístico STATA para proporciones con un 80 por ciento de mejora

con el tratamiento, un error máximo aceptable del 5%, un 95 % de confianza y un 95 % de potencia, con base a ello se obtuvo un total de 50 sujetos, sin embargo, para compensar posibles pérdidas durante la intervención se considero una tasa de atrición del 30 %, por lo que la muestra final estuvo conformada por 69 cuidadores familiares. La muestra estuvo conformada acorde a la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas con una $n= 65$ ⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾.

La muestra fue no probabilística o dirigida dado que dependió que los sujetos de estudio cumplieran los criterios de inclusión. El grupo se estructuró conforme su registro en el departamento de trabajo social y en el de educación. Durante la intervención, los mecanismos de retención de los sujetos (véase apartado 7.12 Medidas para evitar la pérdida de los participantes) fueron efectivos, la muestra final estuvo conformada con un numero de 69 participantes situación que aumenta la confianza y disminuye errores ⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾.

El tamaño de la muestra se considera suficiente para el estudio pre experimental ya que se pueden utilizar para tener una aproximación a la población de cuidadores familiares de adultos mayores. (Ver tabla 2)

Tabla 2 Tamaño de la muestra de cuidadores familiares del AM ⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾.

Nivel de confianza 95 %	
Potencia	Población
80	50
Perdidas esperadas 30%	15
Total	65

7.5 Criterios de elegibilidad

7.5.1 Inclusión

Adultos de 20 a 59 años, que sepan leer y escribir, que tengan a su cuidado un AM en este momento, con el cual exista una relación de parentesco hasta la 3ª generación y que por lo menos lo cuiden 4 horas diarias.

Adultos que acepten participar de manera voluntaria en el estudio y firmen hoja de consentimiento informado.

7.5.2 Exclusión

Los cuidadores familiares serán excluidos del estudio si:

- El AM este en fase terminal.
- Que el AM esté inscrito en un centro de cuidados diurno.
- Que el cuidador familiar del AM reciba alguna compensación económica.

7.5.3 Eliminación

Los cuidadores familiares del AM que decidan abandonar la intervención y no cubran el 80 % de asistencia al programa “cuidándose”.

7.6 Variables

Variable independiente: La intervención psicoeducativa de enfermería con los cuidadores familiares del AM.

Variable dependiente: La capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: nombre, forma de contacto, teléfono fijo y celular, correo electrónico, género, edad, estado civil, convivencia con pareja, nivel máximo de estudios, ocupación actual, ocupación y situación profesional previa a ser cuidador familiar, tiempo dedicado al cuidado en días y horas, tiempo que lleva cuidando al adulto mayor, practica alguna religión, si realiza actividades de ocio y recreación y cuantos días a la semana, principales actividades al realizar cuidados al adulto mayor (Ver apéndice 4, Cédula de identificación).

7.7 Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron tres instrumentos: 1) para recolectar los datos sociodemográficos con el fin de caracterizar a la población de estudio; 2) la Escala para medir el Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ECAPS.); 3) el inventario de habilidad de cuidado para conocer cuál es la habilidad del cuidado proporcionado al adulto mayor por el cuidador familiar en tres dimensiones como son el conocimiento, valor y paciencia.

7.7.1 Cuestionario de aspectos sociodemográficos del cuidador familiar

La ficha de datos sociodemográficos, consta de folio, nombre, forma de contacto, teléfono fijo y celular, correo electrónico, género, edad, estado civil, convivencia con pareja, nivel máximo de estudios, ocupación actual, ocupación y situación profesional previa a ser cuidador familiar, tiempo dedicado al cuidado en días y horas, tiempo que lleva cuidando al adulto mayor, practica alguna religión, religión que practica, si realiza actividades de ocio y recreación y cuantos días a la semana, por último se le muestra un listado de 22 actividades posibles para cuidar al adulto mayor y que elija las 5 principales, esto con el fin de caracterizar al cuidador familiar del AM.

7.7.2 Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación

El instrumento diana a utilizar es la Escala para medir el Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ECAPS)^(8-12, 99, 100); la cual fue derivada del modelo conceptual, esta se construyó con el propósito de explicar el subsistema cognitivo y de esta manera identificar las habilidades que utiliza la persona para controlar el estrés y promover su adaptación. Cabe señalar que acorde a la teoría el procesamiento de la información y las respuestas observadas en el comportamiento de los modos de adaptación son expresados en estrategias de afrontamiento inferidas y en comportamientos cognitivos observables. (Ver anexo 4)

Las propiedades psicométricas, del ECAPS demuestra una alta validez y confiabilidad (alfa de Cronbach: 0.88, Rho de Spearman: 0.94, $p = NS$); esta última determinada mediante la estabilidad de la escala a través del tiempo (prueba-reprueba)^(8-12, 99-101).

Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras, simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras^(8-12, 99-101).

La ECAPS tienen una medición ordinal, está conformado por 47 ítems, agrupados en cinco estilos y estrategias denominadas por Roy como factores y con un formato tipo Likert de cuatro criterios: nunca =1, algunas veces =2, casi siempre =3, siempre =4; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Una consideración especial es que el afrontamiento en sí mismo es un indicador de cierto nivel de adaptación independientemente de las respuestas que se deriven de la actuación por lo cual todas las personas afrontan y su respuesta frente a una situación parte de uno (1) y no de cero (0)^(8-12, 99-101).

La puntuación total de ECAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas número 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47, de manera negativa (7-11, 99-101).

Los puntos de corte para la categorización los considera arbitrarios, debido a que en su construcción no encontró evidencia de lo contrario. Parte obteniendo la mediana del puntaje (50%) entre el rango de 47 a 188 para cada uno de los factores y el total de la escala; se operacionaliza la baja capacidad de afrontamiento y adaptación con un puntaje de 47 a 117, y alta capacidad de afrontamiento y adaptación con un puntaje entre 118 y 188, a su vez, para cada uno de los factores^(8-12, 99-101). (Ver tabla 3 y 4)

Los factores tienen una interpretación similar que se presenta en la tabla 4 y 5, siendo las dimensiones el factor 1 recursivo y centrado, factor 2 físico y enfocado, factor 3 proceso de alerta, factor 4 procesamiento sistemático, así como factor 5 conociendo y relacionando, es decir cómo reacciona la persona ante los estímulos.

Tabla 3 Categorización de la capacidad de afrontamiento y adaptación

Estrategia de afrontamiento	Puntuación	Categorías de la capacidad de Afrontamiento y Adaptación	
		Baja capacidad	Alta capacidad
Recursivo y centrado Factor 1	11-44	11-27	28-44
Físico y enfocado Factor 2	13-52	11-27	28-44
Proceso de alerta Factor 3	9-36	9-22	23-36
Procesamiento sistemático Factor 4	6-24	6-18	19-24
Conociendo y relacionando Factor 5	8-32	8-24	25-32
Escala total	47-188	47-117	118-188

Fuente: López-Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación ^(11, 99-101).

Tabla 4 Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1 Recursivo y centrado	Factor 2 Físico y enfocado	Factor 3 Proceso de alerta	Factor 4 Procesamiento sistemático	Factor 5 Conociendo y relacionando	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Fuente: Fuente: López-Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación ^(11, 99-101).

Para la aplicación de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ECAPS) se solicitó permiso a Alyssa Hopper, directora de proyectos de Teoría de Enfermera, Director Ejecutivo, Roy Adaptation Association, Escuela de Enfermería de Connell Boston College. (Ver anexo 3)

7.7.3 Inventario de habilidad de cuidado

El inventario de habilidad de cuidado (CAI) tiene como objetivo medir la habilidad de cuidado en tres dimensiones conocimiento, valor y paciencia del cuidador familiar del AM, consta de 37 ítems, con tres dimensiones conocimiento, valor y paciencia. Las respuestas eran tipo Likert van de 1 a 7 puntos, los puntajes más altos indican mayor grado de cuidado para los ítems positivamente formulados; para los ítems negativamente formulados el puntaje se invierte. La sub escala de conocimiento consiste en 14 ítems, el de valor 13 ítems y la paciencia tienen 10 ítems. Con un puntaje de 37 a 259, la confiabilidad del instrumento fue de 0.89 y la validez de 0.80, el nivel de habilidad de cuidado está representado por una puntuación de 220 a 259 como habilidad alta, habilidad media de 155 a 219 y baja habilidad de 37 a 154 ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁹⁾. (Ver tabla 5)

Tabla 5 Puntaje del nivel de habilidad de cuidado por dimensión.

Nivel	Conocimiento	Valor	Paciencia
Alto	78-98	78-91	59-70
Medio	59-77	55-77	42-58
Bajo	14-58	13-54	10-41

Fuente: Tizoc-Marquez A, Higuera-Sainz JL, Uzueta-Figueroa MC, Peraza Garay F, Medrano-Gil S. "Nivel de habilidad del cuidador familiar en el cuidado a pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de la UNEME del Hospital General de Culiac Sn."Revista Med UAS Nueva Época vol 3 No 2 2012: 56-64. ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁹⁾

7.8 Procedimientos

7.8.1 Procedimientos del diseño de la intervención “cuidándose”

El procedimiento para el diseño de la intervención “cuidándose”, fue realizado en dos etapas: la primera una búsqueda y análisis de las intervenciones publicadas acerca del fenómeno de estudio.⁽¹¹⁰⁾ En la que se realizó un análisis de las estrategias de intervención con relación al número de sesiones, tiempo y efectividad que mostraron respecto a las variables de estudio obteniéndose un acercamiento a los contenidos propuestos, número de sesiones y tiempo de dedicado a impartir las sesiones con el enfoque psicoeducativo.

La segunda etapa se trabajó en una de las estancias académicas con expertos en las temáticas (Doctora en Ciencias de Enfermería, Maestro en pedagogía, Maestro en Psicobiología, Psicólogo), adaptando los contenidos de acuerdo a las aportaciones recibidas ⁽¹¹⁰⁾.

En las sesiones de la intervención “cuidándose”, se considero de manera preferente al cuidador familiar del AM, al presentar seis sesiones para su autocuidado y solo cuatro dedicadas al cuidado del AM.

En primer lugar se trabajaron desde la perspectiva de la psicoeducación al involucrar al cuidador familiar del adulto mayor en que conozca el problema, brindándole información, orientación y entrenamiento en la solución de problemas de salud propios y del AM, en la última sesión se le instruye para que la rehabilitación del AM cuando ocurra pueda reintegrarse a su vida con una dependencia leve controlando los factores de riesgo ⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾.

Al cuidador familiar del AM se le habla sobre el envejecimiento y la dependencia durante la primera sesión, en la segunda se le brinda información

sobre las características del cuidador y por qué es importante que él cuide su salud, también que actividades realiza al cuidado del AM, en la tercera sesión se les presenta porque la salud del cuidador y que repercusiones puede tener.

A partir de la cuarta sesión se aborda el ECAPS iniciando con el factor 1 recursivo y centrado con la actividad de ponerse en los zapatos del otro y el factor 3 proceso de alerta con la escucha activa, en la sesión 5 se le brinda un taller de técnicas de relajación y el método de relajación progresiva que da respuesta al factor 5 de conociendo y relacionando, cuidador familiar, en la sexta sesión se le proporcionaron herramientas para el manejo de conflictos lo que dio respuesta al factor 4 procesamiento sistemático.

En la sesión 7 se le brindo información relacionada con los cuidados al AM sobre nutrición y eliminación, en la sesión 8 actividad y descanso del AM, en la sesión 9 la movilización y entorno seguro, por último en la sesión 10 se les brindo información referente a signos y síntomas de alarma del AM, así como también a que servicio acudir en caso de urgencia. (Ver figura 8)

Figura 8 Estructura de la intervención teórico-práctico del ECAPS.

ECAPS				
Recursivo y centrado Factor 1	Físico y enfocado Factor 2	Proceso de alerta Factor 3	Procesamiento sistemático Factor 4	Conociendo y relacionando Factor 5
En este factor se reflejan comportamientos de la utilización del. "yo" considerando actitudes como es el ser creativo, inventivo, buscando resultados y centrados en la estrategia.	Se resaltan reacciones físicas Se refiere al proceso de encontrar diferentes estrategias para responder ante una situación.	Refiere la dinámica de crear, producir y diseñar nuevas formas de disminuir el impacto del problema	Manejo metodico de las situaciones	Refleja las estrategias que utilizan el yo, utilizando la memoria y la imaginación, por conductas adquiridas de comportamientos y aprendidas
Ponerse en los zapatos del otro	Técnicas de relajación	Escucha activa	Manejo de conflictos	Técnicas de relajación y Método de relajación progresiva

Figura 9 Programa de intervención cuidándose.

Programa de Intervención
“Cuidándose”
 Cuidando al cuidador familiar del AM

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
0.- Conociéndonos 1.- Envejecimiento 2.- Dependencia (FESE)	3.-Cuidando al cuidador 6.- Actividades de recreación del cuidador	4.- La salud del cuidador 5.- Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.	✓ Ponerse en los zapatos del otro (comprender al otro) ✓ Escucha activa	✓ Técnicas de relajación ✓ Método de relajación progresiva

Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Manejo de conflictos	7.-Cuidados AM 7.1.-Necesidad de Nutrición 7.2.- Necesidad de Eliminación	7.-Cuidados AM 7.3.- Necesidad de Actividad y Descanso	7.-Cuidados AM 7.3.1.- Movilización 7.4.- Estímulos contextuales (Entorno del AM)	7.5.-Signos y síntomas de Alarma en el AM 7.6.-A que servicio acudir

7.8.2 Procedimiento del estudio

Después de obtener la aprobación del Comité de Investigación y Bioética de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, de la Universidad de Guanajuato, (anexo 1 y 2), se solicitó la aprobación a los directivos de la unidad, así como al Comité de Bioética del Hospital de Gineco-Obstetricia con Medicina Familiar N° 60 del IMSS del Estado de México Oriente.

Una vez obtenidas las cartas de aprobación de ambas instancias, se realizó la difusión del curso “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, se colocaron pancartas en la unidad médica así como cartulinas haciendo la invitación al curso, por otra parte se volanteo frente a los consultorios de medicina familiar dos semanas antes de cada curso, y se perifoneo desde dos semanas antes en transcurso del turno matutino haciendo la invitación al curso; fue elaborado un directorio de los candidatos al curso en la Jefatura de Trabajo Social y otro en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

Cuando se conformó el grupo de 69 sujetos se citó para explicarles el contenido del curso y los objetivos, los que aceptaron participar y cumplían con los criterios de inclusión se les solicito firmaran el consentimiento informado (Apéndice 6), posteriormente se les aplico la batería de instrumentos (Cédula de identificación, ECAPS, CAI) a través de una entrevista por un grupo cinco médicos pasantes previamente capacitados.

Después se inició el curso “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, elaborando un directorio de los candidatos al curso en la Jefatura de Trabajo Social y otro en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, se les cito con antelación para explicarles el contenido del curso y los objetivos, los que aceptaron participar y cumplían con los criterios de inclusión se les solicito firmaran el consentimiento informado (Apéndice 6), posteriormente se les aplicó la batería de instrumentos de la preprueba (Ficha de datos sociodemográficos, ECAPS, CAI) a través de una entrevista por un grupo cinco médicos pasantes previamente capacitados.

7.9 Tratamiento del grupo

La dosis del tratamiento se realizó de dos sesiones por semana, con una duración aproximada de 100 minutos por cinco semanas.⁽³⁵⁾ La intervención se llevó a cabo por el investigador principal. La intervención psicoeducativa “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, tuvo como finalidad modificar la capacidad de afrontamiento y adaptación al cambio de rol de cuidador familiar a través del aumento de conocimiento relacionado con su rol secundario enfocándose a cuidarse primero él y mejorar en la toma de decisiones en salud, al saber las características del adulto mayor y las necesidades de nutrición, eliminación, actividad, descanso, movilización, entorno seguro, los signos y síntomas de alarma en el AM.

La intervención “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, estuvo conformada por dos componentes uno dirigido al cuidador familiar y el otro educativo para conocer los cuidados a las necesidades básicas del AM, divididos en 10 sesiones.

La primera parte del curso fueron seis sesiones, enfocadas al cuidador familiar, se estructuró de manera que conociera que es el envejecimiento y la dependencia del AM así como la situación actual del incremento de la esperanza de vida, lo que repercute en la longevidad de las personas pues viven más pero con un bienestar deficiente, situación por la cual requieren de cuidados y apoyo de alguien más para desempeñar sus actividades de la vida diaria; posteriormente en las siguientes sesiones se delimitó quien es cuidador familiar, como cuidar al cuidador, la importancia de continuar con actividades de ocio y recreativas, la salud del cuidador y cómo repercute el cuidar al AM.

En las siguientes sesiones se utilizó la estrategia psicoeducativa de ponerse en los zapatos del otro, mejorar la escucha activa, se les capacitó en las técnicas de relajación y en el manejo de conflictos. En la segunda parte de la intervención les fue explicado los cuidados relacionados con la necesidad de nutrición, eliminación, actividad, descanso, movilización, entorno seguro, signos y síntomas de alarma, así como a qué servicio médico acudir.

A cada participante al inicio de la intervención se le obsequió un manual, así como una libreta de bolsillo para la toma de notas, esto con el fin de que se realizará un reforzamiento de los contenidos vistos por sesión ⁽¹¹⁰⁾.

7.10 Minimización de las amenazas a la investigación

Con el fin de minimizar las amenazas a la validez interna de la presente investigación se realizaron las siguientes estrategias ⁽¹¹⁰⁾. El investigador principal aplicó intervención “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, sus funciones fueron proporcionar orientación a los participantes, así como apegarse a los contenidos temáticos por sesión; un equipo de cinco pasantes de medicina previamente capacitados en el manejo de los instrumentos los ministró en el pre y post.

La intervención se estandarizó a través de la elaboración de un programa de Diseño de la intervención, el cual guío el desarrollo. Así mismo se elaboró un manual del facilitador, un manual del participante y un cuadernillo con los instrumentos ⁽¹¹⁰⁾.

Para llevar un control sobre el apego de las actividades, los contenidos y los tiempos establecidos para cada sesión; se les realizaba al final una retroalimentación con los participantes preguntando dudas y si se había cumplido el objetivo de la sesión; por otra parte se les hacía énfasis en la importancia de acudir puntualmente a la siguiente sesión y que el curso les beneficiaría si conseguían acudir a todas las actividades planeadas.

7.11 Medidas para evitar las pérdidas de los participantes

Para tratar de asegurar la participación activa y retención de los sujetos durante la intervención se llevaron a cabo algunas medidas para evitar su pérdida: 1) Al inicio de cada sesión se les hacía énfasis sobre la importancia de acudir al curso “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, por otra parte, se les refería que el rol de cuidador es indispensable para la familia. Por otra parte, se les informaba de manera puntual las actividades que se llevarían a cabo en la sesión. 2) Al

final de cada sesión, se les despedía solicitándoles se felicitaran por cumplir los objetivos del día con un aplauso y se les comentaban los contenidos de la siguiente, haciéndoles notar que el ser cuidador familiar es sumamente importante. 3) Se solicitaron los datos personales de contacto como son teléfono, celular, domicilio y correo electrónico para poder contactarlos ⁽¹¹⁰⁾.

