



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

EXPERIENCIAS DEL CUIDADO DE SÍ DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN
FUNCIÓN DE SU ROL COMO CUIDADOR DE OTRO ADULTO MAYOR

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

LIC. ENF. NOEMÍ GARCÍA HERNÁNDEZ

TUTOR:

DRA. VIRGINIA REYES AUDIFFRED
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de ser un miembro más de su comunidad estudiantil, por cada una de las oportunidades brindadas para crecer no solo profesionalmente, sino como ser humano; y por pertenecer a una de las mejores universidades de América Latina.

Al Programa de Maestría en Enfermería por haberme aceptado y brindar a los mejores docentes, quienes con sus enseñanzas han hecho de mi un mejor profesional de enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca otorgada, la cual me permitió realizar los estudios de Maestría en Enfermería de la UNAM.

Número de becario/CVU: 822710

A la Dra. Virginia Reyes Audiffred, responsable de la investigación “Significado que los hombres le dan al cuidado al estar involucrados en la responsabilidad de cuidar” ENEO-UNAM Folio 094, por compartir sus conocimientos y experiencia productos de dicha investigación, permitiendo así derivar el protocolo de investigación que fue el inicio del presente trabajo. Gracias por la confianza e infinita paciencia otorgadas y mostrarme con cada clase y asesoría, las virtudes de un investigador.

A los adultos mayores por su confianza y disposición para la realización de este proyecto, gracias por sus palabras, las cuales son la mejor evidencia de su sabiduría.

DEDICATORIAS

A mis hijos Adrián y José por el amor y paciencia durante este proyecto, por ser el motor que me impulsa a ser cada día mejor ser humano y mejor profesional.

A mi esposo Evander por el amor, la compañía y apoyo en cada uno de los pasos que he dado, por estar siempre ahí para recordarme lo realmente importante.

A Isabel, Elvia, Estela, José Luis y Marco Antonio quienes con su apoyo incondicional en cada momento de este reto me permitieron concluirlo. Por enseñarme los valores que me hacen ser la persona que soy, y darme la fuerza para seguir cumpliendo mis sueños.

A mi familia, por su guía, apoyo, confianza, amor, y compañía a lo largo de mi vida y en los días más importantes para mí.

A todos quienes confían en mí y me han brindado su apoyo incondicional, gracias.

Índice

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
II.	REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE	4
III.	OBJETIVO	6
IV.	REFERENTES TEÓRICOS	7
	Marco Conceptual	7
	Marco Teórico	9
V.	METODOLOGÍA.....	14
	5.1 Tipo de estudio.....	14
	5.1.1 Diseño.....	14
	5.2 Contexto del estudio	15
	5.3 Características de los participantes.....	19
	5.4 Tamaño de la muestra.....	20
	5.5 Técnica de selección de muestra	20
	5.6 Técnica de recolección de datos	21
	5.7 Análisis de los datos	22
	5.8 Criterios de rigor metodológico	24
	5.9 Consideraciones éticas	26
VI.	HALLAZGOS	27
	1. Categoría: Lo que puedo producir para el otro.....	29
	2. Categoría: Conocimiento de sí.	35
	3. Categoría: Acciones para mi cuidado.....	42
VII.	DISCUSIÓN.....	47
VIII.	CONCLUSIONES	50
IX.	APORTACIONES	51
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
	Anexo 1. Esquema Cuidado de sí.	0
	Anexo 2. Ubicación del estudio.....	0
	Anexo 3. Consentimiento informado.....	0
	Anexo 4. Perfil de los participantes.....	0

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se ha observado un cambio significativo en el aumento del número de personas Adultas Mayores (AM); según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo¹. Para el 2050, en México se proyecta que el número de adultos mayores del país se cuadruplicará al pasar de 6,7 millones en 2000 a 36,5 millones en el 2050². Datos proporcionados por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)² en 2015, en la Ciudad de México (CdMx) se encuentra el 11.3% (1,003,648) de la población total del país, siendo la entidad donde se concentra la mayor parte de la población; de las cuales el 47.3% (423,554) son hombres y 52.6% (580,094) son mujeres. El Instituto Nacional de Geriátrica³ refiere que la esperanza de vida en las mujeres es de 79 años, de los cuales 11 son con mala salud, mientras que en los hombres es de 72,3 años teniendo 8.5 años con mala salud, evidenciando el incremento de personas que sobreviven edades avanzadas con alguna enfermedad. En la Ciudad de México el 27.4% de personas mayores de 60 años con respecto a la población total, presenta 25 años de vida asociados a la discapacidad a consecuencia de enfermedades de los sentidos, diabetes mellitus y dolor de espalda y cuello.

Sin embargo, la salud de la persona Adulta Mayor se ve afectada por el incremento de enfermedades crónico-degenerativas⁴: hipertensión arterial 40%, diabetes mellitus 24%, disminución de ingresos económicos⁵, 74.7% vive en condiciones de pobreza; en las siguientes categorías: intensa 23.9%, moderada 29.1% y en condiciones de indigencia 30.4%. Aunado a los cambios propios del proceso de envejecimiento se intensifica la dependencia funcional que se presenta en 3 de cada 10 mujeres y 2 de cada 10 hombres⁶. Si tomamos en cuenta los datos anteriores podemos visualizar que 642,334.72 de personas mayores en la Ciudad de México tienen una enfermedad crónica que puede contribuir a la dependencia funcional de 301,094.4 personas.

El incremento de la población y la presencia de discapacidades implica un reto en los profesionales de la salud y en especial de enfermería ya que se tendrá mayor demanda de cuidados en los diferentes niveles de atención a la salud, pero la mayor responsabilidad será para la familia. Algunos estudios muestran que el tiempo de cuidados a una persona enferma, es otorgado en un 12% por el sistema sanitario, pero el 88% se brinda en el hogar⁷.

La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2009, identificó que las personas mayores de 60 años que necesitaban cuidado, 59% fueron mujeres y 41% hombres, el 74.8% necesitó cuidado continuo; por lo que en números se puede decir que más de medio millón de AM necesitan cuidados continuos a causa de una limitación física o mental⁶. El 55.9% de los cuidados son requeridos debido a que, el AM tenía alguna enfermedad crónica y 18.9% por tener alguna limitación física o mental⁴. Lo anterior hace que exista la necesidad de contar con una persona que brinde cuidados a la persona con dependencia. Las personas que asumen el rol de cuidador de los ancianos son el 24,1% el cónyuge y el 39,8% son hijos, muchos de ellos con más de 60 años de edad^{4,8}. La necesidad de que personas AM asuman el rol de cuidador@ será mayor debido al incremento de mayores de 60 años y a la vez, la disminución de personas jóvenes. De acuerdo con la literatura se estima, que el 25 % de los cuidadores cuentan con más de 60 años, sin embargo, se considera no ser lo más deseable.

Asumir el rol de cuidador ubica a la persona en un grupo vulnerable⁹ ya que implica un desgaste físico, mental, limitando el uso del tiempo libre o incluso haciéndose nulo⁹⁻¹⁴, lo que se manifiesta en el descuido de la salud propia del cuidador,^{4-12,14} agravando su condición de salud ya que por la etapa de la vida en la que se encuentran; la mayoría de los cuidadores pueden presentar por lo menos una de las condiciones que vulneran su salud, como la presencia de alguna enfermedad, la limitación de sus recursos económicos, el deterioro físico por el envejecimiento, etc.

Si bien, la literatura refiere que, en el Adulto Mayor que cuida a otra persona hay descuido, también se manifiestan acciones de cuidado⁹, pero poco se evidencia de cómo y cuáles se realizan, y cómo se traducen en su estado de salud-enfermedad.

La literatura evidencia, que el cuidador en el cumplimiento de su rol presenta síntomas de cansancio, dolor, estrés, falta de actividades recreativas, aislamiento social⁹⁻¹⁴. Sin embargo, dicha evidencia, en su mayoría corresponde al cuidador con un promedio de edad de 55 años y existe poca literatura enfocada al cuidador adulto mayor responsable de otro adulto mayor.

Por lo antes descrito, se justifica la presente investigación, ya que, conocer las experiencias específicamente en esta población, permitirá proponer intervenciones de enfermería para promover el cuidado no solo a la persona dependiente sino también el cuidado de sí del cuidador. Dado que, el profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad en conocer y contribuir al cuidado del cuidador, ya que es, su principal apoyo en el cuidado de las personas dependientes en el hogar, por lo que el beneficio no solo sería dirigido a una persona sino a un sistema enfermera-cuidador-persona dependiente.

El propósito de este estudio es dar a conocer, las experiencias de cuidado de sí de la persona adulta mayor en función de su rol como cuidador de otro adulto mayor, a través de la exploración y descripción detallada del suceso de este fenómeno, generando conocimiento que ayude al profesional de enfermería a conocer las condiciones que favorecen o no a la persona Adulta Mayor para llevar a cabo acciones dirigidas a sí mismo, visualizando la ausencia de políticas de salud bajo el contexto del problema planteado.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias del cuidado de sí de la persona adulta mayor en función de su rol como cuidador de otro adulto mayor?

II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

La búsqueda de la literatura fue guiada por la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias del cuidado de sí de la persona adulta mayor en función de su rol como cuidador de otro adulto mayor? Se identificaron las siguientes palabras clave: experiencias, cuidado de sí, adulto mayor y cuidador. Así como los términos Decs “Acontecimientos que cambian la vida, Anciano, Autocuidado y Cuidador”, y términos Mesh “Life Change Events, Aged, Self-Care y Caregivers”.

Se realizaron 8 combinaciones para la estrategia de búsqueda, en las bases de datos Bidi Unam, Scielo, BVS, y MedLine, se utilizaron los filtros: texto disponible, 2014 a la fecha, asunto de la revista: Geriatria, Enfermería y Servicios de Salud, pero se consideraron tres estudios antes del 2014, ya que aportaron información relevante para el presente estudio, sin embargo, se encontró literatura sin el perfil de los participantes lo cual limitó la abundancia de la misma.

Los estudios encontrados se han realizado bajo diseños fenomenológico, descriptivo, cualitativo, mixto y revisión sistemática.

En México, un estudio fenomenológico sobre las experiencias de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente⁹, reporta que de los siete participantes cinco de ellos fueron adultos mayores y una de cincuenta y ocho años de edad. En los hallazgos, refiere la falta de familiares disponibles para llevar a cabo esta acción, obligando a una persona a asumir esta responsabilidad, sin el apoyo de otros miembros de la familia aun estando cercanos al fenómeno del cuidado, por lo que, los cuidadores presentaron desgaste emocional, manifestado por cansancio físico y moral.

En otra investigación se abordó el cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia¹⁰, en la que participaron ocho personas, una de ellas era adulta mayor y las demás tenían más de cincuenta años, se hizo evidente, la falta del cuidado de sí mismo del cuidador familiar por la disminución del uso del tiempo y

espacio obligado para realizar ejercicio, dormir, descansar y atender sus problemas de salud.

En algunos estudios^{11,12} se ha encontrado, el 25% de cuidadores ancianos, señalando una limitada red de apoyo. Otro estudio, cuyo objetivo fue conocer la experiencia y el significado de cuidar durante la vejez¹³; señala entre sus hallazgos, que los adultos mayores cuidadores experimentan un declive de su salud, su cuerpo como limitante para cuidar y la pérdida de relaciones interpersonales. En otros estudios^{14,15} se evidencia, la sobrecarga de actividades, desgaste emocional y poco o nulo cuidado de sí mismos.

En Brasil se realizó un estudio con el objetivo de conocer el significado de salud para ancianos cuidadores de sus cónyuges¹⁶, con enfoque cualitativo, evidencio, que el significado de salud para el cuidador, se traduce en la disposición de hacer sus quehaceres (trabajar, hacer actividades cotidianas, hacer todo lo que desee), la ausencia de síntomas y problemas (no tener alguna enfermedad), estar bien con la vida (gusto por la vida, gusto por la música y solucionar los problemas), etc.. Sin embargo, los cambios en la salud después de asumir su rol se traducen en aumento del cansancio, estrés y preocupación.

Una investigación donde se buscó comprender el significado del cuidado atribuido por el cuidador familiar del anciano dependiente¹⁷, se identificaron dos aspectos, uno negativo (dificultad de la tarea de cuidado, que consideraban agotador, que requiere mucho responsabilidad, dedicación, valor, paciencia y fuerza de voluntad) y uno positivo (las tareas de cuidado cuidadores dijeron que se debe hacer con amor, atención, afecto y placer, sentimientos relacionados con la obligación de reconocimiento, deber y retribución por los buenos momentos que experimentan los ancianos). En los aspectos negativos, también, se refiere al deterioro del estado de salud del cuidador.

En la literatura científica¹⁸, se manifiesta la falta de tiempo como una importante queja, la disminución de la vida social, además que él cuidador deja de cuidar de sí mismo para cuidar del anciano anulando actividades placenteras.

El estado del arte evidencia, lo poco que se ha estudiado a la población mayor de 60 años que cuida a otra persona Adulto Mayor, con las implicaciones que dicho rol tiene en su condición biopsicosocial y cómo a partir de ésta realiza o no, las prácticas de cuidado de sí.

III. OBJETIVO

- Describir las experiencias del cuidado de sí de la persona Adulta Mayor en función de su rol como cuidador de otro Adulto Mayor.

IV. REFERENTES TEÓRICOS

Marco Conceptual

Experiencia.

La palabra experiencia tiene su origen del latín: experientia, derivada de experiri, la cual remite a: ensayar, intentar, experimentar¹⁹. De acuerdo con Morse²⁰ la experiencia puede ser de las cosas o de los fenómenos, la cual se puede concebir a través de los sentidos (ver, escuchar, tocar, saborear y oler) y a través de otros fenómenos como creer, recordar, anticipar, juzgar, intuir, sentir, preocuparse, amar, imaginar y estar dispuesto.

Foucault citado por Fortanet²¹ identifica que la experiencia se lleva a cabo entre la relación que se tiene consigo mismo y al relacionarse con otro. La experiencia se puede entender como la constitución a lo largo de su vida y concreta del sujeto con la cual se puede y se tiene que pensar en sí mismo.

Para fines de esta investigación la experiencia será comprendida como la relación consigo mismo y con otros a través de los sentidos, y del intercambio de fenómenos como el cuidado.

Cuidado.

Etimología de la palabra cuidado²². El término cuidado deriva del latino "cura". Esta palabra es sinónimo erudito de cuidado. En su forma más antigua, cura en latín se escribía coera, y era utilizada en un contexto de relaciones de amor y de amistad. Expresaba la actitud de cuidado, de desvelo, de inquietud y de preocupación por la persona amada o por un objeto con valor sentimental. El cuidado solo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí.

Desde la perspectiva de Leonardo Boff²², el cuidado posee una dimensión ontológica que entra en la constitución del ser humano. Es un "modo-de-ser"

característico del hombre y de la mujer. Por lo que sin cuidado dejamos de ser humanos.

La actitud de cuidado puede provocar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad. El término cuidado incluye dos significados, íntimamente vinculados entre sí. El primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención del otro. El segundo, la actitud de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se sienta implicada y vinculada afectivamente al otro.

El cuidado es un acto de vida²³ que se condiciona por la autonomía, independencia o por vínculos de apoyo²⁴, que siempre están presentes aun en una aparente invisibilidad, formando parte de la existencia humana, permitiendo mantener y conservar la vida. El cuidado es un acto individual que permite enfrentar las fuerzas de la naturaleza interna y externa: se cuida para vivir y para que el otro viva; para mantenerse y mantener activo; para tener calidad de vida y de muerte; para disfrutar y compartir; para evitar la soledad propia y ajena; para poner límite al dolor; para ser con el otro, para tener un lugar y para que el otro lo tenga, en suma, para hacer vínculo social²⁵.

Cuidado Informal.

Se puede definir como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen, principalmente lo realizan mujeres que son esposas e hijas de la persona dependiente, con recursos económicos bajos y escolaridad básica, se asume el rol de cuidador por imposición de circunstancias^{26,27}. En la presente investigación cuidador familiar es un adulto mayor, que brinda cuidado sin retribución económica, a otra persona adulta mayor con dependencia funcional, en la que a ambos los une, una relación de parentesco, emocional o conyugal.

Adulto Mayor.

Las Naciones Unidas²⁸ ha establecido que un adulto mayor es toda persona a partir de los 65 años para países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. Para fines de la investigación el adulto mayor cuidador es una persona de más de 60 años de edad que se ve afectado por el proceso de envejecimiento. La persona con dichas características se encuentra en la etapa de vejez, la cual conlleva cambios biológicos, así como la presencia de enfermedades, que implica el deterioro de su capacidad funcional por lo que requiere la presencia de un cuidador que le apoye en la satisfacción de sus necesidades básicas, ocasionando con esto, cambio en los roles, posiciones sociales, pérdida de relaciones estrechas, etc.