7.12 Formación de equipos y entrenamiento de los colaboradores

El grupo para la implementación de la intervención psicoeducativa de enfermería estuvo integrado por cuatro equipos: A) equipo de apoyo a la logística de la unidad sede, responsable de captación de los sujetos de estudio, espacio para las sesiones y promoción. B) equipo de recolección de datos, responsable de aplicar los instrumentos a los cuidadores familiares pre y post intervención; C) equipo de asesores externos responsables de enseñar las técnicas de relajación; D) equipo de investigación, conformado por el investigador principal y directora de tesis responsables de supervisar el proyecto.

El equipo de apoyo a la logística de la unidad sede, de manera inicial les fue presentado el proyecto en la junta de relevantes solicitando su participación activa, después de haber aceptado se les proporcionaron listados para captar a los candidatos del estudio, haciéndoles énfasis en los criterios de inclusión, siendo ellos los responsables de la captación de los sujetos de estudio, espacio para las sesiones y promoción.

El reclutamiento del equipo de recolección de datos estuvo a cargo del investigador principal, como criterio de selección fue: ser un profesional del área de la salud, tener experiencia en el manejo de instrumentos de recolección, capacidad para el trabajo en equipo y disponibilidad de horario.

Al equipo de recolección de datos les fue presentado el proyecto de investigación, el grado de participación que tendrían, responsabilidad y compromiso adquirido; después de haber aceptado se les capacitó por una semana en el manejo de los instrumentos de recolección de datos, firmando carta de confidencialidad de la información.

Al equipo de asesores externos les fue presentado el proyecto de investigación haciéndoles notar el grado de participación que tendrían; después de haber aceptado les fue solicitado que se enfocaran las técnicas de relajación simple y progresiva.

7.13 Análisis Estadístico

La captura, organización, procesamiento y análisis de los datos se llevaron a cabo de manera inicial en Excel, posteriormente en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21 para IOS ⁽¹¹¹⁾, así como el paquete estadístico de Stata versión 12. Los datos fueron capturados en el programa de Excel y se exportarán directamente al SPSS para su análisis. Con la base de datos completa se utilizó estadística descriptiva para obtener medias y desviación estándar. Se realizó un análisis con la prueba no paramétrica de Chi 2 con el fin de determinar si existe asociación de variables ⁽¹¹²⁻¹¹¹³⁾.

Se realizó la prueba de Mc Nemar para precisar las diferencias entre los cambios ocurridos (con un nivel de significación de 0,05) ⁽¹¹²⁻¹¹³⁾.

Así como la asociación de razón de momios para estimar el riesgo relativo de la relación estadística de la capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar del adulto mayor al rol de cuidador ⁽¹¹²⁻¹¹³⁾.

Para medir el efecto de la intervención se plantearon intervalos de confianza para proporciones al 95 %, lo cual permitirá asociar un margen de error a las estimaciones generadas en la investigación.

7.14 Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos humanos

Para el desarrollo de la presente investigación se requirieron cuatro equipos que fueron conformados de la siguiente manera: a) equipo de recolección de datos, responsable de aplicar los instrumentos a los cuidadores familiares pre y post intervención; b) equipo de asesores externos (psicólogos, expertos en técnicas de relajación) responsables de enseñar las técnicas de relajación simple y progresiva; c) equipo de investigación, conformado por el investigador principal y directora de tesis responsables de supervisar el proyecto, d) apoyo en la logística durante la intervención en la unidad sede.

Equipo de recolección de datos: MPSS. Itzel Monserrat Trejo Zaldivar, MPSS. Francisco Javier Santillan Segura, MPSS. Paola Padilla Navarrete, MPSS. Ilse Jacqueline González Sanabria, MPSS. Brisa Guadalupe Castro de la Rosa.

Asesores externos: Pisc.Marisol Montoya Laines, Psic.Kevin Alexis Medel Serrano.

Responsable de la Investigación	M en C. José Javier Cuevas Cancino
Directora de tesis	Dra. Norma E. Moreno Pérez
Codirectora	Dra. María de Jesús Jiménez González
Codiretor	Dr. Nicolás Padilla Raygoza

Apoyo en la logística durante la intervención en la unidad sede: Dr. Enrique Chávez Nieto, Dr. Isaac Pérez Zamora, LE Ma. Leonor Torralba Guerrero, Lic. TS.

Ma. de Lourdes Vargas Olmos, PSSE. María Guadalupe Espindola Atilano, PSSE.
Luis Ángel Fonseca Villegas, PSSE. Cindy Beatriz Hernández Ramírez, PSSE.
Lizeth Guerrero Izazaga.

Recursos materiales

Para el buen funcionamiento de la intervención se utilizaron cuadernillos de trabajo, libretas para notas, plumas, lápices para los asistentes, también se requirió papel sanitario, gel alcohol, agua embotellada, café, galletas, servilletas, platos, vasos, cucharas, cafetera, bocardillos y dulces, para la realización de cada una de las sesiones, en el grupo.

Recursos financieros

El costo presupuestado de la intervención fue de \$56,850.00 para sustentar económicamente la intervención, cuyo costo fue absorbido por el investigador principal. (Apéndice 5)

7.15 Consideraciones éticas y legales

En relación a las consideraciones éticas y legales para la realización de esta investigación tomamos en consideración lo dispuesto por la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud, el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial y de la bioética en la investigación, en los artículos y apartados que a continuación se mencionan: (114-116).

En el título segundo, Capítulo I, donde estipula el **Artículo 13.-** que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Por este motivo, se respetó la decisión de los cuidadores familiares de los AM participar o no en la investigación, así mismo se ofreció un trato respetuoso y profesional por parte de los equipos de investigación.

En el **Artículo 14** refiere que la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, además de un dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética.

La propuesta fue aprobada por el Comité de Investigación de la División de Ciencias e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato y por el Comité de Bioética del Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar N° 60 (HGO C/UMF 60), Dr. Jesús Varela Rico en Tlalnepantla centro, Estado de México Oriente del IMSS. (Ver anexo 1y 2)

Cabe señalar que cada una de los participantes firmó un consentimiento informado (Apéndice 6), en el que se especificó su participación, objetivo,

duración, posibles riesgos y beneficios. Así mismo se les informo a los participantes que eran libres de abandonar la intervención en caso de que así lo decidieran. ^(114, 117).

Por el tipo de la investigación realizada de acuerdo al **Artículo 17.-** Se consideró con riesgo mínimo al ser un estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, cabe señalar que solamente se trabajaron procesos cognitivos, a través de la intervención psicoeducativa, en la cual se abordaron aspectos relevantes con relación a la salud del cuidador familiar y las necesidades fisiológicas del AM.

El investigador principal, así como los colaboradores estuvieron atentos a cualquier signo de riesgo para suspender las sesiones o de ser necesario retirar al participante de la investigación. ⁽¹¹⁴⁻¹¹⁶⁾.

7.16 La bioética en la investigación

Los principios bioéticos inherentes a los problemas generados por el vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología; los cuales, atañen a todos los seres humanos, respecto a diversas interrogantes. Ante estos dilemas, el deber del personal de salud, es tomar decisiones informadas y con plena conciencia ética, que implican la responsabilidad de proporcionar cuidados a la salud, no sólo técnicamente bien realizados, sino con base en los principios éticos ⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾.

Los principios bioéticos que rigen la investigación con seres humanos en la salud y las ciencias de la conducta son la autonomía, no maleficencia, beneficencia y la justicia, mismos que se traducen en el respeto que se debe tener al ser humano-persona.

La beneficencia pretende que la actuación del profesional de salud sea beneficiosa tanto para el agente como para el paciente ⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾. En el caso del estudio los cuidadores familiares del AM, después de participar en la intervención tengan un mayor conocimiento en la capacidad de afrontamiento y adaptación ante su rol de cuidador y con ello se beneficien tanto el adulto mayor como el cuidador familiar.

La no-maleficencia se refiere a la inocuidad de la medicina, el ayudar o al menos no dañar. En la praxis hay que evitar hacer daño, aunque un acto no beneficie, puede ser éticamente positivo en la medida que evite daños ⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾. Este principio en el estudio puede verse reflejado en el objetivo del estudio al evaluar el efecto de la psicoeducación de enfermería en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor, ya que busca mejorar el rol del cuidador realizando intervenciones de enfermería previo consentimiento.

En la justicia se exige tratar a todas las personas con la misma consideración sin hacer discriminación de raza o ideología, edad, nivel sociocultural y comportamiento. La vida y la salud no sólo son bienes personales, también son sociales ⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾. La justicia se utilizará dado que después de que se concluyan las actividades planeadas con el grupo de intervención se invitará al grupo control a participar en la intervención.

Por último, en la autonomía es de carácter liberal, pone énfasis en la relación de la persona con el servicio de salud, la prioridad en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad es la del paciente-persona, es él quien decide lo que le conviene, como un derecho que debe ser ejercido bajo una información adecuada, en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen ⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾.

La autonomía se vio reflejada a través del consentimiento informado que protege y hace efectiva la decisión de la persona, ya que este es absolutamente esencial en las intervenciones de enfermería.

El personal de enfermería, frecuentemente enfrenta dilemas de carácter moral, dada su participación en estudios de investigación, por tanto, debe considerar los aspectos bioéticos inherentes, sobre todo en aquellas investigaciones que involucran a seres humanos, sin olvidar que sus intervenciones para mejorar la práctica de salud, deberán dirigirse en beneficio de las personas ⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾.

VIII.-RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados derivados de la intervención en un grupo conformado de 69 personas, de manera inicial se muestra el diagrama de progresión de los sujetos incluidos en el estudio, posteriormente la estadística descriptiva del grupo iniciando con las características sociodemográficas de los participantes, la capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar a su rol, así como la habilidad de cuidado mostrada al adulto mayor a su cargo, finalmente se presenta las pruebas de Chi2 y Chi2 de Mc nemar donde se puede apreciar que los resultados son significativos.

Diagrama de la progresión de los sujetos en la intervención

La progresión de los participantes en la intervención se muestra en la figura 6, en la cual puede observarse que se culminó la intervención con la participación del 98.57 % de los cuidadores familiares iniciales.

Del total de participantes, solo una persona que reunía los criterios de inclusión decidió retirarse, después de firmar el consentimiento informado y conocer el contenido del programa, dado que él creía que se le iba a enseñar cómo cuidar al adulto mayor de manera inicial.

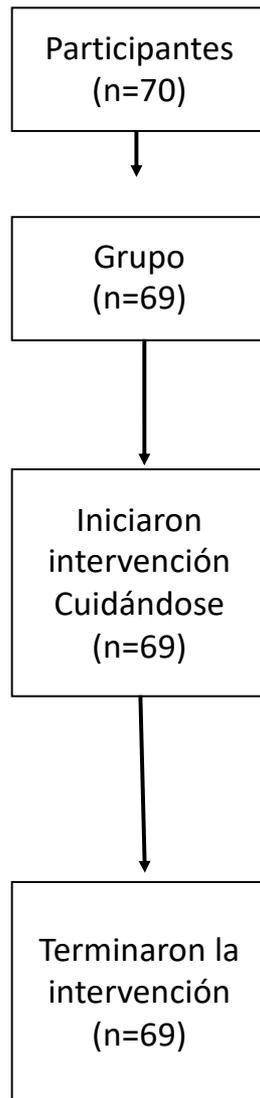


Figura 10. Diagrama de progresión de los participantes a través de la intervención.

Descripción de la muestra

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico se presentan las características sociodemográficas de los participantes del grupo de intervención, el cual estuvo conformado por 69 cuidadores familiares del AM de 25 a 59 años, con una media de 50.57, una desviación estándar de 7.42, la mayor parte de los participantes son del género femenino con un 92.75 %, el 42.03 % casadas, el 52.17 % convive con su pareja. (Véase tabla 6)

Tabla 6 Características sociodemográficas del cuidador familiar del adulto mayor en cuanto a género, estado civil y convivencia con pareja.

Variable	f	%
Género		
Femenino	64	92.75
Masculino	5	7.25
Estado civil		
Soltera	23	33.33
Casada	29	42.03
Viuda	3	4.35
Separada	4	5.80
Divorciada	8	11.59
Unión Libre	2	2.90
Convive con su pareja		
Si	36	52.17
No	33	47.83

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69

El estado civil de las cuidadoras familiares es 42.03 % casadas, el 33.33 % solteras y el 11.59 % divorciadas, solo el 52.17 % convive con su pareja; con relación a la escolaridad el 34.78 % cuenta con licenciatura y posgrado, el 34.78

con bachillerato y el 30.43 % con primaria y secundaria; En relación a la ocupación, el 46.38 % es ama de casa, seguida del 43.47 % que realiza alguna actividad productiva y sólo el 10.14 % es pensionada. La ocupación que desempeñaba el sujeto de estudio previo a dedicarse al cuidado del adulto mayor era que el 65.2 % realizaba actividades productivas. (Véase tabla 7)

Tabla 7 Características sociodemográficas del cuidador familiar del adulto mayor en cuanto a estudios concluidos.

Variable	f	%
Estudios concluidos		
Primaria	5	7.24
Secundaria	16	23.18
Bachillerato	24	34.78
Licenciatura	18	26.08
Posgrado	6	8.70
Ocupación actual		
Ama de casa	32	46.37
Trabaja por su cuenta	12	17.39
Comerciante	2	2.90
Empleado	6	8.69
Profesionista	10	14.49
Pensionado	7	10.14
Ocupación antes de ser cuidador		
Ama de casa	24	34.78
Trabaja por su cuenta	6	8.70
Comerciante	4	5.80
Empleado	20	28.99
Profesionista	15	21.74

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69

Los días que brinda cuidados el sujeto de estudio al adulto mayor va de 6 a 7 días el 50.72%, seguido de 4 a 5 días el 11.59 %; el número de horas dedicadas

a cuidar al adulto mayor tiene una media de 9.37 horas, con una desviación estándar de 3.37 con un rango mínimo de 3 y un máximo de 24 horas. (Véase tabla 8 y 9)

Tabla 8 Número de días a la semana que el cuidador familiar atiende al adulto mayor

Variable	<i>f</i>	%
Días a la semana que cuida		
De 6 a 7 días	35	50.72
De 4 a 5 días	8	11.59
De 2 a 3 días	13	18.84
Un día	6	8.69
Menos de un día	7	10.14

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69

Tabla 9 Número de horas que cuida el cuidador familiar del adulto mayor

Variable	Media	Desviación Standard	Mínimo	Máximo
Horas que cuida	9.37	3.37	3	24

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69.

El tiempo que se lleva cuidando al AM va de los 6 meses a más de 8 años el 76.81 %; el 82.60 % de los cuidadores del adulto mayor práctica alguna religión, el 75.36 % es católico; el grupo de cuidadores familiares refirió realizar alguna actividad de ocio y recreación el 75.36 %, de ellos el 28.99 % práctica de 2 a 3 días a la semana. (Véase tabla 10 y 11)

Tabla 10 Tiempo que lleva cuidando al adulto mayor el cuidador familiar.

Variable	<i>f</i>	%
Tiempo que lleva cuidando al adulto mayor		
Menos de 6 meses	16	23.19
De 6 meses a menos de 1 año	10	14.49
De 1 año a menos de 2 años	6	8.70
De 2 años a menos de 4 años	11	15.94
De 4 años a menos de 8 años	14	20.29
Más de 8 años	12	17.39

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69.

Tabla 11 Religión del cuidador familiar del adulto mayor.

Variable	<i>f</i>	%
Práctica alguna religión		
Si	57	82.60
No	12	17.39
Religión		
Ninguna	12	17.39
Católica	52	75.36
Testigo de Jehová	1	1.45
Cristiana	3	4.34
Otra	1	1.45

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69.

En relación a la práctica de actividades de ocio del cuidador familiar del adulto mayor el 75.36 % si realiza alguna actividad y el 24.64 % no realiza alguna actividad para su distracción.

Por último, se le cuestionó al sujeto de estudio que cuando estaba en su rol de cuidador cuales eran las 5 tareas a las que se dedicaba principalmente cuando brindaba cuidados al adulto mayor a lo cual refirieron que el 10.52 %, los acompañan a sus citas médicas, 10.26 % les prepara sus alimentos, 10 % le ayuda en el control de los medicamentos, el 8.42 % le ayuda a comer y el 7.63 % realiza actividades domésticas diversas. (Véase tabla 12)

Tabla 12 Principales actividades en las que apoya el cuidador familiar al adulto mayor.

Variable	f	%
Ir al médico	40	10.52
Preparar comidas	39	10.26
Tomar medicamentos (control)	38	10
Comer	32	8.42
Hacer otras tareas domésticas	29	7.63

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, n=69.

Descriptivo sobre la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor

Los resultados de la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores familiares del adulto mayor en la primera aplicación sirvieron como pre prueba encontrándose que, el 68.1 %, tienen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación a ser cuidador; seguida de una alta capacidad con un 31.9 % de manera general. (Véase tabla 13)

Después de realizar la intervención psicoeducativa de enfermería cuidándose a los cuidadores familiares del adulto mayor, se aplicó nuevamente la escala para medir la capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar dando como resultado el 82.6 % con una alta capacidad y solo el 17.4 % con baja capacidad. Al realizar una comparación entre la aplicación inicial y final, se denota un incremento de 50.7 % en la alta capacidad para ser cuidador familiar del adulto mayor. (Véase tabla 13)

Tabla 13 Capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, antes y después de la intervención-

Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	Inicial		Final	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja capacidad	47	68.1	12	17.4
Alta capacidad	22	31.9	57	82.6

Fuente: Escala de Medición de la capacidad de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

En los resultados iniciales de la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores familiares del adulto mayor por factores, se pudo encontrar de manera inicial que el factor 1 recursivo y centrado lo obtuvieron el 58 % una alta capacidad y un 24.6 % una mediana capacidad de los cuidadores familiares; del factor 2 físico y enfocado el 60.9 % obtuvo una alta capacidad y el 30.4 % una muy alta capacidad (Véase tabla 14).

En el factor 3 de proceso de alerta el 46.4 % tuvo alta capacidad y el 42 % mediana capacidad de alerta; en el factor 4 de procesamiento sistemático el

55.1 % tuvo una alta capacidad mientras que un 27.5 % mediana capacidad, por último, en el factor 5 de conocer y relacionar el 55.1 % obtuvo una alta capacidad, el 31.9 % mediana capacidad. (Véase tabla 14).

Tabla 14 Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición inicial.

Capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1 Recursivo y centrado		Factor 2 Físico y enfocado		Factor 3 Proceso de Alerta		Factor 4 Procesamiento sistemático		Factor 5 Conocer y relacionar	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja capacidad	1	1.4			1	1.4	4	5.8		
Mediana capacidad	17	24.6	6	8.7	29	42	19	27.5	22	31.9
Alta capacidad	40	58	42	60.9	32	46.4	38	55.1	38	55.1
Muy alta capacidad	11	15.9	21	30.4	7	10.1	8	11.6	9	13

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

En los resultados de la medición final de la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores familiares del adulto mayor por factores, se encontró de manera final que el factor 1 recursivo y centrado lo obtuvieron el 53.6 % una alta capacidad y un 37.7 % una mediana capacidad de los cuidadores familiares; del factor 2 físico y enfocado el 60.9 % obtuvo una alta capacidad y el 26.1 % una muy alta capacidad (Véase tabla 15).

En el factor 3 de proceso de alerta el 52.2 % tuvo alta capacidad y el 36.2 % mediana capacidad de alerta; en el factor 4 de procesamiento sistemático el 53.6 % tuvo una alta capacidad mientras que un 34.8 % mediana capacidad, por último, en el factor 5 de conocer y relacionar 47.8 % obtuvo una alta capacidad, el 29 % mediana capacidad. (Véase tabla 15).

Tabla 15 Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición final.

Capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1 Recursivo y centrado		Factor 2 Físico y enfocado		Factor 3 Proceso de Alerta		Factor 4 Procesamiento sistemático		Factor 5 Conocer y relacionar	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja capacidad	1	1.4			2	2.9	2	2.9		
Mediana capacidad	26	37.7	9	13	25	36.2	24	34.8	20	29
Alta capacidad	37	53.6	42	60.9	36	52.2	37	53.6	33	47.8
Muy alta capacidad	5	7.2	18	26.1	6	8.7	6	8.7	16	23.2

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

Se realizó una medición referente a la media y desviación estandar de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor encontrándose una homogenidad en las mediciones por factor, es decir, tiene una variabilidad mínima . (Véase tabla 16)

Tabla 16 Media y desviación estandar de la escala para medir la capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición inicial y final.

Capacidad de afrontamiento y adaptación	Media		Desviación estándar	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Factor 1 Recursivo y centrado	1.75	1.59	.434	.495
Factor 2 Físico y enfocado	1.90	1.88	.304	.323
Factor 3 Proceso de Alerta	1.58	1.61	.497	.492
Factor 4 Procesamiento sistemático	1.65	1.62	.480	.488
Factor 5 Conocer y relacionar	1.67	1.71	.475	.457

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

Por otra parte, se realizó una correlación de Pearson entre la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor entre el antes y el después de intervención, encontrándose una correlación entre el factor 1 recursivo y centrado con el factor 3 proceso de alerta, factor 4 procesamiento sistemático y el factor 5 conocer y relacionar, el factor 3 proceso de alerta con el factor 4 procesamiento sistemático, así como el factor 5 conocer y relacionar con el factor 3. (Véase tabla 17)

Tabla 17 Correlaciones de la Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores del cuidador familiar del adulto mayor medición inicial, medición final.

		Factor 1 Recursivo y centrado	Factor 3 Proceso de alerta	Factor 4 Procesamiento sistemático	Factor 5 Conocer y relacionar
Factor 1 Recursivo y centrado	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		.467** .000	.642** .000	.595** .000
Factor 3 Proceso de alerta	Sig. (bilateral) Sig. (bilateral)	.467** .000		.426** .000	.394** .001
Factor 4 Procesamiento sistemático	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.642** .000	.426** .000		
Factor 5 Conocer y relacionar	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.595** .000	.394** .001	.516** .000	

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

Descriptivo sobre el inventario de habilidad de cuidado del cuidador familiar del adulto mayor

Los resultados del inventario de la habilidad de cuidado de cuidadores familiares del adulto mayor en la primera aplicación sirvieron como pre prueba encontrándose que el 49.3 % tienen una mediana habilidad de cuidado, seguida de una alta habilidad de cuidado con un 42 % de manera global; en la dimensión de conocimiento presentó una habilidad media el de 52.2 %, el 50.7 % presentó un valor medio y en la dimensión de paciencia el 47.8 % un puntaje alto. (Véase tabla 18)

Después de realizar la intervención psicoeducativa de enfermería cuidándose se volvió a aplicar el inventario de la habilidad de cuidado de cuidadores familiares del adulto mayor obteniendo que el 52.2 % tienen una alta habilidad de cuidado, seguida de una mediana habilidad de cuidado con un 46.4 % de manera global; en la dimensión de paciencia se tuvo una habilidad alta en el 56.5 %; cabe destacar que en la dimensión de conocimiento tuvo una habilidad alta el 52.2 % y habilidad media en la dimensión de valor con un 52.2%. (Véase tabla 18)

Tabla 18 Inventario de habilidad de cuidado del cuidador familiar del adulto mayor antes y después de la intervención.

Inventario de				
Habilidad de Cuidado	Antes		Después	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo	6	8.7	1	1.4
Medio	34	49.3	32	46.4
Alto	29	42.0	36	52.2

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

Al realizar una comparación entre la aplicación del antes y el después de la intervención psicoeducativa de enfermería cuidándose a los cuidadores familiares del adulto mayor, se puede decir que el puntaje global del inventario de habilidad de cuidado aumentó 10.2 % con una habilidad alta; en la dimensión de conocimiento alto incrementó 13.1%, en la dimensión de valor alto aumentó un 8.7 %, por su parte en la dimensión de paciencia alta incrementó un 8.7 %, es decir el aumento de la habilidad por dimensión en promedio fue de un 10.16 %. (Véase tabla 19)

Tabla 19 Inventario de habilidad de cuidado del cuidador familiar del adulto mayor, medición inicial y final.

Inventario de Habilidad de Cuidado	Conocimiento				Valor				Paciencia			
	Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	6	8.7	1	1.4	8	11.6	1	1.4	5	7.2	2	2.9
Medio	36	52.2	32	46.4	35	50.7	36	52.2	31	44.9	28	40.6
Alto	27	39.1	36	52.2	26	37.7	32	46.4	33	47.8	39	56.5

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

Después de aplicar los instrumentos de habilidad de cuidado se estructuró una tabla de contingencia encontrándose una $p=0.01$ por lo cual podemos referir que, después de realizada la intervención psicoeducativa de enfermería, esta fue efectiva, con una razón de momios de .1428, por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo. (Véase tabla 20)

Tabla 20 Prueba de Chi 2 para la habilidad de cuidado del cuidador familiar del AM.

Variable	n	Chi ²	gl	Valor de p	RM	IC 95 %
Habilidad de cuidados	69	6.125	1	.01	.14	-0.07 a 1.67

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

Después de aplicada la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor se estructuró una tabla de contingencia encontrándose una $p=0.00001$ por lo cual podemos referir que, después de realizada la intervención psicoeducativa de enfermería se induce

una diferencia entre el antes y el después, con una razón de momios de .028, por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo. (Véase tabla 20)

Tabla 21 Prueba de Chi 2 Mc Nemar para la Capacidad de afrontamiento y adaptación al rol del cuidador familiar del AM.

Variable	n	Chi ²	Gl	Valor de p	RM	IC 95 %
Capacidad de afrontamiento y adaptación	69	30.29	1	.00001	.028	-9.24 a 12.32

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

Al realizar una correlación de Pearson entre la capacidad de afrontamiento y adaptación, y la habilidad del cuidador del AM, antes y después de la intervención.

Los hallazgos fueron que en la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar antes de la intervención, existió una relación significativa entre el factor 1 recursivo y centrado, con el factor 3 proceso de alerta, factor 4 procesamiento sistemático, factor 5 conocer y relacionar, así como con el puntaje global de la escala con puntajes por arriba de los .519 con una $p < .000$. (Véase tabla 22)

En la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar después de la intervención, se encontró una relación significativa entre el factor 1 recursivo y centrado, con el factor 3 proceso de alerta, factor 4 procesamiento sistemático, factor 5 conocer y relacionar, así como con el puntaje global de la escala con puntajes por arriba de los .560 con una $p < .000$. (Véase tabla 22)

En ambas correlaciones no se presenta el factor 2 físico y enfocado, por lo que se considera que este fenómeno, se da por que ninguno de los participantes estuvo preparado para ser cuidador familiar del adulto mayor.

Por otra parte, con el inventario de habilidad de cuidado en la medición inicial hay una correlación negativa entre las dimensiones de conocimiento, valor y paciencia, con el factor 1 recursivo y centrado; así como con el factor 3 proceso de alerta, esta situación puede deberse a que de manera inicial los participantes no tenían la habilidad para ser cuidadores de los adultos mayores.

Por último, en la habilidad de cuidado en su puntaje global tienen una correlación significativa por encima de .907 con una $p < .000$. con las dimensiones de conocimiento, valor y paciencia previo a la intervención, lo contrasta con la correlación con el instrumento que valora la capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador familiar. (Véase tabla 22)

Tabla 22 Correlación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación, y la habilidad del cuidador del AM, antes y después de la intervención.

	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A	CAPSA	F1D	F2D	F3D	F4D	F5D	CAPSAD	CAIA	CONOCIA	VALORA
F3A	.634**	.112	1	.519**	.651**	.779**	-.013	-.100	.051	-.103	-.036	-.055	-.321**	-.298*	-.342**
F4A	.684**	.094	.519**	1	.641**	.765**	.032	-.210	-.027	-.047	-.082	-.098	-.206	-.212	-.165
F5A	.789**	.024	.651**	.641**	1	.732**	.049	-.281*	.150	-.021	.004	-.041	-.221	-.187	-.204
CAPSA	.831**	.468**	.779**	.765**	.732**	1	-.031	-.115	-.033	-.071	-.186	-.123	-.338**	-.317**	-.331**
F2D	-.206	.157	-.100	-.210	-.281*	-.115	-.006	1	.506	.119	.009	.334**	.150	.122	.146
F3D	-.022	-.083	.051	-.027	.150	-.033	.734**	-.081	1	.652**	.610**	.784**	.023	.046	-.016
F4D	-.107	.054	-.103	-.047	-.021	-.071	.769**	.119	.652**	1	.560**	.830**	.052	.031	.072
F5D	.382	.662	.400	.699	.861	.562	.000	.329	.000	.560**	.000	.000	.670	.800	.559
CAPSAD	-.132	-.241*	-.036	-.082	.004	-.186	.704**	.009	.610**	.560**	1	.791**	.024	.042	-.001
CAIA	.279	.046	.770	.505	.972	.125	.000	.938	.000	.000	.791**	.000	.847	.734	.993
CONOCIA	-.162	-.023	-.055	-.098	-.041	-.123	.879**	.334**	.784**	.830**	.791**	1	.106	.107	.084
VALORA	-.184	.854	.652	.423	.741	.313	.000	.005	.000	.000	.000	.387	1	.381	.493
PACIENCIA	-.260*	-.167	-.321**	-.206	-.221	-.338**	.099	.150	.023	.052	.024	.106	.971**	.971**	.971**
	.031	.169	.007	.089	.067	.005	.417	.218	.854	.670	.847	.387	.000	.000	.000
	-.234	-.160	-.298*	-.212	-.187	-.317**	.110	.122	.046	.031	.042	.107	.971**	1	.907**
	.052	.189	.013	.081	.124	.008	.367	.318	.707	.800	.734	.381	.000	.907**	.907**
	-.258*	-.164	-.342**	-.165	-.204	-.331**	.077	.146	-.016	.072	-.001	.084	.971**	.907**	1
	.033	.178	.004	.175	.093	.005	.532	.232	.893	.559	.993	.493	.000	.000	.000
	-.269*	-.163	-.287*	-.230	-.266*	-.335**	.103	.177	.040	.049	.029	.121	.962**	.907**	.908**
	.025	.180	.017	.057	.027	.005	.400	.147	.743	.687	.812	.321	.000	.000	.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

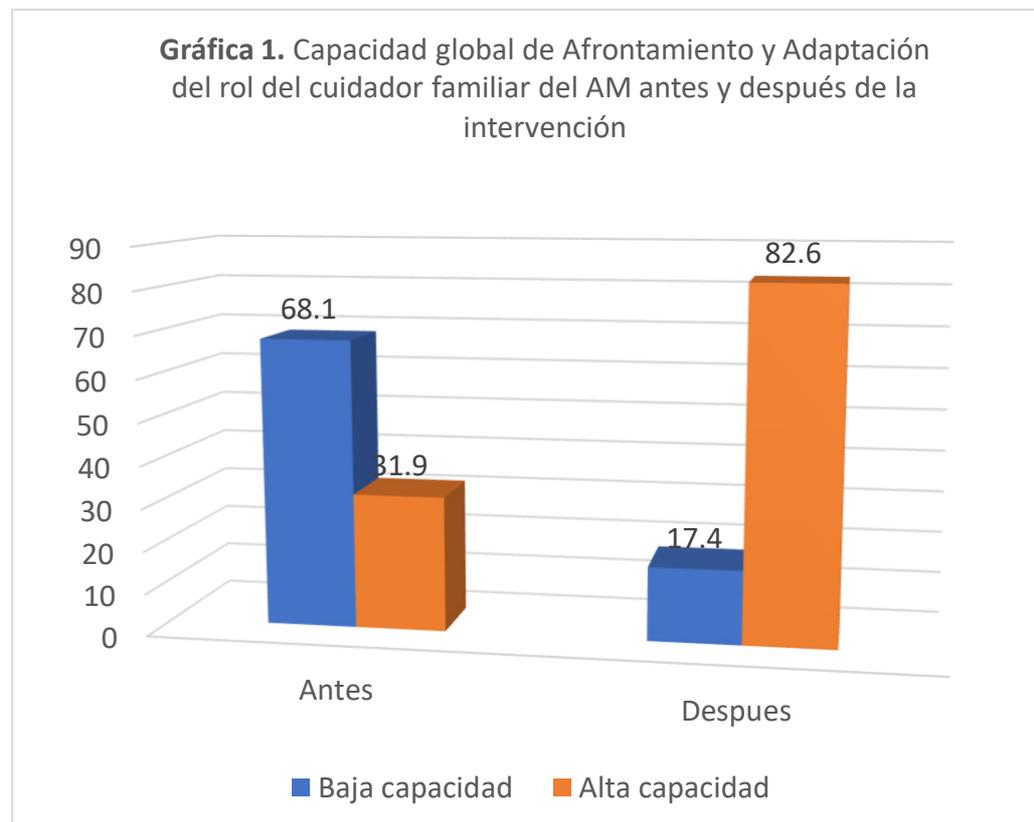
n = 69

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor.]

Claves

Acrónimo	Significado
F1A	Factor 1 recursivo y centrado antes
F2A	Factor 2 físico y enfocado antes
F3A	Factor 3 proceso de alerta antes
F4A	Factor 4 procesamiento sistemático antes
F5A	Factor 5 conocer y relacionar antes
CAPSA	Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor antes
F1D	Factor 1 recursivo y centrado despues
F2D	Factor 2 físico y enfocado despues
F3D	Factor 3 proceso de alerta despues
F4D	Factor 4 procesamiento sistemático despues
F5D	Factor 5 conocer y relacionar despues
CAPSAD	Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor despues.
CAIA	Inventario de habilidad de cuidado antes
CONOCIA	Conocimiento antes
VALORA	Valor antes
PACIENCIA	Paciencia antes

En la gráfica 1 se puede observar la capacidad de afrontamiento y adaptación que tuvo el grupo de estudio de manera inicial y final, para lo cual se utilizó la Escala para medir el Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ECAPS)^(8-12,99-100); la cual fue derivada del modelo conceptual, esta se construyó con el propósito de explicar el subsistema cognitivo y de esta manera identificar las habilidades que utiliza la persona para controlar el estrés y promover su adaptación. En el gráfico podemos ver que de manera global al inicio de la intervención los sujetos de estudio tenían más de la mitad baja capacidad y después de la intervención en su gran mayoría tuvo una alta capacidad de afrontamiento y adaptación (ver gráfica 1). Los valores evidencian que existió un incremento de más de 50 puntos, lo que nos sugiere un efecto positivo de la intervención.



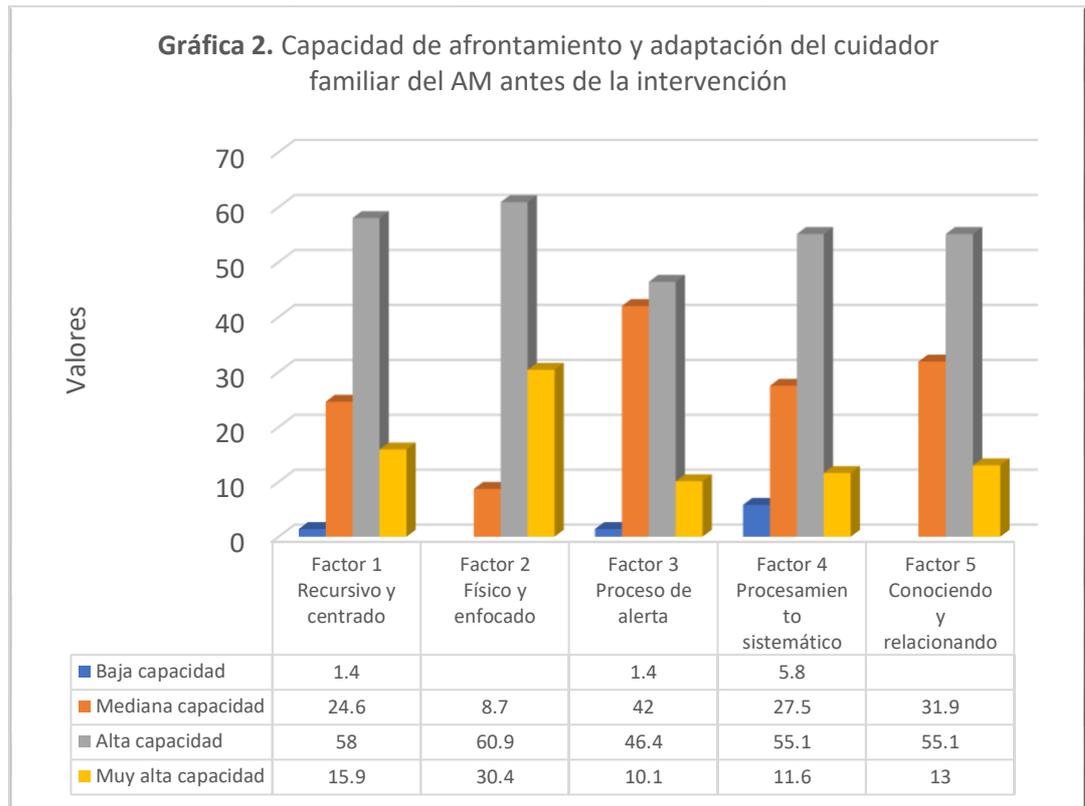
Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

Puede observarse en las gráficas 2 y 3, el comportamiento de los sujetos de estudio por dimensión llamados factores, estos tienen una interpretación similar que se presenta en la tabla 5 siendo estos el factor 1 recursivo y centrado, factor 2 físico y enfocado, factor 3 proceso de alerta, factor 4 procesamiento sistemático, así como factor 5 conocer y relacionar, es decir cómo reacciona la persona ante los estímulos.