Marco Teórico

Cuidado de sí.

Desde la perspectiva de Foucault el cuidado de sí es el “conjunto de acciones que realiza un individuo estableciendo una relación consigo mismo, constituyéndolo como sujeto de sus propias acciones”²⁹. Por lo que esta práctica de cuidado de sí, no se puede llevar a cabo si el sujeto no se conoce a sí mismo; ya que al conocerse puede ocuparse de sí³⁰. Ver anexo 1.

Foucault³¹ menciona que el sujeto puede desarrollar un saber sobre sí mismo, a través del uso de tecnologías, ya que cada una de ellas le brinda un aprendizaje, modificando al sujeto, ya que adquiere habilidades y actitudes para el cuidado de sí. Entendiéndose por tecnología al conjunto de conocimientos e instrumentos que son empleados de forma práctica para la resolución de un problema o una necesidad. Por lo que Foucault propone las siguientes 4 tecnologías:

- Tecnologías de producción
- Tecnologías de sistemas de signos
- Tecnologías de poder

- Tecnologías del yo

Las tecnologías de producción permiten al AM la capacidad de manipular (manejar, trabajar, operar algo, a través de un contacto), transformar (cambiar de forma o costumbre algo a alguien) o producir (ocasionar o elaborar cosas útiles) acciones que concibe para su cuidado de sí³⁰.

Las tecnologías de sistemas de signos permiten a través del signo, sentidos, símbolos y significados que tiene para el AM hacer o no una acción en relación del cuidado de sí. Se entiende por signo un objeto, fenómeno o acción que representa o sustituye algo, mientras que por símbolo es un elemento u objeto que es representativo de una idea, de una condición etc., y significado es el sentido de una palabra o frase, cosa que me significa de algún modo. El sentido se refiere a la razón de ser, finalidad o justificación de algo³⁰.

Las tecnologías de poder establecen una relación, una estructura de dominio sobre condiciones materiales (naturales, económicos, etc.) e ideológicas (conjunto de ideas que caracteriza a una persona) en la cual existe una imposición de la verdad sobre su propio yo³⁰. En una relación de cuidado entre el cuidador y el AM dependiente, que determina la conducta de ambos al someterse a ciertos fines o dominación en relación a las acciones de cuidado, a través del establecimiento de jerarquías que determinan la conducta de una persona sobre otra y viceversa. La jerarquía dentro de una familia está determinada por las relaciones de poder, en este caso los padres ostentan la mayor jerarquía, situación por la cual el hijo /a cuidador debe obedecer a la mamá quien recibe el cuidado.

Las tecnologías del yo: permite al cuidador AM efectuar por cuenta propia un número de operaciones sobre su cuerpo y alma, pensamientos, conducta, o cualquier otra forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. Se entiende por el "Yo" según Foucault como una subjetividad activa³⁰.

Estos cuatro tipos de tecnologías casi nunca funcionan de modo separado, aunque cada una de ellas esté asociada con algún tipo particular de dominación. Cada una

implica ciertas formas de aprendizaje y de modificación de los individuos, no solo en el sentido más evidente de adquisición de ciertas habilidades, sino también en el sentido de adquisición de ciertas actitudes.

Las enseñanzas sobre la vida cotidiana se organizaban alrededor del cuidado de sí, con el fin de ayudar a cada miembro del grupo en la obra mutua de salvación. La problemática de la relación entre el cuidado de sí y el conocimiento de sí; se encuentra en prestar atención a nosotros mismos a lo largo de toda la vida con el objetivo de prepararnos para la realización de toda la vida.

Al llevar a cabo la práctica de ocuparse de sí, permite cuidar de otros y también en la medida que, para cuidar bien de sí, hay que escuchar al otro. A partir de que uno cuida su propia vida, el cuidado de sí podrá centrarse sobre sí, sobre lo que hace, el lugar que ocupa entre los otros²⁹.

Destaca Foucault que el cuidado de sí abarca tres aspectos fundamentales: en primer lugar, una “actitud” disposición manifestada de algún modo; con respecto a sí mismo, con respecto a los otros y con respecto al mundo. En segundo lugar, una manera determinada de atención, de mirada, es “preocuparse por sí” mismo implica voltear la mirada a sí y llevarla del exterior al interior; implica cierta manera de prestar atención a lo que se piensa, a lo que sucede en el pensamiento. En tercer lugar, la “noción de cuidado de sí” designa una serie de acciones, que uno ejerce sobre sí mismo, acciones por las cuales uno se hace cargo de sí mismo, se purifica, se transforma y se transfigura^{29,30}.

Preocuparse por uno mismo significa una forma de dirigir la mirada: desplazarla desde el exterior, desde el mundo, desde las cosas, desde los otros, hacia uno mismo. Es una mirada sobre la práctica de la subjetividad, la preocupación por uno mismo es la actividad que uno ejerce sobre sí “uno se preocupa de sí para sí mismo y esta preocupación por uno mismo es en donde este cuidado encuentra su propia recompensa”²⁹.

El cuidado de sí en relación con el cuidado de los otros.

El cuidado de sí expresa una actitud consigo mismo, pero también con los otros, con los otros y el con el mundo. Es, por un lado, una forma de vigilancia sobre lo que uno piensa, sobre el pensamiento y a la vez designa un determinado modo de actuar mediante el cual uno se transforma al hacerse cargo del otro. En este sentido, comprende tanto pensamiento como acción de sí, conocimiento y cuidado de sí, pero al mismo tiempo cuidado del otro. El cuidado del otro, que está implícito en la acción, presupone un cuidado ético de sí mismo. Para relacionarse con los otros es necesario tener en cuenta el desarrollo de cuidado de sí. No se puede tener cierto efecto en el otro, si antes no se ha hecho ese trabajo consigo mismo. Se debe cuidar de sí mismo para cuidar de los otros²⁹.

Principales supuestos.

Ser libre significa no ser esclavo de sí mismo y de sus apetitos, lo que implica que se establece consigo mismo una cierta relación de dominación, de maestría, que se llama poder, mandato²⁹.

El cuidado de sí es ético en sí mismo, pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida que este ethos de la libertad es también una manera de cuidar de los otros. El ethos implica una relación hacia los otros, en la medida que el cuidado de sí vuelve capaz de ocupar un lugar importante en las relaciones interindividuales, lugar que conviene para ejercer una magistratura o para tener relaciones de amistad³⁰.

El problema de las relaciones con los otros está presente a lo largo de todo el desarrollo del cuidado de sí³⁰.

El cuidado de sí implica también la relación con el otro en la medida que, para cuidar bien de sí, hay que escuchar las lecciones de un maestro. Es decir, se tiene la necesidad de un guía, de una consejera, de un amigo, de alguno que le diga la verdad³⁰.

El cuidado de sí apunta siempre al bien de los otros, apunta a administrar bien el espacio de poder que está presente en toda relación, es decir a administrarlo en el sentido de la no-dominación²⁹.

No hay que anteponer el cuidado de los otros el cuidado de sí, el cuidado de sí es éticamente primero, en la medida que la relación consigo mismo es ontológicamente primera²⁹.

Somos herederos de una moral social que busca las reglas de la conducta aceptable en las relaciones con los demás. Por este motivo, resulta difícil considerar el interés por uno mismo como compatible con la moralidad³¹.

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Cualitativo

El estudio es de tipo cualitativo, a partir del cual, se permite concebir que el mundo no es algo deducible, sino una realidad concreta y vivida, desbordadamente de significados producidos intersubjetivamente¹⁷. Además, permite conocer aspectos de la persona que ayudan a conocer y describir el fenómeno de estudio, en este caso, la acción que realiza la persona mayor que asume el cuidado de un anciano dependiente para cuidar de su propia salud. Debido a que la mayor riqueza de conocimiento se encuentra en la persona, es por ello, que se considera relevante tomar en cuenta su subjetividad.

Este tipo de investigación es óptimo para abordar las cuestiones de estudio desde una mirada compleja y completa de la realidad; donde lo fundamental es comprender la totalidad del fenómeno de interés partiendo de la perspectiva de los actores sociales implicados en el mismo³². En el contexto o escenario donde se desarrolla, para poder comprender la experiencia vivida de la persona.

Permitiendo develar los procesos sociales poco conocidos de grupos con características particulares, propiciando la construcción de nuevos abordajes, revisión y creación de nuevos conceptos y categorías durante la investigación³³.

5.1.1 Diseño

Exploratorio descriptivo

La investigación exploratoria descriptiva, permite explorar un tema nuevo o describe una situación que poco se sabe de ella³⁴. Proporciona una visión general del fenómeno de estudio visibilizando las características de un grupo, sus actitudes, opiniones y relaciones con otras variables³⁵.

5.2 Contexto del estudio

Pueblo Originario

El término originario permite definirse como descendientes de los primeros pobladores de la cuenca, y desde allí legitimar muchos de sus derechos actuales, al mismo tiempo brinda elementos identitarios no sólo para distinguirse de las etnias indígenas del país, sino también para circunscribir una identidad distinta del resto de la ciudad³⁶.

Así, los pueblos urbanos representan a la población que fue originaria de la cuenca, a los antiguos habitantes del territorio que hoy ocupa la zona metropolitana, son de origen y lengua náhuatl principalmente, con una cultura territorializada, con propiedad de los recursos naturales, con formas propias de organización y de representación política.

Portal³⁶ propone siete características para identificar o definir un pueblo originario, las cuales son:

1. Son poblaciones descendientes de pueblos prehispánicos refundados en el periodo colonial.
2. Tienen como base relaciones de parentesco a partir de un conjunto de familias que se autoidentifican como originarias, lo cual se expresa en la predominancia de algunos apellidos claramente identificables.
3. Poseen un territorio en el que se distinguen espacios de uso comunitario y ritual; se identifica el centro con una iglesia o capilla, la plaza, el mercado y su propio panteón.
4. En muchos casos mantienen una organización territorial a partir de parajes que conservan nombres nahuas.
5. Poseen terrenos agrícolas o forestales en forma de ejidos, propiedad privada o comunidad agraria y por tanto su noción de territorio es clara; incluso cuando han

perdido sus terrenos y han quedado reducidos a medios urbanos existe una idea de espacio originario.

6. Su continuidad cultural está basada en formas de organización comunitaria y en un sistema festivo que tiene como eje un santo patrón; en él pueden apreciarse elementos culturales de origen mesoamericano, colonial y una permanente capacidad de adaptación a las nuevas influencias culturales de su entorno, que no se reducen a los aspectos religiosos.

7. Las festividades religiosas y cívicas cumplen la función de generar liderazgos para ejercer los cargos, y para el colectivo es el medio para refrendar la pertenencia al pueblo, contribuyendo a la continuidad de las identidades locales; el santo patrón y otras deidades son la base a partir de la cual se establecen nexos duraderos con otros pueblos.

Milpa Alta

En la Alcaldía Milpa Alta la distribución de la superficie total, se encuentra repartidos en tres usos del suelo que son agrícola, forestal y urbano. Desde el 1994 al año 2010 ha disminuido en .5% el suelo agrícola, aumento en 3.9% el forestal y también hay un crecimiento del 7.5% el suelo urbano (Ver anexo 3)³⁷. Una de las características que distinguen a la delegación es la ausencia de tiendas de autoservicio, de grandes plazas, centros de entretenimiento y restaurantes representativos de un gran nivel de urbanización. Las actividades económicas más predominantes son el comercio con la transformación del nopal y el mole; también se pueden observar actividades primarias principalmente la agricultura, como el nopal, maíz, chiles, calabazas, amaranto, frijol, etc.; la mayoría cosecha por temporal; contando con un punto de venta importante para los productores agrícolas en la delegación como lo es el Centro de Acopio ubicado en la cabecera delegacional.

Los doce pueblos que integran Milpa Alta son considerados como tradicionales, representando un tercio del total que hay en la Ciudad de México, ya que preservan sus tradiciones culturales, realizan actividades rurales y/o artesanales, siendo

pueblos a los que se les reconoce una fundación prehispánica o porque ésta fue realizada en los primeros años de terminada la colonia y porque en ellas se mantienen sus delimitaciones territoriales originarias, así como sus divisiones internas en barrios como fueron impuestas por el dominio español³⁷.

La conformación histórica de Milpa Alta se remonta a la época prehispánica previa a la consolidación del Imperio Azteca; por lo que los asentamientos poblacionales se inician con la llegada de una tribu tarahumara en el año de 1117 mientras dominaba la zona tribus nahuatlacas; quienes con el crecimiento del Imperio Azteca fueron conquistados rápidamente. Al integrarse ésta tribu con la azteca, se le llamo el Señorío de Malacachtepetl Momoxco, lo cual trajo consigo la imposición de costumbres, religión, comercio y la lengua náhuatl.

El Señorío de Malacachtepetl Momoxco pidió al gobierno español el reconocimiento de su derecho a las tierras de cultivo, bosques, montes y agua, dando una resolución positiva en el año de 1529. En 1536 se da por terminada la concentración de la población del señorío, surgiendo una congregación de nueve pueblos originarios: Tlacotenco, Tecoxpa, Tlacoyucan, Tepenáhuac, Miacatlán, Othenco, Oztotepec, Actocpan y Milpa Alta; reconociendo límites de cada pueblo preservando la traza que había implantado el Imperio Azteca, en muchos se mantiene hasta hoy.

Después los frailes franciscanos, asignaron a cada uno el nombre de un Santo Patrono. En el año de 1545 se agregó el pueblo de Tecómitl (San Antonio), con él se concluye la conformación de Milpa alta y se le reconoce su derecho a elegir su gobernante, pero también acepta su evangelización y el pago a la Corona.

San Antonio Tecómitl

San Antonio Tecómitl, es uno de los doce pueblos de la Alcaldía de Milpa Alta, se considera un pueblo originario, ya que fue fundado por habitantes de origen Tolteca en sus inicios. Su nombre significa "olla de piedra"; sus primeros habitantes formaron sus hogares en las faldas del Teuhtli³⁸.

San Antonio Tecómitl, se encuentra al noroeste de la Alcaldía de Milpa Alta y ocupa una superficie de 198,60 hectáreas; limita al norte con San Juan Ixtayopan; al sur con San Francisco Tecoxpa, San Juan Tepenahuac y Santa Ana Tlacotenco; al oriente con San Andrés Mixquic, San Nicolás Tetelco y San Juan Tezompa, este último del Estado de México; y al suroeste con Villa Milpa Alta³⁸.

El pueblo se divide en barrios los cuales se llaman: Xaltipac, Cruztitla, Tenatitla, Xochitépetl y Tecaxtitla, en cada uno de los barrios existe una mesa directiva que se encarga de llevar a cabo la parte que les corresponde de las fiestas del pueblo. La iglesia se encuentra en el centro del pueblo, en la plaza cívica se encuentra la coordinación territorial y a un lado la oficina del Comisario Ejidal; por lo que los principales representantes del pueblo son: el coordinador y comisario; ambos elegidos por los habitantes de la comunidad.

Cuenta con una población total de 24397, de las cuales 1815 son personas mayores de 60 años, de esta población mayor 964 son mujeres y 851 son hombres³⁹. Las características en las que se desarrollan las personas es una mezcla entre la vida urbana y rural, cuenta con una cantidad importante de zonas de siembra en el ejido y en el llano, por lo que se puede observar un tianguis que se encuentra todos los días en la calle de Guadalupe Victoria entre las Calles de Cuauhtémoc y las Palmas, la venta de verduras como calabazas, elotes, nopales, verdolagas, cilantro, chiles, etc. que se siembran y cosechan en la comunidad, lo cual también influye en la economía de una parte de la población.

Las condiciones de las viviendas en su mayoría son de tabique y loza, cuentan con los servicios básicos (luz, agua, drenaje, recolección de basura tres veces a la semana), centro de salud, biblioteca, casa de la cultura, pavimentado de las calles, alumbrado, cámaras de vigilancia, policías, educación básica (preescolar, primaria, secundaria) y medio superior, mercado, gimnasio comunitario y privados, panteón, iglesia, plaza cívica, coordinación de enlace territorial, dentro del casco urbano. Los parajes que ya no se encuentran dentro de esta zona se pueden observar dificultades para obtener el agua potable, no cuentan con drenaje, para llegar a sus viviendas suben unas combis o a pie, se pueden observar casas con las

características anteriores, pero también se pueden observar materiales como lámina de cartón en los techos.

Las condiciones son muy diversas, pero es común encontrarse con costumbres tradicionales como la fiesta del pueblo en honor a San Antonio de Padua, frente a la iglesia se encuentra la plaza, la fiesta se realiza dos veces al año; la principal es el 13 de junio y la segunda que se celebra es en honor a la renovación de La Sangre Preciosa y se festeja el 13 de septiembre. Otra festividad característica del pueblo es la llevada a cabo el 1 de noviembre con motivo de los fieles difuntos, en la que todas las personas salen a las entradas de sus casas para hacer una fogata y compartir tamalitos y otros alimentos, ya que esto es un acto de convivencia con la familia presente y la que ya se ha ido; en las tumbas del panteón las personas realizan figuras en tercera dimensión con la misma tierra de las tumbas, llevándose a cabo un concurso y rezos por la iglesia.

Es común que las personas del mismo pueblo se conozcan entre sí, ya que hay una fuerte presencia de familias originarias del lugar que se pueden distinguir de acuerdo a sus apellidos; lo cual impacta en las relaciones de vecindad, pudiendo detectar e identificar alguna situación en los integrantes de la comunidad.

5.3 Características de los participantes

La consideración más importante para el muestreo es la riqueza y valor explicativo de los datos, por lo que de acuerdo al fenómeno de estudio que es el cuidado de sí del adulto mayor, se hace imprescindible contar con la participación de personas mayores de 60 años, bajo el contexto de cuidar a una persona AM dependiente.

La selección de los participantes, se llevó a cabo sobre la base del problema y el propósito de la investigación, por lo que antes de la recolección de datos se definieron las características y la estructura de la muestra⁴⁰.

Características de los participantes: tener una edad cronológica mayor a 60 años, ser cuidador informal de un anciano con dependencia funcional de moderada a

severa, mínimo 1 año de iniciar su rol como cuidador, residir en San Antonio Tecómitl.

5.4 Tamaño de la muestra

En los estudios cualitativos, es menos claro determinar el tamaño óptimo de la muestra^{33,34}. Sin embargo, el número de participantes se determinó por saturación teórica, según Morse⁴¹, por lo que se recolectaron datos hasta que ocurrió la saturación, es decir, hasta el punto en el cual se escuchó ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecieron otros elementos. Mientras siguieron apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la recolección de datos no se detuvo.

Otro aspecto que se tomó en cuenta, fue la redundancia para determinar el tamaño, ya que es continuo realizando entrevistas hasta que los conceptos se repitieron varias veces sin nuevos conceptos o temas emergentes.

5.5 Técnica de selección de muestra

De acuerdo al propósito de la investigación cualitativa, que es explorar en profundidad del fenómeno de estudio, el investigador debe seleccionar cuidadosamente a quien pueda caracterizar y aclarar el objeto de estudio.³³

Por lo que se eligió el **muestreo de bola de nieve**, que permite localizar a informantes pidiendo a otras personas que identifiquen a individuos con las características de los participantes, los cuales puedan brindar información sobre el objeto de investigación. Atendiendo a este tipo de muestreo, se pidió a dos personas que trabajan con grupos de Adultos Mayores pudieran identificar personas que cuidaran a otro Adulto Mayor, y que fuera residente de San Antonio Tecómitl.

Una vez identificados los Adultos Mayores cuidadores, por las personas dirigentes de los grupos se solicitó su autorización para brindar sus datos personales al

investigador; se contactaron de manera personal por el investigador algunos en sus domicilios y otros durante las clases impartidas en el Centro Cultural “Olla de piedra”. Se les explicó el tipo y objetivo de la investigación, por lo que al aceptar se les solicitó firmar el consentimiento informado a cada uno de los participantes.

5.6 Técnica de recolección de datos

La recolección de los datos, se realizó a través de una entrevista a profundidad, la cual, es una técnica de recolección de datos donde se establece una interacción entre la persona entrevistada y el entrevistador, cuya finalidad es entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado en este caso desde la experiencia del adulto mayor. El investigador estimula a los participantes a desempeñar un papel más activo en la determinación del curso de la discusión.³³ Esta consiste en una conversación abierta, donde se usa como apoyo una **guía de entrevista**, con la intención de que la persona transmita verbalmente todo el cúmulo de experiencias sobre un evento o fenómeno.

La guía de entrevista⁴² se conformó de un listado de tópicos que guiaron la conversación con el cuidador familiar cubriendo las siguientes condiciones:

- Cada cuestión que se expresa forma parte del objeto de estudio y permite darle forma y contenido.
- Permite ampliar y profundizar la comunicación.
- Contribuir a la visión, juicios y relevancias respecto a los hechos y relaciones que componen el objeto de estudio.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un ambiente de confianza y de respeto por parte del investigador, con una postura neutral evitando manifestar verbal o corporalmente un juicio de valor, las entrevistas fueron llevadas a cabo en su totalidad por el investigador. Se realizaron de dos a tres entrevistas a cinco de los participantes y al último solo una, cada entrevista tuvo una duración entre 35 minutos y hasta 150 minutos. En su mayoría fueron realizadas en la casa de los participantes, dos de ellas quisieron que fuera en el lugar donde tomaban su clase

y en una ocasión se realizó la entrevista en la papelería del informante. Se realizaron en la fecha y horario que la persona adulta mayor consideró pertinente, se grabaron todas las entrevistas con el fin de captar toda la experiencia que la persona expresó en relación al fenómeno de estudio. Se entrevistaron a los participantes de abril a septiembre de 2018.

5.7 Análisis de los datos

El proceso de análisis se realizó bajo la perspectiva de De Souza Minayo, eligiendo el análisis temático⁴³. El análisis temático conlleva una serie de relaciones y pueden estar gráficamente presentes a través de una palabra, resumen o frase. Permitiendo descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado. Operacionalmente es realizado en tres etapas.

Etapa de pre-análisis

De Souza, refiere que consiste en la elección de los documentos a analizar, retomando la hipótesis inicial y los objetivos de la investigación. Se puede descomponer en las siguientes tareas:

- Lectura fluctuante: contacto directo e intenso con el material de campo, dejándose impregnar por su contenido. Esclareciendo un caos inicial.
- Constitución del corpus: universo estudiado en su totalidad, respondiendo: exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia.
- Formulación y reformulación de hipótesis y objetivos: consiste en retomar la parte exploratoria teniendo como referencia la lectura exhaustiva del material y las interrogantes iniciales.

Para la investigación, los documentos elegidos para el análisis fueron las grabaciones de audio y sus transcripciones. Se realizó un contacto directo con el material de análisis, es decir, se escucharon repetidas veces las grabaciones, producto de las entrevistas realizadas a las personas cuidadores de AM y fueron

transcritas de manera literal⁴⁴. Se leyeron de tres a cuatro veces las transcripciones, para impregnarse de los discursos, esclareciendo y haciendo más comprensible identificar elementos de la experiencia (la relación consigo mismo y con los demás) en su contenido. Se leía una y otra vez, el objetivo de la investigación para guiar el sentido del análisis, lo cual permitió delimitar la separación de cada uno de los párrafos en temas relacionados al objetivo.

Los párrafos fueron ordenados en una tabla para poder leer el texto y asignarle un número de párrafo para su identificación, así como una palabra clave derivada del significado del texto de cada párrafo. Se realizó una limpieza de las entrevistas sin que éstas perdieran su esencia y contexto de las experiencias, la cual consistió en la eliminación de muletillas y en dar el mismo formato (margen, mismo tipo y número de letra) a todas las entrevistas para hacer más fácil su lectura.

Después de tener los datos ordenados y bajo el mismo formato, se hizo la lectura nuevamente de las entrevistas y cuestionó cada uno de los párrafos con la pregunta: ¿qué me quiere decir el AM cuidador?, logrando así identificar palabras o frases que fueran significativas de la información brindada, sin perder el objetivo de la investigación.

Después de identificar las palabras significativas de toda la entrevista; se realizó la concentración de cada una de ellas, en un cuadro de frecuencias, visualizando cuales de las palabras clave contiene una mayor presencia en las experiencias de la persona AM. De acuerdo con Thomas⁴⁵ el valor del análisis inductivo de este proceso en la investigación cualitativa es permitir que los temas dominantes, frecuentes y significativos emerjan de los datos brutos.

Exploración del material

Consiste en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. Por lo que, en esta etapa, se buscó encontrar categorías como expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido de los discursos se organizó.

Para la investigación en esta etapa se realizó la identificación de las etiquetas que se presentaron con mayor frecuencia y también las de relevancia para el fenómeno de investigación, lo que permitió identificar elementos significativos de la experiencia del cuidado de sí, a partir del cuidado del AM. Posteriormente, se realizó una agrupación y reagrupación de acuerdo a la relación entre las palabras clave dando origen a las categorías y subcategorías preliminares.

Tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación

Se realizó un cuadro donde se concentraron los discursos de las personas AM cuidadoras que dieron crédito a las categorías y subcategorías que se encontraron, relacionándolas con la perspectiva teórica de M. Foucault, a partir de la cual se realizaron nuevamente ajustes. Una vez definidas las categorías y subcategorías finales se procedieron a describir las experiencias del cuidador familiar a partir de los discursos seleccionados. Posteriormente se cuestionaron los resultados con los resultados de otros estudios para elaborar la discusión y finalmente realizar las conclusiones.

5.8 Criterios de rigor metodológico

Credibilidad⁴⁶

Se cumplió a través de la reflexividad del investigador, la cual es considerada a partir de que el investigador hace conciencia de su propia persona, sus condiciones sociales y políticas⁴⁷. La cual refleja su postura, la cual quedó escrita en un diario de campo, en el cual se incluyeron las observaciones, descripciones e interpretaciones presentes durante el curso de la investigación, en especial en la recolección de los datos.

Confirmabilidad

Se llevó a cabo a través de las participantes, con quienes se acudió para que validaron sus testimonios plasmados en la transcripción de su entrevista, es decir,

si la transcripción correspondía a lo que realmente dijeron, y no lo que el investigador quiso encontrar.

Auditabilidad

Para cumplir con este criterio, se realizó una descripción clara y transparente del proceso de investigación, se cuenta con el material en físico de las grabaciones, las transcripciones y las notas de campo donde se pueden corroborar cada uno de los datos plasmados en la investigación. Así como también la reflexividad en cada uno de los momentos de la investigación, que están plasmados en un diario personal del investigador.

Transferibilidad

En este criterio se toma a consideración si los hallazgos se pueden aplicar a otros contextos, entornos o grupos. Por lo que, para cumplirlo se realizaron descripciones densas y minuciosas del fenómeno observado y de su contexto. Se presenta, la descripción de las características de la comunidad donde se desenvuelven las personas mayores, su situación sociodemográfica, la cultura que comparten las personas de la comunidad, las condiciones físicas y económicas que le permiten desarrollarse de manera personal y social. Con esto se pretende que el lector conciba una idea lo más exacta y fiel de la realidad que se describe e interpreta.

Triangulación^{48,49}.

El uso de la triangulación es una estrategia para poner a prueba la validez de la investigación, a través de la convergencia de información procedente de diferentes fuentes de conocimiento.

Para realizar la triangulación, en primer lugar, se hizo uso de diferentes métodos de recolección de datos que aportaron datos del mismo fenómeno de estudio. Se realizaron entrevistas a profundidad, la observación del contexto y notas de campo con cada uno de los cuidadores Adultos Mayores. El proceso de análisis se apoyó de dos expertos en el área del cuidado del adulto mayor, quienes proporcionaron observaciones y conclusiones del proceso de análisis de la información obtenida,

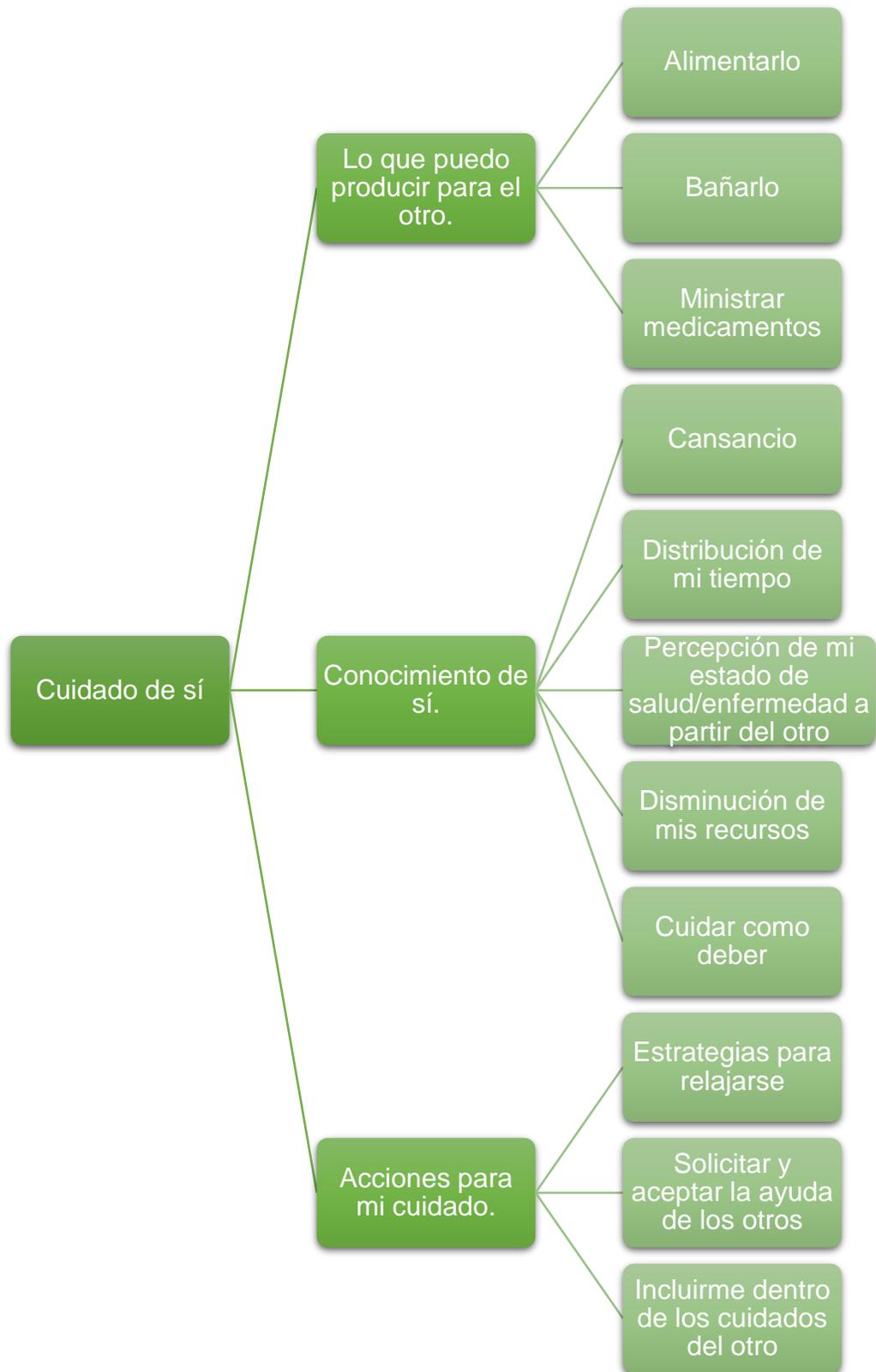
Esto permitió, el análisis del fenómeno de estudio, así como de los resultados desde perspectivas diferentes ampliando la visión del fenómeno de estudio.

5.9 Consideraciones éticas

Los principios que se cumplieron fueron el de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia que se describen de acuerdo a la Declaración de Helsinki^{50,51}:

- Para el principio de **autonomía**, los participantes firmaron el consentimiento informado, para lo que se les ofreció la información suficiente para tomar una decisión razonada y libre acerca de su participación o no en la investigación.
- Para el principio de **no maleficencia**, toda vez que el Adulto Mayor por alguna situación emergieron episodios de tristeza y depresión al expresar sus experiencias, el investigador decidió no seguir con la entrevista y proporcionar el apoyo psicológico necesario, logrando así no dañar al cuidador familiar.
- Para el principio de **beneficencia** se acudió con los cuidadores familiares a su domicilio, para brindarles sesiones educativas que se consideraron necesarias para orientarlos acerca de su cuidado. Esto una vez que se habían terminado de recolectar la información requerida por el investigador, en promedio después de la tercera entrevista.
- Para el principio de **justicia**, que exige el derecho a la privacidad, anonimato y confidencialidad, se tomaron las siguientes consideraciones: a) la confidencialidad y el anonimato de los participantes en la investigación se consideró al asignar a las personas un pseudónimo integrado por algunas letras de su nombre y apellidos y b) todos los datos son confidenciales y fueron almacenados en un sitio con acceso solamente para el investigador y la directora de la tesis. Ver Anexo 3.