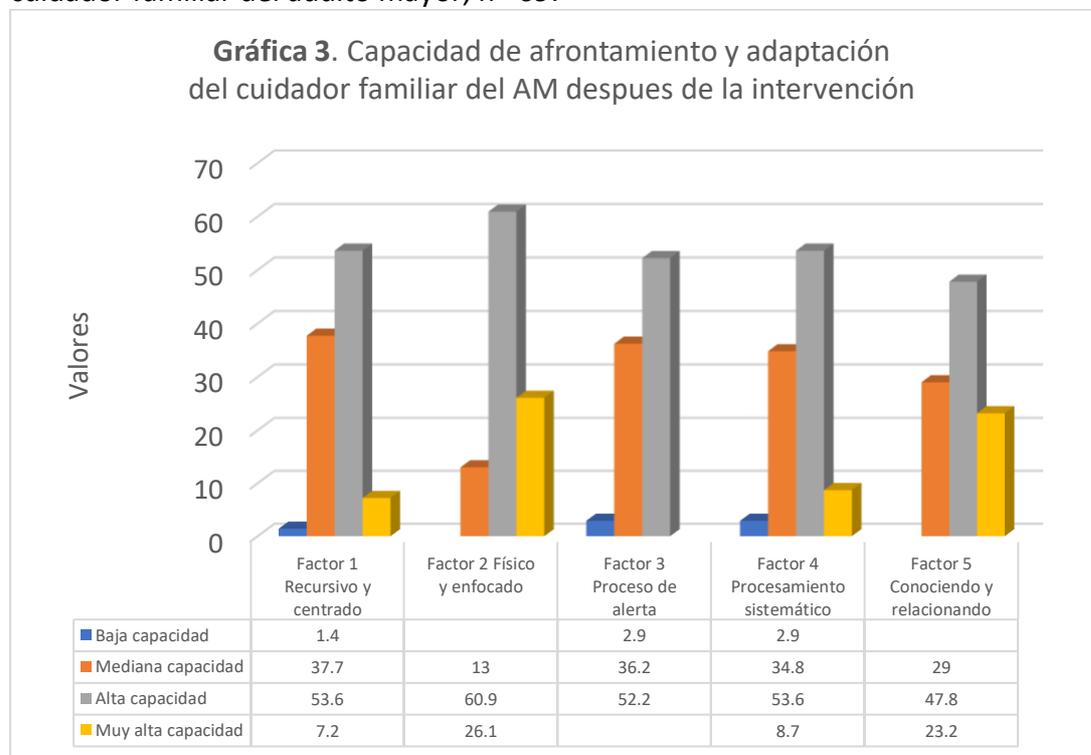
En el factor 1 recursivo y centrado al inicio de la intervención los sujetos de estudio tenían entre muy alta y alta capacidad más de la mitad del factor antes de la intervención y posterior a ella disminuyó 3 puntos. En el factor 2 físico y enfocado antes de la intervención y posterior a ella disminuyó 3 puntos. En el factor 3 proceso de alerta factor antes de la intervención y posterior a ella disminuyó 4 puntos. En el factor 4 procesamiento sistemático del antes al después de la intervención disminuyó 4 puntos. Por último, en el factor 5 conocer y relacionar antes de la intervención y posterior a ella disminuyó 7 puntos se considera que al conocer las implicaciones del ser un cuidador familiar del AM la forma en que visualiza el rol de cuidador modifica la conducta del sujeto de estudio dado que visualiza el grado de responsabilidad que implica el rol; esta situación contrasta con los puntajes globales del ECAPS dado que ahí se visualiza un cambio sustancial en el comportamiento en la capacidad de afrontamiento y adaptación.

En el factor 1 recursivo y centrado al inicio de la intervención, los sujetos de estudio tenían entre baja y mediana capacidad, una tercera parte del factor antes de la intervención y posterior a ella aumentó 13 puntos. En el factor 2 físico y enfocado antes de la intervención y posterior a ella aumentó 4 puntos. En el factor 3 proceso de alerta factor antes de la intervención y posterior a ella disminuyó 4 puntos. En el factor 4 procesamiento sistemático del antes al después de la intervención aumentó 3 puntos. Por último, en el factor 5

conocer y relacionar antes de la intervención y posterior a ella disminuyó casi 3 puntos; el aumento en el factor 1 se considera sobresaliente dado que los sujetos de estudio centran su atención en su rol actual y visualizan como estaban llevando a cabo el ser un cuidador familiar del AM.



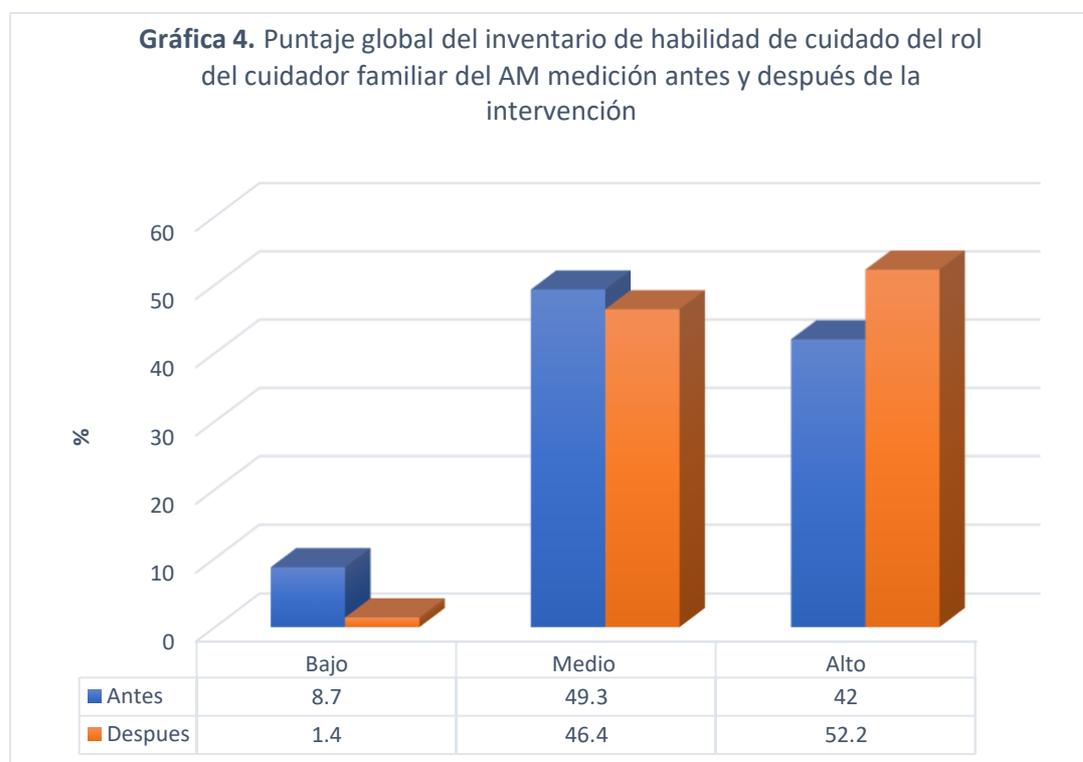
Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.



Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, n= 69.

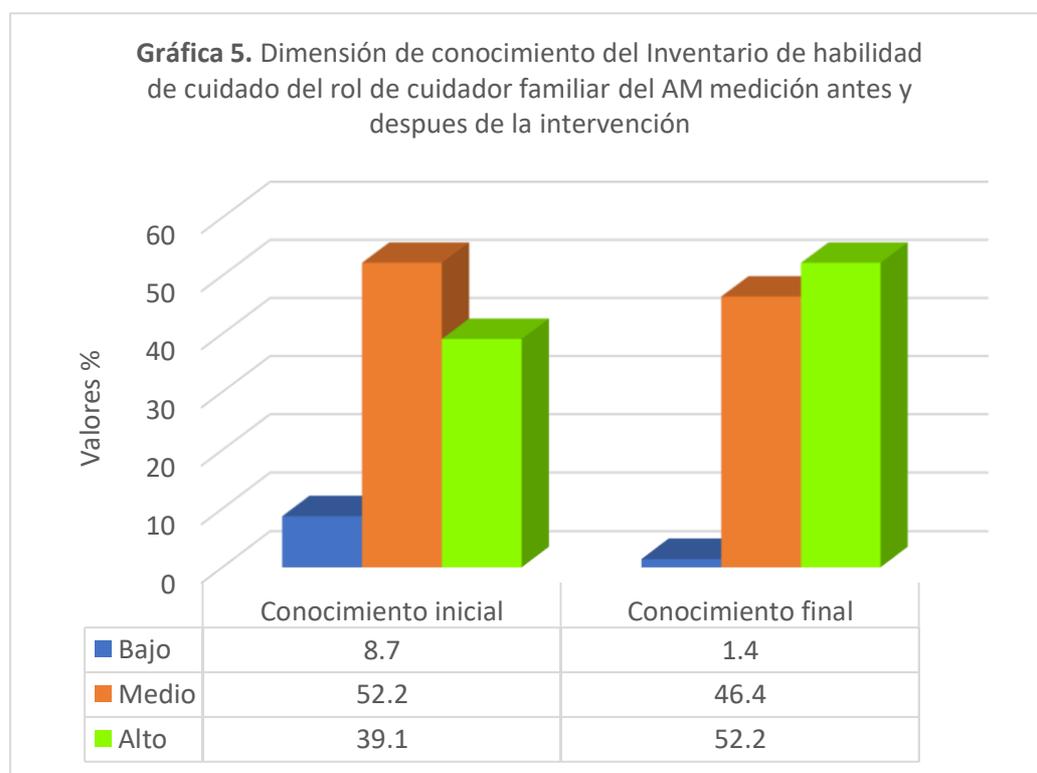
En la gráfica 4 el lector puede observar la medición inicial y medición final por grupos del inventario de habilidad de cuidado (CAI) ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁹⁾, con tres dimensiones conocimiento, valor y paciencia. Los puntajes más altos indican mayor grado de cuidado; de manera inicial en la dimensión de conocimiento alto se denota un incremento de más de 10 puntos y de manera inversa en el conocimiento bajo disminuyó 7 puntos de la medición inicial a la final; en la dimensión de alto valor aumentó 10 puntos, en el valor bajo disminuyó 10 de la medición inicial a la final; de la dimensión de paciencia alta aumentó 10 puntos y la paciencia baja disminuyó el mismo puntaje de la medición inicial a la final (véase gráfica 4).

Cabe señalar que del puntaje global del instrumento CAI mejoro más de 10 puntos la habilidad de cuidado medio y alto, sugiriendo un efecto positivo y sostenido de la intervención.



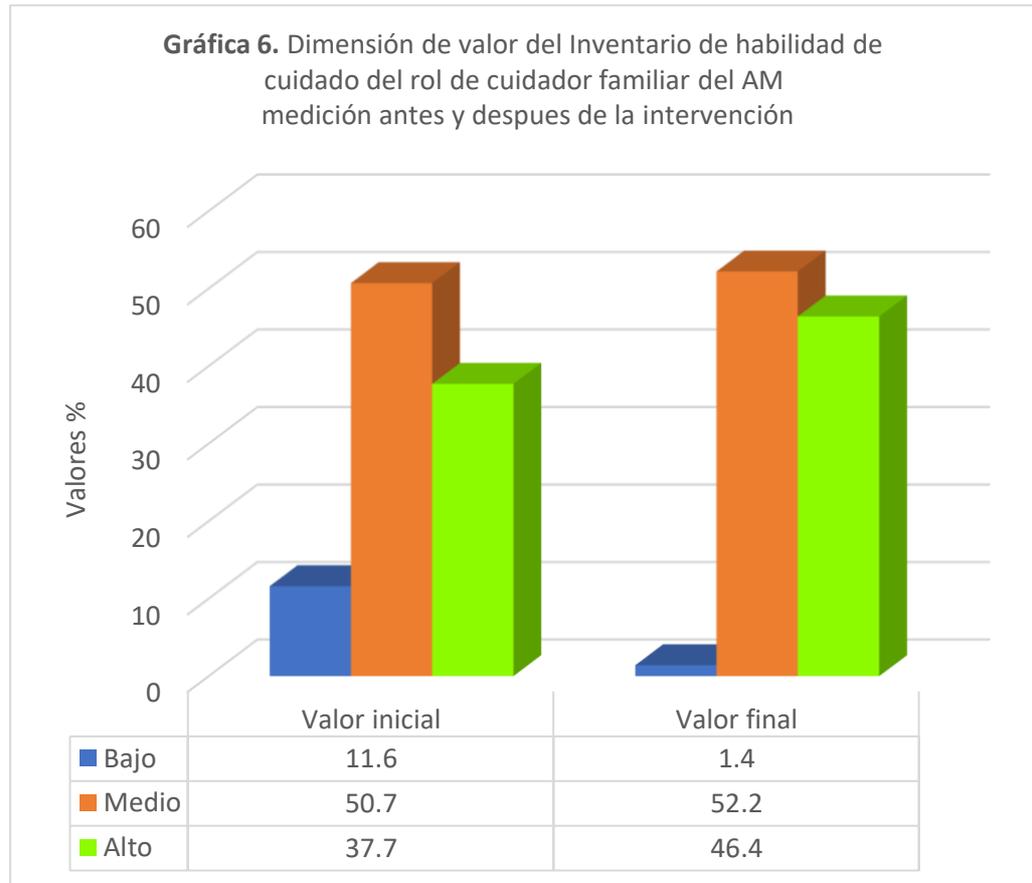
Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

Posterior a un análisis de los resultados se tomó la decisión de presentar las dimensiones del inventario de habilidad de cuidado por separado brindando así una visión más clara, donde los puntajes más altos indican mayor grado de habilidad de cuidado; de manera inicial presentamos la dimensión de conocimiento donde existe un incremento de 13.1 puntos con respecto a la puntuación inicial, y el conocimiento bajo de 8.7 paso a 1.4 puntos lo que significa que los cuidadores familiares aumentaron sus conocimientos. (Ver gráfica 5)



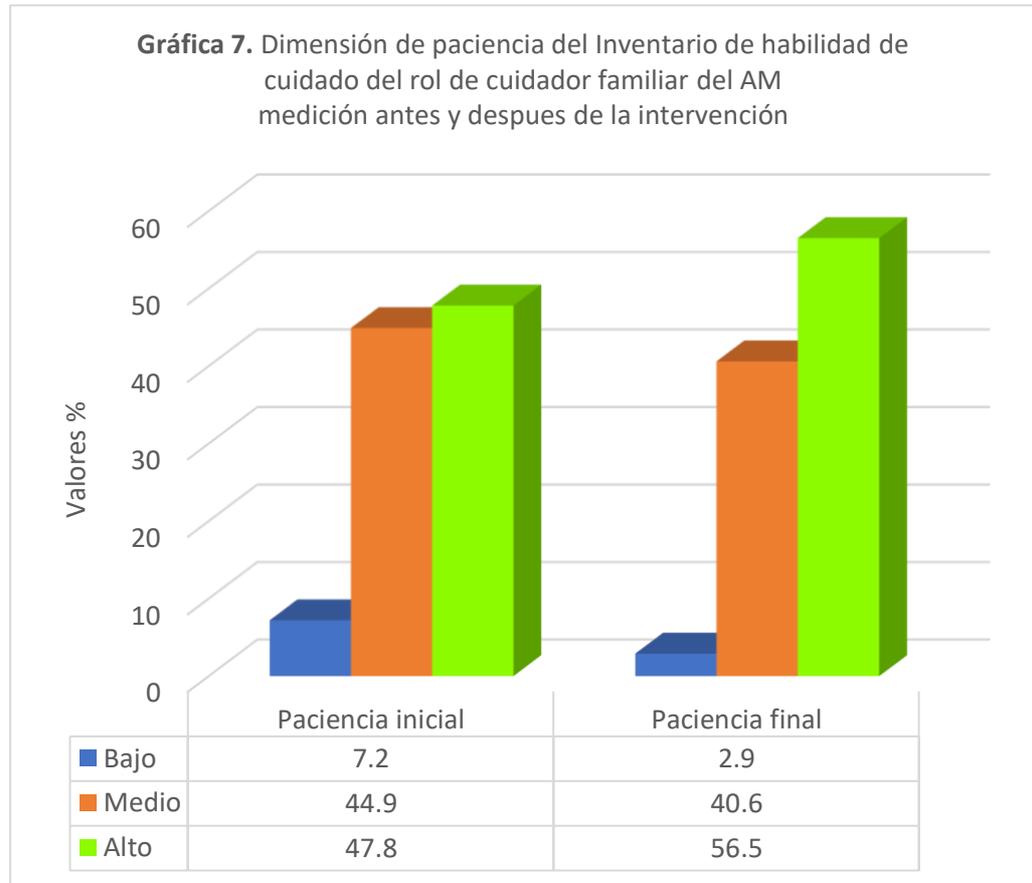
Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

En la dimensión de valor alto y medio existe un incremento de 10.2 puntos con respecto a la puntuación inicial y en el valor bajo una disminución de 10.2 lo que significa que los cuidadores familiares aumentaron el valor. (Ver gráfica 6)



Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

En la dimensión de paciencia alto existe un incremento de 8.7 puntos con respecto a la puntuación inicial y en la paciencia bajo una disminución de 4.3 lo que significa que los cuidadores familiares aumentaron en la dimensión de paciencia. (Ver gráfica 7)



Fuente: Inventario de habilidad de cuidado, n= 69.

En síntesis, se obtuvieron evidencias estadísticamente significativas de que la intervención psicoeducativa de enfermería tuvo efectos positivos en el afrontamiento y adaptación del cuidador familiar a su rol de cuidador, en el grupo de estudio se denoto que existe un incremento en la capacidad de afrontamiento y adaptación a su rol, así como un incremento en la habilidad de cuidado.

IX.-DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos derivados del efecto de la psicoeducación de enfermería en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor, cuyo propósito fue diseñar, implementar y evaluar el programa “cuidándose”, teniendo como marco de referencia el MAR.

El estudio se centró en el aumento de estímulos contextuales entendiendo estos como el programa “cuidándose”, como punto de partida, para que el cuidador familiar pueda modificar sus respuestas con base a estímulos cognitivos teniendo una alta capacidad de afrontamiento y adaptación a su rol de cuidador así como lo refiere en sus proposiciones emanadas de la TRM que al recibir apoyo de los proveedores de servicios de salud se contribuye al afrontamiento cognitivo para la toma de decisiones importantes^(72,73).

Los estímulos son negativos para la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador cuando este no atiende su salud y necesidades básicas por cuidar al AM; estos estímulos pueden modificarse brindando conocimiento y experiencias del rol de cuidador familiar; capacitándolo para que conozca los cambios de paradigma en la atención y cuidados preventivos al AM siendo que este grupo se vuelve más numeroso; también se les explica cómo cuidarse tomando en consideración las actividades físicas y recreativas, cuáles son los cambios y consecuencias en su salud de no atenderse; se le brindan herramientas para ser empático, la escucha activa, técnicas de relajación, el manejo de conflictos, y por último se le explican los cuidados básicos del AM como son nutrición, eliminación, descanso, sueño, actividad física, movilización, entorno seguro, signos de alarma y servicio médico al que debe acudir en caso de urgencia.

A continuación, se discuten los resultados obtenidos de la intervención psicoeducativa programa “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, los objetivos planteados y la hipótesis establecida.

En el primer objetivo referente a la caracterización del grupo de estudio de cuidadores familiares del AM se puede comentar que el perfil sociodemográfico de los participantes de los grupos A y B, en su mayoría son mujeres (92.75 %), con una edad promedio de 51.16 años, católicas el 75.36 %, casadas el 42.03 %, sólo el 52.17 % convive con su pareja, dedicadas al hogar el 46.38 % y las que realizan actividades productivas el 43.47 %. En cuanto al nivel escolar el 34.78 % cuenta con licenciatura y posgrado, el 34.78 con bachillerato y el 30.43 % con primaria, característico de ser una población urbana ⁽¹²⁰⁾.

La ocupación que desempeñaba el sujeto de estudio previo a dedicarse al cuidado del adulto mayor era que el 65.2 % realizaba actividades productivas.

Lo reportado en la caracterización del grupo estudio concuerda con la referencia consultada ^(3, 23, 24, 25, 44, 45) al ser el cuidador familiar una mujer adulta y casada; cabría resaltar que la mitad de ellas realizan actividades productivas y un tercio de ellas tuvieron estudios a nivel superior, la edad promedio respecto a otros lugares de estudio tienen una desviación de más, menos 10 años, probablemente esto se deba a que la unidad donde se llevó a cabo el estudio tenga 70 años y la población que acude a la clínica como lo refiere Medina-Chávez JH ⁽¹⁸⁾ tenga 20 años más que la población general que acude a otros servicios médicos. Por otra parte, esta situación se ve contrastada con otros estudios dado que las cuidadoras familiares del AM en su gran mayoría se dedican a realizar actividades productivas.