VI. HALLAZGOS



La edad de los seis participantes, se encuentra entre 70 y 73 años, cinco son mujeres y un hombre. El parentesco más común fue el de hija, solo una, era esposa y uno, hermano. Los cuidador@s se dedicaban al hogar, sin embargo tres de ellos atendían un negocio en el domicilio donde realizaban el cuidado de la persona dependiente o cerca del mismo. Cuatro personas contaban con seguridad social mientras dos asistían al sistema de salud público (seguro popular); tres de l@s cuidador@s eran pensionados. La mitad padecían alguna enfermedad mientras que la otra mitad no. Los seis participantes se nombraron con los seudonimos: ViB-1, CeM-2, LiA-3, MaM-4, AmM-5, y SoP-6. Ver Anexo 4.

El Sr ViB-1, de 70 años, cuida a su hermano de 90 años y hermana de 80 años, para lo que cuenta con el apoyo de su sobrino de 54 años, es Arquitecto y trabaja en Telmex, es divorciado y tiene tres hijos solteros-estudiantes. Además, cuenta con el apoyo de su sobrina de 50 años, trabaja como secretaria en Sector Salud, es madre soltera y tiene una hija.

CeM-2 de 63 años, hija única, se hace cargo de los cuidados de dos AMs, una de 84 y la otra de 81 años, su mamá y su tía soltera.

LiA-3, de 62 años tiene tres hijos que apoyan al cuidado del AM dependiente. Los dos hijos mayores trabajan por lo que apoyan parcialmente, la persona que más se encuentra en el domicilio y apoya en el cuidado es el hijo menor, quien padece hipoacusia.

MaM-4, de 64 años junto con tres de sus hermanas cuidan a la adulta mayor. Entre las cuatro hermanas se distribuyen las actividades para cuidar a su mamá, a tres de ellas, les corresponde brindar el cuidado dos días a la semana, mientras que una, solo un día ya que se encarga de proveer los dulces y mercancía de un puesto de dulces del cual es dueña la AM a la que le brindan el cuidado.

AmM-5, de 73 años de edad, en su rol de esposa asume el cuidado del esposo. Ocasionalmente algunos de sus 7 hijos la apoyan a bañar al padre, siendo este el único apoyo, que recibe por la familia.

SoP-6, de 63 años de edad se apoya para brindar el cuidado, de sus hijos, y de un hermano quien también es mayor de 60 años.

Después de analizar la información emergieron tres categorías 1) Lo que puedo producir para el otro, 2) Conocimiento de sí, y 3) Acciones para mi cuidado.

1. Categoría: Lo que puedo producir para el otro.

La capacidad que el cuidador tiene para transformar, manipular y producir cosas permite obtener **un saber sobre sí mismo**, sobre lo que puede o no producir, en el caso de estos sujetos lo primordial **que producen** es el **cuidado para el otro**. Cuidar al otro es producir una serie de actividades generadas para el bienestar del AM dependiente, para apoyarlo en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como: alimentar, bañar y ministrar sus medicamentos al AM dependiente.

1.1 Alimentación.

La alimentación es un proceso voluntario y consciente en el que se lleva los alimentos a la cavidad oral para masticarlos, y saborearlos introduciéndolos al tubo digestivo para su absorción y eliminación⁵². Estos alimentos contienen diferentes nutrientes que son transformados por el organismo en energía y elementos necesarios para una buena nutrición⁵³.

Sin embargo, en este grupo de personas existen cambios anatomofisiológicos en los diferentes aparatos y sistemas, así como la presencia de múltiples enfermedades⁵², que deben ser tomadas en cuenta por el cuidador para **producir cuidados** para el AM dependiente **la alimentación adecuada y variada** como lo mencionan en los siguientes discursos:

*... tengo que **hacer milagros** para el desayuno, en la mañana les doy su leche, su yogurt o gelatina, pero **les voy variando**, les tengo que dar jugo de betabel con apio, jugo de naranja con betabel y apio molido en la licuadora diario ... tengo que **ir variando** su alimentación ... la comida es otro punto que les tengo que dar diferente dependiendo... tengo que andar **corriendo** para su merienda ... (ViB)*

ViB, al asumir el rol de cuidador desconoce cómo alimentar a un adulto mayor debido a **que es hombre, debido a que en su rol anterior como proveedor no estaba** involucrado en la preparación de la comida, por lo que ahora refiere “hacer milagros” **evidenciando no tener los conocimientos** y experiencia para preparar y brindar una **alimentación variada y acorde a las enfermedades que presenta el AM.**

Para el cuidador, brindar la comida al adulto mayor dependiente se realiza con frecuencia **como una prioridad y obligación** como se evidencia:

*... les doy de desayunar ... y me voy a traer para la comida. Entonces hago la comida y como a las 3:00 estamos comiendo. El día que me voy al doctor, que me toca la consulta de mi tía, ella [mi prima] se viene para acá [a mi casa], **hago la comida un día antes**, ya nada más les calienta y les da ... (CeM)*

CeM **prepara los alimentos durante todo el día**, refiriendo que al terminar de desayunar continua con las actividades como ir por el mandado para hacer la comida que les da a sus familiares AM dependientes. **Dicha responsabilidad la asume siempre**, ya que aun cuando acompaña a la consulta de la AM debe preparar la comida un día antes, como una estrategia para cumplir con la obligación de satisfacer la necesidad de alimentación.

Otra estrategia para cumplir con la responsabilidad de alimentar al AM, **es trasladarlo** de un lugar a otro para facilitar satisfacer esta necesidad:

... vengo por ella [AM dependiente] y me la llevo a comer, y se queda hasta la noche, ya la traemos y la acostamos. (LiA)

LiA prepara la comida para su mamá AM, es una rutina llevarla de su habitación hacia su casa de LiA para que coma y se quede en su casa toda la tarde hasta llegar la noche cuando la regresa a la AM a su casa únicamente para que duerma. En el caso de **SoP** inició cuidando a su mamá en su domicilio por lo que tenía que hacer la comida tanto para su mamá como para sus hermanos y a la vez para su esposo e hijos, por lo que, para facilitar y disminuir el trabajo que esto implicaba, decidió **también llevársela a su casa**, así solo prepara los alimento para su familia y su mamá. Dicha responsabilidad es una actividad que le causa preocupación y procura que esté lista para la AM dependiente y los miembros de la familia:

*... yo hacía comida para todos, ahora no, ahora este ya nada más es para nosotros, **yo voy con mi mamá y ya me la traigo para acá...** ¡híjole!, a mi lo que me apura es la comida, la comida porque llega tu papá, llegamos nosotros ¡tenemos que comer ¿no?, y mi mamá también! (SoP)*

Como en el caso anterior, la cuidadora no solo asume la responsabilidad de preparar la comida para el adulto mayor dependiente, también la debe realizar para el resto de la familia en su rol como hija, pero a la vez como esposa como es el caso de MaM, que prepara el desayuno a su mamá, al terminar baja para ir a hacer la comida tanto para su mamá como para su familia y vuelve a subir por su mamá para bajar juntas al domicilio de MaM para comer juntas:

voy con mi mamá, le preparo su desayuno, le paso a dar leche con pan, a veces quiere un taco, a veces no quiere, le digo a mi mamá ¡bueno ya me voy hacer la comida! ... (MaM)

Con el tiempo y la experiencia que adquieren al frente de su responsabilidad como cuidadoras encuentran estrategias como es cocinar comida suficiente para dos días para disminuir la carga de trabajo en relación a la satisfacción de la alimentación como lo refiere AmM:

*... tengo que darle ahora sí que los tres alimentos... estamos los dos solos, hay veces que hago de comer, a veces me sobra y pues no hago de comer y lo que hay comemos. Siempre andaba **movida haciendo de comer** y*

ahorita ya me la llevo más relajado.... le doy de comer, dando de desayunar y de comer ¡yo ya acabé!... (AmM)

AmM siente que producir y brindar los alimentos a su esposo son una actividad importante en el cuidar ya que al hacerlo considera que **ha cumplido gran parte** de su responsabilidad del cuidado hacia el otro.

1.2 Baño.

La higiene personal requiere de una serie de acciones que tienen como fin mantener la integridad de la piel; entre estas actividades se encuentra el baño, el cambio de ropa y el arreglo del cabello⁵⁴. El nivel de capacidad funcional que tenga la persona mayor es importante para realizar dichas acciones, ya que permite moverse para realizarlas, al perder o disminuir esta capacidad se dificulta o impide mantener por cuenta propia la integridad de la piel⁵⁴. Por lo tanto, requiere de ayuda de su cuidadora, quien apoya en la satisfacción de la necesidad.

Los cuidadores refieren realizar esta actividad cada tercer día, siendo evidente en los siguientes discursos:

*... **la baño cada tercer día**, generalmente la baño el martes y viernes **en la tarde...** (MaM)*

Sin embargo, ViB menciona que baña a sus hermanos cada tres días, pero, el ser hombre y cuidar a una mujer, le dificulta llevar a cabo esta actividad, por lo que se solicita apoyo de sus hijas o sobrinas para producirlo:

*... **cada 3 días a mi hermano lo tengo que bañar**, le da miedo meterse al baño porque se vaya a caer [AM dependiente], entonces lo meto, lo siento en una silla, le abro a la regadera y **entre los dos**. Y **a mi hermana también la vienen a bañar mis sobrinas o mis hijas**, ahí está compartido el trabajo y el cuidado, **por ser dama o mujer...** (ViB)*

ViB, baña a su hermano ya que por la pérdida de movilidad requiere de asistencia, mientras que para bañar a su hermana solicita apoyo a sus familiares mujeres ya

que por la diferencia de género considera prudente no realizarlo él mismo, considerando que comparte la responsabilidad del baño con sus sobrinas e hijas. Los cuidadores además de producir la higiene del otro a través del baño, también lo realizan a través de actividades como la lubricación de la piel, de vestir y peinar como lo hace CeM:

*... yo **las baño cada tercer día, les hecho su crema** porque como ya están grandes por la **resequedad de la piel**, a mi mamá **la peino**, le pongo sus medias, las visto.... (CeM)*

CeM observa que hay cambios en la piel de las AM dependientes debido a su edad y por ello es necesario lubricar la piel, Reyes⁵⁴ menciona la falta de lubricación natural en el anciano hace que la piel presente las siguientes características: piel seca, escamosa y prurito frecuentemente en la parte distal de las piernas, manos, antebrazos, pliegues cutáneos, en la región anal y genital. Si no se lubrica la piel se puede presentar prurito y sequedad desencadenando una dermatitis, por ello se recomienda lubricar por lo menos una vez al día y después del baño debido a que la piel está húmeda, los poros están abiertos lo que permite una mayor absorción.

Una caída frecuentemente ocasiona la pérdida o disminución de la capacidad funcional del AM, limitándolo para realizar de manera independiente el baño, haciendo evidente la necesidad de producir el cuidado con apoyo del otro, es decir, la cuidadora como el caso de LiA:

*... se cayó y desde ahí, **la tenemos** que ver más, ahorita ya **la auxiliamos hasta en bañarse**. Ya solita no se baña, la tiene uno que cuidar, la lleva uno al baño. (LiA)*

LiA inicia a producir esta actividad a partir de que la AM dependiente sufre una caída y se desplaza el fémur causándole la pérdida de la movilidad, iniciando con los cuidados de manera permanente como el baño y apoyo para ir al sanitario:

*... **lo tengo que bañar**... de que se cayó tendrá como unos 5 años y hace **3 años ya casi diario lo baño**... estoy cansada...(AmM)*

AmM cuida a su esposo quien al perder su capacidad funcional después de sufrir una caída hace 5 años y además presentar incontinencia urinaria, es necesario bañarlo muy frecuentemente, además de cambiar y lavar la ropa de cama del AM dependiente con frecuencia, lo que provoca cansancio en el cuidador.

1.3 Ministran medicamentos.

El cuidar del otro implica ministrar los medicamentos ya que junto con el proceso de envejecimiento se presentan enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer, diabetes, etc.) una o más al mismo tiempo requiriendo el uso de medicamentos para el mantenimiento de la salud⁵⁵. Por lo tanto, al disminuir la capacidad funcional es necesario que una persona proporcione sus medicamentos al AM dependiente para controlar la enfermedad, siendo esta una actividad constante al cuidar del otro.

El cuidador, también se encarga del control de la enfermedad del AM por lo que se hace evidente la producción del cuidado en relación a estar pendiente tanto, que tenga los medicamentos como vigilarlo por si requiere algún otro cuidado como lo refieren:

*... **estoy al pendiente de sus medicamentos** tanto de mi hermano como de mi hermana. (ViB).*

*... **me toca darle su medicamento, estar vigilándolo...** (AmM)*

ViB se encarga de brindarle a sus hermanos los medicamentos que requieren debido a que su hermano presenta hipertensión, mientras que su hermana tiene fractura de fémur. **AmM** debe darle sus medicamentos a su esposo que padece diabetes mellitus quien a partir de una caída perdió su capacidad funcional, además debe estar pendiente de él.

Las cuidadoras de personas con enfermedades que requieren de un tratamiento farmacológico continuo, por lo tanto, al estar varios años en este rol, se puede observar que desarrollan conocimientos de los cuidados del tratamiento

farmacológico como nombre del medicamento, la dosis, temporalidad del tratamiento, etc., como se muestra en el siguiente discurso:

*Estaba [AM dependiente] con **la morfina**, es el medicamento que **le calma el dolor** porque tiene el dolor, pero con el medicamento se le calma el dolor, son **tres morfina diarias de 30 g**, son 90 g que diario se toma, desde que me jubile para acá... **mi mamá toma la aspirina protec una diaria, el higo-ton y angiotrofin** eso lo que toma **y mi tía la morfina, gabapentina, omeprazol** y esos son los que toma... (CeM)*

CeM cuida su madre y su tía quienes están bajo tratamiento médico debido a sus enfermedades, una de ellas tiene cáncer y otra desgaste de cartílago en rodillas, por lo que, refiere de manera más explícita los medicamentos que deben tomar cada una de ellas y para qué son algunos de los medicamentos en especial, el que le disminuye el dolor a su tía debido a la metástasis en huesos.

2. Categoría: Conocimiento de sí.

El conocimiento de sí, de reglas y principios que son consideradas como verdades por la persona permiten adquirir un modo de ser e identidad que le permiten moderar sus fuerzas para autodenominarse ante el contexto de ser responsable del cuidado del otro. Por lo tanto, el conocimiento de sí que tiene el AM cuidador es: cansancio, necesidad de distribución de mi tiempo, percepción de mi estado de salud/enfermedad a partir del otro, disminución de mis recursos y cuidar como deber.

2.1 Cansancio.

A partir de las actividades que produce el AM cuidador dirigidas al cuidado del otro percibe cansancio físico y mental, lo que le brinda un conocimiento de sí mismo a

partir de este rol. El cansancio del rol de cuidador definido por Carpenito es “estado en el cual un individuo experimenta una carga física, emocional, social y/o financiera en el proceso de brindar cuidado a otro”⁵⁶.

Los participantes refieren el cansancio que les genera el cuidar del otro, al realizar cosas a prisa, realizar muchas actividades, etc., como lo mencionan los siguientes discursos:

*... de lo mismo que **me estoy apurando, me canso y siento un pequeño ardor como dolor, pero me siento, y se me quita, entonces eso ha de ser, yo digo “cansancio” ... (CeM)***

CeM cuida a dos adultas mayores por lo que tiene que realizar de forma rápida todos los cuidados para ambas, lo que le genera cansancio, provocándole dolor, refiriendo que el dolor es crónico y en el brazo izquierdo.

*... apenas me da tiempo de venir [realizar las actividades de su cotidiano], porque si **termino cansado con lo de mi tienda y mis hermanos, ¡si me canso ya!** Y tengo que estar un ratito con ellos... (ViB)*

ViB es una persona que se hace cargo del cuidado de sus dos hermanos adultos mayores y además tiene una tienda propia en el domicilio de los hermanos con la que se apoya económicamente; ya que es jubilado y sus hermanos fueron solteros; la mujer se dedicó al hogar mientras el hermano fue campesino, por lo que cuentan solo con la pensión que otorga el gobierno a los adultos mayores. Los AM dependientes viven en el mismo domicilio mientras que el cuidador habita a unos diez minutos de distancia. El desempeño de su rol como cuidador y responsable de la tienda restringe su tiempo para hacer otras actividades y causándole cansancio físico, encontrándose sin opción al referir tener que estar con ellos, ya que considera ser el único que se encuentra con la capacidad física para cuidarlos ya que sus demás hermanos están enfermos y presentan dependencia imposibilitándose para asumir el rol de cuidadores.

Los cuidadores identifican entre las acciones para cuidar al otro las que les provocan más cansancio, como en caso de AmM:

... me acaba bañarlo [AM dependiente], el día que me toca ¡hay ya ni quisiera levantarlo y salirme! ¡no saber nada!... (AmM)

AmM refiere que de las actividades que le causan mucho cansancio se encuentran el baño. Dicha actividad requiere un gran esfuerzo físico, que por ser adulto mayor es difícil realizar, pues ya no tiene la vitalidad y la fuerza necesaria para mover al AM, quien presenta incontinencia urinaria por lo que es necesario cambiar toda la ropa de cama y bañarlo diariamente. Es entonces que la cuidadora una vez finalizando esta actividad percibe cansancio de una forma que disminuye su vitalidad para continuar con las demás actividades, por lo que desea ya no realizarlo y ocupar esa energía en alguna otra actividad.

El cuidador puede cansarse de realizar muchas actividades al cuidar a una o más personas dependientes, sin embargo, también estar sentada acompañando al AM causa cansancio como se muestra a continuación:

Quedo cansada porque nada más estoy sentada con ella [AM], le digo a mi hija ¡lo que quiero es estirar los pies!, le digo - ¡déjame tu timbre de tu paletería, para que si quiera en ratitos que tocan me paro corriendo!, le dice al AM - ¡espérame mamacita ahorita vengo!, y ahí voy y vengo, sólo así, porque ahora sí que como ya no trabajo, ya nada más estoy aquí, pues si ya nada más estoy metida con mi mamá. (LiA)

La cuidadora LiA, refiere que estar tiempo prolongado sentada en una misma posición con la AM, también le genera cansancio y un ambiente de estrés, ya que tiene que estar pendiente de lo que en ese momento requiera. Aunado a ello la falta de una actividad laboral le limita la variedad de cosas que podría realizar quedándole como única opción estar en su domicilio pendiente de su mamá adulta mayor.

2.2 Distribución de mi tiempo.

El cuidador informal suele ser caracterizado por restar su vida cotidiana la posibilidad de realizar actividades de su interés, en ocasiones, el proporcionar cuidado a otro simplemente se suma al rol de ama de casa, lo cual ocasiona que la mayor parte de su tiempo este en su casa y que dedique su tiempo al cuidado del otro; no tienen un horario fijo que limite el rol de cuidar, disminuyendo así el tiempo para el cuidado de sí mismo⁵⁷. La ocupación de la mayor parte de su tiempo es un elemento que hace consciente la persona AM cuidadora, obteniendo de ello un conocimiento sobre la necesidad de la distribución del tiempo en su cotidiano tanto para el cuidado de sí, como para el cuidado del otro.

El tiempo que los cuidadores destinan al cuidado de su salud a través de una consulta médica es determinada en función del tiempo que requieren para el cuidado del otro como se refleja en los siguientes discursos:

... corro al médico de similares... es el que tenemos a la mano, porque no puedo tardarme mucho tiempo... yo no me puedo enfermar, yo no puedo caer en cama, en ese aspecto me tengo que cuidar...no tengo ni permiso de enfermarme, me tengo que cuidar... (LiA)

LiA busca una consulta médica en un consultorio de "Similares", pues se encuentra muy cerca de su domicilio permitiéndole invertir menos tiempo y así estar al pendiente de los cuidados requeridos por su mamá, percibiendo no tiene permiso de enfermarse implicándole estar tiempo metida en su cama por ello debe cuidarse, en especial cuando son las horas del desayuno o comida, ya que el AM no quiere comer si LiA no está con ella, aun cuando alguno de sus nietos le sirva. Así mismo, LiA busca atender su salud en lugares donde sean de fácil acceso y los tiempos de espera no sean tan prolongados para no dejar por mucho tiempo su rol, sin embargo, los servicios públicos como los centros de salud de la ciudad no facilitan esta condición en el cuidador, como lo menciona AmM:

...vengo al centro de salud a consulta, aunque es una lata para ir...pues uno se demora y a veces no alcanzo ficha ... (AmM)

La cuidadora manifiesta que es muy tedioso ir al centro de salud en busca de una consulta médica, ya que le implica levantarse de madrugada, esperar y en ocasiones le dicen que ya no hay ficha, lo cual le significa una pérdida de tiempo, para cumplir con el cuidado del otro, ya que la mayor carga de actividades las realiza en la mañana.

Los cuidadores, también buscan distribuir su tiempo para dedicar a actividades como bordar o convivencia con amigos como en el caso de SoP:

... son unas horas nada más que dedico a mi clase de bordado, precisamente porque sé que tengo que cuidar a mi mamá ... procuro que sea en la mañana, porque sé que en la mañana mi hermano la cuida, entonces tengo ese tiempo para hacer mis cosas.....simplemente las amigas que ¡vamos a tomar un café!, respondo ¡híjole, es que no puedo por mi mamá!, o saben si, pero de tales horas en adelante... (SoP)

SoP limita su tiempo a solo unas horas por las mañanas para hacer actividades de distracción como asistir a sus clases de bordado; mientras que para salir a tomar el café con sus amigas considera poder hacerlo después de cierta hora por las noches cuando regresa a su mamá a su domicilio y ya su mamá queda al cuidado de un hermano.

En el caso de ViB al asistir a su consulta médica debido a su enfermedad, emplea tiempo para asistir a pláticas que imparten en la misma clínica no solo para aprender sobre su salud, sino que las considera para convivir con otras personas:

...como soy diabético normalmente tengo que ir cada mes a consulta médica ... y hay pláticas de nutrición, de tu cuidado, tu aseo, porque luego se hacen úlceras, ¡ah pues voy! me sirve de distracción porque es otra forma de convivir (ViB)

El cuidador varón al acudir a sus consultas mensuales para el control de la diabetes aprovecha ***el tiempo tanto para acudir a las pláticas de su interés y la vez como una manera de interactuar con otras personas*** y distraerse.

2.3 Percepción de mi estado de salud/enfermedad a partir del otro.

La percepción es un proceso cognitivo donde la primera impresión o juicio de un objeto o hecho se constituye de las sensaciones externas que recoge el organismo⁵⁸. por lo tanto, al estar al cuidado de un adulto mayor dependiente, el cuidador puede emitir una impresión de sí, ya que, la percepción de las condiciones de la salud o enfermedad de la persona que cuida brindan un conocimiento de sí misma al cuidador, que pueden considerar como un reflejo su estado de salud o enfermedad en sí mismos.

El estado de salud/enfermedad del AM influye en el cuidado o no del cuidador, ya que piensa, la persona mayor, que como visualiza a su familiar así podría ser su futuro, como lo refieren los siguientes discursos:

*yo **pienso que herede a mi mamá**, pues casi no me enfermo... ella **es muy difícil que se enferme de algo...** (LiA)*

*... **me dice el doctor justed lleva de herencia la artritis de su mamá**, ...a veces me duelen mucho las manos, me duelen mis codos, me duelen los brazos de atrás, todo me duele... (CeM).*

*...yo **me cuido** ahorita, ya que **dependemos [ella y sus hermanos] nosotros de una persona diabética...** (SoP)*

LiA manifiesta que su madre ha sido una persona que casi no se ha enfermado a sus 84 años, por ello la AM cuidadora percibe que heredo la salud de su madre por

lo que ella no se enferma sucede lo mismo con CeM, que refiere que sufre de artritis debido a que lo heredó de su mamá.

Tanto Lia como CeM piensan que heredaron la salud o la enfermedad de sus padres a quienes cuidan, dicha situación puede determinar que no se cuiden o si como lo manifiesta SoP, que menciona que su padre fue diabético y en los últimos nueve años de vida sufrió de las complicaciones de dicha enfermedad, por esa razón y la edad avanzada, ella y sus hermanos tienen un riesgo de padecer diabetes, motivo por el cual asiste a sus consultas periódicas al IMSS, procura su alimentación y medirse en el consumo de alimentos.

2.4 Disminución de mis recursos.

Durante la etapa de vejez las personas experimentan la pérdida de la actividad laboral, pasando a persona trabajadora a jubilado, por lo tanto, hay la pérdida de estatus y poder económico⁵⁹, que se acentúa al destinar recursos para el cuidado del otro como lo hace evidente el siguiente discurso:

...pero que voy hacer tengo que verlas a mi mamá y a mi tía, pero yo que este del todo bien, no, no porque me duelen mucho mis brazos y se me hinchaban mucho mis pies ... acudí a un médico homeópata como tres meses y diario eran \$100, y dije ¡no mamá, yo no puedo! ¡tengo que comprarle primero a ella su medicamento!, gracias a Dios nos apoyan, con sus ayudas que les dan a ellas; porque le dan lo de la despensa, lo de la tarjeta de 70 y más y pues mi pensión, pero le digo ¡aun así mamá, no me alcanza! ... (CeM)

CeM es hija única, actualmente viuda, cuida a su mamá y a una tía soltera, ella cubre todos los gastos de la casa en la que habitan las tres. Por lo que solventar gastos del tratamiento de las dos AM y de ella, le resulta difícil por lo que suele darle preferencia a la compra de medicamentos de su tía o su mamá, ya que considera que las condiciones de salud de ellas son más graves que las suyas.

2.5 Cuidar como deber.

De acuerdo con Foucault³⁰ las tecnologías de poder determinan la conducta del cuidador en función de las relaciones de poder existentes entre el cuidador y el AM dependiente que determinan someterse a ciertos fines o dominación. Esta conducta adoptada entre ambos permite elegir las acciones de cuidado de sí del cuidador, anteponiendo su verdad ante la del otro o viceversa, como se identifica en los siguientes discursos:

... yo como la mujer, como la esposa, se puede decir así pues ahora sí que es mi obligación cuidar a mi esposo... (AmM)

me hago fuerte pues porque tengo que ver a mi mamá y mi tía... Dios me da fuerzas para seguir adelante porque yo se mi madre y mi tía me necesitan a mí ... (CeM)

En cuanto al primer discurso se asume que tradicionalmente o culturalmente por el vínculo de matrimonio la mujer al asumir su papel como esposa tiene la **obligación** de cuidar al AM dependiente; por lo tanto, no se puede negar o delegar la responsabilidad a otro. Mientras que la cuidadora CeM refiere la necesidad de hacerse fuerte para poder seguir cumpliendo su **deber** de cuidar a su madre y tía, además percibe que Dios le da la fuerza que necesita para poder seguir cumpliendo.

3. Categoría: Acciones para mi cuidado.

En el cuidado de sí el Adulto Mayor realiza acciones para su propio cuidado a partir de que existe un conocimiento de sí mismo; permitiéndoles obtener una actitud y una preocupación sobre lo que uno mismo quiere para sí. Por lo tanto, se podrán ejercer una serie de acciones para ocuparse de sí mismo, en el caso de los cuidadores se realizan estrategias para relajarse, se solicita y acepta ayuda para cuidar del otro; y se incluye en los cuidados del otro.

3.1 Estrategias para relajarse.

El cuidador busca espacios y actividades para poder disminuir el cansancio producido por cuidar al otro. El descanso es un estado de actividad mental y física reducida cuyo objetivo es la recuperación del organismo y brindarle a la persona una sensación de frescura y alivio, de estar rejuvenecido y preparado para continuar con sus actividades⁶⁰. Siendo esta una actividad que permite mitigar un poco este cansancio producido por la carga de actividades al cuidar al otro.

Los cuidadores buscan espacios que les brinden tranquilidad, relajación y tiempo para sí mismas como lo muestran los siguientes discursos:

*... nada más quiere que esté sentada con ella [AM], pero **me pongo a bordar**, o hacer otra cosa, porque **si se cansa uno de estar sin hacer nada** ... (LiA)*

*...**cuando asisto a mi clase de manualidades me relajo** un ratito porque me olvido de todo ... me gusta hacer cosas, me gusta bordar... (MaM)*

*¡me voy a costar un rato a ver la tv!, pero tengo que estar haciendo algo... tengo que **estar bordando**... me siento bien, **me relaja** ... [en la clase de bordado] ... **esta uno tranquila**, estamos platicando, se la lleva uno relajado (AmM)*

*... a mí me gustan mucho las manualidades, y sigo con **mis clases de bordado**, no es tanto la clase, sino para darme un tiempo, también para mí. (SoP)*

*... **le gustan a mi señora [Esposa] sus plantitas**, y veo que están secas, las hojas secas se las quito, **les hecho agua**, barro mi patio, y ya se lo dejo bonito... no diario, pero **los sábados y domingos tengo algo de tiempo y me sirve de terapia**, porque se me olvida completamente lo de la tienda, porque lo de mis hermanos no, **porque me concentro en lo que estoy haciendo** ...los domingos me acuesto, me duermo una hora y media, me gusta el futbol, prendo la tele y veo el juego, con eso me distraigo y ya se me olvida lo que tenía de presiones o algo. (ViB)*

En el caso de las mujeres la actividad más referida para descansar mentalmente fue el bordado, tres de ellas lo realizan en sus domicilios, pero también acuden a la casa de cultura de la población, donde además de realizar dicha actividad perciben también un beneficio de compartir y socializar con las demás personas que acuden, ya que una de ellas lo ve como un momento para sí. Las tres cuidadoras organizan sus tiempos para asistir a este espacio en función del momento en el que se disminuyen la carga de sus actividades o no está bajo su responsabilidad el cuidado del AM. Por lo que dos lo realizan en las tardes, que es cuando las actividades de cuidar disminuyen; y una acude en las mañanas cuando su hermano está al cuidado de su madre dándole el tiempo para asistir. La cuarta cuidadora solo puede bordar en el hogar, ya que el AM le demanda quedarse a su lado por tiempos prolongados

En el caso del varón cuidador realiza actividades de jardinería, también referida como el cuidado de las plantas o flores, está la realiza los sábados y domingos, para lo que es necesario de las 18:00 a las 21:00 contratar a una persona que se quede al cuidado de sus hermanos y atendiendo la tienda. Manifestando que al concentrarse en el cuidado de las flores o plantas y ver en la televisión el fútbol, se olvida de los problemas. En ambas actividades el cuidador encuentra un momento relajación, tranquilidad, descanso y ocuparse si, dándose un tiempo para sí mismo y dedicarlo a las actividades que más le gustan generando con ello hábitos de cuidado de sí, aunque no de manera consiente y tal vez porque es una forma de mantenerse ocupada y sentirse útiles. Del-Pino y col⁶¹ menciona que la satisfacción de las actividades de ocio produce efectos protectores ante la presencia de la percepción de sobrecarga subjetiva del cuidador independientemente del nivel de necesidad que tenga la persona que se cuida. Por ello es importante que los cuidadores puedan realizar este tipo de actividades en beneficio de su descanso y como medida de protección ante la sobrecarga subjetiva.

3.2 Solicitar y aceptar ayuda de los otros.

El cuidador debe organizar a la familia para distribuir el cuidado del AM dependiente entre todos sus miembros, así también las instituciones de salud y redes de apoyo

social como amigos, vecinos, etc., obteniendo de ello apoyo a través de recibir provisiones, expresivas o instrumentales que son respaldo y ayuda para el cuidador⁶². La falta de conocimientos sobre cómo realizar los cuidados al otro hace necesario solicitar ayuda observándose en los siguientes discursos:

*... metí una solicitud al centro de salud, y ya viene el **médico en tu casa** y me dio una hoja la nutrióloga de cómo hacerles su alimentación diario. Por medio de esa hoja que me dijeron por ejemplo el lunes nos toca calabazas hervidas con queso o con pollo, o a otro día pescado y pues ahí trae el instructivo de las calorías y así... (ViB)*

ViB al iniciar como cuidador de sus hermanos refiere incertidumbre por lo que solicita apoyo de los profesionales de la salud a través del programa “Médico en tu casa”, quienes lo asesoraron sobre la mejor alimentación para sus hermanos de acuerdo a sus necesidades, dándole una guía facilitándole día a día la elección de los alimentos.