En el estudio realizado por Pérez-Jiménez ⁽²⁷⁾ refiere que el cuidador familiar puede cuidar hasta 12 horas diarias, situación que concuerda con el estudio ya que se detectó que el número de horas dedicadas a cuidar al adulto mayor tiene una media de 9.57 horas, con una desviación estándar de 3.29 con un rango mínimo de 3 y un máximo de 24 horas. Sin embargo, el presente trabajo ahonda en conocer el número de días que brinda cuidados al AM ya que este va de 6 a 7 días en más de la mitad del grupo de estudio; con respecto a la TRM encontramos que el cuidador familiar tiene el deseo de estar con el AM, para ayudarlo realizar sus ABVD y AIVD situación que puede influir en su capacidad para adaptarse y tener una respuesta adaptativa al rol secundario de cuidador familiar ^(72,73).

El tiempo que lleva cuidando al AM el sujeto de estudio va de los 6 meses a más de 8 años el 76.81 %; el grupo de cuidadores familiares refirió realizar alguna actividad de ocio y recreación (75.36 %), de ellos el 28.99 % practica actividades de ocio y recreación de 2 a 3 días a la semana.

Cabe señalar que las 5 tareas a las que se dedicaba principalmente el cuidador familiar cuando brindaba cuidados al AM son que, el 10.52 %, los acompañan a sus citas médicas, 10.26 % les prepara sus alimentos, 10 %, le ayuda en el control de los medicamentos, el 8.42 % le ayuda a comer y el 7.63 % realiza actividades domésticas diversas; esta situación concuerda con el estudio de Manrique-Espinoza et al. y Flores-G E, Rivas-R E, Seguel-P F ^(20, 24) en relación con la pérdida de autonomía ya que mostró que 1 de cada 4 AM exhibe algún grado de limitación para las ABVD. Estos datos muestran que la dependencia funcional es uno de los problemas más graves de los AM, ya que dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña del deterioro cognitivo, de ello la TRM de afrontamiento refiere que el apoyo que realiza el cuidador familiar puede tener un efecto benéfico para utilizar estrategias de afrontamiento activo en su rol ^(72,73).

Los resultados del inventario de la habilidad de cuidado de cuidadores familiares del AM en la primera aplicación sirvieron como pre prueba encontrándose que el 49.3 % tuvo una mediana habilidad de cuidado, seguida de una alta habilidad de cuidado con un 42 % de manera global; esta situación concuerda con Carrillo González GM, Sánchez Herrera B, Barrera Ortiz L. ⁽¹⁰⁶⁾ y Tizoc-Marquez A, Higuera-Sainz JL, Uzueta-Figueroa MC, Peraza Garay F, Medrano-Gil S. ⁽¹⁰⁷⁾, por otra parte Carreño SP, Chaparro-Díaz L. ⁽¹⁰³⁾, Torres-Pinto X, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. ⁽¹⁰⁴⁾, Carreño Moreno S, Barreto Osorio RV, Duran Parra M, Támara Ortiz V, Romero E. ⁽¹⁰⁵⁾, Díaz-Álvarez JC, Rojas-Martínez MV ⁽¹⁰¹⁾. refieren que la habilidad de cuidado va de baja a alta.

Después de realizar la intervención psicoeducativa de enfermería “cuidándose”, se volvió a aplicar el inventario de la habilidad de cuidado de cuidadores familiares del AM, obteniéndose que el 52.2 % tienen una alta habilidad de cuidado, seguida de una mediana habilidad de cuidado con un 46.4 % de manera global. Al realizar una comparación entre la aplicación inicial y final, se puede decir que el puntaje global del inventario de habilidad de cuidado aumentó 10.2 % con una habilidad alta; por las dimensiones de valor conocimiento y paciencia el aumento en promedio fue de un 10.16 %. Por lo cual podemos referir que la intervención puede modificar la habilidad de manera sustancial.

Con relación al rol del cuidador familiar del AM fue posible medir la capacidad de afrontamiento y adaptación del grupo de cuidadores, en la medición inicial de la pre prueba se encontró que el 68.1 %, tenían una baja capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de ser cuidador; seguida de una alta capacidad con un 31.9 % de manera general.

Después de realizar la intervención psicoeducativa de enfermería “cuidándose” a los cuidadores familiares del AM, se aplicó nuevamente el mismo instrumento

ECAPS, obteniendo el 82.6 % una alta capacidad y sólo el 17.4 % baja capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador, al realizar una comparación entre la aplicación inicial y final, se denota un incremento de 50.7 % en la alta capacidad para realizar el rol de cuidador familiar del AM.

Pérez-Jiménez D, Rodríguez-Salvá A, Herrera-Travieso DM, García-Roche R, Echemendía-Tocabens B, Chang-de la Rosa M. ⁽²⁷⁾, De la Huerta-H R, Corona-M J, Méndez-V J ⁽²⁹⁾ , Aldana-G ⁽³⁰⁾, Cedillo-Torres AG, Grijalva MG, Santaella-Hidalgo GB, Cuevas-Abad M, González-Pedraza A ⁽³¹⁾, destacan en sus estudios que los sujetos de estudio utilizan los estilos de afrontamiento enfocados a la resolución de problemas y racional lo que pudiera traducirse en un tipo de afrontamiento que va de mediana a baja capacidad, cabe resaltar que en estos estudios no se realizó alguna intervención, de aquí también la importancia de realizar un estudio con mayor profundidad no solo conociendo si tienen afrontamiento, se considera que solo se conoce el problema por ello debemos de reconocerlo, para implementar intervenciones de enfermería y realizar una evaluación holística.

En el estudio de Rojas-Picón Y, Montalvo-Prieto AA, Díaz-Gómez AA ⁽³³⁾, los cuidadores principales familiares el 47% y el 50% presentan baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación respectivamente, situación que concuerda con nuestros resultados al tener una capacidad baja con el 68.1% de manera inicial.

Viegas LM, Fernández AA, Veiga MAPL ⁽³⁴⁾ refiere que al realizar una intervención por 5 semanas con los cuidadores familiares mejora el afrontamiento de los participantes, situación que ratifica que la implementación de intervenciones dirigidas a los grupos blanco, pueden mejorar su afrontamiento y adaptación a las nuevas circunstancias de salud.

De los resultados del ECAPS por factores de la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de los cuidadores familiares del adulto mayor pudimos confirmar, de acuerdo a los hallazgos, que existe un decremento en comparación entre el resultado inicial y final de 7 puntos en promedio, se considera que al conocer las implicaciones del ser un cuidador familiar del AM la forma en que visualiza el rol de cuidador modifica la conducta del sujeto de estudio dado que visualiza el grado de responsabilidad que implica el rol; esta situación contrasta con los puntajes globales del ECAPS dado que ahí se visualiza un cambio sustancial en el comportamiento en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar.

En síntesis, se obtuvieron evidencias estadísticamente significativas de que la intervención psicoeducativa de enfermería tuvo efectos positivos en el afrontamiento y adaptación del cuidador familiar a su rol de cuidador, en el grupo de estudio se denotó que existe un incremento en la capacidad de afrontamiento y adaptación a su rol, así como un incremento en la habilidad de cuidado, situación que es ratificada con la TRM del afrontamiento donde refiere que con el apoyo de los proveedores de servicios de salud se contribuye al afrontamiento cognitivo ^(72,73).

Adicionalmente se puede señalar que la intervención psicoeducativa de enfermería aplicada en este estudio es efectiva en relación a los resultados esperados, cuando se combinan sesiones grupales, presentaciones por expertos, uso de materiales didácticos, videos alusivos a los temas, discusión dirigida, relajación simple y progresiva, solución de problemas y actividades lúdicas, todo ello con el fin de mejorar la adaptación del cuidador familiar a su nuevo rol.

De acuerdo al efecto obtenido con el uso de la psicoeducación de enfermería esta se convierte en otra opción para brindar educación para la salud enfocada a favorecer las habilidades de las personas y con ello mejorar las conductas que fomenten la adaptación y disminuyan el afrontamiento ⁽⁹⁷⁾.

X.CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos del estudio es posible referir que la hipótesis planteada se conserva, es decir los cuidadores familiares de los AM que participaron en la intervención psicoeducativa de enfermería programa “cuidándose” mostraron un efecto positivo en las respuestas eficaces de adaptación al rol de cuidador familiar, evidenciado por el incremento en la capacidad alta capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador, así como también, con el incremento en la habilidad de cuidado.

Al incrementar los estímulos cognitivos relacionados, las contribuciones de este estudio pretenden ser el inicio de una línea de investigación enfocada a los cuidadores familiares, utilizando diferentes abordajes, lo que nos puede llevar a construir y reconstruir las líneas del conocimiento acerca de cómo utilizar las teorías en el ámbito clínico, teniendo acercamientos relacionados con la predicción de los fenómenos sociales que implican la salud de la familia.

Para el propósito del presente estudio podemos concluir que el diseño de la intervención de la psicoeducación de enfermería llevado a cabo por un grupo de personal de la salud con una capacitación previa y guiado por el MAR, favorecieron la consecución de los objetivos del estudio.

El estudio fue guiado por el MAR, con el cual se contribuyó a la resolución de las necesidades de salud de los individuos y grupos al promover la adaptación, en este caso el del cuidador familiar del AM, la adaptación se puede lograr a través de la modificación de los estímulos realizando intervenciones que favorezcan la capacidad de afrontamiento y adaptación de los modos adaptativos como de la función de rol.

Se confirma la afirmación de Roy con relación a que las respuestas humanas o conductas adaptativas se generan en función de los estímulos y el nivel de adaptación de la persona; al modificar los estímulos que reciben los cuidadores familiares del AM en la función del rol este se ve modificado al tener mejores respuestas al tener una alta capacidad de afrontamiento y adaptación.

La intervención psicoeducativa de enfermería programa “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, se considera fue más efectiva al llevarse a cabo dos veces a la semana, en un horario intermedio de 10:00 a 12:00 lo que permitió que el cuidador diera de desayunar al adulto mayor y llegara con buen tiempo para poder darle de comer por la tarde.

Lo antes referido nos permite establecer bases teórico metodológicas para diseñar e implementar planes de cuidado integrales con un enfoque preventivo que pueda resolver los problemas del cuidador familiar del adulto mayor, relacionado con el modo de función de rol.

10.1 Limitaciones

La primera limitación fue que las características del grupo se tuvieron que modificar al incrementar la edad en los criterios de inclusión; por otra parte, como eran cuidadores familiares del AM en activo los tiempos para continuar con el seguimiento se vieron mermados.

Los sujetos de estudio tienen características específicas por lo que puede resultar difícil que los resultados se puedan generalizar, siendo que las poblaciones a nivel nacional son heterogéneas lo que puede modificar los grupos de estudio.

La muestra se conformó con 69 participantes, sin embargo, por cuestiones de tiempo para reunir más individuos que cumplieran los criterios de inclusión se realizó un estudio preexperimental, nos hubiera gustado realizar un estudio cuasiexperimental con dos grupos para corroborar que la intervención tiene grandes bondades, así como confirmar la puesta en práctica de la teoría.

10.2 Recomendaciones

Las contribuciones de este estudio pretenden ser el inicio de una línea de investigación enfocada a los cuidadores familiares, utilizando diferentes abordajes, lo que nos puede llevar a construir y reconstruir las líneas del conocimiento acerca de cómo utilizar las teorías en el ámbito clínico, teniendo acercamientos relacionados con la predicción de los fenómenos sociales que implican la salud de la familia en un sentido extenso.

Por lo antes referido se sugiere desarrollar estudios cuasiexperimentales con por lo menos tres mediciones (inicial, tres meses, seis meses) tomado en consideración realizar un seguimiento del programa “cuidándose” cuidando al cuidador del AM, con otro curso que pudiera ser sobre los cuidados paliativos al adulto mayor con el propósito de tener una visión más amplia del fenómeno y asegurar a los grupos de estudio.

En el manejo del grupo de estudio, se sugiere tener en consideración que son personas muy exigentes por lo que racionalizan el uso del tiempo dado que están cuidando a un AM, situación por la cual se les debe de reiterar la invitación a continuar participando en diversas ocasiones para mantener la uniformidad del grupo.

Una de las recomendaciones realizadas por los sujetos de estudio fue que se incluyera un mayor tiempo de prácticas de cuidado en el AM, sin embargo, se consideró más importante que el cuidador familiar tuviera elementos que fortalecieran su nivel de independencia para la toma de decisiones en salud por lo cual de las 10 sesiones programadas, 6 estuvieron encaminadas a fortalecer su autocuidado.

Al término de los cursos se considera que los participantes lograron el objetivo de hacer consciencia de la importancia que guarda la premisa fundamental que es no puedo dar algo (“cuidar la salud”) de lo que carezco.

La intervención psicoeducativa de enfermería mostró ser efectiva en la adaptación del sujeto de estudio al rol de cuidador familiar del adulto mayor, cabe resaltar que, al inicio del estudio uno de los criterios de inclusión era que los sujetos tuvieran de 20 a 59 años de edad, dado que el grueso de la población que se interesó por el curso contaba con este requisito; con relación a los temas abordados dentro de las sesiones los participantes manifestaron que el tiempo y contenidos fueron suficientes para poder visualizar el rol de cuidador familiar de manera distinta.

Se considera necesario hacer énfasis en el grupo de los adultos jóvenes para que conozcan las diversas formas de cuidar al AM, con ello probar la efectividad de la intervención en otros grupos de edad.

El cuidado a los AM está cambiando, de manera acelerada por los cambios sociodemográficos y el incremento en la esperanza de vida, por lo cual la atención se debe volcar a aspectos preventivos en vez de curativos de ahí que debemos vivir un envejecimiento activo lo que puede redundar en adultos mayores saludables.

XI.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alvarado-García MA. Adquiriendo habilidad en el cuidado: de la incertidumbre al nuevo compromiso. *Aquichan*. 2007; 7 (1): 25-36.
- (2) Borghi-A C, De Castro-V C, Marcon-S S, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(4): [08 pantallas].
- (3) Vega-Angarita OM. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan*. 2011; 11 (3): 274-286.
- (4) Organización Mundial de la Salud [internet], 10 datos sobre envejecimiento y salud, dato 9; en el siglo XXI todos los países deben disponer de sistemas integrales de atención crónica. (Consultado el 28 de marzo de 2018). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>: [09 pantallas].
- (5) Flores-G E. Rivas-R E. Seguel-P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor, con dependencia severa. *Rev. Ciencia y Enfermería*. 2012; 13(1): 29-41.
- (6) González-Y M. Efficacy of two interventions based on the theory of coping and adaptation processing. *Roy Adaptation Association Review*. 2007; 11 (1): 4.
- (7) Roy C, Andrews H. *The Roy adaptation model*. USA: 3er Ed. Pearson education; 2009.
- (8) Roy C, Chayaput P. Coping and Adaptation processing scale-English and Thai version. *Roy Adaptation Association Review*. 2004; 6(2): 4-6.

(9) Gutiérrez-López C, Veloza-Gómez MM, Moreno-Fergusson ME, Duran-de Villalobos MM, López-de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento, escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2007; 7(1):54-63.

(10) Lazcano-Ortiz M, Salazar-González BC, Gómez-Meza MV. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*. 2008; 8(1): 116-125.

(11) López-Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos*. 2009; 6(12); 201-213.

(12) Botero-G J, Sarmiento-G P. Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español. *Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011; 1(1): 88-91.

(13) Consejo internacional de enfermería. Día de la población mundial, 12 de julio de 2012. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/news/whats-new-archives/world-population-day-12-july-2012-1543.html> (consultado el 16 marzo del 2016).

(14) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/> (consultado 18 de mayo del 2016).

(15) Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y ciclo de vida, disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> fecha de consulta 15 de enero 2017.

(16) Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva. 2016 (4). Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/> (consultado 13 de abril del 2016).

(17) Instituto nacional de estadística y geografía. Esperanza de vida. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P> (consultado el 24 de mayo del 2016).

(18) Medina-Chávez JH. Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1):1-2.

(19) Cardona-D, Segura-A, Berberí-D, Agudelo-M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31(1): 30-39.

(20) Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud pública de México. 2013; 55 (supl) S323-S331.

(21) Instituto Nacional de las Mujeres, Situación de las personas adultas mayores en México, 2015, Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf, Consultado el 20 de agosto del 2018.

(22) Gutiérrez Robledo LM, Agudelo Botero M, Giraldo Rodríguez L, Medina Campos RH. "Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México". Instituto Nacional de Geriátría, 69 p, 2016.

(23) González-González C, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, García-Peña C. Health care utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. BMC Public Health. 2011; 11(1):192-202.

(24) Flores-G E, Rivas-R E, Seguel-P F. Sobrecarga del Cuidador Versus Autonomía Funcional del Anciano. Rev. Ciencia y Enfermería. 2012; 18(1): 29-41.

(25) Vega-Angarita, Olga Marina. Estudio sobre la habilidad del cuidado de los cuidadores primarios de personas adultas discapacitadas por enfermedad cerebrovascular, asistentes al servicio de consulta externa del hospital universitario Erasmo Meoz y centro de rehabilitación del norte de Santander. Respuestas, 2016, 11(1): 9-15.

(26) Bertel-De la Hoz AM. Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. Revista Ciencias Biomédicas, 2012; 3(1): 77-85.

(27) Pérez-Jiménez D, Rodríguez-Salvá A, Herrera-Travieso DM, García-Roche R, Echemendía-Tocabens B, Chang-de la Rosa M. Caracterización de la sobrecarga y los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. Revista cubana de higiene y epidemiología, 2013; 51(2): 174-

183.

(28) Gutiérrez Agudelo M del C. et al. Adaptación y Cuidado en el ser humano, una visión de enfermería. Colombia: Manual Moderno; 2007.

(29) De la Huerta-H R, Corona-M J, Méndez-V J. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Revista de neurología, neurocirugía y psiquiatría. 2006; 39 (1): 46-51.

(30) Aldana G, Guarino L. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa psicológica UST. 2012; 9(1): 5-14.

(31) Cedillo-Torres AG, Grijalva MG, Santaella-Hidalgo GB, Cuevas-Abad M, González-Pedraza A. Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(3): 362-367.

(32) Jiménez-Ocampo V, Zapata-Gutiérrez L, Díaz-Suárez L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2013; 13(2): 159-172.

(33) Rojas-Picón Y, Montalvo-Prieto AA, Díaz-Gómez AA. Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos. Univ. Salud. 2018; 20(2):131-138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.117>, (consultado el 19 de junio 2018)

(34) Viegas LM, Fernández AA, Veiga MAPL. Intervenção de enfermagem no estresse do cuidador familiar do idoso com dependência: estudo piloto. Rev baiana enferm. 2018; 32:e25244. Disponible en:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25244/15969>

, (consultado el 19 de junio 2018)

(35) Cuevas-Cancino J. J, Moreno-Pérez N. E. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*; 2017; 14(3): 207-218

(36) López-Amaro VO. Hernández-Daza M. Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. Estudio piloto. *Neurol Neurocir Psiquiat*. 2011; 44(3): p. 94-100.

(37) Hidalgo-García MV, Menéndez-Álvarez DS, Sánchez-Hidalgo J, et al. La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apun Psicol*. 2009; 27(2-3):413-26.

(38). Leal MI, Sales R, Ibáñez E, et al. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(2):63-9.