La ayuda de los profesionales de la salud es importante ya que brinda conocimientos al cuidador, sin embargo, no solo se requiere del equipo de salud, sino también de la familia como menciona SoP y LiA:

***Mi mamá no me limita** en nada, más que nada **porque si no puedo** [alguna actividad de cuidar al AM], también **involucro a mis hijos para que me den un espacio a mí**, para no estar siempre así acelerada... ¡ahora si ya me voy a cuidar yo!, ya me tengo que dar un tiempo para mí y los hijos que también me han ayudado... (SoP)*

SoP al involucrar a sus hijos en las actividades de cuidar a su mamá procura tiempo y espacio para ella, para realizar actividades sin prisas, entre las que destaca cuidarse a sí misma. Mientras que LiA también procura tiempo y espacio para realizar las actividades que le gustan como trabajar en su papelería para sentirse mejor y gracias al apoyo de su familia puede llevarlo a cabo como se evidencia:

*... soy una mujer que le gusta trabajar, no me gusta estar mucho tiempo metida en mi casa, ahorita ya lo comprobé, porque como **hoy sábado aprovecho para venirme todo el día [a su papelería], están todos en la casa y hay quien acompañe a mi mamá; entonces aprovecho para desafanarme un poco más, porque en la semana nada más vengo [a su papelería] un rato en la mañana...** (LiA)*

LiA aprovecha que los fines de semana están todos para cuidar de su madre y pasar la mayor parte del día allá, ya que entre semana puede hacerlo menos tiempo ya que tiene que cuidar a su mamá.

3.3 Incluirme dentro de los cuidados del otro.

Los cuidadores en el contexto de los cuidados que brinda para cuidar del otro encuentra oportunidades para cuidar de sí, realizando algunas de las acciones en beneficio del otro y de sí mismos:

*A través de las instrucciones [que le brinda el nutriólogo del programa médico de la alimentación para los AM que cuida] ... **Yo cuido mi alimentación, me uní a ellos a lo que comen...**siento que en la alimentación es donde estoy bien, bajamos grasas, carbohidratos, tomo dos litros de agua diario... (ViB)*

*... Por mi salud me tengo que cuidar, no tomo, no fumo, pues **con mi mamá tenemos que comer sano** (LiA)*

La salud-enfermedad del AM dependiente y de su cuidador están íntimamente relacionados, como se manifiestan en los hallazgos; ya podemos observar que integran a su estilo de vida actividades de cuidado de sí, para también cuidar su salud física, reflejado en disminución de grasas, carbohidratos, consumir suficiente agua. Los cambios en la alimentación del adulto mayor cuidador a partir de instrucciones de los profesionales de la salud o de solidarizarse con las indicaciones, que perciben en beneficio de su salud, constituye una importante estrategia del cuidador para cuidar de sí mismos a partir de cuidar del otro.

VII. DISCUSIÓN

La presente investigación muestra que el promedio de edad de las cuidadoras es 65 años, lo cual coincide con lo encontrado por Martínez⁶³ al referir que más del 50% de las cuidadoras son mayores de 60 años, evidenciando la presencia cada vez más de personas adultas mayores al cuidado de personas con dependencia.

El perfil de la cuidadora identificado, es mujer, hija de la persona dependiente, y escolaridad básica, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones.^{63,64,65} En este sentido Salazar y colaboradores⁶⁶, señala que las mujeres cuidan por obligación. Mientras que Moral-Fernández y colaboradores⁶⁷ encontró lo contrario, ya que refiere que los principales motivos por los cuales, la mayoría de las cuidadoras asumieron su rol, son el cariño y pocos por obligación filial o conyugal.

Los resultados encontrados en la presente investigación evidencia las implicaciones **negativas** que tiene el cuidado del otro en el cuidador familiar, identificando como uno de los elementos importantes, el tiempo para su propio cuidado. La literatura señala, que el **exceso de tiempo que invierte el cuidador familiar en el cuidado del otro es una limitante para poder realizar actividades para cuidarse a sí mismos**³, así mismo Costa et al⁶⁸ señala, que los cuidadores refirieron tener dificultades para cuidarse por la falta de tiempo y la falta de apoyo para realizar los cuidados de la persona dependiente; resultados similares encontrados en la presente investigación, en la cual, el tiempo resultó ser determinante en el cuidado de sí, ya que en función de la disponibilidad de éste, el cuidador realizó pocas o nulas acciones dirigidas a su cuidado como asistir a consultas médicas, o actividades recreativas tales como; clases de bordado y reuniones con amistades, constituyendo así un factor determinante para su estado de salud o enfermedad.

Ribeiro y cols⁶⁹ encontraron que los cuidadores señalaron ser la única integrante de la familia **sin permiso a enfermar**, coincidiendo con uno de los hallazgos de la presente investigación donde el cuidador presentó una actitud de censura a sí mismo ya que se limitó mentalmente a padecer una enfermedad que

le implicaran **ocupar tiempo para su cuidado** y le imposibilitara desempeñar su rol como cuidador, refiriendo que no tiene permiso de enfermarse. Al respecto Martínez⁶³, encontró en su investigación que las mujeres cuidadoras de un familiar con enfermedades crónicas, pierden su identidad, ya que se enfocan solamente en el cumplimiento de su rol a tal grado de afectar su salud; ya que como menciona Costa et al⁶⁸ el cuidador se asume el cuidado del otro bajo la responsabilidad social debido a su parentesco lo cual contribuye a las situaciones antes mencionadas.

Por lo antes señalado, es evidente que, las actividades que realiza una persona en cumplimiento de su rol como cuidador, consumen mucho tiempo, por lo que constituye un elemento importante que el cuidador priorice para decidir qué actividad hacer

y cómo hacerla. Los discursos evidencian diferencias en la ocupación del tiempo entre mujeres y varones cuidadores. Las mujeres organizan priorizando las actividades en función del cumplimiento de su rol como cuidadoras, destinando poco o nada de tiempo para poder realizar actividades de distracción y de cuidado a su salud. Mientras que el cuidador hombre no, ya que busca asistir a diferentes actividades como una manera de ocupar ese tiempo para distraerse e interactuar con otros. En este sentido Moral-Fernández⁶⁷ identifica que las expectativas de los hombres sobre su rol de cuidador son diferentes, que las de las mujeres, ya que los hombres buscan la manera de participar menos de las actividades de cuidar como en la presente investigación.

Otro aspecto importante que señalar, son gastos que se derivan del cuidado del otro **para comprar lo necesario para su cuidado** como son los medicamentos sobre todo cuando la responsabilidad de cuidar es de dos adultos mayores y uno de ellos se encuentra grave, esto coincide con los resultados encontrados por Valbuena y Chaparro⁷⁰, que refieren que los cuidadores de personas que padecen cáncer estaba presente la preocupación por los recursos económicos.

Algunos aspectos positivos identificados, en relación a la producción de los alimentos para el cuidado del otro, en algunos casos reportó beneficios, ya que **los resultados de la presente investigación** muestran que los cuidadores se

solidarizan con la alimentación indicada al AM que cuidan, disminuyendo la ingesta de grasas, carbohidratos y aumentando la ingesta de agua diaria. Lo que coincide con lo reportado por **Pereira y cols**¹¹ que identificó que los cuidadores adoptaron estilos de vida saludable, ya que a partir de su rol como cuidadores hicieron modificaciones en su alimentación refiriendo comer verduras y realizar de tres a cuatro alimentos por día.

Las cuidadoras y el cuidador al ejercer su rol reconocen en sí mismos cansancio derivado de las diferentes actividades que les demanda, al respecto De La Cuesta-Benjumea⁷¹, refiere **que, el tiempo de descanso cambia al fungir como cuidador**, ya que depende del estado de salud de la persona cuidada por que entre más necesidades se requiera satisfacer a la persona dependiente, más tiempo demandará del cuidador, disminuyendo así su tiempo para descansar. En este mismo sentido Moral-Fernández y colaboradores⁶⁷ identifica que una de las consecuencias al asumir el rol de cuidador es la restricción de su tiempo, ya que este se destina al cuidado del otro haciendo evidente la necesidad del cuidador de descansar.

Resultados de la presente investigación evidencian, que de acuerdo a si es varón o mujer, quien desempeña el rol cuidador@ **realizan diferentes actividades y utilizan diferentes estrategias para tener tiempo para descansar**, tanto física como mentalmente. El hombre contrata a una persona que le apoye en el cuidado mientras que las mujeres solo ocupan el tiempo que les queda libre después de cumplir con su rol de cuidadoras. Esto coincide con De La Cuesta-Benjumea⁷¹, que encontró que el cuidador busca intencionalmente momentos de tranquilidad alejándose de la actividad de cuidado como una forma de descanso mental. Ribeiro y cols⁶⁷ refiere que las cuidadoras también buscaban el escape del entorno de cuidar. Sin embargo, siempre la prioridad fue el cumplimiento del rol, haciendo poco énfasis en la preocupación de sí mismo y por consecuencia poca acción para procurar su relajación.

A pesar de que el cuidado del otro tiene más implicaciones negativas para el cuidador familiar, también se identificaron algunos aspectos positivos.

VIII. CONCLUSIONES

La perspectiva teórica de Foucault permitió tener una visión más amplia de los elementos que intervienen en la toma de decisiones de los cuidadores para poder llevar a cabo acciones para su propio cuidado encontrando puntos de oportunidad para delinear algunas intervenciones de enfermería, así como aportaciones encaminadas a fomentar el cuidado de sí y prevenir el deterioro de su salud y bienestar de la cuidadora.

En relación, a las categorías que emergieron, se identificó que la cuidadora produce para el cuidado del otro, cuidados como la alimentación, el bañarlo, darle sus medicamentos, compañía etc., que al conocerse a sí mismo reconoce el cansancio que le genera, la inversión de gran parte de su tiempo para el cuidado del otro, la disminución de sus recursos económicos en función de satisfacer las necesidades de manera prioritaria para el cuidado del otro, el reflejo de su salud-enfermedad a partir de la situación del adulto mayor cuidado a veces como una influencia positiva pero también de manera negativa, así como que el cuidado lo brinda como un deber. Ante todo, esto, el cuidador y la cuidadora cuidan de sí, utilizando estrategias para relajarse, solicitan y aceptan ayuda de los otros para brindar el cuidado, sin embargo, de manera activa e intencional por parte del varón cuidador, ya que las mujeres cuidadoras siempre tienen como prioridad su responsabilidad de cuidar al otro. Es importante mencionar que el cuidador y la cuidadora a partir de cuidar al otro puede adherirse a estilos de vida saludable, ya que ve en el que cuida la posibilidad de enfermarse y entonces decide sumarse a la ingesta de una dieta como la indicada al adulto mayor que cuida.

Por lo antes descrito, se considera que algunos aspectos del cuidado del otro influyen de forma positiva o negativa, por lo que resulta importante que el profesional de enfermería identifique dichas situaciones para redirigir de manera positiva los aspectos negativos y con ello prevenir el deterioro de la salud del cuidador familiar. Se considera que se cumplió con el objetivo, derivando tanto aportaciones para la disciplina, la investigación, la docencia y las políticas públicas.

IX. APORTACIONES

Disciplina.

Es importante, que el profesional de enfermería considere como algo prioritario, el cuidado del cuidador, ya que en función de su salud o enfermedad será el cuidado que brinde al adulto mayor y por lo tanto su bienestar. Tomando en cuenta la relevancia que tiene el cuidador como persona y recurso para sobrellevar los cuidados brindados fuera de los centros hospitalarios, siendo esto en el contexto comunitario, lugar donde el profesional de enfermería puede identificar riesgos para este grupo etario y llevar a cabo intervenciones.

Para realizar intervenciones de enfermería, los profesionales deben conocer y tomar en cuenta como distribuye por el género, su tiempo el cuidador para su propio cuidado. Al mismo tiempo se debe motivar al cuidador a compartir los estilos de vida saludable indicados para la persona que cuida.

Investigación.

Realizar investigaciones dirigidas a conocer el significado que tiene para el varón cuidador que favorece el cuidado de sí, y poder emplearlo en beneficio de todos los cuidadores.

Docencia.

Es necesario que se incluya en los planes de estudio de enfermería tanto a nivel de teoría como en la práctica el cuidado del cuidador familiar del adulto mayor. Desarrollar habilidades en los profesionales de enfermería en el ámbito comunitario en cuanto a desarrollar habilidades de autocuidado en los cuidadores.

Políticas públicas.

Es necesario que, a través de políticas como: “médico en tu casa”, se amplíe la atención a la díada de cuidado-cuidador y no solo se centre en la persona con dependencia. Además, crear espacios para el cuidado del adulto mayor en estancias de día, ya que a través de esto se propiciará que el cuidar tenga tiempo para poder cuidar de sí mismo. Rodríguez-González y colaboradores⁶² refiere que es necesario el desarrollo de políticas y apoyo del sistema de salud hacia la familia de la persona dependiente, para que el cuidador pueda tener momentos de respiro y disminuir la carga de actividades a la que es sometida bajo su rol de cuidador. Pues, el cuidador familiar es un recurso valioso para los sistemas de salud en el cuidado del adulto mayor en su hogar.

Limitaciones del estudio.

En la presente investigación solo se contó con la participación de un hombre cuidador, por lo que se sugiere en próximas investigaciones contar con más hombres cuidadores, ya que se identificó, que hay diferencias en la forma de hacer uso y optimización de los recursos, en la adaptación al cuidado del AM dependiente para el cuidado de sí y del otro.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos de interés acerca del envejecimiento. [consultado 12 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. 2015 [consultado 5 de febrero de 2018]. Pp. 64-70. Disponible en: <http://bit.ly/2sgZZpt>
3. Gutiérrez LM, García C, Medina R, et al. Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Instituto Nacional de Geriátrica. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2iF2do3>
4. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez- Robledo LM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública de México [Internet]. 2013 [Consultado 12 de marzo de 2017]; 55 (2): 323-331. Disponible en: <http://bit.ly/2sos1n0>
5. Damián A. Seguridad social, pensiones y pobreza de los adultos mayores en México. Acta Sociológica [Internet]. 2016 [Consultado 5 de marzo de 2017]; 70: 151-172. Disponible en: <http://bit.ly/2uke1wb>
6. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2fk42kh>
7. Salgado A. Perfil sociodemográfico y estado general de salud percibida del cuidador primario informal. [Tesis Pregrado]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008.
8. Flores ME, Fuentes HL, González GJ, et al. Perfil del cuidador primario informal del adulto mayor hospitalizado. Academia Journals [Internet]. 2016 [Consultado 12 de junio de 2017]: 585-590. Disponible en: <https://bit.ly/2Hop5Dw>

9. Castillo AR. Experiencia del cuidador familiar de un adulto mayor dependiente en Tuxtla-Gutiérrez Chiapas, México. [Tesis Maestría]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
10. Reyes V. El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia. [Tesis Doctoral]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
11. Pereira LS, Novaes GJ, Moraes L, et al. Um olhar sobre a saúde das mulheres cuidadoras de idosos: desafios e possibilidades. *Revista Kairós – Gerontologia* [Internet]. 2017 [Consultado 12 de junio de 2017]; 20(1): 277-297. Disponible en: <https://bit.ly/2n3q3Zi>
12. Alcañiz M. Significado de la experiencia de cuidar durante la vejez a otra persona anciana dependiente. [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
13. Piolli K, Medeiros M, Sales C. Significations of being the caregiver of the companion with cancer: an existential look. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [Consultado 12 de junio de 2017]; 69(1): 99-105. Disponible en: <https://bit.ly/2LLH4pk>
14. Almeida L, Menezes T, Freitas A, et al. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2018 [Consultado 10 de abril de 2018]; 22:1074. Disponible en: <https://bit.ly/2Mdi1rK>
15. Banchemo S, Mihoff M. Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet]. 2017 [Consultado 5 de enero de 2018]; 7(1): 7-35. Disponible en: <https://bit.ly/2FBszid>
16. Rodrigues SL, Watanabe HA, Derntl A. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2006 [Consultado 5 de enero de 2018]; 40 (4): 493-500. Disponible en: <http://bit.ly/2p6N3ak>
17. Rosina EF, Felix ML. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2009 [Consultado 5 de enero de 2018]; 8(3):428-435. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i3.9025