(39) Colom F. Psicoeducación, el litio de las psicoterapias algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011; 40 (S): 147S-165S. [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60200-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60200-6)

(40) Espín-Andrade AM. Escuela de Cuidadores, como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009; 35(2): 1-14.

(41) Martín-Carrasco M, Ballesteros-Rodríguez J, Domínguez-Panchón AI, et al. Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014; 42(6): 300-14.

(42) Siurana S. De la Cuadra-Martínez J. Psicoeducación familiar sistémica. Una experiencia en un centro de rehabilitación psicosocial. *Rev Rehabil Psicosoc.* 2011; 8(1-2):32-6.

(43) Paniagua-Viera L. Cómo vencer la presión de la sociedad de la imagen en que vivimos. Programa psicoeducativo: Atención de enfermería de salud mental. *Enferm integral* 2010; (92): 9-13.

(44) Joling, K.J. Van-Marwijk H.W.J. Smit F. et al. Does a family meetings intervention prevent de pression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS ONE.* 2012; 7(1): e30936. [consultado 15 octubre 2016] Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030936>

(45) Alarcón-Espinoza M, Vargas-Muñoz M. Evaluación de competencias psicoeducativas a partir de un programa de formación especializada para profesionales de intervención directa con adolescentes infractores y no infractores. *Univ Psychol*, 2012; 11(4):1115-23

(46). De Góes-Salvetti M, Cobelo A, De Moura-Vernalha P, et al. Efectos de un programa psicoeducativo en el control del dolor crónico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(5): [08 pantallas].

(47) Casañas R, Rosa Catalán R, Raya A, et al. Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2014; 34(121): 145-6. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000100009>

(48) APM/APAL. Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. Intervenciones psicosociales. Salud Ment. 2014; 37 (S1): S 7-118.

(49) Ramírez-Sánchez A, Espinosa-Calderón C, Herrera-Montenegro AF, et al. Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. Enferm Docente. 2014; 1(102): 6-12.

(50) Vázquez FL, Hermida E, Díaz O, et al. Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. Rev Lat Psic. 2014; 46(3): 178-88. [http://dx.doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70021-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70021-4)

(51) Placeres-Hernández JF, De León-Rosales F, Delgado-Hernández I. La familia y el adulto mayor. Revista Médica Electrónica. 2011; 33(4):472-483.

(52) Envejecimiento y ciclo de vida, datos interesantes del envejecimiento, OMS Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> (consultado el 25 de agosto del 2017).

(53) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, ELCOS 2012, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). México 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101231.pdf (consultado el 10 de abril 2017).

(54) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la salud, datos económicos nacionales. México 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/salud0.pdf> (consultado el 10 abril del 2017).

(55) Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. Boletín de psicología. 2002; 75 (7): 73-85.

(56) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del... día de las y los cuidadores de personas dependientes¹ (2 de marzo), 2017. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Na l.pdf, (consultado el 20 de julio 2017).

(57) Stein-Backes D, Lorenzini-Erdmann A, Büscher A. Colocando en evidencia el cuidado de enfermería como práctica social. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(6): 988-994.

(58) Chaparro-Díaz L. Cómo se constituye el vínculo especial de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichan. 2011; 11(1): 7-22.

(59) Chaparro-Díaz L. El vínculo especial de cuidado: construcción de una teoría fundamentada. Avances en Enfermería. 2010; 28(2): 123-133.

(60) Beltrán-Salazar OA. Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. Aquichan. 2010; 10(3): 214-227.

(61) Santos-Falcon GC, Lorenzini-Erdmann A, Stein-Backes D. Significados del cuidar en la promoción de la salud. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(3):1-6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_14.pdf (consultado el 20 de octubre del 2016)

(62) Rangel-Flores YY, Hernández-Flores MM, García Rangel M. Enseñar a quien cuida el arte de cuidar: Un programa educativo con cuidadores de pacientes politraumatizados. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010; 28 (1): 73-82.

(63) Rodríguez-Marín J, Pastor MA, López-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 1993; 5(S): 349-372 S.

(64) Diagnóstico de Salud, Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar N° 60, Delegación Estado de México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017.

(65) Roy C. Introduction to nursing: an adaptation model. *American Journal of Nursing*. 1984; 84 (10): 1331.

(66) Díaz-de Flores L, Duran-de Villalobos MM, Gallégo-de Pardo P, Gómez-Daza B, Gómez- de Obando V, González-de Acuña Y. et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2002; 2(1): 19-23.

(67) Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2004; 47(6): 251-254.

(68) De Villalobos, Durán, and María Mercedes. "Teoría de enfermería ¿un camino de herradura?" *Aquichan* 7.2 (2007).

(69) de Villalobos, Durán, and María Mercedes. "Marco epistemológico de la enfermería." *Aquichan* 2.1 (2002): 7-18.

(70) Smith MJ, Liehr P, eds. Middle range theory for nursing. Springer Publishing Company, 2018.

(71) Agama Sarabia A, Cruz Rojas L, Ostiguín Meléndez RM. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0622.php>, consultado en 30 de agosto del 2018.

(72) Research based on the Roy Adaptation Model: Last 25 years. Nursing Science Quarterly 24(4) 312–320. Disponible en: <http://www.sagepub.com/content/24/4/312.refs.html>. Consultado el 3 de septiembre del 2018

(73) Callista Roy Generating Middle Range Theory, “From evidence to practice”, Springer Publishing Company, 2013, 402 p.

(74) Diccionario de la Real academia de la lengua española. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BbmCLvC> (consultado el 16 febrero de 2017).

(75) MESH. Caregiver. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=caregiver> (consultado el 20 febrero de 2017).

(76) Instituto Nacional de Geriátría. Hablemos del cuidador y como cuidarlo. Disponible en: <https://sites.google.com/site/alzheimeringermexico/13---hablemos-del-cuidador-y-como/cuidador> (consultado el 20 febrero de 2017).

(77) Rivas-Herrera J, Melendez-Ostiguin RM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? Enfermería Universitaria. 2011; 8(1):49-54.

(78) Aldana-González G, García-Gómez L. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2011; 11 (2):158-172.

(79) Domínguez-Guedea MT, Mandujano-Jaquez MF, Georgina-Quintero M, Sotelo-Quiñónez TI, Gaxiola-Romero JC, Valencia-Maldonado JE. Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Univ. Psychol*. 2013; 12 (2): 391-402.

(80) Ascensión-García T, Reguero-Celada J. La ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y sus primeras normas de actuación. *Cuestiones sobre la dependencia*. España 2015.

(81) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Ser cuidador. Disponible en: <https://www.segg.es/> (consultado el 2 febrero de 2016).

(82) Crespo-López M, López-Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". España. Instituto de mayores y servicios sociales. 2007.

(83) Huenchuan S, Roqué M, Arias C. Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis? Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas. 2009. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3859/S2009000_es.pdf;jsessionid=C052C04854E1A5A76869D6D9E1B60222?sequence=1 (consultado 16 en marzo 2016).

(84) Albarrán-Ledezma AJ, Macías-Terriquer MA. Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*. 2007; 9(2): 118-124.

(85) López-Amaro VO, Hernández-Daza M. Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. Estudio piloto, *Neurología y Neurocirugía Psiquiátrica*. 2011; 44(3): 94-100.

(86) Builes-Correa MV, Bedoya-Hernández MH. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2006; 35(4): 463-475.

(87) Hidalgo-García MV, Menéndez Álvarez-Dardet S, Sánchez-Hidalgo J, Lorence-Lara B, Jiménez-García L. La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*. 2009; 27(2-3): 413-426.

(88) Asamblea Mundial de Salud 36ª, World Health Organization. 1983, Alma-Ata. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6598> (consultado 16 junio de 2016).

(89) Torres-Ferman IA, Beltrán-Guzmán FJ, Barrientos-Gómez C, Lin-Ochoa D, Martínez-Perales G. La investigación en educación para la salud. Retos y perspectivas. *Rev Med UV*. 2008; 8(1): 45-55.

(90) Colom F. Psicoeducación, el litio de las psicoterapias algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011; 40(S): 147S-165 S.

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

(92) Villoria E, Fernández C, Padierna C, González S. La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*. 2015; 12(2-3): 207-236.

(93) Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: 5ª Ed. Mc Graw Hill Interamericana; 2010.

(94) Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. USA: Elsevier Health Sciences, 2012.

(95) Grove SK, Burns N, Gray J. *Investigación en enfermería*. España: Elsevier Prentice Hall, 2012.

(96) Talavera-JO, Rivas-Ruiz R. Temas de actualidad, Del juicio clínico al ensayo clínico. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 50(3) 267-272.

(97) Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud*. 2005; 11 (1): 333-338.

(98) García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*. 2013; 2(8): 217-224.

(99) Callista-R, Gulkan-B, Zhushan L, Tam-H N. Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Applied Nursing Research*. 2016; 32 (11): 73-79.

(100) Gutiérrez- López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos*. 2009; 6(12): 201-213.

(101) Díaz-Álvarez JC, Rojas-Martínez MV. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Aquichán* 9.1 (2009): 73-92

(102) Cunha M, Duarte J, Cardoso A, Ramos A, Quintais D, Monteiro R, Castela R, Almeida V. y cols. "Caregiver skills inventory: factorial structure in a sample of portuguese participants." *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health* 2.6 (2018): 41-55.

(103) Carreño SP, Chaparro-Díaz L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2017; 15(1):87-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80149351007>

(104) Torres-Pinto X, Carreño–Moreno S, Chaparro-Díaz L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2): 330-338(88) Bustos Azúcar S, Rivera Fuentes N, Pérez Villalobos C. "Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad tradicional de Chile." *Ciencia y enfermería* 22.2 (2016): 117-127.

(105) Carreño Moreno S, Barreto Osorio RV, Duran Parra M, Támara Ortiz V, Romero E. "Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica." *Revista Cubana de Enfermería* 32.3 (2016): 353-363.

(106) Carrillo González GM, Sánchez Herrera B, Barrera Ortiz L. "Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica." *Índex de enfermería* 23.3 (2014): 129-133.

(107) Tizoc-Marquez A, Higuera-Sainz JL, Uzueta-Figueroa MC, Peraza Garay F, Medrano-Gil S. "Nivel de habilidad del cuidador familiar en el cuidado a pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de la UNEME del Hospital General de Culiacán Sin." *Revista Med UAS Nueva Época* vol. 3 No 2 2012: 56-64.

(108) Ngozi O. The Caring Ability Inventory. En: Strickland OL, Dilorio C, eds. *Measurement of Nursing Outcomes: Vol 3 Self Care and Coping*. 2. ed. New York: Springer Publishing Company; 2003. p. 184-198.

(109) Torres-Pinto X, Carreño–Moreno S, Chaparro-Díaz L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2): 330-338.

(110) Sidani S, Braden CJ. *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. 1st ed. United States: Wiley-Blackwell; 2011.

(111) Statistics, I. S. "IBM SPSS Statistics 21.0 for los." Chicago: IBM (2012).

(112) Wayne D, Kallianpur G. *Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud*. México: 4ta.Ed. Editorial Limusa. 2002.

(113) Polit-F D. Statics and data analysis for nursing research. USA, 2ª Ed. Pearson; 2010

(114) Secretaría de salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Última Reforma DOF 24-03-2014, Disponible en: <http://www.tegra.com.mx/images/files/reglamentos/89.pdf> (consultado el 19 febrero de 2015).

(115) De Nuremberg, Código. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947.Brasil; Ministerio da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>. (consultado el 19 de febrero 2016)

(116) World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza. 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> (consultado el 19 de febrero del 2016) (consultado el 16 junio de 2016).

(117) Secretaria de Salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. 2001. Disponible en: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf> (consultado el 19 junio de 2016).

(118) Poblete-Troncoso M, Sanhueza-Alvarado O. Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería de investigación de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2005; 13(3): 161-165.

(119) Siurana-Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010; 22 (3): 121-157.

(120) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Versión beta de la dinámica poblacional 2015. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>, (consultado el 20 de abril del 2017).

XII.- BIBLIOGRAFÍA

Aguirre R, Ferrari F. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro. 2014. Recuperado en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=INEGI+E+INMUJERES+PRESENTAN+LOS+RESULTADOS+DE+LA+ENCUESTA+NACIONAL+SOBRE+USO+DEL+TIEMPO+2014&btnG=, Consultado el 26 de mayo del 2018.

Citing and Referencing: Vancouver Style - Imperial College London. Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/administration-and-support-services/library/public/vancouver.pdf> (consultado el 18 de febrero del 2017).

De Haro-Rodríguez MA, et al. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 2014; 11 (1): 87-99.

Falta absoluta de cuidados padecen 300 millones de ancianos, alerta OIT, La Jornada. 29/09/2015; Economía, 1 columna, México. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/09/29/economia/025n1eco>, consultado en enero 18 del 2017.

Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa; 2011, p. 61

García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. Impact of caregiving on women's health and quality of life. Gac Sanit [Internet]. 2004 Oct [citado 2017 Sep. 23]; 18(5): 83-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es.

Gómez Meza Y, et al. "Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia. REVISALUD Unisucre, 2013; 1(1):11 –21

Huenchuan S. "Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos." Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social, Guía de dinámicas de estrategias educativas de promoción de la salud, Más vale prevenirIMSS, México 2016

La salud mental y los adultos mayores Nota descriptiva N°38, septiembre de 2013; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>, consultado 13/04/2015

Larrañaga I, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gaceta sanitaria, 2008; 22 (5): 443-450.

Manso Martínez ME, Sánchez López MP, Cuéllar Flores I. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y salud, 2013, 24 (1): 37-45.

Martín Rodríguez D. Guía de atención a las personas cuidadoras, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Edita: Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2006, p. 192

Martínez Gélvez JL, Arias Hoyos S, Cárdenas Mosquera V. Habilidad del cuidador de pacientes con patología crónica discapacitante en casa. Rev. Medica. Sanitas, 2014; 17 (1): 15-23.

Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. Atención Primaria, 2016 48 (2): 77-84.

Noticias ONU, Más de 300 millones de personas de la tercera edad carecen de cuidados adecuados, alerta la OIT, <https://news.un.org/es/story/2015/09/1340811>, consultado 13/07/2017

Olaya-Cuadros BL, Gaviria-Noreña DL. Cuidado de la salud de la familia, Revista Ciencia y Cuidado, 2017, 14 (1): 79-94.

OMS, Envejecimiento y ciclo de vida, La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando, disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> fecha de consulta 15 de enero 2016.

Rangel Domínguez NE, Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios, Cuidarnos para cuidar mejor, Hospital General Manuel Gea González, Secretaria de Salud, México.

Rogero-García J. Consequences of family care over caregiver: A complex and necessary assessment. Index Enferm [Internet]. 2010 Mar [citado 2017 Sep.

23]; 19(1): 47-50. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es

Romero-Massa E, Martínez-Nisperuza B, Makaiza-Estrada E, Guarín-Peláez A, Pérez-Acevedo J. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. *Av. enferm.* 2013; 31(1): 32-41.

Sepúlveda-Vildósola AC, Romero-Guerra AL, Jaramillo-Villanueva L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín médico del Hospital Infantil de México.* 2012; 69(5): 347-354.

Torres Flórez I, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*, 2011; 11(1): 23-39.

Yanguas Lezaun, JJ, Leturia Arrazola, FJ, Leturia Arrazola, M. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo [Internet]*. 2000;(76):23-32. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807605>

Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Berton J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 2010, 16(2): 17-24.

Apéndice 1 Diseño de la intervención



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



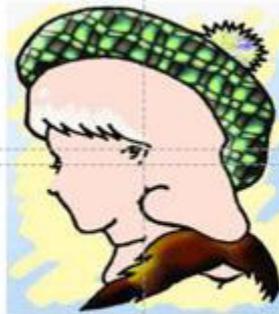
Campus Celaya-Salvatierra

División en Ciencias de la Salud e Ingenierías

Doctorado en Ciencias de Enfermería



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación México Oriente del Estado de México
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar 60



Cuidando al Cuidador
Cuidándose



Cuidándose

Programa de Intervención

“Cuidándose”

Cuidando al cuidador familiar del AM

Programa de intervención “Cuidándose”, cuidando al cuidador familiar del AM



Universidad de Guanajuato

Campus Celaya - Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Unidad de Aprendizaje

Datos de Identificación

Clave		Nombre del curso						
01 CCAM		Programa de Intervención “Cuidándose”, cuidando al cuidador familiar del AM						
Responsable(s) de la elaboración								
Semanas		Horas		M en C. José Javier Cuevas Cancino				
5		4		Dra. Norma Elvira Moreno Pérez				
Fecha de elaboración			Fecha de inicio			Fecha de termino		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
17	10	2017	17	10	2017	17	11	2017

Contextualización

La transición demográfica y epidemiológica mundial, los avances en la ciencia y la tecnología aplicados y utilizados en mejorar la calidad de vida de la población, influyen en el aumento de la longevidad de las personas; no obstante las innovaciones en salud, los individuos viven más, pero con un bienestar deficiente, es decir no viven un envejecimiento activo y saludable, esto se relaciona con las limitaciones propias del Adulto Mayor (AM), resultado de su forma de vida, siendo necesario para algunos de ellos el cuidado y apoyo de alguien más para desempeñar sus actividades de la vida diaria.

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

Las formas en que los cuidadores familiares afrontan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación. La familia debe asumir la sobrecarga que genera el cuidado de los AM. Se estima que la familia se responsabiliza de más del 80 % de esta actividad.

La relación entre el cuidador familiar y el AM es un fenómeno humano donde interactúan factores sociales y culturales. Los fenómenos sociales que se ponen en juego son las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores o rol social que son indispensables en esta interacción; los culturales al designar al hijo menor o mayor como un cuidador obligado.

De la relación antes referida puede surgir un afrontamiento entendido este como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que sirven para manejar las demandas externas y/o internas, que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, ante unos estresores derivados del cuidado, de lo que puede resultar un mejor o peor ajuste según lo negativo de la valoración y los recursos y habilidades del cuidador familiar.

Las respuestas a su nuevo rol del cuidador familiar en esta relación, pueden tener un manejo adecuado o inadecuado como una forma de que este pueda entender cómo piensa acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

Por lo antes descrito se considera pertinente implementar la capacitación a cuidadores de adultos mayores con el objetivo de brindar los elementos necesarios a los cuidadores para mejorar el manejo de su nuevo rol y tengan una conducción adecuada de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) así como de situaciones de estrés que pueden condicionar un afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor.

Competencia del perfil de egreso

Los cuidadores familiares serán capaces de conocer que primero deben cuidarse ellos para poder cuidar al AM; también conocerán la atención que precisen los AM abarcando áreas que incluyen aspectos sobre la salud física, la salud psíquica y aspectos nutricionales entre otros. Las recomendaciones van dirigidas a todas aquellas personas, cuidadores, que prestan los apoyos necesarios para la cobertura de las necesidades básicas de este sector de población.

El cuidador reconocerá a través del análisis de las responsabilidades, las habilidades, las competencias, así como la planificación de la actividad del cuidar.

Competencias de unidad de aprendizaje

A través del análisis de los referentes teóricos, el cuidador familiar será capaz de dimensionar la problemática de salud en el contexto del adulto mayor, para mejorar sus condiciones de relación y salud.