18. Camargo RC. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2010 [Consultado 5 de enero de 2018]; 6(2), 231-254. Disponible en: <http://bit.ly/2FGUHiP>
19. Soto P, Rendón S, Arancibia L. ¿Cómo indagar en las experiencias de los sujetos? Una discusión teórico-metodológica acerca del estudio de caso. Andamios [Internet]. 2017 [Consultado 12 abril 2017]; 14(33): 303-24. Disponible en: <http://bit.ly/2qJwa5Y>
20. Ray M. La riqueza de la fenomenología. En: Morse J (editora). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005. Pp. 140-159.
21. Fortanet J. Experiencia, ética y poder en la obra de Michel Foucault. Oxímora Revista Internacional de Ética y Política [Internet]. 2012 [Consultado 26 de junio de 2017]; 1: 96-114. Disponible en: <https://bit.ly/2Befa0E>
22. Boff L. El cuidado esencial. Madrid: Trotta; 2002. Pp. 71-86.
23. Collière MF. Interrogación sobre la naturaleza de los cuidados para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En: Collière MF. Promover la vida. 2da ed. México: Mc Graw Hill; 2009. Pp. 211-218.
24. Vega C. Capítulo 1. La crisis de los cuidados. aproximaciones desde el feminismo. En: Vega C. Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración. Barcelona: Editorial UOC; 2009. Pp. 17-21.
25. Ostiguín-Meléndez RM, Bustamante-Edqén S. Dimensiones del cuidado en familias urbanas mexicanas. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [Consultado 12 abril 2017]; 13(2): 80-89. Disponible en: <http://bit.ly/2zlh3pS>
26. Isla P. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los cuidados [Internet]. 2000 [Consultado 12 abril 2018]; 4 (7,8): 187-194. Disponible en: <https://bit.ly/2DPwa9n>

27. Oliveira AM, Pedreira L. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [Consultado 03 de marzo de 2018]; 25(1): 143-149. Disponible en: <https://bit.ly/2HvmS51>
28. Reyes A, González L. Capítulo I. Envejecimiento poblacional y cuidado en el hogar. En: Reyes V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. México: DGAPA PAPIIT IN310108; 2017. Pp. 15-27.
29. Garcés LF, Giraldo C. El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas.* 2013; 14(22): Pp. 187 - 201
30. Foucault M. Sexualidad y Poder. Sexualidad y soledad. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. Rambla de Catalunya: Folio; 2007.
31. Foucault M. Tecnologías del yo y otros textos a fines. 1ª Ed. Buenos Aires: Paidós; 2008.
32. Salgado AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *liber* [Internet]. 2007 [Consultado 03 de enero de 2018]; 13 (13): 71-78. Disponible en: <https://bit.ly/1mdLBh3>
33. De Souza MC. Capítulo 3. Contradicciones y consensos en la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. En: La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2009. Pp. 45-61.
34. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2016. Pp. 76-77.
35. Lautert L, Dal Pai D, Souza F. Metodología de los estudios exploratorios en investigación de enfermería. En Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, et al. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington: PALTEX; 2013. Pp. 88-98.
36. Portal M. El desarrollo urbano y su impacto en los pueblos originarios en la Ciudad de México. *Alteridades* [Internet]. 2013 [Consultado 03 de marzo de 2017]; 23(46): 53-64. Disponible en: <https://bit.ly/2Oi5nlp>

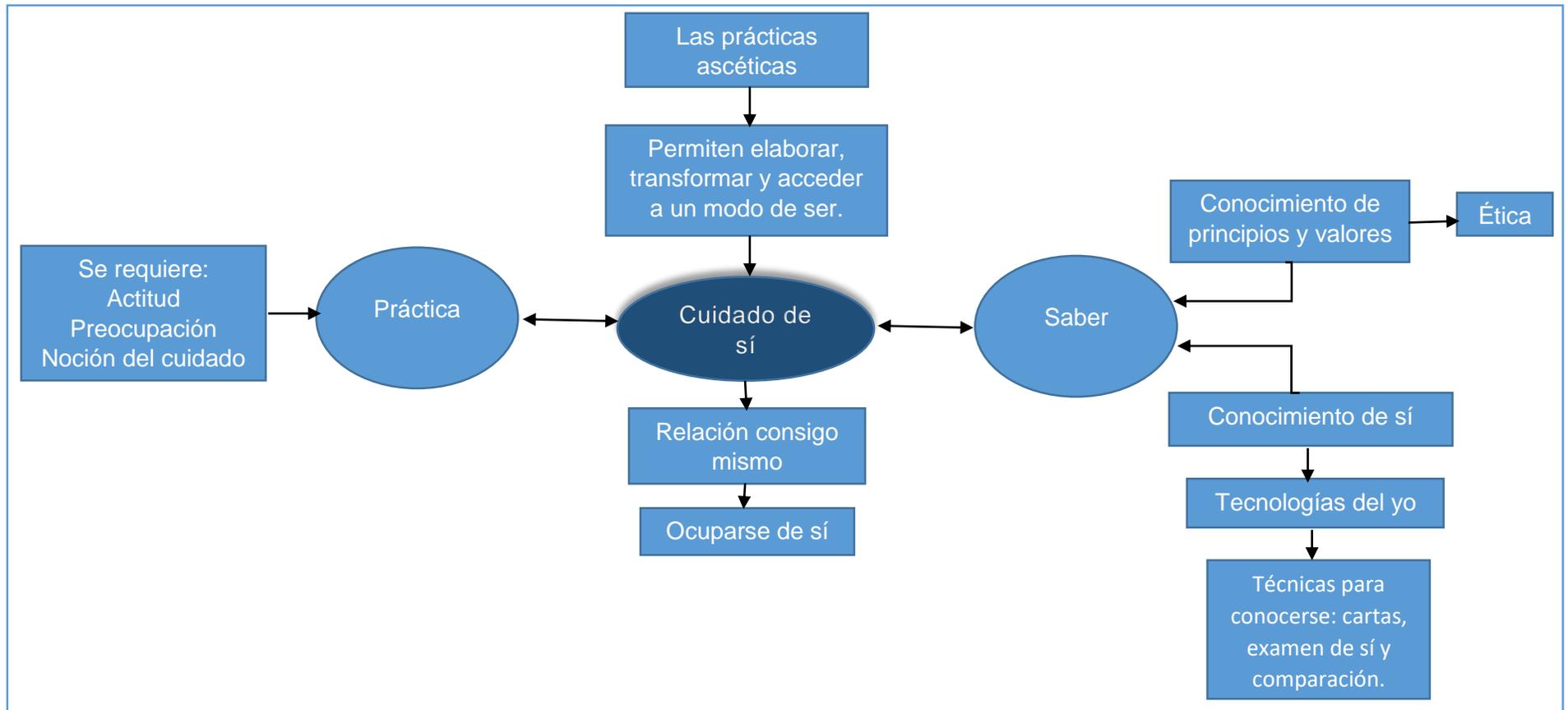
37. Bonilla R. Dimensión socioespacial y construcción del lugar de los pueblos originarios de la Delegación Milpa Alta. [Tesis Doctoral]. Ciudad de México: Universidad Nacional de México; 2012.
38. Pérez C. El sistema de cargos y participación ciudadana como factores de identidad urbana en San Antonio Tecómitl. [Tesis]. Ciudad de México. Universidad Autónoma de Metropolitana, Iztapalapa. Departamento de Antropología. 1996. Disponible en: <http://bit.ly/2jRGPfg>
39. Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI.
40. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Capítulo 3. El diseño del estudio. En: Investigación aplicada en salud pública, Métodos cualitativos. Washington EUA: OPS-OMS; 2006:33-58.
41. Zichi M, Omery A. Escuelas de fenomenología implicaciones para la investigación. En: Morse J (editora). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005. Pp. 160-182.
42. De Souza MC. Capítulo 8. Construcción de los instrumentos y exploración de campo. En: La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2009: 156-165.
43. De Souza Minayo MC. Capítulo 11. Técnicas de análisis del material cualitativo. En: La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial; 2009. Pp. 249-294
44. Gibbs Graham. 2. Preparación de datos. En: El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa, Ediciones Morata; España: 2012. Pp. 31-38
45. Thomas David R. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation [internet]. 2006 [Consultado 22 junio 2018]; 27(2): 237-246. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
46. Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research. Evid Based Nurs. 2015;18(2): 34-35

47. Guber R. El trabajo de campo: un marco reflexivo para la interpretación de técnicas. En: Guber R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. México: Siglo veintiuno editores; 2015. Pp 45-50
48. Carter N, Bryant-Lukosius R, DiCenso A, et al. The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*. 2014; 41(5): 545-547
49. Izcarra Palacios SP. La triangulación de técnicas cualitativas. En: Izcarra Palacios SP. Manual de investigación cualitativa. México DF: Editorial Fontamara, 2014: 124-130.
50. Bermúdez A, Cárdenas M, Fernández V, et al. Principios éticos para la investigación en la Eneo. Comité de investigación ENEO-UNAM [Internet]. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2ay4D0E>
51. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* [Internet]. 2000 [Consultado 20 de junio de 2017]; 1(2): 321-334. Disponible en: <https://bit.ly/2IRT9r9>
52. Reyes V, Morales MU. Capítulo V. Nutrición, alimentación e hidratación. En: Reyes V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. México: DGAPA PAPIIT IN310108; 2017. Pp. 101-119.
53. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Alimentación y nutrición saludable en los mayores. Mitos y realidades.
54. Reyes V, García EV. Capítulo XI. Higiene y protección de la piel. En: Reyes V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. México: DGAPA PAPIIT IN310108; 2017. Pp. 193-203.
55. Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS. La salud añade años a la vida. 2012. Disponible en: <https://bit.ly/2TXDOHC>
56. Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis, 11 Ed. New Jersey (EU): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
57. López EP. Puesta al día: cuidador informal. *Rev. enferm. CyL* [Internet]. 2016 [consultado 31 de diciembre de 2018]; 8 (1): 71-77. Disponible en: <https://bit.ly/2T48nOw>
58. Carreón M. Autopercepción y actitud del envejecimiento y su influencia en el estado de salud de adultos mayores que acuden a la UMF 21. [Tesis

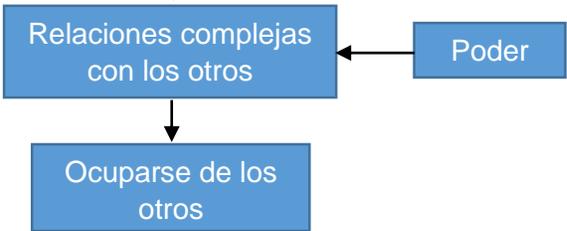
- Especialidad]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
59. Reyes V, García EV. Capítulo XV. Trabajar. En: Reyes V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. México: DGAPA PAPIIT IN310108; 2017. Pp. 241-248.
 60. Reyes V, Morales MU. Capítulo VIII. Descanso y sueño. En: Reyes V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. México: DGAPA PAPIIT IN310108; 2017. p. 158.
 61. Del-Pino-Casado R, Ordóñez-Urbano C. Efectos de la satisfacción con el tiempo de ocio en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes. Aten Primaria [Internet]. 2016 [Consultado el 28 de octubre de 2018]; 48 (5): 295-300. Disponible en: <https://bit.ly/2DdCNGO>
 62. Reyes V. Capítulo XVIII. El cuidador familiar. En: Reyes V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. México: DGAPA PAPIIT IN310108; 2017. Pp. 241-248.
 63. Martínez M, De La Cuesta-Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. Aten Primaria [En internet]. 2016 [consultado el 28 de octubre de 2018]; 48(2): 77-84. Disponible en: <https://bit.ly/2zeuCp7>
 64. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Miguez E, Duarte-Pérez A et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención de personas dependientes. Aten Primaria [Internet]. 2017 [consultado 28 de octubre de 2018]; 49 (3): 156-165. Disponible en: <https://bit.ly/2P1JZMe>
 65. Manso ME, Sánchez MP, Cuéllar I. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud [Internet]. 2013 [consultado el 28 de octubre de 2018]; 24: 37-45. Disponible en: <https://bit.ly/2Pyg1Pm>
 66. Salazar AM, Murcia LM, Solano JA. Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014. Archivos de Medicina [Internet].

- 2016 [5 de marzo de 2019]; 16(1): 144-154. Disponible en: <https://bit.ly/2Hgu8oU>
67. Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S et al. Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [consultado 26 de febrero de 2019]; 50(5):282-290. Disponible en: <https://bit.ly/2Oe1qUF>
68. Costa SR, Castro EA. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 [consultado 2019 Mar 05]; 67(6): 979-986. Disponible en: <https://bit.ly/2TBNUwX>
69. Ribeiro B, Oliveira S, Tristão F et al. Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 [14 de septiembre de 2018]; 8(3): 1809-25. Disponible en: <https://bit.ly/2DOMgVg>
70. Valbuena C, Chaparro L. Carga del cuidador en la diada en situaciones de cáncer. *Psicooncología* [Internet]. 2018 [consultado 26 de febrero de 2019]; 15(2): 361-372. Disponible en: <https://bit.ly/2yKN49I>
71. De La Cuesta-Benjumea C. "Estar Tranquila": la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. *Enferm Clín* [Internet]. 2009 [consultado el 28 de octubre de 2018]; 19 (1): 24-30. Disponible en: <https://bit.ly/2P44QyQ>

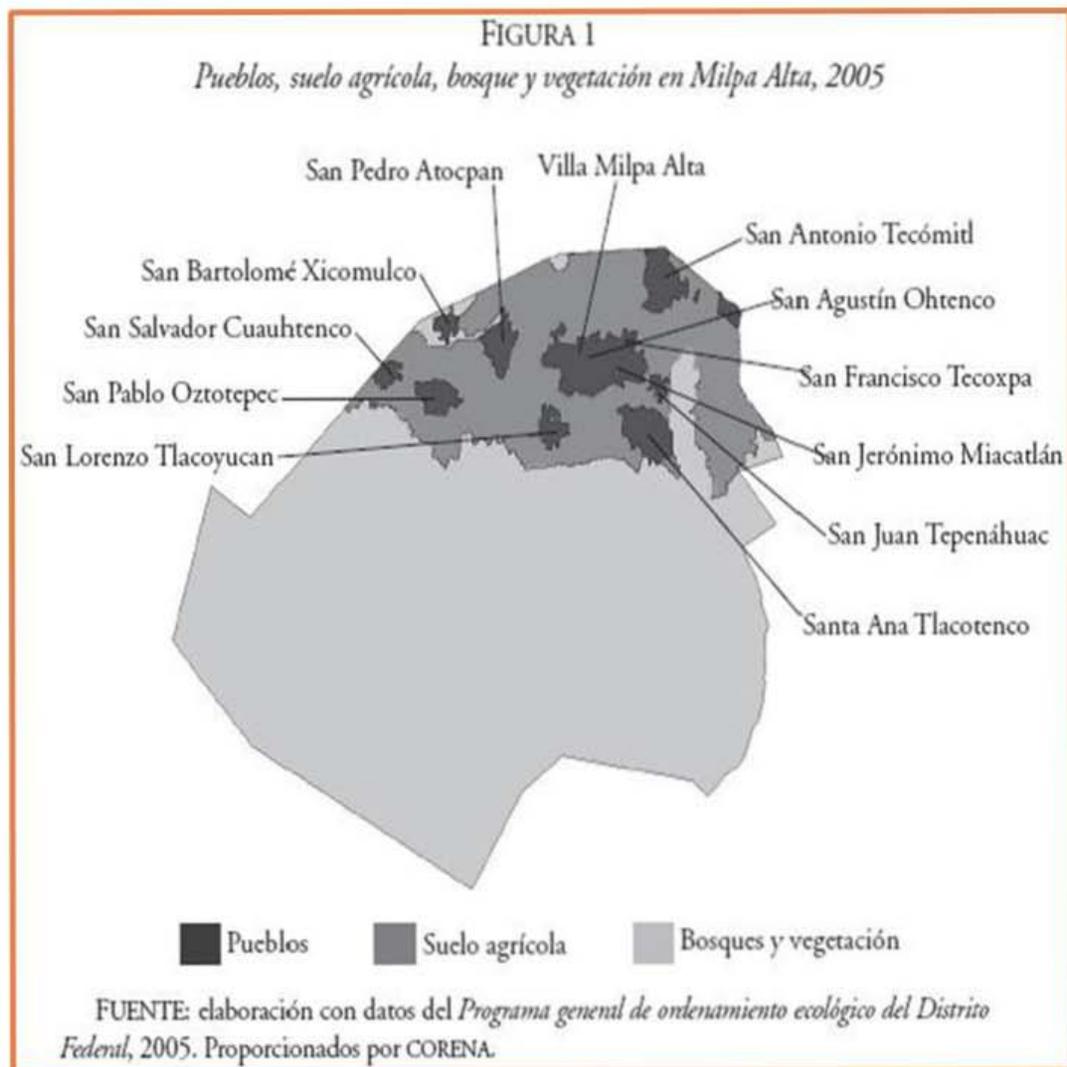
Anexo 1. Esquema Cuidado de sí.



Esquema: Cuidado de sí. Foucault M.
Elaborado por: Noemí García Hernández



Anexo 2. Ubicación del estudio.



Anexo 3. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por L.E Noemí García Hernández y la Dra. Virginia Reyes Audiffred, de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo de este estudio es **“Describir las experiencias del adulto mayor cuidador de un anciano dependiente respecto al cuidado de su propia salud. “**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista. Esto tomará aproximadamente de 60 a 120 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ . He sido informado (a) del objetivo de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Noemí García Hernández al teléfono 044-55-40-03-02-75.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Noemí García Hernández al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

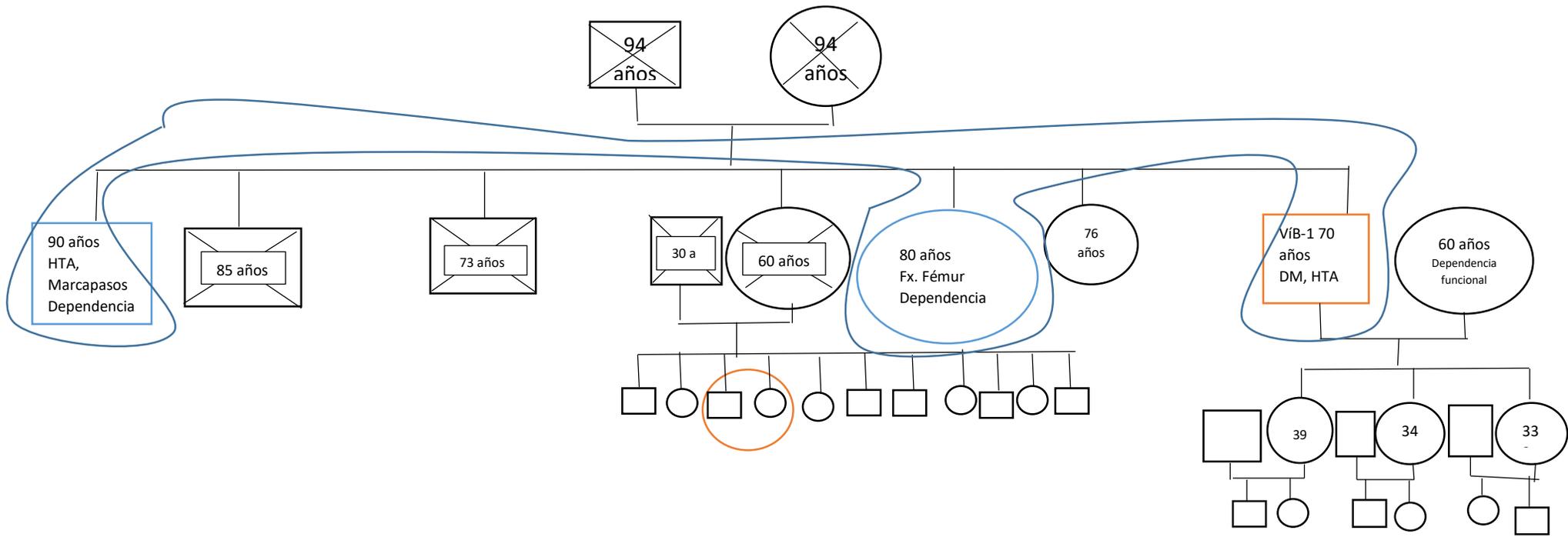
Firma del Participante

Fecha

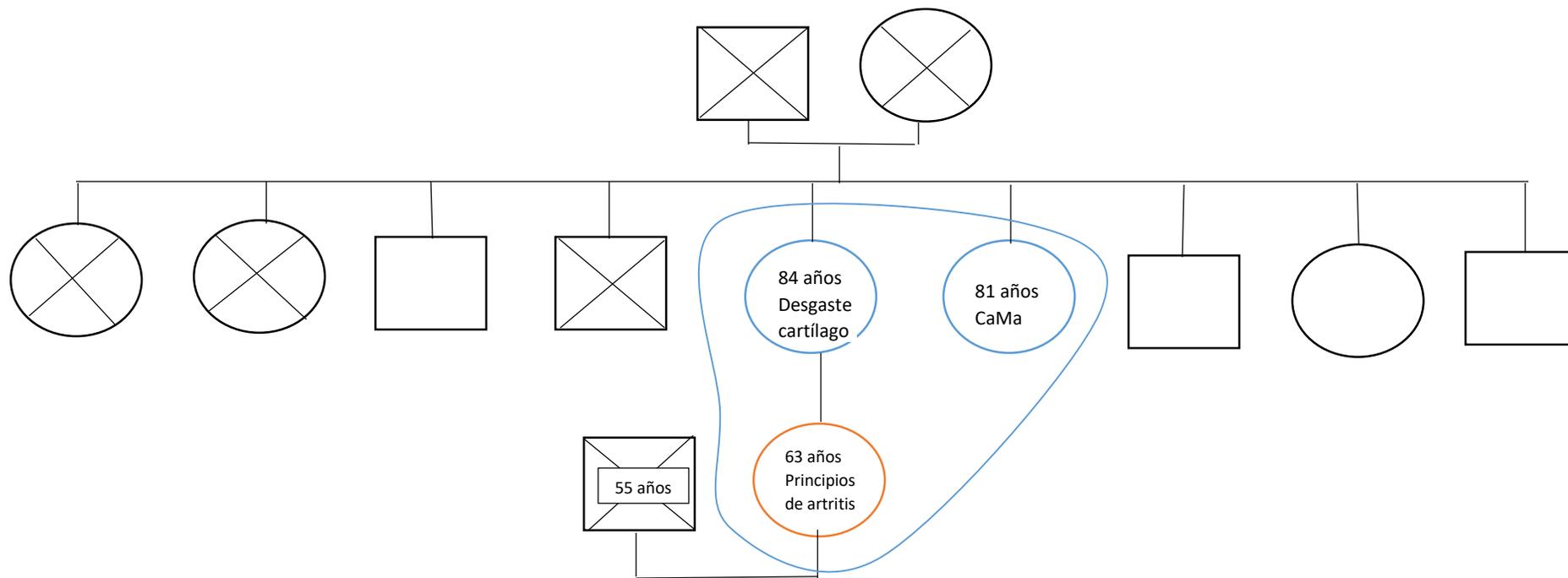
Anexo 4. Perfil de los participantes.

Participante	Edad	Parentesco del AM Dependiente	Ocupación	Seguridad Social	Escolaridad	Observaciones	Perfil de la persona que cuida
VIB-1	70	Hermano	Atiende una tienda	IMSS	Secundaria	Padece HTA y diabetes mellitus,	Hermano de 90 años Marcapasos, HTA. Hermana de 80 años Fx Cadera
CeM-2	63	Hija y Sobrina	Hogar	ISSSTE	Secundaria	Inicia artritis	Mamá de 84 años Desgaste de cartílago. Tía de 81 años CaMa diseminado a huesos, pérdida de la audición.
LiA-3	62	Hija	Hogar	ISSSTE	Medio Superior	Ninguna	Mamá de 84 años Desplazamiento del hueso femoral a la cadera, pérdida de la audición.
MaM-4	64	Hija	Hogar y reparte tortilla por las mañanas	Centro de Salud	Primaria incompleta	Ninguna	Mamá de 85 años Prótesis en cadera después de fractura.
AmM-5	73	Esposa	Hogar	Centro de Salud	Primaria incompleta	Dolor crónico en rodillas	Esposo de 77 años Diabetes mellitus, alcoholismo.
SoP-6	60	Hija	Hogar	IMSS	Secundaria	Ninguna	Mamá de 87 años Perdida de la audición bilateral, Demencia Senil

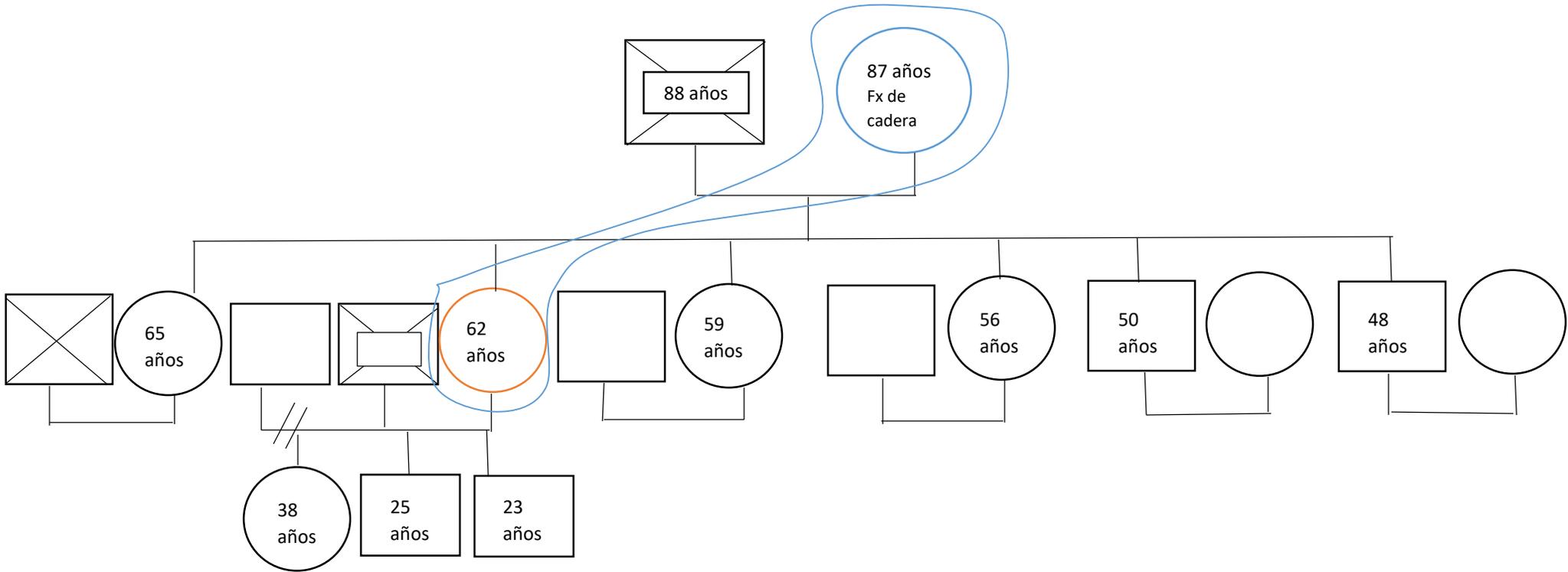
Genograma del Participante ViB-1



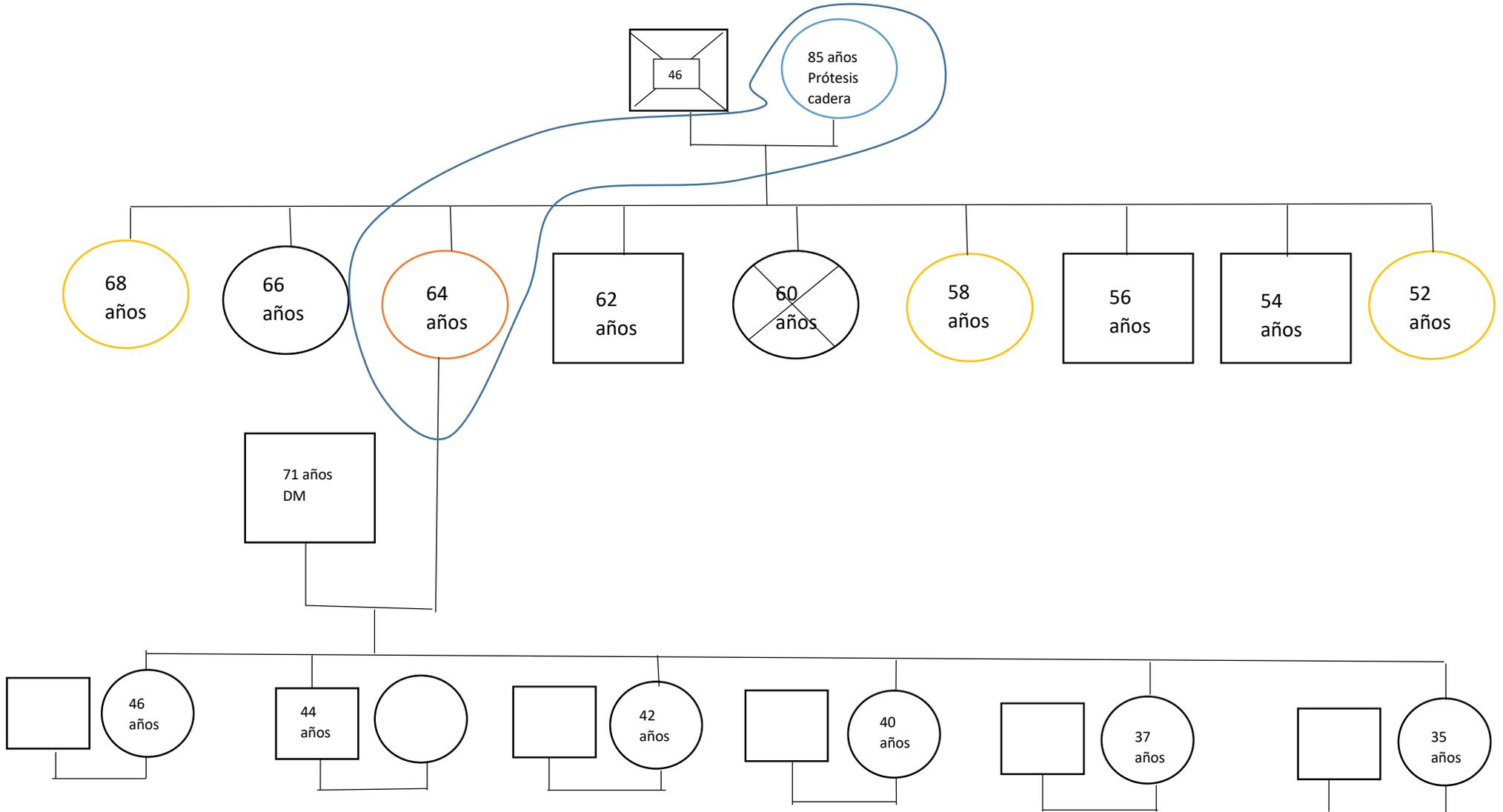
Genograma del Participante CeM-2



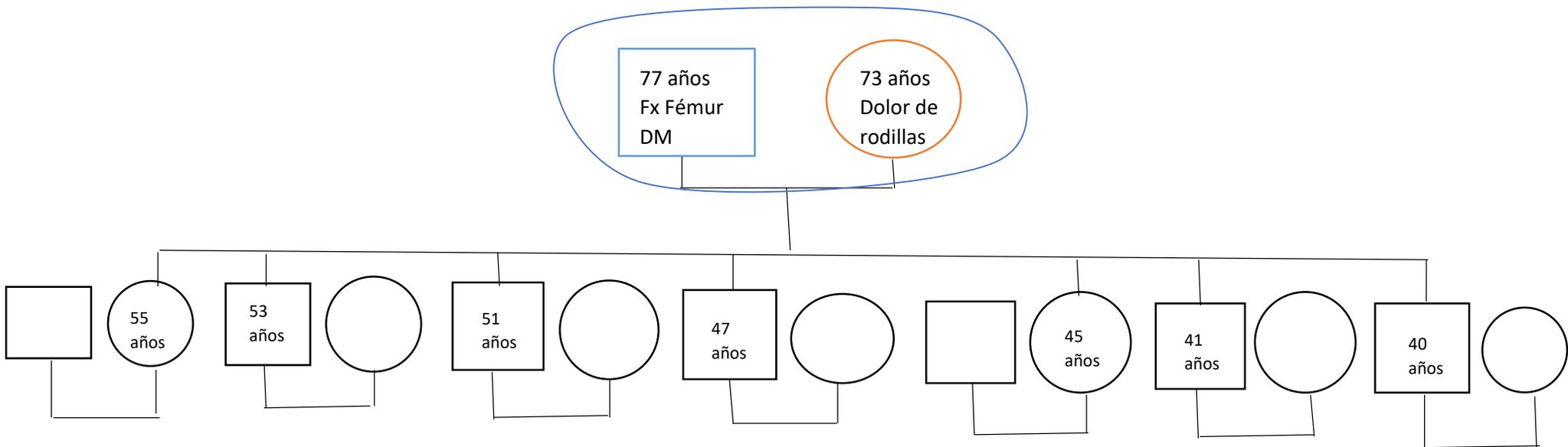
Genograma del Participante LiA-3



Genograma del Participante MaM-4



Genograma del Participante AmM-5



Genograma del Participante SoP-6