Contenido

Actividad	Contenido temático
1.1	Bienvenida
1.2	Presentación de facilitadores y participantes
1.3	Reglas del grupo, consentimiento informado
1.4	Descripción del programa del curso
1.5	Características del curso
1.6	Expectativas del curso
1.7	Quien soy
1.8	Envejecimiento
1.9	Dependencia
1.10	Cierre de sesión
	Bibliografía
2.1	Descripción del programa
2.2	Para pensar
2.3	Cuidando al cuidador
2.4	Adivina el personaje.
2.5	El papel de cuidador familiar en las actividades de ocio y recreación
2.6	Actividades de ocio y recreación.
2.7	Cierre de la sesión
	Bibliografía
3.1	Descripción del programa
3.2	Video Cuidando al cuidador
3.3	La salud del cuidador familiar
3.4	Presentación sobre la salud del cuidador familiar
3.5	Como saber si me estoy cuidando.
3.6	Presentación sobre consecuencias del cuidado en la vida del cuidador familiar
3.7	Cierre de la sesión

	Bibliografía
4.1	Descripción del programa
4.2	Ponerse en los zapatos del otro, actividad lúdica
4.3	Presentación Ponerse en los zapatos del otro y ser empático
4.4	Y si fuéramos empáticos
4.5	Saber escuchar
4.6	Presentación de escucha activa
4.7	Mejor imposible
4.8	El autobús
4.9	Cierre de la sesión
	Bibliografía
5.1	Descripción del programa
5.2	Superar la ansiedad (Video)
5.3	Técnicas de relajación
5.4	Ocho técnicas para relajarse (Video)
5.5	Ejercicio ¡Suban el volumen!
5.6	Método de relajación progresiva
5.7	Aprende a respirar para bajar tu ansiedad (video)
5.8	Cierre de la sesión
	Bibliografía
6.1	Descripción del programa
6.2	Video de conflicto “teoría y dinámica de grupos.
6.3	Conflictos
6.4	Video etapas del conflicto
6.5	Caso real de conflicto familiar
6.6	Cinco consejos para resolver un conflicto familiar
6.7	Video sobre 7 pasos para resolver conflictos
6.8	Cierre de la sesión
	Bibliografía

7.1	Descripción del programa
7.2	Nutrición
7.3	Video nutrición del adulto mayor
7.4	Video sobre los procesos de digestión, absorción y eliminación.
7.5	Eliminación
7.6	Video eliminación urinaria
7.7	Cierre de sesión
	Bibliografía
8.1	Descripción del programa
8.2	Actividad física
8.3	Demostración de ejercicios recomendados sobre actividad física IMSS
8.4	Video ejercicio para el adulto mayor
8.5	Video como sanar el trastorno de sueño en adultos mayores.
8.6	Sueño y descanso en el adulto mayor.
8.7	Cierre de la sesión
	Bibliografía
9.1	Descripción del programa
9.2	Movilización del adulto mayor
9.3	Demostración de la movilización del adulto mayor
9.4	Entorno del adulto mayor
9.5	Video infraestructura y seguridad para la atención del adulto mayor
9.6	Cierre de la sesión
	Bibliografía
10.1	Descripción del programa
10.2	Valoración geriátrica integral
10.3	Alteraciones en el envejecimiento

10.4	Experiencia de los cuidadores con los signos y síntomas de alarma de los adultos mayores
10.5	Cierre de la sesión
	Bibliografía

Metodología

De acuerdo al Modelo de Educación Basada en la psicoeducación de enfermería, el cuidador familiar como centro del proceso educativo, aplicará saberes previos, habilidades y valores dando como resultado una formación integral; resulta de gran valor el uso de tecnologías, la revisión de los contenidos teóricos, lecturas y análisis de la información.

Dada la naturaleza de este curso, la reflexión y la discusión serán dos procesos determinantes en la adquisición de conocimientos.

El facilitador participará como asesor y acompañante en la adquisición y construcción del conocimiento se utilizará la exposición oral de temas seleccionados, conducirá al grupo al análisis y discusión de los mismos, aclara dudas y asesora tanto individual como de manera colectiva y realizará los cierres de las sesiones con la síntesis de los temas.

Para puntualizar y rescatar los conceptos básicos que permitan al cuidador generar juicios de valor se elaboraran, mapas conceptuales, esquemas y resúmenes que servirán para los procesos de lógicos de aprender a aprender, aprender a convivir y aprender a ser.

El curso está diseñado para implementarse en 10 sesiones de 100 minutos, frente al grupo utilizando la exposición, mapas conceptuales y esquemas, dinámicas grupales, videos, así como el uso de juicio crítico en la resolución de problemas.

Criterios de evaluación y acreditación

Requisitos obligatorios para el cuidador:

Asistencia del 90 %

Participación individual activa

Participación en las sesiones grupales

Evaluación:

Criterios de acreditación

Asistencia mayor al 90 %

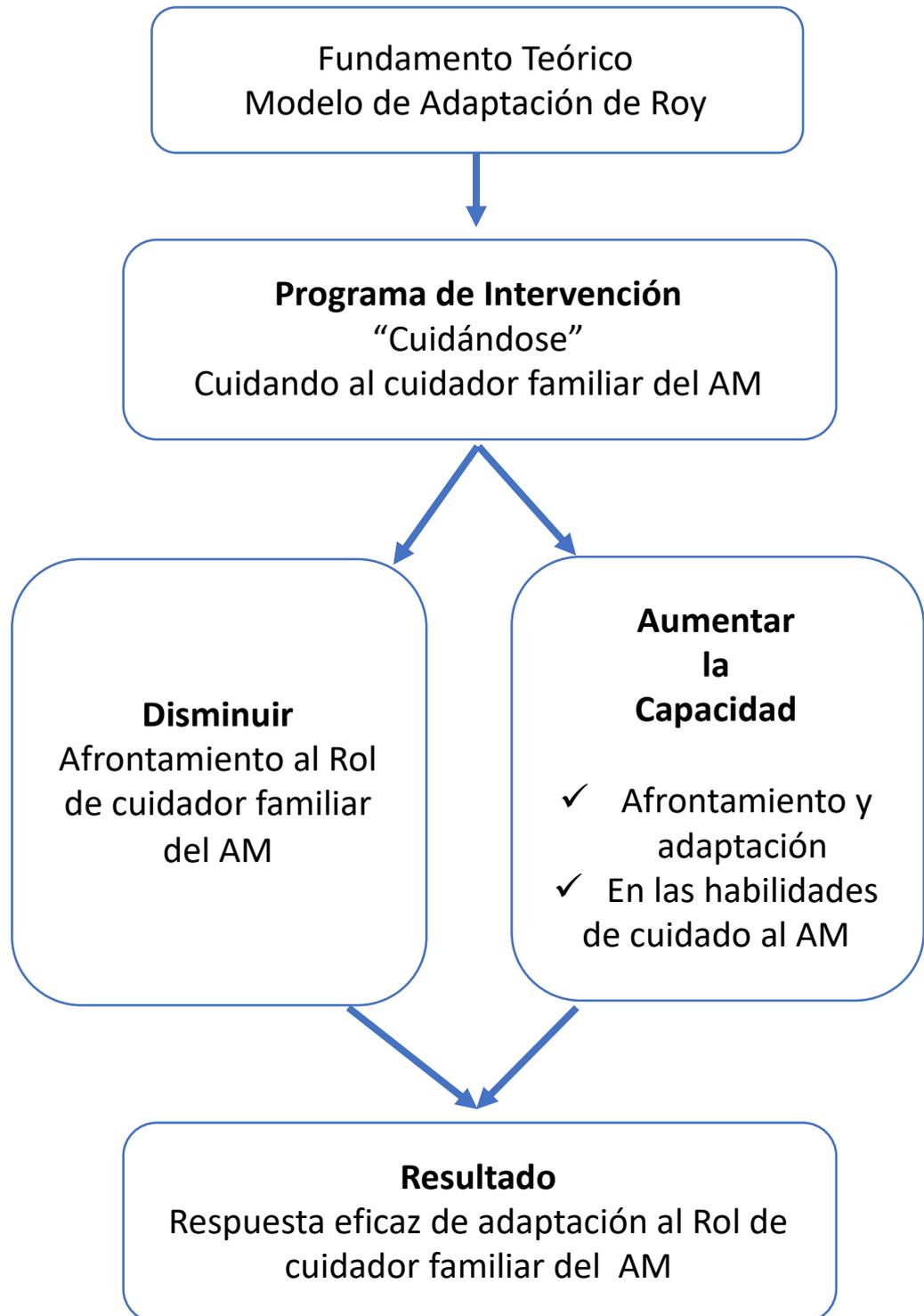
Al término de la capacitación se emitirá una constancia de asistencia a los cuidadores familiares.

Programa de Intervención
"Cuidándose"

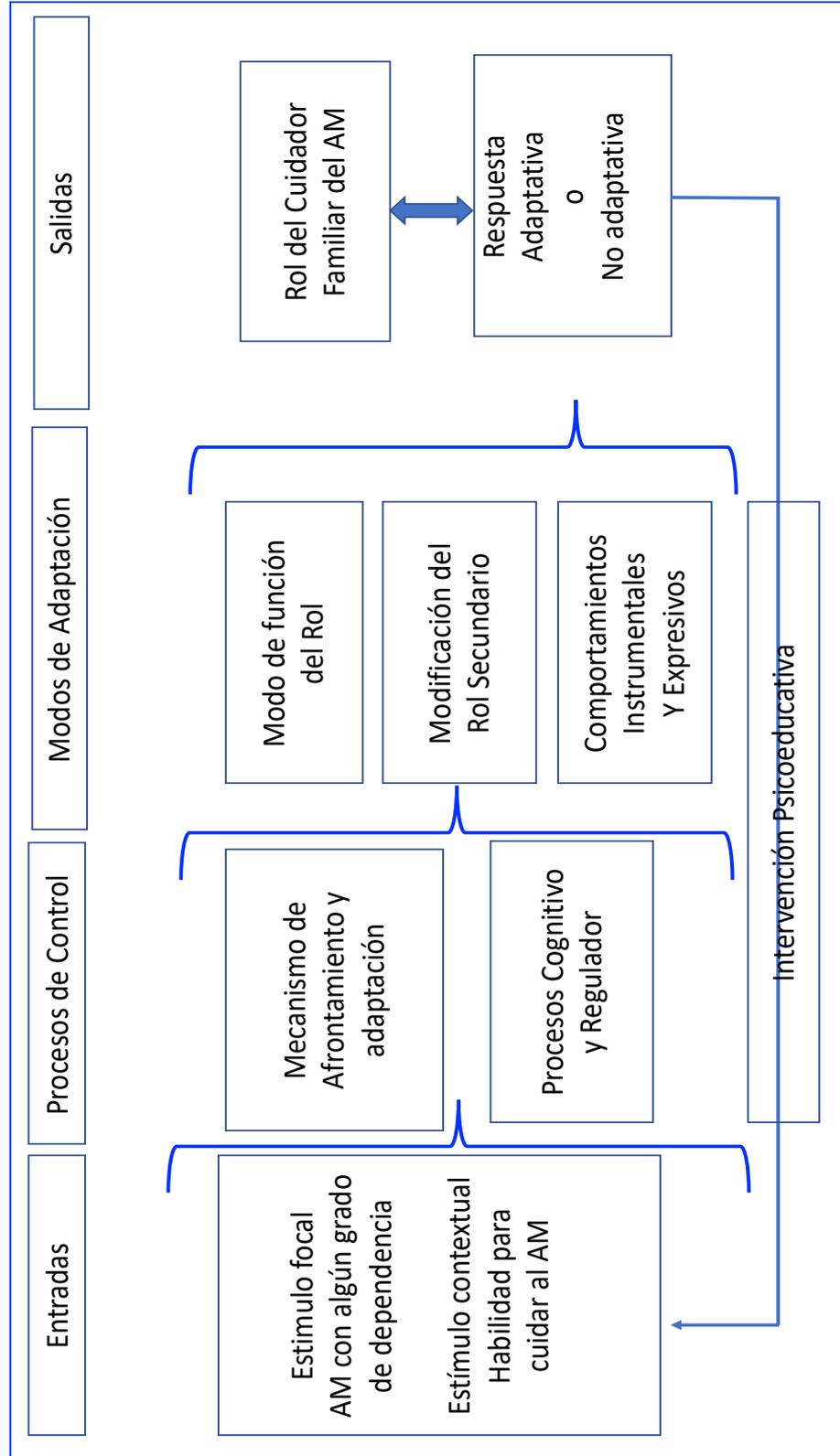
Cuidando al cuidador familiar del AM

Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión
1	2	3	4	5
0.- Conociéndonos	3.-Cuidando al cuidador	4.- La salud del cuidador	✓ Ponerse en los zapatos del otro	✓ Técnicas de relajación
1.- Envejecimiento	6.- Actividades de recreación del cuidador	5.- Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.	(comprender al otro)	✓ Método de relajación progresiva
2.- Dependencia (FESE)			✓ Escucha activa	
Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión
6	7	8	9	10
Manejo de conflictos	7.-Cuidados AM	7.-Cuidados AM	7.-Cuidados AM	7.5.-Signos y síntomas de Alarma en el AM
	7.1.-Necesidad de Nutrición	7.3.- Necesidad de Actividad y Descanso	7.3.1.- Movilización	7.6.-A que servicio acudir
	7.2.- Necesidad de Eliminación		7.4.- Estímulos contextuales (Entorno del AM)	

Marco Lógico de la Intervención



Esquema final de la Intervención



Apéndice 3

Operacionalización de variables

Sociodemográficas

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de valores	Estadístico
Género	Categórica nominal dicotómica	Características físicas que diferencian a un hombre de una mujer	Características físicas del cuidador familiar del adulto mayor	1= Femenino 2= Masculino	Frecuencia y porcentaje
Edad	Numérica discreta	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo que ha vivido el cuidador familiar del adulto mayor	De 30 a 50 años	Media Desviación Estándar
Estado Civil	Categórica nominal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Condición del cuidador familiar del adulto mayor en relación con filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce.	1=Soltero 2= Unión libre 3= Casado 4= Divorciado 5= Viudo	Frecuencia y porcentaje

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de valores	Estadístico
Convive con su pareja		Vivir en compañía con otra persona	Vivir en compañía con su pareja sentimental	1=Si 2=No	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Categórica ordinal	Nivel de estudios que ha cursado una persona	Nivel de estudios que ha cursado cuidador familiar del adulto mayor	1=Ninguna 2=Primaria 3= Secundaria 4=Bachillerato 5= Licenciatura 6=Posgrado 7= Otro	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	Categórica nominal	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa, labor que desempeña, trabajo, empleo u oficio para obtener ingresos económicos	Trabajo, empleo u oficio que desempeña el cuidador familiar del adulto mayor para obtener ingresos económicos	1=Ama de casa 2=Trabaja por su cuenta 3= Comerciante 4=Empleado 5=Profesionista 6=Pensionado 7=Otro.	Frecuencia y porcentaje

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de valores	Estadístico
Situación profesional	Categórica nominal	Conjunto de circunstancias que pueden afectar en un momento determinado de estar realizando una actividad profesional.	Conjunto de circunstancias que pueden afectar al cuidador familiar en un momento determinado de estar realizando una actividad profesional.	1=Ama de casa 2=Trabaja por su cuenta 3= Comerciante 4=Empleado 5=Profesionista 6=Pensionado 7=Otro.	Frecuencia y porcentaje
Días a la semana que cuida	Categórica nominal	Periodo de tiempo comprendido entre el amanecer y el ocaso, durante el cual hay claridad solar, está compuesto por siete días que forman una semana de lunes a domingo.	Periodo de tiempo dedicado a cuidar al adulto mayor durante una semana comprendida de siete días naturales consecutivos de lunes a domingo.	1=Menos de un día 2=Un día 3= De 2 a 3 días 4= De 4 a 5 días. 5= de 6 a 7 días.	Frecuencia y porcentaje
Tiempo dedicado al cuidado	Numérica discreta	Espacio de tiempo disponible para la realización acciones de cuidar, referentes a asistir, guardar, conservar la salud del otro.	Espacio de tiempo del cuidador familiar del adulto mayor para la realización acciones de cuidar, referentes a asistir, guardar, conservar la salud del otro.	Número de horas 1,2,324	Media Desviación Estándar

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de valores	Estadístico
Tiempo que lleva al cuidando del adulto mayor	Numérica	Espacio de tiempo que es responsable del cuidado de una actividad humana.	Espacio de tiempo que el cuidador familiar es responsable del cuidado y salud del adulto mayor.	1= Menos de 6 mes 2= de 6 a menos de 1 año 3= de 1 año a menos de 2 años 4= de 2 años a menos de 4 años 5= de 4 años a menos de 8 años. 6=Más de 8 años	Frecuencia y porcentaje
Practica alguna religión	Categórica nominal	Profesar las creencias que son consideradas como ideas verdaderas para determinada religión	El cuidador familiar Profesar las creencias para determinada religión.	1=Si 2=No	Frecuencia y porcentaje
Religión	Categórica nominal	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la	Conjunto de creencias del cuidador familiar del adulto mayor que posee acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración para darle culto	1=Ninguna 2= Católica 3= Evangélica 4= Testigo de Jehová 5= Cristiana 6=Otro	Frecuencia y porcentaje

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de valores	Estadístico
		oración y el sacrificio para darle culto.			
Practica alguna actividad recreativa	Categórica nominal	Realizar acciones que permitan que una persona se entretenga o divierta	Son las acciones que realiza el cuidador familiar que le permitan entretenerse y divertirse.	1=Si 2=No	Frecuencia y porcentaje
Tiempo dedicado actividades de ocio	Numérica discreta	Espacio de tiempo disponible para la realización actividades de ocio y esparcimiento.	Espacio de tiempo del cuidador familiar del adulto mayor para la realización acciones de ocio y esparcimiento.	1= Un día 2= De 2 a 3 días 3= De 4 a 5 días 4= De 6 a 7 días	Frecuencia y porcentaje
Principales tareas de cuidado con el adulto mayor	Categórica nominal	Labores relacionadas con las ABVD y la AIVD en las que se le ayuda al adulto mayor en el transcurso de un día.	Labores principales que realiza el cuidador familiar relacionadas con las ABVD y la AIVD en las que se le ayuda al adulto mayor en el transcurso de un día.	Elección de las 5 tareas principales del listado ***	Frecuencia y porcentaje

Listado ***

Actividad	Actividad
Comer	Preparar comidas
Vestirse/desvestirse	Hacer otras tareas domésticas
Asearse/arreglarse	Tomar medicamentos (control)
Andar o desplazarse por la casa	Utilizar el teléfono
Subir o bajar escaleras	Salir a la calle/desplazarse por la calle
Cambiar pañal por incontinencia de orina	Utilizar el transporte público
Cambiar pañal por incontinencia fecal	Administrar el dinero
Acostarse/levantarse de la cama	Hacer trámites administrativos
Bañarse/ducharse	Ir al médico
Utilizar el servicio/baño a tiempo	Abrocharse los zapatos
Hacer compras	Pagar los servicios públicos

Operacionalización de variables de la capacidad de afrontamiento y adaptación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Capacidad de afrontamiento y adaptación	Roy define el proceso de afrontamiento y adaptación como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y en los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia ^(6,45-47) .	Es la capacidad que tiene la persona en relación al afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor mediante comportamientos como el cuidado al AM, enfocado a alcanzar su adaptación al rol. El cuidado al AM se considera que es la capacidad que tiene el cuidador familiar en la adquisición de conocimiento, paciencia y valor para realizar el cuidado. Situación que se traduce en la habilidad de cuidados considerada como el desarrollo destrezas y capacidades que posee una persona.	Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems) En este se reflejan los comportamientos de la utilización del. “yo” y de los recursos que se concentran en la entrada del sistema cognitivo, de la información, se centra en modificar la situación que genera el problema.	Alta capacidad 28 – 44 Baja capacidad 11 - 27
			Factor 2. Físico y enfocado. (14 ítems) aquí se resaltan reacciones físicas. Se refiere al proceso de encontrar diferentes estrategias para responder ante una situación.	Alta capacidad 33 – 52 Baja capacidad 13 - 32

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
			Factor 3. Proceso de Alerta. (9 ítems) Este refleja comportamientos del yo personal y físico, se enfoca en las tres etapas o niveles del sistema: entradas, proceso y salidas. Patrón de conducta que refiere la dinámica de crear, producir, diseñar nuevas formas de disminuir el impacto del problema.	Alta capacidad 23 – 36 Baja capacidad 9 - 22
			Factor 4. Procesamiento sistemático. (6 ítems) describe las estrategias personales físicas del yo realizadas en situaciones manejadas metódicamente.	Alta capacidad 19 – 24 Baja capacidad 6 - 18
			Factor 5. Conocer y relacionar (8 ítems). Refleja las estrategias que utilizan el yo y a los otros utilizando la memoria y la imaginación, por conductas adquiridas de comportamientos y aprendidas.	Alta capacidad 25 – 32 Baja capacidad 8 - 24
			Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Baja capacidad 47 – 82 Mediana capacidad 83-118 Alta capacidad 119-153 Muy alta capacidad 154 – 188

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores																								
Habilidad de cuidado	<p>Son el potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica o discapacidad. Esta habilidad incluye la dimensión cognoscitiva y la actitudinal, que son identificadas y medidas según los indicadores de conocimiento, valor y paciencia.</p> <p>El modo fisiológico responde a los estímulos a través de procesos cognitivos, representados por las habilidades de la persona relacionadas con el conocimiento, valor y paciencia.</p>	<p>Son las destrezas y capacidades de las que dispone el cuidador familiar del adulto mayor para realizar acciones que ayuden al cuidado y atención relacionados con las ABVD y AIVD</p>	<p>Conocimiento implica conocer las fortalezas y limitaciones propias y a la vez entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar</p> <p>Valor Es la sensibilidad a estar abierto a las necesidades del presente y se obtiene de experiencias del pasado</p> <p>Paciencia Es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración, incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Conocimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alto</td> <td>78-98</td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td>59-77</td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td>14-58</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alto</td> <td>78-91</td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td>55-77</td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td>13-54</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Paciencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alto</td> <td>59-70</td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td>42-58</td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td>10-41</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nivel de habilidad de cuidado De 220 a 259 habilidad alta De 155 a 219 habilidad media De 37 a 154 habilidad baja</p>	Nivel	Conocimiento	Alto	78-98	Medio	59-77	Bajo	14-58	Nivel	Valor	Alto	78-91	Medio	55-77	Bajo	13-54	Nivel	Paciencia	Alto	59-70	Medio	42-58	Bajo	10-41
Nivel	Conocimiento																											
Alto	78-98																											
Medio	59-77																											
Bajo	14-58																											
Nivel	Valor																											
Alto	78-91																											
Medio	55-77																											
Bajo	13-54																											
Nivel	Paciencia																											
Alto	59-70																											
Medio	42-58																											
Bajo	10-41																											

Apéndice 4 Cédula de identificación



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus Celaya-Salvatierra

División en Ciencias de la Salud e Ingenierías

Doctorado en Ciencias de Enfermería



Cuadernillo de instrumentos



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus Celaya-Salvatierra

División en Ciencias de la Salud e Ingenierías

Doctorado en Ciencias de Enfermería

Instrumentos de recolección de datos

Folio: _____

Modelo de Intervención "Cuidándose", cuidando al cuidador familiar del AM

En el IMSS a la modificación demográfica de la población ya que la población derechohabiente actualmente es 20 años mayor que la población general. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. Cabe hacer mención que toda la información que se obtenga será confidencial (se mantendrá en secreto) y estará resguardada por el investigador principal y su equipo de trabajo; si se llegarán a publicar los resultados del estudio, mi identidad no será revelada.

Nombre: _____

Forma de Contacto

Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____



Cuestionario de aspectos sociodemográficos del cuidador familiar

Folio: _____

Instrucciones: Anote con letra de molde lo que a continuación se solicita, y/o subraye la opción que responda a la situación actual del cuidador familiar del adulto mayor, marque con una "X" en el recuadro que corresponda.

1.- Sexo Mujer Hombre

2.- ¿Cuál es su edad? Años.

3.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a
 Divorciado/a Unión libre

4.- ¿Convive actualmente en pareja?

Sí No

5.- ¿Cuál es su nivel máximo de estudios concluidos?

- A. Ninguna
- B. Primaria
- C. Secundaria
- D. Bachillerato
- E. Licenciatura
- F. Posgrado
- G. Otro: _____

6.- ¿Cuál es su ocupación actual?

- A. Ama de casa
- B. Trabaja por su cuenta
- C. Comerciante
- D. Empleado
- E. Profesionista
- F. Pensionado
- G. Otro. _____

7.- ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñaba antes de cuidar al adulto mayor?

- A. Ama de casa
- B. Trabaja por su cuenta
- C. Comerciante
- D. Empleado
- E. Profesionista
- F. Otro. _____

8.- ¿Cuántos días a la semana y cuántas horas al día se dedica a prestar estos cuidados al adulto mayor?

- | | | | | |
|--------------------|---|--------------------------|---|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | } | Número de horas/día |
| A) Menos de un día | 1 | | | |
| B) Un día | 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| C) De 2 a 3 días | 3 | | | |
| D) De 4 a 5 días | 4 | <input type="checkbox"/> | | |
| E) De 6 a 7 días | 5 | <input type="checkbox"/> | | |

9.- ¿Cuánto tiempo lleva cuidando al adulto mayor?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| A) Menos de 6 meses | 1 | |
| B) De 6 meses a menos de 1 año | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) De 1 año a menos de 2 años | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) De 2 años a menos de 4 años | 4 | <input type="checkbox"/> |
| E) De 4 años a menos de 8 años | 5 | <input type="checkbox"/> |
| F) Más de 8 años | 6 | <input type="checkbox"/> |

10.- ¿Practica alguna religión?

Sí No

11.- ¿Religión que practica?

- A. Ninguna
- B. Católica
- C. Evangélica
- D. Testigo de Jehová
- E. Cristiana
- F. Otra: _____

12.- ¿Practica alguna actividad recreativa o de ocio?

Sí No

13.- ¿Cuántas veces a la semana practica la actividad recreativa?

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| A) Un día | <input type="checkbox"/> | 1 |
| B) De 2 a 3 días | <input type="checkbox"/> | 2 |
| C) De 4 a 5 días | <input type="checkbox"/> | 3 |
| D) De 6 a 7 días | <input type="checkbox"/> | 4 |

14. ¿Podría indicarme de la siguiente lista a qué tareas se dedica principalmente cuando brinda cuidados al adulto mayor? (seleccione como máximo 5 tareas, marcándolas con una X)

Actividad		Actividad	
Comer		Preparar comidas	
Vestirse/desvestirse		Hacer otras tareas domésticas	
Asearse/arreglarse		Tomar medicamentos (control)	
Andar o desplazarse por la casa		Utilizar el teléfono	
Subir o bajar escaleras		Salir a la calle/desplazarse por la calle	
Cambiar pañal por incontinencia de orina		Utilizar el transporte público	
Cambiar pañal por incontinencia fecal		Administrar el dinero	
Acostarse/levantarse de la cama		Hacer trámites administrativos	
Bañarse/ducharse		Ir al médico	
Utilizar el servicio/baño a tiempo		Abrocharse los zapatos	
Hacer compras		Pagar los servicios públicos	

Muchas gracias por su colaboración

Apéndice 5 Presupuesto

Presupuesto

Categoría	Costo unitario	Factor multiplicador	Costo total
	Gasto (mes)	Número de días/ persona	Total
✓ SPSS V 21	1950.00	1	27,324.00
Materiales	Costo unitario	Número	Total
✓ Lápiz	\$ 4.00	70	\$ 280.00
✓ Plumas	\$ 6.00	70	\$ 420.00
✓ Gomas	\$ 25.00	30	\$ 100.00
✓ Hojas blancas	\$ 125.00	5 paquetes	\$ 500.00
✓ Instrumentos	\$ 1.00	80 * 8 paquetes	\$ 6400.00
✓ Manual del participante	\$40.00	80	\$3200.00
✓ Manual del facilitador	\$200.00	4	\$800.00
✓ Clips	\$ 30.00	5 paquetes	\$ 150.00
✓ Libreta de notas	\$10.00	80	\$800.00
✓ Tablas	\$ 40.00	5	\$ 200.00
✓ Playeras cuidándose	\$ 70.00	80	\$ 5600.00
✓ Galletas	\$ 45.00	60	\$ 2700.00
✓ Café	\$ 90.00	20	\$ 1800.00
✓ Servilletas, papel sanitario, cucharas y vasos	\$ 150.00	20	\$ 3000.00
✓ Té	\$ 30.00	20	\$ 600.00
✓ Gel alcohol	\$ 30.00	20	\$ 600.00
		Total	\$56850.00

Apéndice 6 Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Doctorado en Ciencias de Enfermería

Consentimiento Informado

“Efecto de la psicoeducación de enfermería en la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor”

Yo: _____, Mediante la aprobación de este documento con mi firma, autorizo mi consentimiento para contestar la encuesta y participar en la intervención titulada cuidándose liderada por el M en C. José Javier Cuevas Cancino.

Entiendo que mis respuestas formaran parte de una investigación para la obtención de grado de Doctor, aceptando que mi participación pueda ser en los horarios que yo elija y que además no representa ningún riesgo para mi salud, sé que debo contestar todas las preguntas que se me realicen para que los datos sean lo más reales posibles en el estudio, cabe señalar que la intervención estará formada por 10 sesiones de 100 minutos llevadas a cabo dos veces por semana esto con el objetivo de aumentar la capacidad de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador del familiar del adulto mayor.

Cabe señalar que la privacidad y la confidencialidad se romperán de manera parcial ya que la intervención se llevará a cabo de manera grupal.

La información que se obtenga de mi persona será manejada con discreción y confiabilidad, de manera que mi nombre no aparecerá en ninguna parte del estudio. Comprendo que fui elegido (a) para participar y que mi decisión es totalmente voluntaria y que puedo decidir retirarme del estudio en cualquier momento.

Se me ha informado que no representa obligaciones de interés legal y siempre se respetara mi integridad como ser humano que soy. Los resultados que se obtengan de dicha investigación, me serán proporcionados de manera individual si así lo deseo,

además si tengo alguna duda, puedo solicitar información en la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, al número telefónico 01 461 598 5922 o acudir directamente a la dirección Avenida Ing. Javier Barros Sierra N° 201, Ejido de Santa María del Refugio. CP38140 Celaya, Guanajuato, México. Con el Dr. Israel Enrique Herrera Díaz presidente del comité de bioética de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías.

M en C. José Javier Cuevas Cancino

Firma del paciente

Firma del Autor

Testigo 1

Testigo 2

Anexo 1 Aprobación del Comité de investigación

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



ALUMNO:

M. en C. JOSÉ JAVIER CUEVAS CANCINO

PROFESORA:

DRA. NORMA ELVIRA MORENO PÉREZ

PRESENTE.-

Por medio de este conducto me permito comunicarle que el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, realizó la revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: "EFECTO DE LA PSICOEDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN AL ROL DE CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR" resolvió que su protocolo está APROBADO. Asignándole el siguiente registro CIDSC-3010504.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"

CELAYA, GTO.; 05 DE ABRIL 2017

DR. ISRAEL ENRIQUE HERRERA DÍAZ

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
E INGENIERÍAS

CAMPUS CELAYA SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS

Av. Ing. Javier Barros Sierra No. 201 Esq. Baja California, Ejido de Santa María del Refugio
Celaya, Gto., México; C.P. 38140
Teléfono: (461) 598 59 22; ext. 1627, 1628

www.ccelaya-dcsi.ugto.mx

Anexo 2 Aprobación del Comité de bioética

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Regional Estado de México Oriente
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Hospital de Gineco-Obstetricia con Medicina Familiar No. 60
"Dr. Jesús Varela Rizo"



COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOETICA (CHB) HGO – MF 60

Minuta Sesión Extraordinaria del Comité Hospitalario de Bioética

Octubre 2017

Siendo las 11:00 horas del día 12 de Octubre del 2017, estando reunidos todos los integrantes del Comité Hospitalario de Bioética, en el Aula 1, del Hospital de Gineco Obstetricia con Medicina Familiar No. 60, para la sesión extraordinaria, en donde se llevó a cabo la revisión "Protocolo de Investigación con intervención psicoeducativa".

Se recibe protocolo de investigación:

Alumna	Título del protocolo
José Javier Cuevas Cancino	Efecto de la psicoeducación de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor.

Todos los integrantes del comité determinan las siguientes recomendaciones

No encontramos inconvenientes éticos en base a los principios del Comité Hospitalario de Bioética para su realización, ya que se integran procesos descriptivos sobre como recabar la información y consentimiento informado de los participantes; se incluye además, análisis de factibilidad y se respetan los aspectos éticos de este tipo de estudio, al existir apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Declaración de Helsinki y Código de Núremberg. Se explica el proceso para mantener la confidencialidad de los participantes, y se enfatiza que los datos recabados serán usados estrictamente con fines estadísticos.

COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA (CHB)
HGO – MF 60

Siendo las 12:00 hrs del día 12 de Octubre de 2017, se da por terminada la Sesión.

Firman al calce los presentes:

Lic. en Derecho. Netzi Toxqui Lopez.

PRESIDENTE DEL COMITÉ

M.F. Eugenia del Rocio Rivera Tello.

VOCAL SECRETARIO

M.F. Elizabeth Nicolás Carrasco

VOCAL

M.F. Ericka Guadalupe Hernandez Sánchez

VOCAL

C. Ivette Balderas Lopez.

VOCAL

Anexo 3 Petición de uso del ECAPS



Boston College
William F. Connell School of Nursing

January 27, 2017

To: José Javier Cuevas Cancino
From: Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Re: Letter of Permission

To whom it may concern,

This letter provides José Javier Cuevas Cancino permission to use the Coping and Adaptation Processing Scale for a research project. This permission extends to all educational, practice and research endeavors. It omits any permission for proprietary purposes.

I wish you well with your continuing contributions to nursing.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Callista Roy".

Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Professor and Nurse Theorist

Anexo 4 Escala para Medir del Proceso de Afrontamiento y Adaptación



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra
División en Ciencias de la Salud e Ingenierías
Doctorado en Ciencias de Enfermería

**Escala para Medir del Proceso de Afrontamiento y Adaptación
(ECAPS)**

Nombre: _____ Edad: _____ Años

Sexo M ___ F ___

Instrucciones: Piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando con una “X” el número que corresponda.

1	2	3	4
<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

N°	Preguntas	1	2	3	4
		<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1	Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo				
2	Propongo soluciones para problemas nuevos				
3	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
4	Obtengo información para aumentar mis opciones				

5	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
6	Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
7	Trato de que todo funcione a mi favor				
8	Solo pienso en lo que me preocupa				
9	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
10	Identifico cómo quiero que resulte la situación				
11	Soy menos eficaz bajo estrés				
12	No actúo hasta que tengo comprensión de la situación				
13	Encuentro la crisis demasiado complicada				
14	Pienso en el problema paso a paso				
15	Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
16	Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
17	Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18	Soy realista con lo que sucede				
19	Estoy atento a la situación				
20	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
21	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22	Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
23	Tiendo a quedarme quieto por un momento				
24	Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
25	Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
26	Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				

27	Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
28	Utilizo el humor para manejar la situación				
29	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
30	Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
31	Soy más eficaz bajo estrés				
32	Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
33	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
34	Trato de ser creativo y propongo soluciones				
35	Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
36	Aprendo de las soluciones de otros				
37	Miro la situación positivamente como un reto				
38	Planteo soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar				
39	Experimento cambios en la actividad física				
40	Analizo los detalles tal como sucedieron				
41	Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
42	Trato de hacer frente la crisis desde el principio				
43	43. Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
44	Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
45	Me rindo fácilmente				
46	Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
47	Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas				

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 5 Inventario de Habilidad de Cuidado



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra
División en Ciencias de la Salud e Ingenierías
Doctorado en Ciencias de Enfermería

Inventario de Habilidad de Cuidado

(CAI)

Instrucciones: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque la opción que mejor refleje sus pensamientos al respecto.

Utilizando para expresar su nivel de acuerdo o desacuerdo la escala de 1 a 7 al lado de cada afirmación. Señale con una “X”, el número correspondiente a su opinión. No hay respuestas correctas o erradas. Por favor responda todas las preguntas.

Ejemplo: En la afirmación “La vida es bella”. Usted considera que lo es, pero no del todo, por eso decide marcar 5, lo cual hará así:

Afirmación	1	2	3	4	5	6	7
La vida es bella	X						

No	Afirmación	Calificación						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Aprender me toma tiempo							
2	Mi vida está llena de oportunidades							
3	Usualmente digo lo que quiero decir a otros							
4	Puedo hacer mucho por alguien indefenso							
5	Veo la necesidad de cambio en mí mismo							
6	Tengo la capacidad de que me gusten las personas, así yo no les guste a ellas							
7	Entiendo a las personas fácilmente							

No	Afirmación	Calificación						
		1	2	3	4	5	6	7
8	Me falta ver más cosas en este mundo para aprender cada día más							
9	Busco el tiempo para llegar a conocer a otras personas							
10	Me gusta que me hagan participe en diferentes asuntos							
11	Hay mucho que puedo hacer, para hacer la vida mejor							
12	Me siento tranquilo, aunque otra persona depende de mí							
13	Me gusta desviarme de mis cosas si es para ayudar a otros							
14	Soy capaz de demostrar mis sentimientos al tratar a otras personas							
15	Es tan importante lo que hago como la forma de comunicarlo							
16	Puedo entender cómo se sienten las personas, así no haya pasado por experiencias similares							
17	Admiro a las personas que son calmadas y pacientes							
18	Considero importante aceptar y respetar las actitudes y sentimientos de otros							
19	La gente puede contar conmigo para hacer lo que me comprometí							
20	Tengo espacio para mejorar							
21	Considero que ser buen amigo es estar pendientes cada uno del otro							
22	Encuentro una razón de ser en las situaciones de cuidado							
23	Puedo darles libertad a aquellos a quienes cuido sin temores de lo que pueda sucederles							
24	Me gusta alentar a las personas							
25	Me gusta hacer compromisos más allá del presente							
26	De verdad me gusta como soy							
27	Veo fortalezas y debilidades en cada individuo							
28	Usualmente enfrento las nuevas experiencias con valor							
29	Me siento tranquilo al abrirme y permitir que otros vean quien soy							
30	Acepto a las personas tal como son							
31	Cuando cuido alguien soy capaz de manifestar mis sentimientos							
32	Me gusta que me pidan ayuda							

No	Afirmación	Calificación						
		1	2	3	4	5	6	7
33	Puedo expresar mis sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa							
34	Me gusta interactuar con las personas							
35	Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros							
36	Considero que las personas deben tener espacio (lugar de privacidad) para pensar y sentir							
37	Las personas pueden acercarse a mí en cualquier momento							

Muchas gracias por su colaboración